Департамент здравоохранения города Москвы

ГБУЗ «Научно-исследовательский клинический институт оториноларингологии им. Л.И. Свержевского» ДЗМ

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 22 июня 2023 г.

ПРЕДСЕДАТЕЛЬ – Член-корреспондент РАН, Заслуженный деятель науки РФ, доктор медицинских наук, профессор
Крюков А.И.

УЧЕНЫЙ СЕКРЕТАРЬ – кандидат медицинских наук
Лучшева Ю.В.

Защита докторской диссертации по специальности 3.1.3. – Оториноларингология
Федоровой О.В.

на тему: «Диагностика и лечение заболеваний уха, обусловленных анатомическими особенностями строения височной кости: спонтанной отоликвореи и синдрома дегисценции верхнего полукружного канала»

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., профессор	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.	Носуля Е.В., профессор	д.м.н. 3.1.3
13.	Панкова В.Б., профессор	д.м.н. 3.1.3
14.	Полунин М.М., доцент	д.м.н. 3.1.3
15.	Радциг Е.Ю., профессор	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.

Объявляю заседание Диссертационного совета открытым.

ПРЕДСЕДАТЕЛЬ: «Приступаем к защите докторской диссертации Федоровой Ольги Васильевны на тему «Диагностика и лечение заболеваний уха, обусловленных анатомическими особенностями строения височной кости: спонтанной отоликворси и синдрома дегисценции верхнего полукружного канала». Работа выполнена в научно-исследовательском отделе микрохирургии уха ГБУЗ «Научно-исследовательский клинический институт оториноларингологии им. Л.И. Свержевского» ДЗМ.

Научные консультанты - Гаров Евгений Вениаминович – д.м.н., руководитель научно-исследовательского отдела микрохирургии уха ГБУЗ «Научно-исследовательский клинический институт оториноларингологии им. Л.И. Свержевского» ДЗМ; Зеликович Елена Исааковна – д.м.н., заведующая отделением лучевой диагностики ГБУЗ «Научно-исследовательский клинический институт оториноларингологии им. Л.И. Свержевского» ДЗМ.

Официальные оппоненты: Диаб Хассан Мохамад Али – д.м.н., руководитель научно-клинического отдела патологии уха и основания черепа ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр оториноларингологии ФМБА России»; Егоров Виктор Иванович – д.м.н., профессор, заведующий кафедрой оториноларингологии ФУВ «Московский областной научно-исследовательский клинический институт имени М. Ф. Владимирского», заслуженный врач РФ; Федоссев Владимир Игоревич – д.м.н., профессор кафедры сурдологии ФГБОУ ДПО «Российской медицинской академии непрерывного профессионального образования» МЗ РФ.

Ведущая организация – ФГАОУ ВО «Российский университет дружбы народов имени Патриса Лумумбы».

Для оглашения официальных данных диссертанта слово предоставляется ученому секретарю.

УЧЕНЫЙ СЕКРЕТАРЬ: оглашает официальные данные диссертанта.

ПРЕДСЕДАТЕЛЬ: «Спасибо большое, Юлия Владиславовна. Ольга Васильевна, Вам предоставляется 20 минут для оглашения основных положений Вашей диссертации. Пожалуйста».

О.В. Федорова – диссертант докладывает.

ПРЕДСЕДАТЕЛЬ: «Спасибо, Ольга Васильевна. Уважаемые коллеги, у кого есть вопросы по теме диссертации. Пожалуйста».

Д.м.н., доцент Полунин М.М. «Спасибо большое, Ольга Васильевна, было интересно. У меня два вопроса по второй группе. Были ли среди ваших пациентов дети с синдромом верхнего полукружного канала, если нет, то с чем это связано, ведь дегисценции верхнего полукружного канала, как известно из литературы, существуют с детского возраста? И второй вопрос – как часто развиваются вестибулопатии после фенестрации лабиринта?»

