



18. Ketoprofen lysine: ketoprofen serum levels and analgesic activity / M. Pennisi [et al.] // Drugs Exp Clin Res. 1984. – Iss. 10. – P. 863–866.
19. Kokki H., Tumilehto H., Karvinen M. Pharmacokinetics of ketoprofen following oral and intramuscular administration in young children // Eur. J. Clin. Pharmacol. – 2001. – Vol. 57. – P. 643–647.
20. Negligible excretion of unchanged ketoprofen, naproxen and probenecid in urine / R.A.Upton [et al.] // J. Pharm. Sci. – 1980. – Vol. 69. – P. 1254–1257.
21. Panerai A., Pignataro O. Inflammation of the aerial ways: new therapeutical perspectives // Otorinolaringologia. – 1994. – N 44 (5 Suppl. 1). – P. 1–11.
22. Pharmacokinetics of ketoprofen following single oral, intramuscular and rectal doses and after repeated oral administration / T. Ishizaki [et al.] // Eur. J. Clin. Pharmacol. – 1980. – Vol. 18. – P. 407–414.
23. Randomized, double-blind, multicenter, controlled trial of ibuprofen versus acetaminophen (paracetamol) and placebo for treatment of symptoms of tonsillitis and pharyngitis in children / L. Bertin [et al.] // J. Pediatr. – 1991. – Vol. 119, iss. 5. – P. 811–814.
24. Selective inhibition of interleukin-8-induced neutrophil chemotaxis by ketoprofen isomers / C. Bizzarri [et al.] // Biochem Pharmacol. – 2001. – Vol. 61. – P. 1429–1437.
25. Veys E.M. 20 Years' Experience with ketoprofen // Scan. J. Rheumatol. – 1991. – Vol. 90. – P. 3–44.

Рязанцев Сергей Валентинович – профессор, докт. мед. наук, зам. директора по научной работе СПбНИИЛОР. 190013, СПб., ул. Бронницкая, д. 9; тел.: 8-812-316-2852, e-mail: lor-obshestvo@bk.ru; **Комаров** Михаил Владимирович – очный аспирант СПбНИИЛОР. 190013, СПб., ул. Бронницкая, д. 9; тел.: 8-812-982-2251, e-mail: 7_line@mail.ru

УДК: 616.216.1-002:615.473.9

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ УСТРОЙСТВА АКВА МАРИС ДОМАШНИЙ В КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ ОСТРОГО ГНОЙНОГО СИНУСИТА

Е. Г. Шахова, О. Р. Бакумова

DEVICE AQUA MARIS IN COMPLEX TREATMENT OF ACUTE PURULENT RHINOSINUSITIS

E. G. Shahova, O. R. Bakumova

ГОУ ВПО «Волгоградский государственный медицинский университет»

(Зав. каф. оториноларингологии – проф. Е. Г. Шахова)

В статье приведены результаты использования устройства Аква Марис домашнего для промывания полости носа в комплексном лечении больных с острым гнойным риносинуситом. Показано, что применение данного устройства лучше устраняет слизисто-гнойное отделяемое, чем другие подобные спреи. Использование данного устройства быстрее приводит к улучшению носового дыхания, устраняет заложенность носа, способствует уменьшению сроков заболевания.

Ключевые слова: устройство Аква Марис, острый гнойный риносинусит.

Библиография: 6 источников.

We studied device Aqua Maris in complex treatment of patients with an acute purulent rhinosinusitis. It is confirmed, that application of the device eliminates the best muco-purulent discharge, than the use of saline nasal spray. Device leads to an improvement in nasal breathing, eliminate congestion and reduces the time the disease.

Key words: a device Aqua Maris, an acute purulent rhinosinusitis.

Bibliography: 6 sources.

Синусит относится к числу самых распространенных заболеваний; острый синусит является наиболее частым осложнением острой респираторной вирусной инфекции (в 5–10%) и с одинаковой частотой встречается во всех возрастных группах [1, 2].



Современная терапия острых синуситов должна быть направлена на восстановление проходимости естественных соустьев и функций мукоцилиарного аппарата околоносовых пазух, эвакуацию патологического содержимого из ОНП, уменьшение обсемененности слизистой оболочки патогенной флорой [3–6].

