



УКРАЇНА

(19) UA (11) 78328 (13) C2

(51) МПК (2006)

A61B 6/03

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ
І НАУКИ УКРАЇНИДЕРЖАВНИЙ ДЕПАРТАМЕНТ
ІНТЕЛЕКТУАЛЬНОЇ
ВЛАСНОСТІОПИС
ДО ПАТЕНТУ НА ВИНАХІД

(54) СПОСІБ ДІАГНОСТИКИ НЕПЕРЕНОСИМОСТІ АСПІРИНУ У ХВОРИХ З ПОЛІПОЗНИМ РИНОСИНУЇТОМ

1

(21) а200500299

(22) 13.01.2005

(24) 15.03.2007

(46) 15.03.2007, Бюл. № 3, 2007 р.

(72) Рижик Валер'ян Миколайович, Дудій Петро Федорович, Попович Василь Іванович, Семотюк Марія Миколаївна, Чернюк Наталія Володимирівна, Попович Іванна Василівна

(73) Рижик Валер'ян Миколайович, Дудій Петро Федорович, Попович Василь Іванович, Семотюк Марія Миколаївна, Чернюк Наталія Володимирівна, Попович Іванна Василівна

(56) Журнал вушних носових і горлових хвороб, 1998.- № 5.- С. 58 - 61

2

ALNR, 1995, April. - 16.- P.787 - 789

(57) Спосіб діагностики непереносимості аспірину у хворих з поліпозним риносинуситом, який полягає у використанні спіральної комп'ютерної томографії лицевого черепа до і після провокаційного тесту, який відрізняється тим, що визначають товщину слизової порожнини носа та ширину просвіту носових ходів на комп'ютерних томограмах до і через 5 годин після інсуфляції по 5 мг порошку аспірину на обидві нижні носові раковини, і якщо товщина слизової порожнини носа збільшується на 3-5 мм, а ширина просвіту носових ходів відповідно зменшується, визначають наявність непереносимості аспірину.

Винахід відноситься до променевої діагностики і може бути використаний в клініках оториноларингології, алергології для визначення підвищеної чутливості до аспірину у хворих з поліпозним риносинуситом.

"Аспіринова або астматична тріада" - це поєднання бронхіальної астми і поліпозного риносинуситу внаслідок непереносимості до ацетилсаліцилової кислоти та інших не стероїдних протизапальних препаратів [1, 2, 5, 6]. Частота непереносимості до аспірину у здорових людей складає 1%, у хворих з бронхіальною астмою - 10-50% [2]. Аналізуючи характер непереносимості до ацетилсаліцилової кислоти у хворих з ураженням органів дихання D. Stevenson і співавтори [7] прийшли до висновків, що:

1. підвищена чутливість є набутим станом і зберігається при утриманні від прийому препаратів;

2. ці препарати викликають розвиток патологічних процесів у верхніх і нижніх дихальних шляхах;

3. у деяких пацієнтів можуть з'являтися симптоми ураження тільки носа і/або очей в один період часу і повна класична астматична тріада в інший час.

Рецидивуючий поліпоз найчастіше передуює аспіриновій бронхіальній астмі. Доказано, що полі-

пи, які знаходять при непереносимості аспірину та при інших алергічних захворюваннях гістологічно не відрізняються. Питання оперативного лікування поліпозного риносинуситу продовжує дискутуватися в літературі. Більшість авторів рекомендують проводити оперативне лікування лише у випадках значного порушення носового дихання. Для профілактики загострення основного захворювання пропонується проводити оперативне втручання на фоні глюкокортикостероїдів та бронхолітиків.

Сучасні методи діагностики непереносимості ацетилсаліцилової кислоти *in vivo* не є безпечними і можуть проводитись лише в спеціалізованих стаціонарах.

Відомо, що комп'ютерна томографія (КТ) є "золотим стандартом" при променевому обстеженні лицевого черепа. Розрішуюча здатність КТ дозволяє диференціювати різні тканини, проводити їх денситометрію (визначати щільність в одиницях Хаунсфілда) та вимірювати товщину слизової оболонки порожнини носа з високою точністю [3, 4].

