

REDAKCIŅĒ KOLEGIJA

Prof. Vidmantas Alekna, VU
Prof. habil. dr. Arvydas Ambrozaitis, VU
Prof. Vita Danilevičiūtė, VU
Dr. Jolanta Gulbinovič, VU
Prof. habil. dr. Algimantas Irnius, VU
Prof. habil. dr. Aleksandras Laucevičius, VU
Prof. Arvydas Laurinavičius, VU
Prof. habil. dr. Algirdas Venalis, Eksperimentinės ir
klinikinės medicinos institutas
Doc. Marius Miglinas, VU

REDAKCIŅĒS KOLEGIJOS KONSULTANTAI

Doc. dr. Alfredas Bagdonas, LSMU
Prof. Valmantas Budrys, VU
Prof. habil. dr. Laima Gričiūtė, VU
Doc. dr. Algimantas Jasulaitis, LTU
Prof. Alvydas Juocevičius, VU
Prof. habil. dr. Danutė Kalibaitienė, VU
Prof. habil. dr. Zita Kučinskienė, VU
Prof. dr. Vytautas Kuzminskis, LSMU
Doc. dr. Eugenijus Laurinaitis, VU
Prof. Albinas Naudžiūnas, LSMU

BIG
BALTIJOS IDĖJŲ GRUPĖ
IR PARTNERIAI

Redakcijos adresas: P. Lukšio g. 32, Vilnius

El. paštas: mindaugas@idejgrupe.lt

Redakcijos tel. (8 5) 210 71 39

faks. (8 5) 210 71 40

Reklama: Arūnas Kuginys, 8 611 37 967

El. paštas: arunas@idejgrupe.lt

Vyr. redaktorius prof. dr. Virginijus Šapoka
Kardiologijos seminarų skyriaus redaktorė
prof. dr. Žaneta Petrulionienė

Pulmonologijos skyriaus redaktorius doc.
dr. Remigijus Nargėla Gastroenterologijos
skyriaus redaktorius prof. habil. dr. Jonas
Valantinas Endokrinologijos skyriaus
redaktorius prof. dr. Vaidotas Urbanavičius
Psichikos sveikatos skyriaus redaktorius
prof. habil. dr. Algirdas Dembinskas
Onkologijos skyriaus redaktorius
prof. habil. dr. Konstantinas Povilas Valuckas
Neurologijos skyriaus redaktorius
doc. dr. Dalius Jatužis

Redaktorius Mindaugas Grybauskas
Redakcijos pavadootoja Rūta Nutautienė
Kalbos redaktorė Sonata Liekytė
Dizaineris Vaidotas Zaleckis

Visos teisės saugomos. Autorių teisės šio leidinio formatai ir turinį
priklauso UAB „Baltijos idėjų grupė“ ir partneriai. Kopijuoti visą
tekstą ar bet kurias jo dalis bet kuriuo būdu, negavus raštiško
UAB „Baltijos idėjų grupė“ ir partneriai sutikimo, draudžiama.
Redakcijos nuomonė nebūtinai sutampa su straipsnių autorių nuomone.
Šiame leidinyje pateikta informacija skirta tik specialistams.
Redakcija neatsako už reklamos turinį

Leidėjas: Lietuvos internetų draugija
Leidykla: „Baltijos idėjų grupė“ ir partneriai
Spaudė: AB „Spauda“

Ar naujosios rekomendacijos pakeitė požiūrį į peršalimo ligų gydymą?



Peršalimas – dažniausia ir pasikartojanti sergamumo priežastis, lemianti 40 proc. nedarbingumo, 30 proc. pamokų praleidimo laiko. Paskaičiuota, kad per visą gyvenimą peršalimu prasergame 1–2 metus, o kiekviena šeima jo simptomams gydyti vidutiniškai vartoja 4–8 medikamentus.

Ką svarbu žinoti diagnozuojant, gydant peršalimo ligas? Kada skirti antibiotikų, o kada būtina siųsti otorinolaringologo konsultacijai? Kas svarbaus naujosiose Europos pozicijos rinosinusito klausimu (EPOS 2012) rekomendacijose? Į šiuos ir kitus

šėimos gydytojams rūpimus klausimus atsako Vilniaus universiteto ligininės Santariškių klinikų Ausų, nosies, gerklės ligų centro vyr. ordinatorius dr. Darius Rauba.

