УТВЕРЖДАЮ
Директор ГБУЗ «Научно-исследовательский клинический институт оториноларингологии им. Л. И. Свержевского» Департамента здравоохранения города Москвы

А. И. Крюков
«21» 01 2021 года

ДЕПАРТАМЕНТ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ГОРОДА МОСКВЫ

ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ГОРОДА МОСКВЫ
НАУЧНО-ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКИЙ КЛИНИЧЕСКИЙ ИНСТИТУТ ОТОРИНОЛАРИНГОЛОГИИ им. Л.И. СВЕРЖЕВСКОГО
(ГБУЗ НИКИО им. Л.И. Свержевского ДЗМ)

117152 г. Москва, Загородное шоссе, д. 18-А, стр.2 тел. (495) 633-92-26; факс (495) 633-93-61

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Государственного бюджетного учреждения здравоохранения города Москвы «Научно - исследовательский клинический институт оториноларингологии им. Л. И. Свержевского» Департамента здравоохранения города Москвы

Диссертация «Диагностика и лечение заболеваний уха, обусловленных анатомическими особенностями строения височной кости: спонтанной отоликвореи и синдрома дегисценции верхнего полукружного канала» выполнена в Государственном бюджетном учреждении здравоохранения города Москвы «Научно-исследовательский клинический институт оториноларингологии им. Л. И. Свержевского» Департамента здравоохранения города Москвы.

В период подготовки диссертации соискатель Федорова Ольга Васильевна являлась ведущим научным сотрудником научно-исследовательского отдела микрохирургии уха Государственного бюджетного учреждения здравоохранения «Научно-исследовательский клинический институт оториноларингологии им. Л. И. Свержевского» Департамента здравоохранения города Москвы.

В 1988 г. окончила 2-й Московский ордена Ленина государственный медицинский институт им. Н.И.Пирогова по специальности «лечебное дело». В 1999 году защитила диссертацию на соискание ученой степени кандидата медицинских наук на тему «Травматические повреждения структур уха (диагностика и лечение).»

Научные консультанты:

Гаров Евгений Вениаминович - доктор медицинских наук, заведующий научно-исследовательского отдела микрохирургии уха ГБУЗ «НИКИО им. Л.И. Свержевского» Департамента Здравоохранения города Москвы.

Зеликович Елена Исааковна - доктор медицинских наук, заведующая отделом лучевой диагностики ГБУЗ «НИКИО им. Л.И. Свержевского» Департамента Здравоохранения города Москвы.

По итогам обсуждения принято следующее **заключение**:

1. Оценка выполненной соискателем работы:

За последние десятилетия все чаще диагностируются заболевания, обусловленные нарушением костной анатомической структуры височной кости. Наличие врожденных или приобретенных дегисценций определяют возможность патологической связи интракраниального пространства со структурами среднего и внутреннего уха, приводя к возникновению ликворных фистул, сопровождающихся спонтанной отоликвореей или кохлеовестибулярных нарушений, характерных для синдрома дегисценции верхнего полукружного канала. Эти заболевания являются редкими и литературе нет сведений о точной частоте их возникновения. Среди всех отоликворей спонтанная отоликворея встречается в 7-19% случаях, при этом в 4 раза реже спонтанной назальной ликвореи частота возникновения синдрома дегисценции верхнего полукружного в общей популяции на сегодняшний день неизвестна. Возможно, анатомическое строение пирамиды является основным врожденным этиологическим моментом, однако не вызвает сомнения, что возникновение данных заболеваний является многофакторным и на сегодняшний день этиопатогенетические факторы недостаточно изучены.

Расширение возможностей методов лучевой диагностики - высокоразрешающей КТ и МРТ височной кости, использование мультипланарных реконструкций и денситометрии, совершенствование методов диагностики вестибулярных и слуховых нарушений дают возможность своевременно диагностировать эти ранее не известные заболевания и дифференцировать их с различными заболеваниями уха. Однако, разнообразие клинических проявлений и выраженности симптомов синдрома ДВПК, схожесть симптомов спонтанной отоликвореи с экссудативным отитом и сложность дифференциальной диагностики, отсутствие четких диагностических алгоритмов, недостаточная информированность среди врачей приводит к поздней диагностике данных заболеваний и большому количеству неверных диагнозов. Пациентам со спонтанной отоликвореей в течение длительного времени проводится лечение по поводу экссудативного среднего отита, тем самым увеличивая риск возникновения грозного внутричерепного осложнения – менингита. Пациенты с синдромом дегисценции верхнего полукружного канала также часто длительно и безуспешно лечатся у невролога, так как оториноларинголог не видит патологии, что приводит к выраженному снижению качества жизни и эмоциональным расстройствам.

До недавнего времени хирургическое лечение отоликвореи - закрытие остеодуральных дефектов передней грани пирамиды осуществлялось нейрохирургами интракраниальным экстрадуральным доступом через среднюю черепную ямку. Этот же хирургический доступ преимущественно использовался для закрытия дегисценции или пломбировки верхнего полукружного канала при синдроме ДВПК. Сегодня в практику внедряются эндоскопические нейрохирургические доступы для коррекции костных дефектов передней грани пирамиды. Однако все эти операции сопряжены с известными рисками и осложнениями, присущими краниотомии – послеоперационной ликвореей, отеком головного мозга, менингитом, фокальной эпилепсией. Последние годы все большее преимущество отдается экстракраниальным доступам – лечение синдрома ДВПК осуществляется отохирургами – проводится миникраниотомия трансмастоидальным доступом. Однако, ввиду редкости данных патологических состояний, сам в целом опыт хирургического лечения этих заболеваний не велик и нет исследований о сравнении успеха при различных хирургических подходах.