Устройство для промывания носа Аква Марис фирмы «Ядран» (Хорватия) является новым шагом в разработке препаратов на основе натуральных природных веществ. Препарат Аква Марис – это очищенная и обезвреженная морская вода Адриатического моря. Уникальный состав солей и микроэлементов стимулирует процесс самоочищения слизистой оболочки. Наибольшее воздействие препарат оказывает на ее поверхностный эпителий, состоящий из трех типов клеток: реснитчатых, вставочных и бокаловидных.

Содержащиеся в морской воде соли и микроэлементы (Ca, Fe, K, Mg, Na, Cu, Sn и др.) способствуют повышению двигательной активности ресничек, разжижению слизи и нормализации ее выработки бокаловидными клетками, улучшению процессов регенерации. В состав эфирного масла мирта обыкновенного входят α -пинен, β -пинен, дипектен, камфен, цинеол, миртенол, гераниол, нерол, камфора, альдегиды, обеспечивающие антисептическое и тонизирующее действия при риносинуситах, тонзиллитах, бронхитах.

Листья мирта содержат белковые, дубильные вещества, смолы. Бессмертник итальянский (*Helichrysum angustifolium*, гелихризум, цмин, иммортель) содержит химические компоненты: нерол и нерилацетат (30–50%), гераниол, пинен, линалол, изовалериановый альдегид, сесквитерпены, фурфурол, евгенол – и обладает бактерицидным, противовирусным и противовоспалительным действиями.

Применение устройства Аква Марис домашний ведет к снижению концентрации вирусов, бактерий и аллергенов на слизистых оболочках дыхательных путей, улучшению оттока и освобождению от патологического содержимого околоносовых пазух, устранению кашля, вызванного затеканием слизи по задней стенке глотки, восстановлению функции мукоцилиарного транспорта, повышению эффективности использования топических лекарственных средств.

Преимущества устройства Аква Марис домашний: отсутствие побочного эффекта – отита при промывании носа, содержание натуральных солей и микроэлементов Адриатического моря, наличие в составе гипоаллергенных эфирных масел мирта обыкновенного и бессмертника итальянского – позволили включить его в комплексную терапию острого гнойного синусита.

Цель исследования. Оценка клинической эффективности, переносимости и безопасности устройства для промывания полости носа Аква Марис в комплексном лечении больных острым гнойным полисинуситом.

Задачи исследования. 1. Установить сроки наступления эффекта (скорость купирования объективных и субъективных симптомов) на фоне традиционной терапии в сочетании с элиминационной терапией Аква Марис в сравнении с контрольной группой традиционного лечения в сочетании с промыванием полости носа по Проэцу при лечении больных с острым гнойным полисинуситом.

2. Оценить сравнительную переносимость элиминационной терапии устройством Аква Марис.

Вид исследования. Открытое, рандомизированное, сравнительное исследование. Формирование основной и контрольной групп в зависимости от четного и нечетного номера истории болезни по 30 больных в каждой.

Критерии включения больных в исследуемые группы:

- больные в возрасте от 18 лет с установленным диагнозом острый гнойный полисинусит (гайморит, этмоидит, фронтит), $t < 38^\circ\text{C}$, СОЭ < 25 мм/ч;
- подписанное пациентом информированное согласие.

Критерии исключения больных из испытуемых групп:

- обострение имевшегося у больного хронического заболевания, требующее неотложных мероприятий;
- острое состояние, при котором больной нуждается в хирургическом вмешательстве;



– пациенты, которые могут повлиять на результаты исследования;
– пациенты из социально неблагополучных групп населения;
– пациенты, привлекавшиеся в последние 30 дней к исследованиям лекарственных средств;

- $t > 38^{\circ}\text{C}$;
- $\text{СОЭ} > 25 \text{ мм/ч}$;
- острые инфекционные заболевания, индивидуальная непереносимость препарата;
- тяжелые сопутствующие заболевания, требующие системной терапии;
- одновременное участие в других клинических исследованиях.

Схема лечения в контрольной группе включала антибиотикотерапию в течение 7 дней, прием местно сосудосуживающих капель в течение 5 дней, водно-струйное промывание полости носа физиологическим раствором, при необходимости пункции верхнечелюстных пазух, симптоматическую терапию – анальгетики.

