



МИНИСТЕРСТВО
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

Клинические рекомендации

Болезнь Меньера

МКБ 10: **H81.0**

Год утверждения (частота пересмотра): **2016 (пересмотр каждые 4 года)**

ID: **KP18**

URL:

Профессиональные ассоциации:

- **Национальная медицинская ассоциация оториноларингологов**

Утверждены

Главный внештатный специалист
оториноларинголог Минздрава России
д.м.н., профессор Н.А.Дайхес

Согласованы

Научным советом Министерства
Здравоохранения Российской Федерации
_____ 201_ г.

Оглавление

Ключевые слова.....	3
Список сокращений.....	4
Термины и определения.....	5
1. Краткая информация.....	6
1.1 Определение.....	6
1.2 Этиология и патогенез.....	6
1.3 Эпидемиология.....	6
1.4 Кодирование по МКБ 10.....	7
1.5 Классификация.....	7
2. Диагностика.....	10
2.1 Жалобы и анамнез.....	10
2.2 Физикальное обследование.....	10
2.3 Лабораторная диагностика.....	10
2.4 Инструментальная диагностика.....	10
2.5 Иная диагностика.....	Ошибка! Закладка не определена.
3. Лечение.....	12
3.1 Консервативное лечение.....	12
3.2 Хирургическое лечение.....	14
4. Реабилитация.....	14
Критерии оценки качества медицинской помощи.....	15
Критерии оценки качества оказания амбулаторной медицинской помощи.....	15
Критерии оценки качества оказания стационарной медицинской помощи.....	16
Список литературы.....	17
Приложение А1. Состав рабочей группы.....	18
Приложение А2. Методология разработки клинических рекомендаций.....	19
Приложение Б. Алгоритм ведения пациента.....	Ошибка! Закладка не определена.
Приложение В. Информация для пациента.....	22

Ключевые слова

- Болезнь Меньера
- эндолимфатический гидропс
- головокружение

Список сокращений

БМ - болезнь Меньера
ВНГ - видеонистагмография
Гц – герц
дБ – децибел
Дж - джоуль
ДППГ - доброкачественное пароксизмальное позиционное головокружение
др. - другие
КВИ - костно-воздушный интервал
КП - костная проводимость
ЛДЛ - селективная лазеродеструкция
ПД - потенциал действия
ПК - полукружный канал
СП - суммационный потенциал
УЗВ - ультразвук
ФУНГ - феномен ускоренного нарастания громкости
ЭНГ - электронистагмография
ЭКоГ - электрокохлеография
ЭМ - эндолимфатический мешок
AAO-HNS - American Academy of Otolaryngology–Head and Neck Surgery
EGb 761 - гинкго двулопастного листьев экстракт сухой стандартизованный

Термины и определения

Болезнь Меньера (БМ) - заболевание внутреннего уха, характеризующееся периодическими приступами системного головокружения, шумом в ушах и потерей слуха по сенсоневральному типу.

1. Краткая информация

1.1 Определение

Болезнь Меньера (БМ) - заболевание внутреннего уха, характеризующееся периодическими приступами системного головокружения, шумом в ушах и потерей слуха по сенсоневральному типу.

1.2 Этиология и патогенез

До настоящего времени этиология и патогенез БМ недостаточно изучены. По классической теории патогенеза развитие БМ связано с идиопатическим эндолимфатическим гидропсом, который представляет собой увеличение объема эндолимфы, заполняющей перепончатый лабиринт внутреннего уха и вызывающий растяжение Рейснеровой мембраны. Среди возможных причин развития эндолимфатического гидропса выделяют:

- усиление процессов выработки эндолимфы сосудистой полоской спирального органа и клетками саккулюса и утрикулюса;
- нарушение процесса ее резорбции.

Повторяющиеся приступы головокружения при БМ связывают с периодическим разрывом перерастянутой от повышенного давления Рейснеровой мембраны, смещением эндо- и перилимфы, попаданием богатой калием эндолимфы в перилимфу с последующей деполяризацией вестибулярного нерва и его перевозбуждением. Снижение слуха и шум в ухе, по-видимому, обусловлены процессами постепенной дегенерацией нейронов спирального ганглия.