О.В. Федорова – диссертант: «Михаил Михайлович, спасибо за вопрос. В группе СДВПК детей не было, поскольку мы работаем в основном со взрослым контингентом больных, хотя Вы правы, в том, что дегисценция верхнего полукружного канала существуют с детского возраста. Однако для манифестации клинических проявлений синдрома необходим второе событие, сопровождающееся эпизодом повышения внутричерепного давления – травма головы, физическое напряжение и т.д. Поэтому клинические проявления синдрома возникают в более старшем возрасте и чаще наблюдаются у взрослых. Что касается второго вопроса: в раннем послеоперационном периоде практически у всех пациентов отмечено головокружение и при проведении видеоимпульсного теста на 2-е сутки - снижение функции оперированного полукружного канала, которая сохранялась на протяжении всего периода наблюдения, у 4-х больных - временная гипофункция заднего и горизонтального полукружного каналов. Головокружения постепенно уменьшаются за счет наступления центральной вестибулярной компенсации, чему способствует проведение вестибулярной реабилитации. Стойкой вестибулярной дисфункции у оперированных пациентов не было».

ПРЕДСЕДАТЕЛЬ: «Пожалуйста, еще вопросы к Ольге Васильевне».

Д.м.н., профессор Н.А. Милешина «Ольга Васильевна, у меня два вопроса. Проводились ли в послеоперационном периоде пациентам с СДВПК КТ исследования и не было ли там признаков облитерации верхнего полукружного канала? И второй вопрос по поводу слуховой функции – насколько она сохранная, улучшилась или ухудшилась после операции? По поводу вестибулярной функции Вы уже ответили на вопрос».

О.В. Федорова – диссертант: «Нейля Адельшиновна, спасибо за вопрос (демонстрирует слайд). Мы проводили КТ пациентам на 2-3 сутки после операции – во всех случаях определялись зоны фенестрации и пломбировки верхнего полукружного канала, при проведении МРТ через год после операции у пациентов определялось отсутствие нормального МРТ сигнала от верхнего полукружного канала в режиме Т2 в зоне операции, что свидетельствует о частичной облитерации оперированного канала. По поводу второго вопроса: у 95% пациентов отмечено повышение порогов при костном звукопроведении в ранние сроки после операции, при аудиологическом исследовании через месяц – клинически значимых изменений порогов слуха по сравнению с дооперационным уровнем выявлено не было – средние значения костных порогов представлены в таблице на слайде. У нас был один пациент с значительным ухудшением слуха и угнетением функции всех полукружных каналов после операции, мы связываем это с пневмолабиринтом, который был подтвержден при проведении КТ на 3-е сутки после операции. На фоне проводимой терапии пороги слуха улучшились, но оставались в среднем на 15-20 дБ выше по сравнению с дооперационными».

ПРЕДСЕДАТЕЛЬ: «Есть еще вопросы в Ольге Васильевне? Позвольте предоставить слово научному консультанту, доктору медицинских наук Гарову Евгению Вениаминовичу».

Д.м.н. Е.В. Гаров: «Уважаемый Андрей Иванович, коллеги, мне легко говорить про Ольгу Васильевну - мы почти 30 лет работаем вместе, вместе учились у Ольги Кирилловны Патякиной. Помню, как она защищала

кандидатскую диссертацию. Она прекрасный друг, коллега, очень ответственный и тщательный доктор. Поэтому, если нужно разобраться с какой-то проблемой с пациентом, я всегда обращаюсь к Ольге Васильевне, и она спокойно и досконально разбирается с этой проблемой и результат всегда бывает точный и качественный. Что касается работы, я могу сказать, как она родилась. Каждый случай – это целая история и раньше пациентов с синдромом дегисценции верхнего полукружного действительно отправляли к психиатрам, а сейчас мы точно знаем, что это наша патология. Работа очень сложная и тяжело давалась из-за малого количества пациентов. Я помню, как первый раз в Институте был поставлен диагноз, проведена операция больной с синдромом дегисценции верхнего полукружного канала. Сейчас, благодаря нашим публикациям и выступления, совместной работе с рентгенологами, и спонтанная отоликворея и синдром выявляются значительно чаще и более понятно, что делать с этими пациентами. Я, конечно, поддерживаю работу Ольги Васильевны, она мой друг, коллега и заместитель».

