

Ūminis rinosinusitas: jo diagnostika ir gydymas

Darius Rauba, medicinos mokslų daktaras, lektorius

Vilniaus universiteto ligoninės Santariškių klinikų Ausų, nosies, gerklės ligų centras

Ūminis rinosinusitas yra nosies ir prienosinių ančių (sinusų) gleivinės uždegimas, kuriam būdingi du ar daugiau simptomų, trunkančių iki 12 savaičių. Būdingiausi ūminio rinosinusito (ŪRS) simptomai yra nosies užgulimas ir/arba pasunkėjęs kvėpavimas pro nosį, išskyros iš nosies ir/arba į nosiaryklę, spaudimas ir skausmas veido srityje, uoslės susilpnėjimas ar netekimas. Taip pat pacientą gali varginti ir kiti mažiau būdingi simptomai: perštėjimas ryklėje, gerklose, kosulys, balso užkimimas, gali pakilti temperatūra [1].

Ūminis rinosinusitas yra 1 iš 10 dažniausiai diagnozuojamų patologijų šeimos gydytojų praktikoje ir penkta pagal dažnumą liga, kuria sergant skiriami antibiotikai. Dažnai šeimos gydytojai mano, kad ŪRS yra ūminė bakterinės kilmės liga, todėl 85–98 proc. atvejų skiria antibiotikų. Dažniausiai ŪRS sukėlėjai yra virusai (rinovirusai, gripo ir paragripo) ir ligos pradžia susijusi su bendru peršalimu, kai virusai gali pažeisti ne tik nosies, bet ir visų viršutinių kvėpavimo takų gleivinę [2]. Pagal epidemiologinius duomenis, tik apie 0,2–2 proc. ūminio virusinio rinosinusito pereina į bakterinį rinosinusitą. Nekomplikuotas ūminis virusinis rinosinusitas praeina per 7–10 dienų. Ūminis bakterinis rinosinusitas (ŪBRS) dažniausiai yra taip pat savaime praeinanti liga, 75 proc. atvejų pasveikstama be antibakterinio gydymo per mėnesį. Negydomas ŪRS retai komplikuojasi intraorbitinėmis ar intrakraninėmis komplikacijomis.

Virusams patekus į nosies gleivinę, pirmieji ligos simptomai atsiranda po 8–12 valandų. Infekcija iš nosies plinta į sinusus. Nosies pūtimas peršalus susijęs su padidėjusia rizika užkratui patekti į sinusų vidų: pūtimo metu susidaręs teigiamas slėgis nosies ertmėje gali padėti užkrėstam nosies sekretui patekti į sinusų ertmes [3]. Uždegimui stiprėjant, dėl nervinių galūnėlių dirginimo skatinama nosies ir sinusų gleivinės liaukų hipersekrecija, didėja gleivinės kraujagyslių pralaidumas, dėl to susidaro sąlygos transudatui kauptis nosies ertmėje ir sinusuose. Virusai, išskirdami įvairius toksinus, tiesiogiai veikia ir nosies gleivinės plaukelių funkciją, sutrikdydami mukociliarinį klirenso. Gleivinės paburkimas, gausus tirštas sekretas ir gleivinės plaukelių judėjimo sutrikdymas sudaro sąlygas blokuoti natūralias sinusų angas, o tai dar labiau skatina rinosinusitą ir jo simptomus.

ŪBRS dažniausiai išsivysto, kai bakterijos patenka į jau pažeistą virusų nosies ir sinusų gleivinę. Kiti faktoriai, susiję su ŪBRS, yra: alergija, mechaninė nosies obstrukcija, plaukiojimas baseine, odontogeninė infekcija, mukociliarinio klirenso sutrikimas sergant cistine fibroze ar plaukelių diskinezija, imunodeficitinė būklė ir kiti faktoriai, galintys sutrikdyti sinusų išsivalymą [4]. Dažniausiai ŪBRS sukėlėjai yra *Str. pneumoniae*, *H. influenzae* ir *M. catarrhalis*, jie sukelia iki 75 proc. ligos atvejų.

