

## ОТЗЫВ

Официального оппонента доктора медицинских наук, профессора Калакуцкого Николая Викторовича на диссертацию Назаряна Давида Назаретовича на тему: «Персонализированный подход к устранению дефектов челюстно-лицевой области с применением свободных реваскуляризированных костных аутотрансплантатов», представленной на соискание ученой степени доктора медицинских наук по специальностям: 14.01.31 - Пластическая хирургия и 14.01.14 - Стоматология (медицинские науки).

### Актуальность темы исследования

Актуальность темы диссертационного исследования не вызывает сомнений, так как среди всех методов костной пластики нижней или верхней челюсти наилучшие результаты достигаются при использовании реваскуляризированных костных аутотрансплантатов. Успех в реализации такого подхода к хирургическому лечению может достигать 92-98 %. При возникновении протяженных сквозных дефектов нижней челюсти, особенно субтотальных или тотальных, после выполнения расширенных блок-резекций по поводу злокачественных новообразований, могут развиваться вторичные зубо-челюстно-лицевые и скелетные формы деформации челюстей. Особенно важно учитывать, что при этом неизбежно происходит необратимое нарушение исходного прикрепления жевательных мышц и функции ВНЧС. Отсутствие зубов приводит к практически полной утрате функции жевания. Как итог, у больных значительно снижается качество жизни. Таким образом, для полноценной функциональной реабилитации пациентов, утративших часть, а нередко и полностью, нижнюю или верхнюю челюсть, необходимо решать одновременно несколько задач, а именно: восстановление утраченного сквозного сегмента челюсти, как правило с большим объёмом окологлазничных

мягких тканей, слизистой оболочки, прилежащих кожных покровов, реваскуляризируя и реиннервируя пересаживаемый мягкотканно-костный трансплантат, одномоментно или поэтапно устанавливая дентальные имплантаты для создания оптимальных условий при проведении зубного протезирования и восстановления функции жевания.

Но данные методы связаны с целым рядом хирургических, технических и организационных трудностей. Кроме того, наличие второго операционного поля приводит к неизбежной возможности появления осложнений со стороны донорской зоны.

Индивидуальный подход и обоснование выбора костного васкуляризованного трансплантата (донорской зоны), совершенствование методов костной пластики, методов и способов функциональной реабилитации в сложных клинических ситуациях помогает расширить показания к использованию одномоментных методик и улучшить качество реабилитации больных при возникновении протяженных сквозных дефектов нижней и верхней челюсти. Подготовка к протезированию зубов с опорой на дентальные имплантаты является актуальной проблемой современной челюстно-лицевой хирургии, хирургической и ортопедической стоматологии, дентальной имплантологии. Одной из наиболее сложных проблем в реабилитации больных с дефектами нижней и верхней челюсти является восстановление функции жевания.

Решению перечисленных выше проблем и посвящена докторская диссертация Назаряна Давида Назаретовича.

### **Степень обоснованности и достоверность научных положений, полученных результатов, выводов и практических рекомендаций**

В диссертационной работе Д.Н. Назаряна представлены материалы обследования и хирургического лечения 250 больных с обширными дефектами нижней и верхней челюсти. В планировании операции и их проведении при-



нимала участие мультидисциплинарная бригада специалистов, включающая челюстно-лицевого и сосудистого хирургов, рентгенологов, ортодонтотв и ортопедов. Это позволяло разработать детальный план хирургического лечения, минимизировать ошибки планирования операции в предоперационном периоде и достигать, в конечном итоге, наилучшие эстетические и функциональные результаты лечения и реабилитации пациентов. Это особенно относится к больным, имеющим тотальный дефект нижней челюсти. Когда единственным ориентиром для реконструкции нижней челюсти является верхняя челюсть. А при отсутствии той и другой только виртуальная операция позволяет в дальнейшем изготовить модели и шаблоны челюстей, которые во время операции будут использованы для точного моделирования анатомических изгибов костного трансплантата.