ПРЕДСЕДАТЕЛЬ: «Спасибо, Евгений Вениаминович. Пожалуйста, Елена Исааковна, Вам слово».

Д.м.н. Е.И. Зеликович – научный консультант: «Глубокоуважаемый Андрей Иванович, глубокоуважаемые члены диссертационного совета, я являюсь научным консультантом работы, и могу присоединиться к словам Евгения Вениаминовича, что Ольгу Васильевну мы знаем много лет и действительно, с самого начала этой работы, Ольга Васильевна помнит каждого больного – иногда в ходе работы, что бы что-то вспомнить мы показываем ей прошлые КТ и она называет фамилию больного. Освоение Ольгой Васильевной лучевой диагностики отличалось практически от всех коллег, с кем мы встречались на своем веку – это абсолютно фундаментальный, скрупулезный, более чем тщательный подход, и на сегодняшний день Ольга Васильевна является блестящим КТ диагностом в своей области. Ни времени, ни сил Ольга Васильевна на это никогда не жалела. Я не могу судить о работе, но знаю, как тщательно она ее собирала. Входила в

рамки детской оториноларингологии, поскольку появлялись дети со спонтанной отоликвореей. Ольга Васильевна приезжала в любое место, куда вызывали и просили ее помощи, поскольку мало кто разбирается в этом узком вопросе и первые диагнозы вызывали улыбки и недоумение коллег. Ольга Васильевна доказала, что эти диагнозы существуют. За столько лет Ольга Васильевна стала нашим другом и близким человеком и я, безусловно, желаю ей успеха в этот день».

ПРЕДСЕДАТЕЛЬ: «Приступим к официальному обсуждению данной работы. Слово предоставляется ученому секретарю».

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

Зачитывает внешний отзыв. Отзыв положительный.

На диссертацию и автореферат поступили отзывы от: д.м.н., доцента, заместителя начальника кафедры оториноларингологии ФГБВОУ ВО «Военно-медицинская академия имени С.М. Кирова» МО РФ Сыроежкина Ф.А.; д.м.н., профессора кафедры оториноларингологии ФГБОУ ВО «Воронежский государственный медицинский университет им. Н.Н. Бурденко» МЗ РФ Бакулиной Л.С.; д.м.н. профессора кафедры оториноларингологии ФГБОУ ВО «Московский государственный медико-стоматологический университет им. А.И. Евдокимова» МЗ РФ Вишнякова В.В.; д.м.н., профессора, заведующего кафедрой оториноларингологии Института «Медицинская академия имени С.И. Георгиевского» ФГАОУ ВО « Крымский федеральный университет имени В.И. Вернадского» Завалий М.А.; д.м.н., профессора кафедры офтальмологии и оториноларингологии ФГАОУ ВО «Тихоокеанский государственный медицинский университет» МЗ РФ Гилифанова Е.А.; д.м.н., до-цента, заведующего кафедрой оториноларингологии ФГБОУ ВО «Пермский государственный медицинский университет им. Академика Е.А. Вагнера» Еловикова А.М. Отзывы положительные, замечаний нет.

Также имеется 8 актов внедрения из: оториноларингологических отделений ГБУЗ «Научно-исследовательский клинический институт оториноларингологии им. Л.И. Свержевского» ДЗМ, ФГАУ «Национальный медицинский исследовательский центр нейрохирургии им. академика Н.Н. Бурденко» МЗ РФ, ГБУЗ ГКБ №1 им. Н.И. Пирогова ДЗМ, ГБУЗ ДГКБ № 9 им. Г.Н. Сперанского ДЗМ, ГБУЗ Морозовская ДГКБ ДЗМ, ООО «Клиника ЛМС». Получены патенты РФ на изобретение № 2484777 от 20.06.2013г. «Способ закрытия костного дефекта средней черепной ямки у больных с отоликвореей трансмеатальным или трансмастоидальным подходом»; № 2726481 от 14.07.2020 «Способ хирургической дифференциальной диагностики первичного и вторичного эндолимфатического гидропса лабиринта»; № 2745428 от 25.03.2021 «Способ забора отделяемого из барабанной полости для диагностического исследования». Результаты исследования включены в учебную программу ГБУЗ «Научно-исследовательский клинический институт оториноларингологии им. Л.И. Свержевского» ДЗМ.

