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

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

А. И. Крюков
«11» 07 2025 года

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

Диссертация «Болезнь Меньера и вестибулярная мигрень: дифференциальная диагностика» 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 Ревазишвили Софико Давидовна являлась аспирантом научно-исследовательского отдела сурдологии и патологии внутреннего уха Государственного бюджетного учреждения здравоохранения «Научно-исследовательский клинический институт оториноларингологии им. Л.И. Свержевского» Департамента здравоохранения города Москвы.

В 2020 г. окончила Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Московский государственный медико-стоматологический университет им. А.И. Евдокимова» Министерства здравоохранения Российской Федерации по специальности «лечебное дело».

Удостоверение о сдаче кандидатских экзаменов выдано в 2024 г. ГБУЗ «Научно-исследовательский клинический институт оториноларингологии им. Л. И. Свержевского» Департамента здравоохранения города Москвы.

Научный руководитель:

Кунельская Наталья Леонидовна - Заслуженный деятель науки РФ, доктор медицинских наук, профессор, заместитель директора по научной работе ГБУЗ «НИКИО им. Л. И. Свержевского» Департамента Здравоохранения города Москвы.

По итогам обсуждения принято следующее **заключение**:

1. **Оценка выполненной соискателем работы:**

Болезнь Меньера и вестибулярная мигрень могут иметь схожую клиническую картину. Учитывая то, что диагностические критерии обоих заболеваний основаны, преимущественно, на клинических данных, дифференциальная диагностика между ними затруднена. Так, согласно Tabet и соавторам, 38% пациентов подходят под критерии обоих заболеваний. Несмотря на то, что отечественные и зарубежные источники литературы содержат определенные данные, отражающие состояние вестибулярной и слуховой функции при болезни Меньера и вестибулярной мигрени, эти данные не систематизированы, частично противоречивы, отсутствует четкий алгоритм маршрутизации пациентов с данными заболеваниями.

В связи с высокой актуальностью обследования данного контингента пациентов, целью диссертационной работы явилось: повышение эффективности дифференциальной диагностики болезни Меньера и вестибулярной мигрени на основе клинических и инструментальных исследований с формированием дифференциально-диагностического алгоритма.

В соответствии с поставленными целью и задачами в период с 2022 по 2025 гг. было обследовано 200 пациентов с диагнозом болезнь Меньера и/или вестибулярная мигрень: 138 женщин (69%) и 62 мужчин (31%) в возрасте от 18 до 60 лет (средний возраст составил 45,44±7,41 лет). Все пациенты имели развернутую клиническую картину на протяжении 3-5 лет. В соответствии с диагностическими критериями болезни Меньера (критерии Американской академии оториноларингологии и хирургии головы и шеи 1995 г., модифицированные в 2015 г. Обществом Барани) и вестибулярной мигрени (критерии Международной классификации головной боли, 3-го пересмотра, 2018 г.), все пациенты были разделены на 3 группы в зависимости от диагноза: I группу составили 100 человек с достоверной болезнью Меньера: по 50 человек на I и II стадиях заболевания, II группу - 50 пациентов с достоверной вестибулярной мигренью, III группу – 50 больных, которые соответствовали критериям обоих заболеваний.

Всем пациентам, вошедшим в исследование, было проведено комплексное обследование, которое включало детальный сбор жалоб и анамнеза, общеклиническое, оториноларингологическое, отоневрологическое, комплексное аудиологическое (с учетом методов верификации гидропса лабиринта) и вестибулологическое (с оценкой спонтанной и позиционной вестибулярной симптоматики, глазодвигательных тестов под контролем видеоокулографии, оценкой функции полукружных каналов при помощи видеоимпульсного и калорического тестов, отолитовой функции при помощи регистрации цервикальных и окулярных классов ВМВП на частотах 500, 1000 и 1500 Гц) исследования, всем проведены КТ височных костей и МРТ головного мозга и мосто-мозжечковых углов с контрастированием. Все пациенты были осмотрены неврологом для верификации диагноза «вестибулярная мигрень», исключения очаговой неврологической симптоматики.

