Променлива обонятелна чувствителност и нарушена обонятелна перцепция при алергичен ринит

Н. Цаков

УМБАЛ "Царица Йоанна" – София

Катедра по оториноларингология, УМБАЛ "Царица Йоанна" – София

Резюме:

Цел: Да се характеризира връзката между алергичния ринит, тежестта и продължителността на носното заболяване, обонятелната функция и анамнестичните данни, включващи флукутации или нарушения на обонятелното възприятие.

Модел на проучването: Оценка на обонятелната функция и носната симптоматика на 90 пациенти с алергичен ринит.

Място на проучването: УМБАЛ „Царица Йоанна – ИСУЛ“, Клиника по УНГ-болести.

Пациенти: 60 пациенти от УМБАЛ „Царица Йоанна – ИСУЛ“ с позитивни тестове за алергия и 30 деца – пациенти на доц. Переновска от Детска клиника при УМБАЛ „Александровска“ (деца на възраст от 4 до 14-годишна възраст), от които 7 са с алергичен ринит, а 23 с алергичен ринит и бронхиална астма, като всички са без хроничен риносинусит или носни полипи. Пациентите от УМБАЛ „Царица Йоанна – ИСУЛ“ бяха групирани съобразно техния УНГ статус (30 пациенти без хроничен риносинусит или носна полипоза, 14 пациенти с хроничен риносинусит, но без полипи и 16 пациенти с носни полипи).

Метод: Снеха се анамнестични данни за обонятелни нарушения, след което се проведе субективно обонятелно тестване с олфактометър на Димов-Райков, позволяващ оценката на минималните прагове на усет и разпознаване за пет мирисни субстанции, съотв. цитрал (лимон), гераниол (роза), ацетоацетат (оцет), ментол (мента) и терпениол (миризма на терпентин). Олфактометърът на Димов-Райков включва в набора от тестови мирисми и хлороформ, но пред вид че се изследваха и деца, последният не бе използван при субективното определяне на обонятелната функция.

Резултати: Пациентите от УМБАЛ „Александровска“ (тяхната група бе наречена „УМБАЛ А“) бяха диагностицирани като нормосмичи, а тези от УМБАЛ „Царица Йоанна – ИСУЛ“ (групата УМБАЛ ИЦИ) като хипо- и аносмични, като тежестта на обонятелните разстройства нарастваше. Сравнението с данни от здрави пациенти потвърди, че наблюдаваните резултати от обонятелното изследване при всички групи пациенти бяха сигнификантно по-слаби от очакваните за тяхната възраст. Анамнестичните данни за загуба на обонянето нарастваха

Скорошно изследване върху ефективността на топикалната кортикостероидна терапия при аносмия у пациенти с тежко синусназлно заболяване подсказва, че носната обструкция не е единствената причина за загубата на обоняние при тези пациенти¹. В хода на лечението симптомите на заболяването (задебеляване на лигавицата, полипоидна дегенерация и полипоза) са намалели значително при всички пациенти. Обонятелната функция обаче се е подобрила значително при 59% от болните, а при 41% не е настъпила никаква промяна¹. Един от индикаторите за успешно лечение на обонятелното нарушение са анамнестичните данни на болните за флукутации в обонятелното възприятие, които могат да бъдат интерпретирани като показател за функциониращ обонятелен епител при иначе аносмичен пациент¹.

Изкривеното възприятие на миризмите (паросмия) е друг симптом, докладван от болните със загуба на обонянето, особено при тези, чиито обонятелни проблеми са започнали след травма на главата или след прекарано възпаление на горните дихателни пътища²⁻⁵. В случая с аносмичните пациенти с ЧМТ оплакванията от паросмия бяха интерпретирани като отражение на регенераторни процеси в обонятелните връзки, вещаещи скорошно възстановяване на обонятелната функция^{2,3}. Изкривена обонятелна перцепция също така беше асоциирана като вторична, след прекарани инфекции на ГДП⁴. Доколкото съществуват доказателства за вирусно увреждане на обонятелния епител при тези пациенти⁵, възможно е обонятелните

значимо със засилване на тежестта на синус-назалното заболяване. Пациентите от УМБАЛ „Царица Йоанна - ИСУЛ“, които са без хроничен риносинусит или носна полипоза (подгрупата УМБАЛЦИ-0), даваха най-много оплаквания от паросмия (изкривено обонятелно възприятие) и аносмия (загуба на обонянието), дължащи се на инфекции на горните дихателни пътища.