Ūminio sinusito diagnostika

1. Vietiniai požymiai :

- nosies užgulimas/ pasunkėjęs kvėpavimas
- išskyros iš nosies/ į nosiaryklę
- spaudimas ir skausmas veido srityje:

žandinio - skruostuose, sustiprėja palenkus galvą, kosint, gali plisti į galvą, ausį, dantis.

etmoidalinio- nosies šaknyje ir akiduobių medialiniuose kampuose, sustiprėja judinant akis.

kaktinio- kaktos srityje, gausi sekrecija ypač rytais.

sfenoidalinio- pakaušyje, giliai akiduobėse, plinta į speninę ataugą.

- uoslės susilpnėjimas ir netekimas

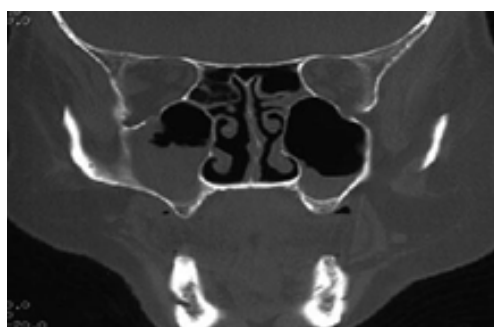
2. Atokieji požymiai:

- perštėjimas ryklėje, gerklose, trachėjoje, balso užkimimas, kosulys

3. **Priekinė, užpakalinė rinoskopija** – pūliai nosies ertmėje ar nosiaryklėje
4. **Endoskopiniai požymiai:**
 - gleivingas pūlingas sekretas nosies vidurinėje landoje, nosiaryklėje
 - gleivinės paburkimas- edema sukianti obstrukciją pirmiausia vidurinėje nosies landoje
5. **Pakitimai sinusų kompiuterinėje tomogramoje (KT):**
 - gleivinės pakitimai ostiomeataliniame komplekse ir /ar sinusuose
6. **Mikrobiologinis tyrimas**
 Atliekamas punktuojant sinusus (tiksliausias tyrimas) arba paėmus medžiagą iš vidurinės nosies landos kontroliuojant endoskopu.
 Pasėlis iš nosies neatspindi sinusų mikrofloros ir atliekamas įtariant, kad pacientas yra *S.aureus* (auksinio stafilokoko) nešiotojas, taip pat ozeną ar kitas nosies ertmės infekcines ligas
7. **Tiesinė sinusų rentgenograma.**
 Tiesinė sinusų rentgenograma nėra jautrus tyrimas, jo naudingumas diagnozuojant tiek ūminį, tiek lėtinį rinosinusitą yra ribotas, nes yra gaunama klaidingai teigiamų ir klaidingai neigiamų rezultatų, todėl šis tyrimas nėra rekomenduojamas, nebent norint atmesti ar patvirtinti galvos skausmo priežastį dėl ūminio sinusito, taip pat esant neaiškiai diagnozei.
8. **Kompiuterinė tomografija**
 Auksinis lėtinio rinosinusito diagnostikos standartas, atliekama planuojant chirurginį gydymą. Ūminio rinosinusito atveju KT atliekama tik esant komplikuotam sinusitui po persirgto ūminio virusinio RS. Pakitimai sinusų KT gali laikytis 4-8 savaites. 90% + pakitimai esant UVRI (peršalimui).



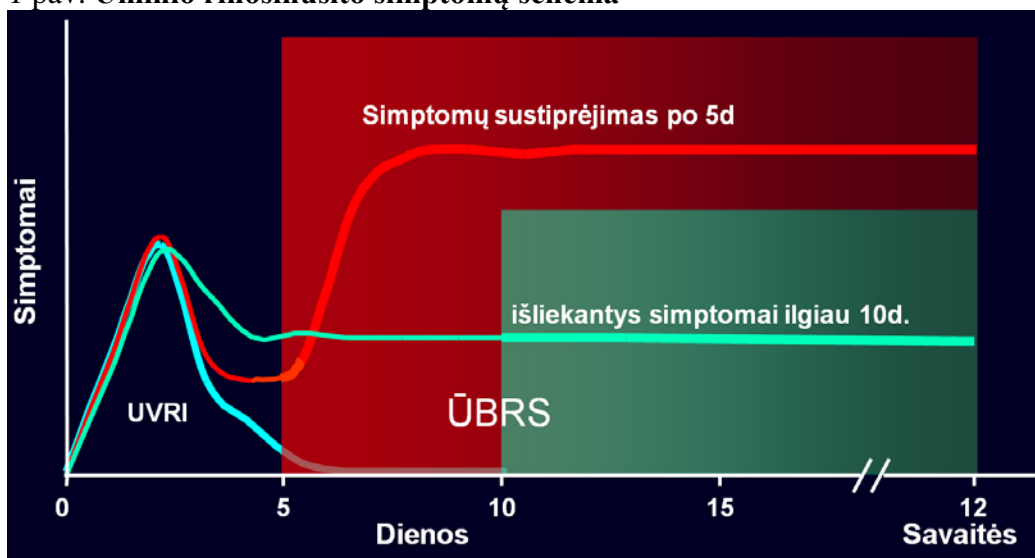
Pav. Pūliai po vidurine nosies kriaukle.