При сборе жалоб и анамнеза, детально уточнялись характеристики нарушений слуха, головной боли, головокружений, наличие сопутствующих головокружению симптомов. Жалоба на головокружение присутствовала у пациентов всех групп. Пациенты I группы предъявляли жалобы на спонтанные системные головокружения, сопровождающиеся тошнотой, рвотой, односторонним снижением слуха, субъективным ушным шумом, заложенностью пораженного уха. Во II и III группах помимо спонтанных, беспокоили позиционные, зрительно-индуцированные системные и несистемные головокружения, а также укачивание. Во II группе головокружения сопровождались тошнотой, головной болью, фотофобией, реже фоно- и осмофобией, в редких случаях заложенностью ушей и ушным шумом. В III группе с разными головокружениями были ассоциированы как слуховые симптомы, так и головная боль с фотофобией. Жалобы на флюктуирующее и прогрессирующее одностороннее снижение слуха, заложенность ушей, субъективный ушной шум доминировали в I и III группах, в отличие от II группы, в которой превалировали норма слуха и жалобы на одностороннюю, пульсирующую головную боль умеренной или выраженной интенсивности,

усиливающуюся при физической нагрузке, в т.ч. в каждом третьем случае со зрительной аурой, с наследственной отягощенностью. В трети случаев во II и III группах была выявлена связь головной боли и головокружений с менструальным циклом у женщин, а также трансформация классической мигрени в вестибулярную форму в период менопаузы. В I группе головная боль была выявлена только в 34% случаев, но по характеристикам она не соответствовала критериям мигрени. Для оценки степени дезадаптации по причине головокружений мы использовали опросник DHI, согласно результатам которого, в I и II группах превалировала средняя, а в III группе – тяжелая степень дезадаптации. Влияние головной боли на повседневную активность отражали результаты шкалы MIDAS, согласно которой, во II и III группах преобладали III-IV степени ограничений, в отличие от I группы, где у большинства больных дезадаптация отсутствовала. Во всех трех группах отмечалось влияние заболеваний на психо-эмоциональную сферу, согласно Госпитальной шкале тревоги и депрессии, что проявлялось в виде субклинической и клинической тревоги, а также, в редких случаях - субклинической депрессии. Данные нарушения были наиболее распространены в III группе пациентов. Детализация клинико-анамнестических данных позволила разработать опросник для дифференциальной диагностики болезни Меньера и вестибулярной мигрени и автоматизировать суммацию баллов с интерпретацией результатов в его электронном варианте (получено свидетельство о государственной регистрации программы для ЭВМ «Калькулятор для дифференциальной диагностики болезни Меньера и вестибулярной мигрени» № 2025665019 от 09.06.2025г.). Данный опросник позволяет разграничить классические варианты каждого из заболеваний, а при сумме баллов от -27 до 34 пациентам рекомендовано инструментальное исследование слуховой и вестибулярной функций.

Результаты тональной пороговой аудиометрии в I группе выявляли одностороннюю нейросенсорную тугоухость (НСТ) любой степени с восходящим или горизонтальным типом кривой. Во II группе превалировала норма слуха, в 42% выявлена НСТ I и II степени, чаще двусторонняя, нисходящего типа. В III группе результаты были схожи с I группой пациентов. По результатам шумометрии, в I группе все пациенты отмечали односторонний субъективный ушной шум (СУШ) в пораженном ухе, в большинстве случаев - низкочастотный; во II группе – на СУШ предъявляли жалобы 56%, превалировал двусторонний, высокочастотный СУШ, также четверть пациентов отмечала шум в голове. В III группе СУШ присутствовал у всех, у большинства был односторонним и высокочастотным. При исследовании латерализации ультразвука (УЗВ) со лба, для I и III групп была характерна стабильная латерализация в сторону пораженного уха, в отличие от надпорогового опыта Вебера, который латерализовался в сторону здорового уха. Во II группе стабильная латерализация отсутствовала в обоих тестах. Пациенты всех групп имели тимпанограмму типа «А». Ипсилатеральные акустические рефлексы зарегистрированы у всех пациентов всех групп при норме слуха, I и II степенях тугоухости. Гидропс лабиринта верифицирован как минимум одним из методов у всех пациентов I и III групп и лишь у трети больных во II группе. При этом, при проведении дегидратационного теста была отмечена провокация головной боли у пациентов II и III групп, а в I группе переносимость теста была удовлетворительной.