Заклучение: Изглежда, че съществува континуум на продължителността и тежестта на обонятелното разстройство при алергичните пациенти, което е паралелно със задълбочаването на тежестта на синусназалното заболяване. В резултат на асоциираната с алергичния ринит повишена честота на развитие на инфекции на горните дихателни пътища тези пациенти са под риск от увреждане на обонятелния епител.

разстройства да са резултат от нарушена обонятелна функция и/или от регенераторни процеси в обонятелните рецептори.

Алергичният ринит се асоциира с обонятелна загуба, която е по-малка от загубата, свързана с хроничен риносинусит и носна полипоза¹⁰. Настоящото изследване сравнява пациенти с алергичен ринит, чиито основни оплаквания са от обонятелна дисфункция, с пациенти, чиито основни оплаквания са от страна на носа и дишането. Това сравнение се прави с цел характеризиране на връзката между тежестта и продължителността на носното заболяване и възможните увреждания на обонятелната система.

Материал и метод

Пациенти

Пациенти от Клиника по УНГ-болести при УМБАЛ „Царица Йоанна - ИСУЛ“.

Изследването включи 60 пациенти от Клиниката по УНГ-болести при УМБАЛ „Царица Йоанна - ИСУЛ“ анамнестични данни за обонятелно разстройство и доказан алергичен ринит. Оплакванията са от епизодична или продължителна носна конгестия, ринорея, натичане назад на секрети и кихане и поне един позитивен кожен прик тест, свързан с тяхната анамнеза, както ще видим по-долу.

Пациенти от Клиника по детски болести при УМБАЛ „Александровска“.

Група от 30 пациенти на доц. Переновска (групата на децата) с доказан алергичен ринит и/или бронхиална астма, но без наличие на хронично заболяване на носа и околоносните кухини или носна полипоза. Изследването на тези пациенти протече през пролетта и лятото на 2006 г.

Анамнеза

Разпитът на пациентите включваше субективната оценка на обонятелната им функция, засягаща продължителността на обонятелния проблем, данни за предшестващо изкривено възприятие на миризмите (паросмия), колебания в силата на обонянието и наличието на фантомни миризми – фантосмия (възприятие на миризми, без да е налице действителен стимул). Пациентите бяха разпитвани за наличието на съпътстващи заболявания, свързани с увреждането на обонянието, като: носна полипоза, предшестваща хирургия на околоносните кухини, травма на главата, експозиция на токсични агенти, загуба на обонянието, свързана с инфекции на горните дихателни пътища. Пациентите се разпитваха насочено и за алергичния им ринит – време на поява на симптомите, експозиция към алергени (напр. кучета, котки, акари и фунги) и иританти (напр. тютюнев дим и летливи органични

съединения). Търсеха се анамнестични данни за бронхиална астма.

Физикален преглед

Всички изследвани пациенти бяха подложени на оториноларингологичен преглед, като тези, за които се подозираше налично хронично възпаление на носа и околоносните кухини, бяха изследвани рентгенографски или чрез компютърна томография. В групата на пациентите с хронично възпаление влизаха тези с поне две от следните оплаквания: ринорея, назофарингеално натичане на секрет или кашлица повече от 3 месеца; СТ данни за задебелена лигавица и замъгляване на поне един синус. Резултатите от обективното и рентгеновото изследване послужиха за поставяне на пациентите с хронично възпаление в три групи: „0“ – такива без данни за синусит или носни полипи; група „S“ – тези с доказателства за наличен синусит, но без полипи, и група „P“ – пациенти с изявена полипоза при обективния преглед.