Pav. Sekretas ir gleivinės sustorėjimas žandiniuose sinusuose

Kadangi nėra specifinių simptomų, leidžiančių tiksliai atskirti virusinės kilmės ligą nuo bakterinės kilmės, diagnozės nustatymą ir gydymo plano parinkimą lemia ligos trukmė, simptomai ir jų stiprumas, bendra ligonio būklė (lengva, vidutinė ar sunki) ir ligos eiga. Visiškas ar dalinis pasveikimas po 7–10 dienų leidžia įtarti virusinės kilmės ligą [5, 6]. Simptomams užtrukus ilgiau kaip 10 dienų, tikimybė rasti bakterinį sukėlėją sinuse atlikus punkciją padidėja iki 60 proc. [7]. Simptomų sustiprėjimas ir ligonio būklės pablogėjimas po pradinio pagerėjimo ypač būdingas ŪBRS [6] (1 pav.).

1 pav. Ūminio rinosinusito simptomų schema



Ūminio rinosinusito gydymas

Ūminio rinosinusito gydymo principas – pašalinti ligą sukėlusias priežastis, kontroliuoti uždegiminius ir infekcinius komponentus, užkirsti kelią lėtinei infekcijai ir komplikacijoms. Kadangi pagrindiniai ligos sukėlėjai yra virusai ir tik 0,2–2 proc. ŪVRS komplikuojasi bakteriniu rinosinusitu, pagrindinis gydymo tikslas – mažinti uždegimą gleivinėje ir gleivinės edemą, užtikrinti sinusų angų laisvumą, atkurti sinusų drenažinę funkciją ir sinusų ertmės aeraciją, rinosinusito atkryčio profilaktika.

ŪRS gydyti dažniausiai rekomenduojamos priemonės yra vietiniai ir sisteminiai dekongestantai, jūros druskos tirpalai, analgetikai, sekretolitikai, tačiau jų įrodymais pagrįstas poveikis gydant ŪRS yra sąlyginai silpnas ir nė viena priemonė nesutrumpina ligos trukmės. Pacientams, sergantiems ŪRS, antibiotikai ir toliau skiriami per dažnai, nors dažniausiai akivaizdu, kad ligos sukėlėjas – virusas. Net jei nustatomas bakterinis sukėlėjas, iki 75 proc. atvejų liga praeina savaime, be antibiotikų. Antibiotikai dažniausiai skiriami esant vidutinio sunkumo ar sunkiai ligai, kai simptomai užtrunka ilgiau kaip 7–10 dienų ar paciento būklė blogėja skyrus simptominių gydymą, taip pat gresiant komplikacijoms arba priklausantiems padidėjusios rizikos grupei.

Antibakteriniai vaistai

1. pirmo pasirinkimo a/b

Amoksicilinas p/o 500 mg x 3, 1g x2 iki 3g per parą.

(S pneumoniae ir H influenzae – pagrindiniai sukėlėjai)

2. antro pasirinkimo a/b

1. Amoksicilinas su klavulano rūgštimi, 500 mg p/o 3k./p ar 1g x2 (Amoxiclav, Augmentin)

2. II kartos cefalosporinai, 250-500 mg p/o 2k./p (Zinnat)

3. naujieji makrolidai (Azitromicinas, Klaritromicinas)

4. Klindamicinas, 300mg p/o 3k./p.

Indikacijos iš karto rinktis Amoksiciliną su klavulano rūgštimi arba II kartos cefalosporinus (Cefuroksimas)

- 4–6 sav. laikotarpiu vartotas penicilinas;
- 3 mėn. laikotarpiu vartota makrolidų;
- šeimos nariai šiuo metu vartoja antibiotikų.
- įtariamas odontogeninės kilmės sinusitas

Antibiotikų kursas ne trumpesnis nei 10-14 dienų. Šeimos gydytojas neskiria antro antibiotikų kurso, kai gydymas neveiksmingas, o siunčia pas otorinolaringologą.

