Family Medicine & Primary Care Review 2014; 16, 4: 393–398 © Copyright by Wydawnictwo Continuo

PL ISSN 1734-3402

**KSZTAŁCENIE USTAWICZNE**
**• CONTINUOUS MEDICAL EDUCATION (CME)**

# Postępowanie w ostrym zapaleniu zatok przynosowych w praktyce lekarza rodzinnego* Stanowisko 4 Towarzystw (StanForT)

**Rekomendacje: Polskie Towarzystwo Alergologiczne, Polskie Towarzystwo Otolaryngologów Chirurgów Głowy i Szyi, Polskie Towarzystwo Medycyny Rodzinnej oraz Kolegium Lekarzy Rodzinnych w Polsce**

## Management of acute rhinosinusitis in family doctor's practice Opinion of 4 scientific bodies (StanForT)

**Recommendations: Polish Society of Allergology, Polish Society of ENT Head Neck Surgery, Polish Society of Family Medicine and College of Family Physicians in Poland**

BOLESŁAW SAMOLIŃSKI[1], TOMASZ GOTLIB[2], WIOLETTA PIETRUSZEWSKA[3], RAFAŁ PAWLICZAK[4], DARIUSZ JURKIEWICZ[5], PIOTR KUNA[6], PAWEŁ STRĘK[7], AGNIESZKA MASTALERZ-MIGAS[8], SŁAWOMIR CHLABICZ[9]

[1] Zakład Profilaktyki Zagrożeń Środowiskowych i Alergologii Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego
[2] Klinika Otolaryngologii Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego
[3] Klinika Otolaryngologii i Laryngologii Onkologicznej, I Katedra Otolaryngologii Uniwersyteckiego Szpitala Klinicznego im. N. Barlickiego Uniwersytetu Medycznego w Łodzi
[4] Zakład Immunopatologii Katedry Alergologii, Immunologii i Dermatologii Uniwersytetu Medycznego w Łodzi
[5] Klinika Otolaryngologii i Onkologii Laryngologicznej z Klinicznym Oddziałem Chirurgii Czaszkowo-Szczękowo-Twarzowej Wojskowego Instytutu Medycznego w Warszawie
[6] Klinika Chorób Wewnętrznych, Astmy i Alergii, II Katedra Chorób Wewnętrznych Uniwersyteckiego Szpitala Klinicznego im. N. Barlickiego Uniwersytetu Medycznego w Łodzi
[7] Oddział Kliniczny Otolaryngologii Szpitala Uniwersyteckiego w Krakowie
[8] Katedra i Zakład Medycyny Rodzinnej Uniwersytetu Medycznego we Wrocławiu
[9] Zakład Medycyny Rodzinnej i Pielęgniarstwa Środowiskowego Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku

## 1. Wprowadzenie

Ostre zapalenie zatok przynosowych (OZZP) charakteryzuje się nagłym wystąpieniem objawów, z których co najmniej jednym jest wyciek z nosa lub niedrożność nosa. Dodatkowymi objawami, które mogą, ale nie muszą występować, są ból lub uczucie rozpierania twarzy oraz zaburzenia węchu.

W świetle najnowszych badań nad patofizjologią górnych dróg oddechowych, każde ostre zapalenie błony śluzowej nosa jednocześnie obejmuje błonę śluzową zatok. Tym samym niezbędna jest zmiana dotychczas stosowanego pojęcia *rhiniti* na *rhinosinusiti*.

Właściwa nazwa ostrego zapalenia zatok przynosowych (*rhinosinusitis*) w języku polskim mogłaby brzmieć „ostry nieżyt nosa i zatok przynosowych" lub „ostre zapalenie błony śluzowej nosa i zatok przynosowych". Ze względu na ugruntowaną w polskim nazewnictwie medycznym pozycję terminu „ostre zapalenie zatok przynosowych" większość tłumaczeń EPOS (europejskich wytycznych dotyczących zapalenia zatok przynosowych oraz polipów nosa)* pozostawia wymienioną tradycyjną nazwę.

Zgodnie z treścią EPOS, należy jednak poszerzyć tradycyjne znaczenie „ostrego zapalenia zatok przynosowych" i podzielić je na:

- **Przeziębienie**, czyli **ostre wirusowe zapalenie zatok przynosowych**, w którym objawy samoistnie stopniowo ustępują i trwają krócej niż 10 dni.
- **Ostre powirusowe zapalenie zatok przynosowych**, w którym objawy nasilają się po 5 dniach trwania, lub utrzymują się dłużej niż 10 dni.
- **Ostre bakteryjne zapalenie zatok przynosowych**, w którym objawy nasilają się po 5 dniach trwania, lub utrzymują się dłużej niż 10 dni, a dodatkowo występują: katar o zmienionym kolorze, zwykle bardziej nasilony po jednej stronie, silny ból (z przewagą jednej strony), gorączka powyżej 38°C, podwyższone parametry stanu zapalnego (CRP, OB), pogorszenie dotychczasowego przebiegu choroby.

