Федеральное государственное автономное образовательное учреждение высшего образования «Российский национальный исследовательский медицинский университет имени Н.И. Пирогова» Министерства здравоохранения Российской Федерации
ул. Островитянова д.1, г. Москва, 117997.E-mail: rsmu@rsmu.ru

«УТВЕРЖДАЮ»
Проректор по научной работе
ФГАОУ ВО РНИМУ им. Н.И. Пирогова
Минздрава России
д.б.н., профессор РАН
Д.В. Ребриков
«30» 10 2022г.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Федерального государственного автономного образовательного учреждения высшего образования "Российский национальный исследовательский медицинский университет имени Н.И. Пирогова" Министерства здравоохранения Российской Федерации по диссертации Гусевой Александры Леонидовны на тему «Лечебно-диагностический алгоритм при отолитиазе», представленной на соискание ученой степени доктора медицинских наук по специальности 3.1.3 - Оториноларингология

Диссертационная работа на тему «Лечебно-диагностический алгоритм при отолитиазе» выполнена Гусевой А.Л. на кафедре оториноларингологии им. акад. Б.С.Преображенского лечебного факультета ФГАОУ ВО РНИМУ им. Н.И. Пирогова Минздрава России.

Диссертант Гусева Александра Леонидовна в 2002 г. окончила Российский государственный медицинский университет Министерства здравоохранения

Российской Федерации по специальности «лечебное дело», в 2007 г. защитила диссертацию на соискание ученой степени кандидата медицинских наук на тему «Этиопатогенетические аспекты хронического гнойного среднего отита и его комплексная терапия», в 2017г. получила звание доцента.

В период подготовки диссертации соискатель Гусева Александра Леонидовна являлась доцентом кафедры оториноларингологии им. акад. Б.С. Преображенского лечебного факультета Федерального государственного автономного образовательного учреждения высшего образования "Российский национальный исследовательский медицинский университет имени Н.И. Пирогова" Министерства здравоохранения Российской Федерации.

Научный консультант:

Крюков Андрей Иванович - доктор медицинских наук, член.-корр РАН, профессор, заведующий кафедрой оториноларингологии им. акад. Б.С. Преображенского лечебного факультета ФГАОУ ВО РНИМУ им. Н.И. Пирогова Минздрава России.

По итогам обсуждения принято следующее **заключение:**

1. **Оценка выполненной соискателем работы:**

В клинической практике самым частым заболеванием внутреннего уха, проявляющимся головокружением, является доброкачественное пароксизмальное позиционное головокружение (ДППГ). Патогенез ДППГ обусловлен отолитиазом – миграцией отолитов из мембраны отолитового рецептора в полукружные каналы (ПК) и пароксизмальным раздражением купулы ПК при изменении положения. Отолитиаз, являясь доброкачественным заболеванием, не несет непосредственной угрозы жизни пациента, однако проявляясь приступами позиционного вращательного головокружения, снижает качество жизни и увеличивает риск падений и травматизации.

В части случаев отолитиаза клиническая картина и течение спонтанных и провокационных нистагменных реакций являются нетипичными и не соответствуют классическому эпизодическому позиционному вестибулярному

синдрому при ДППГ, что может быть связано с редкой локализацией отолитиаза, мультиканальным поражением и его ассоциацией с другой вестибулярной патологией. Изучение клинических особенностей течения нетипичных форм отолитиаза поможет избежать гипердиагностики центральных поражений вестибулярной системы, необоснованной госпитализации и неадекватной терапии. Для повышения эффективности выявления нистагма в покое и при провокационных тестах при отолитиазе используются очки. Однако предложенные в практике модели имеют ряд конструкционных недостатков, в связи с чем требуется их модернизация, включающая уменьшение фиксации взора и улучшения эксплуатационных характеристик.

Лечение отолитиаза заключается в проведении репозиционных маневров, эффективность которых вариабельна даже при типичных формах отолитиаза. Последовательность проведения диагностических тестов и репозиционных мануальных маневров на приеме, достаточное количество маневров, разработка маневров для самостоятельного выполнения пациентом в домашних условиях и оценка их эффективности остаются спорными вопросами лечения. Выбор репозиционных маневров при атипичном отолитиазе остается актуальной проблемой, т.к. не регламентируется имеющимися клиническими рекомендациями.