Peršalimas arba ūminis virusinis rinosinusitas gali pažeisti tiek visus viršutinius kvėpavimo takus, tiek atskiras jo dalis: nosį, prienosinius ančius, ryklę, gerklą, o kartais ir trachėją, bronchus. Atšalus orams visuomet padaugėja sergančiųjų viršutinių kvėpavimo takų ligomis?

Iš tiesų peršalimas – viena užkrečiamiausių ligų. Tai ūminė virusinė savaimė praeinanti viršutinių kvėpavimo takų liga, kurią sukelia daugiau nei 200 rūšių virusų, o dažniausiai – rinovirusas arba koronavirusas. Serga įvairaus amžiaus žmonės: suaugusieji – 2–5, vaikai – 7–10 kartų per metus. Pagrindinis peršalimo simptomas – ūminis rinitas arba sloga (gr. *coryza*).

Semantiškai žodis „rinitas“ reiškia nosies gleivinės uždegimą, tačiau uždegiminių ląstelių infiltracija gleivinėje nėra būdinga visoms ligoms, kurias vadiname rinitu. Kliniškai rinitą galima apibūdinti kaip nevienalytę grupę nosies ligų, kurioms būdingas 1 ar daugiau šių simptomų: čiaudulys, nosies užgulimas, nosies varvėjimas (rinorėja), nosies peršėjimas. Simptomai atsiranda praėjus 1–2 dienoms po kontakto su virusu dėl organizmo imuninio atsako į uždegimą ir neurogeninio reflekso, bet ne dėl audinių pažeidimo.

Peršalimas skatina uždegiminių kraujagysles plečiančių mediatorių, kaip bradikininas, išsiskyrimą ir taip sukelia patologiškus nosies gleivinės kraujagyslių paburkimą. Padidėjusi liaukų sekrecija ir sutirštėjęs sekretas padidina nosies užgulimo pojūtį. Pirmos peršalimo savaitės metu nosies užgulimas intensyvėja.

Paprastai peršalimo simptomai trunka 7–10 dienų. Svarbi yra alerginio ir nealerginio rinito diferencinė diagnostika.

Rinorėja – vienas labiausiai erzinančių simptomų peršalus. Nosies išskyros – normalus procesas? Ar išskyrų spalva rodo, kad liga sunkėja?

Taip, nosies išskyros – normali organizmo reakcija. Nosies sekretas valo ir drėkina nosies gleivinę ir padeda kovoti su infekcija. Sekretą sudaro kompleksas elementų, išsiskiriančių iš liaukų, taip pat taurinių, plazmos ląstelių ir plazmos eksudatas iš kapiliarų. Pogleivio liaukos pagamina didžiausią kiekį nosies sekreto. Išskyros gaminasi dėl parasimpatinės liaukų stimuliacijos, išsiskyrus acetilcholinui. Nosies išskyros keliauja žemyn nosiarykle surinkdamos alergenų, bakterijų, kurios nunešamos į virškinimo sistemą. Paprastai šios išskyros nuryjamos to nė nejučiant.

Ankstyvas rinorėjos simptomas gali būti kontroliuojamas taikant anticholinerginį gydymą (ipratropiumą), bet jis aktyvus tik pirmas 4–5 peršalimo dienas, nes vėliau dominuoja išskyros iš nosies, susidariusios dėl uždegiminio plazmos eksudato ir nesusijusios su gleivinės liaukų hipersekrecija.

Išskyrų spalva kinta nuo skaidrių iki gelsvų, po to – žalių. Tai neretai skatina gydytojus skirti antibiotikų, nes manoma, kad prisidėjo bakterinė infekcija. Vis dėlto spalva daugiau parodo uždegimo intensyvumą, o ne sunkumą. Spalva susijusi su leukocitų kiekiu gleivėse, kurie turi azurofilinių granulų.

Peršalimo gydymas skirtas tik simptomams palengvinti. Kokių klaidų daro šeimos gydytojai?

Iš tiesų peršalimo gydymo nėra, nes kol kas nėra efektyvaus antivirusinio gydymo. Simptominis gydymas palengvina nosies užgulimą, rinorėją ir kosulį.

Dažniausiai naudojami nereceptiniai ir receptiniai vaistai, alternatyvios priemonės: antihistaminikai, anticholinergikai, dekongestantai, slopinantys kosulį, mažinantys karščiavimą, nesteroidiniai vaistai nuo uždegimo, echinacėja, vitaminas C ir kitos įvairios priemonės (pvz., garų inhaliacijos, įvairios koncentracijos jūros vanduo).