Отмечая значимость для науки и практической деятельности полученных автором результатов исследования, необходимо отметить, что они являются ценным вкладом в реконструктивную челюстно-лицевую хирургию и хирургическую стоматологию, дентальную имплантологию и ортопедическую стоматологию, поскольку обеспечивают решение такой важной задачи, как замещение дефектов нижней и верхней челюсти любой протяжённости и локализации. Следует отметить, что всё это стало возможным в последние 20-30 лет благодаря внедрению в клиническую практику микрохирургических методов пересадки различных костных аутотрансплантатов с немедленной их реваскуляризацией в реципиентной зоне. В настоящее время возможно проводить как первичную, так и вторичную пластику даже в условиях дефицита мягких тканей в области воспринимающего кость ложа, при сообщении наружной раны с полостью рта и её инфицировании, у онкологических больных, получавших лучевую и химиотерапию. Это позволило проводить полноценную реабилитацию больных, восстанавливая эстетические параметры лица, то есть его симметричность, и что очень важно, восстанавливать

функцию жевания, применяя для этого дентальные имплантаты и специальные ортопедические конструкции.

Диссертантом четко сформулированы критерии исследования, и в дальнейшем проведено лечение. Результаты клинической диагностики на всех этапах лечения и реабилитации больных были занесены в разработанные автором алгоритмы архивации данных, систематизированы и статистически обработаны. Проведен анализ полученных результатов при лечении пациентов каждой клинической группы с выявлением достоверных критериев и корреляционных зависимостей. Тщательность исследования и доскональность такого подхода обосновывает достоверность научных результатов, на основе которых сформулированы выводы и основные положения диссертационной работы.

Достоверность и репрезентативность результатов исследования базируется на комплексности и многоэтапности проведенных исследований, подтверждается достаточным объемом изученных материалов.

Назаряном Д.Н. научно обоснован и разработан алгоритм обследования пациентов, который, наряду со стандартными методами, включает синхронное диагностическое тестирование, состоящее из нескольких показателей, описанных в диссертационной работе.

### **Научная новизна исследования, значимость полученных результатов и выводов для науки и практики**

В работе Назаряна Д.Н. впервые освящено такое понятие как «аугментационная микрохирургическая техника». Автор обосновывает целесообразность соединения реконструктивного этапа лечения пациентов с дефектами средней и нижней зон лица с одномоментной дентальной имплантацией и протезированием зубов. На основании морфологических исследований изучена динамика перестройки костной ткани малоберцового и подвздошного



трансплантатов с применением микрохирургической техники до и после пересадки.

Проведен анализ электронейромиографических исследований, проведенных с помощью аппарата «К7», функции жевательных мышц пациентов с дефектами нижней челюсти в пред- и послеоперационном периодах.

Разработан прибор для моделирования костных трансплантатов по форме утраченного сегмента нижней или верхней челюсти на сохранённом кровотоке.

Разработана классификация дефектов ЧЛО с учетом расположения сосудистой ножки трансплантата в зависимости от локализации дефекта верхней или нижней челюсти.

Разработана и внедрена в клиническую практику структурированная электронная система архивации данных обследования, лечения и реабилитации оперированных больных, позволяющая проводить анализ и оценку анатомических и физиологических изменений у пациентов в динамике.

Разработана анкета самооценки пациентами удовлетворенности результатами лечения для проведения многофакторного анализа.

Важное значение, как с научной, так и с практической точки зрения, имеет заключение автора о том, что предложенный им алгоритм обследования делает возможным реализацию в полной мере разработанного на этапе диагностики плана последующей реконструкции и полной реабилитации больных с контролем в динамике в отдаленном послеоперационном периоде, что обеспечивает персонифицированный подход к их лечению.

Работа является научно-практическим исследованием, посвященным решению актуальной проблемы эстетико-функционального лечения пациентов с дефектами ЧЛО с последующим анализом результатов в динамике с применением разработанной автором цифровой базы данных пациента.