В настоящее время зависимость между наличием гидропса лабиринта и приступами БМ является предметом дискуссий. Известно, что эндолимфатический гидропс может сочетаться с другими заболеваниями среднего и внутреннего уха, например, с отосклерозом. По данным литературы гидропс лабиринта на аутопсии находят у субъектов, не страдавших при жизни симптоматикой БМ, поэтому логично будет предположить, что гидропс лабиринта не является единственным патогенетическим фактором развития симптоматики заболевания и предполагает наличие дополнительных факторов.

1.3 Эпидемиология

В разных странах заболеваемость БМ колеблется от 3,5 до 513 человек на 100 тыс. населения. Чаще всего первый приступ БМ возникает в возрасте от 40 до 60 лет.

Женщины болеют чаще мужчин. По статистическим данным, у 0,5% европейского населения диагностирована БМ, что в сумме составляет около 1 млн человек. БМ занимает 2-е место по частоте встречаемости среди периферических причин головокружения, уступая только доброкачественному пароксизмальному позиционному головокружению. Пациенты с БМ составляют 9,5% от общего числа больных, проходящих стационарное лечение по поводу кохлеовестибулярных нарушений.

1.4 Кодирование по МКБ 10

H81.0 - Болезнь Меньера

1.5 Классификация

Американская академия оториноларингологии и хирургии головы и шеи (AAO-HNS) разработала диагностические критерии несомненной, достоверной, вероятной, возможной БМ (1972, 1985, 1995 г.г.) [10]. Данные критерии в последний раз пересмотрены Committee of the Bárány Society, The Japan Society for Equilibrium Research, the European Academy of Otolaryngology and Neurotology (EAONO), the Equilibrium Committee of the American Academy of Otolaryngology-Head and Neck Surgery (AAO-HNS) and the Korean Balance Society 2015 г. [10].

Несомненная БМ:

- гистологически подтвержденная эндолимфатическая водянка;
- два или более приступа головокружения продолжительностью более 20 минут до 12 часов каждый;
- Подтвержденная аудиологически тугоухость (сенсоневральная) на низких и средних частотах во время или после приступа головокружения;
- Флюктуирующие слуховые симптомы: слух, субъективный шум, ощущение полноты в ухе.

Достоверная БМ:

- Два или более самопроизвольных приступа головокружения продолжительностью от 20 мин. до 12 часов;
- Подтвержденная аудиологически тугоухость (сенсоневральная) на низких и средних частотах во время или после приступа головокружения;
- Флюктуирующие слуховые симптомы: слух, субъективный шум, ощущение полноты в ухе;
- Отсутствие иных причин.

Вероятная БМ:

- хотя бы один приступ головокружения;
- снижение слуха по сенсоневральному типу, подтвержденное, по крайней мере, однократной аудиометрией;
- шум или ощущение заложенности в пораженном ухе;
- отсутствие других причин, объясняющих перечисленные симптомы.

Возможная БМ:

- приступы головокружения без подтвержденного снижения слуха;
- сенсоневральная тугоухость, стойкая или непостоянная, с нарушением равновесия, но без явных приступов головокружения;
- отсутствие других причин, объясняющих перечисленные симптомы.

Для БМ характерна клиническая триада симптомов, прекрасно описанная еще в 1861 г. известным французским врачом Проспером Меньером.

Приступы системного головокружения. Приступы системного головокружения при болезни Меньера очень характерные. Они возникают внезапно, в любое время суток и в любое время года, на фоне «полного здоровья», ничем не провоцируются, иногда имеют ауру в виде усиления или появления заложенности больного уха, шума в ухе и др. Эти приступы всегда сопровождаются различными вегетативными проявлениями, основным из которых является тошнота и рвота; длятся несколько часов (чаще 4-6 ч.) самостоятельно без применения каких-либо медикаментозных препаратов проходят.

Шум в ухе - односторонний, чаще всего низко- или среднечастотный, усиливающийся до и вовремя приступа системного головокружения.

Тугоухость. Тугоухость при БМ тоже имеет свои характерные особенности. Она прежде всего односторонняя, носит флюктуирующий характер, а при аудиологическом исследовании определяется так называемая скалярная или ложная сенсоневральная тугоухость – горизонтальный или восходящий тип аудиологической кривой с костно-воздушным интервалом (КВИ 5-10 дБ) в низком или среднем диапазоне частот. Нормальные пороги ультразвука (УЗВ) и латерализация его в сторону хуже слышащего уха.

