

ОГЛАВЛЕНИЕ

Участники издания	5
Список сокращений и условных обозначений	6
Предисловие	7
Глава 1. Терминология и определение	10
1.1. Острый риносинусит	10
1.2. Методы активного дренирования	11
Глава 2. Популярность методов активного дренирования	13
Глава 3. Патофизиологическое обоснование активного дренирования	14
Глава 4. Эволюция методов активного дренирования	16
4.1. Пункционный метод	16
4.2. Метод создания пониженного давления	22
4.3. Метод перемещения раствора по Proetz	25
Глава 5. «Как закалялась сталь» — история изобретения назального катетера, рассказанная изобретателем	29
<i>В.С. Козлов</i>	
5.1. Обращение к читателям	29
5.2. Марков дает направление (слово об учителях)	29
5.3. Удивительная рентгенограмма (первые шаги)	34
5.4. По размеру	36
5.5. «Наглый хлястик» (первые результаты)	37
Глава 6. Принцип действия назального катетера, научные публикации и развитие истории	40
Глава 7. Обучение методам активного дренирования	63
Глава 8. Лечение острого риносинусита методами активного дренирования: современное состояние вопроса	77
Глава 9. Преимущества и недостатки методов активного дренирования	81
Глава 10. Результаты собственных исследований	83
10.1. Практика применения методов активного дренирования при остром бактериальном риносинусите	83

10.2. Сравнительная оценка методов активного дренирования околоносовых пазух при остром бактериальном риносинусите . . .	85
10.3. Лечебный алгоритм	87
10.4. Практические рекомендации.	88
Глава 11. Безопасность, переносимость	
и длительность процедур	89
11.1. Процедура с назальным катетером	89
11.2. Пункция верхнечелюстной пазухи	89
11.3. Перемещение раствора по Proetz	94
Глава 12. Показания и противопоказания, техника проведения,	
осложнения.	95
12.1. Процедура с назальным катетером ЯМИК-3	95
12.2. Пункция верхнечелюстной пазухи	128
12.3. Перемещение раствора по Proetz	146
Заключение	155
Список литературы	156

ПРЕДИСЛОВИЕ

Острый риносинусит является одним из наиболее распространенных заболеваний на планете. Высокий уровень его распространенности обусловлен тем, что основными инициирующими агентами заболевания являются циркулирующие в популяции вирусы из группы острых респираторных инфекций, которых, как известно, насчитывается несколько сотен видов. Многие из них вызывают острый вирусный риносинусит, который, как и большинство других острых вирусных инфекций верхних дыхательных путей, в большинстве случаев требует только симптоматического лечения. Доля бактериальных риносинуситов составляет около 2% — это огромная человеческая популяция. При этом не все пациенты нуждаются в системной антибактериальной терапии. Учитывая, что острый риносинусит является одной из наиболее часто встречающихся острых патологий верхних дыхательных путей, нетрудно предположить, что он оказывает существенную нагрузку на систему здравоохранения и является значимым экономическим бременем.

Одной из насущных проблем врача-оториноларинголога во время лечения пациента с острым риносинуситом является решение вопроса о необходимости проведения процедуры активного дренирования околоносовых пазух. К таким процедурам мы отнесли любые манипуляции, направленные на эвакуацию патологического содержимого околоносовых пазух и введение в них раствора, среди которых в практике наиболее распространены пункция верхнечелюстной пазухи, метод перемещения раствора по Proetz и дренирование околоносовых пазух при помощи назального катетера. Еще 100 лет назад вопрос, проводить или не проводить процедуру, не стоял, дренирование было основным и порой единственным методом лечения синусита. Первые упоминания о необходимости дренирования околоносовых пазух при гнойно-воспалительных процессах появились еще в XVIII в., задолго до открытия рентгеновских лучей (W.C. Röntgen, 1895) и создания первого антибиотика (A. Fleming, 1928). В то время уровень медицины не позволял достоверно и неинвазивно диагностировать риносинусит и лечить его медикаментозно. Существовали понимание природы заболевания, знание анатомии и необходимость лечения заболеваний околоносовых пазух, что способствовало разработке различных инструментов и хирургических доступов. Сегодня же на одной чаше весов стоят отечественные клинические рекомендации, медицинские стандарты и руководства, выступающие за активное дренирование, на другой — международные согласительные документы, современные

доказательные исследования, выступающие либо против, либо игнорирующие такие методы, считая их устаревшими и неэффективными.

