

D.C. SCHIED, R.M. HAMM

() —

1995 . OPC [1]. [11–13].

25 OPC « () [3]. () [11–13].

» () [3]. () : () распро-

(American Academy of Otolaryngology Head and Neck Surgery) (. 1) [4]. () ;

, concha bullosa, Haller () ;

клетки);

[3], 98 % ;

[5]. [6], ;

[7], [8], ;

9]. () ;

[10]. ;

IgG, (IgA, OPC ;

Streptococcus pneumoniae Haemophilus influenzae

Таблица 1. Временные критерии диагностики острого бактериального риносинусита [4]

Формы синусита	Продолжительность
Острый	≤ 4 нед.
Подострый	4–12 нед.
Острый рецидивирующий	≥ 4 эпизодов в течение года, продолжительность каждого эпизода 7-10 дней
Хронический	≥ 12 нед.
Обострение хронического	Внезапное ухудшение течения хронического синусита с возвращением к обычному течению после проведенной терапии

Интернет-источник: Schied D.C., Hamm R.M. Acute Bacterial Rhinosinusitis in Adults Am Fam Physician, 2004. — 70. — 1685-92.

Таблица 2. Возбудители острого бактериального риносинусита вне стационара [14]

Возбудитель	Доля вызываемых синуситов, %
<i>Haemophilus influenzae</i>	35
<i>Streptococcus pneumoniae</i>	34
Анаэробы	6
Gram-negative bacteria	4
<i>Staphylococcus aureus</i>	4
<i>Moraxella catarrhalis</i>	2
<i>Streptococcus pyogenes</i>	2

[24, 25, 30, 31],
(Centers for Disease Control and Prevention (CDC)),
(American Academy of Family Physicians),
(American College of Physicians — American Society of Internal Medicine)
(Infectious Diseases Society of America),

(. 2) [14].

[15].

[16].

Aspergillus Mucor [17].

**ОРС
ДИАГНОСТИКА**

[3].

-ни

50 % [18, 19].

[20].

[14]

33

7-10

(Williams) (. 4) [24],

60 %

10

[21].

, 7

(10

[22])

[23].

[4]

10-14

(Carenfelt) (. 5) [29].

(Berg)

5-7

95 %

77 %

(. 3) [18, 24-28].

15 %

10⁵

1

41 %, (

), ТОЛЬКО 1 %, (

2

ГНОЙ-

[29].

7-10 (. . 50 %),

ТОЛЬКО

(КТ) [18]. 5

80 %, 6 % —

КТ,

(. . .)

(.)

[24, 25, 30, 31].

),

ИЗ НОСОВЫХ ХОДОВ, ОБ-

Таблица 3. Клинические признаки и визуализирующие исследования в диагностике острого бактериального риносинусита [18, 24–28]

Признаки	Чувствительность (%)	Специфичность (%)	Отношение правдоподобия положительного теста (ОП+)	Отношение правдоподобия отрицательного теста (ОП–)	Вероятность синусита, если признак:	
					положительный*	отрицательный
Проявления болезни и симптомы, приводимые в руководствах						
Боль в области верхней челюсти [18, 25]	51	61	1,4	0,8	19	12
Верхнечелюстная зубная боль [24, 25]	18–36	83–93	2,1–2,5	0,7–0,9	–	–
Гнойные выделения [18, 24–26]	32–62	67–89	1,4–5,5	0,5–0,9	–	–
Боль при пальпации верхней челюсти [18]	49	68	1,5	0,8	21	12
Ухудшение симптомов после начального улучшения («повторное заболевание») [26]	72	65	2,1	0,4	27	7
Другие проявления болезни и симптомы						
Общее клиническое впечатление [27]	69	79	3,2	0,3	37	6
Предшествующее ОРВИ [18, 25, 26]	85–99	8–28	1,1–1,2	0,1–0,6	–	–
Выделения патологического цвета [24, 26]	72–89	42–52	1,5	0,3–0,5	–	–
Слабый эффект деконгестантов [24]	41	80	2,1	0,7	26	11
Боль при наклонах вперед [25, 26]	67–90	22–58	1,2–1,6	0,5–0,6	–	–
Патологическая трансиллюминация (диафаноскопия) [24]	73	54	1,6	0,5	22	8
Визуализирующие исследования						
Радиография: — затемнение	85	41	1,4	0,37	20	6
— уровень жидкости или затемнение	73	80	3,7	0,34	39	6
— уровень жидкости, затемнение или утолщение слизистой	90	61	2,3	0,16	29	3
Ультразвуковое исследование	84 (54–98)	69 (30–94)	2,7	0,23	32	4
Компьютерная томография	НО	НО	НО	НО	НО	НО