Перспективным направлением реабилитации отолитиаза является использование мультипозиционных механических репозиционных кресел, в которых проводится безопасная фиксация пациента и пассивная репозиция с использованием видеоочков Френзеля. Однако показания к их использованию, а также их эффективность в лечении типичных и нетипичных форм отолитиаза по сравнению с бюджетными мануальными маневрами не определена.

Высокий процент рецидивов отолитиаза среди пациентов с ДППГ, достигающий 30% в течение последующих трех лет, требует изучения факторов риска отолитиаза, а также разработки способов прогнозирования его рецидива.

Таким образом, учитывая наличие мало изученных областей в диагностике и лечении ДППГ при его широком распространении в клинической практике,

особенно актуализируются вопросы изучения, повышения эффективности диагностики отолитиаза, оптимизации репозиционных техник и внедрение новых маневров.

Целью диссертационной работы явилось повышение эффективности диагностики и лечения доброкачественного пароксизмального позиционного головокружения на основе изучения особенностей отолитиаза при различных патологических состояниях организма и разработка комплекса диагностических и лечебных мероприятий при типичных и нетипичных формах этого заболевания.

В соответствии с поставленными целью и задачами в период с 2015 по 2019 гг. было обследовано 2137 пациентов с жалобами на головокружение, из которых отобрано 640 пациентов с доброкачественным пароксизмальным позиционным головокружением, 504 (78,8%) женщины и 136 (21,3%) мужчин в возрасте от 20 до 86 лет (средний возраст 56,43 ± 0,54 лет).

Дополнительно для сравнения эффективности различных модификаций очков Френзеля в исследование были включены 16 пациентов с подтвержденным диагнозом вестибулярный нейронит (ВН) при условии отсутствия явного спонтанного нистагма (СН) и 10 условно здоровых добровольцев. Также проводили опрос в виде анкетирования 13 отоневрологов, использующих различные модификации очков Френзеля в своей практике.

Научное исследование включало следующие этапы: 1) анализ всей выборки (640 пациентов) на наличие и характер распределения сопутствующих общесоматических заболеваний, заболеваний среднего и внутреннего уха, травм головы; 2) анализ результатов обследования 560 пациентов с одноканальным ДППГ (оДППГ) различных ПК и 80 пациентов с мультиканальным ДППГ (мДППГ) для оценки и сравнения результатов клинического течения отолитиаза при различной его локализации; 3) выявление особенностей протекания диагностических тестов при отоневрологическом осмотре у 560 пациентов с оДППГ; 4) оценка эффективности использования модифицированных очков Френзеля (МОФ) по сравнению с традиционными очками Френзеля (ТОФ); 5) анализ 56 пациентов с идиопатическим ДППГ (иДППГ) заднего ПК (ЗПК) для

определения эффективной тактики проведения диагностического теста Dix-Hallpike и 82 пациентов с ДППГ ЗПК и не разрешившимся отолитиазом после однократного проведения маневра Epley для определения оптимального количества репозиционных маневров на одном приеме; 6) анализ 72 пациентов с иДППГ ЗПК для оценки эффективности лечения при мануальном проведении маневра (37 пациентов) и при использовании мультипозиционного кресла (35 пациентов) на первом приеме, а также – 71 пациента с резистентным нетипичным течением отолитиаза различных ПК для оценки эффективности продолжения лечения при использовании мануального проведения маневров (12 пациентов) и мультипозиционного кресла (59 пациентов); 7) анализ 36 пациентов с купулолитиазом горизонтального ПК (ГПК) для оценки эффективности нового маневра для самостоятельного выполнения; 8) анализ 148 пациентов с развитием рецидива отолитиаза в первый год после успешно проведенного лечения ДППГ и 458 пациентов с отсутствием рецидивов в течение 1 года с целью выявления факторов риска развития рецидива отолитиаза и разработки способа прогнозирования рецидива отолитиаза в течение 1 года.

