Мастоидит

Клинические рекомендации Минздрава России · взрослые, дети · редакция 2026 г., статус «Применяется» на 04.11.2026 · МКБ-10: H70 · Национальная медицинская ассоциация оториноларингологов

Мастоидит — деструктивное воспаление слизистой оболочки, периоста и костной основы ячеистой структуры сосцевидного отростка, чаще как осложнение острого или хронического гнойного среднего отита. Консервативное лечение начинают незамедлительно после постановки диагноза; хирургическое лечение выполняют в экстренном порядке при недостаточном эффекте или осложнениях.

Главное

- Острый мастоидит длится не более 1 месяца; хронический, или латентный, сохраняется дольше 1 месяца и чаще связан с хроническим гнойным либо затянувшимся острым средним отитом.
- Особенно высок риск вторичного мастоидита у детей младше 2 лет, при рецидивирующем среднем отите, неполной пневматизации сосцевидного отростка и состояниях со снижением иммунитета.
- Боль в ухе и заушной области, лихорадка, болезненность сосцевидного отростка, оттопыренность ушной раковины, гиперемия и пастозность за ухом, нависание задне-верхней стенки наружного слухового прохода — основные клинические признаки.
- Все пациенты с мастоидитом подлежат экстренной госпитализации в стационар, оказывающий специализированную помощь по профилю «оториноларингология».
- Системную антибактериальную терапию начинают сразу после установления диагноза, не ожидая результатов посева отделяемого из уха; у взрослых и детей препараты вводят парентерально.
- При сохранной барабанной перепонке первым этапом лечения неосложненного острого мастоидита или антрита служат парацентез либо шунтирование с дренированием барабанной полости; при отсутствии положительной динамики через 48–72 часа переходят к антромастоидотомии или антродренажу.
- Через 1 месяц после выздоровления оценивают слух: тональной аудиометрией после 7 лет, игровой аудиометрией в возрасте 3–7 лет или исследованием вызванной отоакустической эмиссии до 3 лет.

Диагностика

1. Уточнить жалобы и анамнез: боль в ухе или за ухом, лихорадку, головную боль, снижение слуха, ухудшение состояния, а также предшествующий острый или хронический гнойный средний отит либо травму височной кости.
2. Провести первичный осмотр оториноларингологом; оценить заушную область, положение ушной раковины, болезненность сосцевидного отростка, состояние лицевой мускулатуры и признаки распространения процесса.
3. Выполнить отоскопию: искать сужение наружного слухового прохода из-за нависания его задне-верхней стенки, гиперемию и выбухание барабанной перепонки, перфорацию и характер отделяемого.
4. Назначить развернутый общий анализ крови и С-реактивный белок; дополнительно взять отделяемое из уха на аэробные и факультативно-анаэробные микроорганизмы с определением чувствительности к антимикробным препаратам. Уровень убедительности рекомендаций С, УДД 5 для общего анализа крови и С-реактивного белка; С, УДД 4 для культурального исследования.
5. Провести КТ височной кости для выявления нарушения пневматизации и костной деструкции: УУР В, УДД 2 для детей и УУР С, УДД 4 для взрослых. При подозрении на внутричерепные осложнения использовать внутривенное болюсное контрастирование.
6. Пациентам старше 7 лет исследовать слух камертоном и/или речевой аудиометрией.
7. Всем пациентам с симптомами мастоидита провести первичную консультацию невролога для исключения осложнений. Уровень убедительности рекомендаций С, УДД 5.

Лечение

- Немедленно начать системную антибактериальную терапию: амоксициллин + клавулановая кислота либо цефотаксим или цефтриаксон. Уровень убедительности рекомендаций С, УДД 4. Амоксициллин + клавулановая кислота: взрослым и детям старше 12 лет или массой от 40 кг — 1 г по амоксициллину

внутривенно 3 раза в сутки; детям от 3 месяцев до 12 лет массой менее 40 кг — 25 мг/кг по амоксициллину 3–4 раза в сутки, 5–14 дней.

