

ЗАКЛЮЧЕНИЕ ДИССЕРТАЦИОННОГО СОВЕТА 21.2.014.02,
СОЗДАННОГО НА БАЗЕ ФЕДЕРАЛЬНОГО ГОСУДАРСТВЕННОГО
БЮДЖЕТНОГО ОБРАЗОВАТЕЛЬНОГО УЧРЕЖДЕНИЯ ВЫСШЕГО
ОБРАЗОВАНИЯ "КУБАНСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ
УНИВЕРСИТЕТ" МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ
ФЕДЕРАЦИИ ПО ДИССЕРТАЦИИ НА СОИСКАНИЕ УЧЕНОЙ СТЕПЕНИ
ДОКТОРА НАУК
аттестационное дело № _____

решение диссертационного совета от 18.05.2022 г. №10

О присуждении Музыкину Максиму Игоревичу, гражданину России, ученой степени доктора медицинских наук.

Диссертация "Патофизиологическое обоснование стоматологического лечения с использованием имплантатов при атрофии альвеолярных отростков (частей) челюстей" по специальностям: 3.1.7. Стоматология и 3.3.3. Патологическая физиология принята к защите 11.02.2022 г., протокол №3, диссертационным советом 21.2.014.02, созданным на базе федерального государственного бюджетного образовательного учреждения высшего образования "Кубанский государственный медицинский университет" Министерства здравоохранения Российской Федерации, 350063, г. Краснодар, ул. Седина, 4, действующим на основании приказа Федеральной службы по надзору в сфере образования и науки Министерства образования Российской Федерации от 16.01.2009 г. №34-1, приказом Минобрнауки России от 11.04.2012 г. №105/нк совет признан соответствующим Положению о совете по защите диссертаций на соискание учёной степени кандидата наук, на соискание учёной степени доктора наук.

Музыкин Максим Игоревич, 1984 года рождения. Диссертацию на соискание ученой степени кандидата медицинских наук "Лечение одонтогенного периостита челюстей у людей пожилого и старческого возраста" защитил в 2013 году в диссертационном совете Д 601.001.01 при Санкт-Петербургском институте биорегуляции и геронтологии Северо-Западного отделения Российской академии медицинских наук. Работает преподавателем кафедры челюстно-лицевой и хирургической стоматологии федерального государственного бюджетного военного образовательного учреждения высшего образования "Военно-

медицинская академия имени С.М. Кирова" Министерства обороны Российской Федерации.

Диссертация выполнена в федеральном государственном бюджетном военном образовательном учреждении высшего образования "Военно-медицинская академия имени С.М. Кирова" Министерства обороны Российской Федерации на кафедре челюстно-лицевой хирургии и хирургической стоматологии.

Научные консультанты:

– доктор медицинских наук, профессор Иорданишвили Андрей Константинович, федеральное государственное бюджетное военное образовательное учреждение высшего образования "Военно-медицинская академия имени С.М. Кирова" Министерства обороны Российской Федерации, кафедра челюстно-лицевой хирургии и хирургической стоматологии, профессор кафедры;

– доктор медицинских наук, профессор Цыган Василий Николаевич, федеральное государственное бюджетное военное образовательное учреждение высшего образования "Военно-медицинская академия имени С.М. Кирова" Министерства обороны Российской Федерации, кафедра патологической физиологии, заведующий кафедрой.

Официальные оппоненты:

1. Кулаков Анатолий Алексеевич (гражданин России), академик РАН, доктор медицинских наук, профессор, федеральное государственное бюджетное учреждение Национальный медицинский исследовательский центр "Центральный научно-исследовательский институт стоматологии и челюстно-лицевой хирургии" Министерства здравоохранения Российской Федерации, научный руководитель;

2. Лепилин Александр Викторович (гражданин России), доктор медицинских наук, профессор, федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования "Саратовский государственный медицинский университет имени В.И. Разумовского" Министерства здравоохранения Российской Федерации, кафедра стоматологии хирургической и челюстно-лицевой хирургии, заведующий кафедрой;

3. Бобынцев Игорь Иванович (гражданин России), доктор медицинских наук, профессор, федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования "Курский государственный медицинский университет" Министерства здравоохранения Российской Федерации, кафедра патофизиологии, заведующий кафедрой – дали положительные отзывы на диссертацию.