Nosies gliukokortikoidų (GK) skyrimas sergant ŪRS yra pagrįstas jų uždegimą, gleivinės edemą mažinančiu poveikiu, kuris lemia geresnį sinusų drenažą, pažeistos nosies gleivinės atsikūrimą, sinusų aeracijos pagerėjimą, sumažina bakterinės superinfekcijos riziką [8].

Nosies GK mažina kraujagyslių pralaidumą, slopina aktyvių mediatorių susidarymą ir išsiskyrimą, dėl to sumažėja tokie simptomai, kaip nosies užgulimas, galvos ar veido skausmai sergant ŪRS [9]. Sergant ŪRS ir nosies GK skiriant kartu su antibiotikais (AB), simptomų sumažėjimas buvo statistiškai reikšmingas, palyginti su gydymu vien AB [10, 11]. Taip pat nosies GK monoterapija gydant ŪRS buvo statistiškai reikšmingai veiksmingesnė, palyginti su gydymu tik antibiotikais ar placebo [12].

Nosies GK veiksmingumas skiriant kartu su antibiotikais įrodytas ne vienu dideliu tyrimu. Viena iš jų (407 pacientai) lygintas mometazono furoato (MF; 400 µg 2 k./d.) derinio su amoksicilinu / klavulano rūgštimi (1 g 2 k./d.) ir antibiotiko derinio su placebo nosies purškalu saugumas bei veiksmingumas, skiriant 21 dieną [11]. Pacientų, gydytų AB ir MF deriniu, grupėje statistiškai reikšmingai labiau sumažėjo visi simptomai, kurie vargino sergančius ŪRS: pūlinga rinorėja, sekreto tekėjimas į nosiaryklę, nosies užgulimas, galvos ir veido skausmas, kosulys ($p \leq 0,01$). Visiškas pasveikimas užfiksuotas 62 proc. pacientų AB+MF grupėje, palyginti su 49 proc. kontrolinėje grupėje ($p < 0,05$). Nepageidaujamo poveikio dažnis tarp grupių nesiskyrė ir buvo nedidelis.

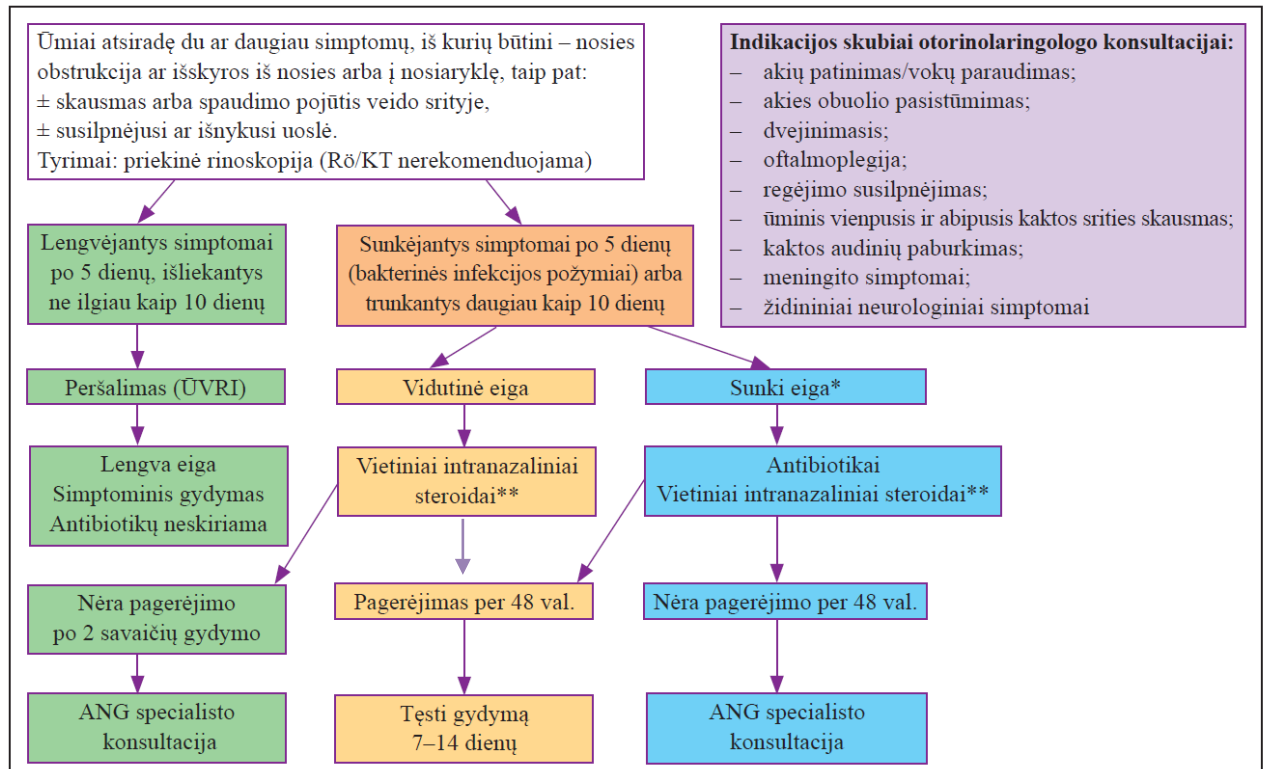
Kito daugiacentrio, dvigubai slapto tyrimo (967 pacientai) metu lygintas 200 µg arba 400 µg MF ir 1 g amoksicilino / klavulano rūgšties derinio 2 k./d., to paties antibiotiko ir placebo derinio veiksmingumas su placebo nosies purškalu, gydant ŪRS 21 dieną [13]. Bendras simptomų balas sumažėjo statistiškai reikšmingai grupėse, gydytose AB su MF (200 ar 400 µg), palyginti su AB ir placebo nosies purškalo grupe (atitinkamai 50, 51 ir 44 proc., $p \leq 0,017$). Abi MF dozės buvo gerai toleruojamos.

