Клинические рекомендации: обновление по тиннитусу

3.11.26

ОРИГИНАЛ

Clinical Practice Guideline: Tinnitus Update

В обновлённые рекомендации по тиннитусу включён **скрининг риска самоповреждения** у пациентов, которых беспокоит шум в ушах. Отдельно рассмотрены соматосенсорный компонент, кохлеарная имплантация и бимодальная нейромодуляция.

Документ Американской академии оториноларингологии и хирургии головы и шеи опубликован в *Otolaryngology–Head and Neck Surgery* в октябре 2026 года. Он относится к взрослым ≥18 лет со стойким беспокоящим тиннитусом. Тиннитус с установленной причиной, кроме нейросенсорной тугоухости, не входит в область применения рекомендаций.

Риск самоповреждения

В приведённом метаанализе суицидальные мысли отмечались у **20% людей с тиннитусом**, попытки суицида у 2%. Тревога и депрессия могут сопровождать тиннитус или усугубляться на его фоне.

Для скрининга предложены вопрос PHQ-9 о мыслях о смерти или причинении себе вреда за последние две недели и Колумбийская шкала оценки тяжести суицидального риска. Разговор можно начинать с обсуждения эмоционального состояния и связанного с шумом дистресса. Выявление риска предполагает своевременное направление для оценки психического состояния и оказания помощи.

Соматосенсорный компонент

Изменение шума при движении челюстью, сжатии зубов или надавливании указывает на возможный соматосенсорный компонент. Эти особенности выясняют при расспросе; короткие двигательные пробы могут помочь их выявить.

Дисфункция височно-нижнечелюстного сустава или шейного отдела позвоночника служит основанием для профильной оценки и направления к специалисту по физической реабилитации. У части пациентов коррекция этих нарушений уменьшает тиннитус.

Кохлеарная имплантация

После кохлеарной имплантации **до 75% пациентов** сообщают хотя бы о частичном уменьшении тиннитуса. Отмечаются и клинически значимые изменения показателей его тяжести, включая Tinnitus Functional Index.

Этот эффект имеет значение для пациентов, соответствующих критериям имплантации. Расширение показаний на одностороннюю глухоту особенно актуально для людей, которых тиннитус беспокоит сильнее, чем само снижение слуха.

Аудиологическое обследование и визуализация

Комплексное аудиологическое обследование сохраняет центральную роль: пациент может не замечать тугоухость, но испытывать затруднения при понимании речи в шуме.

Рутинная визуализация при двустороннем субъективном непульсирующем тиннитусе не рекомендована. Диагностическая результативность низка, вероятны случайные находки. Основания для визуализации включают:

- односторонний или двусторонний пульсирующий шум;
- односторонний тиннитус, в том числе с односторонним снижением слуха;
- неврологический дефицит, включая впервые возникшее поражение черепных нервов, или головокружение.

Когнитивно-поведенческая терапия

Когнитивно-поведенческая терапия (КПТ) уменьшает связанный с тиннитусом дистресс и улучшает качество жизни, воздействуя на мысли, эмоции и поведение. Её польза не равнозначна устранению самого звукового ощущения.

Возможны очные и дистанционные, индивидуальные и групповые форматы. Нормальные результаты обследования не означают завершения помощи: дальнейшее ведение часто требует междисциплинарного подхода.

Лекарства и добавки

Антидепрессанты, противосудорожные препараты, анксиолитики и интратимпанальные инъекции **не рекомендованы для рутинного лечения самого тиннитуса**. Доказательств устранения или уменьшения его восприятия недостаточно; учитывается потенциальный вред.

Это ограничение не исключает назначения лекарств по самостоятельным показаниям, например при депрессии, тревожном расстройстве, эпилепсии или мигрени.

Биологически активные добавки также не рекомендованы. Доказательства не подтверждают их пользу для широкого круга пациентов; расходы и необоснованные ожидания увеличивают бремя лечения.

Нейромодуляция

Повторная транскраниальная магнитная стимуляция не рекомендована для рутинного лечения тиннитуса. В отдельных исследованиях отмечалась краткосрочная польза, но долговременный эффект не подтверждён. Дополнительные ограничения включают потенциальный вред, стоимость и ограниченную доступность.

Бимодальная нейромодуляция сочетает два вида стимуляции, например звуковую и слабую электрическую. Её можно обсуждать как вариант лечения, однако **данных для рекомендации применения пока недостаточно**.

📌 Основные выводы для практикующих врачей

1. **Скрининг риска самоповреждения включён в обновление.** У пациентов с беспокоящим тиннитусом предусмотрена оценка суицидальных мыслей и риска причинения себе вреда.
2. **Изменение шума при движении помогает выявить соматосенсорный компонент.** Коррекция дисфункции челюстного сустава или шейного отдела может уменьшать тиннитус у части пациентов.
3. **Кохлеарная имплантация может уменьшать тиннитус.** Этот эффект учитывается у кандидатов на имплантацию, включая пациентов с односторонней глухотой.
4. **Визуализация нужна не всем.** При двустороннем непульсирующем субъективном шуме без настораживающих признаков её рутинное применение не поддерживается.
5. **КПТ уменьшает дистресс и улучшает качество жизни.** Поддерживаются разные форматы помощи, включая дистанционные.
6. **Лекарства и добавки не имеют рутинного показания для лечения тиннитуса.** Ограничение лекарственной терапии не распространяется на лечение самостоятельных сопутствующих заболеваний.
7. **Доказательства для методов нейромодуляции различаются.** Рутинная повторная транскраниальная магнитная стимуляция не рекомендована; бимодальный подход допускает обсуждение, но пока не получил рекомендации к применению.