Ведущая организация – федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования "Московский государственный медико-стоматологический университет имени А.И. Евдокимова" Министерства здравоохранения Российской Федерации, г. Москва, в своем положительном заключении, подписанном Паниным Андреем Михайловичем, доктором медицинских наук, профессором, заведующим кафедрой хирургической стоматологии и Малышевым Игорем Юрьевичем, доктором медицинских наук, профессором, заведующим кафедрой патологической физиологии, указала, что "диссертация является законченной научно-квалификационной работой..., полностью соответствует п. 9 "Положения о присуждении ученых степеней...", а ее автор заслуживает присуждения искомой степени доктора медицинских наук по специальностям: 3.1.7. Стоматология и 3.3.3. Патологическая физиология".

Соискатель имеет 70 опубликованных работ, в том числе по теме диссертации опубликована 51 работа, из них в рецензируемых научных изданиях и приравненных к ним 38 работ. Краткая характеристика работ (вид, количество, объем в страницах, творческий вклад в %): статьи в журналах – 43, 122, 46; монография и учебные пособия – 4, 205, 67; патенты – 4, 10, 26. В диссертации отсутствуют недостоверные сведения об опубликованных соискателем ученой степени работах.

Наиболее значимые научные работы по теме диссертации:

1. Музыкин, М.И. Выживаемость скуловых и корневых дентальных имплантатов: пятилетнее наблюдение / М.И. Музыкин, А.К. Иорданишвили, Д.В. Балин // Российский вестник дентальной имплантологии. – 2020. – № 3–4 (49–50). – С. 60–69.

2. Декомпрессионное дренирование (марсупиализация) при лечении обшир-

ных кист челюстей / М.И. Музыкин, А.А. Головкин, М.В. Мельников [и др.] // Российский стоматологический журнал. – 2021. – Т. 25, № 1. – С. 65-72.

3. Возрастная и постэкстракционная атрофия челюстей и современные возможности восстановления жевательного аппарата у пожилых и старых людей / М.И. Музыкин, Е.В. Коковихина, Е.А. Герасимова [и др.] // Успехи геронтологии. – 2021. – № 1. – С. 62–68.

На диссертацию и автореферат поступили отзывы от: Леонтьева Валерия Константиновича, академика РАН, доктора медицинских наук, профессора, советника ректора федерального государственного бюджетного образовательного учреждения высшего образования "Московский государственный медико-стоматологический университет имени А.И. Евдокимова" Министерства здравоохранения Российской Федерации, Михаила Михайловича Галагудзы, члена-корреспондента РАН, доктора медицинских наук, профессора, директора института экспериментальной медицины, главного научного сотрудника научно-исследовательского отдела микроциркуляции и метаболизма миокарда, заведующего кафедрой патологической физиологии федерального государственного бюджетного учреждения "Национальный медицинский исследовательский центр имени В.А. Алмазова" Министерства здравоохранения Российской Федерации, Олесовой Валентины Николаевны, доктора медицинских наук, профессора, заведующей кафедрой стоматологии Медико-биологического университета инноваций и непрерывного образования федерального государственного бюджетного учреждения "Государственный научный центр Российской Федерации – Федеральный медицинский биофизический центр им А.И. Бурназяна" и Амхадовой Малкан Абдрашидовны, доктора медицинских наук, профессора, заведующей кафедрой хирургической стоматологии и имплантологии факультета усовершенствования врачей государственного бюджетного учреждения здравоохранения Московской области "Московский областной научно-исследовательский клинический институт им. М.В. Владимирского". Отзывы критических замечаний не содержат.

Выбор официальных оппонентов и ведущей организации обосновывается

тем, что специалисты указанных организаций являются известными и признанными учеными данной отрасли медицины, что подтверждается наличием соответствующих научных публикаций, размещенных на сайте: <http://www.kσμα.ru>.