Различают три основных варианта течения заболевания. При первом варианте (кохлеарная форма) сначала возникают слуховые расстройства, а затем – вестибулярные. При втором (классическом) варианте слуховые и вестибулярные нарушения появляются одновременно, первый приступ головокружения сопровождается снижением слуха и шумом в ухе. При третьем (более редком) варианте течения (вестибулярная форма БМ)

заболевание начинается с приступов вестибулярных головокружений, к которым в дальнейшем присоединяются слуховые расстройства. По данным ряда авторов флюктуация слуха с головокружением наблюдается у 82,7%, а без головокружения – у 17,3%. Другие кохлеарную моносимптоматику в начале БМ наблюдали у 54,4%, а классическую - у 45,6%.

В развитии БМ выделяют три стадии.

Первая стадия – начальная. Приступы системного головокружения возникают редко 1-2 раза в год, а то и в 2-3 года. Эти приступы появляются в любое время суток, продолжаются в среднем от 1 до 3 часов, сопровождаются тошнотой и рвотой. Шум в ухе, заложенность или ощущение распирания в ухе возникают до или вовремя приступа, но не являются постоянными симптомами. Одностороннее снижение слуха возникает или усиливается в момент приступа, то есть, для первой стадии заболевания характерна флюктуация слуха – его периодическое ухудшение, как правило, перед началом приступа головокружения, и последующее улучшение. Некоторые больные сообщают о значительном улучшении слуха сразу же после приступа и последующем его снижении в течение ближайших суток до обычного уровня.

Вторая стадия – разгар заболевания. Приступы приобретают типичный для БМ характер с интенсивным системным головокружением и выраженными вегетативными проявлениями, возникают несколько раз в неделю (ежедневно) или несколько раз в месяц. Шум в ушах беспокоит больного постоянно, нередко усиливаясь в момент приступа. Характерно ежедневное ощущение заложенности дискомфорта в пораженном ухе. Снижение слуха прогрессирует от приступа к приступу.

Третья стадия – затухающая стадия. Происходит урежение или полное исчезновение типичных приступов системного головокружения, но больного постоянно беспокоит ощущение шаткости и неустойчивости. Отмечается выраженное снижение слуха на больное ухо, часто на этой стадии в процесс вовлекается второе ухо. Возможно возникновение отолитовых кризов Тумаркина – состояний при которых возникают приступы внезапного падения, которые происходят вследствие резкого механического смещения отолитовых рецепторов, приводящих к внезапной активизации вестибулярных рефлексов. Такая тяжелая симптоматика может привести к серьезным травмам.

С учетом частоты и длительности приступов головокружения, сохранения трудоспособности различают три степени тяжести БМ: тяжелая, средняя и легкая.

При тяжелой степени приступы головокружения частые (ежедневные или еженедельные) продолжительностью несколько часов со всем комплексом статокINETических и вегетативных расстройств, трудоспособность при этом потеряна.

При средней степени тяжести приступы головокружения также достаточно частые (еженедельные или ежемесячные), продолжительностью несколько часов. Статокинетические расстройства – умеренные, вегетативные – выражены. Трудоспособность утрачена во время приступа головокружения и спустя несколько часов после него.

При легкой степени тяжести БМ приступы головокружения непродолжительные, с длительными (несколько месяцев или лет) ремиссиями.

2. Диагностика

2.1 Жалобы и анамнез

Проявляется болезнь Меньера приступами нарастающей глухоты, шумом в ушах, периодически наступающей потерей равновесия, головокружением, тошнотой, доходящей до рвоты.

2.2 Физикальное обследование

- Рекомендовано проведение комплексного общеклинического обследования с участием терапевта, невролога, окулиста (с исследованием глазного дна и сосудов сетчатки), эндокринолога. Проводится акуметрия (исследование слуха шепотной и разговорной речью, проведение камертональных проб Вебера, Ринне, Федериче).

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств – IV)

2.3 Лабораторная диагностика

- Рекомендовано проведение тестов на толерантность к глюкозе и функцию щитовидной железы, клинического и биохимического исследования крови по общепринятым методикам.