*Примечания: рекомендации приведены в руководствах, разработанных Центром по профилактике и контролю заболеваний (Centers for Disease Control and Prevention), Американской академией семейных врачей (American Academy of Family Physicians), Американской коллегией врачей (American College of Physicians) и Обществом инфекционистов Америки (Infectious Diseases Society of America); НО – не оценивалось с использованием в качестве диагностического стандарта аспирата из синусов; * предполагалось что общая вероятность наличия острого риносинусита была 15 %. Не рассчитывалась в случаях широкого диапазона значений чувствительности и специфичности; ** патологическая – тусклый или затемненный (более темный, чем тусклый). Трансиллюминация должна проводиться в полной темноте. Трансиллюминатор устанавливается над верхней челюстью под нижним краем глазной орбиты. Врач смотрит через открытый рот пациента на свет, проходящий через верхнюю челюсть. Результат трансиллюминации более надежен, если имеется затемнение (отношение правдоподобия 4,0) или если свет проходит нормально (ОП 0,04) по сравнению со случаями, когда имеется тусклость светового пятна (ОП 0,41) [28].*

Таблица 4. Диагностическое правило Вильямса* [24]

Признаки (симптомы)**	Синусит	Нет синусита	Отношение правдоподобия	Вероятность синусита (%)	
				При 15% вероятности	При 40% вероятности
≥ 4	16	4	6,4	53	81
3	29	18	2,6	31	63
2	27	39	1,1	16	43
1	14	48	0,5	8	24
0	2	32	0,1	2	6

*Примечания: * — в качестве диагностического эталона использовалась рентгенография придаточных пазух; ** — наличие следующих признаков или симптомов: верхнечелюстная зубная боль, гнойные выделения из носовых ходов, слабый эффект деконгестантов, патологическая трансиллюминация, выделения патологического цвета из носовых ходов в анамнезе.*

[4].

98 % (84 %), — 30

90 % (69 %) [23].

6

КТ

(. 3) [18, 24-28].

73 %

80 %.

90 %, до 5 КТ —

4

5

85 %, чувствительность. Centers for Disease Control and Prevention

КТ

КТ

[14],

КТ

62 %

КТ [11]. того, КТ

42 %

КТ

[32, 33],

87 %

5

[34].

КТ

Таблица 5. Диагностическое правило Берга* [20]

Признаки (симптомы)**	Синусит	Нет синусита	Отношение правдоподобия	Вероятность синусита (%)	
				При 15% вероятности	При 40% вероятности
3-4	55	10	7,0	55	82
2	10	10	1,3	18	46
0-1	3	67	0,06	1	4
Всего	68	87			

*Примечания: * — в качестве диагностического эталона использовалась рентгенография придаточных пазух; ** — наличие следующих признаков или симптомов: верхнечелюстная зубная боль, гнойные выделения из носовых ходов, слабый эффект деконгестантов, патологическая трансиллюминация, выделения патологического цвета из носовых ходов в анамнезе.*

Prevention) [3],
(. 4 5) [24, 29]

5-7

[3].

