

Ирригационная терапия — важный компонент профилактики и терапии воспалительных заболеваний носовой полости

Распространенность инфекционно-воспалительных заболеваний носа и околоносовых пазух, к которым в первую очередь относятся острый и хронический риносинусит, аллергический ринит (АР), с каждым годом неуклонно возрастает. Зачастую эти заболевания приводят к выраженному и длительному нарушению дыхательной функции носа, что существенно снижает качество жизни пациентов. Проблема синуситов нередко выходит за рамки оториноларингологии в связи с возможным развитием таких ассоциированных заболеваний, как хронический бронхит, бронхиальная астма и т.д. Неудовлетворительная эффективность лечения данных заболеваний требует применения вспомогательных методов их профилактики и терапии.

Данные эпидемиологических исследований свидетельствуют о росте распространенности заболеваний носа и околоносовых пазух как инфекционного, так и аллергического генеза. За последнее десятилетие заболеваемость синуситами увеличилась практически втрое, а количество больных, госпитализированных по поводу патологии носа и околоносовых пазух, неуклонно увеличивается. Позднее обращение больного за медицинской помощью и неадекватно подобранное лечение нередко способствуют хронизации процесса и распространению инфекции в пределах респираторного тракта. По данным Национального отчета по вопросам состояния здоровья населения США (United States National Health Interview Survey) за 2009 год, хроническим риносинуситом страдают около 13% американцев. Риносинуситы играют активную роль в формировании опасных риногенных орбитальных и внутричерепных осложнений, частота которых колеблется в пределах 6,6–12,4%.

Не лучшим образом выглядит ситуация и с АР. Согласно данным европейского международного популяционного исследования распространенность АР среди взрослого населения составляет приблизительно 23% (V. Vauchau et al., 2004). Многие специалисты считают, что в целом распространенность аллергических заболеваний удваивается каждые десять лет.

В чем же причина столь стремительно-го роста патологии полости носа и околоносовых пазух? Несомненно, на уровень заболеваемости оказывают влияние большое количество таких предрасполагающих факторов, как пол, возраст, климатические условия, переутомление, стресс, состояние местного и общего иммунитета, уровень инфекционной заболеваемости и т.д., однако первостепенное значение все же имеет неблагоприятная экологическая обстановка. Загрязненность и загазованность воздушной среды, увеличение количества вдыхаемых аллергенов увеличивают нагрузку на слизистую оболочку носовой полости, которая первой встречает и создает барьер многочисленным повреждающим агентам микробного, вирусного, химического и физического происхождения.

Ведущим защитным механизмом респираторного тракта является мукоцилиарный транспорт (клиренс), который обеспечивается скоординированным колебательным движением ресничек многоячевого мерцательного эпителия. Благодаря нормальной деятельности мукоцилиарного транспорта бактерии и вирусы быстро продвигаются в назальном секрете, что ограничивает время их контакта с эпителиальными клетками и затрудняет инвазию.

Эффективность мукоцилиарного клиренса во многом зависит от реологических свойств назального секрета, который представляет сложную смесь секрета слизистых желез, бокаловидных клеток поверхностного эпителия, а также

тканевого транссудата и продуктов выделения специализированных клеток. На объем секрета и его химический состав оказывают большое влияние физические (влажность, температура воздуха) и механические (количество и размеры частиц пыли) факторы внешней среды.

При низкой влажности воздуха в помещениях, что особенно характерно в зимний период в связи с использованием систем отопления и кондиционирования, носовой секрет становится вязким и густым. Вязкость слизи также повышается при воспалительных и аллергических процессах в случае частого применения назальных деконгестантов после хирургических вмешательств. Изменение состояния назального секрета способствует адгезии микроорганизмов к слизистой оболочке с последующим развитием инфекционного патологического процесса.

В то же время препятствовать высыханию назального секрета можно с помощью достаточно простого но эффективного способа — ирригации носовой полости солевыми растворами. Регулярные орошения носа (так называемый носовой душ) с помощью различных приспособлений и устройств разжижают носовой секрет, увеличивают частоту мерцания ресничек эпителия и тем самым существенно улучшают работу мукоцилиарного транспорта.

Помимо стимуляции мукоцилиарного клиренса, назальная ирригация способствует механическому удалению со слизистой оболочки носовой полости чужеродных и потенциально патогенных частиц (профессиональные поллютанты, компоненты табачного дыма, вирусы, бактерии, токсины).

При инфекционных и аллергических процессах в носовой полости назальная ирригация способствует удалению с поверхности слизистой оболочки провоспалительных медиаторов, что приводит к снижению выраженности симптомов воспаления (J.U. Ponikau et al., 2005).

С целью увлажнения слизистой оболочки носовой полости целесообразно применять гипотонический раствор натрия хлорида. В связи с тем, что осмолярность гипотонического раствора ниже, чем жидкости тела, его введение в полость носа приводит к повышению гидратации поверхности слизистой оболочки носа и содержимого носовой полости. Ирригация носовой полости гипотоническим раствором способствует разжижению густой слизи, размягчению сухих корочек в носу и облегчает их удаление. Это способствует восстановлению носового дыхания.

Еще одним важным положительным эффектом ирригационной терапии является подготовка слизистой оболочки полости носа к воздействию топических лекарственных средств (антибиотики, антигистаминные препараты, деконгестанты, кортикостероиды). Происходит улучшение контакта указанных препаратов со слизистой оболочкой, что обеспечивает повышение эффективности терапии риносинуситов.