W ostrym zapaleniu zatok przynosowych objawy trwają krócej niż 12 tygodni. Proces zapalny nie pozostawia w obrębie zatok przynosowych trwałych zmian.

## 2. Epidemiologia i czynniki predysponujące w ostrym zapaleniu zatok przynosowych

Ostre zapalenie zatok przynosowych zmienia na przestrzeni lat swoją definicję. Obowiązująca definicja doty-

* W oparciu o wytyczne EPOS, 2012.

czy wszystkich stanów zapalnych błony śluzowej nosa i zatok przynosowych o charakterystycznej symptomatologii. Przeziębienie czy powirusowe OZZP nie mogą jednak być traktowane tak samo, jak ostre bakteryjne zapalenie zatok, bo choć proces zapalny penetruje w głąb tych struktur, to nie towarzyszą mu bóle zatokowe, uczucie ciężaru, ucisku, rozpychania w okolicy czołowej i międzyoczodołowej, bóle głowy i twarzoczaszki w rzucie zatok oraz ropotok nosowy. Przy obowiązującym podejściu definicyjnym do OZZP prewalencję tej choroby określa się na kilka do kilkunastu procent, w literaturze najczęściej 6–12%. Nawroty choroby stwierdza się w ułamku procenta, nieprzekraczającym 0,05%. Najczęstszą przyczyną bakteryjnego i powirusowego OZZP jest pierwotna infekcja wirusowa, która u około 0,5–2% prowadzi do powikłania, jakim jest bakteryjne OZZP. Wzrost zachorowań jest zależny od strefy klimatycznej, w warunkach polskich najczęściej występuje w okresie jesieni i wiosny.

Czynnikami predysponującymi są:

- niedobory odpornościowe,
- dyskinezy rzęskowe pierwotne i wtórne,
- zaburzenia anatomiczne,
- refluks żołądkowo-przełykowy,
- alergiczne zapalenie błony śluzowej nosa.

Podejrzewa się również istotny udział dymu tytoniowego i innego typu zanieczyszczeń powietrza (przemysłowych). Rozpoznanie OZZP wymaga uwzględnienia roli tych czynników w każdym indywidualnym przypadku.

## 3. Patofizjologia ostrego zapalenia zatok przynosowych

Podczas infekcji wirusowej dochodzi do uszkodzenia nabłonka rzęskowego, uwolnienia cytokin prozapalnych, obrzęku błony śluzowej oraz zwiększenia liczby komórek kubkowych produkujących śluz. Upośledzenie drożności ujść zatok i transportu śluzowo-rzęskowego oraz jednoczesne zwiększenie produkcji wydzieliny prowadzi do jej zalegania w obrębie zatok, z czym wiąże się przejściowy wzrost ciśnienia wewnątrzzatokowego. Wskutek braku wentylacji oraz pobrania tlenu przez błonę śluzową, dochodzi następnie do podciśnienia i zmniejszenia pH, co z kolei sprzyja namnażaniu się bakterii. Z fazy podciśnienia zapalenie zatok przechodzi wówczas w fazę nadciśnienia zatokowego. U części chorych zapalenie stopniowo ustępuje samoistnie, u części proces zapalny trwa dłużej, bez nadkażenia bakteryjnego (OZZP powirusowe). Uważa się, że utrzymywanie się objawów w tych przypadkach jest związane z nadmierną odpowiedzią zapalną. U pozostałych chorych (zdecydowana mniejszość) dochodzi do nadkażenia bakteryjnego (ryc. 1). OZZP bakteryjne powstaje w większości przypadków jako następstwo przeziębienia, natomiast w części przypadków jest zakażeniem zębopochodnym.