Основным недостатком имеющейся информации по проблемам, обусловленным спонтанной отоликвореей и синдромом ДВПК является её раздробленность, отсутствие необходимой систематизации и обобщения, хотя эти заболевания имеют сходные этиологические аспекты. Несмотря на редкость данных заболеваний их изучение является актуальным, требующим системного подхода, выявления этиопатогенетических факторов, разработки дифференциально-диагностических алгоритмов, новых эффективных

малоинвазивных хирургических методов лечения, позволяющих избежать рисков, связанных с краниотомией.

Целью диссертационной работы явилось Разработка лечебно-диагностического алгоритма при заболеваниях, обусловленных анатомическими особенностями строения пирамиды височной кости (спонтанной отоликвореи и синдрома дегисценции верхнего полукружного канала) на основе клинических, аудиологических, вестибулологических и лучевых методов исследования.

В соответствии с поставленными целью и задачами в период с 2010 по 2021 г.г. были обследованы и пролечены 71 пациент с заболеваниями, обусловленными анатомическим строением пирамиды височной кости: спонтанной отоликвореей и синдромом дегисценции ВПК. Было сформировано две основные группы: 1-я группа- (n=41) – больные СОЛ; 2-я группа (n=30) – больные СДВПК. В зависимости от локализации ликворной фистулы больные 1-й группы были разделены на две подгруппы: СОЛ I - 8 больных с ликворной фистулой, обусловленной врожденными аномалиями развития в области лабиринта или канала лицевого нерва; СОЛ II – 33 больных с ликворной фистулой, обусловленной костными дефектами в передней и(или) задней грани пирамиды ВК. В 1-й группе мужчин было 22%, женщин 78% (СОЛ I – 3 и 5, СОЛ II - 6 и 27, соответственно). 7 из 8 пациентов с СОЛ I – это дети от 2,5 до 15 лет и одна пациентка 35 лет. Средний возраст пациентов с СОЛ II 64,15±2,63 года. Во 2-й группе с СДВПК мужчин было 9 (30%), женщин – 21 (70%), средний возраст - 44,8±3,89 года. Для определения частоты встречаемости истончения и врожденных костных дефектов передней грани пирамиды ВК были проанализированы КТ височных костей 35 пациентов (67 ВК) с хронической двусторонней сенсоневральной тугоухостью (СНТ) (мужчин - 12, женщин – 23), средний возраст - 49,7±2,92 года, которых с 2016 по 2019 гг. обследовали перед проведением кохлеарной имплантации. Эти пациенты составили контрольную группу (КГ). Возраст и пол пациентов КГ были сходны с пациентами основной группы (с СОЛ II и с СДВПК).

При анализе жалоб, анамнеза и предрасполагающих факторов в группе СОЛ было выявлено, что СОЛ I типа возникает у детей младшего возраста (6 больных) без видимых причин, в более старшем возрасте в результате черепно-мозговой травмы или физической нагрузки (2 больных). СОЛ II типа возникает пациентов старше 55 лет (94%), страдающих ожирением (84,8%, при этом II-III степени – 69,7%), в 4,5 раза чаще у женщин, находящихся в состоянии постменопаузы (96,3%). Все пациенты страдают заболеваниями, сопровождающимися внутричерепной гипертензией и(или) метаболическими нарушениями костной ткани. У 78,9% началу клинических проявлений заболевания предшествуют состояния, приводящие к подъему внутричерепного давления (сильный кашель, физическая нагрузка, натуживание, стресс). У большинства больных СОЛ сроки установки диагноза были более 1 года: СОЛ I - от 1 до 2,5 лет 62,5%,, СОЛ II - от 1 до 4 лет 81,9%. Наряду с поздней диагностикой СОЛ отмечен большой процент неверно установленных диагнозов (97,6%), в связи с чем проводилось необоснованное как консервативное, так и хирургическое лечение.

Начальные клинические проявления в подгруппах СОЛ I и СОЛ II имеют отличия. Первым симптомом заболевания в подгруппе СОЛ I является менингит (в т.ч. рецидивирующий) – у 7 из 8 пациентов. У всех больных отмечаются постоянные или периодические выделения прозрачной жидкости из носа в виде частых капель при наклоне головы или в положении на животе и\или на боку, кашель и поперхивание, усиливающиеся в положении на спине и (или) эпизоды обильных выделений из уха (37,5%). В подгруппе СОЛ II заболевание проявляется различными нарушениями слуха (100%), непостоянными скудными прозрачными выделениями из уха (у 78,8%) после проведения парацентеза или при самопроизвольном образовании перфорации барабанной перепонки, выделениями в виде единичных капель из соответствующей половины носа при дополнительном напряжении, наклоне вперед или натуживании усиливающиеся по утрам или в положении лежа (33,3%), уменьшающиеся на фоне приема Диакарба (39,4%) с ремиссиями от 1 до 6 месяцев (45,5%). Менингиты (однократные или рецидивирующие) осложняют течение СОЛ II типа у 12,1%.