Аналогом винаходу є провокаційний тест з ацетилсаліциловою кислотою [5]. Тест починають після отримання від'ємної реакції на "аспирин-плацебо" (0,64 г білої глини). Хворий приймає ацетилсаліцилову кислоту під язик в наступних дозах: 1-й день - 10 мг, 2-й день - 20 мг, 3-й день - 40 мг,

(13) C2

(11) 78328

(19) UA

4-й день 80 мг, 5-й день - 160 мг, 6-й день 320 мг, 7 день 640 мг. Через 30, 60 і 120 хвилин після прийому ацетилсаліцилової кислоти аналізують об'єктивні відчуття хворого, дані аускультатії легень і визначають об'єм форсованого видиху за першу секунду (ОФВ₁). Провокаційна проба є позитивною при появі наступних ознак: відчуття задухи, утруднення носового дихання, ринорея, слюзотеча, зниження ОФВ₁ на 15% від вихідного рівня.

Прототипом винаходу є назальні провокаційні тести, що дозволяють оцінити алергічний запальний процес в слизовій оболонці носа, визначити функціональний стан та реактивність шокowego органа [1, 2, 6]. При проведенні назального провокаційного тесту в одну половину носа вводять контрольну рідину (0,25 мл - 3 краплі) з допомогою піпетки. Якщо через 15-20 хвилин реакція відсутня, в іншу половину носа наносять алергени на слизову при допомозі паперових дисків, спеціальних інсуфляторів чи закапують піпеткою. При відсутності реакції кожні 15-20 хвилин проводять наступне введення алергену, в концентрації, що в 10 разів перевищує попередню до концентрації, яка дасть помітну реакцію. При перших ознаках таких клінічних проявів, як чхання, закладеність і свербіння в носі, водянисті виділення - тестування припиняють.

Недоліком зазначеного прототипу при "астматичній тріаді" є те, що методика є суб'єктивною і довготривалою.

Для усунення вказаних недоліків нами пропонується спосіб діагностики непереносимості до аспірину у хворих з поліпозним риносинуситом з допомогою спіральної комп'ютерної томографії до і після інтраназального введення ацетилсаліцилової кислоти.

Методика полягає у наступному: проводять спіральну комп'ютерну томографію лицевого черепа в фронтальній проекції, і оцінюють зміни в порожнині носа та навколоносових пазухах, проводять вимірювання товщини та денситометричних показників слизової порожнини носа, ширини просвіту носових ходів (відстань між носовою перегородкою і краєм слизової нижньої носової раковини).

В порожнину носа на обидві нижні носові раковини шляхом інсуфляції вводять по 5 мг порошку ацетилсаліцилової кислоти. Через 5 годин, повторно проводять спіральну комп'ютерну томографію порожнини носа в аналогічних умовах, визначаючи товщину слизової порожнини носа і ширину просвіту носових ходів.

Сканування проводять за умов U=130 kV,

mAs-80, товщина шару 3 мм, 13-15 зрізів.

Порівнюють товщину слизової порожнини носа та ширину просвіту носових ходів до і після проведення назального провокаційного тесту з ацетилсаліциловою кислотою.

При наявності в обстежуваного аспіринової залежності після провокаційного тесту товщина слизової порожнини носа збільшується на 3-5 мм, а ширина просвіту носових ходів відповідно, зменшується.

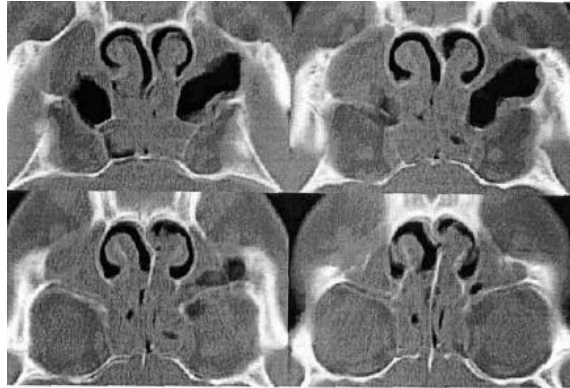
При наявності риносинуситу іншої етіології після тесту з ацетилсаліциловою кислотою стан слизової оболонки не змінюється.

Клінічні приклади: як показали обстеження 9 хворих з хронічним гіпертрофічним риносинуситом (у 5 з яких виявлено непереносимість до аспірину) дана методика дозволяє з 100% точністю проводити розпізнавання характеру поліпозного риносинуситу (Фіг.1, 2).

