Острый синусит

Клинические рекомендации Минздрава России · взрослые, дети · редакция 2024 г., статус «Применяется» на 04.11.2026 · МКБ-10: J01 · Национальная медицинская ассоциация оториноларингологов

Острый синусит — острое воспаление слизистой носа и околоносовых пазух продолжительностью менее 12 недель. Рекомендация описывает диагностику у взрослых и детей, критерии бактериального процесса, амбулаторное лечение и показания к госпитализации.

Главное

- Диагноз ОС у взрослых предполагает острое начало и не менее двух симптомов; одним из них обязательно должны быть заложенность носа и/или выделения из носа. Симптомы сохраняются не более 12 недель.
- Рецидивирующий ОС — это не менее 4 эпизодов за последний год при интервалах без симптомов и лечения длительностью не менее 8 недель.
- Вирусная этиология выявляется в 90–98% случаев, бактериальная — в 2–10%; вторичная бактериальная инфекция после вирусной ИВДП развивается у 0,5–2% взрослых и примерно у 5% детей.
- Тяжесть оценивают по лихорадке, влиянию симптомов на качество жизни, головной или лицевой боли и наличию осложнений. Орбитальные или внутричерепные осложнения относят к признакам тяжелого течения.
- У взрослых системные антибиотики показаны при среднетяжелом и тяжелом ОС; при легком течении — только при рецидивирующем процессе и симптомах не менее 5–7 дней, а также при тяжелой сопутствующей патологии или иммунокомпрометации. Уровень убедительности рекомендаций А, уровень достоверности доказательств 1.
- Если на фоне антибиотика нет заметного клинического эффекта в течение 3 дней, препарат следует заменить, не дожидаясь окончания курса.
- Большинство случаев лечат амбулаторно; тяжелое течение, орбитальные или внутричерепные осложнения, ухудшение в любой срок либо отсутствие положительной динамики через 3–5 дней системной антибактериальной терапии требуют госпитализации.

Диагностика

1. При сборе жалоб и анамнеза уточняют затруднение носового дыхания, наличие отделяемого из носа или носоглотки, лицевую и/или головную боль продолжительностью не более 12 недель.
2. Провести общий и стандартный оториноларингологический осмотр всем пациентам. При риноскопии оценивают отделяемое, гиперемию и отек слизистой; отсутствие отделяемого не исключает синусит. УУР С, УДД 5.
3. У детей предварительный диагноз при специализированной помощи подтверждают риноскопией или риноэндоскопией с выявлением гнойного отделяемого и/или отека в области остиомеатального комплекса либо компьютерной томографией.
4. При среднетяжелом и тяжелом течении выполнить развернутый общий анализ крови. Лейкоцитоз с нейтрофилезом неспецифичен, но его нарастание может учитываться при решении о системной антибактериальной терапии. УУР С, УДД 5.
5. Эндоскопическую ревизию полости носа и носоглотки использовать для оценки состояния и дифференциальной диагностики, особенно при подозрении на сфеноидит, аденоидит или инородное тело. УУР С, УДД 5.
6. КТ околоносовых пазух показана при подозрении на орбитальные или внутричерепные осложнения, затяжном тяжелом течении и сложной диагностике; это наиболее информативный метод. УУР В, УДД 1.
7. При среднетяжелом или тяжелом течении, сложной диагностике и невозможности КТ выполнить рентгенографию; если недоступны и КТ, и рентгенография, при подозрении на верхнечелюстной или фронтальный синусит допустимо УЗИ. УУР В, УДД 1.