Отоскопически СОЛ имитирует экссудативный отит. При эндоскопическом осмотре полости носа и носоглотки выявляется истечение ликвора из носоглоточного устья слуховой трубы в подгруппе СОЛ I - у 87,5%, СОЛ II - у 15,2%. Биохимическое исследование отделяемого на содержание глюкозы затруднено при СОЛ II из-за скудного количества отделяемого (проведено 19,5%, во всех случаях соответствовал ликвору). Для проведения скринингового определения уровня сахара в отделяемом использовали оригинальную методику забора отделяемого из барабанной полости – микропинцетом удерживали стерильный ватный тампон в области перфорации барабанной перепонки, после выполнения пациентом пробы Вальсальвы, пропитанный отделяемым тампон помещали на тест-полоску (патент РФ на изобретение № 2745428). Тест является ориентировочным, отрицательный результат не исключает отоликворею, но окрашивание индикатора позволяет предположить наличие данного заболевания и назначить дополнительные исследования.

При поведении ТПА подгруппе СОЛ I у 7 пациентов с аномалией развития внутреннего уха была выявлена глухота на пораженном ухе, что свидетельствует о глубоком врожденном поражении слухового анализатора, сопровождающем данную патологию. в подгруппе СОЛ II у всех больных выявлена смешанная тугоухость I и II степени с КВИ в диапазоне разговорных частот 20-40 дБ. При акустической импедансометрии регистрировался тип С тимпанометрической кривой у всех пациентов с сохраненной барабанной перепонкой, при отсутствии дисфункции слуховой трубы.

В подгруппе СОЛ II признаки внутричерепной гипертензии выявлены по клиническим проявлениям, показателям ультразвуковой допплерографии сосудов головного мозга (81,8%), при прямом измерении ликворного давления (42,4%), по данным офтальмологического осмотра (36,2%), по данным МРТ головного мозга (81,8%). У всех пациентов выявлены метаболические нарушения костной ткани (в т.ч. остеопороз и остеопения) по результатам исследования биохимических маркеров фосфорно-кальциевого обмена и денситометрии.

При проведении КТ височной кости ликворные фистулы выявлены у всех пациентов: в подгруппе СОЛ I мальформации внутреннего уха - 7 больных, канала лицевого нерва – 1, в подгруппе СОЛ II - костные дефекты передней грани пирамиды ВК у 30, задней грани – у 3. Проведение МРТ является дополнительным методом лучевой диагностики и проводится для определения характера мягкотканного компонента в полостях среднего уха и дифференциальной диагностики.

При сравнительном анализе особенностей строения передней грани пирамиды по данным КТ выявлены схожие анатомические особенности строения ВК у пациентов с СОЛ II и СДВПК– истончение передней грани пирамиды с минимальной толщиной 0,1-0,2 мм с более частыми (>2 раза) костными дефектами и выраженной пневматизацией субтегментального пространства (>10 раз) по сравнению с КГ. Полученные данные свидетельствуют об имеющейся анатомической предрасположенности в строении ВК для развития СОЛ передней грани пирамиды ВК, что является этиологическим фактором для развития данного заболевания. Ликворная фистула возникает при размере костного дефекта 4 мм и более, что подтверждает отсутствие ликвореи на «здоровой» стороне у больных СОЛ II. Отсутствие ликвореи у пациентов с синдромом ДВПК и костными дефектами более 4 мм доказывает, что анатомические особенности ВК не являются единственным условием возникновения СОЛ и для развития заболевания необходимы дополнительные патогенетические факторы – ВЧГ и метаболические нарушения костной ткани. Эти факторы не были выявлены у пациентов группы СДВПК.

Анализ хирургического лечения - пластики ликворных фистул аутотканями с использованием фиксирующих материалов по разработанным методикам интрамеатальным подходом и комбинированным (трансмастоидальным и трансмеатальным) доступом заушным подходом с сохранением задней стенки НСП (оригинальная операция пластики ликворной фистулы - патент РФ на изобретение № 2484777) показал, что интраоперационные находки соответствуют дооперационным результатам лучевой диагностики. Эффективность хирургического лечения в подгруппе СОЛ I составила

100%, в подгруппе СОЛ II - 87,9%. Причины несостоятельности пластики ликворных фистул (12,1%): выраженная ВЧГ (ВЧД > 230 мм.вод.ст), множественные дефекты передней грани пирамиды (5-18 мм), тяжелая физическая нагрузка, технически не верно выполненная пластика эндауральным доступом при локализации фистулы в передних отделах крыши аттика на начальных этапах работы.

Синдром ДВПК возникает при наличии дефекта костной стенки верхнего полукружного канала, выявляемой при КТ височной кости с реконструкцией изображения в проекции Пошля (100%). Манифестации клинических проявлений синдрома в 90% предшествуют события, сопровождающиеся эпизодическим подъемом внутричерепного давления (интенсивный кашель, физическая нагрузка, поднятие тяжести). У 80% срок между возникновением клинических симптомов заболевания и установлением диагноза составляет от 1 года до 5 лет, 93,3% проводится лечение по поводу ошибочно установленных диагнозов, 53,3% проходили лечение у психиатра.