Неопределенность в отношении целесообразности применения данных методов появилась после широкого внедрения в клиническую практику антибиотиков и топических стероидов, которые позволили успешно лечить острый риносинусит без каких-либо дополнительных манипуляций, что было научно доказано. Это привело к тому, что большая часть врачей полностью отказалась от использования дренирования как метода лечения (при этом пункция по-прежнему является стандартом микробиологической диагностики). Однако стоит признать, что активное дренирование, в частности метод перемещения раствора по Proetz, до сих пор остается крайне популярным методом лечения не только риносинуситов, но и практически любых острых и хронических воспалительных заболеваний полости носа и носоглотки в России, странах СНГ и ряде других стран. Более того, сложно встретить оториноларинголога, который не использует хотя бы один метод в своей ежедневной клинической практике. Вопрос о необходимости проведения активного дренирования долгое время является темой активных научных дискуссий.

Состояние проблемы побудило авторов к написанию книги, посвященной методам активного дренирования в лечении острого риносинусита. Стоит отметить, что наибольший интерес для авторов данной работы представляет бактериальная форма заболевания, так как именно при такой форме чаще всего применяется (а если быть точнее — должно применяться) активное дренирование.

В данной работе представлены современная (на момент написания) позиция по применению методов активного дренирования при остром риносинусите, подробный аналитический обзор каждого рассматриваемого метода активного дренирования околоносовых пазух, описаны техники проведения манипуляций, изложены результаты собственных исследований эффективности, безопасности и переносимости процедур, приведен алгоритм лечения острого бактериального риносинусита с использованием активного дренирования. В работе обоснована необходимость использования конкретных методов активного дренирования в определенных клинических ситуациях и ограничения рутинного применения данных методов в клинической практике.

Описанная в предлагаемой работе методика лечения риносинуситов при помощи назального катетера была разработана отечественным оториноларингологом, ученым, профессором В.С. Козловым. Уникальность книги заключается в том, что в ней представлены связанные с назальным

катетером воспоминания и размышления Владимира Сергеевича, написанные им собственноручно.

Книга будет полезна широкому кругу практикующих врачей, сталкивающихся с острыми респираторными инфекциями: оториноларингологам, терапевтам, врачам общей практики, педиатрам, а также ординаторам, аспирантам и студентам высших медицинских учреждений.

Глава 8

Лечение острого риносинусита методами активного дренирования: современное состояние вопроса

Исчерпывающий обзор всех методов лечения ОРС не является целью данной работы, с ними читатель может ознакомиться в соответствующих КР. Данная глава сфокусирована на анализе имеющихся (на момент написания книги) КР касательно лечения ОРС методами активного дренирования. Результаты собственных исследований рассмотрены далее в главе 10.

В соответствии с последними международными и российскими КР в лечении ОРС, в зависимости от его формы, могут быть использованы системные антибиотики, местные и системные глюкокортикоиды и деконгестанты, антигистаминные и противовоспалительные препараты, ирригационная терапия, мукорегуляторы и фитопрепараты [3, 117, 118].

Системные антибиотики и топические глюкокортикоиды в лечении ОБРС имеют наиболее высокий уровень доказательности, их эффективность не вызывает сомнений, поскольку была неоднократно исследована и подтверждена в научных исследованиях [119–125].

В международных согласительных документах методы активного дренирования как способ лечения ОРС не фигурируют. В EPOS 2020 пункция рекомендуется как инструмент исследования микрофлоры, особенно в отделении реанимации и интенсивной терапии, для коррекции антибактериальной терапии [3].

Клинические рекомендации Финляндии по лечению ОРС от 2018 г. предлагают проведение лечебно-диагностической пункции верхнечелюстной пазухи при наличии показания — длительное или тяжелое течение ОРС несмотря на проводимое лечение. Среди преимуществ выделяется удаление/исключение наличия секрета, уменьшение боли, получение посева.