- Цефотаксим взрослым и детям старше 12 лет массой от 50 кг вводят внутривенно или внутримышечно каждые 12 часов по 1–2 г; детям до 12 лет массой до 50 кг — 100–150 мг/кг/сут внутривенно или внутримышечно в 2–4 введения в течение 7–10 дней; новорожденным — 50 мг/кг/сут внутривенно или внутримышечно в 2–4 введения. Цефтриаксон: взрослым и детям старше 12 лет массой от 50 кг — 1–2 г каждые 24 часа; детям до 12 лет массой менее 50 кг — 20–80 мг/кг/сут однократно; новорожденным до 14 дней — 20–50 мг/кг/сут внутривенно или внутримышечно в течение 7–14 дней.
- При MRSA, устойчивых штаммах, непереносимости бета-лактамов или отсутствии ответа может применяться ванкомицин: взрослым и детям старше 12 лет — 2 г/сут внутривенно капельно по 0,5 г каждые 6 часов или по 1 г каждые 12 часов; детям от 1 месяца до 12 лет — 10 мг/кг каждые 6 часов, рекомендуемая суточная доза 40 мг/кг. При Pseudomonas aeruginosa или устойчивости к бета-лактамам у детей применяют меропенем 60 мг/кг/сут внутривенно в 3 введения каждые 8 часов. УУР С, УДД 5.
- При боли или лихорадке назначают парацетамол либо НПВП — ибупрофен, диклофенак, кеторолак, кетопрофен, лорноксикам или дексketопрофен — в формах и дозах по инструкциям, в том числе после операции. Для перечисленных препаратов в детской и взрослой популяции УУР С, УДД 5; для лорноксикама и диклофенака у взрослых УУР В, УДД 2.
- При наличии перфорации барабанной перепонки, а также в послеоперационном периоде через парацентезное отверстие или тимпаностомический шунт используют ушные капли: офлоксацин взрослым и детям старше 15 лет по 5 капель 2 раза в сутки 10 дней; рифамицин детям по 3 капли 3 раза в сутки 7 дней. Уровень убедительности рекомендаций С.
- Для восстановления функции слуховой трубы назначают оксиметазолин или ксилометазолин по инструкции, но не дольше 7 дней. Для детей до года указаны формы оксиметазолина 0,01%; детям от года до 6 лет — 0,025%; взрослым и детям старше 6 лет — 0,05%.
- При сохранной барабанной перепонке выполняют парацентез либо шунтирование и дренирование барабанной полости. Если через 48–72 часа нет положительной динамики, при наличии субпериостального абсцесса или абсцесса шеи, внутричерепных осложнений, отогенного сепсиса либо вялотекущего процесса с разрушением тканей выполняют антромастоидотомию или антродренаж.

Когда направить и как наблюдать

- Экстренно госпитализировать каждого пациента с мастоидитом независимо от причины и стадии процесса в ЛОР-стационар.
- Первичный осмотр ЛОР-врачом необходим всем пациентам с симптомами мастоидита.
- При подозрении на осложнения необходима первичная консультация невролога.
- Выписка возможна при нормализации общего состояния без лихорадки и интоксикации, нормализации показателей общего и биохимического анализа крови и отсутствии выделений из уха.
- При снижении слуха после перенесенного мастоидита необходима первичная консультация сурдолога-оториноларинголога.

Частые вопросы

Какие признаки наиболее характерны для мастоидита?

Наиболее значимы боль в ухе и заушной области, лихорадка, болезненность сосцевидного отростка, оттопыренность ушной раковины, гиперемия и пастозность за ухом, а также нависание задне-верхней стенки наружного слухового прохода.

Нужна ли КТ при подозрении на мастоидит?

Да, КТ височной кости показана всем пациентам с симптомами мастоидита для выявления воспалительных и костно-деструктивных изменений. При подозрении на внутричерепные осложнения проводят КТ с внутривенным болюсным контрастированием.

Можно ли ждать результатов посева перед началом антибиотиков?

Нет. Антибактериальную терапию начинают сразу после постановки диагноза, не дожидаясь результатов культурального исследования; системные препараты у взрослых и детей вводят парентерально.

Когда при мастоидите требуется операция?

При сохранной барабанной перепонке первым этапом выполняют парацентез либо шунтирование с дренированием барабанной полости. Антромастоидотомия или антродренаж нужны при отсутствии эффекта через 48–72 часа, субпериостальном абсцессе или абсцессе шеи, внутричерепных осложнениях, отогенном сепсисе или вялотекущем деструктивном процессе.

Нужно ли диспансерное наблюдение после мастоидита?

Диспансерное наблюдение не требуется.

Как оценивают слух после перенесенного мастоидита?

Через 1 месяц после выздоровления проводят возрастное исследование слуха; при его снижении направляют к сурдологу-оториноларингологу.

Выжимка сделана по тексту рекомендации и не заменяет его. Полный официальный текст, калькуляторы и сокращённая версия: https://школасеченова.рф/cr/311-mastoidit. Официальный источник: https://cr.minzdrav.gov.ru/preview-cr/311_2