Заболевание проявляется кохлеовестибулярной симптоматикой (60%), только вестибулярной (23,3%), или только кохлеарной (16,7%). В связи с разнообразием выраженности и сочетаний симптомов, их необычностью и ситуационной специфичностью пациенты с трудом формулируют жалобы и требуется проводить активный опрос для выявления всех имеющихся признаков СДВПК (83,3%).

Для СДВПК характерными являются латерализация звука в опыте Вебера в пораженное ухо при равноценном слухе (33,3%), латерализация при установке камертона $C_{128,\ 256}$ на лодыжке, медиальном мыщелке большеберцовой кости или надколеннике, латерализация звука в пораженное ухо (53,3%), головокружения при проведении опыта Федеричи (40%), при использовании трещотки Барани в пораженном ухе (43,3%). При ТПА выявляется кондуктивная или смешанная тугоухость с КВИ 20-40 дБ (80%) при тип А тимпанометрической кривой и нормальными акустическими рефлексами и надпороговая костная проводимость на низких и средних частотах -10-15дБ (66,7%), что подтверждает усиленное восприятие костнопроводимых звуков. При исследовании вестибулярной функции индуцированные головокружения выявляются при проведении пробы Вальсальвы (46,7%), при воздействии звука интенсивностью 110 дБ (6,7%), при исследовании трагус-симптома (3,3%). Из них вертикальный нистагм, направленный вверх, с ротаторным компонентом в сторону пораженного уха регистрируется у 26,7%. При исследовании ВМВП регистрируется снижение порогов ответа оВМВП (61,3±2,9 дБ), цВМВП (69,6±3,4 дБ), с повышением амплитуды комплекса p1-n2 и ассиметрией ответа оВМВП - 65,9±5,8%, цВМВП - 54,3±4,1% при одностороннем синдроме при нормальной вестибулярной функции.

Хирургическое лечение проведено 60,7% больным с СДВПК по разработанной методике фенестрации и пломбировки верхнего полукружного канала трансмастоидальным доступом. Показаниями к операции являются выраженные индуцированные головокружения и усиление костнопроводимых звуков, влияющие на качество жизни пациента, подтвержденные объективными данными (ВМВП, КТ ВК, ТПА). Субъективные ощущения оцениваются с помощью разработанной анкеты, включающей вопросы об основных беспокоящих симптомах, их влиянии на образ жизни, профессиональную деятельность и психологическое состояние пациента, имеющейся возможности избегать триггеров. Анализ результатов хирургического лечения показал эффективность операции, позволяющей избавить пациентов от клинических проявлений синдрома дегисценции верхнего полукружного канала в 95% без клинически значимых нарушений слуховой и вестибулярной функции, что подтверждено данными ТПА, видеоимпульсного теста, ВМВП, КТ и МРТ ВК.

Разработанные комплексные лечебно-диагностические алгоритмы позволяют своевременно диагностировать заболевания, связанные с анатомическими особенностями височной кости, и проводить патогенетически обоснованное лечение по малоинвазивным хирургическим методикам, позволяющим избежать интракраниального вмешательства.

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, Федорова О.В. провела углублённый анализ отечественной и зарубежной литературы. Весь материал, представленный в диссертации, собран, обработан и проанализирован лично Федоровой О.В.

3. Степень достоверности результатов проведённых исследований:

На основании приказа директора института № 123 о/д от 16.04.2014 г. комиссия в составе: председатель проф., д.м.н. Н. Л. Купельская, члены комиссии, д.м.н. Е. А. Кирасирова, к.м.н. И. И. Архангельская провели проверку материалов первичной документации и материалов докторской диссертации Федоровой О.В. «Диагностика и лечение заболеваний уха, обусловленных анатомическими особенностями строения височной кости: спонтанной отоликвореи и синдрома дегисценции верхнего полукружного канала».

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 Федоровой Ольгой Васильевной 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:

По данным высокоразрешающей КТ височных костей выявлены детализированные сходные особенности анатомического строения пирамиды височных костей при спонтанной отоликворее II типа и синдроме дегисценции верхнего полукружного канала и определена частота встречаемости костных дефектов передней грани пирамиды височной кости у пациентов с отоликвореей и без нее. Доказано этиологическое значение анатомического строения передней грани пирамиды височной кости для возникновения СОЛ II типа, доказано наличие метаболических нарушений костной ткани и внутричерепной гипертензии у этих пациентов, что подтверждает многофакторность возникновения данного заболевания. Разработаны малоинвазивные хирургические способы трансмастоидальной и транскональной пластики ликворных фистул при спонтанной отоликворее, доказана их безопасность и эффективность (патент РФ на изобретение № 2484777). Впервые в отечественной практике разработаны показания к хирургическому лечению синдрома дегисценции верхнего полукружного канала, предложен малоинвазивный способ пломбировки верхнего полукружного канала трансмастоидальным доступом, доказана его безопасность и эффективность. Разработаны лечебно-диагностические алгоритмы при спонтанной отоликворее и синдроме дегисценции верхнего полукружного канала.