7 2

5

(Centers for Disease Control and

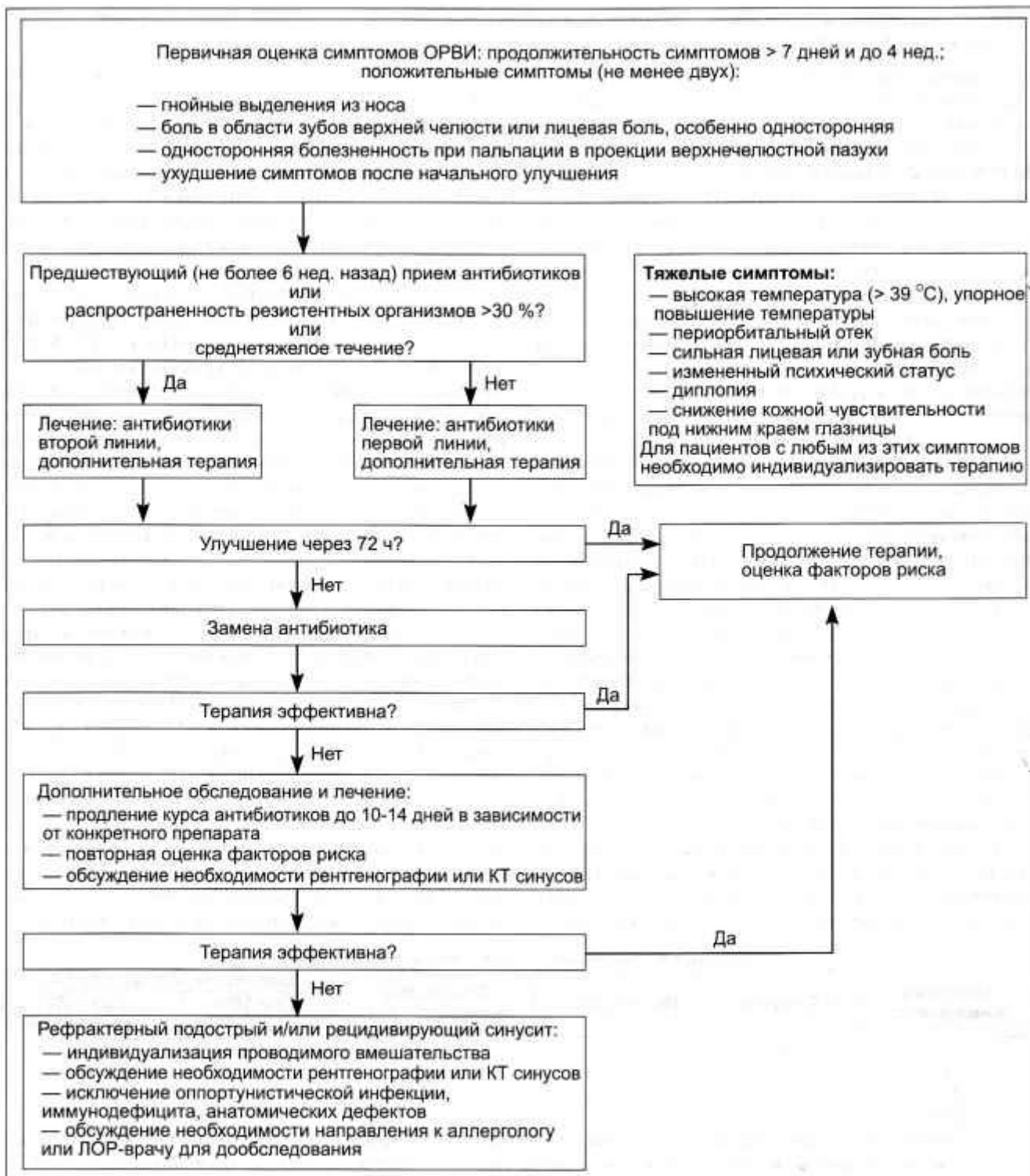


Рисунок 1. Алгоритм диагностики и лечения острого бактериального риносинусита у пациентов без иммунодефицита

2/3
25 %
15 %
7 [36].
7 [46].
2 (*Mycobacterium catarrhalis*
)
[37]. (. 6) [47-50].
in vitro [49].
5 2 SA P
(-)
[38, 39]. 47 %
, 32 % [50] (. 1).
81 %
66 %
1 7, [51].
) (/
[40, 41]. ()
85 %
[52], (. 6) [47-50].
(3-4)
90 % [42]. [9]
93 % . 4 , 96
S.pneumoniae.
[38, 39, 44, *H.influenzae S.pneumoniae*;
45]. 25 % [50].
H.influenzae

[53]. ([55]. 80 %)
/)
[50], 6)
72 /)
2 9000) *H.influenzae S.pneumoniae.*
[54]. « — + ;
23 %, +

Таблица 6. Пероральные антибиотики, используемые для лечения острого бактериального риносинусита [37–50]

Антибиотик	Доза и частота назначения	Теоретическая клиническая эффективность (%) [*]
Умеренно тяжелое течение и отсутствие предшествовавшей антибиотикотерапии		
Амоксициллин/клавуланат	500 мг каждые 8 ч, 875 мг каждые 12 ч (в пересчете на чистый амоксициллин)	91
Амоксициллин/клавуланат XR (большие дозы замедленного высвобождения)	2000 мг каждые 12 ч (в пересчете на чистый амоксициллин)	–
Амоксициллин	500 мг каждые 8 ч, 875 мг каждые 12 ч	88
Амоксициллин (большие дозы)	1000 мг каждые 8 ч	–
Цефподоксим ^{**}	200 мг каждые 12 ч	87
Цефуросим ^{**}	250 мг или 500 мг каждые 12 ч	85
Цефдинир ^{**}	300 мг каждые 24 ч	83
У пациентов с аллергией на бета-лактамы антибиотики		
Триметоприм-сульфаметоксазол (ТМП-СМЗ)	от 160 до 800 мг каждые 12 ч	83
Доксициклин	100 мг каждые 12 ч	81
Азитромицин	500 мг в первый день, 250 мг со второго по пятый день	77
Кларитромицин	250 мг или 500 мг каждые 12 ч	77
Телитромицин	800 мг каждые 24 ч	77
Среднетяжелое течение или предшествовавшая антибиотикотерапия		
Гатифлоксацин	400 мг каждые 24 ч	92
Левифлоксацин	500 мг каждые 24 ч	92
Моксифлоксацин	400 мг каждые 24 ч	92
Амоксициллин/клавуланат XR (большие дозы замедленного высвобождения)	2000 мг каждые 12 ч (в пересчете на чистый амоксициллин)	91
Цефтриаксон	1000 мг каждые 24 ч	91
Комбинированная терапия ^{***}	–	–
У пациентов с аллергией на бета-лактамы антибиотики		
Гатифлоксацин, левифлоксацин, моксифлоксацин	см. выше	см. выше
Клиндамицин + рифампин ^{****}	От 150 до 450 мг каждые 6 ч, 300 мг каждые 12 ч	–