Remiantis šių tyrimų duomenimis, galima teigti, kad MF, skiriamas kartu su antibiotikais sergantiems ŪRS, žymiai palengvina ligos simptomus, palyginti su gydymu vien antibiotikais. Tyrimų, atliktų su kitais nosies GK, metu bendras simptomų pagerėjimas, kombinuojant AB su nosies GK sergantiems ŪRS, taip pat buvo statistiškai reikšmingas, palyginti su vien antibiotikais. Sėkmingas nosies GK vartojimas kartu su AB leido toliau tirti jų veiksmingumą gydant ŪRS, skiriant juos kaip monoterapiją ir lyginant tokio gydymo efektyvumą su AB ar placebo [12]. Didelio dvigubai slapto tyrimo (981 pacientai) metu lygintas 200 µg MF, skiriamo 1 ar 2 k./d. 15 dienų, veiksmingumas su 10 dienų 3 k./d. skiriamu 500 mg amoksicilinu ar placebo. Bendras didžiųjų ŪRS simptomų (nosies užgulimas, skausmas ar spaudimo pojūtis ties sinusais, sekreto tekėjimas į nosiaryklę) balas buvo žymiai mažesnis 2 k./d. gydytiems 200 µg MF, palyginti su placebo ($p < 0,001$) ar amoksicilinu ($p = 0,002$). MF veiksmingumas išryškėjo jau antrą gydymo dieną. Visų grupių pacientams užfiksuotas panašus – nežymiai pasireiškiantis nepageidaujamas poveikis. Gydant MF neužfiksuota, kad padidėtų naujo ligos epizodo ar atkryčio rizika per 2 savaites ar stebint pacientus dar 2 savaites, nutraukus gydymą, palyginti su AB ar placebo grupe. Tai buvo vienas pirmųjų tyrimų, įrodžiusių, kad nosies GK monoterapija yra saugus, veiksmingas ir gerai toleruojamas gydymo metodas sergant ŪRS.

Remiantis naujais gausiais tyrimų duomenimis, 2007 m. buvo priimtos rinosinusito, nosies polipozės ir alerginio rinito diagnostikos ir gydymo rekomendacijos (EP₃OS). Jose pažymima, kad nosies GK, pagal statistiškai patikimus duomenis, yra efektyvūs kaip monoterapija ar su antibiotikais, gydant ūminį nekomplikuotą bakterinį rinosinusitą [14]. Lietuvoje vienintelis nosies GK, turintis ŪRS gydymo kartu su antibiotikais indikaciją, yra mometazono furoatas (*Nasonex*).

