

ЗАКЛЮЧЕНИЕ ДИССЕРТАЦИОННОГО СОВЕТА 21.1.079.02,
СОЗДАННОГО НА БАЗЕ Федерального государственного бюджетного
учреждения Национальный медицинский исследовательский центр
«Центральный научно-исследовательский институт стоматологии и
челюстно-лицевой хирургии» Министерства здравоохранения Российской
Федерации ПО ДИССЕРТАЦИИ НА СОИСКАНИЕ УЧЕНОЙ СТЕПЕНИ
КАНДИДАТА НАУК

аттестационное дело № _____

решение диссертационного совета от 25.12.2025 г. № 31

О присуждении Азаренкову Егору Владимировичу, гр. России ученой степени кандидата медицинских наук.

Диссертация на тему: «Оценка эффективности применения новых перевязочных материалов у пациентов с хроническим остеомиелитом челюстно-лицевой области» по специальности 3.1.2. – челюстно-лицевая хирургия принята к защите 24.10.2025 г., (протокол заседания № 26/1) диссертационным советом 21.1.079.02, созданном на базе Федерального государственного бюджетного учреждения Национальный медицинский исследовательский центр «Центральный научно-исследовательский институт стоматологии и челюстно-лицевой хирургии» Министерства здравоохранения Российской Федерации (119021, г. Москва, ул. Тимура Фрунзе, 16, создан приказом ВАК России № 518/нк от 25 мая 2022 г.).

Соискатель Азаренков Егор Владимирович 25.04.1999 г.р., в 2022 году окончил стоматологический факультет ФГБОУ ВО «Московский государственный медико-стоматологический университет им. А.И. Евдокимова» Минздрава России. С 2022 по 2024 гг. обучался в клинической ординатуре ФГБУ НМИЦ «ЦНИИСиЧЛХ» Минздрава России по специальности челюстно-лицевая хирургия, а с 2024 г проходит обучение в очной аспирантуре ФГБУ НМИЦ «ЦНИИСиЧЛХ» Минздрава России. Работает врачом-челюстно-лицевым хирургом отделения реконструктивной челюстно-лицевой и пластической хирургии ФГБУ НМИЦ «ЦНИИСиЧЛХ» Минздрава России

Диссертация выполнена в отделении реконструктивной челюстно-лицевой и пластической хирургии ФГБУ НМИЦ «ЦНИИСиЧЛХ» Минздрава России.

Научный руководитель:

Чкадуа Тамара Зурабовна – д.м.н., доцент, зав. отделением реконструктивной челюстно-лицевой и пластической хирургии ФГБУ НМИЦ «ЦНИИСиЧЛХ» Минздрава России.

Официальные оппоненты:

Шайхалиев Астемир Икрамович – д.м.н., профессор кафедры челюстно-лицевой хирургии имени академика Н.Н. Бажанова Института стоматологии имени Е.В. Боровского ФГАОУ ВО «Первый Московский государственный медицинский университет имени И. М. Сеченова» Минздрава России;

Караян Арутюн Суренович – д.м.н., главный научный сотрудник научно – клинического отдела челюстно-лицевой хирургии ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр отоларингологии» ФМБА России, дали положительные отзывы на диссертацию.

Ведущая организация: ФГАОУ ВО «Российский национальный исследовательский медицинский университет имени Н.И. Пирогова» Минздрава России, г. Москва, в своем положительном заключении, подписанном профессором кафедры челюстно-лицевой хирургии и стоматологии Института стоматологии д.м.н., профессором Хелминской Н.М. указала, что диссертационная работа Азаренкова Е.В. является законченной научно-квалификационной работой. По своей актуальности, научной новизне и практической значимости диссертация полностью соответствует требованиям п. 9 «Положения о порядке присуждения учёных степеней», утвержденного Постановлением Правительства РФ от 24.09.2013 г. № 842, (в действующей редакции), предъявляемым к диссертационным работам на соискание ученой степени кандидата медицинских наук, а её автор, Азаренков Е.В., достоин присвоения искомой ученой степени

кандидата медицинских наук по специальности 3.1.2. – челюстно-лицевая хирургия.