Методика водно-струйного промывания полости носа заключается в следующем: положение больного – сидя или стоя, с лицом, наклоненным над раковиной; флакон с физиологическим раствором установлен на высоком штативе, на выходе системы укреплен канюля, позволяющая плотно obturировать ноздрю; систему для капельных инфузий, открытую в струйном режиме, подключают в одну ноздрю пациента.

В основной группе пациентам назначали антибиотикотерапию в течение 7 дней, местно сосудосуживающие капли в течение 5 дней, промывание полости носа с помощью устройства Аква Марис 2 раза в сутки в течение 10 дней, при необходимости пункцию верхнечелюстной пазухи, анальгетики в качестве симптоматической терапии.

Выбор антибактериального препарата зависел от формы и степени тяжести воспалительного процесса в околоносовых пазухах: при неосложненных гнойных процессах назначались препараты пенициллинового ряда (аминопенициллины и ингибиторзащищенные пенициллины), макролиды и линкозамы (при наличии аллергических реакций на вышеуказанные препараты) и антибиотики цефалоспоринового ряда II–III поколений.

Критерии выведения больных в процессе лечения:

- $t > 38^{\circ}\text{C}$;
- $\text{СОЭ} > 25 \text{ мм/ч}$;
- прогрессирующее течение заболевания (несмотря на проводимую терапию нарастала симптоматика с ухудшением общего состояния больного); осложнение заболевания.

Результаты. В исследование включены 30 больных основной группы (из них 18 женщин и 12 мужчин), средний возраст которых составил $35,2 \pm 7,2$ года, и 30 больных контрольной группы (из них 16 женщин и 14 мужчин), средний возраст – $38,1 \pm 6,4$ года. Диагноз острый гнойный синусит был верифицирован объективными данными риноскопии и рентгенограммами околоносовых пазух: верхнечелюстной синусит – 38 человек (из них 16 с двухсторонним процессом), гайморит – 12 человек (из них 5 с двухсторонним), гемисинусит – 7 человек, пансинусит – 3 человека.

У всех исследуемых был диагностирован острый гнойный синусит легкой или средней степени тяжести. Все пациенты предъявляли жалобы на заложенность носа, слизистые выделения, нарушение обоняния разной степени тяжести, большая часть – на головную боль (в основной группе 28 больных, выраженность 2,5 балла; в контрольной группе 26 больных, выраженность 2,4 балла).

В целях оценки выраженности клинических симптомов болезни использовали балльную шкалу (0 – баллов минимальные проявления, 3 балла – максимальные). На момент включения в исследование (визит 0) у 26 больных основной группы определялась болезненность при пальпации придаточных пазух носа, выраженность 2,6 балла (табл. 1). В контрольной группе данные проявления выявлялись у 27 больных, средняя сумма баллов составила 2,8 (табл. 2).

У большинства пациентов обеих групп при риноскопии определялись: дорожка слизи в носовых ходах, слизистые, слизисто-гнойные, гнойные или гнойно-геморрагические выделения, в большей степени умеренно выраженные (средний балл в основной группе составил 2,6, в контрольной – 2,5).



Таблица 1

Динамика выраженности клинических проявлений в основной групп

Контрольное обследование	Количество пациентов													
	0		I			II			III			IV		
Критерии оценки	Количество пациентов	$M \pm m$	Количество пациентов	$M \pm m$	p , не более	Количество пациентов	$M \pm m$	p , не более	Количество пациентов	$M \pm m$	p , не более	Количество пациентов	$M \pm m$	p , не более
Болезненность при пальпации в области проекции ППН	26	2,6±0,1	20	2,3±0,2	0,05	11	1,7±0,1	0,05	4	0,8±0,0	0,05	0	0	0,01
Головная боль	28	2,5±0,3	17	2,0±0,1	0,05	6	1,8±0,4	0,05	2	0,4±0,0	0,05	0	0	0,01
Данные ЛОР-осмотра	30	2,6±0,1	24	2,3±0,2	0,1	11	2,0±0,1	0,05	3	0,5±0,0	0,05	1	0,3±0,0	0,05
$\Sigma M \pm m$	28	2,6±0,2	27	2,2±0,2	0,05	9	1,8±0,2	0,05	3	0,8±0,1	0,05	1	0,3±0,0	0,05