ПРЕДСЕДАТЕЛЬ: «Спасибо, Юлия Владиславовна. Переходим к официальному обсуждению. Слово предоставляется доктору медицинских наук Диабу Хассану Мохамад Али».

Д.м.н. профессор Х. М. А. Диаб: - официальный оппонент зачитывает отзыв (отзыв прилагается). «Хотелось бы уточнить два вопроса. Первый - в литературном обзоре описаны аномалии развития внутреннего уха, при которых может встречаться интраоперационная ликворея. Однако, не упомянута одна из самых распространенных аномалий (неполное разделение улитки III типа), где имеется широкое сообщение между улиткой и внутренним слуховым проходом, а контроль надежной остановки ликвореи является очень сложным. Второй вопрос - в диссертации описаны доступы для закрытия дефекта верхнего полукружного канала, но акцент делается на недостатки доступа через среднюю черепную ямку. Имеется ли Ваш собственный опыт в применении этого способа?»

ПРЕДСЕДАТЕЛЬ: «Спасибо, профессор Хассан. Ольга Васильевна, ответьте на вопросы, пожалуйста».

О.В. Федорова-диссертант: «Профессор Хассан, я очень Вам благодарна за отзыв. При описании КТ в нашем институте мы традиционно используем классификацию кохлеовестибулярных мальформаций L. Scenagorlu и соавт. от 2002 года, обращая особое внимание именно на патологическое широкое сообщение внутреннего слухового прохода с диспластическими полостями внутреннего уха, являющиеся причиной интенсивной спонтанной отоликвореи, что мы и описываем в ходе нашей работы у пациентов с неполным разделений I типа и общей полостью. Неполное разделение III типа описано в более поздних редакциях классификации, но Вы совершенно правы в том, что подобная аномалия также может быть причиной, как интраоперационной (при проведении кохлеарной имплантации), так и спонтанной ликвореи. Относительно второго вопроса - у нас нет опыта проведения операций через среднюю черепную ямку, которые в большинстве случаев является прерогативой нейрохирургов. Поэтому мы разработали малоинвазивный и менее травматичный способ хирургического лечения синдрома дегисценции верхнего полукружного канала трансмастоидальным подходом, более привычным и доступным отохирургам».

Д.м.н. Х.М.А. Диаб: «Спасибо. Я удовлетворен ответом».

ПРЕДСЕДАТЕЛЬ: «Позвольте предоставить слово профессору, заведующему кафедрой оториноларингологии ФУВ «Московский областной научно-исследовательский клинический институт имени М. Ф. Владимирского» МЗ РФ Егорову Виктору Ивановичу».

Д.м.н., профессор Егоров В.И.- официальный оппонент зачитывает отзыв (отзыв прилагается). «У меня есть два вопроса. Первый - в диссертации сказано, что одному пациенту с СДВПК была проведена пластика окна улитки аутотканями. С какой целью это было сделано и какие были показания к проведению этой операции? И второй вопрос: пациентам с двусторонним СДВПК была проведена операция на одном полукружном канале. Какова

дальнейшая судьба этих пациентов и планируется ли хирургическое лечение на втором ухе?»

О.В. Федорова -диссертант: «Виктор Иванович, спасибо Вам большое за отзыв. Отвечая на первый вопрос, хочу сказать, что на начальных этапах работы в литературе появились сведения о применении этого метода для лечения синдрома дегисценции верхнего полукружного канала, и имея определенный опыт проведения такой операции при перилимфатических фистулах, мы прооперировали пациента с выраженными симптомами, используя данную методику. Получили положительный, но не стойкий результат – через 3 месяца симптоматика возобновилась и этому пациент была проведена повторная операция - трансмастоидальная фенестрация и пломбировка канала с положительным эффектом. По поводу второго вопроса: оба пациента оперированы на другое ухо, после того как мы убедились, что у них сохранена слуховая функция и вестибулярная функции на оперированном ухе. Эти пациенты не включены в исследование, поскольку операции проведены в последнее время».