Соискатель имеет 4 опубликованные работы, общим объемом 0,5 печатных листа, в том числе по теме диссертации 4 работы, из них 2 - статьи в рецензируемых научных изданиях рекомендованных ВАК, 1 – тезисы научно-практической конференции, получен 1 патент РФ на изобретение, подана 1 заявка на патент. Авторский вклад соискателя составляет 85%.

Наиболее значимые научные работы по теме диссертации:

1. Оценка эффективности антимикробного влияния активных компонентов перевязочных материалов в условиях *in vitro*. Т.З. Чкадуа, Е.В. Азаренков, ФГБУ НМИЦ «ЦНИИС и ЧЛХ» Минздрава РФ, Москва, Стоматология. – 2024 г. - №6/2. – С. 33-36
2. Полезная модель перевязочный материал для ускорения регенерации мягких тканей». Патент RU 230578 U1. Дата получения 21.06.2024г. Авт. Чкадуа Т. З. Смирнова Л.Е., Медушева Е.О., Фидоровская Ю.С., Сорокина Ф.С., Егiazарян А.К., Азаренков Е.В., Согачев Г.В.
3. Е.В. Азаренков, Т.З. Чкадуа, З.Ю. Висайтова, Х.М. Ибрагимова. Лечение ран. Эволюция раневых покрытий (Обзор литературы). Сборник материалов международной научно-практической конференции, посвященной памяти профессора Ю.М. Максимовского. Под общей редакцией профессора В.Д. Вагнера, - Москва: Наука, 2025. – 151 [1] с. ISBN 978-5-907673-52-6
4. З.Ю. Висайтова, Т.З. Чкадуа, Е.В. Азаренков, Х.М. Ибрагимова. Болезнь Маделунга: клинические проявления и хирургический подход. Послеоперационное ведение с применением новых перевязочных материалов. Стоматология. 2025. - №3. – С. 83-86

Выбор официальных оппонентов и ведущей организации обосновывается тем, что официальные оппоненты являются компетентными учеными в вопросах челюстно-лицевой хирургии и имеют публикации в сфере научных интересов по диссертационному исследованию. Ведущая

организация признана широко известной своими достижениями в челюстно-лицевой хирургии и способна определить научную и практическую ценность диссертации.

Диссертационный совет отмечает, что на основании выполненных соискателем исследований:

Разработана форма у перевязочного материала с составом альгинат натрия, диметилсульфоксид (5%), азотнокислого серебра (0,1%) и

бикарбонат натрия (2%) в виде узкой эластичной ленты турунды, предназначенная для ведения глубоких, туннельных и свищевых ран челюстно лицевой области. Форм фактор обеспечивает равномерное и полное заполнение узких полостей по принципу «loose fill» без избыточной компрессии, плотный контакт со стенками и дном по всей протяжённости хода, непрерывный капиллярный отток и надёжный дренаж из глубины, что предупреждает формирование «мёртвых пространств» и преждевременное поверхностное закрытие при сохраняющейся глубокой полости. Конструкция повышает управляемость локальной терапии, упрощает работу хирурга в условиях рубцово изменённых и ишемизированных тканей, снижает риск остаточной полости, улучшает условия для формирования полноценного грануляционного ложа и последующей эпителизации. Решение признано инновационным, защищено патентом РФ на полезную модель № 230578 от 21.06.2024 г. и зарегистрировано к медицинскому применению (РУ Росздравнадзора № РЗН 2024/24274 от 23.12.2024).

Предложен унифицированный протокол местной терапии глубоких, туннельных и свищевых ран челюстно лицевой области с использованием ленты турунды, ориентированный на этапность, безопасность и объективный контроль эффективности. Протокол включает: предоперационную ультразвуковую оценку хода, туалет раны с щадящим механическим очищением, интраполостное заполнение по принципу «loose fill» под УЗ навигацией с обязательным выводом наружного «хвоста», фиксацию вторичной повязкой и поддержание влажной среды.

Протокол предусматривает обучение персонала/пациента навыкам атравматичного удаления за «хвост», предупреждение перерастяжения тканей и соблюдение асептики; совместим с системной антибактериальной терапией и стандартными водными антисептиками.

Представлен стандартизированный мониторинг: на 1-е сутки — клиническая фотофиксация, количественный микробный забор по методике Levine и УЗ-оценка размеров полости, наличия жидкостных включений, RI; на 10-е сутки — повтор тех же измерений для сопоставления в динамике.