Изследване на обонянието

Проведе се субективно обонятелно тестуване с олфактометъра на Димов-Райков, позволяващ оценката на минималните прагове на усет и разпознаване за пет мирисни субстанции, съотв. цитрал (лимон), гераниол (роза), ацетоацетат (оцет), ментол (мента) и терпениол (миризма на терпентин). Олфактометърът на Димов-Райков включва в набора от тестови мирисми и хлороформ, но предвид че се изследваха и деца, последният не бе използван при субективното определяне на обонятелната функция. С помощта на олфактометъра на Димов-Райков определяхме прага на усещане (функция на рецепторната зона) и прага на разпознаване (функция на обонятелните центрове) към споменатите ароматични вещества (одорифери). Принципът на действие на олфактометъра на Димов-Райков е основан на импулсивния метод на Елсберг и Леви. С него е възможно установяването на функцията и на трите черепно-мозъчни нерви, участващи в обонятелната функция – n.olfactorius, n.trigeminus и n.glossopharyngeus. Подредбата на ароматични вещества в олфактометъра: терпениол, гераниол, цитрал, ментол и оцетна киселина е според праговите им концентрации във възходящ ред. За по-голяма прецизност изследванията се провеждаха сутрин (това е особено важно за децата, които лесно се уморяват и губят концентрация) в проветрена стая. Определяхме прага на усещане и прага на разпознаване на тестовите вещества (одорифери), което представлява количествено и качествено субективно изследване на обонянието.

Получените данни се нанасяха на специална бланка – олфактограма, като всеки пациент получаваше собствен обонятелен скор, съотв. за лява и дясна ноздра поотделно.

Алергологични тестове

Пациентите от Клиниката по детски болести при УМБАЛ „Александровска“ са изследвани алергологично с кожни прик тестове съответно в алергологичен кабинет на Военно-медицински институт и алергологичен кабинет на Клиника по детски болести при УМБАЛ „Александровска“. Изполваните алергени са: Dermatophagoides farinae (10 000 алергологични единици [AU]/ml), Dermatophagoides pteronyssinus (10 000 AU/ml), Alternaria (1:20wt/vol), Aspergillus (1:20wt/vol), Cladosporium (1:20wt/vol), Penicillium mix (1:20wt/vol), котешки кожен смив (50 000 AU/ml), кучешки епител (1:20wt/vol).

Анализ на данните

Ако не се отбелязваше друго, използвахме дескриптивна статистика като средно $SE \pm$. За сравнение на честотите на разпределение на резултатите от субективното изследване на обонянието, анамнестичните данни за обонятелни разстройства, ринити и други проблеми, свързани с обонятелната дисфункция и резултатите от алергологичното тестуване, използвахме непараметрични тестове (т.нар. χ^2 анализ).

Скоровете от обонятелните тестове (средно от резултатите за лявата и дясната ноздри), използвани в анализа, включваха определяне на праговете за усещане и идентификация (разпознаване) на мирисните субстанции. За сравняване на пациентите от Клиника по детски болести при УМБАЛ „Александровска“ (УМБАЛА) с пациентите от Клиника по УНГ болести при УМБАЛ „Царица Йоанна“ (УМБАЛЦИ) използвахме вариационен анализ и тестове за независимо сравняване t.