**Значимость полученных результатов для науки и практики**

Практическая значимость подтверждается разработанными автором методиками: одноэтапной имплантации в СРКА с протезированием зубов, что позволяет сократить сроки лечения, количество госпитализаций и выполняемых операций; формирования «неоартроза» ВНЧС с фиксацией «торца» малоберцового трансплантата, укутанного васкуляризированной мышцей, к суставному диску, что позволяет стабилизировать «неоартроз» ВНЧС в нижнечелюстной ямке височной кости и обеспечить оптимальную функцию в последующем без использования имплантата суставной головки; эндопротезирования ВНЧС при анкилозе с резекцией венечного отростка у пациентов при выполнении вторичной костной пластики, что обеспечивает достижение открывания рта в достаточном объеме и улучшает функцию жевания; выполнения симультанных операций при скелетных формах деформаций челюстей, выполняемых одновременно с пересадкой васкуляризованного костного трансплантата, что сокращает сроки лечения и улучшает результаты реабилитации. Разработанная автором структурированная цифровая система пошаговой архивации данных обследования (результатов МСКТ, МРТ-, морфологических исследований, 3D-сканов лица и зубов, фото- и видеоматериалов), лечения и реабилитации оперированных больных в определенные сроки, что позволяет выявлять корреляционные связи и оценивать результаты.

### **Объем и структура диссертации**

Диссертация изложена в традиционной форме, представлена на 400 страницах машинописного текста в соответствии с требованиями ВАК РФ ГОСТ Р 7.0.11-2011, состоит из введения, обзора литературы, 5 глав, заключения, выводов и практических рекомендаций. В список литературы



включены 120 отечественных и 154 зарубежных автора. Работа хорошо иллюстрирована, содержит 53 таблицы и 201 рисунок, фотографии пациентов, макро- и микрофотографиями иммуногистохимических препаратов, подтверждающих достоверность результатов исследования. Полученные диссертантом данные статистически обработаны и представлены в виде таблиц, с их подробным описанием в тексте работы.

В «Введении» автор достаточно полно обосновывает актуальность темы диссертационного исследования.

Автором сформулированы цели и задачи исследования, научная новизна и практическая значимость, обоснована степень достоверности результатов исследования, имеются сведения об апробации диссертационной работы, соответствие паспорту научной специальности и основные положения, выносимые на защиту.

В главе «Литературный обзор» диссертант проводит анализ современных взглядов на проблему замещения протяжённых дефектов верхней и нижней челюсти с своевременной функциональной реабилитацией, делает подробный обзор этапов развития челюстно-лицевой и пластической хирургии, анализирует результаты исследований отечественных и зарубежных хирургов, посвящённых способам микрохирургической реконструкции, останавливаясь подробно на случаях применения дополнительного мягкотканного лоскута на перфорантных сосудах в комбинации с СРКА, описывая проблему оценки перестройки костных трансплантатов в динамике в период функционирования после пересадки, описывает методику интраоперационного 3D- моделирования костных трансплантатов на сосудистой ножке и особенности дентальной имплантации в пересаженные трансплантаты. Уделено внимание системе архивации в электронном формате медицинской документации для дальнейшего хранения и анализа информации в динамике.

В главе «Материалы и методы» приводятся критерии включения и исключения в исследование, данные о количестве наблюдаемых пациентов, их

распределение по группам, описание методов гистологического и иммуногистохимического исследований, а также методов статистической обработки результатов. Представлена, для более удобного планирования предстоящей реконструкции, авторская классификация «схемы-алгоритмы» при устранении сквозных дефектов челюстей с применением микрохирургической техники у пациентов с дефектами ЧЛО.

Обоснован разработанный алгоритм персонализированного подхода к устранению дефектов ЧЛО с применением СРКА.