Таблица 2

Динамика выраженности клинических проявлений в контрольной группе

Контрольное обследование	Количество пациентов													
	0		I			II			III			IV		
Критерии оценки	Количество пациентов	$M \pm m$	Количество пациентов	$M \pm m$	p , не более	Количество пациентов	$M \pm m$	p , не более	Количество пациентов	$M \pm m$	p , не более	Количество пациентов	$M \pm m$	p , не более
Болезненность при пальпации в области проекции ППН	27	2,8±1,0	23	2,6±0,9	0,1	13	2,0±0,4	0,05	7	1,1±0,2	0,05	2	0,4±0,1	0,01
Головная боль	26	2,4±0,2	21	2,1±0,3	0,05	14	1,7±0,2	0,05	7	1,3±0,3	0,05	3	0,5±0,1	0,01
Данные ЛОР-осмотра	30	2,5±0,4	25	2,2±0,3	0,1	16	2,0±0,3	0,05	11	1,2±0,2	0,05	6	1,3±0,2	0,01
$\Sigma M \pm m$	27	2,6±0,3	23	2,3±0,6	0,05	14	1,9±0,3	0,05	8	1,2±0,3	0,05	4	0,7±0,2	0,01

При оценке объективных показателей: «повышенная температура тела», количества лейкоцитов и СОЭ в основной и контрольной группах были сопоставимы, при этом уровень СОЭ в контрольной группе был на 8,3% выше (табл. 3 и 4).

Через 3 дня от начала терапии в основной группе показатель болезненности ОНП снизился у 24% пациентов, а выраженность его уменьшилась на 12%. Спустя 5 дней от начала лечения данный показатель уменьшился у 58% больных, а его интенсивность – на 35% по сравнению с исходными данными.

В основной группе через 7 дней от начала терапии показатель болезненности ОНП снизился у 84% пациентов, а выраженность его уменьшилась на 69%. Через 10 дней ни у одного из пациентов не определялась болезненность при пальпации ОНП (табл. 1).

Через 3 дня от начала терапии в основной группе показатель «головная боль» снизился у 39% пациентов, а выраженность его уменьшилась на 20%. Через 5 дней от начала лечения данный показатель уменьшился у 79% пациентов, а его интенсивность – на 38% по сравнению с исходной.



Таблица 3

Динамика объективных показателей в основной группе

Контрольное обследование	Количество пациентов													
	0		I			II			III			IV		
Критерии оценки	Количество пациентов	$M \pm m$	Количество пациентов	$M \pm m$	p , не более	Количество пациентов	$M \pm m$	p , не более	Количество пациентов	$M \pm m$	p , не более	Количество пациентов	$M \pm m$	p , не более
Повышенная температура тела	25	37,7 $\pm$ 5,1	11	37,4 $\pm$ 4,8	0,1	3	37,1 $\pm$ 3,7	0,5	1	37,1 $\pm$ 0,1	0,05	0	0	0,01
Лейкоцитоз (тыс.)	22	11,3 $\pm$ 3,7	19	10,8 $\pm$ 2,9	0,5	12	8,7 $\pm$ 3,3	0,1	8	6,8 $\pm$ 2,8	0,05	2	6,7 $\pm$ 2,5	0,05
Ускоренная СОЭ (мм/ч)	28	21,5 $\pm$ 4,7	24	21,0 $\pm$ 6,3	0,5	20	16,4 $\pm$ 4,0	0,1	16	14,3 $\pm$ 2,2	0,05	2	14,2 $\pm$ 6,5	0,05
$\Sigma M \pm m$	25		18			15			8			2		

Таблица 4

Динамика объективных показателей в контрольной группе

Контрольное обследование	Количество пациентов													
	0		I			II			III			IV		
Критерии оценки	Количество пациентов	$M \pm m$	Количество пациентов	$M \pm m$	p , не более	Количество пациентов	$M \pm m$	p , не более	Количество пациентов	$M \pm m$	p , не более	Количество пациентов	$M \pm m$	p , не более
Повышенная температура тела	26	37,6 $\pm$ 4,4	16	37,2 $\pm$ 4,0	0,05	8	37,2 $\pm$ 2,3	0,05	4	37,2 $\pm$ 4,6	0,05	0	0	0,01
Лейкоцитоз (тыс.)	20	12,6 $\pm$ 5,0	17	11,2 $\pm$ 2,5	0,1	15	10,2 $\pm$ 3,2	0,1	10	9,7 $\pm$ 2,6	0,05	8	9,3 $\pm$ 1,8	0,05
Ускоренная СОЭ (мм/ч)	25	23,3 $\pm$ 4,2	22	20,1 $\pm$ 2,8	0,1	12	18,5 $\pm$ 3,3	0,05	12	18,0 $\pm$ 3,0	0,05	4	16,5 $\pm$ 4,3	0,05
$\Sigma M \pm m$	24		18			12			9			4		

Спустя 7 дней от начала терапии в основной группе показатель «головная боль» снизился у 92% пациентов, а выраженность его уменьшилась на 84%. Через 10 дней ни у одного из пациентов не отмечены головные боли (табл. 1).