Д.м.н., профессор В.И. Егоров: «Сколько времени прошло до второй операции?»

О.В. Федорова-диссертант: «Около двух лет».

ПРЕДСЕДАТЕЛЬ: «Позвольте предоставить слово третьему официальному оппоненту д.м.н, профессору Владимиру Игоревичу Федосееву».

Д.м.н. В.И. Федосеев: официальный оппонент зачитывает отзыв (отзыв прилагается). «Принципиальных замечаний у меня к работе нет, есть небольшие стилистические и терминологические замечания. В частности, автор в работе неоднократно упоминает словосочетание «Гашер-синдром». Это не верно, нет синдрома, а есть просто Гашер (фонтанирование)».

ПРЕДСЕДАТЕЛЬ: «Спасибо большое, Владимир Игоревич. Ольга Васильевна, ответьте, пожалуйста».

О.В. Федорова-диссертант: «Владимир Игоревич, спасибо большое за Ваш отзыв и замечание, мы будем более точно использовать этот термин».

ПРЕДСЕДАТЕЛЬ: «Заключительное слово предоставляется нашей диссертантке Федоровой Ольге Васильевне».

О.В. Федорова – диссертант: «Уважаемые коллеги! Хочу выразить особую искреннюю благодарность директору Института профессору А.И. Крюкову за возможность работать, и по сути – жить, в стенах нашего института, всестороннюю поддержку в осуществлении научных направлений и выполнении необходимых исследований. Спасибо Вам большое за терпение, чуткость и понимание, несмотря на затянувшиеся сроки выполнения работы.

От всей души благодарю профессора Н.Л. Кунельскую за огромную помощь в структурировании результатов исследования, в подготовке диссертации и автореферата. Ваши советы бесценны, спасибо Вам большое! Огромная благодарность научным консультантам – Гарову Е.В. и Зеликович Е.И – только благодаря совместной с вами работе, возможности делиться мыслями, обсуждать направления и результаты исследований могла быть выполнена это работа. Благодарю Лучшеву Юлию Владиславовну за огромную помощь в подготовке и оформлении документов в ходе работы. Моя огромная благодарность оппонентам – профессорам Хассану Диабу, Виктору Ивановичу Егорову, Владимиру Игоревичу Федосееву. Несмотря на колоссальную занятость вы провели огромную работу по оценке моей диссертации и дали положительные отзывы – ваши мнения крайне ценны, поскольку вы – ведущие специалисты в этой области. Также я благодарю рецензентов – Н.А. Милешину, А.Ю. Ивойлова и А.Л. Гусеву, которые тщательно изучили нашу работу и дали много ценных замечаний и рекомендаций. Павел Алексеевич Сударев, большое спасибо Вам за помощь и за своевременно и убедительно сказанные слова – без них работа могла бы не состояться. Также я хочу выразить особую признательность моим коллегам – сотрудникам отдела МХУ, где происходил основной набор и лечение

пациентов за дружескую поддержку и всяческое содействие в научной работе. Работать вместе с вами – это отдельное счастье. А также, конечно, я хочу поблагодарить сотрудников других отделов института – вестибулологов, особенно М.А. Чугунову, Е.В. Байбакову, и аудиологов, сотрудников отдела лучевой диагностики, Григория Владимировича Куреленкова, и сотрудников оперблока. Я не смогу перечислить всех, но сделанная работа – это результат нашего совместного труда, и я очень благодарна вам за сотрудничество. Отдельную благодарность я хочу выразить коллегам из института нейрохирургии им. Н.Н. Бурденко вместе с которыми мы начинали эту работу много лет назад. Спасибо вам за дружбу, содействие и возможность оперировать в стенах вашего института непростых, соматически отягощенных пациентов с отоликвореей. В заключении я хочу сказать большое спасибо моим друзьям, мой семье, которые помогали, создавали условия для написания работы, очень переживали за меня и поддерживали. Я благодарю Георгия Карцева за техническую и моральную поддержку. И конечно я очень благодарна лично каждому из вас, находящихся в зале, что пришли послушать и поддержать меня. Спасибо большое!»