Анализ полученных результатов свидетельствует о том, что отолитиаз ассоциируется с заболеваниями внутреннего и среднего уха в 24,7% и с травмами головы – в 4,2% случаев; при этом при ассоциации с болезнью Меньера (2,5%), вестибулярным нейронитом (2,2%), острой сенсоневральной тугоухостью (5,3%) и средним отитом (2,9%) отмечается более выраженная резистентность к лечению репозиционными маневрами, чаще наблюдается поражение горизонтального полукружного канала и мультиканальное поражение; а при сопутствующей хронической сенсоневральной тугоухости (11,7%) и травмах головы течение заболевания не отличается от идиопатического отолитиаза. Типичные формы отолитиаза составляют 81,4% всех случаев заболевания. При одноканальном отолитиазе (87,5%) анатомическая локализация обуславливает клинические особенности его течения: заднего полукружного канала (70,3%) – превалирование каналолитиаза, высокую эффективность лечения; горизонтального полукружного канала (13,8%) – более выраженную

клиническую симптоматику в виде неустойчивости, головокружения и вегетативных реакций, резистентность к лечению при купулолитиазе; переднего полукружного канала (3,4%) – превалирование купулолитиаза и резистентность к лечению. Нетипичные формы течения отолитиаза (18,6%) обусловлены мультиканальным поражением (12,5%), нетипичной исходной локализацией отолитов (1,4%) – в общем колене вертикальных каналов, переднем колене заднего полукружного канала, а также – структурным односторонним или двусторонним поражением купулы полукружных каналов с генерацией позиционного нистагма по типу легкой или тяжелой купулы (4,7%). При мультиканальном поражении (12,5% всех случаев) отолитиаз чаще локализуется в задием и горизонтальном полукружных каналах на одной стороне (78,8%) или в задних полукружных каналах с двух сторон (10%); в отличие от одноканального поражения имеет более выраженную клиническую симптоматику и резистентность к лечению, сопровождается более длительным резидуальным головокружением, чаще рецидивирует, причем на стороне первоначального поражения. Явный и/или скрытый спонтанный нистагм и/или положительный тест встряхивания головы у пациентов с отолитиазом указывает на ассоциацию отолитиаза с заболеваниями внутреннего уха (8,6%) или на идиопатический отолитиаз горизонтального полукружного канала (3,9%). Применение модифицированных очков Френзеля повышает эффективность работы специалиста по выявлению спонтанного и провокационного нистагма, за счет повышения точности диагностики до 94%, обеспечиваемой конструктивными особенностями (использование равномерной подсветки глаз, большего диаметра линзы, мягкой, легкой, плотно прилегающей маски к лицу пациента). Комплексный лечебно-диагностический алгоритм, включающий проведение двух провокационных тестов (тест Dix-Hallpike и roll-тест), начиная с предполагаемой по анамнезу стороны поражения, дифференциальную диагностику типичных и нетипичных форм отолитиаза с последующим проведением не более 3 соответствующих репозиционных маневров, статистически значимо уменьшает временные затраты врача. Использование

мультипозиционного кресла обеспечивает почти двукратное сокращение времени коррекции нетипичного, резистентного к лечению отолитиаза по сравнению с мануальными маневрами (в течение первых двух недель репозиции 49,2 против 0%, p=0,001, в течение первого месяца лечения – 69,5 против 30%, p=0,007) за счёт применения стандартизованных маневров с заданной механикой движения, обеспечивающей выраженное воздействие на отолиты. Оригинальный репозиционный маневр для лечения купулолитиаза горизонтального полукружного канала во внебольничных условиях обеспечивает разрешение отолитиаза в более ранние сроки: уменьшение субъективных симптомов на первой неделе лечения и исчезновение позиционного нистагма на третьей неделе лечения в 2 раза чаще, чем без его применения. Алгоритм прогнозирования рецидива отолитиаза в течение 1 года после диагностированного эпизода заболевания, учитывающий выявленные факторы риска (женский пол, пожилой и старческий возраст, отягощение морбидного фона) и сложности проведенного репозиционного лечения (необходимость повторных маневров на приемах у врача и самостоятельного выполнения маневров пациентами в домашних условиях, переключение полукружных каналов при репозиции, резистентное течение и развитие резидуального головокружения), обладает прогностической точностью 75,3% – для заднего полукружного канала и 79,4% – для горизонтального полукружного канала