Визуальная риноскопическая характеристика показала снижение показателя шкалы через 3 дня от начала лечения в основной группе у 20% пациентов, а выраженность его уменьшилась на 11%. Спустя 5 дней от начала лечения данный показатель уменьшился у 63% больных, а его интенсивность – на 23% по сравнению с исходной.

Через 7 дней от начала терапии в основной группе показатель данной шкалы снизился у 90% пациентов, а выраженность его уменьшилась на 80%. Через 10 дней у 1 пациента определялись слабо выраженные визуальные изменения слизистой оболочки носоглотки (средний балл интенсивности составил 0,5).

При оценке объективного показателя: показатель «повышенная температура тела» через 3 дня от начала терапии в основной группе снизился у 36% пациентов, а выраженность его уменьшилась на 0,7%. Спустя 5 дней от начала лечения данный показатель уменьшился у 88% пациентов, а его интенсивность – на 1,5% по сравнению с исходной.



В основной группе через 7 дней от начала терапии температура тела снизилась у 96% пациентов, а показатель ее уменьшился на 2%. Через 10 дней лечения у всех пациентов температура тела была в пределах нормы (табл. 3).

Количество лейкоцитов крови (тыс.) через 3 дня лечения в основной группе снизилось у 13% больных на 4%, через 5 дней – у 45% пациентов на 23%, через 7 дней – у 63% больных на 39% и через 10 дней лечения оставалось повышенным только у 2 пациентов (табл. 3).

СОЭ (мм/ч) через 3 дня лечения в основной группе снизилась у 14% больных на 2%, через 5 дней – у 28% пациентов на 25%, через 7 дней – у 42% больных на 33% и через 10 дней лечения оставалась повышенной только у 2 пациентов (табл. 3).

В контрольной группе также наблюдалась положительная динамика оцениваемых показателей после лечения.

Через 3 дня от начала терапии в контрольной группе показатель болезненности околоносовых пазух снизился у 14% пациентов, а выраженность его уменьшилась на 7%. Спустя 5 дней от начала лечения данный показатель уменьшился у 51% больных, а его интенсивность – на 29% по сравнению с исходной.

Спустя 7 дней от начала терапии в контрольной группе показатель болезненности ОНП снизился у 74% пациентов, а выраженность его уменьшилась на 60%. Через 10 дней у 2 пациентов определялась болезненность при пальпации ОНП со средним значением 0,4 балла (табл. 2).

Через 3 дня от начала терапии в контрольной группе показатель «головная боль» снизился у 19% пациентов, а выраженность его уменьшилась на 12%. Спустя 5 дней от начала лечения данный показатель уменьшился у 46% пациентов, а его интенсивность – на 29% по сравнению с исходными данными.

Спустя 7 дней от начала терапии в контрольной группе показатель «головная боль» снизился у 73% пациентов, а выраженность его уменьшилась на 45%. Через 10 дней у 3 пациентов сохранялись головные боли средней интенсивностью 0,5 балла (табл. 2).

Визуальная характеристика (при риноскопии) показала снижение показателя шкалы спустя 3 дня от начала лечения в контрольной группе у 16% пациентов, а выраженность его уменьшилась на 12%. Спустя 5 дней от начала лечения данный показатель уменьшился у 46% больных, а его интенсивность – на 20% по сравнению с первоначальной.

Спустя 7 дней от начала терапии в контрольной группе показатель данной шкалы снизился у 63% пациентов, а выраженность его уменьшилась на 52%. Через 10 дней у 6 пациентов определялись слабо выраженные визуальные изменения слизистой оболочки носоглотки (средний балл интенсивности составил 1,3).

