**ДЕПАРТАМЕНТ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ГОРОДА МОСКВЫ**

**Научно-исследовательский клинический институт оториноларингологии им. Л.И.СВЕРЖЕВСКОГО**

СТЕНОГРАММА № .

Заседания Диссертационного Совета 72.1.012.01 при Государственном бюджетном учреждении здравоохранения «Научно-исследовательский клинический институт оториноларингологии им. Л.И.СВЕРЖЕВСКОГО» Департамента здравоохранения города Москвы
от 16 февраля 2023 г.

ПРЕДСЕДАТЕЛЬ - доктор медицинских наук
Ивойлов А.Ю.

УЧЕНЫЙ СЕКРЕТАРЬ - кандидат медицинских наук
Лучшева Ю.В.

Защита докторской диссертации
по специальности 3.1.3 - Оториноларингология
Гусевой А.Л.

на тему: «Лечебно-диагностический алгоритм при отолитиазе»

Москва-2023

ПРЕДСЕДАТЕЛЬ: На заседании Диссертационного Совета 72.1.012.01 при Государственном бюджетном учреждении здравоохранения «Научно-исследовательский клинический институт оториноларингологии им. Л.И.СВЕРЖЕВСКОГО» Департамента здравоохранения города Москвы из 18 членов Диссертационного совета, утвержденных приказом Председателя ВАК РФ, присутствуют 16 членов совета. По специальности диссертации 3.1.3 - Оториноларингология - присутствуют 14 докторов медицинских наук.

| № | Фамилия, имя, отчество | Ученая степень, шифр специальности в Совете |
|---|---|---|
| 1. | Крюков А.И., профессор | д.м.н. 3.1.3 |
| 2. | Кунельская Н.Л. профессор | д.м.н. 3.1.3 |
| 3. | Лучшева Ю.В. | к.м.н. 3.1.3 |
| 4. | Алексанян Т.А. | д.м.н. 3.1.3 |
| 5. | Гаров Е.В. | д.м.н. 3.1.3 |
| 6. | Гуров А.В., профессор | д.м.н. 3.1.3 |
| 7. | Зеликович Е.И. | д.м.н. 3.1.25 |
| 8. | Ивойлов А.Ю. | д.м.н. 3.1.3 |
| 9. | Кирасирова Е.А. | д.м.н. 3.1.3 |
| 10. | Кириченко И.М., доцент | д.м.н. 3.1.3 |
| 11. | Милешина Н.А., профессор | д.м.н. 3.1.3 |
| 12. | Полунин М.И., доцент | д.м.н. 3.1.3 |
| 13. | Панкова В.Б, профессор | д.м.н. 3.1.3 |
| 14. | Носуля Е.В., профессор | д.м.н. 3.1.3 |
| 15 | Радциг Е.Ю. | д.м.н. 3.1.3 |
| 16 | Солдатский Ю.Л., профессор | д.м.н. 3.1.3 |

Количественный и качественный составы Диссертационного Совета обеспечены. Совет правомочен начать работу.

Председателем заседания разово назначен член диссертационного совета д.м.н. Ивойлов А.Ю. в связи с тем, что председатель диссертационного совета Член-корреспондент РАН, Заслуженный деятель науки РФ, д.м.н., профессор

Крюков А.И. является научным консультантом диссертанта (Приказ № 05-с от 14.02.2023).

Объявляю заседание Диссертационного совета открытым.

ПРЕДСЕДАТЕЛЬ: «Уважаемые коллеги! Приступаем к защите докторской диссертации Гусевой Александры Леонидовны на тему «Лечебно-диагностический алгоритм при отолитиазе». Работа выполнена на кафедре оториноларингологии им. акад. Б.С. Преображенского лечебного факультета ФГАОУ ВО "Российский национальный исследовательский медицинский университет имени Н.И. Пирогова" МЗ РФ. Научный консультант – Крюков Андрей Иванович, Член-корреспондент РАН, Заслуженный деятель науки РФ, д.м.н., профессор, заведующий кафедрой оториноларингологии им. акад. Б.С. Преображенского лечебного факультета.

Официальные оппоненты: Морозова Светлана Вячеславовна – д.м.н., профессор, профессор кафедры болезней уха, горла и носа Института клинической медицины им. Н.В. Склифосовского ФГАОУ ВО «Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова» МЗ РФ (Сеченовский Университет); Сигалева Елена Эдуардовна – д.м.н., профессор РАН, заведующая отделом «Клинико-физиологических исследований и экспертизы» ФГБУН ГНЦ РФ – Институт медико-биологических проблем РАН; Сыроежкин Федор Анатольевич - д.м.н., доцент, преподаватель кафедры оториноларингологии ФГБВОУ ВО «Военно-медицинская академия имени С.М. Кирова» Минобороны РФ.

Ведущая организация ФГАОУ ВО «Российский университет дружбы народов».

Для оглашения официальных данных диссертанта слово предоставляется ученому секретарю.

УЧЕНЫЙ СЕКРЕТАРЬ: оглашает официальные данные диссертанта.

ПРЕДСЕДАТЕЛЬ: «Спасибо большое. Александра Леонидовна, Вам предоставляется 20 минут для оглашения основных положений Вашей диссертации. Пожалуйста».

А.Л. Гусева-диссертант докладывает.

ПРЕДСЕДАТЕЛЬ: «Спасибо большое, Александра Леонидовна. Уважаемые коллеги, у кого появились вопросы по теме диссертации? Пожалуйста».

Д.м.н., доцент И.М. Кириченко: «Большое спасибо, Александра Леонидовна, за очень интересное сообщение. У меня два вопроса. Первый вопрос: как вы считаете, почему резистентные формы были в вашем исследовании, потому что у вас такое большое количество пациентов и в том числе рецидивирующие формы, как Вы это знаете, очень интересно? И такой момент: болезнь Меньера и отолитиаз. Такое заболевание, которое маскирует отолитиаз. Обследование и маневры проводились, когда у пациентов было обострение или это было уже, когда у них какая-то ремиссия возникла?»