2. Личное участие диссертанта в получении результатов, изложенных в диссертации:

Автор лично участвовала в реализации всех этапов научно-исследовательской работы: заполнении медицинской документации, анализе полученных данных, их статистической обработке и оформлении печатных работ, принимала непосредственное участие в лечебно-диагностическом процессе. Выполняя настоящую диссертационную работу, Гусева А.Л. провела углублённый анализ отечественной и зарубежной литературы. Весь материал,

представленный в диссертации, собран, обработан и проанализирован лично Гусевой А.Л.

3. Степень достоверности результатов проведённых исследований:

Результаты исследования, проведённые в диссертации, полностью соответствуют имеющимся в регистрационных документах.

Все исследования, указанные автором в диссертации, обработка, анализ и оценка результатов выполнены лично автором.

Достаточный объем первичного материала в работе, выполненной с использованием новейших методов исследования, наличие полной первичной документации, правильных статистических методов, использованных для обработки результатов, позволяют заключить, что полученные Гусевой Александрой Леонидовной данные являются достоверными. Полнота и глубина собранного материала в достаточной мере обосновывает выводы и рекомендации, вытекающие из полученных автором диссертации результатов.

4. Научная новизна и практическая значимость работы:

Впервые в отечественной практике выявлены особенности отолитиаза, ассоциированного с заболеваниями среднего и внутреннего уха, в том числе – с болезнью Меньера, вестибулярным нейронитом, острой сенсоневральной тугоухостью и средним отитом, а также травмами головы. Впервые предложены комплексные меры оптимизации диагностики нетипичных форм отолитиаза, включающие анализ клинических симптомов, спонтанной вестибулярной симптоматики и провокационных нистагменных реакций. Разработан алгоритм проведения мануальных репозиционных маневров и использования мультипозиционного кресла при реабилитации различных форм отолитиаза. Впервые предложена модификация очков Френзеля, включающая однородную подсветку глаз и другие конструктивные особенности, обеспечивающие улучшение диагностики спонтанного и провокационного нистагма (патент РФ на изобретение RU 167324 U1). Впервые разработан новый лечебный репозиционный маневр для лечения купулолитиаза горизонтального

полукружного канала (патент РФ на изобретение RU 2 724404 C1). Впервые разработан алгоритм вероятностного прогнозирования рецидивов отолитиаза в течение первого года после выявленного эпизода доброкачественного пароксизмального позиционного головокружения.

Практическая значимость работы очень высока и имеет важное значение в оториноларингологии. На основании проведенных исследований проведена оптимизация диагностического алгоритма отолитиаза, учитывающая возможность его ассоциации с заболеваниями среднего и внутреннего уха, травмами головы, а также – наличия нетипичных форм течения заболевания. Проведено усовершенствование инструментов диагностики – очков Френзеля, улучшающих выявление как спонтанного, так и провокационного нистагма, а также – внедрение их в практику врачей-оториноларингологов. Проведено усовершенствование алгоритма реабилитации отолитиаза за счет разработки оптимальной схемы проведения репозиционных мануальных маневров, использования мультипозиционного кресла и внедрения в практику нового модифицированного маневра для лечения купулолитиаза горизонтального полукружного канала. Предложенные меры позволят ускорить постановку диагноза доброкачественного пароксизмального позиционного головокружения на этапе как первичного амбулаторного приема, так и в рамках обследования при оказании экстренной помощи пациентам с острым головокружением, а также – сократить издержки на дополнительные методы исследования для выявления причины головокружения. Своевременная адекватная реабилитация отолитиаза при помощи лечебных репозиционных маневров позволит избежать госпитализации пациентов, приведет к быстрому купированию симптоматики и сокращению дней нетрудоспособности. Разработанный лечебно-диагностический алгоритм различных форм отолитиаза может быть использован как в условиях стационара, так и в амбулатории врачами оториноларингологами, неврологами и реабилитологами.