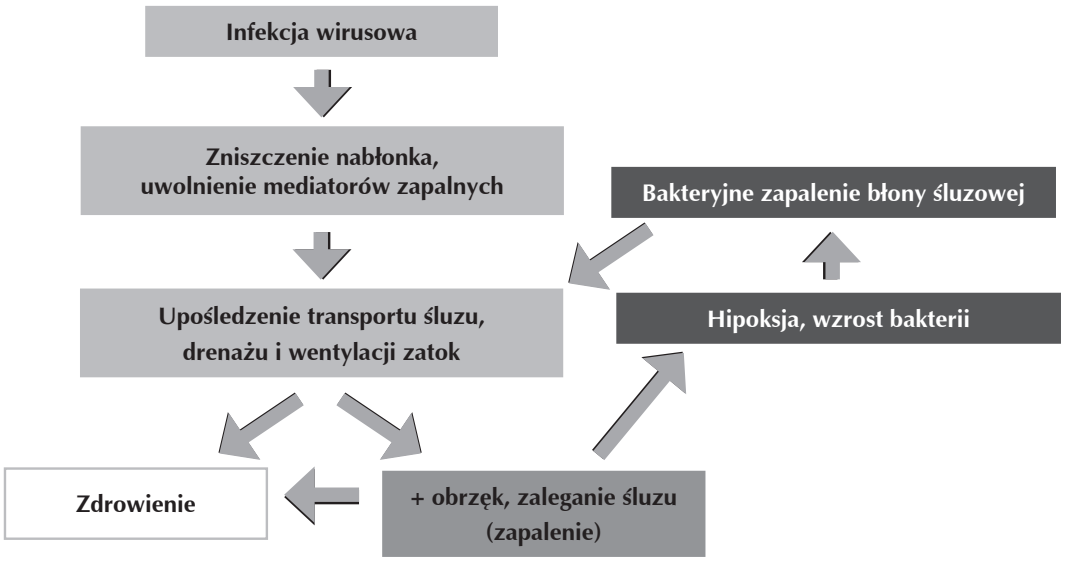
Najczęściej w przebiegu OZZP bakteryjnego dochodzi do zakażenia *Streptococcus pneumoniae*, *Haemophilus influenzae*, *Moraxella catarrhalis* lub rzadziej *Staphylococcus aureus*. Stwierdzono zwiększoną adhezję bakterii odpowiedzialnych za ostre zapalenie zatok przynosowych do nabłonka uszkodzonego przez wirusy. Wykazano możliwość „współpracy" niektórych wirusów i bakterii (np. wirusa grypy typu A z paciorkowcami).

We wczesnej fazie infekcji główną funkcję obronną odgrywają elementy odporności nieswoistej. Są one stymulowane m in. przez pobudzone receptory toll-podobne (TLR, rozpoznające molekuły typowe dla bakterii i wirusów), prowadząc w obu fazach infekcji (wirusowej i bakteryjnej) do uwolnienia szeregu cytokin prozapalnych. Cytokiny i mediatory reakcji zapalnej zwiększając przepuszczalność naczyń, prowadzą do obrzęku błony śluzowej i gromadzenia się komórek zapalnych. Ból lub wrażenie ucisku może być wywołane przez proteazy bakteryjne stymulujące uwalnianie bradykininy, która pobudza receptory czuciowe, także w mechanizmie opisanych zmian ciśnienia w obrębie zatok objętych procesem zapalnym.

## 4. Diagnostyka i różnicowanie ostrego zapalenia zatok przynosowych

Ostre zapalenie zatok przynosowych jest często diagnozowane i leczone przez samych pacjentów. Ogranicza się samoistnie lub z pomocą zastosowanego leczenia objawowego. Jeżeli chory decyduje się na konsultację lekarską, zwykle udaje się do lekarza rodzinnego.

Rozpoznanie OZZP opiera się na objawach klinicznych i zwykle nie ma wskazań do wykonania badania RTG lub TK zatok przynosowych oraz badania mikrobiologicznego, poza przypadkami nietypowego przebiegu i rozwijających się powikłań lub u chorych z grup ryzyka. Wyjątek stanowią również chorzy z jednostronnym bólem zębów szczęki, mogącym wskazywać na zębopochodną etiologię OZZP, zwłaszcza zatoki szczękowej, którzy powinni być skonsultowani przez lekarza dentystę.




**Rycina 1.** Patofizjologia wirusowego, powirusowego i bakteryjnego ostrego zapalenia zatok przynosowych (OZZP)

OZZP diagnozowane jest na podstawie nagłego wystąpienia objawów:

- upośledzenia lub blokady drożności nosa,
- obecności wydzieliny w nosie lub spływającej po tylnej ścianie gardła,

oraz (nieobligatoryjnie):

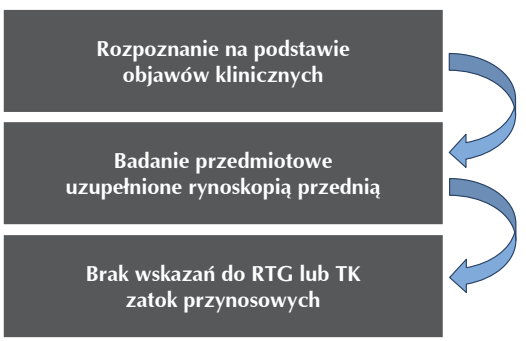
- bólu twarzy lub uczucia rozpierania w rzucie zatok przynosowych,
- upośledzenia lub braku powonienia.

