

Dr. Csáthy Anna

A heveny és idült orrmelléküreg-gyulladásokról

A háziorvosi, gyermekorvosi és fül-orr-gégészeti rendeléseken igen gyakran találkozunk olyan betegekkel, akiknek panaszai melléküreg-gyulladásra utalnak. Ezért a sinusitisek tüneteinek ismerete és a leghatékonyabb, korszerű szemléletet tükröző kezelési módok alkalmazása elengedhetetlen követelmény. Ugyanakkor az javasolható, hogy a családorvos a szükségessé váló eszközös beavatkozások elvégzését bízza inkább a szakorvosra.

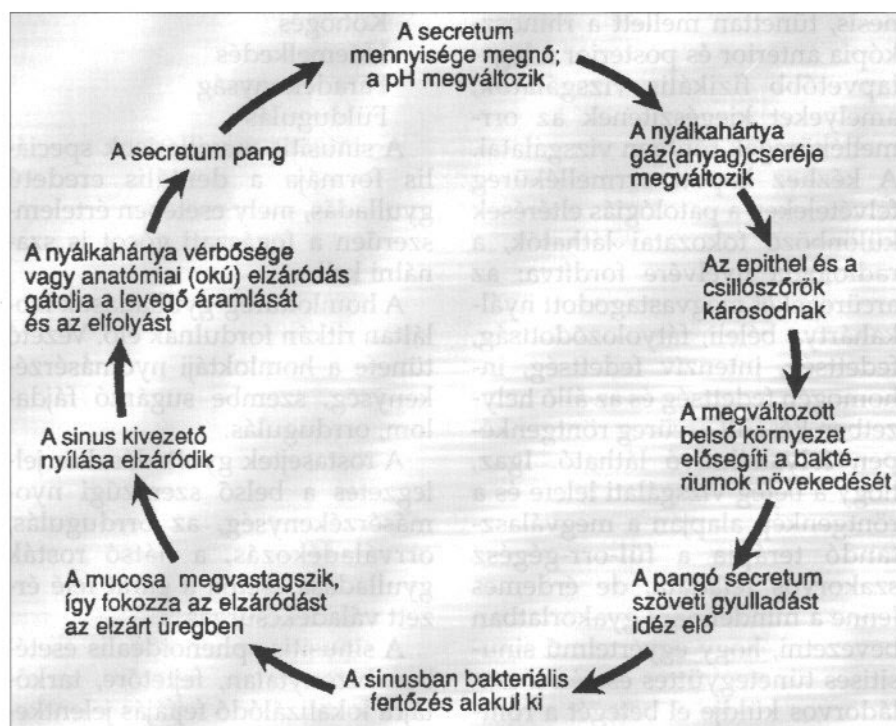
A melléküreg-gyulladások mindkét nemből, bármely életkorban kialakulhatnak. A melléküreg fejlődésének időbeni eltérései miatt a gyermekkori sinusitisek, illetőleg az anatómiai elhelyezkedés variációi miatt a különböző életkorokban a tünetek igen változatosak, sokszor differenciáldiagnosztikai problémát okozva.

A sinus maxillarisok és a cellulae ethmoideales kialakulása intrauterin történik, ezek az úgynevezett primer üregek. A rostasejtek száma a 2. év végére megketőződik, végleges számuk 20-30. A sinus frontalis a 4. életévtől kezd kifejlődni. A homloküreg kiterjedése rendkívül változatos lehet, nem ritkán aszimmetrikusak. A sinus sphenoidalis a sphenoid csontban alakul ki a 3. életévtől, és fejlődése a pubertás korában fejeződik be.

A melléküregeket először körülbelül 1800 évvel ezelőtt írták le, funkciójukat egyértelműen sem fiziológusok, sem orvosok nem tudták tisztázni. Valamennyi sinust levegő tölti ki, a felszín többmagsoros csillószőrös hengerhám borítja. A hengerhámsejtek között található a kehelysejtek. A csillószőrök mozgása élettanilag igen fontos. A mucociliáris tevékenység mindig a sinusok kivezető

nyílásai felé irányul, ez a melléküregek tisztulásának természetes mechanizmusa. Messerklinger, akinek munkássága egy olyan új kor-

a folyamat, mely a sinusitishez vezet. Mint ahogy azt az alábbi ábra mutatja, circulus vitiosus alakul ki.