Всё вышеуказанное позволяет судить, что анализируемая работа представляет собой большой интерес для современной науки и практики.

Специальность, которой соответствует диссертация:

По полученным результатам работа может быть представлена к публичной защите по специальности 3.1.3 - Оториноларингология.

5. Полнота изложения материалов диссертации в работах, опубликованных диссертантом:

По материалам диссертации опубликовано 33 печатные работы, из них 17 – в рецензируемых изданиях, рекомендованных ВАК при Министерстве образования и науки РФ, получено два патента РФ на изобретение:

1. Пальчун В.Т., Гусева А.Л., Чистов С.Д. Доброкачественное пароксизмальное позиционное головокружение: клинические аспекты диагностики и лечения. //Consilium medicum.- 2015.-№3.-С.46-52.

2. Кунельская Н.Л., Гусева А.Л., Байбакова Е.В., Чистов С.Д., Чугунова М.А. Эффективный алгоритм диагностики и лечения доброкачественного пароксизмального позиционного головокружения.// Вестник оториноларингологии.-2015.-№5.-С.19-22. doi: 10.17116/otorino201580519-22

3. Пальчун В.Т., Гусева А.Л., Левина Ю.В., Чистов С.Д. Клинические особенности острой нейросенсорной тугоухости, сопровождающейся головокружением.// Вестник оториноларингологии.-2016.-1(81).-С.8-12.

4. Кунельская Н.Л., Мельников О.А., Гусева А.Л., Байбакова Е.В. Этиология, патофизиология и дифференциальная диагностика доброкачественного пароксизмального позиционного головокружения. // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. -2016.-№4.-С.79-84. doi:10.17116/jnevro201611647984

5. Гусева А.Л., Левина Ю.В. Головокружение периферического генеза: этиология, диагностика и принципы реабилитации. //Consilium Medicum.-2016.-№2.1-С.61-68.

6. Кунельская Н.Л., Гусева А.Л., Байбакова Е.В. Лечение доброкачественного пароксизмального позиционного головокружения. // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. 2016.-№6.-С.98-103. doi:10.17116/jnevro201611661698-103

Френзеля.//Вестник оториноларингологии.-2016.-№6.-С.78-81. doi: 10.17116/otorino201681678-81

8. Кунельская Н.Л., Гусева А.Л., Байбакова Е.В., Левина Ю.В., Макоева А.А. Головокружение в пожилом возрасте: особенности течения и возможности реабилитации. //Consilium Medicum.-2017.-№2.1.-С.94–97.

9. Кунельская Н.Л., Гусева А.Л., Байбакова Е.В. Острый приступ головокружения: дифференциальная диагностика и тактика ведения.// Consilium Medicum.-2017.-№9.-С.102-108. doi:10.26442/2075-1753_19.9.102-108

10. Пальчун В.Т., Гусева А.Л., Чистов С.Д. Особенности поражения вестибулярной функции при болезни Меньера. //Вестник оториноларингологии.-2018.-№1.-С.23-26. doi: 10.17116/otorino201883123-26

11. Пальчун В.Т., Мельников О.А., Левина Ю.В., Гусева А.Л. Особенности клинического течения болезни Меньера, ассоциированной с доброкачественным пароксизмальным позиционным головокружением. //Вестник оториноларингологии.-2018.-№1.-С.32-35. doi: 10.17116/otorino201883132-35

12. Пальчун В.Т., Крюков А.И. Гусева А.Л., Левина Ю.В. Доброкачественное пароксизмальное позиционное головокружение при острой нейросенсорной тугоухости. //Материалы XVII Российского конгресса оториноларингологов с международным участием "Наука и практика в оториноларингологии"/РНИМУ им. Н.И. Пирогова, НИКИО им. Л.И. Свержевского, Москва, 2018 г. С. 48.