Nosies užgulimo gydymas skirtas kvėpavimui pro nosį palengvinti. Tam vartojami dekongestantai (sisteminiai ir vietiniai), kurie užgulimą palengvina sutraukdami nosies gleivinės kraujagysles. Taip pat gali būti paskirti antihistaminikai (pirmos kartos), kurie mažina paburkimą ir išskyrų gamybą.

Kokie yra sisteminiai ir vietiniai nereceptiniai dekongestantai? Sisteminiai nereceptiniai dekongestantai – pseudoefedrinai ir fenilefrinai. Jie mažina nosies

gleivinės paburkimą ir taip gerina oro praeinamumą, taip pat veikia sinusų ir eustachijaus vamzdžio gleivinę.

Trumpai ir ilgai veikiantys nereceptiniai vietiniai dekongestantai – tai ksilometazolinai, oksimetazolinai, fenilefrinai, nafazolinai ir kt. Vietiniai dekongestantai greitai atkemša nosį. Veikdami vietiskai, jie gerina oro praeinamumą mažindami nosies paburkimą, gerindami nutekėjimą iš sinusų.

Rinorėjos gydymas padeda sumažinti nosies išskyrų kiekį, mažina poreikį šnirpšti, pūsti nosį, mažina ašarojimą, čiaudulį. Taip pat padeda apsisaugoti nuo sudirginimo, skrepliavimo, kosulio ar gerklės peršėjimo atsiradimo. Galimi tik 2 gydymo būdai. Pirmas – skirti antihistaminikų. Jų rekomenduojama skirti esant vidutinei sekrecijai. Pirmos kartos antihistaminikai veikia anticholinergiškai, plačiai naudojami nealerginiam rinitui gydyti, bet sukelia sedaciją. O nesukeliantys sedacijos antros kartos antihistaminikai neturi veiksmingos įtakos rinorėjai.

Antras būdas – vietinis ipratropiumas (anticholinergikas), kuriuo efektyvumas nosies išskyrų gamybai mažinti įrodytas. Vietinis nosies purškalas neturi sisteminio anticholinerginio nepageidaujamo poveikio (pvz., burnos džiovimas), nes tik 20 proc. rezorbuojasi į kraują, todėl nesutrikdo nosies kaip drėkintuvo funkcijos. Tad logiškiau vartoti vietinį anticholinergiką ir išvengti nepageidaujamo sedacinio antihistaminikų poveikio.

Kitas dažnas peršalimo komponentas – kosulys. Jis vargina beveik trečdalį sergančiųjų peršalimo ligomis? Ką svarbu žinoti gydant kosulį?

Dėl galimo nepageidaujamo poveikio reikėtų vengti vartoti kosulį slopinančius preparatus ir sisteminius dekongestantus jaunesniems kaip 6 metų vaikams. Atsargiai vartoti kelis sudėtinius preparatus nuo peršalimo, norint išvengti tos pačios medžiagos, esančios keliuose preparatuose perdozavimo. Slopinti rekomenduojama tik sausą, varginantį kosulį.

Ką pasakytumėte apie preparatus ryklės skausmui ir uždegimui mažinti?

Jie parduodami purškalo ir pastilių pavidalu. Daugumos jų sudėtyje yra vietiskai veikiančio vienokio ar kitokio antiseptiko, skausmą mažinančio vaisto, kiti yra augalinės kilmės. Jodo preparatai gali sukelti alergiją, todėl jų skirti reikėtų atsargiai. Chlorheksidino veikimo spektras siauresnis, be to, didelės jo dozės toksiškos. Skiriant vien anestetikus, negaunama antiseptinio poveikio.

Geriausias efektas pasiekiamas vartojant preparatą su antiseptiniu ir skausmą mažinančiu poveikiu. Pastilių veikimo laikas ilgesnis, jos skatina salivaciją ir lizocimo kiekio padidėjimą.

Koks rekomenduojamas nemedikamentinis gydymas?

Veiksmingos nosies plovimo procedūros. Nosies plovimas įvairios koncentracijos druskų tirpalais padeda pasišalinti nosies sekretui, ypač tai rekomenduojama mažiems vaikams. Ši procedūra sumažina kitų medikamentų poreikį, nes jūros vandens sudėtyje esantys mikroelementai (Cu, Mn, Ag, Se) veikia infekciją ir uždegimą, drėkina nosies gleivinę, o tai ypač svarbu šildymo sezono metu.