Диссертационный совет отмечает, что на основании выполненных соискателем исследований: **разработана** научная идея, обогащающая концепцию о клинико-патофизиологических особенностях развития атрофии альвеолярных отростков (частей) челюстей, использование которой способствует профилактике развития и снижению количества осложнений, а также улучшению эффективности стоматологической реабилитации зубными протезами на имплантатах; **предложены** оригинальные суждения об особенностях формирования жевательного рефлекса у лиц после имплантационного лечения; **доказана** перспективность использования оценки качества жизни на этапах стоматологической реабилитации пациентов для профилактики неспецифических адаптационных реакций и стресса; **введены** новые представления о механизме постэкстракционной регенерации костной ткани альвеолярных отростков (частей) челюстей на основании метаболической активности остаточных стенок альвеолы и факторов, на нее влияющих.

Теоретическая значимость исследования обоснована тем, что: **доказаны** положения, расширяющие представления о патофизиологических особенностях формирования атрофии костной ткани, после удаления зубов, с целью ее своевременной профилактики, а также возможности репаративной регенерации костной ткани челюстей при проведении костной пластики с одномоментной или отсроченной дентальной имплантацией; **применительно к проблематике диссертации результативно использован** комплекс современных методов исследования, в том числе клинические, рентгенологические, функциональные, лабораторные; **изложены** общие и местные факторы риска, влияющих на репаративный потенциал костной ткани челюстей и возникновение осложнений дентальной имплантации; **раскрыты** физиологические особенности протекания нервных процессов в костной ткани при наличии в ней стабильного дентального имплантата в качестве опоры ортопедической конструкции в норме и

при развитии патологии; **изучена** частота использования и методы проведения костно-пластических операций, направленных на увеличение объема костной ткани челюстей при постэкстракционной атрофии, а также ее профилактики с целью последующей дентальной имплантации; **проведена модернизация** существующих методов костной пластики в стоматологии.

Значение полученных соискателем результатов исследования для практики определяется тем, что: **разработаны и внедрены:** способ получения композиции водорастворимых полимеров – барьерных мембран; способ определения объема остеогенного трансплантата при костной пластике, способ определения адсорбционной емкости костнопластического материала, способ дегазации костнопластического материала; **определены** возможности современных методов стоматологической реабилитации с помощью дентальных и скуловых имплантатов у пациентов с атрофией альвеолярного отростка (части) челюсти и влияние факторов риска на выживаемость имплантатов; **создана** модель сано-генеза репаративной регенерации костной ткани челюстей и описаны практические рекомендации по проведению стоматологической реабилитации с учетом хирургического протокола и вида ортопедической конструкции у пациентов при утрате зубов и атрофии альвеолярного отростка (части) челюсти; **представлены** уточненные данные анатомо-топометрических особенностей скуловой кости взрослого человека, что способствует улучшению качества планирования хирургического лечения, правильному выбору типоразмера скулового имплантата, а также вида временной и/или постоянной ортопедической конструкции.

Оценка достоверности результатов исследования выявила: **теория** диссертации построена на известных, проверяемых фактах и согласуется с опубликованными данными по теме диссертации; **идея базируется** на анализе клинической практики и обобщении передового опыта специалистов в области стоматологии и патологической физиологии; **использованы** данные современных методов исследования, общепризнанные в мировой и отечественной науке; **установлено** качественное и количественное соответствие авторских результа-

тов с представленными в независимых источниках по данной тематике; **использованы** современные методы сбора и обработки исходной и полученной в ходе диссертационного исследования информации.

Личный вклад соискателя состоит в непосредственном участии в планировании и проведении всех этапов исследования, включая обработку и интерпретацию полученных данных, подготовку основных публикаций по выполненной работе.

В ходе защиты диссертации были высказаны следующие критические замечания и вопросы:

1. При изучении атрофии костной ткани Вы использовали классификацию Sawood&Howell, почему именно она была выбрана?

2. Охарактеризуйте пожалуйста используемые Вами понятия метаболическая активность, метаболическая достаточность и метаболический потенциал?