Представлены данные о виртуальном 3D-моделировании трансплантатов и планировании этапов операции. Подробно описано виртуальное 3D-моделирование микрохирургической операции, зон резекций, трансплантатов, создание трехмерных шаблонов для оперативных вмешательств, исследование перестроения СРКА в динамике в процессе функционирования с проведением гистоморфометрического исследования, и описан каждый из этапов с морфометрической оценкой относительного объема костной ткани (BV), уровня костного баланса (BB) и активность резорбции (Ra.Oc). Особое внимание уделено функциональной миографии и гнатогграфии с помощью аппарата «K7». В главе 2.5 описаны стандартные исследования, протокол исследования фото-и видеофиксации портретных, внутриротовых цифровых фотографий, для оценки симметричности лица по нескольким показателям, изучение окклюзионных взаимоотношений и анализ диагностических гипсовых моделей в центральном соотношении в артикуляторе, сцинтиграфическое исследование перфузии костной ткани, УЗДГ сосудов. В пункте 2.6 «Оптимизация рабочих процессов и повышение эффективности в работе» указана авторская разработка «Прибор для моделирования СРКА». Описан мультидисциплинарный подход для эффективного лечения пациентов. Пункт 2.6.3 «Анализ данных и достоверность статистического анализа» подтверждает, что исследование проведено в рамках мировых стандартов оценки результатов клинической практики. Автором выполнен



многофакторный анализ проведенного лечения пациентов и анкетирования ESOG в авторской модификации для пациентов с дефектами ЧЛЮ.

Глава 3 посвящена лечению пациентов с дефектами нижней зоны лица. Приведено подробное описание подходов к персонализированному лечению. Автор обращает пристальное внимание на необходимость 3D-планирования операции, что позволяет достигать максимальной симметричности лица. При этом особое внимание уделено необходимости и возможности протезирования зубов с опорой на имплантаты для обеспечения оптимальных условий функционирования ВНЧС. Особое внимание уделено разработке метода создания неподвижной слизистой оболочки в области расположения имплантатов. Проведено морфологическое изучение тканей, располагающихся в зоне установки зубных протезов. Следует отметить, что моделирование трансплантата и его расположение в реципиентной зоне проводилось по авторской классификации «схемы-алгоритмы», которая включала: моделирование костных трансплантатов по форме утраченного сегмента нижней челюсти на сохранённом кровотоке с учётом локализации и протяжённости дефекта, оптимального расположения с точки зрения наложения сосудистых анастомозов, сосудистой ножки в реципиентной зоне и создания туннеля для её проведения на шею. Большое внимание уделено выбору трансплантата и восстановлению жевательной функции. В подразделе 3.3.1 «Одномоментная дентальная имплантация с пересадкой СРМКА» указаны преимущества данного метода. В разделе 3.3.2 «Функциональная диагностика жевательной мускулатуры после устранения дефектов нижней челюсти» изучены результаты функции жевательных мышц через 3,6,9,12 месяцев после выполненных вмешательств. Клинические примеры хорошо иллюстрированы.

Глава 4. «Лечение пациентов с дефектами средней зоны лица». Сложность описания результатов лечения больных в этой группе заключается в том, что в неё включены разнородные по генезу дефекты верхней и нижней

челюстей - от тотальных и субтотальных, в том числе и дефекты альвеолярного отростка верхней и альвеолярной части нижней челюсти, суставного отростка нижней челюсти, - до дефектов при врождённых пороках развития. Однако, следует обратить внимание, что альвеолярная часть и суставной отросток нижней челюсти по топографо-анатомической классификации не принято относить к средней зоне лица. Поэтому дефекты челюстей этой локализации было бы целесообразно отнести в группу пациентов с дефектами нижней челюсти, или описать этот пример как отдельный клинический случай, демонстрирующий одномоментное устранение дефектов в области верхней и нижней челюсти.

Особенность этой главы заключается в подробном описании 3D-моделирования индивидуальных эндопротезов ВНЧС у пациентов с тотальным дефектом альвеолярного отростка, устраненным васкуляризированным трансплантатом при одномоментном выполнении эндопротезирования ВНЧС.