ПРЕДСЕДАТЕЛЬ: «Спасибо большое, очень трогательно. В состав счётной комиссии предлагаются: д.м.н. Алексанян Т.А., д.м.н., доцент Кириченко И.М., д.м.н., профессор Панкова В.Б. (Счётная комиссия утверждается). Просьба счетной комиссии приступить к работе».

Происходит процедура тайного голосования.

Слово председателю счётной комиссии д.м.н., доцент И.М. Кириченко.

ПРЕДСЕДАТЕЛЬ СЧЕТНОЙ КОМИССИИ - Оглашает протокол № 1 об утверждении состава счетной 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.

Не розданных бюллетеней – 2.

Федоровой Ольге Васильевне 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) Кто воздержался? (нет)

Протокол счетной комиссии утверждается.

Слово предоставляется ученому 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» ДЗМ.

УЧЁНЫЙ СЕКРЕТАРЬ:

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Диссертационного Совета 72.1.012.01 при ГБУЗ «Научно-исследовательский клинический институт оториноларингологии им. Л.И. Свержевского» ДЗМ по диссертации Федоровой Ольги Васильевны «Диагностика и лечение заболеваний уха, обусловленных анатомическими особенностями строения височной кости: спонтанной отоликвореи и синдрома дегисценции верхнего полукружного канала» на соискание ученой степени доктора медицинских наук по специальности 3.1.3 – Оториноларингология.

Диссертационный совет отмечает, что на основании выполненных соискателем исследований: разработаны патогенетически обоснованные систематизированные лечебно-диагностические алгоритмы обследования и хирургического лечения больных со спонтанной отоликвореей и синдромом дегисценции верх-него полукружного канала на основании клинических, аудиологических, вестибулологических и лучевых методов исследования; оценена диагностическая значимость КТ и МРТ височной кости при спонтанной отоликворее и определены косвенные нейровизуальные признаки спонтанной ликворной фистулы передней грани пирамиды; выявлены детализированные

сходные особенности строения височной кости у пациентов со спонтанной отоликвореей II типа и синдромом дегисценции верхнего полукружного канала, являющиеся этиологическими факторами развития этих заболеваний; доказано значение метаболических нарушений костной ткани и внутричерепной гипертензии для возникновения спонтанной отоликвореи II типа; определены причины, приводящие к манифестации клинических проявлений синдрома дегисценции верхнего полукружного канала; предложен комплекс диагностических мероприятий при синдроме дегисценции верхнего полукружного канала, включающий активный сбор жалоб и анамнеза, анкетирование пациентов, камертональное исследование, тональную пороговую аудиометрию, высокоразрешающую КТ височной кости с реконструкцией изображения в плоскости верхнего полукружного ка-нала, вестибулометрию с регистрацией вестибулярных миогенных вызванных потенциалов, позволяющий выявить заболевание и оценить выраженность симптомов; предложены малоинвазивные экстракраниальные хирургические способы лечения спонтанной отоликвореи и синдрома дегисценции верхнего полукружного канала, разработаны показания к их проведению в зависимости от локализации и размера ликворной фистулы и от интенсивности клинических проявлений синдрома дегисценции верхнего полукружного канала и их влияния на качество жизни пациентов, доказана эффективность разработанных хирургических методов.

Теоретическая значимость исследования обоснована тем, что изучены и систематизированы особенности клинических проявлений спонтанной отоликвореи и синдрома дегисценции верхнего полукружного канала, их анатомические предпосылки и доказана многофакторность возникновения спонтанной отоликвореи II типа; обоснована целесообразность хирургического лечения спонтанной отоликвореи и синдрома дегисценции верхнего полукружного ка-нала с применением разработанных малоинвазивных методик экстракраниальными доступами; применительно к проблематике диссертации результативно (эффективно, то есть с получением обладающих новизной результатов)

использованы современные методы исследования анатомического и функционального состояния среднего и внутреннего уха у больных со спонтанной отоликворсей и синдромом дегисценции верхнего полукружного канала.