13. Крюков А.И., Кунельская Н.Л., Гусева А.Л. Головокружение после черепно-мозговой травмы: диагностика и лечение. // Consilium Medicum.- 2018.-№2.-С.151–155. doi: 10.26442/2075-1753_2018.2.151-155

14. Крюков А.И., Кунельская Н.Л., Гусева А.Л. Современные подходы к диагностике и лечению головокружения. //Справочник поликлинического врача.-2018.-№6.-С.75–81.

15. Пальчун В.Т., Гусева А.Л., Олимпиева С.П. Мультиканальное доброкачественное пароксизмальное позиционное головокружение: особенности

диагностики и лечения. //Вестник оториноларингологии.- 2019.-№6.-С.28-32. doi: 10.17116/otorino20198406128

16. Пальчун В.Т., Гусева А.Л., Левина Ю.В. Синдром Рамсея– Ханта с кохлеовестибулопатией. //Вестник оториноларингологии.-2019.-№6.-С.69-72. doi:10.17116/otorino20198406169

17. Пальчун В.Т., Гусева А.Л. Мультиканальное доброкачественное пароксизмальное позиционное головокружение. //Материалы XVIII Российского конгресса оториноларингологов «Наука и практика в оториноларингологии»/РНИМУ им. Н.И. Пирогова, НИКИО им. Л.И. Свержевского, Москва, 2019 г. С. 44.

18. Пальчун В.Т., Гусева А.Л. Использование механического кресла при резистентном течении доброкачественного пароксизмального позиционного головокружения. // Материалы III Всероссийского конгресса Национальной медицинской ассоциации оториноларингологов России./ Полиформгруп, Нижний Новгород, 2019г. С.107.

19. Гусева А.Л. Использование механического репозиционного кресла в лечении доброкачественного пароксизмального позиционного головокружения. // Folia Otorhinolaryngologiae et Pathologiae Respiratoriae.-2020.-№1.-С.34-39. doi:10.33848/foliorl23103825-2020-26-1-34-39

20. Гусева А.Л. Практические аспекты диагностики и лечения доброкачественного пароксизмального позиционного головокружения при каналолитиазе заднего полукружного канала. //Российская оториноларингология.-2020.- №2.-С.8-13. doi: 10.18692/1810-4800-2020-2-8-13

21. Гусева А.Л., Макаров А.С., Дюкова Г.М., Голубев В.Л. Клинико-диагностический подход к пациенту с головокружением. //Медицинский алфавит.-2020.-№1.-С.15-20. doi: 10.33667/2078-5631-2020-1-1(415)-15-20

22. Гусева А.Л., Замерград М.В. Современные подходы к медикаментозному лечению головокружения. //Российский неврологический журнал.-2020.-№3.С.4-10. doi: 10.30629/2658-7947-2020-25-3-04-10

23. Замерград М.В., Гусева А.Л., Шаповалова М.В. Алгоритм клинического обследования пожилого больного с головокружением. //Российский журнал гериатрической медицины.-2020.-№3.-С.212-216. doi:10.37586/2686-8636-3-2020-212-216

24. Гусева А.Л., Пальчун В.Т., Левина Ю.В., Олимпиева С.П. Доброкачественное пароксизмальное позиционное головокружение, ассоциированное с травматическим воздействием, заболеваниями среднего и внутреннего уха. //Вестник оториноларингологии.-2020.-№5.-С.12-17. doi:10.17116/otorino20208505112

25. Макаров С.А., Гусева А.Л., Дюкова Г.М., Голубев В.Л., Данилов А.Б. Клинико-психологические особенности пациентов при впервые возникших и рецидивирующих приступах доброкачественного пароксизмального позиционного головокружения. //Вестник оториноларингологии.- 2020.-№5.-С.51-56. doi:10.17116/otorino20208505151

26. Пальчун В.Т., Гусева А.Л., Крюков А.И., Кунельская Н.Л. Репозиционный маневр при купулолитиазе горизонтального полукружного канала для самостоятельного выполнения пациентами дома. //Вестник оториноларингологии.2020.-№6.-С.6-12. doi:10.17116/otorino2020850616