3. Как поступать в тех случаях, когда у пациента в соответствии с Вашей прогностической моделью определяется высокий шанс развития осложнений костной пластики? Не проводить операцию?

4. Учитывая тот факт, что скуловая кость не несет прямой жевательной нагрузки, поясните, почему было принято решение исследовать ее атрофию при потере зубов?

5. На основании представленных Вами данных о формировании рефлексов жевательного аппарата при стоматологической реабилитации с использованием дентальных и скуловых имплантатов какие рекомендации Вы даете пациентам?

6. В работе при оценке факторов, влияющих на развитие осложнений после костной пластики, Вы используете понятие отношение шансов. Поясните это понятие. Это тоже, что и вероятность? Или это различные понятия?

7. Среди клинических примеров Вами представлен имплантационный остеомиелит скуловой кости. Опишите пожалуйста, на Ваш взгляд, этиопатогенетический механизм развития данного осложнения?

8. Учитывая Ваш опыт, в каких случаях Вы бы рекомендовали пациентам использование метода скуловой имплантации?

9. В представленных осложнениях стоматологической реабилитации Вы разделили понятия формирование ороантрального сообщения и рецидивирующие обострения верхнечелюстного синусита. На Ваш взгляд это различные процессы или все-таки звенья одной цепи?

10. Поясните почему в тексте диссертации воспалительный процесс в области скулового имплантата обозначен как остеомиелит, а в области дентального имплантата как периимплантит?

11. В диссертационном исследовании Вы используете термин "метаболическая достаточность", уточните, что Вы понимаете под этим понятием?

Соискатель Музыкин М.И. убедительно ответил на все задаваемые ему в ходе заседания вопросы, согласился со всеми замечаниями и привел собственную аргументацию по следующим:

1. Несмотря на то, что классификация J.I. Sawood и R.A. Howell (1998 г.) является анатомической, она в полной мере отражает стадийность течения постэкстракционной атрофии костной ткани в различных отделах верхней и нижней челюсти, что и было необходимо в проводимом нами исследовании.

2. Под метаболической активностью костной ткани понимается комплекс процессов, протекающих в альвеоле после удаления зуба и в последующем определяющих выраженность постэкстракционной атрофии. Следует подчеркнуть, что возможна регуляция метаболической активности. Например, использование аутокостного материала в составе тканевого регенерата за счет увеличения количества остеогенных клеток усиливает репаративный потенциал. Метаболический потенциал – способность костной ткани к восстановлению, то есть ее репаративный потенциал. Метаболическая достаточность, данный термин в диссертационном исследовании принят "условно" чтобы оценить, используя предложенную модель саногенеза, выживаемость костных стенок альвеолы. Иными словами, метаболическая достаточность стенок альвеолы костной ткани челюстей характеризует подверженность отдельно взятой костной стенки процессам атрофии при одномоментной дентальной имплантации или костной пластике.

3. Безусловно, мы можем выбрать альтернативный имплантологическому лечению путь стоматологической реабилитации, если он является приемлемым для конкретного пациента. Если это не представляется возможным, то рекомендуется максимально упростить проводимые хирургические операции, например, не использовать дентальную имплантацию одновременно с костной пластикой, увеличить долю аутокостного материала, как обладающего большей метаболической активностью и т.д. Проводить назначение антиоксидантной, антигипоксантажной и мембранстабилизирующей терапии до операции и в раннем послеоперационном периоде с целью снижения их патологического воздействия.

4. Непосредственно сама скуловая кость и скуловая дуга являются точками фиксации собственно жевательной мышцы, которая выполняет если не основную, то большой объем жевательной нагрузки. Через костный массив скуловой кости проходит скуло-альвеолярный контрфорс, формирующий и перестраивающий внутреннюю структуру скуловой кости под действием жевательных нагрузок. Опираясь на закон Вольфа (форма зависит от функции) изменение жевательного давления при утрате зубов могло привести к атрофии костной ткани скуловой кости.