Основным документом, регламентирующим проведение всех процедур активного дренирования, являются КР МЗ РФ [2]. В актуальных рекомендациях от 2021 г. лечение при помощи методов активного дренирования описано в разделе «3.2. Хирургическое лечение». Рассмотрим два пункта данного раздела.

- *«Рекомендовано проведение пунктионного лечения при наличии показаний и отсутствии противопоказаний. Для проведения лечебной пункции верхнечелюстной пазухи должны быть показания:*
 - рентгенологическое подтверждение наличия патологического содержимого в пазухе;
 - клинические данные за тяжелое течение острого синусита (ОС) или среднетяжелое течение ОС при отсутствии эффекта от проводимого лечения, включающего системную антибактериальную терапию в течение 5–6 дней.

Пункция верхнечелюстной пазухи позволяет промыть пораженную пазуху антисептическим раствором, удалить из нее патологический секрет, ввести антибактериальный препарат.

В некоторых случаях пункция и промывание пораженной пазухи позволяют ликвидировать блокаду ее естественного соустья. Считается, что регулярное удаление экссудата при гнойном синусите в 2–3 раза повышает содержание иммуноглобулинов и комплемента в пораженной пазухе, стимулируя механизмы местной антибактериальной защиты.

Пункция верхнечелюстной пазухи должна проводиться только врачом-оториноларингологом, владеющим этой врачебной манипуляцией, во избежание ятрогенных осложнений. С учетом инвазивного характера манипуляции в педиатрической практике пункция верхнечелюстной пазухи должна проводиться только пациентам, находящимся на стационарном лечении. От проведения трепанопункции лобной пазухи в педиатрической практике рекомендуется воздержаться, отдавая предпочтение в пользу наложения синус-катетера».

Здесь следует отметить, что указаны показания только для пункции верхнечелюстной пазухи.

В следующем пункте описаны остальные методы активного дренирования.

- *«Рекомендовано проведение дренирования ОНП при наличии показаний и отсутствии противопоказаний. Активное опорожнение ОНП и введение в них лекарственных препаратов может осуществляться также методом перемещения и при помощи синус-катетера. Использование синус-катетера может быть обосновано при затяжном течении экссудативных форм ОС, но при*

условии отсутствия обструкции соустьев пазух, о котором могут косвенно свидетельствовать наличие выраженного болевого синдрома у пациента с ОС и отсутствие гнойного секрета в области среднего носового хода.

Наличие катетера создает дополнительный путь для эвакуации секрета из пораженной пазухи, увеличивает воздухообмен, ликвидирует отрицательное давление при блокированном или работающем как клапан естественном соустье.

Отношение к методу длительного дренирования ОНП должно быть таким же, как и к пункции: оно не показано при первичных неосложненных формах синусита».

Согласно информации, представленной в разделе «Лабораторные диагностические исследования» КР, забор отделяемого для микробиологического исследования при остром синусите рекомендован только посредством пункции верхнечелюстной пазухи для снижения риска попадания в материал «путевой» микрофлоры.

В отношении указанных положений КР применен **уровень убедительности рекомендаций С** (слабая рекомендация) [отсутствие доказательств надлежащего качества: все рассматриваемые критерии эффективности (исходы) являются неважными, все исследования имеют низкое методологическое качество и их выводы по интересующим исходам не являются согласованными] и **уровень достоверности доказательств 5** [имеется лишь обоснование механизма действия вмешательства (доклинические исследования) или мнение экспертов].

Препараты, используемые для введения в околоносовые пазухи

Известно, что при проведении активного дренирования ОНП в клинической практике используется широкий спектр различных препаратов, часть из которых не предназначена для местного применения и оказывает негативное действие на мерцательный эпителий [2].

В **табл. 8.1** приведены наиболее часто используемые препараты, их международные непатентованные наименования, а также выдержки из инструкций. В настоящее время только три первых препарата в таблице могут быть официально использованы для введения в ОНП. Кроме того, возможно введение в пазухи стерильного 0,9% раствора натрия хлорида, поскольку он является базовым физиологическим раствором. Остальные препараты, хотя и используются рутинно, не предназначены для введения в пазухи. Следует иметь в виду, что инструкции могут отличаться, в зависимости от источника, поэтому рекомендуем проверять информацию.