Istotne jest odróżnienie ostrego wirusowego zapalenia zatok od ostrego powirusowego zapalenia zatok oraz ostrego bakteryjnego zapalenia zatok, ponieważ wiąże się to z różnym podejściem terapeutycznym. W tym ostatnim, kryterium rozpoznania stanowi występowanie przynajmniej trzech z następujących objawów: zmiana koloru wydzieliny (ropny katar z przewagą w jednej jamie nosa), silny miejscowy ból twarzy z przewagą jednej strony, gorączka powyżej 38°C, podwyższone parametry ostrego zapalenia (CRP, OB) oraz pogorszenie dotychczas łagodnego przebiegu choroby.

Poza objawami miejscowymi w OZZP występują: podrażnienie gardła, krtani i tchawicy wywołujące suchy kaszel, zaburzenia głosu, senność, złe samopoczucie i ogólne osłabienie. Powyższe objawy mogą utrzymywać się do 12 tygodni.

W badaniu przedmiotowym zaleca się wykonanie rynoskopii przedniej (badania wziernikiem donosowym), aby stwierdzić występowanie obrzęku i przekrwienia błony śluzowej, ocenić rodzaj wydzieliny w jamach nosa oraz występowanie ewentualnych zmian anatomicznych czy polipów nosa (ryc. 2). Badanie palpacyjne i opukowe okolicy twarzoczaszki może wykazać obecność obrzęku czy tkliwości, co wskazuje na cięższy przebieg choroby, wymagający rozważenia antybiotykoterapii. Endoskopia nosa nie jest zalecana jako badanie rutynowe.

Badania mikrobiologiczne nie są zalecane w codziennej praktyce klinicznej, ich wykonanie pozostaje do rozważenia w przypadku atypowego czy nawrotowego przebiegu OZZP.




**Rycina 2.** Schemat postępowania diagnostycznego w ostrym zapaleniu zatok przynosowych

Obrazowanie nosa i zatok przynosowych nie jest wskazane w rytunowej diagnostyce chorych z OZZP. Nie zaleca się wykonywania RTG zatok, a badanie TK zatok przynosowych znajduje zastosowanie przy zębopochodnym zapaleniu zatok oraz w przypadku podejrzenia lub rozwoju powikłań OZZP. Badanie MR jest również wysoce pomocne w określaniu obecności i zakresu powikłań OZZP.

Badanie stężenia CRP czy OB może być wskaźnikiem nasilenia procesu zapalnego i przy podwyższeniu sugerować obecność zakażenia bakteryjnego, nie jest ono jednak zalecane rutynowo.

OZZP należy różnicować z: alergicznym nieżytem nosa, zębopochodnym zapaleniem zatok, powikłaniami oczodołowymi i wewnątrzczaszkowymi zapalenia zatok oraz neurologicznymi zespołami bólowymi twarzy. Należy pamiętać o rzadko występujących chorobach nosa i zatok przynosowych jak ziarniniak Wegenera, choroba Churga-Strauss i sarkoidoza, które również mogą przebiegać z zajęciem zatok przynosowych. Nietypowy, nieustępujący po leczeniu przebieg kliniczny powinien skłonić do dalszej diagnostyki. Podejrzenie ostrego inwazyjnego grzybiczego zapalenia zatok przynosowych, które u pacjentów z obniżoną odpornością może przebiegać gwałtownie, wymaga szybkiego rozpoznania i intensywnego leczenia. Przy wycieku płynu mózgowo-rdzeniowego pacjent będzie zgłaszał dolegliwości jednostronne, często nasilające się przy pochylaniu głowy.

## 5. Leczenie ostrego zapalenia zatok przynosowych

### 5.1. Leki objawowe i wspomagające

Większość przypadków OZZP to przeziębienia z tendencją do samoograniczania, a w leczeniu (często samoleczeniu przez pacjentów) stosowane są preparaty dostępne bez recepty.

Zaleca się płukanie nosa solą fizjologiczną, zwłaszcza wskazuje się na skuteczność roztworów hipertonicznych.

Leki obkurczające błonę śluzową nosa (α-adrenomimetyki) są powszechnie zalecane, aby zmniejszyć jej obrzęk, zwłaszcza w okolicy ujść naturalnych, ułatwiając tym samym drenaż i wentylację zatok przynosowych. Mają one jednak ograniczoną wartość w OZZP.

Brak dowodów na skuteczność stosowania cynku, witaminy C, preparatów jeżówki (*Echinacea*) w OZZP. Zaleca się jednak stosowanie fitoterapii, chociaż brak jest wystarczających badań potwierdzających jej skuteczność. Leki pochodzenia roślinnego o działaniu sekretolitycznym (korzeń goryczki, kwiat lub kielich pierwiosnka, ziele szczawiu, kwiat bzu czarnego, ziele werbeny i inne) powodują rozrzedzenie śluzu, w konsekwencji zmniejszając obrzęk błon śluzowych.

Kwas acetylosalicylowy i inne niesterydowe leki przeciwzapalne (NLPZ) zmniejszają ból głowy, mięśni i stawów oraz gorączkę. Tym samym są wskazane dla zmniejszenia dolegliwości bólowych związanych z samym procesem zapalnym, aczkolwiek nie wpływają na objawy miejscowe OZZP, jak ból gardła czy tkliwość twarzy podczas opukiwania.