Лечение

- При первичном бактериальном ОС у взрослых стартовый препарат — амоксициллин внутрь: 500 мг 3 раза в сутки при отсутствии факторов риска устойчивости пневмококка или 1000 мг 3 раза в сутки при их наличии. При риске β-лактамаз-продуцирующих возбудителей, сопутствующей патологии, иммуносупрессии, возрасте старше 65 лет или неэффективности амоксициллина используют амоксициллин/клавулановую кислоту 500/125 мг 3 раза в сутки или 875/125 мг 2 раза в сутки. УУР В, УДД 2.
- У взрослых продолжительность антибактериальной терапии составляет 7 дней при неосложненном ОС и 10–14 дней при осложненном. При тяжелом течении предпочтительны парентеральные цефалоспорины 3-го поколения; при риске анаэробной инфекции возможен клиндамицин в комбинации с ними.
- У детей системные антибиотики назначают при признаках бактериального синусита, среднетяжелом или тяжелом течении; при легком течении — также при иммунодефиците, муковисцидозе, первичной цилиарной дискинезии, некомпенсированном сахарном диабете I типа или рецидивирующем ОС. Стартовый амоксициллин — 50–60 мг/кг/сут в 2–3 приема; при факторах риска β-лактамаз — амоксициллин/клавулановая кислота 45–60 мг/кг/сут в 2–3 приема. УУР С, УДД 5.
- У детей при отсутствии эффекта от амоксициллина через 48–72 часа переходят на амоксициллин/клавулановую кислоту. Курс составляет 7–10 дней при неосложненном бактериальном процессе и 10–14 дней при орбитальных или внутричерепных осложнениях либо рецидивирующем течении; эффективность оценивают через 48–72 часа.
- Для туалета носа назначают элиминационно-ирригационную терапию изотоническими солевыми растворами. Слабые гипертонические растворы применяют только в остром периоде, не дольше 5–7 дней. УУР С, УДД 1.
- При назальной обструкции используют интраназальные альфа-адреномиметики, строго по назначению и под контролем врача, обычно 5–7 дней. Нафазолин в оториноларингологической практике применять не следует; у детей 0–6 лет указаны фенилэфрин 0,125% и оксиметазолин 0,01–0,025%, а ксилометазолин 0,05% — с 2 лет. УУР А, УДД 1.
- Топические глюкокортикостероиды применяют пациентам старше 12 лет при затяжном поствирусном синусите как монотерапию или вместе с системными антибиотиками при наличии показаний. До 12 лет монотерапия допустима только при сопутствующем аллергическом рините. УУР В, УДД 1.
- Пункция верхнечелюстной пазухи показана при рентгенологически подтвержденном патологическом содержимом и тяжелом течении либо при среднетяжелом течении без эффекта от лечения, включая системные антибиотики в течение 5–7 дней. При орбитальных или внутричерепных осложнениях проводят хирургическое лечение и дренирование в стационаре. УУР С, УДД 5.

Когда направить и как наблюдать

- Экстренно госпитализировать пациентов с тяжелым ОС, включая орбитальные и внутричерепные осложнения.
- Госпитализировать при отсутствии положительной динамики после 3–5 дней адекватной системной антибактериальной терапии или при прогрессирующем ухудшении в любой срок.
- При орбитальных или внутричерепных осложнениях направить в стационар для хирургического вскрытия пораженной пазухи, дренирования абсцесса и другой необходимой помощи.
- Выписка из стационара возможна после достижения стабильного удовлетворительного состояния, сохраняющегося не менее 3 последних дней.

Частые вопросы

Когда при остром синусите назначать системные антибиотики взрослому?

При среднетяжелом или тяжелом течении. При легком течении антибиотики нужны только при рецидивирующем ОС с симптомами не менее 5–7 дней, а также при тяжелой сопутствующей патологии или иммунокомпрометации.

Какие признаки поддерживают диагноз острого бактериального синусита?

Значимы сочетание трех и более признаков: гнойные или односторонние выделения не менее 3 дней, боль или давление в проекции пазух, температура не менее 38,0 °C, вторая волна заболевания и лейкоцитоз более 15 ×

10^9/л. Также бактериальный процесс вероятен при выраженных симптомах, сохраняющихся 3–4 дня с угрозой или признаками орбитальных либо внутричерепных осложнений.

Нужна ли КТ каждому пациенту с острым синуситом?

Нет. КТ показана при подозрении на орбитальные или внутричерепные осложнения, затяжном тяжелом течении и сложных диагностических случаях.

Как долго применять сосудосуживающие капли или спреи?

Деконгестанты используют при назальной обструкции строго по назначению врача и ограничивают 5–7 днями из-за риска медикаментозного ринита. Нафазолин в практике не применяют.

Когда нужна пункция верхнечелюстной пазухи?

При наличии патологического содержимого по данным рентгенографии и тяжелом течении либо при среднетяжелом течении без эффекта от лечения, включая системные антибиотики в течение 5–7 дней. У детей пункцию проводят только в стационаре.

Выжимка сделана по тексту рекомендации и не заменяет его. Полный официальный текст, калькуляторы и сокращённая версия: https://школасеченова.рф/cr/313-ostryj-sinusit. Официальный источник: https://cr.minzdrav.gov.ru/preview-cr/313_3