Болезнь Меньера

Клинические рекомендации Минздрава России · взрослые · редакция 2024 г., статус «Применяется» на 04.11.2026 · МКБ-10: H81.0 · Национальная медицинская ассоциация оториноларингологов

Болезнь Меньера — заболевание внутреннего уха с повторными приступами системного головокружения, шумом в ушах и сенсоневральным снижением слуха. Рекомендация описывает подтверждение диагноза, купирование приступов, профилактические мероприятия в межприступный период и показания к хирургическому лечению.

Главное

- Для достоверной болезни Меньера нужны не менее двух самопроизвольных приступов головокружения длительностью от 20 минут до 12 часов, сенсоневральная тугоухость на низких и средних частотах, флюктуирующие слуховые симптомы и отсутствие другой причины.
- Типичный приступ возникает внезапно, длится несколько часов, чаще 4–6 часов, сопровождается тошнотой и рвотой и обычно проходит самостоятельно; шум в ухе усиливается до или во время приступа, а заложенность может появляться или усиливаться.
- На третьей стадии приступы могут урежаться или исчезать, но сохраняются шаткость и выраженное снижение слуха; возможны отолитовые кризы Тумаркина с внезапными падениями и риском тяжелых травм.
- Тональная пороговая аудиометрия и импедансометрия нужны всем пациентам; при односторонней сенсоневральной тугоухости КТ височных костей и МРТ головного мозга с визуализацией внутренних слуховых проходов и мостомозжечковых углов помогают исключить опухоль и другие структурные причины. УУР С, УДД 5.
- В первые сутки острого головокружения применяют вестибулярные блокаторы; их использование ограничивают максимум тремя сутками. При тошноте и рвоте предпочтительнее парентеральное введение с последующим переходом на таблетки после улучшения.
- Для профилактики приступов назначают бетагистин 24 мг 2 раза в сутки в течение 2–3 месяцев и дольше после приступа и при межприступном периоде менее 3 месяцев. УУР А, УДД 1.
- При неэффективности консервативной терапии в течение 6–12 месяцев сначала используют слухосохраняющие операции; деструктивные вмешательства являются вторым этапом при их неэффективности или социально незначимом слухе.

Диагностика

1. Болезнь Меньера проявляется приступами нарастающей глухоты, шумом в ушах, периодически наступающей потерей равновесия, головокружением, тошнотой, доходящей до рвоты.
2. Провести комплексное общеклиническое обследование с участием терапевта и невролога: акуметрию, камертональные пробы Вебера, Ринне и Федериче, оценку спонтанного нистагма, тест Хальмаги–Кертойза, стато-координаторные, стато-кинетические и позиционные пробы. УУР С, УДД 5.
3. Выполнить общий анализ крови и биохимический общетерапевтический анализ крови для дифференциальной диагностики. УУР С, УДД 5.
4. Провести тональную пороговую аудиометрию для верификации степени тугоухости и импедансометрию для исключения патологии среднего уха.
5. При клинических признаках вероятной болезни Меньера или неэффективности консервативной терапии определить пороги чувствительности к ультразвуку и феномен его латерализации и/или провести электрокохлеографию, и/или дегидратационный тест для верификации эндолимфатического гидропса.
6. При невозможности установить диагноз по клиническим данным провести вестибулометрию, видеоокулографическую запись калорического или вращательного теста, видеоимпульсный и другие необходимые тесты; эти исследования также используют перед хирургическим лечением.
7. Выполнить КТ височных костей и МРТ головного мозга, включая внутренние слуховые проходы и мостомозжечковые углы, в том числе с контрастированием, чтобы исключить новообразования, демиелинизирующий процесс, нейроваскальный конфликт и структурные изменения.