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств – IV)

2.4 Инструментальная диагностика

- Рекомендовано проведение:
 1. тональной пороговой, надпороговой (SISI, тест Люшера);
 2. импедансометрии (тимпанометрия и акустическая рефлексометрия);
 3. определение порогов чувствительности к УЗВ и феномена его латерализации;

4. регистрации вызванной отоакустической эмиссии и вызванных слуховых потенциалов;
5. клинической вестибулометрии;
6. постурографии (стабилографии).

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств – IV)

Комментарии: *одного универсального способа диагностики гидропса лабиринта не существует. Учитывая специфический характер течения заболевания, сочетание различных симптомов поражения внутреннего уха, для подтверждения диагноза необходимо проводить большой спектр клинических исследований и оценивать их в динамике. Результаты этих исследований значительно зависят от стадии заболевания. При исследовании вестибулярной функции в межприступный период спонтанная вестибулярная симптоматика отсутствует, статическое, динамическое равновесие (в том числе при проведении постурографического (стабилографического) обследования) в пределах нормы. Во время приступа развивается периферический вестибулярный синдром с головокружением системного характера, тошнотой рвотой, нарушением равновесия (латеропульсия в здоровую сторону) и вестибулярным горизонтальным нистагмом в сторону больного уха. Вестибулометрически в межприступном периоде определяется угнетение вестибулярной функции, более выраженное на стороне поражения. При аудиологическом исследовании определяется так называемая скалярная или ложная сенсоневральная тугоухость – горизонтальный или восходящий тип аудиологической кривой с костно-воздушным интервалом (КВИ 5-10 дБ) в низком или среднем диапазоне частот. Нормальные пороги ультразвука (УЗВ) и латерализация его в сторону хуже слышащего уха. При болезни Меньера может отмечаться снижение амплитуды пиков спонтанной отоакустической эмиссии. При ретрокохлеарном уровне поражения отмечается повышение порогов акустического рефлекса относительно нормальных порогов слышимости, Критериями для ретрокохлеарной дисфункции слуховой системы являются: отсутствие всех компонентов КСВП от I до V пика, которое трудно объяснить потерей слуха; отсутствие всех компонентов, следующих за I или за III пиками; патологическое увеличение межпикового интервала I–V больше 4,4 мс; патологическое уменьшение отношения амплитуд V/I ниже 0,5, особенно сопровождающееся и другими изменениями КСВП. Имеет диагностическое значение также патологическое увеличение разности параметров при стимуляции*

правого и левого уха (межауральная разница), особенно относящееся к межпиковым интервалам, которое трудно объяснить односторонней или асимметричной потерей периферического слуха в среднем или внутреннем ухе.

- Рекомендовано проведение электронистагмографической или видеоокулографической записи калорического и вращательного и иных тестов.

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств – IV)

Комментарии: предпочтение следует отдавать **ВНГ** с функцией сохранения записи – методе незаменимом при невозможности регистрации нистагма, в том числе на **ЭНГ**.

Примечание [YAL1]: Нет сокращения в списке сокращений

Примечание [УзМ2]: Внесено!

Примечание [YAL3]: Нет сокращения в списке сокращений

Примечание [УзМ4]: Внесено!

- Рекомендована компьютерная томография височных костей и магнитно-резонансная томография головного мозга с выведением внутренних слуховых проходов и мостомозжечковых углов.

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств – IV)

Комментарии: необходимо исключение новообразований (при сопутствующей односторонней сенсоневральной тугоухости – акустической шванномы), демиелинизирующего процесса, нейровазального конфликта, структурных изменений височных костей приобретённого и врождённого характера.

3. Лечение

Все применяющиеся методы лечения больных БМ можно разделить на три группы:

- I. купирование приступа головокружения (медикаментозное лечение);
- II. профилактические мероприятия в межприступный период (медикаментозное лечение);
- III. хирургическое лечение.

3.1 Консервативное лечение

- Рекомендуется подкожное введение атропина (1 мл 0,1% р-ра) или платифиллина (1 мл 0,2% р-ра).

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств III).