Lengvos eigos (peršalimo) rinosinusito gydymas yra simptominis: sisteminiai ar vietiniai dekongestantai, esant reikalui – analgetikai. Vidutinio sunkumo eigos RS atveju skiriama vietinių intranazaliųjų gliukokortikoidų. Sunkiam RS gydyti – vietinių intranazaliųjų gliukokortikoidų ir antibiotikų (2 pav.).

2 pav. Suaugusiųjų ūminio/epizodinio rinosinusito gydymo algoritmas šeimos gydytojui



* Karščiavimas >38°C, skausmas.

** Vienintelis vietinio poveikio intranazalinis steroidas, turintis ūminio sinusito gydymo kartu su antibiotikais indikaciją, yra mometazono furoatas.

Indikacijos chirurginiam gydymui:

- neveiksmingas medikamentinis gydymas
- orbitiniai simptomai (akių vokų paburkimas, akies obuolio pastūmimas, dvejinimasis, regos pokyčiai)
- ūminis vienos pusės kaktos skausmas
- paburkimas kaktos srityje
- meningito požymiai
- židininiai neurologiniai požymiai
- sisteminiai simptomai

Planuojant operaciją būtina atlikti prienosinių ančių KT.

LITERATŪRA

1. Derendorf, H. and E.O. Meltzer, Molecular and clinical pharmacology of intranasal corticosteroids: clinical and therapeutic implications. *Allergy*, 2008. 63(10): p. 1292–300.
2. Meltzer, E.O., et al., A dose-ranging study of mometasone furoate aqueous nasal spray in children with seasonal allergic rhinitis. *The Journal of allergy and clinical immunology*, 1999. 104(1): p. 107–14.
3. Alvares, M.L. and D.A. Khan, Allergic rhinitis with negative skin tests. *Current allergy and asthma reports*, 2011. 11(2): p. 107–14.
4. Nathan, R.A., Intranasal Steroids in the Treatment of Allergy-Induced Rhinorrhea. *Clinical reviews in allergy & immunology*, 2010.

5. Penagos, M., et al., Efficacy of mometasone furoate nasal spray in the treatment of allergic rhinitis. Meta-analysis of randomized, double-blind, placebo-controlled, clinical trials. *Allergy*, 2008. **63**(10): p. 1280–91.
6. Meltzer, E.O., The pharmacological basis for the treatment of perennial allergic rhinitis and non-allergic rhinitis with topical corticosteroids. *Allergy*, 1997. **52**(36 Suppl): p. 33–40.
7. Lundblad, L., et al., Mometasone furoate nasal spray in the treatment of perennial non-allergic rhinitis: a nordic, multicenter, randomized, double-blind, placebo-controlled study. *Acta oto-laryngologica*, 2001. **121**(4): p. 505–9.
8. Pattanaik, D. and P. Lieberman, Vasomotor rhinitis. *Current allergy and asthma reports*, 2010. **10**(2): p. 84–91.
9. Rondon, C., G. Canto, and M. Blanca, Local allergic rhinitis: a new entity, characterization and further studies. *Current opinion in allergy and clinical immunology*, 2010. **10**(1): p. 1–7.
10. Ellis, A.K. and P.K. Keith, Nonallergic rhinitis with eosinophilia syndrome. *Current allergy and asthma reports*, 2006. **6**(3): p. 215–20.
11. Kim, Y.H. and T.Y. Jang, Clinical characteristics and therapeutic outcomes of patients with localized mucosal allergy. *American journal of rhinology & allergy*, 2010. **24**(4): p. e89–92.
12. Rondon, C., et al., Evolution of patients with nonallergic rhinitis supports conversion to allergic rhinitis. *The Journal of allergy and clinical immunology*, 2009. **123**(5): p. 1098–102.
13. Fokkens, W., V. Lund, and J. Mullol, European position paper on rhinosinusitis and nasal polyps 2007. *Rhinology. Supplement*, 2007(20): p. 1–136.
14. Hoddeson, E.K. and S.K. Wise, The Role of IgE Production in the Pathophysiology of Rhinitis and Rhinosinusitis. *Current allergy and asthma reports*, 2011.