A sinusitis körforgása

szakot nyitott meg, mely gyökeresen megváltoztatta a melléküreg patofiziológiájáról és betegségeinek kezeléséről addig alkotott nézeteket, első összefoglaló munkáját 1966-ban a melléküreg mucociliáris transzportját befolyásoló tényezőkről közölte. Az endoszkóp segítségével lassított felvételeken tanulmányozta a csillószőrök mozgását.

1966 óta ismerjük az ostiomeatális egység fogalmát (középső orrkagyló operculuma – bulla ethmoidealis – középső orrjárat), melynek fontos szerepe van a sinusitisek kialakulásában.

A heveny sinusitis kialakulásáért a melléküreg kivezető nyílásának elzáródása a felelős. Az elzáródás oka lehet a nyálkahártya helyi duzzanata, lokális károsodása, vagy mechanikai elzáródás. A szájadék elzáródásakor megindul az

A mechanikai ok lehet anatómiai tényező, mint például orrsövényferdülés, a középső orrkagyló anatómiai variánsa: concha bulbosa, allergiás és/vagy gyulladásos alapon kifejlődött polypok. Ha a melléküreg elzáródása elég gyorsan megszűnik, helyreáll az ostiomeatális egység épsége, a normális légátáramlás és a mucociliáris működés, a tünetek visszafejlődnek. Ha ez nem következik be, idült gyulladás alakul ki.

A melléküreg-gyulladások időbeli lefolyásuk szerint lehetnek akut, szubakut vagy krónikus folyamatok. Akut gyulladásnak a legfeljebb 4 hétig tartó sinusitist nevezzük, szubakut gyulladásról beszélünk, ha a tünetek 4-12 hétig állnak fent, krónikusról pedig akkor, ha a folyamat 12 hétnél tovább tart. Gyakoriság szerint legtöbbször az arcüreg betegszik

Dr. Csáthy Anna
Szent János Kórház - Rendelőintézet
1125 Budapest, Diósárok u. 1.

meg, majd a rostasejt-gyulladások következnek. Ritkábban fordulnak elő a homloküreg-gyulladások és kevés a sinusitis sphenoidálisok száma.

A valamennyi melléküregre kiterjedő egyidejű gyulladást pansinusitisnek nevezzük.

Az orrmelléküregek gyulladásának diagnosztikájában az anamnesis, tünettan mellett a rhinoszkópia anterior és posterior a legalapvetőbb fizikális vizsgálatok, amelyeket kiegészítenek az orrmelléküreg röntgen vizsgálatai. A kézhez kapott orrmelléküreg felvételeken a patológiás eltérések különböző fokozatai láthatók, a radiológia nyelvére fordítva: az arcüregeket megvastagodott nyálkahártya béleli, fátyolozódottság, fedettség, intenzív fedettség, inhomogén fedettség és az álló helyzetben készült arcüreg röntgenképen folyadéknívó látható. Igaz, hogy a beteg vizsgálati lelete és a röntgenkép alapján a megválasztandó terápia a fül-orr-gégész szakorvos feladata, de érdemes lenne a mindennapi gyakorlatban bevezetni, hogy egyértelmű sinusitis tünetegyüttes esetén a családorvos küldje el betegét a röntgenbe, majd az orrmelléküreg felvétellel együtt a fül-orr-gégészhez. Időt és energiát kímélő rendszer lenne ez.

A rostasejtek és a sinus sphenoidális elváltozásainak diagnosztizálásában a CT nélkülözhetetlen. Az MR elsődleges készítése sinusitis esetén nem indokolt. Említésre érdemes az MR felvételeken (melyet nem orrmelléküreg betegség miatt készítettek) időnként látható gyulladási jelek, illetőleg az ezt követő endoszkópos beavatkozások során tapasztalt negatív műtéti lelet. Az ilyen esetek fölvetik az MR esetleges „túlérzékenysége” lehetőségét a melléküregek gyulladásos folyamataiban és alapos mérlegelést kívánnak a műtéti indikációt illetően.

Az arcüreg gyulladások tüneteit feloszthatjuk major és minor tünetekre.

Major tünetek:

Elsősorban reggel jelentkező

arcfájdalom, nyomásérzés, mely a fej előre hajtatásánál fokozódik;

Orrdugulás

Láz

A garat hátsó falán gennycsurgás

Minor tünetek:

Fejfájás

Fogfájás

Köhögés

Hőemelkedés

Fáradékonyság

Füldugulás

A sinusitis maxillarisok speciális formája a dentális eredetű gyulladás, mely esetében értelemszerűen a fogászati gócot is szanálni kell.