В межприступный период спонтанная вестибулярная симптоматика отсутствовала у подавляющего большинства пациентов всех 3х групп. При проведении теста оптокинетического нистагма, каждый второй пациент II и III групп отмечал провокацию головокружения на высоких скоростях подачи стимула, в отличие от I группы. При проведении позиционных тестов в 54% во II и в 52% в III группах был зарегистрирован атипичный для ДППГ позиционный нистагм. В I группе в 59% присутствовала диссоциация сохранного вестибуло-окулярного рефлекса в видеоимпульсном тесте и клинически значимой вестибулярной гипорефлексии со стороны поражения в калорическом тесте. У остальных пациентов также наблюдалась тенденция к вестибулярной асимметрии, нами рассчитана точка отсечения в 16%, что позволило выделить значение коэффициента асимметрии (КАС) лабиринтов от 17 до 25% в качестве показателя «субклинической гипорефлексии» со стороны поражения на начальных этапах болезни Меньера. В III группе наблюдалась аналогичная тенденция. Во II группе в 90% реакции были симметричными как в видеоимпульсном, так и

калорическом тестах. В ответ на калоризацию у пациентов II и III групп все компоненты вестибулярных реакций: сенсорные, вегетативные, двигательные, нистагменные – были гиперэргическими, в отличие от I группы больных, у которых они были выражены умеренно. Пациенты трех групп отличались по значению скорости медленной фазы нистагма, в I группе она в среднем составила 37 гр/с, во II - 101 гр/с, в III - 62 гр/с. Согласно результатам исследования окулярных и цервикальных классов вестибулярных миогенных вызванных потенциалов (оВМВП, цВМВП), во II группе у подавляющего большинства получены симметричные ответы, с максимальной амплитудой ответа на частоте 500Гц по результатам обоих классов ВМВП. В I и III группах наблюдалась тенденция к смещению максимальной амплитуды ответа на частоты 1000 и 1500Гц и к асимметрии отолитовой функции за счет гипофункции на стороне поражения с КАС более 40%. Некоторые литературные источники связывают данные изменения с изменением резонансной частоты отолитовых рецепторов за счет гидропса лабиринта.

На основании статистической обработки данных и анализа полученной информации, был разработан алгоритм для дифференциальной диагностики болезни Меньера и вестибулярной мигрени (получен патент РФ на промышленный образец № 148617 от 04.08.2025). Он подразумевает использование разработанного Опросника на клинико-анамнестическом этапе, по результатам которого устанавливается диагноз или формируется контингент пациентов, требующих дополнительного инструментального аудиололгического и вестибулологического исследования, а в сложных ситуациях – с применением методик верификации гидропса лабиринта и оценки отолитовой функции. Данные 12 основных показателей (норма слуха или одно-/двусторонняя тугоухость, степень тугоухости, тип аудиометрической кривой, направление латерализации УЗВ со лба, результат исследования спонтанного нистагма, теста встряхивания головы, позиционных тестов, КАС в калорическом тесте, верификация гидропса лабиринта, переносимость дегидратационного теста, наличие клинически значимой асимметрии (КАС>40%) и смещение максимальной амплитуды ответа на частоты 1000-1500Гц по результатам ВМВП) были учтены в разработанной автоматизированной диагностической модели для окончательной дифференциальной диагностики между болезнью Меньера и вестибулярной мигренью. Программа позволяет ввести все необходимые данные по результатам исследований и рассчитать степень уверенности в диагнозе, в т.ч. при сочетании двух заболеваний.