Примечания. * — расчет клинической эффективности основывается на Модели терапевтических исходов (Poole Therapeutic Outcomes Model) [49]; ** — любые преимущества данной группы препаратов при их использовании в качестве препаратов первой линии должны оцениваться с учетом их более высокой стоимости и возможности распространения антибиотикорезистентности; *** — комбинированная терапия включает в себя большие дозы амоксициллина или клиндамицина плюс клиндамицин, или большие дозы амоксициллина или клиндамицина плюс рифампин; **** — эффективен в отношении *Streptococcus pneumoniae*, но не активен против *Haemophilus influenzae*.

[50].

14

10-

(. 7) [60–82].

95 %

10-

[56]. [60-62]. СИМПТОМОВ.

3- 10-дневный

[57]. [63].
1995

[58, 59].

[64].

».

[50].

Таблица 7. Дополнительная терапия острого бактериального риносинусита [26–48]

Препарат	Дозировка
Эффективные препараты	
Пероральные деконгестанты:	
Псевдоэфедрин (Pseudoephedrine)	60 мг каждые 6 ч или 120 мг каждые 12 ч
Местные деконгестанты*:	
Оксиметазолин (Oxymetazoline)	2 впрыскивания каждые 12 ч
Ксилометазолин (Xylometazoline)	2 впрыскивания каждые 8 ч
Фенилэфрин (Phenylephrine)	2 впрыскивания каждые 6 ч
Возможно эффективные препараты	
Местные антихолинергетики:	
Ипратропиум (Ipratropium) 0,06%	2 впрыскивания каждые 6 ч
Антигистаминные**:	
Бромфенирамин (Brompheniramine)	8–12 мг каждые 12 ч
Хлорфенирамин (Chlorpheniramine)	8–12 мг каждые 12 ч
Дифенгидрамин (Diphenhydramine)	25–50 мг каждые 6 ч
Гвайфенезин (Guaifenesin)	600 мг каждые 12 ч
Интраназальные кортикостероиды	Дозировка зависит от препарата
Интраназальное спринцевание	Различные режимы
Эффективность не доказана	
Интраназальные соляные аэрозоли	
Мелкодисперсные увлажнители	
Антигистаминные с седативным эффектом	
Пастилки с солями цинка	
Экстракт эхинацеи	
Витамин С	

Примечания: * — хотя местные антиконгестанты и эффективны, их применение должно ограничиваться 3 днями для предотвращения развития вазодилатации как проявления «симптома отдачи»; ** — часто комбинируется с пероральными деконгестантами.

[67-70]. [71], (6,0 9,5) [72]. [73]. [74]. [75]. [76, 77]. [78, 79]. [80, 81]. [40, 82]. [6, 48]:

1. Schappert S.M. Ambulatory care visits to physicic offices, hospital outpatient departments, and emergency departments: United States, 1996 // *Vital Health Stat.* 13. — 1998. — 134. — 1-37.
2. Scheid D.C., Hamm R.M. Acute bacterial rhinosinitisin adults: part II. Treatment // *Am Fam Physician*, 2004. — 70. — 1697-704, 1711-2.
3. Hickner J.M., Bartlett J.G., Besser R.E., Gonzales R., Hoffman J.R., Sande M.A. Principles of appropriate antibiotic use for acute rhinosinitis in adults: background // *Ann Intern Med*, 2001. — 134. — 498-505.
4. Lanza D.C., Kennedy D.W. Adult rhinosinitis defined // *Otolaryngol Head Neck Surg*, 1997. — 117 (3 Pt 2 Suppl). — 1-7.
5. Little D.R., Mann B.L., Godbout C.J. How family physicians distinguish acute sinusitis from upper respirator tract infections: a retrospective analysis // *J Am Board Fam Pract*, 2000. — 13. — 101-6.
6. Watson R.L., Dowel S.F., Jayamman M., Keyserling H., Kolczak M., Schwartz B. Antimicrobialuse for pediatric upper respiratory infections: reported practice, actual practice, and parent beliefs // *Pediatrics*, 1999. — 104. — 1251-7.
7. Himmel W, Lippert-Urbanke E., Kochen M.M. Are patients more satisfied when they receive aprescri tion? The effect of patient expectations in general practice // *Scand J PrimHealth Care*, 1997. — 15. — 118-22.
8. Hamm R.M., Hicks R.J., Bemben D.A. Antibiotics and respiratory infections: are patients more satisfied when expectations are met? // *J Fam Pract*, 1996. — 43. — 56-62.
9. Mangione-Smith R., McGlynn E.A., Elliott M.N., Krogstad P., Brook R.H. The relationship between perceived parental expectations and pediatrician antimicrobial prescribing behavior // *Pediatrics*, 1999. — 103(4 Pt 1). — 711-8.
10. Solberg L.I., Braun B.L., Fowles J.B., Kind E.A., Anderson R.S., Healey M.L. Care-seeking behavior for upper respiratory infections // *J Fam Pract*, 2000. — 49. — 915-20.
11. Incaudo G.A., Wooding L.G. Diagnosis and treatment of acute and subacute sinusitis in children and adults // *Clin Rev Allergy Immunol*, 1998. — 16. — 157-204.
12. Gwaltney J.M.Jr. Acute community-acquired sinusitis // *Clin Infect Dis*, 1996. — 23. — 1209-23.