Значение полученных соискателем результатов исследования для практики подтверждается тем, что разработаны и внедрены лечебно-диагностические алгоритмы при спонтанной отоликворее и синдроме дегисценции верхнего полукружного канала, а также хирургические методики пластики спонтанных ликворных фистул и пломбировки верхнего полукружного канала в работу оториноларингологических отделений ГБУЗ «Научно-исследовательский клинический институт оториноларингологии им. Л.И. Свержевского» ДЗМ, ФГАУ «Национальный медицинский исследовательский центр нейрохирургии им. академика Н.Н. Бурденко» МЗ РФ, ГБУЗ ГКБ №1 им. Н.И. Пирогова ДЗМ, ГБУЗ ДГКБ № 9 им. Г.Н. Сперанского ДЗМ, ГБУЗ Морозовская ДГКБ ДЗМ, ООО «Клиника ЛМС». Получены патенты РФ на изобретение № 2484777 от 20.06.2013г. «Способ закрытия костного дефекта средней черепной ямки у больных с отоликвореей трансмеатальным или трансмастоидальным подходом»; № 2726481 от 14.07.2020 «Способ хирургической дифференциальной диагностики первичного и вторичного эндолимфатического гидропса лабиринта»; № 2745428 от 25.03.2021 «Способ забора отделяемого из барабанной полости для диагностического исследования». Результаты исследования включены в учебную программу 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 практическими результатами по теме диссертации, в работе выполнен проспективный научный анализ данных клинического обследования и лечения 41 больного - спонтанной отоликвореей и 30 - с синдромом дегисценции верхнего полукружного канала. 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 методик лечения, выполнении операций, катамнестическом наблюдении за больными, подготовке публикаций по выполненной работе.

Диссертация охватывает основные вопросы по поставленной научной проблеме и соответствует критериям внутреннего единства, что подтверждается наличием последовательного плана исследования, соответствующей методологической платформой основной идейной линией и соответствием выводов и практических рекомендаций поставленным цели и задачами.

Диссертационная работа Федоровой О.В. 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 30.07.2014 № 723, от 21.04.2016 № 335, от 02.08.2016 № 748, от 29.05.2017 № 650, от 28.08.2017 № 1024), предъявляемых к диссертациям на соискание ученой степени доктора медицинских наук, а сама автор достойна присуждения степени доктора медицинских наук по специальности 3.1.3 - Оториноларингология.

На заседании 22.06.2023 г. диссертационный совет принял решение при-судить Федоровой О.В. ученую степень доктора медицинских наук.

ПРЕДСЕДАТЕЛЬ: «Будут ли 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?(Нет) Воздержался? (Нет).

Заключение Диссертационного Совета 72.1.012.01 при Государственном бюджетном учреждении здравоохранения «Научно-исследовательский клинический институт оториноларингологии им. Л.И. Свержевского» ДЗМ по диссертационной работе Федоровой Ольги Васильевны «Диагностика и

лечение заболеваний уха, обусловленных анатомическими особенностями строения височной кости: спонтанной отоликвореи и синдрома дегисценции верхнего полукружного канала», представленной на соискание ученой степени доктора медицинских наук по специальности 3.1.3 – Оториноларингология утверждается единогласно».

ПРЕДСЕДАТЕЛЬ: «Ольга Васильевна, мы поздравляем Вас, Ваших научных консультантов и весь ваш отдел с успешным присуждением Вам ученой степени доктора медицинских наук.»

Председатель заседания Диссертационного
Совета 72.2.012.01 при ГБУЗ
«НИКИО им. Л.И. Свержевского» ДЗМ,
Член.-корр. РАН, заслуженный деятель
науки РФ, профессор, д.м.н. А.И. Крюков

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