Taip pat rekomenduojama vartoti ežiuolės preparatų (lot. *Echinacea*), vitamino C. Atlikti tyrimai rodo, kad ežiuolės preparatai stiprina imunitetą ir gerina organizmo atsparumą virusams.

Geriant 200 mg/d. ir daugiau vitamino C ligai jau prasidėjus, ryškus peršalimo simptomų sumažėjimas ar ligos trukmės sutrumpėjimas nepastebėtas. Tačiau vartojant profilaktiškai prieš peršalimo pradžią, efektas ryškus: sutrumpėja ligos ir nedarbingumo trukmė (iki 13 proc.), o peršalimo simptomai yra silpniau išreikšti. Kai kurių tyrimų duomenimis, iki 50 proc. sumažėja susirgimo tikimybė.

Kokia augalinių preparatų vieta gydant peršalimo ligas?

Nosies gleivinės apsauginės funkcijos yra svarbios kovojant su bakterijomis ar virusais. Šias funkcijas užtikrina apsauginis gleivių sluoksnis: nosies gleivinės epitelio ląstelių mikrogaureliai nuolat stumia gleives nosiaryklės link, į virškinimo sistemą, ir mes jas nuryjame. Nosies gleivėse yra tiek antibakterinių, tiek antivirusinių medžiagų, kurios ir veikia žalingus mikroorganizmus.

Sergant peršalimo ligomis, ūminiu bakteriniu arba virusiniu rinosinusu padidėja gleivių kiekis, jos pasidaro tirštos. Tai sutrikdo mukociliarinį klirensą, t. y. gleivių, kartu su jų sudėtyje esančiais virusais ar bakterijomis, pasišalinimą.

Pagrindinis ir svarbiausias augalinių preparatų poveikis – gleivių skystinimas ir jų pasišalinimo skatinimas. Nes esant uždegimui, paburksta sinusų angos, o tai trukdo ištekėti gleivėms.

Vartodami augalinį preparatą skystiname gleives ir geriname sinusų išsivalymą. Dėl to rinosinusito eiga būna daug lengvesnė: nėra gleivių kaupimosi sinusuose, spaudimo pojūčio.

Įrodyta, kad augalinės kilmės preparatai slopina uždegimą. Tai pasireiškia sumažėjusiu uždegiminių ląstelių kiekiu gleivinėje, dėl ko sumažėja ir pats gleivinės paburkimas. Vėlgi pagerėja sinuso angų atidarymas ir kartu gleivingo sekreto pasišalinimas.

Jei pacientas vartoja antibiotikų ir kartu augalinės kilmės preparatų, pastebėta, kad augaliniai preparatai

sustiprina antimikrobinį antibiotikų poveikį. Manoma, kad taip yra dėl to, kad augaliniai preparatai slopina medžiagų, kurios didina uždegimą, išskyrimą.

Taip pat pastebėtas imunomoduliacinis poveikis. Augaliniai preparatai mažina virusinės infekcijos poveikį, nes gleivėse atsiranda daugiau tam tikrų medžiagų (stimuliuojama gama interferono, lizocimo gamyba), kurios didina apsaugines funkcijas.

Kada skirti? Pirmosiomis dienomis, kai sekretas dar yra skystas, skirti augalinių preparatų galbūt ir nėra tikslinga. Dažniausiai rekomenduojama jų vartoti pirmos savaitės pabaigoje antros pradžioje, kada sekreto išskiriama mažiau, jis pasidaro tirštas, klampus, sunkiau pašalinamas.

Kada reikalinga otorinolaringologo konsultacija? Kokios indikacijos skubiai specialisto konsultacijai?

Pas gydytoją otorinolaringologą ligonį reikia siųsti, kai paskirtas gydymas neduoda norimo rezultato arba įtariamos ligos komplikacijos. Peršalimas gali komplikuotis į ūminį vidurinį otitą, ūminį sinusitą, apatinių kvėpavimo takų ligas, ūminį tonzilitą, kraujavimą iš nosies, bronchinės astmos paūmėjimą ir kt. Gana sunku atskirti sinusitą nuo peršalimo ar adenoidito: 5–13 proc. peršalimo atvejų komplikuojasi į ūminį rinosinusitą.