Практическая значимость работы очень высока и имеет важное значение в оториноларингологии. На основании проведенных исследований разработаны диагностические алгоритмы, способствующие раннему выявлению спонтанной отоликвореи и синдрома дегисценции верхнего полукружного канала. Разработанные и внедренные в клиническую практику способы многослойной пластики ликворных фистул височной кости при спонтанной отоликворее, позволяют предотвратить развитие внутричерепных осложнений, угрожающих жизни пациента и дают возможность при необходимости одномоментно проводить реконструкцию звукопроводящей системы, что позволяет избежать повторных хирургических вмешательств и способствует более быстрой реабилитации

пациентов. Разработанный и внедренный в клиническую практику способ пломбировки верхнего полукружного канала трансмастоидальным доступом, позволяет избавить пациентов от кохлеовестибулярных проявлений синдрома дегисценции верхнего полукружного канала, сохранив при этом слуховую функцию. Разработанные методы хирургического лечения спонтанной отоликвореи и синдрома дегисценции верхнего полукружного канала являются малоинвазивными, могут выполняться отохирургами и дают возможность избежать осложнений, связанных с интракраниальным вмешательством. Выявленные анатомические особенности строения височной кости у пациентов со спонтанной отоликвореей II типа и синдромом дегисценции верхнего полукружного канала дополняют понимание этиопатогенеза и дают возможность планировать лечебно-профилактические мероприятия, направленные на предотвращения развития этих заболеваний. Результаты исследований могут быть использованы врачами оториноларингологами, сурдологами, неврологами, рентгенологами и нейрохирургами как в стационарных, так и в амбулаторных условиях.

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 теме диссертации опубликовано 50 печатных работа, из них 13 - в изданиях, рецензируемых ВАК при Министерстве образования и науки РФ. Получены 3 патента РФ на изобретение.

1. Фёдорова О.В. Типы повреждения структур уха в зависимости от механизма травмы / О.В. Фёдорова // Вестник оториноларингологии, 1998. - №1. - с. 53-55.
2. Фёдорова О.К. Травмы среднего уха / О.К. Фёдорова, В.И. Егоров, Ю.К. Янов, В.Л. Сюсаренко, О.В. Фёдорова, А.В. Козаренко, А.В. Гайвороповский // Военно-медицинский журнал, 1999. - №4. - с. 26-31.
3. Егоров В.И. Реабилитация больных с перилимфатическими фистулами лабиринта / В.И. Егоров, О.К. Федорова, Ю.К. Янов, О.В. Фёдорова // Военно-медицинский журнал, 1999. - № 10. - с. 36-41.
4. Фёдорова О.В. Результаты хирургического лечения травматических перилимфатических фистул / О.В. Фёдорова, М.С. Воропин, В.И. Егоров, Р.Г. Антонян // Материалы научно-практической конференции «Современные методы дифференциальной и топической диагностики нарушений слуха». Суздаль, 1999. - с. 99-100.
5. Патякина О.К. Диагностика и лечение травматических повреждений структур уха / О.К. Патякина, О.В. Федорова, М.С. Воропин // Вестник оториноларингологии, 2000. - №5. - с. 39-42.
6. Фёдорова О.В. Компьютерная диагностика заболеваний уха / О.В. Федорова, Е.В. Гаров, И.И. Максимова, Окс.В. Федорова // Тезисы IV Международного симпозиума «Современные проблемы физиологии и патологии слуха». Суздаль, 2001. - с. 187-188.
7. Гаров Е.В. Лечение больных с повреждением функциональной системы слуха при взрывной баротравме / Е.В. Гаров, Р.Г. Антонян, Н.Г. Сидорина, О.В. Федорова, О.А. Голубовский, Е.Е. Загорская, В.Л. Лялина, Г.М. Кречетов // Вестник оториноларингологии, 2005. - № 4. - с. 35-37.
8. Капитанов Д.Н. Диагностика и хирургическое лечение ушной ликвореи / Д.Н. Капитанов, О.В. Фёдорова, С.О. Шемякин, Е.В. Гаров // Материалы II научно-практической конференции оториноларингологов Южного федерального округа. Майкоп, 2006. - с. 71-72.