5. После стоматологической реабилитации в обязательном порядке мы рекомендуем динамические контрольные осмотры, частотность которых зависит от объема имплантологического лечения и времени, которое прошло после окончательного протезирования, а также применение разобщающих зубных кап для активной физической нагрузки и ночного ношения. Другие рекомендации: использование ботулотоксина, применение препаратов для снижения активности жевательных мышц, антидепрессантов, электронейромиография в динамике и др. являются скорее частными для каждого клинического случая в ходе его динамического наблюдения.

6. Это различные понятия. Вероятность – это отношение количества раз, когда произошло конкретное событие, к количеству всех произошедших событий, а отношение шансов – отношение количества раз, когда произошло конкретное

событие, к количеству раз, когда оно не произошло, т.е. отношение отрицательного результата костной пластики к положительному.

7. Безусловно, этиологическим фактором развития данного осложнения служит инфекции, вероятнее всего из полости верхнечелюстного синуса. Причиной развития данного осложнения стал апикальный периимплантит в области скулового имплантата с распространением воспалительных изменений в ткани, окружающие скуловую кость с формированием наружного гранулирующего свища левой скуловой области.

8. На сегодняшний момент операцию скуловой имплантации мы рекомендуем проводить в тех случаях, когда этот метод лечения не имеет альтернатив, т.е. в случаях стоматологической реабилитации пациентов после онкологических вмешательств, последствий травм и поражений, характеризующихся полным или частичным отсутствием верхней челюсти.

9. Безусловно, оба этих осложнения имеют одинаковые клинические проявления, которые будут представлены верхнечелюстным синуситом одонтогенной этиологии. Разделение данных осложнений произведено в связи с тем, что не всегда при развитии верхнечелюстных синуситов после скуловой имплантации определяются ороонральные сообщения. В ряде случаев наличие самого имплантата препятствует моторно-эвакуаторной функции слизи, что в последующем вызывает верхнечелюстной синусит.

10. Различные названия приведены для того, чтобы показать различные патогенетические механизмы развития воспаления. Периимплантит – это прогрессирующая утрата костного прикрепления имплантата, которая прогрессирует от коронковой части до верхушки имплантата. В описанном клиническом примере воспаление было локализовано исключительно в области верхушки скулового имплантата с формированием свищевого хода, что является признаком хронического остеомиелита.

11. Данный термин в диссертационном исследовании принят "условно" чтобы оценить, используя предложенную модель саногенеза, выживаемость костных стенок альвеолы. Иными словами, метаболическая достаточность стенок

альвеолы костной ткани челюстей характеризует подверженность отдельно взятой костной стенки процессам атрофии при одномоментной дентальной имплантации или костной пластике.

На заседании 18.05.2022 г. диссертационный совет принял решение за разработку положений, совокупность которых можно квалифицировать как решение важной проблемы современной стоматологии и патологической физиологии по выявлению закономерностей формирования, определению факторов риска, установлению клинических и патофизиологических механизмов развития и профилактики атрофии альвеолярных отростков (частей) челюстей у взрослых людей вследствие утраты зубов, что, в свою очередь, позволило дать патофизиологическое обоснование особенностей функционирования дентальных и скуловых имплантатов как опоры ортопедических конструкций, при восстановлении непрерывности зубного ряда, повысить выживаемость имплантатов и осуществить профилактику ранней функциональной и эстетической непригодности фиксированных на них ортопедических конструкций, присудить Музыкину М.И. ученую степень доктора медицинских наук.

При проведении тайного голосования диссертационный совет в количестве 19 человек, из них 14 докторов наук по специальностям рассматриваемой диссертации (3.1.7. Стоматология – 7, 3.3.3. Патологическая физиология – 7), участвовавших в заседании, из 25 человек, входящих в состав совета, проголосовали: за – 19, против – нет, недействительных бюллетеней – нет.

Председатель
диссертационного совета 21.2.014.02
доктор медицинских наук
профессор

Ученый секретарь
диссертационного совета 21.2.014.02,
доктор медицинских наук
профессор



Быков
Илья Михайлович

Лапина
Наталья Викторовна

18.05.2022