Taigi gydytojo specialisto pagalbos reikia, kai peršalimo simptomai trunka ilgiau nei 10–14 dienų (nėra žymaus pagerėjimo), bet mažiau nei 30 dienų: rinorėja (priekinė, į nosiaryklę), nosies užgulimas, kosulys, galvos / veido skausmas, subfebrilitetas ar normali kūno temperatūra. Ypač pavojingi žaibiniai simptomai – ≥ 39 °C, pūlinga rinorėja, kuri tęsiasi 3–4 dienas, nosies užgulimas, galvos / veido skausmas, periorbitinė edema.

Racionalus antibiotikų vartojimas – aktualus klausimas mūsų šaliai. Kada jų būtina skirti sergant peršalimo ligomis?

Iš tiesų tai svarbus klausimas, nes antibiotikais vis dar piktnaudžiaujama. Statistiniai duomenys rodo, kad antibiotikų skiriama per dažnai: net 70 proc. atvejų, kai yra gerklės skausmas, skiriamas antibiotikas prieš tai neįsitikinus, ar ligos sukėlėjas – bakterijos. O praktika rodo, kad bakterinis sukėlėjas nustatomas tik 20 proc. atvejų ir rečiau. Per dažnai, tarsi apsidrausdami, antibiotikų medikai skiria ir vaikams.

Taigi, kada reikia skirti antibiotikų? Šiuo metu tai jau gana aiškiai apibrėžta. Antibiotikų rekomenduojama skirti diagnozavus ūminį rinosinusitą. Taip pat, kai matome žaibišką ligos eigą, kada vaiko būklė sparčiai blogėja, kai nustatomi patinimai apie akis, pūlinga sekrecija, aukšta temperatūra. Taip pat apie antibiotikų skyrimą

galime pagalvoti, kai liga tęsiasi daugiau kaip 10 dienų ir būklė negerėja arba kai po būklės pagerėjimo diagnozuojame jos pablogėjimą. Tada galima įtarti, kad prisidėjo bakterinė infekcija.

Atlikti bakterijos nustatymo tyrimą ne visada būtina. Dažniausiai užtenka įvertinti klinikinį vaizdą, nes ne visi gydytojai turi galimybių šį tyrimą atlikti.

Svarbu nepradėti skirti antibiotikų nuo pat pirmos dienos. Lengvos klinikos rinosinusitui gydyti visiškai užtenka simptominio gydymo: tinka nosies plovimo procedūros, nosies purškalai, kurie skystina sekretą.

Kitas svarbus dalykas, kad gydymą reikėtų pradėti nuo paprastų antibiotikų, pvz., amoksicilino (jei pacientas jam nėra alergiškas), o ne skirti vadinamųjų rezervinių antros kartos antibiotikų. Gydytojai jau dabar skundžiasi, kad nebeturi kuo gydyti į ligoninę patekusio paciento, nes pirminiame lygyje jam būna paskirti įvairūs plataus spektro (stiprūs) antibiotikai.

Dar vienas svarbus su antibiotikų vartojimu susijęs dalykas – netinkamas jų vartojimas, t. y. neretai skiriama nepakankama antibiotikų paros dozė, per ilgas ar per trumpas gydymo kursas. Tenka susidurti su pacientais, kurie sako, kad gydytojas paskyrė gerti antibiotikų 5 dienas. Toks antibiotikų vartojimo kursas galimas tik paskyrus naujos kartos eritromiciną, kurie po baigimo vartoti kraujyje išlieka dar 10 dienų. O visi kiti antibiotikai turėtų būti vartojami mažiausiai 10 dienų (net rekomenduojama jų vartoti 10 dienų po simptomų išnykimo).

Ar per pastaruosius metus kito požiūris į peršalimo ligų gydymą? Kokių gydymo algoritmu vadovaujasi šeimos gydytojai gydant rinosinusitą? Ar yra naujienu šiuo klausimu?

Ligi šiol šeimos gydytojai, gydant rinosinusitą, nosies polipozę ir alerginį rinitą, vadovavosi 2006 metais parengtomis diagnostikos ir gydymo rekomendacijomis, kurios buvo sudarytos atsižvelgiant į tuometį Europos pozicijos rinosinusito klausimu (EPOS) dokumentą. Šiemet Europoje patvirtintos naujos EPOS 2012 rekomendacijos. Jose didelių pasikeitimų, kalbant apie ūminį rinosinusitą, nėra, daugiau jie susiję su lėtinio rinosinusito, nosies polipų gydymu. Visos naujienos, susijusios su EPOS 2012 rekomendacijomis, aptartos rugsėjo viduryje Druskininkuose apskritojo stalo diskusijų metu.