Резултати

Анамнеза и обективно изследване

60-те пациенти от УМБАЛ „Царица Йоанна“ включваха 35 мъже и 25 жени на възраст от 18 до 74 години (средно $\pm SD$, 51.4 ± 12.4 години). 30-те пациенти от Клиника по детски болести при УМБАЛ „Александровска“ (УМБАЛА) включваха 10 момчета и 20 момичета на възраст от 4 до 15 години (средно $\pm SD$, 8.4 ± 12.4 години). Таблица 1 показва разпределението на пациентите от УМБАЛ „Царица Йоанна“ (УМБАЛЦИ) по диа-

гнози (УМБАЛЦИ-0 (пациенти само с обонятелни оплаквания), $n = 30$; УМБАЛЦИ-S (тези с изолиран риносинуит), $n = 14$ и УМБАЛЦИ-P, от които с полипи и хроничен риносинуит [$n = 12$] и само с полипи [$n = 4$], $n = 16$. Пациентите от УМБАЛА са сигнификантно по-млади от групата на УМБАЛЦИ ($P < .001$). Липсва значима разлика във възрастта на пациентите от трите подгрупи на УМБАЛЦИ, но там съществуват значителни разлики в разпределението по пол ($\chi^2 = 9.95$, $P = .007$); само 2-ма (12%) от 16-те пациенти с полипи бяха жени, сравнено с 5-има (36%) от 14-те пациенти с хроничен риносинуит и 12 (40%) от 30-те пациенти, които са без хроничен риносинуит и без полипи.

Обонятелна функция

Средната обонятелна функция спадаше сигнификантно със засилването на признаците на назалното заболяване, което рефлектиреше от резултатите при идентификацията на миризмите ($F3.84 = 44.83$, $P < .001$) и от резултатите на минималните прагови усещания ($F3.84 = 27.10$, $P < .001$). Както се очакваше, има значима връзка между резултатите на лявата и дясната ноздри ($r = 0.90$, $P < .001$). Като цяло групата на пациентите от УМБАЛА беше нормосмична (среден $\pm$ SE композитен скор, 6.00 ± 0.22), въпреки че 9 пациенти от групата на УМБАЛА, които се оплакваха от обонятелна дисфункция, бяха определени като умерено хипосмични (среден $\pm$ SE композитен скор, 5.67 ± 0.43). Пациентите от УМБАЛЦИ, всички от които се оплакваха от обонятелна дисфункция, бяха установени като тежки хипосмици (среден $\pm$ SE УМБАЛЦИ-0 композитен скор, 3.11 ± 0.45) и аносмици (среден $\pm$ SE УМБАЛЦИ-S композитен скор, 0.93 ± 0.48 ; (среден $\pm$ SE УМБАЛЦИ-P композитен скор, 0.52 ± 0.28), с обонятелна загуба, която сигнификантно нараства със засилване на тежестта на синусназалното заболяване ($P = .05$).

Сред пациентите от УМБАЛЦИ съществуваше слаба асоциация между наличието на синусназално страдание и установената при обективното изследване проходимост на носните ходове ($\chi^2 = 4.36$, $P = .04$). Честотата на видимата проходимост на носните ходове бе значително по-ниска при пациентите с данни за риносинуит (подгрупите УМБАЛЦИ-S и УМБАЛЦИ-P комбинирани). Единият или двата носни хода бяха видимо проходими само при 19 (63%) от тези пациенти, сравнено с 26 пациенти (87%) от подгрупата УМБАЛА-0 (таблица 1). Понататъшният анализ на композитните обонятелни скорове показва, че нито проходимостта на носните ходове, нито тяхната връзка с моментното състояние на синусназалното заболяване сигнификантно

оказва влияние върху обонятелната функция; т.е. моментното състояние на синусназалното заболяване оказва значим ефект върху обонятелната функция, но въпреки че проходимостта на носните ходове е във връзка със статуса на заболяването, тя не представлява значим фактор за обонятелната функция.

Средните композитни обонятелни скорове за всяка подгрупа на пациентите от УМБАЦИ беше сигнификантно по-ниска от предвиденото за тяхната възрастова група (t , $7.24-20.05$; $P < .001$). Средните композитни скорове на пациентите от УМБАЛА също бяха значимо по-ниски от очакваното за тяхната възрастова група ($t = 2.36$, $P = .01$).