А.Л. Гусева-диссертант: «В отношении первого вопроса ДППГ очень часто рецидивирует. В нашем случае это 23% за первый год. В течение трех лет по данным некоторых источников до половины пациентов возвращается к доктору с повторными рецидивами. Т.е. это говорит о каких-то дегенеративных явлениях в отолитовом рецепторе и более частом возникновении этих случаев, и, соответственно, чем больше дегенерация рецептора, тем в большее количество каналов могут попасть эти отолиты. Мультиканальное поражение всегда тяжелее лечится и всегда не с первого раза, потому что в первый раз мы порой можем освободить только один канал и в последующем каналы остаются на следующий раз или на самостоятельное порой выполнение маневров. Многие полагают, что такие дегенеративные массы, если много отолитов, то они очень плохо двигаются в просвете каналов, т.е. нам нужно дольше двигать их, выполнять самостоятельно маневры, чтобы отолиты, вероятно, вместе с отолитовой мембраной в конце концов покинули канал, и пациент перестал быть симптоматичным. В отношении второго вопроса: мы всегда тут же репонируем, если мы видим пациента с болезнью Меньера. Всем пациентам с головокружением делаются позиционные тесты, и надо сказать, что для пациентов с болезнью Меньера ДППГ – это можно сказать «семечки», это не приступы, и они их не беспокоят. Они находятся как бы случайно, потому что пациент описывает большие приступы и в ходе рутинного осмотра мы видим, что тут с пораженной стороны еще и ДППГ и, конечно, же тут

же репонируем, потому что мы видим этих пациентов не в приступ. Приступ они проводят дома и снимают сами или с помощью врачей скорой помощи. Если они пришли на прием, даже если это обострение, какая-то череда приступов – раз в неделю, раз в месяц, все равно мы тут же репонируем. Это не приводит к ухудшению течения болезни, а только к улучшению качества жизни, потому что пациенты освобождаются от этих ежедневных коротких приступов. Пусть они их даже не пугают, как большие приступы, тем не менее это всегда благо для пациента».

ПРЕДСЕДАТЕЛЬ: «Ирина Михайловна, вы удовлетворены? Наталья Леонидовна, пожалуйста».

Д.м.н., профессор Н.Л. Купельская: «Александра Леонидовна, это уже даже не относится конкретно к теме. У Вас огромный опыт лечения и обследования таких больных. Скажите, пожалуйста, все-таки какая Вы считаете, причина, не прогностические факторы, а причина рецидивирования? Какие возможные причины рецидивов ДППГ? Это первый вопрос и второй вопрос. Тоже по Вашему опыту, у вас есть какие-то мысли о том, почему у одного больного возникает все-таки каналолитиаз, а у другого купулолитиаз? Отчего это может зависеть?»

А.Л. Гусева-диссертант: «Честно говоря, чем больше я занимаюсь этим заболеванием, тем больше мне кажется, что причина генетическая, и что у некоторых пациентов есть предрасположенность, потому что, чем больше я работаю, тем больше у меня есть пациентов, которые меня посещают регулярно, а еще больше тех, которые говорят, что эти рецидивы сняли сами в домашних условиях, выполняя ваши маневры, а вот это не можем, и это уже будет горизонтальный канал или задний. То есть это какая-то предрасположенность к дегенерации рецептора, как по аналогии с предрасположенностью, например, к хронической тугоухости. Некоторые дольше слышат хорошо, другие теряют слух по возрасту быстрее, то есть, вероятно, такие моменты играют в этом роль. Это, конечно, тема будущих работ, и интересует весь мир. Просто пока мы никак не знаем, как к этому подступиться, но работаем в этом направлении. Второй вопрос: почему возникает купулолитиаз? На самом деле чаще купулолитиаз возникает у тех, у кого раньше был каналолитиаз, т.е. это опять же какое-то

продолжение дегенерации рецептора. Это обычно повторные пациенты, которые раньше либо мной были вправлены, либо вправлялись другими врачами – моими коллегами и в силу того, что мы используем мультипозиционное кресло при невозможности вправить были направлены на более интенсивное лечение. То есть это такое какое-то закономерное развитие заболевания – идиопатического ДППГ. Если это ассоциированное ДППГ с заболеваниями внутреннего уха – вот в нашей работе этих пациентов больше, потому что мы не неврологи и у нас очень много пациентов с другими заболеваниями уха. По статистике неврологических клиник, это количество пациентов меньше, поэтому их мы видим больше. Так вероятно, при болезни Меньера постоянно действует какой-то патологический фактор. Вестибулярный нейронит это, вероятно, денервация рецептора отолитового – что-то, что длительно подействовало на отолитовый рецептор, что привело к смещению отолитов. По последним данным хирурга Parnes, который проводил хирургическое лечение ДППГ и отправлял то, что получил из канала на электронную микроскопию, мы видим просто сотни-тысячи отолитов вперемешку с отолитовой мембраной, которые находятся у купулы, соответственно, такую массу репозиционному маневру очень трудно сдвинуть. Порой нам это удается опять же за счет постоянного выполнения в том числе и нашего репозиционного маневра».

Д.м.н., профессор Н.Л. Кунельская: «Спасибо».

А.Л. Гусева-диссертант: «Большое спасибо за вопрос».

Д.м.н., профессор С.В. Морозова: «Александра Леонидовна, два вопроса. Скажите, пожалуйста, ваше отношение к какой бы то ни было медикаментозной терапии, особенно в сочетанных случаях ДППГ? Второй вопрос: были ли пациенты, которым бы потребовалось все-таки хирургическое лечение? Спасибо».