9. Сидорина Н.Г. Опыт лечения больных с травматическими повреждениями структур уха / Н.Г. Сидорина, О.В. Фёдорова, Е.Е. Загорская // Материалы 5-ой научно-практической конференции «Фармакологические и физические методы лечения в оториноларингологии». М., 2007. - с. 51.
10. Федорова О.В. Принципы диагностики и лечения ушной ликвореи / О.В. Федорова, Е.В. Гаров, Д.Н. Капитанов, Е.И. Зеликович // Материалы VI Российской конференции оториноларингологов. «Наука и практика в оториноларингологии». Вестник оториноларингологии. - 2007. - № 5. - с. 125-126.
11. Федорова О.В. Изменение слуховой функции в зависимости от времени существования фистулы окна улитки / О.В. Федорова, Н.Г. Сидорина, Е.Е. Загорская // Материалы VII Всероссийской конференции оториноларингологов «Наука и практика в оториноларингологии». М., 2008. - с. 116-117.
12. Федорова О.В. Отоликворея – причины, диагностика и хирургическое лечение / О.В. Федорова, Е.В. Гаров, Д.Н. Капитанов, Е.И. Зеликович // Материалы VII научно-практической конференции «Фармакологические и физические методы лечения в оториноларингологии». М., 2009. - с. 12-13.
13. Федорова О.В. Диагностическая тактика и хирургическое лечение ушной ликвореи / О.В. Федорова, Е.В. Гаров, Д.Н. Капитанов, Е.И. Зеликович // Медицинская визуализация. Материалы III всероссийского национального конгресса лучевых диагностов и терапевтов «Радиология – 2009», М., 2009. - с. 435-436.
14. Федорова О.В. Современная диагностика фистул окон лабиринта и их лечение / О.В. Фёдорова // VIII Московская ассамблея «Здоровье столицы». «Диагностика и лечение негнойной патологии внутреннего уха. Современное состояние проблемы» (тезисы докладов). М., 2009. - с. 173-175.
15. Кунельская Н.Л. Современный лечебно-диагностический алгоритм при кохлеовестибулярных нарушениях / Н.Л. Кунельская, О.В. Фёдорова, Е.Е. Загорская, Ю.В. Левина, А.А. Красюк // VIII научно-практическая конференция «Фармакологические и физические методы лечения в оториноларингологии». Тезисы докладов. М., 2010. - с. 47-50.
16. Зеликович Е.И. КТ височной кости в диагностике невриномы лицевого нерва / Е.И. Зеликович, Г.В. Куриленков, Е.В. Гаров, О.В. Фёдорова, Д.Н. Капитанов // Вестник оториноларингологии, 2010. - №4. - с. 39-43.
17. Кунельская Н.Л. Современная диагностика и лечение фистул окон лабиринта / Н.Л. Кунельская, О.В. Фёдорова, Н.Г. Сидорина // Материалы IX Всероссийского Конгресса оториноларингологов. «Наука и практика в оториноларингологии». Вестник оториноларингологии. 2010. - №5 (прилож). - с. 102-105.
18. Кунельская Н.Л. Новые возможности диагностики и лечения кохлеарных и вестибулярных расстройств / Н.Л. Кунельская, О.В. Фёдорова, Е.Е. Загорская // Материалы XVIII съезда оториниларингологов России. С-Пб., 2011. том 2. - с. 105-108.
19. Зеликович Е.И. Клинико-лучевая диагностика невриномы лицевого нерва / Е.И. Зеликович, Г.В. Куриленков, Е.В. Гаров, О.В. Федорова, Д.Н. Капитанов // IX-ая научно-практическая конференция «Фармакологические и физические методы лечения в оториноларингологии», М., 2011. - с. 26-27.
20. Кунельская Н.Л. Дегисценция верхнего полукружного канала: диагностика и лечение / Н.Л. Кунельская, Е.В. Гаров, О.В. Фёдорова, Е.И. Зеликович // Материалы X Российского конгресса оториноларингологов. Вестник оториноларингологии. 2011. - №5 (прилож). - с. 96-97.
21. Крюков А.И. Диагностика и лечение синдрома Минора / А.И. Крюков, Н.Л. Кунельская, Е.В. Гаров, Е.И. Зеликович, О.В. Фёдорова, Д.И. Красникова // Вестник оториноларингологии, 2012. - №5. - с. 8-13.
22. Крюков А.И. Синдром Минора и его хирургическое лечение / А.И. Крюков, Н.Л. Кунельская, Е.В. Гаров, О.В. Фёдорова, П.А. Сударев // XI Московская ассамблея «Здоровье Столицы» (тезисы докладов). – М., 2012. - с. 38-39.