На основании проведенного исследования, были сделаны выводы о том, разработанный дифференциально-диагностический алгоритм болезни Меньера и вестибулярной мигрени, включающий автоматизированный клинико-анамнестический Опросник, позволяет поставить диагноз или определить показания для инструментального исследования слуховой и вестибулярной функций (сумма баллов – от -27 до 34). Дифференциально-диагностическими аудиологическими и вестибулологическими критериями болезни Меньера являются: односторонняя нейросенсорная тугоухость (100%) с восходящим (46%) или горизонтальным (54%) типом аудиограммы, низкочастотный односторонний СУШ (57%), стабильная латерализация УЗВ 100кГц в сторону больного уха (76%), верифицированный гидропс лабиринта (100%), диссоциация результатов видеоимпульсного (норма) и калорического (явная, 59%, или субклиническая, 41%, асимметрия) тестов, отолитовая гипофункция со стороны поражения (КАСЛ> 40%) с максимальной амплитудой ответа на 1000-1500Гц. Дифференциально-диагностическими аудиологическими и вестибулологическими критериями вестибулярной мигрени являются: норма слуха (58%) или двусторонняя нейросенсорная тугоухость (42%), высокочастотный СУШ (42%) или шум в голове (24%), отсутствие стабильной латерализации УЗВ со лба (86%) и гидропса лабиринта, симметричные реакции при регистрации ВМВП (96%), видеоимпульсном (100%) и калорическом (90%) тестах, атипичный для ДППГ нистагм в позиционных тестах (54%), гиперэргическая реакция на калорический (68%), оптокинетический (56%) и дегидратационный (32%) тесты с провокацией головной боли. При сочетании болезни Меньера и вестибулярной мигрени – определяется сочетание аудиологических и вестибулологических признаков обоих заболеваний в разной степени

выраженности. Разработанная автоматизированная диагностическая модель, включающая 12 инструментальных предикторов, позволяет с высокой точностью (подтвержденной методом ROC-AUC) верифицировать диагноз.

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

Автор лично участвовал в реализации всех этапов научно-исследовательской работы: заполнении медицинской документации, анализе полученных данных, их статистической обработке и оформлении печатных работ, принимал непосредственное участие в лечебно-диагностическом процессе. Выполняя настоящую диссертационную работу, Ревазишвили С.Д. провела углублённый анализ отечественной и зарубежной литературы. Весь материал, представленный в диссертации, собран, обработан и проанализирован лично Ревазишвили С.Д.

3. **Степень достоверности результатов проведённых исследований:**

На основании приказа директора института № 451 о/д от 04.07.2025 г. комиссия в составе: председатель проф., д.м.н. Н. Л. Кунельская, члены комиссии, проф., д.м.н. Е.В. Носуля, д.м.н. Е. В. Гаров, к.м.н. А.С. Товмасян провели проверку материалов первичной документации и материалов кандидатской диссертации Ревазишвили С.Д. «Болезнь Меньера и вестибулярная мигрень: дифференциальная диагностика».

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 Ревазишвили Софико Давидовной данные являются достоверными. Полнота и глубина собранного материала в достаточной мере обосновывает выводы и рекомендации, вытекающие из полученных автором диссертации результатов.

4. **Научная новизна и практическая значимость работы:** Впервые разработан Опросник для дифференциальной диагностики болезни Меньера и вестибулярной мигрени на основании клинико-анамнестических данных, который может быть использован как в классическом виде (на бумажном носителе), так и в виде онлайн-калькулятора на экране компьютера или телефона (получено свидетельство о государственной регистрации программы для ЭВМ «Калькулятор для дифференциальной диагностики болезни Меньера и вестибулярной мигрени» № 2025665019 от 09.06.2025г.). Впервые рассчитан показатель «субклинической» вестибулярной гипофункции поражённого лабиринта при болезни Меньера по результатам битермального калорического теста. Впервые, на основании результатов комплексного аудиологического и вестибулологического исследований, разработана диагностическая модель для дифференциальной диагностики болезни Меньера и вестибулярной мигрени, созданная для расчета степени уверенности в диагнозе, а также возможности их сочетания. Разработан алгоритм дифференциальной диагностики болезни Меньера и вестибулярной мигрени (получен патент РФ на промышленный образец № 148617 от 04.08.2025).