Установлены критерии эффективности: регресс/исчезновение жидкостных включений, уменьшение глубины и протяжённости хода, рост RI, снижение экссудации и болевого синдрома. Критерии перехода на поверхностные покрытия: отсутствие глубины и признаков полости, устойчивое сокращение раневой площади, сохранение адекватной васкуляризации по УЗ-данным.

Доказано, что предложенные унифицированный клиничко-диагностический протокол и специализированная форма повязки в виде ленты-турунды стандартизируют ведение глубоких, туннельных и свищевых ран при ХОЧЛО: фиксированные точки контроля (1-е и 10-е сутки), единый мониторинговый лист (УЗ-картирование хода/жидкостных включений, RI, КОЕ/см² по методике Levine, индекс I/III, фотофиксация) и пороговые критерии решений (исчезновение полости, рост RI, снижение микробной нагрузки до клинически безопасного уровня, достижение «зрелого» матрикса) обеспечивают сопоставимость между визитами и пациентами, снижают субъективизм и делают маршрут лечения воспроизводимым. Лента-турунда технологически обеспечивает корректное исполнение протокола в узких полостях (равномерное «loose fill», профилактика «мёртвых пространств», непрерывный отток, безопасное извлечение за наружный «хвост»), что особенно важно при постлучевых изменениях и выраженном фиброзе, и упрощает деэскалацию на поверхностные покрытия либо продление местной терапии.

Теоретическая значимость исследования обоснована тем, что: на основе объективных маркеров (количественная микробная нагрузка в КОЕ/см², ультразвуковые показатели локальной гемодинамики — RI, гистоморфометрия коллагена I/III) сформирован персонализированный подход к выбору местной терапии при ХОЧЛО, позволяющий обоснованно переходить между фазами лечения (консервативная и хирургическая) и снижать риск замедленного заживления. Стандартизированы методики мониторинга (забор по Levine, протокол УЗИ/доплера, Picro-Sirius Red с цифровой морфометрией), предложены пороговые критерии «клинически безопасной нагрузки» ($\leq 1,5 \log_{10}$ КОЕ/см²) и «зрелого матрикса» ($I/III \geq 1,85$) как точки принятия решений. Это закладывает методологическую основу для дальнейших исследований эффективности перевязочных материалов, их комбинаций и длительных клинических наблюдений.

Одновременно подтверждена эффективность многокомпонентного состава повязки: достигнуты медианная редукция бактериальной нагрузки, доля «стерильных/клинически безопасных» посевов 60%, полная элиминация *S. aureus* у всех исходно положительных результатов; к 10-м суткам — полная регрессия жидкостных включений, рост RI, увеличение индекса зрелости коллагена I/III и ускорение эпителизации, без признаков замедления грануляции.

Применение протокола повышает управляемость локальной терапии, снижает риск остаточных полостей и преждевременного поверхностного закрытия, ускоряет формирование грануляционного ложа и последующую эпителизацию.

Значение полученных соискателем результатов исследования для практики подтверждается тем, что: разработаны практические рекомендации по местной терапии хронического остеомиелита челюстно-лицевой области: дифференцированный выбор перевязочного материала по фазе раневого процесса и типу дефекта, кратность смены, совместимость с водными антисептиками, стандартизированный мониторинг. Достоверно оценены

клинические исходы: редукция бактериальной нагрузки, регресс жидкостных включений по УЗИ, улучшение микроциркуляции (рост RI), увеличение индекса зрелости матрикса (I/III) и ускорение эпителизации. Лента турунда адаптируется к сложной геометрии и вариативной ширине каналов, легко укладывается под ультразвуковой навигацией, а при простой анатомии дефекта без нее, не распадается при удалении и не травмирует грануляции; наличие наружного «хвоста» обеспечивает безопасное, контролируемое извлечение. Результаты настоящего исследования внедрены в клиническую практику отделения реконструктивной челюстно-лицевой и пластической хирургии, челюстно-лицевой хирургии ФГБУ НМИЦ «ЦНИИС и ЧЛХ» Минздрава России, а также в образовательный процесс (в программу подготовки кадров высшей квалификации в ординатуре по специальности «Челюстно-лицевая хирургия») ФГБУ НМИЦ «ЦНИИС и ЧЛХ» Минздрава России.