13. Who gets sinusitis? URL:<http://www.ucdmc.ucdavis.edu/ucdhs/health/a-z/Sinusitis/doc62full.html>.
14. Low D.E., Desrosiers Id., McSheny J., Garber G., Williams J. W.Jr., Remy H., et al. A practical guide for the diagnosis and treatment of acute sinusitis // CMAJ, 1997. — 156 (Suppl 6). — 1-14.
15. Caplan E.S., Hoyt N.J. Nosocomial sinusitis // JAMA, 1982. — 247. — 639-41.
16. Poole M.D. A focus on acute sinusitis in adults: changes in disease management // Am J Med, 1999. — 106 (Suppl). — 38-47.
17. Wald E.R. Microbiology of acute and chronic sinusitis in children and adults // Am J Med Sci, 1998. — 316. — 13-20.
18. Hansen J.G., Schmidt H., Rosborg J., Lund E. Predicting acute maxillary sinusitis in a general practice population // BMJ, 1995. — 311. — 233-6.
19. Gwaltney J.M.Jr., Hendley J.O., Simon G., Jordan W.S.Jr. Rhinovirus infections in an industrial population. II. Characteristics of illness and antibody response // JAMA, 1967. — 202. — 494-500.
20. Dosh S.A., Hickner J.M., Mainous A.G. 3d, Ebell M.H. Predictors of antibiotic prescribing for nonspecific upper respiratory infections, acute bronchitis, and acute sinusitis. An UPRNet study. Upper Peninsula Research Network // J Fam Pract 2000. — 49. — 407-14.
21. Gwaltney J.M.Jr., Scheid W.M., Sande M.A., Sydnor A. The microbial etiology and antimicrobial therapy of adults with acute community-acquired sinusitis: a fifteen-year experience at the University of Virginia and review of other selected studies // J Allergy Clin Immunol, 1992. — 90 (3 Pt 2). — 457-61.
22. Ueda D., Yoto Y. The ten-day mark as a practical diagnostic approach for acute paranasal sinusitis in children // Pediatr Infect Dis J, 1996. — 15. — 576-9.
23. Diagnosis and treatment of acute bacterial rhinosinusitis. Evid Rep Technol Assess (Summ), 1999. — 9. — 1-5.
24. Williams J. W.Jr., Simel D.L., Roberts L., Samsa G.P. Clinical evaluation for sinusitis. Making the diagnosis by history and physical examination // Ann Intern Med, 1992. — 117. — 705-10.
25. Van Duijn N.P., Brouwer H.J., Lamberts H. Use of symptoms and signs to diagnose maxillary sinusitis in general practice: comparison with ultrasonography // BMJ, 1992. — 305. — 684-7.
26. Lindbaek M., Hjortdahl P. The clinical diagnosis of acute purulent sinusitis in general practice — a review // Br J Gen Pract, 2002. — 52. — 491-5.
27. Varonen H., Makela M., Savolainen S., Laara E., Hilden J. Comparison of ultrasound, radiography, and clinical examination in the diagnosis of acute maxillary sinusitis: a systematic review // J Clin Epidemiol, 2000. — 53. — 940-8.
28. Gwaltney J.M.Jr., Sydnor A.Jr., Sande M.A. Etiology and antimicrobial treatment of acute sinusitis // Ann Otol Rhinol Laryngol Suppl, 1981. — 90 (3 Pt 3). — 68-71.
29. Berg O., Carenfelt C. Analysis of symptoms and clinical signs in the maxillary sinus empyema // Acta Otolaryngol, 1988. — 105. — 343-9.
30. Beaumont J.F., van Buchem F.L., Knottnerus J.A., Peeters M.F. Acute maxillary sinusitis in general practice: the relation between clinical picture and objective findings // Eur J Gen Pract, 1995. — 1. — 155-60.
31. Axelsson A., Runze U. Symptoms and signs of acute maxillary sinusitis // ORL J Otorhinolaryngol Relat Spec, 1976. — 38. — 298-308.
32. Havas . ., Motbey J.A., Gullane P.J. Prevalence of incidental abnormalities on computed tomographic scans of the paranasal sinuses // Arch Otolaryngol Head Neck Surg, 1988. — 114. — 856-9.
33. Bolger W.E., Butzin C.A., Parsons D.S. Paranasal sinus bony anatomic variations and mucosal abnormalities: CT analysis for endoscopic sinus surgery // Laryngoscope, 1991. — 101(1 Pt 1). — 56-64.
34. Gwaltney J.M.Jr., Phillips C.D., Miller R.D., Riker D.K. Computed tomographic study of the common cold // N Engl J Med, 1994. — 330. — 25-30.
35. Scheid D.C., Hamm R.M. Acute bacterial rhinosinusitis in adults: part I. Evaluation // Am Fam Physician, 2004. — 70. — 1685-92.
36. Axelsson A., Chidekel N., Grebelius N., Jensen C. Treatment of acute maxillary sinusitis. A comparison of four different methods // Acta Otolaryngol, 1970. — 70. — 71-6.
37. Hickner J.M., Bartlett J.G., Besser R.E., Gonzales R., Hoffman J.R., Sande M.A. Principles of appropriate antibiotic use for acute rhinosinusitis in adults: background // Ann Intern Med, 2001. — 134. — 498-505.
38. Williams J.W.Jr., Aguilar C., Cornell J., Chiquette E.D., Dolor R.J., Makela M., et al. Antibiotics for acute maxillary sinusitis // Cochrane Database Syst Rev, 2004. — (2). — CD000243.
39. Diagnosis and treatment of acute bacterial rhinosinusitis. Evid Rep Technol Assess (Summ), 1999. — 9. — 1-5.
40. Poole M.D. A focus on acute sinusitis in adults: changes in disease management // Am J Med, 1999. — 106. — 38-47.
41. Low D.E., Desrosiers M., McSherry J., Garber G., Williams J. W.Jr., Remy H., et al. A practical guide for the diagnosis and treatment of acute sinusitis // CMAJ, 1997. — 156 (Suppl 6). — 1-14.
42. Weis M., Hendrick K, Tillotson G., Graveile K. Multicenter comparative trial of ciprofloxacin versus cefuroxime axetil in the treatment of acute rhinosinusitis in a primary care setting. Rhinosinusitis Investigation Group // Clin Ther, 1998. — 20. — 921-32.
43. Kahn J.B., Rielly-Bauvin K, Demartin E.L., et al. Multicenter, open-label, randomized study to compare the safety and efficacy of oral levofloxacin and Biaxin in the treatment of acute maxillary sinusitis in adults. Abstracts from the Proceedings of the 35th Annual Meeting of the I DSA, San Francisco, September 13-18, 1997. Abstract 578.
44. DeBock G.H., Dekker F.W., Stolk J., Springer M.P., Kievil J., van Houwelingen J.C. Antimicrobial treatment in acute maxillary sinusitis: a meta-analysis // J Clin Epidemiol, 1997. — 50. — 881-90.
45. De Feiranti S.D., Ioannidis J.P., Lau J., Aiininger W.V., Barza M. Are amoxicillin and folate inhibitors as effective as other antibiotics for acute sinusitis? A meta-analysis // BMJ, 1998. — 317. — 632-7.
46. Jacobs M.R., Felmingham D., Appelbaum PC, Gmneberg R.N. The Alexander Project 1998-2000: susceptibility of pathogens isolated from community-acquired respiratory tract infection to commonly used antimicrobial agents // J Antimicrob Chemother, 2003. — 52. — 229-46.
47. Karlowsky J.A., Draghi D.C., Thomsbeny C, Jones M.E., Critchley I.A., Sahm D.F. Antimicrobial susceptibilities of Streptococcus pneumoniae, Haemophilus influenzae and Moraxella catarrhalis isolated in two successive respiratory seasons in the US // Int J Antimicrob Agents, 2002. — 20. — 76-85.
48. Marchant C.D., Carlin S.A., Johnson C.E., Shurin PA. Measuring the comparative efficacy of antibacterial

