

## ВІСНОВОК

про наукову новизну, теоретичне та практичне значення результатів дисертації

Ардикуце Василини Павлівни

(прізвище, ім'я, по батькові здобувача)

на тему: «Клініко-лабораторне обґрунтування підвищення ефективності раннього ортодонтичного лікування за допомогою дихальної гімнастики»  
(назва дисертації)

на здобуття ступеня доктора філософії в галузі знань 22 Охорона Здоров'я  
(галузь знань)

за спеціальністю 221 Стоматологія

(код і найменування спеціальності відповідно до Переліку галузей знань і спеціальностей, за якими здійснюється підготовка здобувачів вищої освіти)

### **1. Виконання освітньо-наукової програми.**

Здобувачем Ардикуце В.П. повністю виконано індивідуальний навчальний план відповідно до освітньо-наукової програми аспірантури НУОЗ України імені П. Л. Шупика, що повністю відповідає Національній рамці кваліфікації та вимог Порядку підготовки здобувачів вищої освіти ступеня доктора філософії та доктора наук у вищих навчальних закладах (наукових установах), затверженого постановою Кабінету Міністрів України від 23.03.2016 № 261.

Аспірант Ардикуце В.П. здобув глибинних знань зі спеціальності; оволодів загальнонауковими (філософськими) компетентностями, спрямованими на формування системного наукового світогляду, професійної етики та загального культурного кругозору; набув універсальних навичок дослідника, зокрема усної та письмової презентації результатів власного наукового дослідження, українською мовою, застосування сучасних інформаційних технологій у науковій діяльності, організації та проведення навчальних занять, управління науковими проектами та складення пропозицій щодо фінансування наукових досліджень, реєстрації прав інтелектуальної власності; здобув мовних компетентностей, достатніх для представлення та обговорення результатів своєї наукової роботи іноземною мовою (англійською) в усній та письмовій формі, а також для повного розуміння іншомовних наукових текстів з відповідної спеціальності.

### **2. Виконання індивідуального плану наукової роботи (наукова складова освітньо-наукової програми).**

Індивідуальний план наукової роботи аспіранта Ардикуце В.П. був затверджений рішенням вченої ради НУОЗ України імені П. Л. Шупика 15.11.2017р. протокол №9. Науковий керівник К.М. Лихота, д. мед.н., професор, професор кафедри стоматології НУОЗ України ім. П.Л. Шупика, Термін виконання роботи: 2017-2021 роки.

Всі розділи індивідуального плану наукової роботи аспіранта Ардикуце В.П. виконані своєчасно в установлені терміни, що підтверджено результатами піврічної проміжної, підсумкової (річної) та заключної атестації.

Дослідження (клінічні, лабораторні, експериментальні) проведені своєчасно і в повному обсязі із застосуванням сучасних та інформативних методів.

### **3. Актуальність дисертації.**

За останні роки значно збільшилася поширеність респіраторних алергозів (бронхіальна астма, риносинусит, рецидивний аденоїдит, алергічний

риніт та ін.), які відіграють важливу роль в порушенні носового дихання. Також пошироною причиною порушення носового дихання є гіпертрофія піднебінних і глоткових мигдалин.

Ротовий тип дихання веде до погіршення відтоку венозної крові та порушення діяльності центральної нервової системи, порушується циркуляція і міжтканинної рідини, лімфи, підвищується внутрішньоочний і внутрішньочерепний тиск. Порушення м'язевого балансу щелепно-лицевої ділянки при ротовому диханні відображається на формуванні лицевого скелету у дітей, розвитку та тонусі м'язів шиї, спостерігається нахилене вперед положення голови, западання грудної клітини, зменшення її передньозаднього розміру, зміна кута нахилу ребер, виступання лопаток, випинання живота, викривлення гомілок, плоскостопість. І, як наслідок, ротовий тип дихання призводить до порушення діяльності м'язів навколо ротової ділянки, язика та м'якого піднебіння. Язык у дитини з ротовим диханням опускається на дно порожнини рота та не приймає участі в розвитку верхньої щелепи.