23. Крюков А.И. Интратемпоральная пластика дефектов височной кости при отоликвореe / А.И. Крюков, О.В. Фёдорова, Е.В. Гаров, В.Н. Зеленкова // III национальный конгресс «Пластическая хирургия» (сборник материалов). – М., 2012. – с. 68-69.
24. Кунельская Н.Л. Наш опыт диагностики и лечения перилимфатических фистул окон лабиринта / Н.Л. Кунельская, О.В. Федорова, Н.Г. Сидорина, А.С. Лаврова // Материалы II Петербургского форума оториноларингологов России, С-П., 2013. – с. 176-177.
25. Крюков А.И. Алгоритм диагностики и хирургического лечения больных отоликвореей / А.И. Крюков, О.В. Фёдорова, Н.Г. Сидорина, А.С. Лаврова, Е.В. Гарова // Актуальные вопросы оториноларингологии на современном этапе. Тезисы докладов VII съезда оториноларингологов Беларуси. Минск, 2013. - с. 60-62.
26. Кунельская Н.Л. Диагностика и хирургическое лечение больных с синдромом дегисценции верхнего полукружного канала / Н.Л. Кунельская, Е.И. Зеликович, Е.В. Гаров, О.В. Фёдорова, В.Н. Зеленкова, Е.В. Байбакова // Актуальные вопросы оториноларингологии на современном этапе. Тезисы докладов VII съезда оториноларингологов Беларуси. Минск, 2013. - с. 62-64.
27. Кунельская Н.Л. Варианты хирургического лечения и его результаты у больных периферическим головокружением различного генеза / Н.Л. Кунельская, Е.В. Гаров, А.С. Шеремет, Е.В. Байбакова, О.В. Фёдорова, Е.Е. Гарова, П.А. Суларев, П.В. Азаров, Н.Р. Акмулдиева // Медицинский совет, 2013. - №7. - с. 48-51.
28. Крюков А.И. Малоинвазивная хирургия в лечении отоликвореи / А.И. Крюков, О.В. Фёдорова, Е.В. Гаров, Е.И. Зеликович, В.В. Мишенко // Тезисы докладов XII научно-практической конференции «Фармакологические и физические методы лечения в оториноларингологии», М., 2014. - с. 28-29.
29. Кунельская Н.Л. Механизмы развития нейросенсорной тугоухости при черепно-мозговых травмах и способы их коррекции / Н.Л. Кунельская, О.В. Фёдорова // Материалы XIII Московской ассамблеи «Здоровье Столицы». – М., 2014. - с. 19-20.
30. Кунельская Н.Л. Клинико-диагностические параллели болезни Меньера и перилимфатических фистул окон лабиринта / Н.Л. Кунельская, О.В. Фёдорова, Е.Е. Загорская, Е.В. Байбакова // Тезисы докладов XIV научно-практической конференции «Фармакологические и физические методы лечения в оториноларингологии», М., 2016. – с. 51-52.
31. Кунельская Н.Л. Диагностика и лечение травм среднего уха / Н.Л. Кунельская, О.В. Фёдорова, Е.Е. Загорская, В.Э. Киселюс // Тезисы докладов Ассамблеи «Здоровье Москвы». Московская медицина, М., 2016 – с. 142.
32. Пальчун В.Т. Дифференциально-диагностические возможности применения широкополосных измерений структур среднего уха / В.Т. Пальчун, Ю.В. Левина, Е.В. Гаров, О.В. Фёдорова, А.Л. Гусева, С.П. Ефимова // «Современные технологии в диагностике и лечении патологии гортани и смежных дисциплинах». Сборник статей межрегиональной научно-практической конференции с международным участием, посвященной 40-летию Омского фониатрического центра. Омск, 2016. - с. 111.
33. Крюков А.И. Случай диагностики и лечения больного двусторонними кохлеовестибулярными нарушениями сложной этиологии / А.И. Крюков, Н.Л. Кунельская, Е.В. Гаров, В.Н. Зеленкова, О.В. Фёдорова, А.С. Мепаришвили // Тезисы XV Московской научно-практической конференции «Фармакологические и физические методы лечения в оториноларингологии», посвящённой 150-летию со дня рождения профессора Л.И. Свержевского, М., 2017. – с. 28.
34. Гаров Е.В. Редкие заболевания уха, связанные с анатомическими особенностями и повреждениями височной кости / Е.В. Гаров, А.Ю. Ивойлов, О.В. Фёдорова // В кн.: Великий учитель – выдающиеся ученики (под ред. Крюкова А.И., Кунельской Н.Л.). – М.: «Компания БОРГЕС», 2017. – с. 174-179.
35. Гаров Е.В. Фистула окна улитки / Е.В. Гаров, В.Н. Зеленкова, О.В. Федорова, А.С. Мепаришвили // Вестник оториноларингологии, 2017. - 82(4). – с. 69-71.

36. Купельская Н.Л. Диагностика и лечение дегисценций заднего полукружного канала / Н.Л. Купельская, Е.И. Зеликович, В.Н. Зеленкова, О.В. Фёдорова, Е.В. Байбакова // Материалы 7-й Национального конгресса аудиологов и 10-й международного симпозиума "Современные проблемы физиологии и патологии слуха" М., 2017. - с. 140-141.
37. Купельская Н.Л. Дифференциальная диагностика синдрома Минора с заболеваниями уха, проявляющимися аналогичными кохлеовестибулярными нарушениями / Н.Л. Купельская, О.В. Федорова, Е.В. Байбакова, Е.Е. Загорская // Материалы XYI Российского конгресса оториноларингологов, М., 2017. – с. 94-95.
38. Крюков А.И. Спонтанная отоликворея: диагностика и лечение / А.И. Крюков, О.В. Фёдорова, Е.В. Гаров, Е.И. Зеликович // Материалы VII Петербургского международного форума оториноларингологов России, С-П., 2018. – с. 179-180.
39. Купельская Н.Л. Пломбировка полукружного канала как способ лечения головокружения у больных при фистулах лабиринта / Н.Л. Купельская, Е.В. Гаров, В.Н. Зеленкова, О.В. Фёдорова, Е.В. Байбакова, Е.Е. Гарова // Материалы VII Петербургского международного форума оториноларингологов России, С-П., 2018. с. 184-185.
40. Купельская Н.Л. Причины и варианты хирургического лечения спонтанной отоликвореи / Н.Л. Купельская, Е.В. Гаров, О.В. Фёдорова, Е.И. Зеликович // Голова и шея, №2 (приложение). Сборник тезисов YI-ого междисциплинарного конгресса по заболеваниям органов головы и шеи с международным участием. М., 2018. - с. 53.
41. Купельская Н.Л. Результаты хирургического лечения спонтанной отоликвореи / Н.Л. Купельская, О.В. Фёдорова, Е.В. Гаров, Е.И. Зеликович // Тезисы XYI московской научно-практической конференции «Фармакологические и физические методы лечения в оториноларингологии» - «Оториноларингология: традиции и современность», М., 2018. – с. 46-47.
42. Крюков А.И. Методики хирургического лечения спонтанной отоликвореи и их эффективность / А.И. Крюков, Е.В. Гаров, Е.И. Зеликович, О.В. Фёдорова // Материалы XYII Российского конгресса оториноларингологов, М., 2018. – с. 26-28.
43. Крюков А.И. Показания и результаты хирургического лечения больных синдромом Минора / А.И. Крюков, Е.В. Гаров, О.В. Фёдорова, Е.И. Зеликович // Тезисы XYII Московской научно-практической конференции «Оториноларингология: традиции и современность», посвященной 100-летию кафедры оториноларингологии им. Б.С. Преображенского лечебного факультета РНИМУ им. Н.И. Пирогова. – М., 2019. с. 60-62.
44. Крюков А.И. Экссудативный средний отит и спонтанная отоликворея / А.И. Крюков, Е.В. Гаров, Е.И. Зеликович, О.В. Фёдорова, Т.Г. Мартиросян // 8-й Национальный конгресс аудиологов и 11-й международный симпозиум «Современные проблемы физиологии и патологии слуха». Сборник тезисов. М., 2019. - с. 41-42. https://doi.org/10.17116/otorino2020850216
45. Купельская Н.Л. Обоснование лечебно-диагностического алгоритма при синдроме дегисценции верхнего полукружного канала (синдроме Минора) / Н.Л. Купельская, Е.И. Зеликович, О.В. Фёдорова // 8-й Национальный конгресс аудиологов и 11-й международный симпозиум «Современные проблемы физиологии и патологии слуха». Сборник тезисов. М., 2019. - с. 43-44.
46. Зеликович Е.И. Компьютерная томография при травматических повреждениях височной кости / Е.И. Зеликович, Е.В. Гаров, Г.В. Куриленков, О.В. Фёдорова, А.Г. Куриленкова // Материалы научно-практической конференции «Современные технологии в хирургии головы и шеи», М.: Мир науки, 2019. - с. 71-72.
47. Гаров Е.В. Пломбировка полукружного канала в лечении головокружения при фистулах лабиринта воспалительного генеза / Е.В. Гаров, Е.В. Байбакова, В.Н. Зеленкова, О.В. Фёдорова, Е.Е. Гарова, Т.Г. Мартиросян // Экспериментальная и клиническая оториноларингология. 2020. - №2(3). - с. 18-25.