При оценке объективного показателя: «повышенная температура тела» через 3 дня от начала терапии в контрольной группе данный показатель снизился у 38% пациентов, а выраженность

Таблица 5

Средние сроки купирования симптомов заболевания

Критерий оценки	Основная группа		Контрольная группа		
	Количество пациентов	$M \pm m$ (сутки)	Количество пациентов	$M \pm m$ (сутки)	p , не более
Болезненность при пальпации в области проекции ППН	24	$5,2 \pm 1,2$	27	$7,5 \pm 2,4$	0,05
Головная боль	28	$4,8 \pm 1,5$	26	$6,7 \pm 2,3$	н/д
Данные ЛОР-осмотра	30	$6,2 \pm 2,3$	30	$8,6 \pm 3,4$	0,05
Повышенная температура тела	25	$4,7 \pm 0,5$	26	$5,9 \pm 1,1$	0,05
Лейкоцитоз	22	$8,2 \pm 3,7$	20	$10,0 \pm 2,2$	0,05
Ускоренная СОЭ	28	$7,3 \pm 1,9$	25	$9,3 \pm 2,2$	н/д
$\Sigma M \pm m$	$26,1 \pm 4,5$	$6,0 \pm 1,2$	$25,6 \pm 4,0$	$8,0 \pm 1,7$	0,05

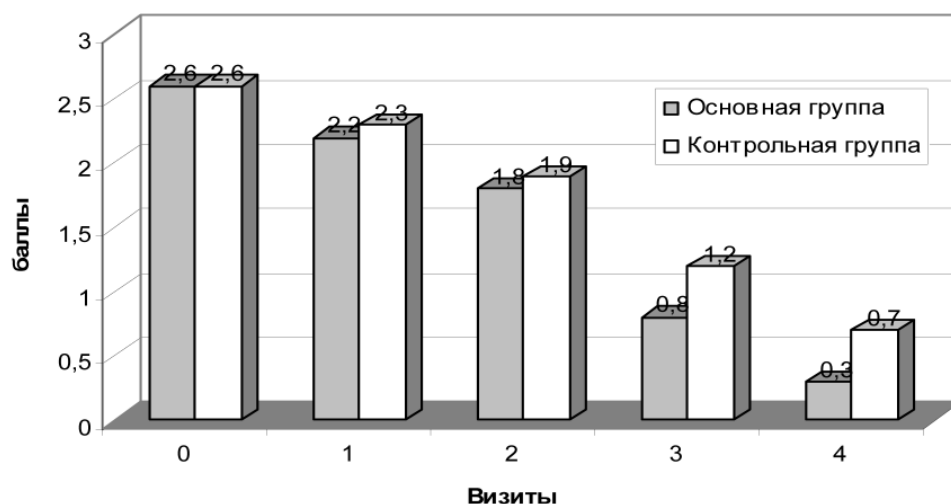


Рис. Динамика выраженности клинических проявлений в основной и контрольной группах у больных острым гнойным синуситом (в баллах от 0 до 3-х).

его уменьшилась на 1,1%. Спустя 5 дней от начала лечения данный показатель уменьшился у 69% пациентов, а его интенсивность – на 1,1% по сравнению с исходными показателями.

Спустя 7 дней от начала терапии в контрольной группе температура тела снизилась у 84% пациентов, а показатель ее уменьшился на 1,1%. Через 10 дней лечения у всех пациентов температура тела была в пределах нормы (табл. 4).

Количество лейкоцитов крови (тыс.) через 3 дня лечения в контрольной группе снизилось у 15% больных на 11%, через 5 дней – у 25% пациентов на 20%, через 7 дней – у 50% больных на 23% и через 10 дней лечения оставалось повышенным у 8 пациентов (табл. 4).

СОЭ (мм/ч) через 3 дня лечения в контрольной группе снизилась у 12% больных на 13%, через 5 дней – у 52% пациентов на 20%, через 7 дней – у 52% больных на 22% и через 10 дней лечения оставалась повышенной у 4 пациентов (табл. 5).

При сопоставлении усредненного показателя выраженности клинических проявлений в основной и контрольной группах выявлено преимущество терапии с использованием Аква Марис особенно на 7-й и 10-й день терапии (рис.).

При оценке средней скорости купирования симптомов заболевания выявлено, что в основной группе исследования усредненный показатель составляет 6 суток, а в контрольной – 8 суток (табл. 5).

При этом быстрее всего купировались повышенная температура тела и головная боль.