Анамнестично докладваната продължителност на обонятелна загуба на пациентите от УМБАЛЦИ значимо се увеличаваше с утежняването на синусназалното заболяване ($F2.57 = 4.35$, $P = .02$). Докладваната продължителността на обонятелните проблеми при пациентите, страдащи единствено от алергичен ринит (УМБАЛЦИ-0), бе значимо по-кратка от тази на пациентите, страдащи от хроничен риносинуит в комбинация с хроничен ринусинуит (УМБАЛЦИ-S) или носни полипи (УМБАЛЦИ-P) ($P = .05$). Самостоятелно докладваната продължителност на назалната симптоматика не се различаваше значимо между пациентите от 3-те подгрупи на УМБАЛЦИ. Типичният пациент от групата УМБАЛЦИ е страдал от назална симптоматика от 20.6 ± 2.4 години (средно $\pm$ SE), което е сигнификантно по-дълго от типичния пациент от УМБАЛА (1.7 ± 0.5 години) ($F3.70 = 13.57$, $P < .001$).

Да разгледаме честотата на разпределение на обонятелната симптоматика сред 30 пациенти от УМБАЛА, 30 пациенти от УМБАЛЦИ-0 и комбинацията от 30 пациенти от УМБАЛЦИ-S и УМБАЛЦИ-P. Сравнено с другите 2 пациентски подгрупи, болните от УМБАЛЦИ-0 даваха по-висока честота на обонятелни оплаквания (14 [47%], сравнено с 3-ма [10%] от 30-те пациенти от всяка от другите групи [$\chi^2 = 15.56$, $P < .001$]). Заедно подгрупите УМБАЛЦИ-S и УМБАЛЦИ-P докладваха значително по-голяма честота на флукутации в обонятелното възприятие (22-ма пациенти [73%], сравнено с 10 болни [33%] от УМБАЛА и 13 пациенти [43%] при пациентите от УМБАЛЦИ-0 [$\chi^2 = 10.40$, $P = .006$]). Честотата на оплаквания от фантосмия нямаше значима разлика между различните пациентски групи.

Изследвахме връзката между всеки един от признаците на обонятелна дисфункция и проходимостта на носните ходове в процеса на синусназално заболяване. Открихме, че от пациентите от

подгрупата УМБАЛЦИ-0, които са без синусна-нално страдание, значимо по-чести оплаквания от паросмия дават тези с проходими носни ходове в сравнение с тези, при които бяха запушени и двете ноздри ($\chi^2 = 4.04$, $P = .04$). Всъщност само 4-ма (13%) от УМБАЛЦИ-0 бяха с назална обструкция и никой от тях не се оплакваше от качествени обонятелни нарушения.

Данни от анамнезата, които са свързани със загуба на обонянието

Заедно пациентите от УМБАЛА-S и УМБАЛА-R даваха сигнификантно повече анамнестични данни за носна полипоза (15 [50%] от 30) и синусна хирургия (22 [73%] от 30) в сравнение с пациентите от която и да е от другите две групи ($\chi^2 = 14.48$, $P < .001$ и съответно $\chi^2 = 11.294$, $P = .004$). Пациентите от всяка УМБАЛЦИ подгрупа даваха значително по-висока честота на обонятелна загуба, асоциирана с инфекции на горните дихателни пътища (17 [57%] от УМБАЛЦИ-0 и 8 [27%] от болните от подгрупите УМБАЛЦИ-S и УМБАЛЦИ-R), сравнено с пациентите от групата на УМБАЛА ($n = 2$ [7%]; $\chi^2 = 18.10$, $P < .001$). Пациентите от УМБАЛА имаха по-висока честота на бронхиална астма (15 [50%] от 30) в сравнение с пациентите от подгрупите на УМБАЛЦИ (5 [17%] от УМБАЛЦИ-0 и 10 [33%] от болните от подгрупите УМБАЛЦИ-S/УМБАЛЦИ-R; $\chi^2 = 7.50$, $P = .02$). Анамнестично пациентите от тези подгрупи не се различаваха по честота на травма на главата или експозиция спрямо токсични вещества.