А.Л. Гусева-диссертант: «К медикаментозной терапии у меня такое отношение: я никогда не назначаю ее сразу, то что касается вестибулярных супрессантов и антиэметиков. Но если у пациента случился вегетативный криз с тошнотой и рвотой, я обычно их тут же назначаю и, соответственно, даю пациентам. Но это не возникает при позиционных тестах, только при многократной репозиции, особенно первые этапы, когда я репонировала до 5 раз,

по сути часовой прием пациенты, и тогда я использовала антиэметики и вестибулярные супрессанты. Всегда даю их на повторный прием пациенту, если он приходит во второй раз, а первый раз у него были вегетативные симптомы. Медикаментозная терапия не являлась целью нашего исследования, но по литературным данным есть данные о том, что может быть более или менее эффективным бетагистин. Тут несколько аспектов, почему исследования говорят о том, что он может быть эффективен. В частности, в уменьшении резидуального головокружения – когда отолиты возвращаются на отолитовую мембрану по сути идет период адаптации, рецептор становится более тяжелым и волосковые клетки должны адаптироваться к этой массе. У бетагистина были выявлены возможности адаптивные, хотя и не до конца объяснены. В основном обходимся мы без лекарственной терапии, только вестибулярные супрессанты и антиэметики. Второй вопрос. У меня одна была пациентка по поводу хирургического лечения. Ее лечил Максим Валерьевич Замерград от вестибулярного нейронита. Он был подтвержден видеоимпульсным тестом. Это все осложнилось ДППГ. Она была беременна, через 6 мес пришла ко мне на осмотр, потому что оставалось ДППГ, при этом вестибулярный нейронит полностью восстановился, никакой гипофункции не было, а отолитиаз остался. Это был задний полукружный канал. И проводила я многократную репозицию, в том числе с использованием кресла и не получилось. Ей было рекомендовано хирургическое лечение, но она на него не согласилась. Вот это единственный случай, когда не получилось улучшить состояние. После маневров она чувствовала себя лучше, но это была только габитуация на самом деле. Вот такая вот ассоциация».

ПРЕДСЕДАТЕЛЬ: «Евгений Вениаминович, пожалуйста».

Д.м.н. Е.В. Гаров: «Уважаемая Александра Леонидовна, до эры маневров мы использовали хирургическое лечение больных ДППГ. Вот как Вы считаете, может ли оно использоваться и в каких случаях?»

А.Л. Гусева-диссертант: «Однозначно может и должно быть использовано, особенно однозначно для заднего полукружного канала. Просто этих случаев очень мало. Мы уверены, что это именно этот задний полукружный канал и тут нет вопросов, к тому же техника Института Свержевского показывает

суперработу на вертикальных каналах, и никакие каналы при этом больше не повреждаются. Дело в том, что такое резистентное течение чаще характерно для горизонтального канала. Горизонтальный канал всегда оставляет сомнения стороны поражения, особенно если это купулолитиаз, потому что нистагм бывает примерно одинаковый при обоих поворотах головы. Конечно, мы используем все всевозможные тесты, и bow-and-lean и так далее, все равно остаются маленькие сомнения в стороне поражения, тем более что для купулолитиаза при лечении это не так важно. Какой канал оперировать, какой канал закрывать при купулолитиазе - это очень большая ответственность. Мы не можем инструментально визуализировать эти отолиты. Если мы закроем не тот канал, то останется отолитиаз и останется арефлексия с одной стороны, потому что горизонтальный канал наш самый рабочий. Тем не менее, это всегда остается выбором. Однозначный выбор для заднего канала, и я рекомендовала это пациентке настойчиво и объяснила все возможности, но это бывает редко. Во всем мире я знаю, что некоторые отоневрологи говорят, что никогда не встречали пациента, которому бы они назначили хирургическое лечение, но у меня в практике есть такой пациент».

ПРЕДСЕДАТЕЛЬ: «Евгений Вениаминович, удовлетворены? Еще вопросы есть? Пожалуйста, Михаил Михайлович».

Д.м.н., доцент М.М. Полунин: «Александра Леонидовна, вопрос не совсем по задачам. У детей ДППГ вообще редко встречается в практике. По вашей статистике бывает все-таки манифест рецидивирующего ДППГ идет из детского возраста по анамнезу пациента?»

А.Л. Гусева-диссертант: «Чаще все-таки позиционное головокружение - это мигрень, то что мы называли доброкачественное пароксизмальное головокружение детского возраста сейчас в новой классификации болезней это вестибулярная мигрень детского возраста, которая может проявляться позиционным синдромом. У меня было несколько случаев, около трех, у пациентов возраста 10-8-12 лет, и по анамнезу, хотя я уже не видела ничего, т.е. пациенты приходят ко мне поздно через 3-4 мес после дебюта, у этих детей был сначала вестибулярный нейронит. Они не могли ходить, мама их выхаживала,

потом вроде все наладилось, но ребенок боится ложиться, поворачиваться, какие-то страхи. И выявлялось ДППГ, которое удачно репонировалось, но у двух детей тенденция к рецидивам с этой, одной и той же стороны. Мама репонирует сама, и, если не получается, приходит ко мне. Вот у детей, мне кажется, что больше это мигрень, потому что приступы длятся сколько-то дней и проходят. Для ДППГ – это неделя. Если пациент говорит, что 2 дня не мог ложится на спину, то это скорее всего центральный позиционный нистагм и мигрень при доброкачественном течении».

ПРЕДСЕДАТЕЛЬ: «Михаил Михайлович, Вы удовлетворены? Есть еще вопросы? Слово предоставляется научному консультанту Крюкову Андрею Ивановичу».

Научный консультант проф. А.И. Крюков: «Уважаемые коллеги, Александра Леонидовна является достойным представителем известной в нашей специальности династии. Бабушка Александры Леонидовны Тамара Николаевна Дербенева, многие ее помнят, она долгое время являлась бессменным заведующим отделением в Первой Градской больнице, ученица Бориса Сергеевича Преображенского. Я вспоминаю, когда мы учились в ординатуре ходили легенды, что Тамара Николаевна обладает самым скоростным методом хирургии височной кости. Тогда еще не было высокоскоростных дрелей, и Тамара Николаевна за три удара доходила до антрума. Поэтому все восхищались, но никто этот подвиг не повторил. И паста Дербеневой, которой мы пользовались долгое время, не имея альтернатив и аналогов для остановки носовых кровотечений. Тетя Александры Леонидовны тоже долгое время руководила отделением в Первой Градской больнице, и потом она до сих пор работает в составе ЛОР-клиники Первой Градской больницы. Александра Леонидовна, я считаю, достойный представитель и последователь этой врачебной династии. Работать с ней было одно удовольствие, минимум времени я на это тратил. Александра Леонидовна – человек внутренней дисциплины, выдержки, субординирована, абсолютно послушна, два раза не нужно было повторять, и результат вы видите. Причем при всем при этом, несмотря на то, что Александра Леонидовна представила глубокое исследование вестибулологической

направленности, она является прекрасным педагогом и блестящим практикующим оперирующим врачом. Поэтому я характеризую ее сугубо положительно, и надеюсь, на вашу достойную оценку этой работы. Спасибо».