Оценка достоверности результатов исследования выявила, что: идея исследования опирается на анализ 142 отечественных и зарубежных источников. Достоверность подтверждается достаточным объёмом клинического материала (45 пациентов с ХОЧЛО) и стандартизованным сбором данных: 90 ультразвуковых исследований с расчётом RI по трём последовательным спектрам на зону и проверкой межнаблюдательной согласованности (ICC, анализ Бланда—Альтмана); 90 микробиологических исследований; 90 биопсий мягких тканей (не менее 900 полей зрения) с гистохимией Picro-Sirius Red и цифровой морфометрией. Предклинический блок выполнен диско-диффузионными тестами трёх композиций на пяти референтных микроорганизмах. Статистическая обработка (Statistica/R: Шапиро—Уилк, Краскел—Уоллис с поправкой Holm, Уилкоксона, ANCOVA, эффект-сайзы, 95% ДИ) соответствует принципам доказательной медицины. Добровольное участие пациентов подтверждено письменным информированным согласием.

Личный вклад соискателя состоит в работе с отечественной и зарубежной

литературой, формировании дизайна исследования, отборе и клиническом обследовании пациентов, интерпретации полученных данных. Диссертант непосредственно участвовал в оперативных вмешательствах (санация очага, секвестрэктомии, дренирование), выполнял стандартизированные процедуры мониторинга: забор раневого материала по методике Levine, ультразвуковое исследование с доплерографией и расчётом RI, гистохимический забор и морфометрию по Picro-Sirius Red. Автор проводил местную терапию (перевязки) согласно протоколу, осуществлял динамическое наблюдение, самостоятельно провёл статистическую обработку (Statistica/R), подготовку публикаций, докладов, патентных материалов (патент РФ № 230578), автореферата и диссертации в полном объёме.

В ходе защиты диссертации были высказаны следующие критические замечания:

1. В составе материала есть диметилсульфоксид – это очень известное вещество, которое применяется для активации клеток и много другого, но общеизвестен его токсический эффект, который он оказывает на клетки. В связи с этим, оценивали ли Вы воспаления, которые возникают?

2. В амбулаторной практике при расхождении краев раны и обнажении костного трансплантата, Вы рекомендуете этот материал, есть ли такой опыт? И в каком порядке используется - пациент сам использует, или он должен приходить к доктору на перевязку?

3. То есть Вы рекомендуете использование турунды на амбулаторном приеме, при удалении зубов, и мы никак не навредим?

4. Какое отношение к черепно-лицевой хирургии имеет болезнь Маделунга?

Соискатель Азаренков Е.В. ответил на задаваемые ему вопросы и привел собственную аргументацию:

1. Это не входило в цель нашего исследования, но я согласен с Вами, что есть другая сторона диметилсульфоксида.

2. Все пациенты у нас с хроническими ранами, они все стационарные.

Чем менее осложнена рана хронической инфекцией, тем лучше она будет поддаваться применению какого-либо перевязочного материала.

3. Нет, не навредите. Есть форма турунды, которая очень удобна для лунок удаленных зубов.

4. После лечения болезни Маделунга возникают хронические раны, которые длительно не заживают. Именно в постоперационном периоде при лечении данного заболевания мы тоже применяли такие перевязочные материалы. Это просто хроническая рана, которая возникла вследствие хирургического лечения.

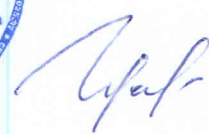
На заседании 25.12.2025 года диссертационный совет принял решение: за решение научной задачи, имеющей важное значение для развития челюстно-лицевой хирургии, присудить Азаренкову Егору Владимировичу ученую степень кандидата медицинских наук.

При проведении тайного голосования диссертационный совет в количестве 22 человек, из них 6 докторов наук по специальности 3.1.2. – челюстно-лицевая хирургия участвовавших в заседании, из 29 человек, входящих в состав совета, проголосовали: за – 22, против - нет, недействительных бюллетеней - нет.

Председатель Диссертационного совета
академик РАН, Заслуженный деятель науки РФ,
доктор медицинских наук, профессор


А.А. Кулаков

Ученый секретарь Диссертационного совета
кандидат медицинских наук


И.Е. Гусева

Дата оформления Заключения 26.12.2025 г.