Както вече споменахме^{7,8}, ние също така открихме, че оплакванията на пациентите от всички подгрупи на УМБАЛЦИ от изкривено обонятелно възприятие (паросмия) са асоциирани сигнификантно с анамнестични данни за прекарани инфекции на горните дихателни пътища ($n = 90$) ($\chi^2 = 7.65$, $P = .006$) и в частност подгрупата УМБАЛЦИ-0 ($\chi^2 = 5.13$, $P = .02$).

Кожни тестове

Пациентите от групата УМБАЛА бяха изследвани алергологично в алергологичните кабинети на УМБАЛ „Александровска“ и Военно-медицинския институт, а тези от УМБАЛЦИ – от др. Шишенкова в УМБАЛ „Царица Йоанна“. Установиха се малки разлики в резултатите от кожните тестове сред пациентите от трите подгрупи на УМБАЛЦИ. Алергичното тестване показва, че няма разлики, когато алергените бяха групирани на целогодишни (средно 87% от пациентите на всяка подгрупа бяха определени като позитивни към акари, котки, кучета и/или фунги) или сезонни (средно

84% от пациентите на всяка подгрупа бяха определени като позитивни към тревни и дървесни полени). Имаше обаче значителни разлики при някои индивидуални тествания. За няколко пациенти от групата УМБАЛЦИ беше установено, че са позитивни срещу кучешки антигени (16 [53%] УМБАЛЦИ-0 и 8 [28%] от подгрупите УМБАЛЦИ-S/УМБАЛЦИ-R, в сравнение с 21 [70%] пациенти от УМБАЛА; $\chi^2 = 10.75$, $P = .005$) и към тревни полени (17 [57%] УМБАЛЦИ-0 и 15 [50%] от подгрупите УМБАЛЦИ-S/УМБАЛЦИ-R в сравнение с 26 [87%] пациенти от УМБАЛА; $\chi^2 = 9.99$, $P = .007$).

Коментар

Изследвахме обонятелната функция на пациенти с алергичен ринит. В изследването включихме група от пациенти от УМБАЛ „Александровска“ (УМБАЛА), чиито първични оплаквания не включваха обонятелна дисфункция, и група на пациенти от УМБАЛ „Царица Йоанна - ИСУЛ“ (УМБАЛЦИ), оплакващи се основно от загуба на обонянието. Открихме, че втората група пациенти (УМБАЛЦИ) е по-възрастна от първата, възникването на назалната симптоматика е по-отдавна, резултати от изследването на обонянието са по-ниски и по-често имат анамнестични данни за наличие на синусна-нално заболяване в сравнение с пациентите от групата УМБАЛА.

Открихме също така, че разпределението по пол между пациентите от УМБАЛЦИ не е еднакво. Докато в групата на пациентите, страдащи само от алергичен ринит (УМБАЛЦИ-0), жените са малко повече от мъжете, в групата на пациентите с хроничен риносинусит (УМБАЛЦИ-S) съотношението мъже – жени е 2:1, като достига 7:1 сред пациентите, страдащи от носна полипоза (УМБАЛЦИ-R). Съществува континуум на обонятелните нарушения сред всички пациенти с алергичен ринит от тези без синусна-нално заболяване до тези с хронични риносинусити и тези, страдащи от носна полипоза (мнозинството от които също са с риносинусит). Пациентите, засегнати единствено от алергичен ринит, имат тенденция да проявяват по-умерени обонятелни нарушения. Въпреки че пациентите от УМБАЛА бяха по-млади, а както е известно обонятелният усет намалява с възрастта¹³, едно сравнение с контролна група показва че единствено процесите на стареене не могат да бъдат обвинени за обонятелните нарушения, открити при пациентите от групата УМБАЛЦИ. Както е видно от фигура 1, показанията от олфактометриите на пациентите от УМБАЛЦИ е зна-

чително по-ниска от предполагаемите резултати за хората от тяхната възраст. Интересно е, че и резултатите от групата на пациентите от УМБАЛА също са значително по-ниски от очакваните за тяхната група, въпреки че като цяло тази група бе определена като нормосмична.