А.Л. Гусева-диссертант: «Спасибо, Андрей Иванович».

ПРЕДСЕДАТЕЛЬ: «Спасибо большое, Андрей Иванович. Приступим к официальному обсуждению данной работы. Слово предоставляется ученому секретарю».

УЧЕНЫЙ СЕКРЕТАРЬ: «Внешний отзыв поступил из «Российского университета дружбы народов». Отзыв составлен и подписан заведующим кафедрой оториноларингологии медицинского института РУДН, профессором Попадюком Валентином Ивановичем.

Зачитывается внешний отзыв. Отзыв положительный.

На диссертацию и автореферат поступили отзывы от: главного научного сотрудника отдела ГУ «Республиканский научно-практический центр неврологии и нейрохирургии» МЗ Республики Беларусь, д.м.н. И.П. Марьенко; профессора кафедры оториноларингологии ГУО «Белорусская медицинская академия последипломного образования» д.м.н. Е.П. Меркуловой; профессора кафедры неврологии с курсом рефлексологии и мануальной терапии ФГБОУ ДПО «Российская медицинская академия непрерывного последипломного образования» МЗ РФ д.м.н. М.В. Замерграда; заведующей кафедрой оториноларингологии ФГБОУ ВО «Башкирский государственный медицинский университет» МЗ РФ д.м.н., доцента Е.Е. Савельевой; заведующего кафедрой оториноларингологии Центра развития профессиональной квалификации медицинских работников Республики Узбекистан, д.м.н., профессора С.С. Арифова; ведущего научного сотрудника научно-исследовательского отдела патологии наружного, среднего и внутреннего уха ФГБУ "Санкт-Петербургский научно-исследовательский институт уха, горла, носа и речи" МЗ РФ д.м.н. С.В. Лиленко; профессора кафедры оториноларингологии ФГБОУ ВО «Ростовский государственный медицинский университет» МЗ РФ д.м.н. Н.В. Бойко; профессора кафедры нервных болезней Института профессионального образования ФГАОУ ВО «Первый Московский государственный медицинский

университет им. И.М. Сеченова» МЗ РФ (Сеченовский Университет) д.м.н. Е.Г. Филатовой; главного научного сотрудника лаборатории физиологии функциональных состояний человека ФГБНУ «Научно-исследовательский институт нормальной физиологии им. П.К. Анохина» д.б.н. О.В. Кубряка; профессора кафедры сурдологии ФГБОУ ДПО «Российская медицинская академия непрерывного последипломного образования» МЗ РФ д.м.н., Т.Г. Марковой; профессора кафедры оториноларингологии ФГБОУ ВО «Московский государственный медико-стоматологический университет имени А.И. Евдокимова» МЗ РФ д.м.н. В.В. Вишнякова.

Отзывы положительные, замечаний не имеют.

Также имеется 9 актов внедрения из: оториноларингологических отделений ГБУЗ «ГКБ №1 им. Н.И. Пирогова» ДЗМ, ГБУЗ «Научно-исследовательский клинический Институт оториноларингологии им. Л.И. Свержевского» ДЗМ, ГБУЗ «ГКБ им. В.В. Вересаева ДЗМ», ООО «ГУТА-КЛИНИК», консультативно-диагностического отделения ФГБУ «Федеральный центр мозга и нейротехнологий» ФМБА России, медицинского центра ООО «Куратор» г. Орехово-Зуево, ОБП «Радуга Звуков Юго-Западная» компании ООО «Исток Аудио Трейдинг».

Получены патенты РФ на изобретения RU 167324 U1 от 10.01.2017. «Очки Френзеля», RU 2 724404 C1 от 23.062020. «Способ самостоятельного лечения доброкачественного пароксизмального позиционного головокружения при купулолитиазе горизонтального полукружного канала». Результаты исследований включены в учебную программу кафедры оториноларингологии им. академика Б.С. Преображенского лечебного факультета ФГАОУ ВО "Российский национальный исследовательский медицинский университет имени Н.И. Пирогова" МЗ РФ, ГБУЗ «Научно-исследовательский клинический Институт оториноларингологии им. Л.И. Свержевского» ДЗМ.

ПРЕДСЕДАТЕЛЬ: «Учитывая это, переходим к официальному обсуждению. Слово предоставляется Морозовой Светлане Вячеславовне, доктору медицинских наук, профессору кафедры болезней уха, горла и носа Института

клинической медицины им. Н.В. Склифосовского Первого Московского государственного медицинского университета им. И.М. Сеченова. Пожалуйста».

Д.м.н., профессор С.В. Морозова: — официальный оппонент зачитывает отзыв. (Отзыв прилагается).

ПРЕДСЕДАТЕЛЬ: «Спасибо большое, Светлана Вячеславовна. Александра Леонидовна, ответьте, пожалуйста».

А.Л. Гусева-диссертант: «Большое спасибо за проведенную работу. Я очень Вам благодарна».

Д.м.н., профессор С.В. Морозова: «Спасибо диссертанту, спасибо консультанту, спасибо кафедре за прекрасную работу, с которой я с огромным удовольствием ознакомилась».

ПРЕДСЕДАТЕЛЬ: «Слово предоставляется второму оппоненту доктору медицинских наук, профессору РАН, заведующей отделом «Клинико-физиологических исследований и экспертизы» ФГБУН ГНЦ РФ – Институт медико-биологических проблем РАН Сигалевой Елена Эдуардовне».

Д.м.н., профессор Е.Э. Сигалева: — официальный оппонент зачитывает отзыв. (Отзыв прилагается).