- agents for acute otitis media: the «Pollyanna phenomenon» // *Pediatrics*, 1992. — 120. — 72-7.
49. Poole M.D. A mathematical therapeutic outcomes model for sinusitis // *Otolaryngol Head Neck Surg*, 2004. — 130 (1 Suppl). — 46-50.
50. Anon J.B., Jacobs M.R., Poole M.D., Ambrose P.G., Benninger M.S., Hadley J.A., et al. Antimicrobial treatment guidelines for acute bacterial rhinosinusitis // *Otolaryngol Head Neck Surg*, 2004. — 130 (1 Suppl). — 1-45.
51. Antimicrobial treatment guidelines for acute bacterial rhinosinusitis. Sinus and Allergy Health Partnership // *Otolaryngol Head Neck Surg*, 2000. — 123(1 Pt 2). — 5-31.
52. Gwaltney J.M.Jr., Sydnor A.Jr., Sande M.A. Etiology and antimicrobial treatment of acute sinusitis // *Ann Otol Rhinol Laryngol Suppl*, 1981. — 90 (3 Pt 3). — 68-71.
53. Gwaltney J.M.Jr., Jones J.G., Kennedy D.W. Medical management of sinusitis: educational goals and management guidelines. The International Conference on Sinus Disease // *Ann Otol Rhinol Laryngol Suppl*, 1995. — 167. — 22-30.
54. Piccirillo J.F., Mager D.E., Frisse M.E., Brophy R.H., Goggin A. Impact of first-line vs second-line antibiotics for the treatment of acute uncomplicated sinusitis // *JAMA*, 2001. — 286. — 1849-56.
55. Balk E.M., Zucker D.R., Engels E.A., Wong J.B., Williams J.W.Jr., Lau J. Strategies for diagnosing and treating suspected acute bacterial sinusitis: a cost-effectiveness analysis // *J Gen Intern Med*, 2001. — 16. — 701-11.
56. Gwaltney J.M.Jr., Scheid W.M., Sande M.A., Sydnor A. The microbial etiology and antimicrobial therapy of adults with acute community-acquired sinusitis: a fifteen-year experience at the University of Virginia and review of other selected studies // *J Allergy Clin Immunol*, 1992. — 90 (3 Pt 2). — 457-61.
57. Williams J.W.Jr., Holleman D.R.Jr., Samsa G.P., Simel D.L. Randomized controlled trial of 3 vs 10 days of trimethoprim/sulfamethoxazole for acute maxillary sinusitis // *JAMA*, 1995. — 273. — 1015-21.
58. Klapan I., Culig J., Oreskovic K., Matrapazovski M., Radosevic S. Azithromycin versus amoxicillin/clavulanate in the treatment of acute sinusitis // *Am J Otolaryngol*, 1999. — 20. — 7-11.
59. Roos K., Brunswig-Pitschner C., Kostrica R., Pietola M., Leroy B., Rangaraju M. et al. Efficacy and tolerability of once-daily therapy with telithromycin for 5 or 10 days for the treatment of acute maxillary sinusitis // *Chemotherapy*, 2002. — 48. — 100-8.
60. Smith M.B., Feldman W. Over-the-counter cold medications. A critical review of clinical trials between 1950 and 1991 // *JAMA*, 1993. — 269. — 2258-63.
61. Zeiger R.S. Prospects for ancillary treatment of sinusitis in the 1990s // *J Allergy Clin Immunol*, 1992. — 90 (3 Pt 2). — 478-95.
62. Mabry R.L. Therapeutic agents in the medical management of sinusitis // *Otolaryngol Clin North Am*, 1993. — 26. — 561-70.
63. Bravo E.L. Phenylpropranolamine and other over-the-counter vasoactive compounds // *Hypertension*, 1988. — 11(3 Pt 2). — 117-10.
64. Bende M., Fukami M., Arfors K.E., Mark J., Stierna P., Intaglietta M. Effect of oxymetazoline nose drops on acute sinusitis in the rabbit // *Ann Otol Rhinol Laryngol*, 1996. — 105. — 222-5.
65. Benninger M.S., Anon J., Mabry R.L. The medical management of rhinosinusitis // *Otolaryngol Head Neck Surg*, 1997. — 17(3 Pt 2 Suppl). — 41-9.