A homloküreg-gyulladások izoláltan ritkán fordulnak elő. Vezető tünete a homloktáji nyomásérzékenység, szembe sugárzó fájdalom, orrdugulás.

A rostasejtek gyulladásakor jellegzetes a belső szemzügi nyomásérzékenység, az orrdugulás, orrváladékozás, a hátsó rosták gyulladása esetén a garat felé érzett váladékcsgurgás.

A sinusitis sphenoidális esetben bizonytalan, fejtetőre, tarkótájról lokalizálódó fejfájás jelentkezik. Akut formában rendkívül ritkán kerül diagnosztizálásra. Krónikus formában más melléküreg gyulladásával együtt CT mutatja ki.

A melléküregek gyulladásait vírusok és baktériumok okozzák. A vírusok közül rhinovírusok, adenovírusok, influenzavírusok. A baktériumok közül 30-40 százalékban *Streptococcus pneumoniae*, 20-30 százalékban *Haemophilus influenzae*, 12-20 százalékban *Moraxella catarrhalis* a kórokozó.

A Gram negatív baktériumok közül leggyakrabban *Escherichia coli*, illetőleg *Klebsiella* tenyészik ki. A krónikus esetekben vezető kórokozók a *Staphylococcus aureus* és a *Pseudomonas aeruginosa*. Anaerob baktériumok a várttal szemben ritkák, ám egyre gyakoribbak a gombák, például aspergillosis.

Milyen terápiás lehetőségeink vannak ennek a banális megfázásból könnyen kialakuló, jellegzetes, a páciensek életminőségét he-

tekre negatívan befolyásoló, sok esetben krónikussá váló betegségre a kezelésére?

Célunk az infekció megfékezése, a szöveti oedema csökkentése, ezáltal az orrdugulás megszüntetése és a melléküreg természetes kivezető nyílásának szabaddá tétele.

Az orrnyálkahártya duzzanatát orrcseppek, orrsprayk, orrzselé mérséklék. Hosszú távon használatuk nem ajánlott, maga a gyógyszer is indukálhat rhinitist, valamint rebound oedema alakulhat ki.

Hatásos az orrmelléküregek nyílásainak tájkára elhelyezett gyógyszeres tampon, melyet akár naponta is alkalmazhatunk.

Antihisztaminok kevésbé használatosak az akut sinusitis kezelésében. Azoknál a betegeknél lehetnek hatékonyak, akiknél akut sinusitis az allergia tüneteivel együtt, az allergen expozíció időszakában jelentkeznek.

Fájdalom- és lázcsillapító adása értelemszerű. Nyákoldó készítmények, aerosol kezelés, lokális meleg gyorsítja a betegek gyógyulását.

Egyes közlemények szerint az akut melléküreg-gyulladások gyógyítására rendeljük a legtöbb antibiotikumot, bár jelentős azoknak az eseteknek a száma, amikor az antibiotikum orvosi szempontból indokolatlan. A betegség első napjaiban ugyanis nem könnyű a bakteriális sinusitis és a vírusos felső légúti infekció elkülönítése. A bakteriális felülfertőződés jele a tünetek fokozódása, a betegség elhúzódása.

A heveny melléküreg-gyulladásokat okozó leggyakoribb kórokozók ismeretében az elsőnek választandó antibiotikum az amoxicillin, illetőleg amoxicillin + klavulánsav. Másodsorban széles spektrumú makrolid vagy 2. és 3. generációs cefalosporin jön szóba.

A bakteriális fertőzésért gyakran felelős *Haemophilus* törzsek 20 százaléka béta-laktamáz termelő, így ampicillinre, amoxicillinre rezisztens, és csak kevésbé érzékeny az első generációs cefalosporinokra.

A gyakorta előforduló *Moraxella catarrhalis* 85-90 százaléka termel béta-laktamázt. Ezeknek az adatoknak az ismeretében a Moraxella ellen mindegyik makrolid hatékony, míg a *Haemophilus* kitegyezésére esetén újabb, széles spektrumú makrolidot kell, hogy adjunk.

A legújabb mikrobiológiai kutatások szerint a gyermekkori *Streptococcus pneumoniae* törzsek mintegy 50 százaléka penicillinrezisztens, míg a felnőttből izolált törzsek csak 30 százaléka, így felnőttkorban megemelt béta-laktám dózissal kompenzálni lehet a csökkent érzékenységet. A *Streptococcus pneumoniae* törzsek mintegy 20-25 százaléka rezisztens makrolidokra és 50 százalékos rezisztens tetraciklinekre is.