Лікування пацієнтів з зубощелепними аномаліями, що поєднуються з гіпертрофією носоглоткового мигдалика, пов'язане з великими труднощами, так як у таких дітей сформований комплекс патологічних рефлексів, закріплених найчастіше багаторічним стійким диханням через рот, так і частими рецидивами після проведення аденотомії.

При лікуванні таких пацієнтів потрібен цілий комплекс заходів, спрямованих на нормалізацію форми та розмірів зубних рядів і їх змикання, нормалізацію функціонування м'язів щелепно-лицевої ділянки, ковтання, дихання. Після встановлення причини виникнення утрудненого носового дихання та її усунення, пацієнтам призначають тренування м'язів щелепно-лицевої ділянки.

Однією із провідних ортодонтических патологій, що супроводжує ротовий тип дихання, визначений дистальний прикус. Дихальну дисфункцію можна розглядати як один із його важливих причинних факторів, комплексний підхід відіграє значну роль у реабілітації дітей із порушеннями дихання. Ефект лікування дистального прикусу залежить від ступеня вираженості морфологічних і функціональних порушень, а також від наполегливості пацієнта та від контролю ретельності виконання вправ.

Незважаючи на значну кількість досліджень іноземних і вітчизняних вчених з цієї проблеми, досі недостатньо вивчено динаміку антропометрических показників, функціональних показників дихання та зубо-щелепної системи, показників фотометрії до та після ортодонтичного лікування пацієнтів із дистальним прикусом та порушенням носового дихання. А також немає чіткого алгоритму лікувально-профілактических заходів, для нормалізації стану зубощелепної системи та відновлення носового дихання.

#### **4.Зв'язок роботи з науковими програмами, планами, темами.**

Дисертаційне дослідження аспіранта Ардикуце В.П. на тему «Клініко-лабораторне обґрунтування підвищення ефективності раннього ортодонтичного лікування за допомогою дихальної гімнастики» виконано в межах НДР кафедри стоматології стоматології «Клініко-лабораторне обґрунтування застосування

сучасних медичних технологій в комплексному лікуванні та реабілітації основних стоматологічних захворювань», термін виконання НДР 2017 – 2021 роки, № державної реєстрації 0117U006451.

### **5. Наукові положення, розроблені особисто здобувачем, та їх новизна.**

Аспірантом запропоновано застосування апарату Capno Trainer для діагностики функції зовнішнього дихання у пацієнтів віком 6-9, було впроваджено алгоритм дихальної гімнастики та удосконалено програму міогімнастики в рамках проведення раннього ортодонтичного лікування. Було запропоновано ведення щоденника для контролю виконання вправ у домашніх умовах, що значно підвищило результативність лікування та спростило аналіз обробки статистичних даних. Наукова новизна: вивчені клініко-антропометричні та функціональні показники зубо-щелепної системи у дітей з дистальним прикусом із різними ступенями звуження щелеп при носовому та ротовому типах дихання. Вивчені показники дихання у дітей із ротовим та носовим типами дихання із дистальним прикусом при різних ступенях звуження щелеп. Уточнені дані щодо показників функціональної активності жувальних м'язів і оклюзійних співвідношень зубних рядів у дітей з дистальним прикусом та ротовим типом дихання. Розроблений комплекс дихальної гімнастики для дітей із дистальним прикусом з порушеннями носового типу дихання, що включає вправи, спрямовані на нормалізацію функції зубощелепної системи в цілому. Розроблена комплексна методика лікування дистального прикусу при ротовому типі дихання в залежності від ступеня звуження щелеп із застосуванням поєднання ортодонтичної апаратури, запропонованої дихальної гімнастики із міогімнастикою MRC.

**6. Нові науково обґрунтовані теоретичні та / або експериментальні результати проведених здобувачем досліджень, що мають істотне значення для певної галузі знань та підтверджуються документами, які засвідчують проведення таких досліджень.** В ході виконання дисертаційної роботи та у відповідності до поставлених задач, на базі кафедри стоматології НУОЗ України мені П. Л. Шупика та приватної стоматологічної клініки «Австралійський ортодонтичний центр» в рамках наукової тематики кафедри стоматології «Клініко-лабораторне обґрунтування застосування сучасних медичних технологій в комплексному лікуванні та реабілітації основних стоматологічних захворювань» нами було проведено обстеження 121 та прийнято на лікування 93 дітей із дистальним прикусом віком від 6 до 9 років без патології тканин пародонта та важкої загально - соматичної патології.