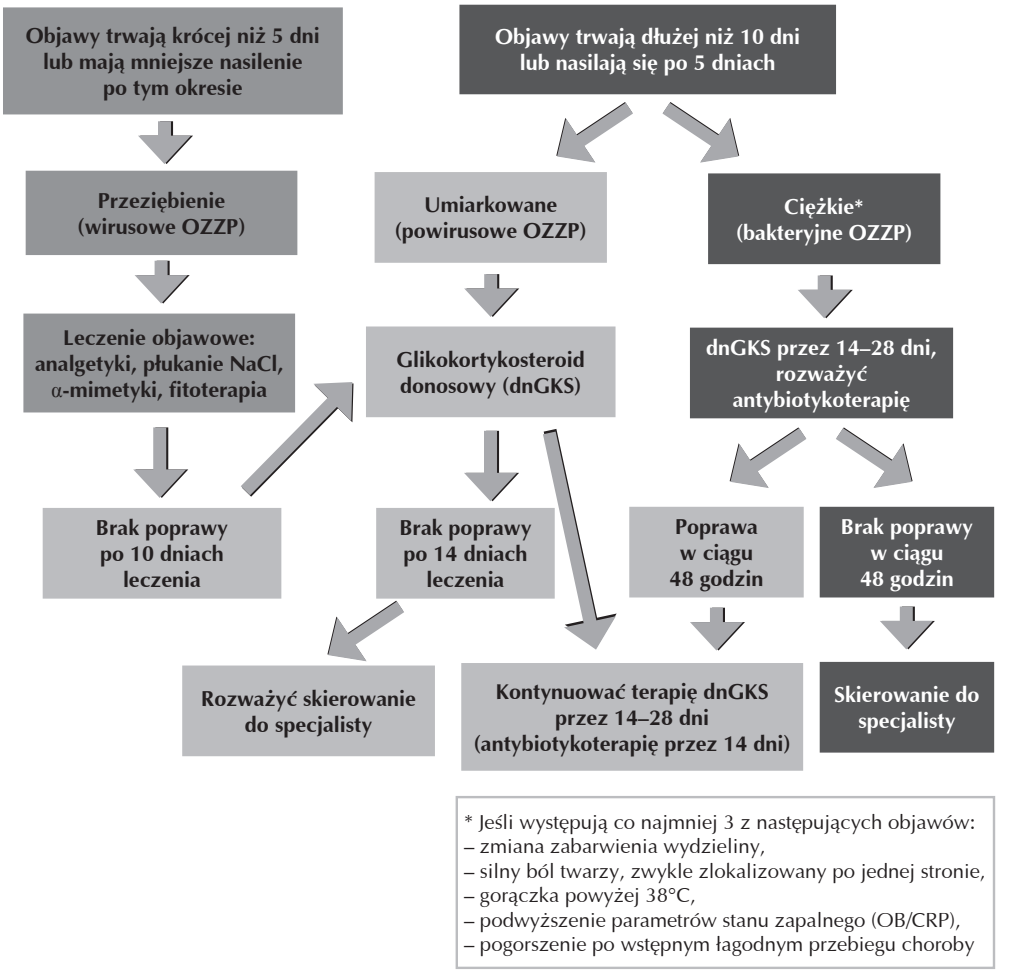
Leki mukolityczne zmniejszają lepkość wydzieliny obecnej w nosie i zatokach, tym samym mają ułatwiać jej ewakuację z zatok. Brak jest jednak danych potwierdzających jednoznacznie ich skuteczność w leczeniu OZZP.

Doustne leki przeciwhistaminowe są często przepisywane zwłaszcza w OZZP o łagodnym przebiegu. Wskazuje się na ich skuteczność w zmniejszaniu objawów wodnistego kataru czy świądu nosa w ciągu pierwszych dwóch dni ostrego wirusowego ZZP. Nie ma natomiast dowodów na skuteczność stosowania zarówno donosowych, jak i doustnych leków przeciwhistaminowych w ostrym powirusowym oraz ostrym bakteryjnym zapaleniu nosa i zatok poza korzyściami, jakie odczuwają z takiego leczenia chorzy ze współistniejącą alergią. Wskazuje się jednak na korzystny efekt łącznego zastosowania doustnego leku antyhistaminowego z analgetykiem i lekiem przeciwobrzękowym.

Bromek ipratropium ma zmniejszać wodnisty katar i obrzęk błony śluzowej u chorych z wirusowym OZZP.