66. Hayden F.G., Diamond L., Wood P.B., Korts D.C., Wecker M.T. Effectiveness and safety of intranasal ipratropium bromide in common colds. A randomized, double-blind, placebo-controlled trial // *Ann Intern Med*, 1996. — 125. — 89-97.
67. Krouse H.A., Phung N.D., Klausermeyer W.B. Intranasal beclomethasone in severe rhinosinusitis and nasal polyps // *Ann Allergy*, 1983. — 50. — 385-8.
68. Cuenant G., Stipon J.P., Plante-Longchamp G., Baudoin C., Guerrier Y. Efficacy of endonasal neomycin-tixocortol pivalate irrigation in the treatment of chronic allergic and bacterial sinusitis. ORL // *J Otorhinolaryngol Relat Spec*, 1986. — 48. — 226-32.
69. Qyamberg Y., Kantola O., Salo J., Toivanen M., Valtonen H., Vuori E. Influence of topical steroid treatment on maxillary sinusitis // *Rhinology*, 1992. — 30. — 103-12.
70. Meltzer E.O., Orgel H.A., Backhaus J.W., Busse W.W., Druce H.M., Metzger W.J., et al. Intranasal flunisolide spray as an adjunct to oral antibiotic therapy for sinusitis // *J Allergy Clin Immunol*, 1993. — 92. — 812-23.
71. Dolor R.J., Witsell D.L., Heilkamp A.S., Williams J.W.Jr., Califf R.M., Simel D.L. Comparison of cefuroxime with or without intranasal fluticasone for the treatment of rhinosinusitis. The CAFFS Trial: a randomized controlled trial // *JAMA*, 2001. — 286. — 3097-105.
72. Papsin B., McTavish A. Saline nasal irrigation: its role as an adjunct treatment // *Can Fam Physician*, 2003. — 49. — 168-73.
73. Rabago D., Zgierska A., Mundt M., Barrett B., Bobula J., Maberry R. Efficacy of daily hypertonic saline nasal irrigation among patients with sinusitis: a randomized controlled trial // *J Fam Pract* 2002. — 51. — 1049-55.
74. Heatley D.G., McConnell K.E., Kille T.L., Leverson G.E. Nasal irrigation for the alleviation of sinonasal symptoms // *Otolaryngol Head Neck Surg*, 2001. — 125. — 44-8.
75. Nuutinen J., Holopainen E., Haahtela T., Ruoppi P., Silvasti M. Balanced physiological saline in the treatment of chronic rhinitis // *Rhinology*, 1986. — 24. — 265-9.
76. Hendley J.O., Abbott R.D., Beasley P.P., Gwaltney J.M.Jr. Effect of inhalation of hot humidified air on experimental rhinovirus infection // *JAMA*, 1994. — 271. — 1112-3.
77. Forstall G.J., Macknin M.L., Yen-lieberman B.R., Medendorp S.V. Effect of inhaling heated vapor on symptoms of the common cold // *JAMA*, 1994. — 271. — 1109-11.
78. Sisson J.H., Yonkers A.J., Waldman R.H. Effects of guaifenesin on nasal mucociliary clearance and ciliary beat frequency in healthy volunteers // *Chest*, 1995. — 107. — 747-51.
79. Wawrose S.F., T.A., Amoils C.P. The role of guaifenesin in the treatment of sinonasal disease in patients infected with the human immunodeficiency virus (HIV) // *Laryngoscope*, 1992. — 102. — 1225-8.
80. Jackson J.L., Peterson C., Lesho E. A meta-analysis of zinc salts lozenges and the common cold // *Arch Intern Med*, 1997. — 157. — 2373-6.
81. Barrett B.P., Brown R.L., Locken K., Maberry R., Bobula J.A., D'Alessio D. Treatment of the common cold with unrefined echinacea. A randomized, double-blind, placebo-controlled trial // *Ann Intern Med*, 2002. — 137. — 939-46.
82. Spector S.L., Bernstein I.L., Li J.T., Beiger W.E., Kaliner M.A., Schuller D.E., et al. Parameters for the diagnosis and management of sinusitis // *J Allergy Clin Immunol*, 1998. — 102(6 Pt 2 Suppl). — 107-44. U