На першому етапі дослідження з метою вивчення типу ротового дихання та ступеня звуження щелеп на фоні дистального прикусу на функціонування зубо-щелепної системи 121 пацієнта було поділено на 2 групи. До 1 групи увійшло 69 дітей із незначним звуженням щелеп, до 2 – 52 дитини із значним звуженням щелеп. Діти обох груп були поділені на 2 підгрупи: А і Б. У дітей А підгруп діагностований ротовий тип дихання, а в підгрупах Б – нормальній носовий тип дихання. 15 дітей аналогічного віку без ортодонтичної патології склали контрольну групу.

На другому етапі дослідження ми провели ортодонтичне лікування 93 дітей із дистальним прикусом та ротовим типом дихання. Пацієнти були розподілені на 2 основні групи в залежності від звуження щелеп, що визначило обрані ортодонтичні апарати лікування дистального прикусу. В І дослідну групу увійшли пацієнти із дистальним прикусом та незначним звуженням щелеп, лікування яких проводили за допомогою міофункціональної апаратури, а в ІІ було віднесено дітей зі значним звуженням щелеп, яких лікували за допомогою механічно діючої апаратури.

Кожна з двох основних груп, в свою чергу, залежно від застосованих методик лікування, розділилась на 1 та 2 підгрупи. Пацієнтів 1-х підгруп лікували за запропонованою методикою, а 2-х – за загальноприйнятою. До І основної групи увійшло 49 осіб. В ІІ групу розподілили 44 дитини.

При обстеженні пацієнтів дослідних патологію прикріплених вуздечок верхньої та нижньої губ діагностували у 10,5 % - в 1 групі, у 12,5 % - в 2 групі, патологію прикріплених вуздечок язика - у 4,7 % пацієнтів 1 групи та у 8,5 % в 2-ій групі, поєднана патологія спостерігалась у 9,3 % пацієнтів 1-ої та 12,5 % - 2 групи.

У пацієнтів дослідних груп визначали суттєві зміни антропометричних показників. Найбільш виражені зміни визначені в 2 групі пацієнтів із ротовим типом дихання і значним звуженням зубних рядів (ширина зубної дуги між першими постійними молярами становила  $42,2 \pm 0,25$  мм проти показника контрольної групи -  $48,2 \pm 0,43$  мм ( $p \leq 0,05$ )). Суттєвого впливу типу дихання на антропометричні показники нами не виявлено.

У дітей із ротовим типом дихання та значним звуженням щелеп відбуваються виражені функціональні порушення зубо-щелепної системи, що супроводжується зниженнями показника вмісту CO<sub>2</sub> у видихуваному повітрі та збільшенні частоти дихання (частота дихання становила при базовому диханні  $34,3 \pm 0,13$  актів вдиху/видиху на хв. порівняно із показниками контрольної групи 14-22 актів вдиху/видиху на хв. та показниками 1А підгрупи  $24,1 \pm 0,35$  актів вдиху/видиху на хв, вміст CO<sub>2</sub> становив  $33,1 \pm 0,3$  мм рт.ст. проти показників контролю - 37-42). Така ж закономірність відмічена і при диханні з рівною спиною, медитативному диханні та диханні після 5 хвилин фізичних навантажень.

У всіх досліджуваних групах відбулися виражені зміни у діяльності жувальних м'язів, а саме: зниження активності середньої амплітуди їх біопотенціалів, різна амплітуда біопотенціалів правого і лівого жувального м'язів та навіть їх випадіння, суттєве зниження чіткості записів, відсутність чіткого чергування фаз активності і спокою, суттєве підвищення показників коефіцієнта К. найгіршу динаміку спостергали у дітей 2 групи з ротовим типом дихання. Так показники коефіцієнта К в підгрупі 2А становили  $1,8 \pm 0,03$  і  $1,7 \pm 0,02$  - для правого і лівого жувального м'язу проти показників контрольної групи -  $1,0 \pm 0,01$   $1,02 \pm 0,01$  відповідно ( $p \leq 0,05$ ).