Среднее количество пункций верхнечелюстных пазух в основной группе составило 1,7, а в контрольной группе – 2,4.

Во время применения устройства Аква Марис не было зафиксировано никаких нежелательных побочных явлений, связанных с применением данного устройства или психологических проблем. Возможно, появление тошноты и кратковременной диспепсии могло быть связано с

Таблица 6

Оценка эффективности лечения пациентами

Клинический эффект	Основная группа		Контрольная группа	
	Число пациентов	%	Число пациентов	%
Отлично	19	63,3	15	50,0
Хорошо	6	20,0	10	33,3
Удовлетворительно	5	16,6	5	16,6
Безуспешно	0	0	0	0
Неудовлетворительно	0	0	0	0



назначением антибиотиков, однако это не потребовало прекращения терапии или изменения тактики лечения.

Результаты самооценки лечения пациентами представлены в табл. 6.

Выводы

1. При сравнении двух вариантов лечения острого гнойного синусита, включающего кроме стандартной терапии (антибиотиками, топическими деконгестантами, анальгетиками) промывание полости носа с помощью устройства Аква Марис (2 раза в сутки в течение 10 дней) или водно-струйное промывание полости носа физиологическим раствором, при необходимости пункцию верхнечелюстных пазух, установлено, что большей клинической эффективностью отличается схема с использованием устройства Аква Марис.

2. Терапия с использованием Аква Марис отличается большей скоростью наступления эффекта, удобством для пациента и оценивается больными с лучших позиций. Данные преимущества подтверждены лабораторными показателями.

3. Преимущества терапии с использованием Аква Марис связаны, по-видимому, с уникальным составом солей и микроэлементов, который позволяет стимулировать процесс самоочищения слизистой оболочки. Содержащиеся в морской воде соли и микроэлементы (Ca, Fe, K, Mg, Na, Cu, Sp и др.) способствуют повышению двигательной активности ресничек, разжижению слизи и нормализации ее выработки бокаловидными клетками. А входящие в его состав эфирные масла мирта обыкновенного и бессмертника итальянского обладают выраженным противовоспалительным, антисептическим, бактерицидным и противовирусным действиями. Благодаря этому применение устройства Аква Марис домашнего ведет к снижению концентрации вирусов, бактерий на слизистых оболочках дыхательных путей, улучшению оттока и освобождению от патологического содержимого околоносовых пазух, устранению кашля, вызванного затеканием слизи по задней стенке глотки, восстановлению функции мукоцилиарного транспорта, повышению эффективности использования топических лекарственных средств.

4. Оба варианта терапии хорошо переносятся и не оказывают побочных явлений, требующих отмены терапии.

ЛИТЕРАТУРА

1. Козлов В. С., Шиленкова В. В., Шиленков А. А. Синуситы: современный взгляд на проблему // Consilium Medicum. – 2003. – Т. 5. – № 4.
2. Пискунов Г. З., Пискунов С. З. Клиническая ринология. – М.: Миклош, 2002. – 390 с.
3. Рязанцев С. В., Науменко Н. Н., Захарова Г. П. Принципы этиопатогенетической терапии острых синуситов: метод. рекомендации. – СПб., 2006. – 44 с.
4. Adam P., Stffman M., Blake R. L. A clinical trial of hypertonic saline nasal spray in subjects with the common cold or rhinosinusitis // Arch. Fam. Med. – 1998. – N 79(1). P. 39–43.
5. Leggett J. E. Acute sinusitis when – and when not – to prescribe antibiotics Postgrad // Med. – 2004. – Jan. – N 115(1). – P. 13 – 19.
6. Once daily claritromycin extended release vs twice-daily amoxicillin/clavulanate in patients with acute bacterial sinusitis. A randomized investigator-blinded study. Current medical research opinion / E. Riffer [et al]. – 2005. – N 21(1). – P. 61–70.

Шахова Евгения Георгиевна – докт. мед. наук, профессор, зав. каф. оториноларингологии Волгоградского ГМУ. 400066, Волгоград, пл. Павших борцов, д. 1, тел.: 8-8442-36-11-86; **Бакумова** О. В. – канд. мед. наук, доцент каф. оториноларингологии Волгоградского ГМУ. 400066, Волгоград, пл. Павших борцов, д. 1; тел.: 8-8442-30-52-45.