Таблица 8.1. Список препаратов, используемых при лечении острого риносинусита*

Международное непатентованное наименование	Инструкция
Тиамфеникола глицинат ацетилцистеинат	Показания: синусит. Способ: местно, для введения в ОНП (взрослым 500 мг, детям 250 мг)
Бензилдиметил-миристоиламино-пропиламмоний	Показания: комплексное лечение острого и хронического гайморита. Способ: во время пункции верхнечелюстную пазуху промывают достаточным количеством препарата
Нитрофурал	Показания: эмпиема придаточных пазух носа. Способ: внутриполостно
Гидроксиметилхиноксалиндиоксид	Показания: синусит НЕ указан (есть «лечение различных форм гнойной бактериальной инфекции»). Способ: для внутриполостного введения (гнойные процессы в грудной и брюшной полости и т.д.)
Хлоргексидин	Показания: синусит НЕ указан [есть «п/о уход за больными в отделениях ЛОР; гнойные раны, инфицированные ожоги, бактериальные и грибковые заболевания слизистых оболочек в хирургии, урологии, акушерстве и гинекологии, стоматологии (гингивит, стоматит, афты, пародонтит, альвеолит)»]. Способ: внутриполостной НЕ указан
Дексаметазон	Показания: синусит НЕ указан (есть «тяжелые инфекционные заболевания, в сочетании с АБ») Способ: парентерально, местно; внутриполостной НЕ указан
Цефазолин Цефтриаксон Метронидазол Ципрофлоксацин	Показания: использование при синусите по показаниям. Способ: только парентерально

* Информация актуальна на момент написания книги.

Глава 9

Преимущества и недостатки методов активного дренирования

На основании проведенного анализа литературных данных в табл. 9.1–9.3 выделены преимущества и недостатки различных методов активного дренирования.

Таблица 9.1. Пункция верхнечелюстной пазухи

Преимущества	Недостатки
<ul style="list-style-type: none">• Прямое удаление отделяемого из пазухи• Возможность введения в пазуху раствора• Возможность получить материал непосредственно из пазухи• Возможность проведения при блоке соустья (две иглы)	<ul style="list-style-type: none">• Риск осложнений• Инвазивность• Болезненность, страх у пациента• Невозможность провести пункцию каждой пазухи при полисинусите• Требуется опыт врача

Таблица 9.2. Метод перемещения раствора по Proetz

Преимущества	Недостатки
<ul style="list-style-type: none">• Эвакуация отделяемого предполагается из всех пазух• Неинвазивность• Технически простая процедура• Процедура безопасна	<ul style="list-style-type: none">• Давление не контролируется• Эвакуация возможна при достаточно проходимых соустьях• Введение раствора возможно только в задние клетки решетчатого лабиринта и клиновидные пазухи• Требуется оборудование (аспиратор)

Таблица 9.3. Метод дренирования при помощи назального катетера

Преимущества	Недостатки
<ul style="list-style-type: none">• Возможность введения раствора во все пазухи• Возможность эвакуации отделяемого из всех пазух (при необходимости)• Малая инвазивность• Возможность контролировать давление положением поршня шприца• Процедура безопасна	<ul style="list-style-type: none">• Требуется опыт врача• Стоимость катетера и процедуры (не входит в обязательное медицинское страхование) <p><i>Остальные недостатки метода по сути являются недостатками самого назального катетера ЯМИК-3</i></p> <ul style="list-style-type: none">• Изготовлен из латекса (потенциальный аллерген)• При неправильном использовании катетера носоглоточный баллон может провалиться в ротоглотку, что вызывает стресс и может сопровождаться тошнотой и рвотой• Передний баллон имеет неравномерную форму, может сместить рабочий канал в сторону крыла или перегородки носа → блокада выходного отверстия → невыполнимость процедуры• При создании пониженного давления в полости носа слизистая оболочка увеличивается и может блокировать отверстие рабочего канала