Комментарии: применяются для купирования приступа острого вестибулярного головокружения за счет блокирования афферентной импульсации раздраженного лабиринта [2-6].

- Рекомендуется использование дименгидринат (50-100 мг 2-3 раза в сутки), дифенгидрамин (25-50 мг внутрь 3-4 раза в сутки или 10-50 мг внутримышечно), меклозин (25-100 мг/сутки в виде таблеток для разжевывания)

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств III).

Комментарии: вестибулярные блокаторы центрального действия, а именно H1-блокаторы, проникающие через гематоэнцефалический барьер, используются в первые 2-3 суток заболевания для купирования приступа острого вестибулярного головокружения [2-7].

- Рекомендуется использование лоразепама** в дозе 1 мг (может использоваться сублингвально); диазепам** 10 мг (2,0) в/м.

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств III).

Комментарии: Использование средств, обладающих седативным эффектом, возможно в первые 2-3 суток острого головокружения для купирования приступа острого вестибулярного головокружения [2-7].

- Рекомендуется использование бетагистина** по 24 мг 2 раза в день (48 мг – суточная доза) в течение 2-3 месяцев и более.

Уровень убедительности рекомендаций А (уровень достоверности доказательств I) [7, 9-11].

Комментарии: Бетагистин является агонистом H1-гистаминовых рецепторов сосудов внутреннего уха и антагонистом H3-гистаминовых рецепторов вестибулярных ядер ЦНС. За счет расслабления прекапиллярных сфинктеров сосудов внутреннего уха улучшает кровообращение в сосудистой полочке внутреннего уха. Дозозависимо снижает генерацию потенциалов действия в нейронах латеральных и медиальных вестибулярных ядер. Ускоряет восстановление вестибулярной функции, в том числе благодаря активации центральной вестибулярной компенсации (за счет антагонизма с H3-гистаминовыми рецепторами) [7, 9, 11].

- Рекомендуется курсовое использование диуретиков (оптимально ацетазоламид**) (3 дня подряд – 1 раз в месяц)

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств III).

Комментарии: петлевые диуретики не должны применяться из-за возможного ототоксического эффекта. При длительном применении ацетазоламида необходимо контролировать уровень электролитов крови, возможна необходимость восполнения утраченных электролитов [2, 4].

- Рекомендуется химическая (медикаментозная) лабиринтэктомия.

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств III).

Комментарии: Гентамицин** как препарат, обладающий максимальной вестибулотоксичностью и минимальной ото- и нефротоксичностью, введенный в барабанную полость подавляет функцию задней части лабиринта независимо от патогенеза развития БМ. Данные исследований позволили выбрать оптимальную дозу гентамицина и схему введения, а именно 12 мг для каждой из 3 инъекций на курс лечения. В настоящее время данная схема лечения гентамицином считается наиболее эффективной в контроле головокружения и обеспечивает лучшие результаты по сохранению слуха в сравнении с другими режимами [10].

3.2 Хирургическое лечение

- Рекомендуется шунтирование эндолимфатического мешка (ЭМ) и вестибулярная нейрэктомия, селективная лазеродеструкция рецепторов лабиринта, частичная лабиринтэктомия (или облитерация полукружного канала), лабиринтэктомия и нейрэктомия.

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств III).

Комментарии: Хирургическое лечение согласно критериям ААО-HNS и ААО-HNS рекомендуется при неэффективности консервативной терапии в течение 6 месяцев [10].

4. Реабилитация

- Рекомендуется психолого-социальная реабилитация пациента.

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств III).