Автор особое внимание обращает на локализацию и расположение сосудистой ножки трансплантата при проведении последней через тоннель в рану на шее, дабы избежать её сдавления после пуска анастомозов и нарушение кровоснабжения трансплантата. Для этих целей он использует разработанную авторскую классификацию «схемы-алгоритмы».

Глава завершается подразделом 4.5 «Осложнения, отмеченные у пациентов с дефектами средней зоны лица в послеоперационном периоде», где большое внимание уделяется ограничению открывания рта при выполнении вторичной пластики и образованию «полипов» в зоне введения дентальных имплантатов и фиксации зубных протезов. В двух случаях отмечена утрата трансплантата из-за тромбоза сосудистой ножки. При этом причины развития тромбоза автор не рассматривает.

В п.6 главы указывается на подвижность трансплантата в послеоперационном периоде, что потребовало в дальнейшем повторной его фиксации.



В главе содержатся таблицы, отражающие показатели исследования жевательных мышц в предоперационном и послеоперационном периодах, демонстрируются клинические примеры, отражающие на практике замещение дефектов челюстей средней зоны лица с использованием реваскуляризованных трансплантатов.

В главе 5 обсуждаются результаты хирургического лечения пациентов с дефектами нижней и средней зон лица, в том числе и мягкотканых, в сроки 1,3,6,12 месяцев и более. В подразделе 5.1 рассматривается алгоритм работы и сбора информации о пациенте, в котором отражены принципы персонализированного подхода к устранению дефектов челюстно-лицевой области.

В п. 5.2 «Пациенты с дефектами нижней зоны лица» автор подробно разбирает критерии выбора мягкотканых трансплантатов для устранения мягкотканых дефектов. В подразделе 5.2.1 приводятся статистические данные выживаемости трансплантатов, а также в подразделе 5.2.2 «Стоматологическая реабилитация пациентов с дефектами нижней зоны лица после или одновременно с микрохирургической пересадкой», указывается количество установленных и отторгшихся дентальных имплантатов. При этом причины развития осложнений автор не рассматривает.

В остальных подразделах главы 5 излагаются результаты исследования жевательных мышц у 120 пациентов, контроля состояния дыхательных путей у 175 пациентов в динамике.

В подразделах 5.2.5 описаны варианты ремоделирования пересаженных костных трансплантатов в зависимости от функционирования жевательных мышц.

В подразделе 5.3 проведен математический анализ изменения объема трансплантата у пациентов с дефектами нижней зоны лица спустя 6 месяцев после пересадки СРКА, с сопоставлением 3D-планируемого и полученного после операции результатов.

В подразделе 5.6.2 обсуждены результаты «стоматологической» реабилитации пациентов с дефектами средней зоны лица.

В главе 5.7.1 приведены результаты гистологического исследования перестроения подвздошного и малоберцового СРКА в динамике с демонстрацией макро- и микрофотографий трепано-биоптатов, полученных из костного трансплантата подвздошной СРКА через 12 и 24 месяцев после ауто-трансплантации, а также малоберцовых СРКА с четким описанием перестроения костных структур.

В подразделе 5.7.2 проведён анализ выживаемости прооперированных онкологических пациентов.

В «Заключении» автор излагает результаты исследования, на основе которых делает заключение. Выводы и практические рекомендации соответствуют поставленной цели и задачам исследования.

Автореферат отражает содержание диссертационной работы, выполнен в соответствии с требованиями ВАК РФ ГОСТ Р 7.0.11- 2011.

### **Полнота изложения материалов диссертации в опубликованных работах**

По материалам диссертационной работы Назаряна Д.Н. опубликованы 41 научная статья в журналах, из них: 22 в изданиях, рецензируемых ВАК при Минобрнауки России, 7 статей в журналах базы данных SCOPUS; 1 статья в зарубежном издании; получено 5 патентов РФ на изобретение, в которых отражены основные выводы и результаты исследования.