27. Пальчун В.Т., Крюков А.И., Гусева А.Л., Макаров С.А. Доброкачественное пароксизмальное позиционное головокружение: особенности клинической картины и их влияние на выбор тактики врача. //Вестник оториноларингологии.2021.-№4.-С.4-8. doi: 10.17116/otorino2021860414

28. Кутлубаев М.А., Пальчун В.Т., Гусева А.Л., Замерград М.В. Различные формы головокружения и нарушения равновесия при болезни Меньера. //Вестник оториноларингологии.2021.-№1.-С.90-95. doi:10.17116/otorino20218601190

29. Кулеш А.А., Демин Д.А., Гусева А.Л., Виноградов О.И., Парфенов В.А. Вестибулярное головокружение в неотложной неврологии. //Российский неврологический журнал.-2021.-№4.-С.50-59 doi:10.30629/2658-7947-2021-26-4-50-59

30. Гусева А.Л. Приступы головокружения: дифференциальная диагностика и подходы к терапии. //Эффективная фармакотерапия.- 2021.-№34.-С.16–21. doi: 10.33978/2307-3586-2021-17-34-16-21

31. Пальчун В.Т., Крюков А.И., Гусева А.Л. Мультиканальное доброкачественное пароксизмальное позиционное головокружение: особенности диагностики и лечения. //Материалы XX съезда оториноларингологов России./ Полиформгрупп, Санкт-Петербург, 2022г. С.230.

32. Крюков А.И., Гусева А.Л. Диагностика и реабилитация доброкачественного пароксизмального позиционного головокружения переднего полукружного канала. //Материалы научной конференции «XI Петербургский форум оториноларингологов России»./ Полиформгрупп, Санкт-Петербург, 2021г. С.96.

33. Замерград М.В., Масуева С.С., Гусева А.Л., Грачев С.И. «Отолитовое» головокружение. //Медицинский алфавит.-2022.-№10.-С.40-44. doi: 10.33667/2078-5631-2022-10-40-44

Патенты РФ:

1. Очки Френзеля. / Чернов А.Л., Пальчун В.Т., Крюков А.И., Гусева А.Л.Получен // Патент на изобретение RU 167324 U1 от 10.01.2017.

2. Способ самостоятельного лечения доброкачественного пароксизмального позиционного головокружения при купулолитиазе горизонтального полукружного канала». / Пальчун В.Т., Гусева А.Л., Крюков А.И., Кунельская Н.Л. // Патент на изобретение RU 2 724404 C1 от 23.062020.

Диссертация на тему: «Лечебно-диагностический алгоритм при отолитиазе» Гусевой Александры Леонидовны рекомендуется к защите на соискание ученой степени доктора медицинских наук по специальности 3.1.3 - Оториноларингология.

Заключение принято на совместном заседании кафедры оториноларингологии им. Б. С. Преображенского лечебного факультета ФГАОУ ВО РНИМУ им. Н.И. Пирогова Минздрава России и ГБУЗ НИКИО им.

Л.И. Свержевского ДЗМ от 22 апреля 2022 года. Присутствовало на заседании 57 чел.

Результаты голосования: «за» - 57 человек, «против» - нет, «воздержалось» - нет, протокол № 10 от 22.04.2022 года.

Учёный секретарь кафедры оториноларингологии им. акад. Б.С. Преображенского лечебного факультета ФГАОУ ВО РНИМУ им. Н.И. Пирогова Минздрава России, к.м.н., доцент — Ю.В. Левина

Председатель:
заведующий кафедрой оториноларингологии им. акад. Б.С. Преображенского лечебного факультета ФГАОУ ВО РНИМУ им. Н.И. Пирогова Минздрава России, профессор, д.м.н., член-корр. РАН — А.И. Крюков

Подпись заверяю:
Учёный секретарь ФГАОУ ВО РНИМУ им. Н.И. Пирогова Минздрава России, к.м.н., доцент — О.М. Демина