Критерии оценки качества медицинской помощи

Таблица 1 - Критерии оценки качества оказания амбулаторной медицинской помощи

№	Критерий	Уровень достоверности доказательств	Уровень убедительности рекомендаций
1	Выполнено исследование слуха шепотной и разговорной речью, проведение камертональных проб Вебера, Ринне, Федериче	IV	C
2	Выполнена тональная пороговая аудиометрия с оценкой воздушного и костного звукопроведения в стандартном диапазоне частот, надпороговые тесты (SISI, Люшера).	IV	C
3	Выполнена импедансометрия (тимпанометрия и акустическая рефлексометрия).	IV	C
4	Выполнена спиральная компьютерная томография височных костей для оценки сохранности структур среднего и внутреннего уха.	IV	C
5	Выполнена магнитно-резонансная томография, в том числе с контрастированием, области внутренних слуховых проходов, мостомозжечковых углов, задней черепной ямки.	IV	C
6	Выполнена регистрация вызванной отоакустической эмиссии и вызванных слуховых потенциалов	IV	C
7	Выполнено исключение ретрокохлеарного уровня поражения.	IV	C
8	Выполнена консультация врача-терапевта, врача-невролога, врача-офтальмолога, врача-сурдолога, врача-аудиолога.	IV	C
9	Выполнены вестибулометрические тесты - исследование спонтанных вестибулярных реакций (спонтанный нистагм, вестибулоокулярный рефлекс, функция статического динамического равновесия и координации движений), битермальная калоризация и вращательные пробы (исследование вестибулярного анализатора во время приступа ограничивается регистрацией спонтанных вестибулярных реакций)	IV	C
10	Выполнено постурографическое (стабилографическое) обследование.	IV	C
11	Достигнута ли в результате цель лечения: прекращение эпизодов вращательного головокружения, стабилизация аудиологических показателей, уменьшение выраженности ушного шума.	нет данных	нет данных

Примечание [YAL5]: В КР есть УУД и УУР необходимо указать и в КК

Примечание [YAL6]: Полагаю не все данные обследования должны указываться в КК

№	Критерий	Уровень достоверности доказательств	Уровень убедительности рекомендаций
12	Отсутствие осложнений в раннем и позднем периоде наблюдения.	нет данных	нет данных

Примечание [YAL5]: В КР есть УУД и УУР необходимо указать и в КК

Таблица 2 -Критерии оценки качества оказания стационарной медицинской помощи

№	Критерий	Уровень достоверности доказательств	Уровень убедительности рекомендаций
1	Выполнено исследование слуха шепотной и разговорной речью, проведение камертональных проб Вебера, Ринне, Федериче	IV	C
2	Выполнена тональная пороговая аудиометрия с оценкой воздушного и костного звукопроведения в стандартном диапазоне частот, надпороговые тесты (SISI, Люшера).	IV	C
3	Выполнена импедансометрия (тимпанометрия и акустическая рефлексометрия).	IV	C
4	Достигнута ли в результате цель лечения: прекращение эпизодов вращательного головокружения, стабилизация аудиологических показателей, уменьшение выраженности ушного шума.	нет данных	нет данных
5	Отсутствие осложнений в раннем и позднем послеоперационном периоде.	нет данных	нет данных

Список литературы

1. Бабияк В. И., Гофман В. Р., Накатис Я. А. Нейрооториноларингология. СПб, 2002. С. 663–674.
2. Крюков А. И., Федорова О.К., Антонян Р. Г. и др. Клинические аспекты болезни Меньера. М., 2006. 240 с.
3. Рациональная фармакотерапия заболеваний уха, горла и носа. Руководство для практикующих врачей. Ред. Лопатин А. С. Москва, «ЛИТТЕРА», 2011, 66,3 п.л. (815с.), с.547-554
4. Сагалович Б. М., Пальчун В. Т. Болезнь Меньера. М., 1999, 525 стр.
5. Солдатов И. Б. Болезнь Меньера / Руководство по оториноларингологии. Ред. И.Б. Солдатов. М., 1997, 200 с.
6. Зайцева О. В. Болезнь Меньера: клинико-диагностические критерии, лечебная тактика. – Лечащий врач. – 2013. – № 9. – С. 10-14
7. Ahsan SF, Standing R, Wang Y. Systematic review and meta-analysis of Meniett therapy for Meniere's disease. *Laryngoscope*. 2014 Jun 10. doi: 10.1002/lary.24773.
8. Kitahara T, Horii A, Imai T, Ohta Y, Morihana T, Inohara H, Sakagami M. Does endolymphatic sac decompression surgery prevent bilateral development of unilateral Ménière disease? *Laryngoscope*. 2014 Aug;124(8):1932-6. doi: 10.1002/lary.24614. Epub 2014 Feb 10.
9. Eugenio Mira, G. Guidetti, P.L. Ghilardi, B. Fattori, N. Malannino, R.Mora, S.Ottoboni, P. Pagnini, M. Leprini, E. Pallestrini, D. Passali, D. Nuti, M. Russolo, G. Tirelli, C.Simoncelli, S. Brizi, C. Vicini, P. Frasconi. Betahistine in peripheral vertigo. A double blind, placebo controlled, crossover study of Sere versus placebo 1 / *J.Eur. Arch. Otorhinolaryngol.*- 2003.- Vol.260:73-77
10. Lopez-Escamez J. A., Carey J., Chung W-H., Goebel J. A., Magnusson M., Mandalà M., Newman-Toker D. E., Strupp M., Suzuki M., Trabalzini F., Bisdorff A. Diagnostic criteria for Ménière's disease. Consensus document of the Bárány Society, the Japan Society for Equilibrium Research, the European Academy of Otolology and Neurotology (EAONO), the American Academy of Otolaryngology-Head and Neck Surgery (AAO-HNS) and the Korean Balance Society. - *Acta Otorrinolaringol Esp*. 2016 Jan-Feb; 67(1)1-7.
11. Nauta JJ. Meta-analysis of clinical studies with betahistine in Ménière's disease and vestibular vertigo. *Eur Arch Otorhinolaryngol*, 2014, May, 271 (5): 887-97.