## Вопросы и замечания

По оформлению и содержанию работы есть несколько замечаний:

1. Формальные замечания: автор в работе использует термины, которые не являются общепринятыми, утверждёнными в номенклатуре, а именно: «состоявшиеся дефекты», «планируемые дефекты» челюсти, «постминновзрывные дефекты» (стр. 7, 46, 91), «скелетные деформации» (введение, стр.8).
2. Некоторые положения, изложенные в «Научной новизне», по нашему мнению, спорны. Так, в пункте 6 раздела «Научная новизна» автор сообщает о том, что «разработана классификация дефектов ЧЛО с учётом пересадки СРКА и восстановлением жевательной функции», однако, представленная в диссертации классификация-алгоритм не в полной мере отражает заявленные критерии, в частности, восстановление жевательной функции, однако, данное замечание не умаливает научной новизны самого диссертационного исследования
3. В разделе «Литературный обзор» отсутствуют ссылки на одного из отечественных корифеев и основоположников разработки сосудистого шва – Морозову А.И., 1909 г., (стр.19), нет ссылок на отечественных хирургов, занимающихся проблемами 3-D-моделирования, например, А.С.Герасимова (2011), А. Сафонова (стр.20), пересадкой аллогенного трансплантата части лица (М.А.Волох с соавт., 2014) (стр. 32).
4. В обзоре литературы отсутствуют ссылки на работы челюстно-лицевых хирургов и микрохирургов из Санкт-Петербурга, которые на протяжении нескольких десятилетий занимаются проблемой комплексной реабилитации больных с протяженными дефектами челюстей, сочетающихся с обширными изъянами окологлазничных мягких тканей, в том числе: В.Н.Вавилова (кроме одной малозначимой работы за 1992 год), С.Я.Чеботарёва, А.С.Герасимова, В.И.Приходько. Кроме того, мало отраже-

ны новые методики использования лопаточного трансплантата (С.В.Садилина), анапластологии (К.А.Веселова).

По содержанию работы есть несколько вопросов:

1. Проводилось ли исследование вен нижних конечностей для исключения варикоза при выборе малоберцовой кости в качестве трансплантата, фиброгастроскопия у онкологических больных для исключения патологии ЖКТ? Как Вы поступали, если патологию вен и ЖКТ выявляли?

2. Насколько оправдано, по-Вашему мнению, одномоментное проведение реконструкции челюстей васкуляризованными аутооттрансплантатами, имплантации и зубного протезирования у онкологических больных, пусть даже и молодых, но с сомнительным прогнозом основного заболевания?

3. Оправдано ли было использование двух донорских нижних конечностей для пересадки двух МБК с целью замещения альвеолярного отростка верхней челюсти и альвеолярной части нижней челюсти в переднем отделе при персонализированном подходе к выбору трансплантата? (стр.254, 4.4.5)

4. Какие дефекты автор относит к тотальным (на стр. 102 указано: «В группе ПА с дефектами нижней зоны лица без сохранения мышцелкового отростка и с дефектом подбородочного отдела (n=38) выделяют «тотальные дефекты нижней челюсти (двусторонние дефекты подбородочного отдела, тела и ветви без сохранения мышцелкового отростка) – 15 пациентов», на рис.199 – «А» на стр. 362 суставной отросток нижней челюсти сохранён, на фото «В» на стр. 362 сформирована только ветвь челюсти слева, этап моделирования ветви челюсти справа не обозначен, не представлены результаты МСКТ нижней челюсти до и после реконструкции).



5. Каковы, по-Вашему мнению, показания для устранения сквозных дефектов нижней и верхней челюсти с использованием других васкуляризированных трансплантатов (рёберного, торакодорсального лоскута с включением фрагмента 1 или 2-х рёбер, лопаточного, мягкотканно-костного лучевого) с учётом локализации, протяжённости костного дефекта, утраченных околочелюстных мягких тканей и тканей дна рта у онкологических больных после проведения комбинированного противоопухолевого лечения.