Проведене оклюзіографічне дослідження визначило наявність передчасних оклюзійних контактів на зубах, нефізіологічний перерозподіл жувального тиску, зміну напрямку траєкторії сумарного вектора оклюзійного

навантаження, зростання індексу асиметрії та часу появи максимальної кількості зубних контактів при одночасному збільшенні показників коефіцієнта К. Найгірша динаміка відмічалася в 2 групі при ротовому типі дихання, де індекс асиметрії зріс до  $23,7 \pm 4,9\%$ , зростав інтервал часу від першого до множинного оклюзійного контакту (ОТ) до  $0,45 \pm 0,03$  сек проти  $0,20 \pm 0,03$  сек контролю (р≤0,05) та зростав час дисклузії до  $0,68 \pm 0,04$  сек проти  $0,33 \pm 0,04$  сек контрольної підгрупи (р≤0,05).

Серед пацієнтів дослідних груп аномалії прикусу були усунені переважно (у 58,1 %) у термін від 12 до 18 місяців. При цьому у визначений термін усунення аномалії прикусу відбулося у 80,8 % дітей I-1 підгрупи і у 65,2 % - I-2 підгрупи, у 48,0 % - II-1 і у 31,6 % - II-2 підгруп. Більшість дітей (52,6%) II-1 підгрупи закінчила лікування у терміни від 18 до 24 місяців, в той час в II-2 підгрупі у 48 % дітей нормалізація оклюзії відбулася у терміни, аналогічні I групі (12-18 місяців). Лікування, яке тривало більше 24 місяців визначене у 9,7 % обстежених (у 4,0 % дітей I-1, 8,8 % осіб - I-2, 12 % - II-1 і 15,8 % - II-2 підгруп).

Після проведеного ортодонтичного втручання одночасно із усуненням дистального прикусу та нормалізацією носового дихання спостерігали тенденцію до нормалізації антропометричних показників у пацієнтів дослідних груп. Через 18 місяців повна нормалізація показників відбулася лише у дітей I-1 групи (ширина зубної дуги між іклами склала  $31,0 \pm 0,25$ мм проти  $29,1 \pm 0,11$ мм – до лікування (р≤0,05) та показників контрольної групи -  $31,0 \pm 0,31$ мм (р≥0,05). Одночасно відбулася нормалізація і інших антропометричних показників в I-1 групі: ширина зубної дуги між першими постійними молярами, довжина зубних дуг до ікол і перших постійних молярів, нормалізувалося співвідношення розмірів апікальних базисів і зубних рядів. На відміну від I-1 групи в I-2 групі показники хоч і наблизилися максимально до показників контрольної групи, та все ж у визначений термін спостереження не зрівнялися з ними. У пацієнтів II групи показники хоч і мали позитивну динаміку, але несуттєву. Через 24 місяці відбулася нормалізація майже усіх антропометричних показників у всіх групах дослідження.

Через 18 місяців від початку лікування лише у дітей I-1 групи виявлена повна нормалізація пропорційності обличчя, зменшення вираженості надгілборідної ямки та розгладження носогубних складок. Паралельно відбулася нормалізація положення губ стосовно лінії Рікетса та гармонії обличчя за Мерифілдом. Через 24 місяці гармонійності обличчя прийшли у відповідність до норми майже у всіх дітей. Лише при значному звуженні щелеп і застосуванні стандартної методики фотометричні показники не прийшли до норми, що засвідчило про незавершеність ортодонтичного лікуванні і відновлення функціонування зубо-щелепної системи в даній підгрупі.

Через 18 місяців в I-1 групі показники дихання повністю відповідали, а в групі II-1 майже відповідали показникам контрольної групи, що засвідчило перехід до нормального носового типу дихання (вміст СО<sub>2</sub> у видихуваному повітрі склав  $41 \pm 0,22$  мм рт.ст проти  $36,3 \pm 0,32$  мм рт. ст до лікування (р≤0,05) в I-1 групі і показників контролю 32-42 мм рт.ст. Аналогічна закономірність

визначена і при визначенні частоти дихання. В той же час і I-2 і II-2 підгрупах нормалізації показників дихання не відбулося взагалі при жодному з положень.