Перечисленные свойства ирригационной терапии можно с успехом использовать для профилактики и терапии инфекционно-воспалительных заболеваний носовой полости.

В настоящее время врачи Европы и США активно применяют данный метод, который часто забывают использовать в своей практической деятельности отечественные специалисты. Согласно результатам опроса семейных врачей, проведенного в США, 87% из них применяют назальные солевые растворы в своей практике для лечения заболеваний носа и околоносовых пазух. 91% врачей, применяющих солевые растворы, рекомендуют назальную ирригацию при хроническом риносинусите, 67% — при остром бактериальном риносинусите, 66% — при сезонном АР, 59% — при ОРВИ, 48% — при круглогодичном АР, 17% — при рините беременных (D. Rabago et al., 2009).

Согласно международному согласительному документу EPOS (European Position Paper on Rhinosinusitis and Nasal Polyposis), принятому в 2007 г., показаниями для применения назальной ирригации являются острый (уровень доказательств IV, степень рекомендации D) и хронический риносинуситы (III, C) у детей, хронический риносинусит у взрослых как с полипами, так и без них (Ib, A).

Рассмотрим более подробно целесообразность применения солевых растворов при наиболее частых воспалительных заболеваниях носовой полости.

Хронический риносинусит. Учитывая положительные клинические и функциональные результаты назальной ирригации у пациентов с хроническим риносинуситом, продемонстрированные в обзоре Кокрановского сотрудничества, был сделан вывод о целесообразности его применения для уменьшения выраженности симптомов заболевания (R. Harvey et al., 2007).

Исследование D. Rabago et al. (2005), включенное в этот обзор, продемонстрировало, что у лиц с хроническим риносинуситом ежедневное промывание носовой полости солевым раствором в дополнение к стандартной терапии приводило к уменьшению выраженности основных симптомов заболевания на 64% по сравнению с пациентами из группы только стандартной терапии, а также клинически значимому улучшению качества жизни.

Аллергический ринит. В случае АР промывание носовой полости является одним из значимых методов элиминационной терапии, поскольку позволяет уменьшить контакт с причинным аллергеном путем непосредственного его удаления со слизистой оболочки.

Изучению эффективности назальных солевых растворов при АР было посвящено немало работ. В небольшом контролируемом рандомизированном исследовании у детей с лабораторно подтвержденным сезонным АР W. Garavello et al. (2003) применяли промывание носовой полости солевым раствором (три раза в день в течение 6 недель сезона палинации) в дополнение к антигистаминной терапии

или только антигистаминную терапию. В основной группе выраженность симптомов аллергии и потребность в антигистаминных препаратах по сравнению с контрольной группой существенно уменьшились. В 2005 г. эти авторы провели еще одно рандомизированное исследование с участием детей с сезонным аллергическим риноконъюнктивитом. Исследование еще раз подтвердило, что промывание носа солевым раствором (три раза в день в течение семинедельного периода палинации) обеспечивает уменьшение выраженности симптомов заболевания и потребности в пероральных антигистаминных препаратах.

В 2009 г. H. Li и соавт. установили уменьшение потребности в топических кортикостероидах у детей с АР на фоне промывания полости носа солевым раствором. Исследователи зафиксировали усиление мукоцилиарного транспорта и уменьшение содержания в носовом секрете маркеров аллергического воспаления.

В исследовании D. Rabago et al. (2006) пациенты с АР также сообщали о снижении выраженности симптомов аллергии при использовании назальных солевых растворов.

ОРВИ. Эффективность назальных солевых растворов в качестве терапии и профилактики ОРВИ была изучена в исследовании I. Slapak et al. (2008), в котором приняли участие 390 детей с данным заболеванием. В первой группе пациенты применяли ежедневное промывание носовой полости солевым раствором или орошение спреем в дополнение к стандартной терапии ОРВИ, а в контрольной — только стандартное лечение. Курс применения назальной ирригации составил 3 недели (фаза лечения), после чего пациентов наблюдали еще 9 недель (фаза профилактики). В обеих фазах у детей, применявших назальные солевые растворы (в виде как спрея, так и обычного раствора), было отмечено достоверное уменьшение назальной секреции, степени обструкции и потребности в лекарственных средствах.

В российском исследовании с участием 150 детей младшего школьного возраста было показано, что использование назальных солевых растворов с профилактической целью позволяет достоверно снизить заболеваемость ОРВИ в эпидемический и межэпидемический периоды (М.Р. Богомильский и соавт., 2007). Исследователи отмечают, что сокращению заболеваемости способствовало не только снижение микробной нагрузки на слизистую оболочку дыхательных путей в результате механического вымывания частиц пыли, но и стимуляция деятельности локальной иммунной защиты.

Некоторые эксперты рекомендуют промывание носовой полости солевыми растворами в **послеоперационный период после хирургических вмешательств на придаточных пазухах носа** в связи с угнетением функции мукоцилиарной транспортной системы.

В рандомизированном контролируемом исследовании S.R. Freeman et al. (2008) применение назальных солевых растворов после эндоскопических вмешательств по поводу хронического риносинусита или назального полипоза обеспечило достоверное снижение выраженности ринореи и тенденцию к уменьшению отека слизистой оболочки носовой полости через 3 недели после операции.

Таким образом, ирригационная терапия является наиболее физиологическим и безопасным методом воздействия на слизистую оболочку носа. Она эффективна в качестве дополнительного метода лечения при хроническом рините, АР, ОРВИ, после хирургических вмешательств на придаточных пазухах носа, а также с успехом может применяться с целью профилактики ОРВИ.

Подготовил Вячеслав Килимчук