### 5.2. Glikokortykosteroidy donosowe

Donosowe steroidy (dnGKS) stanowią podstawę terapii różnych postaci OZZP. W przypadku łagodnego OZZP (i braku poprawy po 10 dniach leczenia objawowego) oraz




**Rycina 3.** Schemat postępowania terapeutycznego u dorosłych w ostrym zapaleniu zatok przynosowych (zmodyfikowano na podstawie EPOS 201*)

umiarkowanego OZZP wystarczająco skuteczna jest monoterapia dnGKS (ryc. 3). Z badań klinicznych porównujących leczenie OZZP ampicyliną lub furoinianem mometazonu wynika jednoznacznie, że terapia glikokortykosteroidem donosowym jest skuteczniejsza nawet 4-krotnie, jeśli chodzi o redukcję objawów OZZP. Co więcej, z badań dotyczących furoinianu mometazonu wynika, że postępowanie polegające na podawaniu tego leku u pacjentów z ostrym zapaleniem zatok zmniejsza istotnie statystycznie objawy choroby już w drugim dniu od rozpoczęcia terapii, a dalsza poprawa następuje w ciągu kolejnych dwóch tygodni. Leczenie OZZP glikokortykosteroidami ma istotne podstawy patofizjologiczne, wykorzystuje bowiem silne miejscowe działanie przeciwzapalne tych leków. Miejscowo stosowane glikokortykosteroidy donosowe nie wykazują przy tym działania immunosupresyjnego. Ze względu na prostotę terapii, wysokie bezpieczeństwo (rzadkie występowanie działań niepożądanych) leczenie OZZP powinno obejmować terapię donosowym glikokortykosteroidem, który posiada taką rejestrację, przez 1–28 dni.

Leczenie glikokortykosteroidem donosowym jest postępowaniem z wyboru tam, gdzie terapia objawowa nie przyniosła korzyści po 10 dniach stosowania, lub nastąpiło pogorszenie po 5 dniach. W przypadku włączenia antybiotykoterapii w bakteryjnym OZZP, należy kontynuować terapię steroidem donosowym. Jedynym lekiem posiadającym aktualnie rejestrację w OZZP jest furoinian mometazonu. Dawkowanie w OZZP to dwa rozpylenia do każdego otworu nosowego dwa razy na dobę (dawka dobowa 400 µg). Preparat w tym wskazaniu można stosować u pacjentów powyżej 12 r.ż.