Через 24 місяці показники дихання нормалізувалися у дітей обох груп при застосуванні запропонованої методики лікування, та у дітей з незначним звуженням щелеп при застосуванні стандартної.

Через 18 місяців сила кругового м'яза у дітей I-1 підгрупи становила  $1,3 \pm 0,1$  кг, що відповідало показникам контролю ( $1,3 \pm 0,1$  кг), в той же час як в I-2 підгрупі мала виражену позитивну динаміку, та до норми все ж таки не прийшла. В II групі даний показник при вираженій позитивній динаміці не прийшов до норми при обох методиках лікування.

Лише через 24 місяці сила кругового м'яза прийшла до норми майже у всіх дітей. Лише в II-2 групі, показник не відповідав показникам контрольної групи -  $1,1 \pm 0,1$  кг проти  $1,1 \pm 0,1$  кг відповідно ( $p \leq 0,05$ ).

Через 18 місяців ЕМГ дослідження показало практично повне відновлення активності ЗЩС у дітей I-1 підгрупи. В I-2 підгрупі аналогічні результати хоча і покращувалися, але були значно гіршими від показників підгруп I та від показників контрольної групи ( $p \leq 0,05$ ). В I-1 підгрупі середня амплітуда стиснення відповідно до правого і лівого жувального м'яза становила -  $565 \pm 9,4$  мкВ і  $564 \pm 8,4$  мкВ і практично відповідало показниками контролю ( $589 \pm 7,5$  мкВ і  $572 \pm 10,1$  мкВ), а в I-2 підгрупі аналогічні показники становили  $499 \pm 12,2$  мкВ і  $497 \pm 11,5$  мкВ відповідно і значно відрізнялися від показників контролю ( $p \leq 0,05$ ), що засвідчило недостатнє відновлення функції ЗЩС у визначений термін. В II групі ми не виявили нормалізації показників.

Через 24 місяців ЕМГ показники нормалізувалися у всіх пацієнтів, за винятком тих, у яких дистальний прикус на фоні значного звуження зубних рядів проводили за стандартною методикою (середня амплітуда стиснення в підгрупі II-2 становили відповідно до правого жувального м'язу -  $524 \pm 11,7$  мкВ і  $524 \pm 10,5$  мкВ, що суттєво відрізнялося від показників контрольної групи ( $589 \pm 7,5$  мкВ), значення К відносно правого і лівого м'язів склало  $1,17 \pm 0,02$  і  $1,15 \pm 0,03$  проти  $1,0 \pm 0,01$  і  $1,02 \pm 0,01$  – контрольної групи ( $p \leq 0,05$ )).

Через 18 місяців майже у всіх дітей I-1 підгрупи зникали передчасні оклюзійні контакти на зубах, нормалізувався напрямок траекторії сумарного вектора оклюзійного навантаження з одночасним збільшенням періоду біоелектричної активності і зменшенням періоду спокою та нормалізації показників коефіцієнта К. В I-2 підгрупі аналогічні показники мали виражену позитивну динаміку порівняно із результатами до лікування, та все ж таки, не відповідали показникам контролю (індекс асиметрії відносної сили між сторонами ЗР в I-2 групі становив  $7,4 \pm 1,2\%$  проти  $17,0 \pm 0,6\%$  - до лікування,  $6,1 \pm 0,7$  - показників групи I-1 і показників контролю -  $5,6 \pm 0,5\%$  відповідно ( $p \leq 0,05$ )). Аналогічну закономірність визначили під час оцінки інших оклюзіографічних показників: часу появи максимальної кількості зубних контактів і часу дисклюзії.

Лише через 24 місяці від початку лікування усі показники оклюзії в групі I-2 прийшли у відповідність до показників контролю. В II групі терміни нормалізації оклюзійних співвідношень були значно довшими порівняно із I

дослідною групою. Оклюзіографічні показники дітей в групі II-2, хоч і мали позитивну динаміку, та все ж не зрівнялися з показниками контрольної групи. Через 24 місяці від початку лікування індекс асиметрії в I-1 групі становив  $5,8 \pm 0,4\%$ , що відповідало показникам контрольної групи, а в групі II-2 –  $6,4 \pm 0,4$ , що різнилося із показниками контролю -  $5,6 \pm 0,5\%$  ( $p \leq 0,05$ ).