Приложение А1. Состав рабочей группы

1. **Бабайкова Е.В.** к.м.н. является членом Национальной медицинской Ассоциации оториноларингологов;
2. **Белякова Л.В.** к.м.н., доцент является членом Национальной медицинской Ассоциации оториноларингологов;
3. **Гаров Е.В.** д.м.н. является членом Национальной медицинской Ассоциации оториноларингологов;
4. **Гусева А.Л.** к.м.н. является членом Национальной медицинской Ассоциации оториноларингологов;
5. **Загорская Е.Е.** к.м.н. является членом Национальной медицинской Ассоциации оториноларингологов;
6. **Зайцева О.В.** к.м.н. является членом Национальной медицинской Ассоциации оториноларингологов;
7. **Карнеева О.В.** д.м.н. является членом Национальной медицинской Ассоциации оториноларингологов;
8. **Кириченко И.М.** д.м.н. является членом Национальной медицинской Ассоциации оториноларингологов;
9. **Крюков А.И.** д.м.н., профессор является членом Национальной медицинской Ассоциации оториноларингологов;
10. **Кудеева Я. Ю.** является членом Национальной медицинской Ассоциации оториноларингологов;
11. **Кунельская Н.Л.** д.м.н., профессор является членом Национальной медицинской Ассоциации оториноларингологов;
12. **Левина Ю.В.** к.м.н. является членом Национальной медицинской Ассоциации оториноларингологов;
13. **Чугунова М.А.** к.м.н. является членом Национальной медицинской Ассоциации оториноларингологов;
14. **Янюшкина Е.В.** к.м.н. является членом Национальной медицинской Ассоциации оториноларингологов;
15. **Мирзабекян Е.В.** является членом Национальной медицинской Ассоциации оториноларингологов.

Конфликт интересов отсутствует.

Приложение А2. Методология разработки клинических рекомендаций

В качестве основы приняты методические рекомендации «болезнь Меньера», рассмотренные и утвержденные на заседании Национальной медицинской ассоциации оториноларингологов от 1-2 декабря 2014 года.

Целевая аудитория данных клинических рекомендаций (в соответствии с приказом МЗ №700н от 07.10.15 «О номенклатуре специальностей специалистов, имеющих высшее медицинское и фармацевтическое образование»):

1. Оториноларинголог
2. Сурдолог-оториноларинголог
3. Терапевт
4. Невролог
5. Психоневролог
6. Психиатр
7. Нейрохирург
8. Врач общей практики (семейный врач)

По мере развития и совершенствования методов диагностики, лечения и реабилитации пациентов с болезнью Меньера, появления новых нормативных актов, развития страховой медицины клинические рекомендации будут уточняться и дополняться. Учитывая междисциплинарный характер проблематики болезни Меньера целесообразно обновление рекомендаций по итогам проведения научно-практических конференций и симпозиумов каждые 4 года.