Назалната обструкция, оценена от обективния преглед на носа (предна риноскопия), е свързана сигнификантно, макар и слабо с наличието на синуназално заболяване. Въпреки това не открихме връзка между проходимостта на носните ходове и обонятелната функция, както между впрочем и в други изследвания¹⁰. В най-добрия случай обективната находка на носните ходове спомага за грубо ориентиране в диагностицирането на назалната обструкция. Дори обективни изследвания като акустичната ринометрия, проведена от други автори, не открива връзка между обструкцията и обонятелната дисфункция^{8, 9}.

Интересно е да се отбележи, че продължителността и тежестта на обонятелната загуба се свързват с тежестта на сину-назалното заболяване, но не и с продължителността на носната симптоматика сама по себе си. Доколкото загубата на обоняние се приема за една от проявите на сину-назално заболяване¹, нашите резултати показваха, че 9-тимата пациенти от групата УМБАЛА, които вече се бяха оплакали от обонятелно разстройство, вероятно ще развият пълната картина на риносинусит в бъдеще.

Значим брой от изследваните в това проучване пациенти от групата УМБАЛЦИ дадоха анамнестични данни за прекарана вирусна респираторна инфекция, което може би не неочаквано, тъй като известно е, че алергичният ринит се асоциира с по-чести инфекции на дихателните пътища¹⁴. Съществуват хистологични данни от човешка обонятелна лигавица⁵, говорещи за наличието на най-често необратими увреждания в нея, получени от вирусни инфекции, като степента на обонятелната дисфункция корелира със степента на епителните увреждания. Нарушенията в обонятелното възприятие, които би могло да се дължат на епително увреждане, се докладват предимно от пациенти, чиято обонятелна загуба се асоциира с вирусна инфекция на дихателните пътища^{7, 8}.

От пациентите, участвали в нашето изследване, най-висока честота на обонятелни разстройства и анамнестични данни за вирусни инфекции на горните дихателни пътища бяха докладвани от пациентите с най-ниска честота на налична носна обструкция. Тези данни подсказват, че връзката между алергичния ринит и обонятелното нарушение може отчасти да се дължи на по-честите

вирусни инфекции на дихателните пътища, предизвикани от патофизиологичните характеристики на алергичния ринит, а не само от наличието на възпаление, какъвто е случаят с носната полипоза. Това може да обясни също така защо прилагането на назални кортикостероиди за лечение на обонятелна загуба, асоциирана с риносинусит, е неефективно при значителен брой пациенти¹.

Сред нашите пациенти честотата на докладваните от самия пациент флукутации в обонятелната чувствителност се увеличаваше с утежняване на сину-назалното заболяване. Честотата на оплакванията от изкривено възприемане на обонятелните стимули обаче бе по-висока при пациентите с по-малко сериозно заболяване. Възможно е този тип обонятелни разстройства да възникват по време на възстановителната фаза от инфекции на горните дихателни пътища (възможно е дегенерацията (или регенерацията) на обонятелния епител временно да предизвиква изкривени обонятелни възприятия¹⁵). Това може би обяснява защо групата на пациентите без заболяване на синусите и без полипи (фактически групата на пациенти с алергичен ринит) даваше най-много оплаквания от паросмия (изкривено обонятелно възприятие), при които също така процентът на обонятелна загуба, асоциирана с инфекции на ГДП, бе най-висок. Групата на пациентите с хронично заболяване на синусите и на тези, страдащи от носна полипоза, също даваше анамнестични данни за прекарани инфекции на ГДП, но липсваха оплаквания от паросмия. Подобни оплаквания е имало, но в началото на техните заболявания.