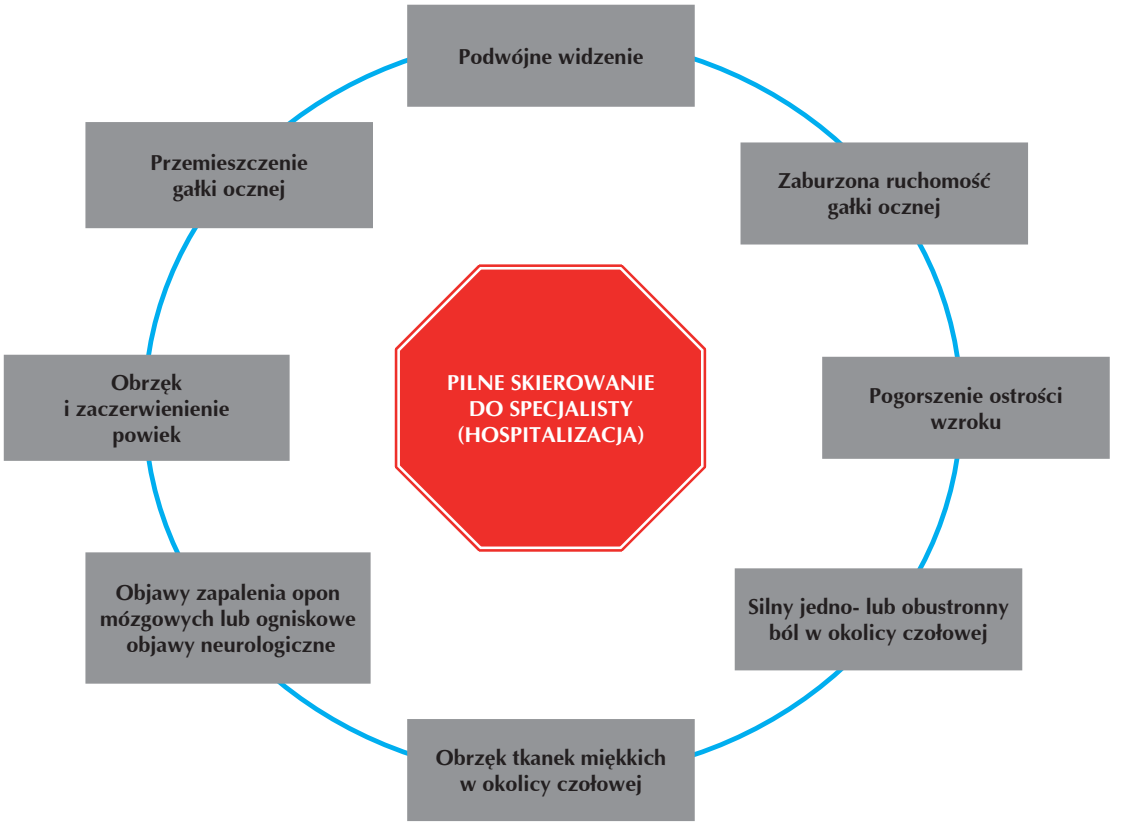
## 5.3. Antybiotykoterapia

Wskazaniem do podania antybiotyku w OZZP jest: brak poprawy po 10 dniach lub nasilenie objawów po 5 dniach oraz co najmniej 3 spośród następujących objawów: zmiana zabarwienia wydzieliny z jam nosa (z przewagą po jednej stronie), silny ból twarzy z przewagą po jednej stronie, podwyższona ciepłota ciała > 38°C, podwyższenie parametrów stanu zapalnego (CRP, OB) lub nasilenie objawów po wstępnej poprawie klinicznej. Powirusowe OZZP nie wymaga leczenia antybiotykami (ryc. 3).

Antybiotykiem z wyboru jest amoksycylina, którą podaje się przez 14 dni w następujących dawkach: dorośli i dzieci powyżej 40 kg: 1500–2000 mg co 12 godzin. U dzieci o masie poniżej 40 kg – 7–90 mg/kg/dobę w 2 dawkach podzielonych co 12 godzin. U osób z alergią na betalaktam, antybiotykami I rzutu są makrolidy (azytromycyna, klarytromycyna). Do antybiotyków II rzutu zaliczamy amoksycylinę z kwasem klawulanowym oraz cefuroksym aksetyl. Antybiotyki II rzutu są podawane z wyboru, gdy: antybiotyki stosowane były w ostatnim miesiącu, występuje oporność bakterii na antybiotyki I rzutu na danym terenie, nastąpiło niepowodzenie w leczeniu antybiotykiem I rzutu, występuje zapalenie zatoki czołowej lub klinowej, nastąpił wczesny nawrót choroby oraz wystąpiły powikłania zapalenia zatok przynosowych. Antybiotyki II rzutu stosujemy przez 14 dni.

Zaleca się stosowanie fluorochinolonów (lewofloksacyna, moksyfloksacyna) w przypadkach szczepów *Streptococcus pneumoniae* opornych na penicylinę.

W przypadkach o ciężkim przebiegu, kiedy zachodzi konieczność podawania parenteralnego antybiotyku, sto-




**Rycina 4.** Objawy alarmowe uzasadniające skierowanie chorego do laryngologa (lub okulisty/neurologa) w trybie pilnym – hospitalizacja, SOR

sujemy cefalosporyny III generacji (ceftriakson, cefotaksym) w skojarzeniu z klindamycyną.

## 6. Powikłania ostrego zapalenia zatok przynosowych

Powikłania ostrego zapalenia zatok przynosowych u dorosłych występują rzadko.

Według nielicznych publikacji dotyczących epidemiologii tych powikłań problem ten dotyczy jednego chorego spośród 32 000, u których rozpoznano OZZP (Holandia, 2011). Badania przeprowadzone we Francji oceniają, iż powikłania OZZP wystąpiły u 30 osób spośród 12-milionowej populacji obserwowanej w latach 200–2003 (2,5/100 000/ /rok). Częstość tych powikłań nie zmniejsza się pod wpływem stosowania antybiotyków.

Powikłania OZZP dzielone są na:

1. Oczodołowe:
   - zlokalizowane przed przegrodą oczodołową:
     – zapalny obrzęk powiek (ropień powieki);
   - zlokalizowane za przegrodą oczodołów:
     – ropień podokostnowy oczodołu,
     – zapalenie tkanek miękkich oczodołu,
     – ropień oczodołu.
2. Wewnątrzczaszkowe:
   - zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych,
   - ropień nadtwardówkowy,
   - ropień podtwardówkowy,
   - ropień mózgu,
   - zakrzepowe zapalenie zatok żylnych opony twardej:
     – zakrzepowe zapalenie zatoki jamistej,
     – zakrzepowe zapalenie zatoki strzałkowej górnej.
3. Zapalenie szpiku kości.

Najczęstszymi powikłaniami OZZP u dorosłych są powikłania oczodołowe, około dwukrotnie częstsze niż wewnątrzczaszkowe. W każdym z powyższych powikłań konieczne jest skierowanie pacjenta do specjalisty w trybie pilnym, co najczęściej wymaga hospitalizacji (ryc. 4).

W przypadku wystąpienia powikłań oczodołowych konieczna jest konsultacja okulistyczna (ocena wytrzeszczu, ciśnienia wewnątrzgałkowego, ostrości wzroku, rozpoznawania barw oraz ruchomości gałek ocznych).