Az antibiotikus kezelés időtartama minimálisan 7 nap legyen. A heveny arcüreggyulladások gyógyításához hozzátartozik az arcüreg punkciója és átöblítése. Ez úgy történik, hogy helyi érzéstelenítés után az alsó orrkagyló alatt lumbálpunkciós tűvel behatolunk az arcüregbe és a tűn keresztül steril fiziológiás oldattal átmoszuk az üreget. Az üreg kóros tartalma és az öblítő folyadék a természetes szájadékon át ürül ki. A beteg arcüregbe antibiotikumot vagy fertőtlenítő oldatot juttathatunk. A sorozatos punkciókat az öblítő fo-

lyadék negatívvá válásáig kell folytatni.

Az orr-endoszkópok megjelenésével és bevezetésével alapvető változás történt az ismétlődő heveny sinusitisek és a melléküreggyulladások krónikus formájának terápiájában. Úgynevezett funkcionális endoszkópos sebési eljárásokat alkalmazunk. A műtéti beavatkozás nevének rövidítése FES (Funkcionális Endoszkópos Sebészet). A tapasztalatok azt igazolták, hogy a krónikus melléküreggyulladások több mint 90 százaléka meggyógyul, ha a szájadékot felszabadítjuk, ezáltal helyreállítjuk a ventilációt és a mucociliáris működést.

Külön kell megemlíteni a gyermekkori heveny és idült melléküreggyulladásokat. Tünetei az elhúzódó nátha és köhögés, állandó szájlégzés, hőemelkedés. A folyamat krónikussá válásakor a gyermek sápadt, rossz étvágyú. A régi-ek úgy tanították, hogy a gyermekkori sinusitist az orrmandula eltávolításával kell gyógyítani. Ez ma is igazság! A korszerű intubációs aneszteziában végzett adenotomia mellett szükség szerint elvégezhető az arcüreg átöblítése is.

Mind gyermek-, mind pedig felnőttkorban ijesztő szövődmény az akut rostasejtgyulladásához társuló orbitális flegmone szemhéj ödémával. A melléküreggyul-

ladásának szövődménye lehet még az orbitatályog, valamint intrakraniális terjedés esetén agytályog, agyhártyagyulladás, melyek még ma is életveszélyes állapotok.

Összefoglalás: A heveny és idült orrmelléküreggyulladások kezelése mind gyermek-, mind felnőttkorban a családorvos, a gyermekorvos és fül-orr-gégész szakorvos egymásra utalt, összehangolt, korszerű szemléletet tükröző munkájának eredményeképpen lehet csak sikeres.

Irodalomjegyzék:

1. Stein GE PhrmD, Havlichek D.H.MD:
Újabb szájon át szedhető antibakteriális szerek a rezisztens légúti kórokozók ellen.
Orvostovábbképző Szemle 1999.1/113-123
Kommentár: dr. med habil Ludwig Endre
2. Ahuja G.S.MD, Thomson J.MD.:
Mi az antibiotikumok szerepe a középfül és melléküreggyulladások kezelésében?
Kommentár: dr. Gyeney László
oszt. vez. főorvos
Orvostovábbképző Szemle 1999.1/31-40
3. Csokonai Vitéz Lajos: Funkcionális endoszkópos melléküreg-sebészet Referátum,
Magyar Fül-orr-gégeorvosok Egyesületének Kongresszusa, Pécs 1998
3. Dr. Tóth László: Rhinosinusitis,
Háziorvosi Továbbképző Szemle,
1998.3.215-217
4. Randy W. Oppenheimer, MD: Sinusitis.
Diagnózis és terápia, Kommentár:
Prof. dr. Z. Szabó László, Orvostovábbképző Szemle 1994.3.

HÁZIORVOSOK, ORVOSOK

PATIKÁK, EGÉSZSÉGÜGYI VÁLLALKOZÁSOK és INTÉZMÉNYEK

részére akár 0%-os indulóval

LÍZING vagy TARTÓS BÉRLET-hez hitel ügyintézését vállaljuk

bármely típusú személygépkocsira vagy kishaszonjárműre

(igény szerint típus és márkakereskedő választásban is segítünk)

KRT LÍZINGBRÓKER Iroda Kft.

1056 Budapest, Váci utca 36.

Telefon: 318-4910, 06-20/9446826

Fax: 318-2459