Taigi svarbiausia EPOS 2012 žinia, kalbant apie lėtinį rinosinusitą, yra ta, kad intranazaliniai kortikosteroidai yra vieni pagrindinių vaistų šiai ligai gydyti. Taip pat EPOS 2012 pabrėžiama, kad intranazalinių kortikosteroidų rekomenduojama skirti ir gydant ūminį rinosinusitą, ypač šio vaisto skyrimas veiksmingas suaugusiems. Nosies gliukokortikoidų (GK) skyrimas sergant ūminiu rinosinusitu pagrįstas jų uždegimą, gleivinės edemą mažinančiu poveikiu, kuris lemia geresnį sinu-

sų drenažą, pažeistos nosies gleivinės atsikūrimą, sinusų aeracijos pagerėjimą, sumažina bakterinės superinfekcijos riziką. Nosies GK mažina kraujagyslių pralaidumą, slopina aktyvių mediatorių susidarymą ir išsiskyrimą, dėl to sumažėja tokie simptomai kaip nosies užgulimas, galvos / veido skausmai sergant ūminiu rinosinusitu.

Sergant ūminiu bakteriniu rinosinusitu ir skiriant nosies GK su antibiotikais, simptomų sumažėjimas buvo statistiškai reikšmingas, palyginti su gydymu vien antibiotikais. Taip pat nosies GK monoterapija gydant ūminį rinosinusitą buvo statistiškai reikšmingai veiksmingesnė, palyginti su gydymu tik antibiotikais ar placebo.

Atliktas ne vienas tyrimas, kuris įrodo, kad gydymo efektyvumas išlieka toks pat tiek skiriant vien intranazalinio kortikosteroido ar su antibiotikais. Kitaip tariant, praktiškai užtenka tik intranazalinių kortikosteroidų, o antibiotikų skirti nereikia. Tai įrodyta tiriant ligonius, sergančius ūminiu rinosinusitu. Viename iš tyrimų (407 pacientai) lyginti tokie vaistų deriniai: mometazono furoato (400 µg 2 k./d.) su amoksicilinu / klavulano rūgštimi (1 g 2 k./d.) ir antibiotiko su placebo nosies purškalu. Buvo tiriama jų saugumas ir veiksmingumas, skiriant 21 dieną. Pacientų, gydytų antibiotiku ir mometazono furoato deriniu, grupėje statistiškai reikšmingai labiau sumažėjo visi simptomai, kurie vargino sergančiuosius ūminiu rinosinusitu: pūlinga rinorėja, sekreto tekėjimas į nosiaryklę, nosies užgulimas, galvos ir veido skausmas, kosulys ($p \leq 0,01$). Visiškas pasveikimas užfiksuotas 62 proc. pacientų, kurie gavo antibiotiko ir mometazono furoato, grupėje, palyginti su 49 proc. kontrolinėje grupėje ($p < 0,05$). Nepageidaujamo poveikio dažnis tarp grupių nesiskyrė ir buvo nedidelis.

Kito didelio dvigubai slapto tyrimo (981 pacientai) metu lygintas mometazono furoato (200 µg, skiriama 1 ar 2 k./d. 15 dienų) ir amoksicilino (500 mg 10 dienų 3 k./d.) ar placebo veiksmingumas. Bendras didžiųjų ūminio rinosinusito simptomų (nosies užgulimas, skausmas ar spaudimo pojūtis ties sinusais, sekreto tekėjimas į nosiaryklę) balas buvo smarkiai mažesnis tarp gydytų mometazono furoatu (200 µg, 2 k./d.), palyginti su placebo ($p < 0,001$) ar amoksicilino ($p = 0,002$) grupėmis. Mometazono furoato veiksmingumas išryškėjo jau 2 gydymo dieną. Visų grupių pacientams užfiksuotas panašus nesmarkiai pasireiškiantis nepageidaujamas poveikis. Gydant mometazono furoatu neužfiksuota, kad padidėtų naujo ligos epizodo ar atkryčio rizika per 2 savaites ar stebint pacientus dar 2 savaites nutraukus gydymą, palyginti su antibiotikų ar placebo grupe. Tai buvo vienas pirmųjų tyrimų, įrodžiusių, kad nosies GK monoterapija yra saugus, veiksmingas ir gerai toleruojamas gydymo metodas sergant ūminiu rinosinusitu.

Dėkojame už pokalbį.

Kalbėjosi Natalija Voronaja