ПРЕДСЕДАТЕЛЬ: «Спасибо большое, Елена Эдуардовна. Александра Леонидовна, ответьте, пожалуйста».

А.Л. Гусева-диссертант: «Большое спасибо, Елена Эдуардовна, за проведенную работу по рецензированию моей диссертации».

ПРЕДСЕДАТЕЛЬ: «Слово предоставляется нашему гостю из Санкт-Петербурга из Военно-медицинской академии имени С.М. Кирова, доктору медицинских наук, доценту, преподавателю кафедры оториноларингологии Сыроежкину Федору Анатольевичу».

Д.м.н., доцент Ф.А. Сыроежкин: — официальный оппонент зачитывает отзыв. (Отзыв прилагается). «У меня есть два вопроса, и я их сейчас задам. Первый вопрос касается ассоциации ДППГ и болезни Меньера. Вопрос: оказывает ли влияние применение лечебных маневров на частоту возникновения приступов болезни Меньера в случаях ее ассоциации с ДППГ? Если да, то каким образом? Второй вопрос: наблюдали ли вы какие-либо особенности при

проведении видеоимпульсного теста пациентам, у которых предположительно была так называемая «тяжелая» купула?»

ПРЕДСЕДАТЕЛЬ: «Александра Леонидовна, ответьте, пожалуйста, Федору Анатольевичу».

А.Л. Гусева-диссертант: «Большое спасибо за вопросы. В отношении первого вопроса: скорее длительное течение болезни Меньера способствовало более частым рецидивам ДППГ. Сам отолитиаз никак не ухудшал течение и рецидивы болезни Меньера, а только ухудшал качество жизни пациентов. В связи с этим был устранен путем репозиционных маневров. В отношении «тяжелой» купулы мы имели это в виду и очень подробно оценивали видеоимпульсный тест, но никаких изменений при его протекании и показателей gain мы не обнаружили, и, вероятно, это обусловлено тем, что очень быстрое движение, а тяжесть купулы проявляется в более длительном провоцирующем факторе, когда меняется положение купулы относительно силы тяжести, и тогда мы видим воздействие по законам Эвальда на этот рецептор. В самом быстром движении при повороте головы, в рефлексе, латентность которого 8 мс, никакого отражения нет».

Д.м.н., доцент Ф.А. Сыросежкин: — официальный оппонент продолжает зачитывать отзыв. (Отзыв прилагается).

ПРЕДСЕДАТЕЛЬ: «Александра Леонидовна, ответьте, пожалуйста, Федору Анатольевичу».

А.Л. Гусева-диссертант: «Большое спасибо, Федор Анатольевич, за внимательное отношение к моей работе и за Ваш труд».

ПРЕДСЕДАТЕЛЬ: «Уважаемые коллеги, приступаем к обсуждению. Может, кто-нибудь хочет выступить? Пожалуйста».

Д.м.н., профессор Н.Л. Кунельская: «Я действительно не могла не выступить, потому что, я даже не говорю об актуальности, но все-таки ДППГ, давайте все отоневрологи скажем, что это проблема, которая возникла не только в нашей стране, но и в мире где-то в конце 80-х – 90-е годы. Сравнительно поздно, потому, что, хотя Дикс и Холлпайк предложили свой тест в 1952 году, как-то на это поражение неврологи не очень обращали внимание. Я очень хорошо помню, как в нашу страну пришло это заболевание – с Мишелем Тупе, которого

Владимир Тимофеевич Пальчун пригласил на наш один из первых Конгрессов с международным участием. Он провел нам мастер-класс, на котором он нам показал. Когда он нам стал рассказывать, что каждый третий его больной с этим ДППГ, мы все не верили, потому что мы таких больных не видели. Я говорю: «Владимир Тимофеевич, мы как-то их не видим.» Мы их не то, что не видели, мы их не замечали. Потому что, действительно, когда мы все это узнали, когда мы стали проводить эти тесты всем больным и это стало входить в алгоритм – просто всем больным, жалуются они или не жалуются, если проводится вестибулологическое исследование всегда в отоневрологической клинике в комплекс входит тест Дикс-Холлпайка, а при необходимости и другие тесты на выявление ДППГ другой локализации. Может быть, символично очень, что это - первая докторская диссертация в России, даже и кандидатских еще не было. У Елены Викторовны (Байбаковой) было по рецидивирующим. Но вот такой основополагающей диссертации, комплексной, по диагностике и лечебной тактике при ДППГ – в России это первая диссертация. Хотя занимаются ею все и очень подробно, и мы думали, что, может, кто-то еще там защитит. Очень символично, что это сделала Александра Леонидовна, потому что она ученица Владимира Тимофеевича Пальчуна и, собственно, именно на этой кафедре была создана специальная лаборатория не просто по изучению чего-то в оториноларингологии, а именно по изучению патологии внутреннего уха, и в частности, конечно, ДППГ. Я считаю, что ее работа имеет очень большое значение в силу того обстоятельства, что мы все отоневрологи, которые работаем, мы все скажем, что очень часто при болезни Меньера, при вестибулярном нейроните, при любых кохлеовестибулярных нарушениях, связанных с гидропсом лабиринта, присутствует ДППГ. Просто мы его не всегда диагностируем. Мы хорошо диагностируем задний полукружный канал. А горизонтальный полукружный канал? А передний канал? Я думаю, что мы часто это просто пропускаем. И больные нам об этом не говорят, и мы, собственно, как-то не задумываемся. Наверное, очень символично, что мы работаем с Евгением Вениаминовичем (Гаровым), с отохирургом в такой тесной связке достаточно давно. Мы достаточно много оперировали больных с ДППГ, пока не появилась

Александра Леонидовна. Как Евгений Вениаминович очень мне приятный комплимент сделал, когда он сказал, что Наталья Леонидовна не дает мне оперировать больных, потому что они у нее как-то консервативно вылечиваются. Так я могу сказать комплимент Александре Леонидовне. Она диагностирует правильно, какой канал поражен, она выявляет мультиканальное поражение и проводит определенные маневры. У нее целая схема, которую вы все прекрасно видели. Она действительно сказала: «один человек» - это вообще ни о чем. Ну что такое один человек? У нее около 1000 больных и один человек! Казуистический, скажем так, случай. Как мы все прекрасно понимаем, самая лучшая операция – это та, от которой можно отказаться. Работа Александры Леонидовны позволяет нам это сделать. Это не такая простая операция, ее делают такие выдающиеся хирурги, как наш Евгений Вениаминович Гаров, как Кузовков в Санкт-Петербурге, как Диаб. Вот видите, я перечислила трех человек и, наверное, больше я их вам не назову. Слава Богу, что их не надо теперь оперировать благодаря этой работе. Я, конечно, полностью поддерживаю мнение всех официальных оппонентов о том, что эта работа, безусловно, заслуживает, и автор ее также заслуживает искомой степени доктора медицинских наук».