Wskazania do interwencji chirurgicznej u chorych z oczodołowymi powikłaniami OZZP:

- ropień podokostnowy lub oczodołu potwierdzony badaniem TK lub MRI;
- pogorszenie ostrości wzroku lub rozpoznawania barw (zielona/czerwona);
- nasilenie lub utrzymywanie się objawów oczodołowych (podwójne widzenie, wytrzeszcz, unieruchomienie gałki z opadnięciem powieki górnej, obrzęk spojówek) pomimo dożylnej antybiotykoterapii trwającej 48 godzin;
- pogorszenie lub brak poprawy stanu ogólnego pomimo dożylnej antybiotykoterapii trwającej 48 godzin.

Powstaniu powikłań wewnątrzczaszkowych OZZP mogą towarzyszyć objawy niecharakterystyczne (wysoka temperatura, bóle głowy, senność, zaburzenia świadomości) lub/i ogniskowe objawy neurologiczne lub/i objawy zwiększonego ciśnienia wewnątrzczaszkowego.

Wystąpienie powikłań OZZP wymaga zawsze wielospecjalistycznej diagnostyki, a często także zespołowego leczenia, w przypadku powikłań oczodołowych – z udziałem okulisty, a w przypadku powikłań wewnątrzczaszkowych – neurologa lub/i neurochirurga.

## 7. Podsumowanie

Ostre zapalenie zatok przynosowych to nagłe wystąpienie co najmniej dwóch objawów, z których jednym powinna być niedrożność nosa lub obecność wydzieliny w nosie (katar). Objawami towarzyszącymi, ale niekoniecznymi do

postawienia rozpoznania OZZP, są: ból okolicy czołowej lub uczucie rozpierania w rzucie zatok przynosowych oraz zaburzenia węchu.

Rozpoznanie stawiane jest na podstawie objawów zgłaszanych przez chorego i badania przedmiotowego uzupełnionego rynoskopią przednią. Brak jest wskazań do wykonania badania RTG, TK zatok przynosowych lub badań mikrobiologicznych.

Objawy trwające krócej niż 5 dni lub uzyskanie poprawy po tym czasie upoważniają do rozpoznania wirusowego OZZP (przeziębienie) i wymagają włączenia leczenia objawowego (analgetyki, płukanie jam nosa solą fizjologiczną, leki przeciwobrzękowe, fitoterapia). W przypadku braku poprawy po 10 dniach leczenia (lub pogorszenia po 5 dniach) wskazane jest podanie glikokortykosteroidów donosowych i rozważenie podania antybiotyku w zależności od oceny klinicznej pacjenta. Przy braku poprawy po kolejnych 14 dniach leczenia chorego należy skierować do specjalisty.

W przypadku objawów trwających dłużej niż 10 dni lub nasilających się po 5 dniach, w zależności od ciężkości przebiegu choroby, należy rozpoznać umiarkowane (powirusowe) lub ciężkie (w tym bakteryjne) OZZP. Bakteryjne OZZP rozpoznaje się w przypadku występowania minimum trzech z pięciu objawów: zmiany zabarwienia wydzieliny w jamach nosa (z przezroczystej na żółtą lub brunatną), silnego bólu twarzy, zwykle umiejscowionego po jednej stronie, gorączki powyżej 38°C, podwyższenia parametrów stanu zapalnego (CRP, OB) lub pogorszenia dotychczasowego przebiegu choroby. W umiarkowanym OZZP wskazana jest monoterapia glikokortykosteroidem donosowym przez 14–28 dni, a w przypadku braku poprawy skierowanie chorego do specjalisty. W ciężkim OZZP, u którego podłoża może leżeć infekcja bakteryjna, oprócz terapii glikokortykosteroidem donosowym stosowanym przez 14–28 dni, należy włączyć antybiotykoterapię, a następnie kontynuować ją przez 14 dni. W przypadku braku poprawy w ciągu 48 godzin należy chorego skierować do specjalisty w trybie pilnym.

UWAGA!

W każdym przypadku:

- wystąpienia obrzęku i zaczerwienienia powiek,
- przemieszczenia gałki ocznej,
- podwójnego widzenia,
- zaburzonej ruchomości gałki ocznej,
- pogorszenia ostrości wzroku,
- silnego jedno- lub obustronnego bólu w okolicy czołowej,
- obrzęku tkanek miękkich w okolicy czołowej,
- objawów zapalenia opon mózgowo-rdzeniowych,
- ogniskowych objawów neurologicznych,

pacjenta należy pilnie skierować do lekarza specjalisty, co najczęściej wymaga hospitalizacji.

* Opracowano na podstawie:

Fokkens WJ, Lund VJ, Mullol J, Bachert C, et al. European position paper on rhinosinusitis and nasal polyps 2012. *Rhinology* 2012; 50 (Suppl. 23): 1–299.