48. Крюков А.И. Экссудативный средний отит как проявление спонтанной отоликвореи / А.И. Крюков, Е.В. Гаров, Е.И. Зеликович, М.В. Тардов, О.В. Фёдорова, Т.Г. Мартиросян // Вестник оториноларингологии. 2020. - Т. 85, №2. - с. 6-13.
49. Крюков А.И. Синдром дегисценции верхнего полукружного канала: особенности диагностики и хирургическое лечение / А.И. Крюков, Е.В. Гаров, О.В. Федорова, Е.И. Зеликович // Материалы XX съезда оториноларингологов России. М., 2021. – с. 205-206.
50. Крюков А.И. Синдром дегисценции верхнего полукружного канала: особенности диагностики и результаты хирургического лечения / А.И. Крюков, Е.В. Гаров, О.В. Фёдорова, Е.И. Зеликович, М.А. Чугунова //Материалы IX съезда оториноларингологов республики Беларусь. Оториноларингология. Восточная Европа. Минск, 2021, - Т. 11, №3 (прилож.) - с. 95-97.

Патенты РФ:

1. Способ закрытия костного дефекта средней черепной ямки у больных с отоликвореей трансмеатальным или трансмастоидальным подходом / А.И. Крюков, О.В. Фёдорова, Е.В. Гаров, Д.Н. Капитанов // Официальный бюллетень федеральной службы по интеллектуальной собственности, патентам и товарным знакам № 17 от 20.06.2013 г. Патент РФ на изобретение № 2484777. Заявка № 2011147318 от 22.11.2011 г.
2. Способ хирургической дифференциальной диагностики первичного и вторичного эндолимфатического гидропса лабиринта / А.И. Крюков, Н.Л. Кунельская, Е.В. Гаров, Е.В. Байбакова, Е.Е. Загорская, О.В. Фёдорова, М.А. Пряхина // Официальный бюллетень федеральной службы по интеллектуальной собственности, патентам и товарным знакам № 20 от 14.07.2020 г. Патент РФ на изобретение № 2726481. Заявка № 2019143297 от 23.12.2019 г.
3. Способ забора отделяемого из барабанной полости для диагностического исследования / А.И. Крюков, Е.В. Гаров, А.Ю. Ивойлов, О.В. Фёдорова, В.О. Киселюс // Официальный бюллетень федеральной службы по интеллектуальной собственности, патентам и товарным знакам № 9 от 25.03.2021 г. Патент РФ на изобретение № 2745428. Заявка № 2020133321 от 09.10.2020 г.

Диссертация на тему: «Диагностика и лечение заболеваний уха, обусловленных анатомическими особенностями строения височной кости: спонтанной отоликвореи и синдрома дегисценции верхнего полукружного канала» Федоровой Ольги Васильевны рекомендуется к защите на соискание ученой степени доктора медицинских наук по специальности 3.1.3.- Оториноларингология.

Заключение принято на заседании научно-практической конференции Государственного бюджетного учреждения здравоохранения города Москвы «Научно-исследовательский клинический институт оториноларингологии им. Л. И. Свержевского» Департамента здравоохранения города Москвы от 14 января 2022 года. Присутствовало на заседании 30 человек.

Результаты голосования: «за» - 30 человек, «против» - нет, «воздержалось» - нет, протокол № 1 от 14.01.2022 года.

Учёный секретарь
ГБУЗ «Научно-исследовательский
клинический институт оториноларингологии
им. Л.И. Свержевского» ДЗ г. Москвы,
кандидат медицинских наук Лучшева Ю. В.