Лечение

- Для купирования острого вестибулярного головокружения можно подкожно ввести атропин 1 мл 0,1% раствора или платифиллин 2 мл 0,2% раствора. УУР С, УДД 5.
- Для купирования приступа используют дименгидринат 50–100 мг 2–3 раза в сутки, дифенгидрамин 25–50 мг внутрь 3–4 раза в сутки или 10–50 мг внутримышечно. УУР С, УДД 5.
- В первые сутки острого головокружения, максимум до 3 суток, используют лоразепам 1 мг, в том числе сублингвально, или диазепам 10 мг внутримышечно. УУР С, УДД 5.
- После приступа и при межприступном периоде менее 3 месяцев назначают бетагистин 24 мг 2 раза в сутки, суточная доза 48 мг, курсом 2–3 месяца и дольше. УУР А, УДД 1.
- Для профилактики используют курсы калийсберегающих или тиазидных диуретиков либо ингибиторов карбоангидразы, оптимально ацетазоламида; пример схемы — по 1 таблетке 2 раза в сутки в 1–3-й дни, затем по 1 таблетке утром в 7–9-й и 13–15-й дни. Курс подбирают индивидуально. УУР С, УДД 3.
- Петлевые диуретики не применяют из-за возможной ототоксичности. При длительном приеме ацетазоламида контролируют электролиты крови и при необходимости восполняют их.
- Всем пациентам ограничивают соль до 2 г в сутки и глутамат натрия; исключают алкоголь, кофеин и никотин, умеренно употребляют жидкость и придерживаются сбалансированного питания. УУР С, УДД 5.
- При нарушении равновесия в межприступный период на третьей стадии проводят лечебную физкультуру; при двусторонней хронической нейросенсорной тугоухости и средних порогах в речевом диапазоне на лучше слышащем ухе более 31 дБ выполняют слухопротезирование. УУР С, УДД 5.

Когда направить и как наблюдать

- Первичную специализированную помощь оказывает оториноларинголог амбулаторного звена.
- При тяжелом состоянии пациента госпитализируют в оториноларингологическое отделение; при тяжелом течении направляют скорой помощью непосредственно в специализированное отделение, минуя амбулаторное звено.
- Выписка возможна после прекращения или урежения приступов головокружения и/или улучшения либо стабилизации порогов слуха.
- Плановую инфузионную дегидратационную терапию проводят один раз в 6–12 месяцев в первые 2 года болезни, затем один раз в 2–3 года.
- Диспансерный осмотр проводят один раз в год для оценки эффективности лечения и контроля слуховой и вестибулярной функции.

Частые вопросы

Какие критерии достоверной болезни Меньера?

Нужны минимум два самопроизвольных приступа длительностью 20 минут–12 часов, аудиологически подтвержденная сенсоневральная тугоухость на низких и средних частотах, флюктуирующие слуховые симптомы и отсутствие другой причины.

Как купировать острый приступ болезни Меньера?

Используют атропин или платифиллин подкожно, дименгидринат или дифенгидрамин, а также лоразепам 1 мг либо диазепам 10 мг внутримышечно. Вестибулярные блокаторы центрального действия применяют в первые сутки, максимум до 3 суток; при рвоте предпочтительно парентеральное введение.

Какова схема бетагистина?

Бетагистин назначают по 24 мг 2 раза в сутки, суточная доза 48 мг, на 2–3 месяца и дольше после приступа и при межприступном периоде менее 3 месяцев.

Какие инструментальные исследования рекомендуются?

Всем пациентам проводят тональную пороговую аудиометрию и импедансометрию. КТ височных костей и МРТ головного мозга с исследованием внутренних слуховых проходов и мостомозжечковых углов, в том числе с контрастированием, используют для исключения других причин.

Когда переходят к хирургическому лечению?

Операцию рассматривают при неэффективности консервативной терапии в течение 6–12 месяцев. На первой и второй стадиях сначала выполняют слухосохраняющее вмешательство; деструктивные операции используют при его неэффективности или социально незначимом слухе.

Выжимка сделана по тексту рекомендации и не заменяет его. Полный официальный текст, калькуляторы и сокращённая версия: https://школасеченова.рф/cr/18-bolezn-menera. Официальный источник: https://cr.minzdrav.gov.ru/preview-cr/18_2