Таблица П1 – Используемые уровни достоверности доказательств

Класс (уровень)	Критерии достоверности
I (А)	Большие двойные слепые плацебоконтролируемые исследования, а также данные, полученные при мета-анализе нескольких рандомизированных контролируемых исследований.
II (В)	Небольшие рандомизированные и контролируемые исследования, при которых статистические данные построены на небольшом числе больных.
III (С)	Нерандомизированные клинические исследования на ограниченном количестве пациентов.
IV (D)	Выработка группой экспертов консенсуса по определённой проблеме

Таблица П2 – Используемые уровни убедительности рекомендаций

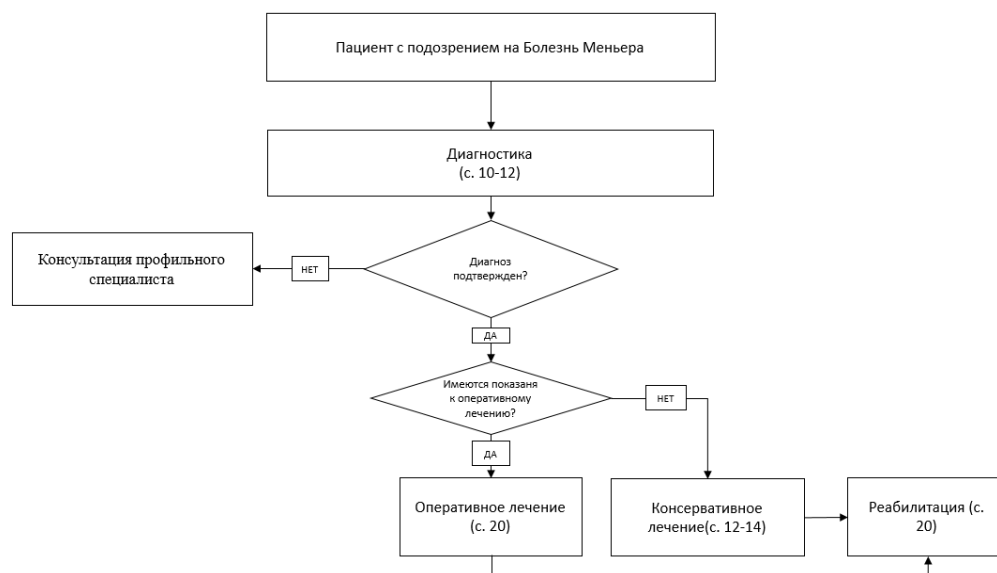
Шкала	Степень убедительности	Соответствующие виды исследований
--------------	-------------------------------	--

	доказательств	
А	Доказательства убедительны: есть веские доказательства предлагаемому утверждению	<ul style="list-style-type: none"> • Высококачественный систематический обзор, мета-анализ. • Большие рандомизированные клинические исследования с низкой вероятностью ошибок и однозначными результатами.
В	Относительная убедительность доказательств: есть достаточно доказательств в пользу того, чтобы рекомендовать данное предложение	<ul style="list-style-type: none"> • Небольшие рандомизированные клинические исследования с неоднозначными результатами и средней или высокой вероятностью ошибок. • Большие проспективные сравнительные, но нерандомизированные исследования. • Качественные ретроспективные исследования на больших выборках больных с тщательно подобранными группами сравнения.
С	Достаточных доказательств нет: имеющихся доказательств недостаточно для вынесения рекомендации, но рекомендации могут быть даны с учетом иных обстоятельств	<ul style="list-style-type: none"> • Ретроспективные сравнительные исследования. • Исследования на ограниченном числе больных или на отдельных больных без контрольной группы. • Личный неформализованный опыт разработчиков.

Порядок обновления клинических рекомендаций

Клинические рекомендации будут обновляться каждые 4 года

Приложение Б. Алгоритм ведения пациента



Приложение В. Информация для пациента

- недопустимо резкое изменение давления в среднем ухе при подводном плавании, резком сморкании, полетах на самолете
- диета с ограничением углеводов, соленых, острых, жирных мясных продуктов
- в ежедневном рационе обязательно должны быть продукты, богатые калием, в частности, печеный картофель, творог, курага
- исключить прием алкоголя, курение, употребление кофеина и теинов
- избегать переутомления, работы на высоте и с движущимися предметами