Практическая значимость работы очень высока и имеет важное значение в оториноларингологии. Разработанный дифференциально-диагностический алгоритм болезни Меньера и вестибулярной мигрени может быть использован в клинической деятельности врачей: оториноларингологов, сурдологов, отоневрологов, неврологов, терапевтов, врачей общей практики, как в условиях стационара, так и амбулаторного звена. Онлайн-версия разработанного Опросника и дифференциально-диагностической модели соответствуют концепции развития Отечественного здравоохранения в направлении цифровизации и оптимизации временных затрат. Всё вышеуказанное позволяет судить, что анализируемая работа представляет собой большой интерес для современной науки и практики. 6 актов

внедрения в практическое здравоохранение, имеющиеся по данной тематике, подтверждают востребованность данной диссертационной работы.

5. Специальность, которой соответствует диссертация:

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

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

По теме диссертации опубликовано 11 печатных работ, из них 3 - в центральной печати, 2 патента РФ:

1. **Кунельская Н.Л., Заоева З.О., Байбакова Е.В., Чугунова М.А., Васильченко Н.И., Ревазишвили С.Д. Болезнь Меньера и вестибулярная мигрень: дифференциальная диагностика и лечение. Вестник оториноларингологии. 2025;90(1):57-63. https://doi.org/10.17116/otorino20259001157**
2. **Кунельская Н.Л., Заоева З.О., Байбакова Е.В., Чугунова М.А., Манаенкова Е.А., Никиткина Я.Ю., Янюшкина Е.С., Васильченко Н.И., Ревазишвили С.Д. Вестибулологические дифференциально-диагностические критерии болезни Меньера и вестибулярной мигрени. Российская оториноларингология. 2025; Т. 24, № 3(136):69-74. https://doi.org/10.18692/1810-4800-2025-3-69-74.**
3. **Кунельская Н.Л., Заоева З.О., Васильченко Н.И., Чугунова М.А., Ревазишвили С.Д. Биохимические особенности патогенеза мигрени. Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. 2025;125(4):21-26. https://doi.org/10.17116/jnevro202512504121**
4. Кунельская Н.Л., Заоева З.О., Байбакова Е.В., Янюшкина Е.С., Чугунова М.А., Манаенкова Е.А., Никиткина Я.Ю., Васильченко Н.И., Ревазишвили С.Д. Болезнь Меньера и вестибулярная мигрень: коморбидный пациент. Материалы XXI Московской научно-практической конференции «Оториноларингология: традиции и современность», посвященная 100-летию со дня рождения профессора Нины Петровны Константиновой». Вестник оториноларингологии. 2023. Т88. №3. С.130-131. https://www.mediasphera.ru/issues/vestnik-otorinolaringologii/2023/3/downloads/ru/1004246682023031103
5. Кунельская Н.Л., Байбакова Е.В., Янюшкина Е.С., Чугунова М.А., Манаенкова Е.А., Ревазишвили С.Д. Диагностическая тактика при подозрении на Болезнь Меньера. Материалы XXI Московской научно-практической конференции «Оториноларингология: традиции и современность», посвященная 100-летию со дня рождения профессора Нины Петровны Константиновой». Вестник оториноларингологии. 2023. Т88. №3. С.129. https://www.mediasphera.ru/issues/vestnik-otorinolaringologii/2023/3/downloads/ru/1004246682023031103
6. Кунельская Н. Л., Заоева З.О., Янюшкина Е.С., Байбакова Е. В., Чугунова М. А., Манаенкова Е. А., Никиткина Я.Ю., Ревазишвили С.Д. Сравнительная характеристика аудиологических характеристик у пациентов с Болезнью Меньера, вестибулярной мигренью и их сочетанием (overlap-синдроме). Материалы XIII Петербургский Форум Оториноларингологов России 24-26.04.2024, с.118-119. https://xiii-forum-spb.ent-congress.ru/materials.html
7. Кунельская Н. Л., Заоева З.О., Байбакова Е. В., Чугунова М. А., Янюшкина Е.С., Ревазишвили С.Д. Гидропс лабиринта как точка пересечения болезни Меньера и вестибулярной мигрени. Сборник тезисов научно-практической конференции «Инновационные технологии в диагностике нарушений слуха и реабилитации больных с тугоухостью и глухотой», 5-6.09.2024, с.20-22. https://audiology.ru/wp-content/uploads/2024/11/materialy-konferenczii-innovaczionnye-tehnologii-v-diagnostike-narushenij-sluha-i-reabilitaczii-bolnyh-s-tugouhos.pdf
8. Кунельская Н.Л., Заоева З.О., Байбакова Е.В., Янюшкина Е.С., Чугунова М.А., Манаенкова Е.А., Никиткина Я.Ю., Васильченко Н.И., Ревазишвили С.Д. Вестибулярная мигрень вторичного генеза. Материалы XXII Московской научно-практической конференции