ПРЕДСЕДАТЕЛЬ: «Спасибо большое, Наталья Леонидовна. Кто еще хочет высказаться? Евгений Вениаминович, не хотите со стороны хирургии осветить этот вопрос? Ответное слово Наталье Леонидовне».

Д.м.н. Е.В. Гаров: «Спасибо большое. Я бы сказал о другом. Я просто помню, когда еще ДППГ редко появлялось, и с появлением в России профессора Тупе стало диагностироваться все чаще. Но речь идет еще из тех времен, когда ДППГ было осложненным течением хронического отита, болезни Меньера. Тогда так скажем, хирургия была от отчаяния. У больных после отосклероза с глухотой, у них также было ДППГ, несмотря на глухоту. Мы придумывали какие-то методы, в основном это была лазеродеструкция, и, конечно, они помогали. Но мы не знали, что есть еще консервативные методы лечения. Мы хирурги, мы пытались найти какие-то способы вместе с Ольгой Кирилловной, вот мы и придумывали различные методики в зависимости от заболеваний. Потому, понятно, что лазеродеструкция горизонтального канала, не верхнего и заднего,

хотя очень много в хирургии занимались задним полукружным каналом у больных с ДППГ за рубежом – но мы даже не думали об этом: лазеродеструкция горизонтального канала убивала все, и нам этого было достаточно этого: просто и легко. Это были очень тяжелые больные, и ими было очень сложно заниматься. Потом появился Мишель Тупе, и они перестали нуждаться в хирургии. И с тех пор прошло уже сколько лет, и мы не делаем такие операции при ДППГ. Сейчас все диагностируют и лечат активно. Я считаю, что ДППГ возродила новую эру в диагностике и лечении в отоневрологии, потому что раньше отоневрологов было очень мало. Они были редки, а сейчас их много и интересующихся. Она стала интересной, потому что она стала больше полезной. Мне кажется, это здорово. У нас есть такая Александра Леонидовна, которая все это делает. Я только «за», и работаю с ней с огромной радостью. Спасибо большое».

ПРЕДСЕДАТЕЛЬ: «Спасибо большое, Евгений Вениаминович. Кто-нибудь еще выступить хочет? Пожалуйста, Вера Борисовна».

Д.м.н., профессор В.Б. Панкова: «Глубоко уважаемый Алексей Юрьевич, глубоко уважаемые коллеги! Конечно, после выступления таких блестящих оппонентов, наверное, нет смысла обсуждать дальше работу. Поскольку я была рецензентом, я не могу отказать себе в удовольствии и не сказать несколько слов о сегодняшней докторской диссертации. Я хотела бы в продолжении того, что сказал сейчас Евгений Вениаминович со стороны хирургов вы имеете меньше таких больных. В связи с этим, я хочу сказать не о теоретической, не о научной новизне этой работы, которая, безусловно, очень высока, а о практическом значении для, извините за тафтологию, практикующих врачей нашего первичного звена медицинской помощи. Не очень хорошо они знают эту проблему, Евгений Вениаминович! Как раз вот те алгоритмы, которые нам сегодня представлены в этой работе: диагностические, прогностические, лечебные алгоритмы, дифференциально-диагностические – очень важны для наших врачей, потому что, что мы имеем для врачей промышленной медицины? Что мы имеем на периодических и предварительных медицинских осмотрах для тех работников, которые работают, допустим, с теми факторами неблагоприятного производства, которые влияют на состояние вестибулярного аппарата? Пальце-носовая проба, в

лучшем случае нистагм – больше они ничего не знают и знать не хотят. В этой связи ваши разработки, ваши практические предложения имеют неоценимое значение. В связи с этим мне хотелось бы пожелать издать какой-то руководящий документ. Я не знаю, сейчас методические рекомендации не приветствуются, но есть технические инструкции, в конце концов, монографию следует написать. Конечно, законодателем исследований вестибулярного аппарата в нашей стране является кафедра Б.С. Преображенского и Владимира Тимофеевича, а теперь уже и Андрея Ивановича Крюкова. Конечно, сегодняшняя работа является блестящим продолжением традиций и этапом, шагом. Помимо монографии, мне кажется, надо что-то для практического здравоохранения. Инструкции – это мало, конечно, ну практические рекомендации. Я поздравляю кафедру, поздравляю вас, Александра Леонидовна и Андрея Ивановича, с такой блестящей работой. Спасибо».

ПРЕДСЕДАТЕЛЬ: «Спасибо большое, Вера Борисовна. Я думаю, это будут клинические рекомендации?»

Д.м.н., профессор Н.Л. Кунельская: «И монография, и методические, и клинические рекомендации, и руководство».

ПРЕДСЕДАТЕЛЬ: «Еще кто-нибудь хочет высказаться? Пожалуйста, Олег Витальевич».