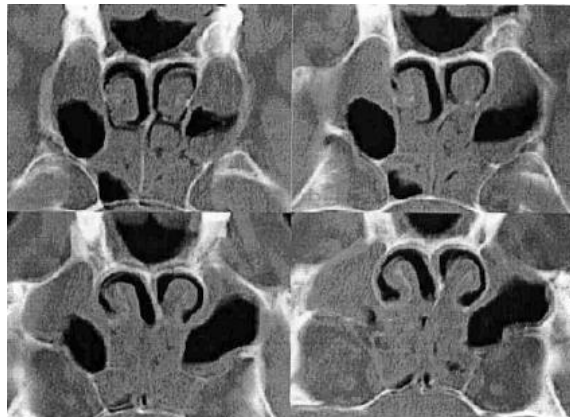
Запропонований спосіб диференціальної діагностики поліпозного риносинуситу дозволив об'єктивно оцінити характер змін слизової порожнини носа, навколоносових пазух, визначивши їх зв'язок з "астматичною тріадою", що в свою чергу вносить корекцію до вибору адекватного лікування.

Література:

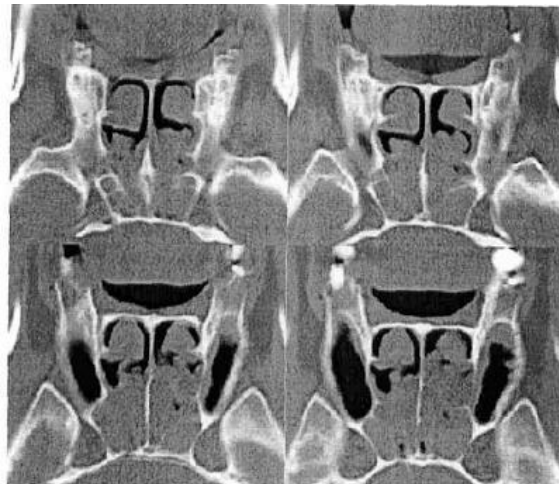
1. Пухлик Б.М. Алергічні захворювання. - Вінниця: Нова книга, 2004. - С. 125-129.
2. Клиническая алергология: Руководство для практических врачей / Под. Ред. акад. РАМН, проф. Р.М. Хаитова. - М.: МЕД прес-информ, 2002. - С.254.
3. Бабкина Т.Н., Рогожин В.А., Розенфельд Л.Г. Первый опыт применения спиральной компьютерной томографии в оториноларингологии. // Журнал ушных, носовых и горловых хвороб. - 1998. - №5. - С. 58-61.
4. Габуния Р.И. Колосникова Е.К. Компьютерная томография в клинической диагностике. М.: Медицина. - 1995. - С. 31-35.
5. Окорков А.Н. Диагностика болезней внутренних органов: Т.3. Диагностика болезней органов дыхания. - М.: Мед. лит., 2000. - С. 117.
6. Пыцкий В.И., Андрианова Н.В., Артомасова А.В. Алергические заболевания. - 3-е изд. перераб. и доп. - М.: Издательство "Триада-Х". - 1999. - С. 107.
7. Stevenson D.D., Pleskow W.W., Deseusitization to acetylsalicylic acid (ASA) in ASA-sensititis /asthma// PAR Pseudoallergic reactions. In volvement of drugs and Chemicals, Karger, Basel, 1982. - V.3. - P. 133-156.

**Фіг.1а**

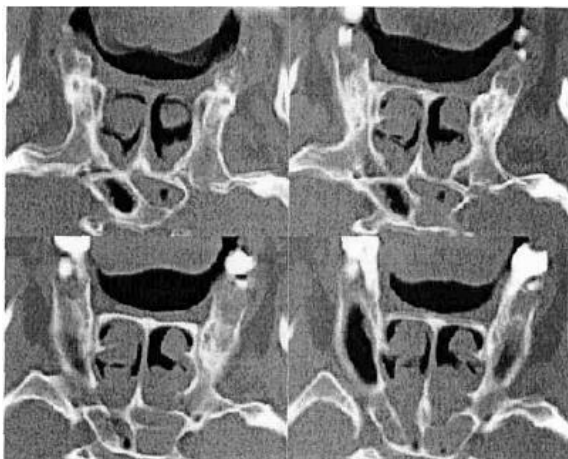
КТ пацієнта з хронічним гіпертрофічним риносинуситом

**Фіг.1б**

КТ цього ж пацієнта після провокаційної проби з ацетилсаліциловою кислотою. Топометричні показники слизової оболонки порожнини носа без змін

**Фіг.2а**

КТ пацієнта з хронічним гіпертрофічним риносинуситом. Гіпертрофія слизової оболонки носових раковин та клітин решітчастого лабіринту

**Фіг.26**

КТ цього пацієнта після провокаційної проби з ацетилсаліциловою кислотою. Товщина слизової оболонки носових раковин збільшилася на 3 мм, а просвіт носових ходів відповідно зменшився (проба позитивна)