Розроблена методика ортодонтичного лікування дітей із дистальним прикусом при ротовому типі дихання засвідчила свою високу клінічну ефективність. Розроблена лікувальна схема із поєднаним застосуванням ортодонтичної апаратури, розробленої дихальної гімнастики та міогімнастики MRC дозволила досягти прискорення темпів ортодонтичного лікування, у максимально швидкі терміни відновити носове дихання та функціонування зубо-щелепної системи.

## **7. Ступінь обґрунтованості та достовірності положень, висновків і рекомендацій, сформульованих в дисертації.**

Аспірант Ардикуце В.П. особисто провів дослідження. Було обстежено 121 осіб, використано даних 121 медичних карт амбулаторних хворих форма 043-1/о та інших форм медичної статистики, опубліковано 3 статей у наукових фахових виданнях, 6 тез та презентовано результати дослідження у 5 доповідях на заходах з міжнародною участю.

Для вирішення поставлених завдань, статистичну обробку отриманих результатів проводили із використанням методів варіаційної статистики і кореляційного аналізу в інтегрованих пакетах прикладних статистичних програм на IBM. Достовірність виявлених відмінностей оцінювалась за критерієм Стьюдента. Обчислені нами параметри і коефіцієнти кореляції мали рівні достовірності в межах, припустимих для обробки медичних досліджень ( $p < 0,05$ ). Достовірність даних підтверджена достатнім обсягом спостережень та використанням надійних методів статистичної обробки даних.

**8. Апробація результатів дисертації.** Основні положення науково-дослідної роботи були представлені на міжнародній науково-практичній конференції Інтеграція здобутків молодих учених-медиків та фармацевтів в міжнародний науковий простір: сьогодення та перспективи (Київ 16-17.05.2019); науково-практичній конференції «MAN AND ENVIRONMENT, TRENDS AND PROSPECTS», (Tokyo Japan 10-11.02.2020); Всеукраїнська науково-практична інтернет-конференція “Young Science 2.0” (Київ 19.02.2020) «Development of scientific and practical approaches in the area of globalization» (28-29.09.2020); науково-практичній конференції Актуальні питання сучасної стоматології (Київ 18.03.2021).

**9. Повнота опублікування результатів дисертації, кількість наукових публікацій та конкретний особистий внесок здобувача до всіх наукових публікацій, опублікованих зі співавторами та зарахованих за темою дисертації. Список додається.**

Основні наукові результати висвітлені у публікаціях та розкривають основний зміст дисертації. За матеріалами дисертації опубліковано 3 статті, з них дві статті опубліковані у фахових виданнях України, одна у виданні ЄС. Також дані наукового дослідження представлені у 6 тезах та були висвітлені у 5

доповідях у заходах з міжнародною участю. Провідний внесок за обсягом у матеріали публікацій належить аспіранту. Аспірант Ардикуце В.П. брала участь в статистичній обробці та аналізі одержаних результатів та підготовці матеріалів до друку.

**10. Особистий внесок здобувача в одержання наукових результатів, що виносяться на захист.**

Автором особисто була сформульована мета роботи, поставлені основні завдання, та підібрані методи дослідження, які необхідні для виконання поставлених задач. Зібрана та проаналізована сучасна наукова література за темою дисертації. Проведено у повному обсязі клінічні та імунологічні дослідження за темою дисертації, вивчено ефективність запропонованих методів лікування, здійснено статистичну обробку отриманих результатів, проведено впровадження результатів досліджень в клінічну практику. Сумісно з науковим керівником сформульовані висновки та практичні рекомендації роботи.

**Спеціальність, якій відповідає дисертація:** дисертація повністю відповідає паспорту спеціальності 22 галузі знань Охорона здоров'я

(галузь знань)

за спеціальністю 221 Стоматологія  
(код і найменування спеціальності відповідно до Переліку галузей знань і спеціальностей, за якими здійснюється підготовка здобувачів вищої освіти)

**11. Відомості щодо проведення біоетичної експертизи дисертації** на етапі планування роботи та повторної біоетичної експертизи дисертаційного дослідження щодо відповідності дотримання принципів і норм біоетики за результатами відкритого розгляду матеріалів дисертацій на засіданні Комісії з питань етики НУОЗ України імені П. Л. Шупика.