В целом представленная работа свидетельствует о проведённой большой клинической и научной работе, в которой обосновываются целесообразность и необходимость устранения протяжённых дефектов нижней и верхней челюсти с использованием васкуляризированных трансплантатов и выполнения поэтапного или одномоментного зубного протезирования на основе дентальных имплантатов для максимально полноценной реабилитации больных.

Представленные замечания не снижают научную ценность выполненного диссертационного исследования, её практическую значимость и не влияют на соответствие выполненной квалификационной работы требованиям ВАК РФ.

Результаты диссертационной работы Д.Н.Назаряна рекомендуется включить в программы обучения ординаторов и аспирантов, а также в учебные программы повышения квалификации врачей-стоматологов хирургов и челюстно-лицевых хирургов. Целесообразно издание методических рекомендаций по теме диссертации. При подготовке материалов диссертации к публикации в виде монографии или учебно-методического пособия для врачей целесообразно представленный материал привести в соответствие с специфическими требованиями, которые необходимо учитывать при реабилитации больных с дефектами верхней или нижней челюсти, особенно у больных с злокачественными опухолями.

## **Заключение**

Представленная к защите диссертационная работа Назаряна Давида Назаретовича на тему «Персонализированный подход к устранению дефектов челюстно-лицевой области с применением свободных реваскуляризированных костных аутотрансплантатов» на соискание ученой степени доктора медицинских наук по специальностям: 14.01.31 - Пластическая хирургия и 14.01.14 - Стоматология, является завершённым научно-квалификационным трудом, в котором решена актуальная научная проблема - совершенствование методов костной пластики у пациентов с дефектами нижней челюсти с целью создания оптимальных условий для функциональной реабилитации и улучшения качества жизни больных путём проведения рационального зубного протезирования с опорой на дентальные имплантаты, что является важным для челюстно-лицевой хирургии.

Диссертация не содержит недостоверных сведений об опубликованных соискателем учёной степени работах, в которых изложены результаты диссертационного исследования.

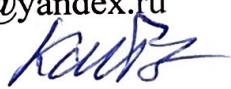
По своей актуальности, научной новизне, теоретической и практической значимости диссертационного исследования, а также достоверности полученных результатов и выводов, диссертация Назаряна Давида Назаретовича полностью соответствует всем требованиям п. 15 «Положения о порядке присуждения ученых степеней» в федеральном государственном автономном образовательном учреждении высшего образования Первый Московский государственный медицинский университет имени И.М.Сеченова Министерства здравоохранения Российской Федерации (Сеченовский Университет), утверждённого приказом ректора Сеченовского Университета от 31.01.2020 года №0094/Р, предъявляемым к диссертациям на соискание учёной степени доктора



медицинских наук, а её автор Назарян Давид Назаретович достоин присуждения искомой ученой степени доктора медицинских наук по специальностям: 14.01.31- Пластическая Хирургия и 14.01.14 - Стоматология.

Официальный оппонент:

Доктор медицинских наук (14.01.14 - Стоматология)  
Профессор кафедры стоматологии хирургической  
и челюстно-лицевой хирургии,  
Федеральное государственное бюджетное  
образовательное учреждение высшего образования  
«Первый Санкт-Петербургский государственный  
медицинский университет имени академика И.П.Павлова»  
Министерства здравоохранения Российской Федерации  
(ФГБОУ ВО ПСПбГМУ им. И.П.Павлова  
Минздрава России)  
197022, Российская Федерация,  
г. Санкт-Петербург, ул. Льва Толстого, д.6-8  
Телефон: 89217560341  
E-mail: kalakutsky@yandex.ru



Калакуцкий Николай Викторович

Подпись доктора медицинских наук, профессора Калакуцкого Н.В., заверяю:

Подпись руки заверяю:	<i>Калакуцкий Н.В.</i>
Специалист по кадрам:	<i>У</i>
Е.В.Руденко	
« 20 »	05 2021 г.