«Оториноларингология: традиции и современность», посвященная 100-летию со дня рождения профессоров Лии Борисовны Дайняк и Бориса Михайловича Сагаловича». Вестник оториноларингологии. 2024;89(3):89.
https://www.mediasphera.ru/issues/vestnik-otorinolaringologii/2024/3/downloads/ru/1004246682024031080

9. Кунельская Н.Л., Заоева З.О., Байбакова Е.В., Чугунова М.А., Ревазишвили С.Д. Результаты комплексного вестибулологического обследования пациентов с болезнью Меньера, вестибулярной мигренью и при их сочетании. Сборник тезисов VIII Всероссийского форума оториноларингологов с международным участием «Междисциплинарный подход в оториноларингологии, хирургии головы и шеи», 10-11.10.2024, с.132-134. http://otolar-centre.ru/images/2024/FORUM_ORL_2024.pdf

10. Кунельская Н.Л., Заоева З.О., Байбакова Е.В., Чугунова М.А., Манаенкова Е.А., Янюшкина Е.С., Никиткина Я.Ю., Ревазишвили С.Д. Особенности результатов битермального битемпорального калорического теста у пациентов с болезнью Меньера и вестибулярной мигренью. Сборник тезисов XI Национального конгресса аудиологов и XV Международного симпозиума «Современные проблемы физиологии и патологии слуха», 9-12.09.2025, с.63-64. https://audiologysuzdal.ru/wp-content/uploads/2025/09/Sbornik-tezisov.pdf

11. Кунельская Н.Л., Заоева З.О., Байбакова Е.В., Чугунова М.А., Манаенкова Е.А., Янюшкина Е.С., Никиткина Я.Ю., Ревазишвили С.Д. Сравнительная характеристика отолитовой функции у пациентов с болезнью Меньера и вестибулярной мигренью. Тезисы XXIII Московской научно-практической конференции с международным участием «Оториноларингология: традиции и современность. К 100-летию со дня рождения профессоров Юрия Борисовича Преображенского и Ольги Кирилловны Федоровой-Патякиной». Вестник оториноларингологии.2025;90(4):152.
https://www.mediasphera.ru/issues/vestnik-otorinolaringologii/2025/4/downloads/ru/1004246682025041125

Патент РФ

1. Крюков А.И., Кунельская Н.Л., Заоева З.О., Байбакова Е.В., Чугунова М.А., Янюшкина Е.С., Никиткина Я.Ю., Васильченко Н.И., Манаенкова Е.А., Ларионова Э.В., Ревазишвили С.Д., Савченко Ю.А., Виноградова М.В., Кузнецов А.И., Щепкина Е.В. Свидетельство о государственной регистрация программы для ЭВМ «Калькулятор для дифференциальной диагностики болезни Меньера и вестибулярной мигрени» № 2025665019 от 09.06.2025г.
2. Крюков А.И., Кунельская Н.Л., Заоева З.О., Байбакова Е.В., Янюшкина Е.С., Чугунова М.А., Ревазишвили С.Д., Васильченко Н.И., Савченко Ю.А., Виноградова М.В., Ларионова Э.В. «Схема «Алгоритм дифференциальной диагностики болезни Меньера и вестибулярной мигрени». Патент РФ на промышленный образец № 148617 от 04.08.2025г.

Диссертация на тему: «Болезнь Меньера и вестибулярная мигрень: дифференциальная диагностика» Ревазишвили Софико Давидовны рекомендуется к защите на соискание ученой степени кандидата 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 4 июля 2025 года. Присутствовало на заседании 55 чел.

Результаты голосования: «за» - 55 человек, «против» - нет, «воздержалось» - нет, протокол № 21 от 04.07.2025 года.

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