Д.б.н. О.В. Кубряк: «Зовут меня Кубряк Олег Витальевич. Я хотел бы поблагодарить руководство кафедры и Института за то, что у них рождаются такие смелые и передовые научные работы. Это работа доставила, я думаю, ничего не преувеличивая, удовольствие всем, кто с ней знаком. Она, конечно, имеет основополагающий очевидный характер для национальных рекомендаций и развития темы ДППГ. Совершенно очевидно, мы имели с моими коллегами несколько другой сферы анализ региональных случаев ДППГ, смотрели эти алгоритмы и так далее, и видели, что тема очень перспективная. И что я хотел сказать, что еще не было сказано. Вот эта область касается специальности отоневрологии, но она касается сразу ряда дисциплин: здесь и биофизика, и физиология, и инженерные различные специальности, т.е. такие работы, как локомотив, дают возможность специалистам из других дисциплин предложить

для медицины что-то полезное и новое. Здесь есть еще один аспект: сегодня всем интересна тема, назову ее в кавычках, грубыми мазками - сенсорных перестроек, сенсорного обеспечения позы и движения. Именно на этом тридцать лет назад возникших идеях базируется сегодня психология применения виртуальной реальности в медицинской реабилитации, различных других способах моторного обучения в медицине. Мы имеем дело здесь с таким интересным феноменом, когда мы имеем дело с живыми, настоящими, измененными сенсорными условиями у человека и возможностью эти сенсорные условия корректировать с помощью консервативных методов. Я ожидаю точно, не потому что я такой самонадеянный, а просто я вижу эту тенденцию, что на вашей кафедре, Андрей Иванович, и в вашем институте появятся еще блестящие работы, которые тоже будут развивать идеи измененных сенсорных условий для нужд практической медицины. Спасибо вам огромное. Александре Леонидовне удачи. Я абсолютно уверен и чувствую, что всем работа очень понравилась».

ПРЕДСЕДАТЕЛЬ: «Спасибо большое. Заключительное слово предоставляется нашей диссертантке Гусевой Александре Леонидовне».

А.Л. Гусева-диссертант - заключительное слово: «Уважаемые коллеги, хочу выразить особенную благодарность своему руководителю, научному консультанту профессору Андрею Ивановичу Крюкову за неоценимую помощь в определении темы работы, направлении исследования и формулировке результатов, а также своему наставнику – почетному заведующему кафедрой, профессору Пальчуну Владимиру Тимофеевичу, который определил мой путь в отоневрологию, не уставал вдохновлять меня на занятия не только лечебной, но и научной работой. Благодарю профессора Наталью Леонидовну Кунельскую, которая щедро делилась знаниями в отоневрологии на всем этапе моего становления, как специалиста, а также оказала бесценную помощь в структурировании работы, подготовке научного труда: как диссертации, так и автореферата. Благодарю Лучшеву Юлию Владиславовну за огромную помощь в сборе и оформлении документов для работы. Безмерно благодарна оппонентам, которые, как вы видели, провели огромную работу в оценке моей диссертации, а также рецензентам – профессору Панковой Вере Борисовне, профессору Носуле

Евгению Владимировичу и Марии Андреевне Чугуновой, которые изучили мой труд и дали много рекомендаций на этапе первичного рецензирования. Особая благодарность моим коллегам с кафедры оториноларингологии им. акад. Б.С. Преображенского, которые не только всячески способствовали моей научной работе, но многие из них являются соавторами научных работ нашей кафедры вместе со мной. Также хочу выразить особую признательность сотрудникам ЛОР-отделения и других отделений Первой градской больницы, в особенности заведующему отделением Лапченко Александру Александровичу, где происходил основной набор и лечение пациентов, за всяческое содействие научной работе, а также всем сотрудникам Научно-исследовательского клинического института оториноларингологии им. Л.И. Свержевского, особенно отделу сурдологии и патологии внутреннего уха и лично Байбаковой Елене Викторовне и отделу микрохирургии уха и лично Гарову Евгению Вениаминовичу за те многочасовые беседы, которые мы вели в обсуждении вопросов вестибулологии, что оказало большое влияние на мою работу. Отдельную благодарность хочу высказать своему большому другу Кубряку Олегу Витальевичу, доктору биологических наук, заведующему лабораторией функциональных состояний человека, за дискуссии о физиологии и патогенезе этого состояния, которые повлияли на мою работу, и некоторые идеи я почерпнула из этих бесед. В заключение хочу сказать большое спасибо своей семье, которая создала атмосферу и условия для работы и написания труда. Спасибо большое».

ПРЕДСЕДАТЕЛЬ: «Спасибо большое, Александра Леонидовна. Для подсчета голосов необходимо выбрать счетную комиссию. Предлагаются следующие кандидатуры: д.м.н. Гаров Е.В., д.м.н. Милешина Н.А., д.м.н. Полунин М.М. Давайте проголосуем. (Счётная комиссия утверждается)».

Происходит процедура тайного голосования.

Слово председателю счётной комиссии.

ПРЕДСЕДАТЕЛЬ СЧЁТНОЙ КОМИССИИ - Оглашает протокол № 1 об утверждении состава счётной комиссии и протокол № 2 о результатах тайного голосования.

Результаты тайного голосования: Всего голосовали 16 членов Диссертационного совета, из них докторов наук по специальности «Оториноларингология» - 14 человек.

«За»- 16 членов Диссертационного совета.

«против» - нет.

Недействительных бюллетеней - нет.

Не розданных бюллетеней – 2.

Гусевой Александре Леонидовне по результатам работы счетной комиссии утверждается ученая степень доктора медицинских наук.

ПРЕДСЕДАТЕЛЬ: «Кто за то, чтобы принять результаты голосования и отчет счетной комиссии прошу голосовать. (Голосуют).

Кто против? (Нет) Воздержался? (Нет).

Протокол счётной комиссии утверждается.

Слово предоставляется учёному секретарю для оглашения проекта Заключения Диссертационного совета 72.1.012.01 при Государственном бюджетном учреждении здравоохранения «Научно-исследовательский клинический институт оториноларингологии им. Л.И. Свержевского» Департамента здравоохранения города Москвы».

УЧЁНЫЙ СЕКРЕТАРЬ:

## ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Диссертационного Совета при ГБУЗ «Научно-исследовательский клинический институт оториноларингологии им. Л.И. Свержевского» ДЗМ по диссертации Гусевой Александры Леонидовны «Лечебно-диагностический алгоритм при отолитиазе» на соискание ученой степени доктора медицинских наук по специальности 3.1.3. – Оториноларингология.