Систематичното изследване на пациенти с изолиран алергичен ринит и на такива с хронично синуназално заболяване ни насочи към два детайла от анамнезата, които биха могли да са ни от полза при детерминирането на причината за обонятелното разстройство: пациентите, оплакващи се от флукутации в обонятелната чувствителност, са статистически значимо свързани с предимно обструктивно сину-назално заболяване, докато пациентите, докладващи изкривено обонятелно възприятие, са статистически значимо свързани с вирусни инфекции на респираторния тракт. При пациентите с алергичен ринит продължителността и тежестта на обонятелната загуба се асоциират с по-тежкото протичане на сину-назално заболяване. Тези пациенти са с повишен риск от загуба на обонянието, понеже алергичният ринит улеснява развитието на рецидивиращи инфекции на респираторния тракт, които от своя страна водят до увреждане на обонятелния епител.

Литература:

1. Марев, Д. Ринит в детском возрасте: эффективность и безвредность нового интраназального кортикостероида." J. Folia Otorhinolaryngologiae", S. Petersburg, Russia, vol. 9, №.1-2, 58-60, 2003.
2. Mott AE, Cain WS, Lafreniere D, et al. Topical corticosteroid treatment of anosmia associated with nasal and sinus disease. Arch Otolaryngol Head Neck Surg. 1997; 123: 367-372.
3. Goodspeed RB, Catalanotto FA, Gent JF, et al. Clinical characteristics of patients with taste and smell disorders. In: Meiselman HL, Rivin RS, eds Clinical Measurement of Taste and Smell. New York, NY: Macmillan Publishing Co; 1986: 451-466.
4. Nordin S, Murphy C, Davidson TM, et al. Prevalence and assessment of qualitative olfactory dysfunction in different age groups. Laryngoscope. 1996; 106: 739-744.
5. Cowart BJ, Young IM, Varga EK, Lowry LD. The natural history of smell dysfunctions secondary to upper respiratory infection (URI) [abstract]. Chem.Senses. 1998; 23: 608.
6. Jafek BW, Hartmann D, Eller PM, et al. Postviral olfactory dysfunction. Am J Rhinol. 2007; 4: 91-100.
7. Fein BT, Kamin PB, Fein NN. The loss of smell and taste in nasal allergy. Ann Allergy Asthma Immunol. 2003; 24: 278-283.
8. Apter AJ, Mott AE, Cain WS, et al. Olfactory loss and allergic rhinitis. J Allergy Clin Immunol. 2005; 90:670-680.
9. Cowart BJ, Flynn-Rodden K, McGeady SJ, Lowry LD. Hyposmia in allergic rhinitis. J Allergy Clin Immunol. 2001; 91: 747-751.
10. Meltzer EO, Jalowayski AA, Orgel HA, Harris AG. Subjective and objective assessments in patients with seasonal allergic rhinitis: effects of therapy with mometasone furoate nasal spray. J Allergy Clin Immunol. 2006; 102:39-49.
11. Apter AJ, Mott AE, Clive J. Allergic rhinitis and olfactory loss. Ann Allergy Asthma Immunol. 2007; 75: 311-316.
12. Cain WS, Gent JF, Goodspeed RB, Leonard G. Evaluation of olfactory dysfunction in the Connecticut Clinical research Center. Laryngoscope. 1988; 98: 83-88.
13. Moloney JR. Nasal polyps, nasal polypectomy, asthma and aspirin sensitivity: their association in 445 cases of nasal polyps. J Laryngol Otol. 1977; 91: 837-846.
14. Cain WS, Gent J. Olfactory sensitivity: reliability, generality and association with aging. J Exp Psychol Hum Percept Perform. 1991; 17:382-391.
15. Naclerio R, Solomon W. Rhinitis and inhalant allergens. JAMA. 2005; 278: 1842-1848.
16. Leopold D. Distorted olfactory perception. In Doty RL, ed. Handbook of Olfaction and Gustation. New York, NY: Marcel Dekker Inc; 2002: 441-454.