Аспірантом Ардикуце В.П. вчасно представлені всі матеріали в комісію з питань етики НУОЗ України імені П. Л. Шупика з метою проведення біоетичної експертизи дисертаційного дослідження щодо відповідності дотримання принципів і норм біоетики. За висновком встановлено повну вілповідність діючим нормам і стандартам від 8.06.2021 протокол №8, а також матеріалам, поданим на етапі планування роботи 06.11.2017 протокол №9.

**12. Єдність змісту роботи, оцінка мови та стилю дисертації.**

Матеріали дисертації викладено послідовно у формально-логічний спосіб з дотриманням науково стилю викладення.

Мова українська, робота викладена на 167 сторінках, включає 26 таблиць і 47 рисунків.

**13. Дані про відсутність текстових запозичень та порушень академічної доброчесності** (академічного plagiatу, самоплагіату, фабрикації, фальсифікації).

За результатами перевірки та аналізу матеріалів дисертації П. І. Б. не було виявлено ознак академічного plagiatу, самоплагіату, фабрикації, фальсифікації (протокол Експертної проблемної комісії за спеціальністю «Стоматологія» від 8.06.2021р (протокол №20). Подані до захисту наукові досягнення є власним напрацюванням аспіранта Ардикуце В.П., всі інші цитовані наукові результати супроводжуються посиланнями на їх авторів та джерела опублікування.

**14. Набуття теоретичних знань, умінь, навичок та відповідних компетентностей. Відповідність дисертації вимогам п. 10 Порядку проведення експерименту з присудження ступеня доктора філософії, затвердженого**

постановою КМУ від 06.03.2019 № 167 та Вимогам до оформлення дисертації, затвердженими наказом МОН України від 12.01.2017 № 40.

Аспірантом Ардикуце В.П. здобуто необхідні теоретичні знання, уміння, навички та інші компетентності, достатні для продукування нових ідей, розв'язання комплексних проблем у галузі професійної та дослідницько-інноваційної діяльності. Ардикуце В.П. оволоділа методологією наукової та педагогічної діяльності, а також провела власне наукове дослідження, результати якого мають новизну, теоретичне та практичне значення.

На підставі розгляду дисертації, наукових публікацій, у яких висвітлені основні наукові результати дисертації, а також за результатами фахового семінару 22.06.2021 протокол №1/2 встановлено, що результати виконаного наукового дослідження аспіранта вирішують важливе наукове завдання - підвищення ефективності діагностики та раннього ортодонтичного лікування у пацієнтів з дихальною дисфункцією шляхом обґрунтування, розробки та впровадження діагностико-лікувального алгоритму, а дисертація аспіранта Ардикуце В.П. на тему «Клініко-лабораторне обґрунтування підвищення ефективності раннього ортодонтичного лікування за допомогою дихальної гімнастики» на здобуття ступеня доктора філософії в галузі знань 22 Охорона здоров'я

(галузь знань)

за спеціальністю 221 Стоматологія

(код і найменування спеціальності відповідно до Переліку галузей знань і спеціальностей, за якими здійснюється підготовка здобувачів вищої освіти)

повністю відповідає вимогам п. 10 Порядку проведення експерименту з присудження ступеня доктора філософії, затвердженого постановою КМУ від 06.03.2019 № 167 та Вимогам до оформлення дисертації, затвердженими наказом МОН України від 12.01.2017 № 40, та може бути представлена до захисту у спеціалізованій вченій раді.

Голова фахового семінару:

Директор ІС

д.мед.н., професор

О.М. Дорошенко

Рецензенти:

Завідувач кафедри ортодонтії  
НУОЗ України ім. П.Л. Шупика  
д.мед.н., професор

М.С. Дрогомирецька

Професор кафедри  
Стоматології  
д. мед. н., професор

О.В. Біда

Секретар фахового семінару:

О.М. Ступницька