Диссертационный совет отмечает, что на основании выполненных соискателем исследований определена частота ассоциации отолитиаза с заболеваниями среднего и внутреннего уха и особенности его течения в этих случаях; определены особенности течения и лечения отолитиаза при одноканальном и мультиканальном поражении различных полукружных каналов; разработана модификация очков Френзеля и определена ее эффективность для

определения спонтанного и позиционного нистагма; разработан комплексный лечебно-диагностический алгоритм отолитиаза и новый оригинальный репозиционный маневр лечения купулолитиаз горизонтального полукружного канала во внебольничных условиях; разработан алгоритм прогнозирования рецидива отолитиаза в течение 1 года после диагностированного эпизода заболевания и определена его диагностическая точность.

Теоретическая значимость исследования обоснована тем, что выделены типичные формы отолитиаза, при которых наблюдается соответствие клинических проявлений и нистагменных реакций в позиционных тестах поражению одного из полукружного канала и успешное его лечение соответствующими репозиционными маневрами, и нетипичные формы отолитиаза, характеризующиеся нетипичными по направлению и длительности для поражения одного из полукружных каналов нистагменными реакциями в провокационных тестах, резистентным течением при лечении репозиционными маневрами, и диагностирующиеся с помощью исключения центрального позиционного синдрома и анализа течения и изменения нистагменных реакций в ходе репозиционного лечения.

Значение полученных соискателем результатов исследования для практики подтверждается тем, что разработан и внедрен метод диагностики и реабилитации типичных и нетипичных форм отолитиаза при доброкачественном пароксизмальном позиционном головокружении в работу оториноларингологических отделений ГБУЗ «ГКБ №1 им. Н.И. Пирогова» ДЗМ, ГБУЗ «Научно-исследовательский клинический Институт оториноларингологии им. Л.И. Свержевского» ДЗМ, ГБУЗ «ГКБ им. В.В. Вересаева ДЗМ», ООО «ГУТА-КЛИНИК», консультативно-диагностического отделения ФГБУ «Федеральный центр мозга и нейротехнологий» ФМБА России, медицинского центра ООО «Куратор» г. Орехово-Зуево, ОБП «Радуга Звуков Юго-Западная» компании ООО «Исток Аудио Трейдинг». Получены патенты РФ на изобретения RU 167324 U1 от 10.01.2017. «Очки Френзеля», RU 2 724404 C1 от 23.062020. «Способ самостоятельного лечения доброкачественного пароксизмального позиционного головокружения при купулолитиазе горизонтального

полукружного канала». Результаты исследований включены в учебную программу кафедры оториноларингологии им. академика Б.С. Преображенского лечебного факультета ФГАОУ ВО "Российский национальный исследовательский медицинский университет имени Н.И. Пирогова" МЗ РФ, ГБУЗ «Научно-исследовательский клинический Институт оториноларингологии им. Л.И. Свержевского» ДЗМ.

Оценка достоверности результатов исследования выявила: результаты исследования получены на сертифицированном оборудовании, теория согласуется с опубликованными данными по теме диссертации, в работе выполнен научный анализ достаточного количества пациентов: 640 пациентов с доброкачественным пароксизмальным позиционным головокружением, отобранных из 2137 пациентов, обратившихся с жалобой на головокружение, в соответствии с критериями включения и исключения. В работе использованы современные методы исследования в соответствии с поставленными задачами, адекватные методы статистической обработки полученных данных. Выводы и практические рекомендации имеют высокую степень научной обоснованности и логично вытекают из результатов исследования.

Личный вклад соискателя состоит в непосредственном участии в обследовании и лечении больных, разработке методики лечения, катамнестическом наблюдении за больными, подготовке основных публикаций по выполненной работе.

Диссертация охватывает основные вопросы по поставленным научным задачам и соответствует критерием внутреннего единства, что подтверждается наличием последовательного плана исследования, соответствующей методологической платформы, основной идейной линии и соответствием выводов и практических рекомендаций, поставленным цели и задачам.

Диссертационная работа Гусевой А.Л. соответствует требованиям п. 9 и п. 10 раздела II «Положения о присуждении ученых степеней», утвержденного Постановлением Правительства РФ №842 от 24 сентября 2013 г., (в ред. Постановления Правительства РФ от 01.04.2016 № 335, в ред. Постановления Правительства РФ от 01.10.2018 № 1168, в ред. Постановления Правительства РФ

20.03.2021 №426, в ред. Постановления Правительства РФ от 26.09.2022 № 1690), предъявляемых к диссертациям на соискание ученой степени доктора медицинских наук, а сама автор достойна присуждения ученой степени доктора медицинских наук по специальности 3.1.3 - Оториноларингология. На заседании 16.02.2023 г. диссертационный совет принял решение присудить Гусевой А.Л. ученую степень доктора медицинских наук.

ПРЕДСЕДАТЕЛЬ: «Будут ли какие-то замечания, дополнения к проекту заключения? Замечаний и дополнений нет.

Есть предложение, утвердить в целом Заключение Диссертационного совета. Кто за данное предложение, прошу голосовать. (Голосуют). Кто против, воздержался? (Нет).

Заключение Диссертационного Совета 72.1.012.01 при Государственном бюджетном учреждении здравоохранения «Научно-исследовательский клинический институт оториноларингологии им. Л.И. Свержевского» Департамента здравоохранения города Москвы по диссертационной работе Гусевой Александры Леонидовны «Лечебно-диагностический алгоритм при отолитиазе», представленной на соискание ученой степени доктора медицинских наук по специальностям 3.1.3 - Оториноларингология утверждается единогласно».

ПРЕДСЕДАТЕЛЬ: «Александра Леонидовна, мы поздравляем Вас и Вашего научного консультанта с успешным присуждением Вам ученой степени доктора медицинских наук».

Председатель заседания Диссертационного Совета 72.1.012.01 при ГБУЗ «НИКИО им. Л.И.СВЕРЖЕВСКОГО» ДЗМ. д.м.н. А.Ю. Ивойлов

Ученый секретарь Диссертационного Совета 72.1.012.01 при ГБУЗ «НИКИО им. Л.И.СВЕРЖЕВСКОГО» ДЗМ. к.м.н. Ю.В. Лучшева