

دليل عملي لتحسين تشخيص التهاب الأنف في الرعاية الأولية

التهاب الأنف هو مشكل منتشر للغاية في جميع الفئات العمرية ومقلق بشكل كبير لحياة الأشخاص المصابين و من معهم. يعد نقص التشخيص والتشخيص الخاطئ أمراً شائعاً، مما يؤدي إلى علاج ناقص أو غير مناسب، مع تأثير اقتصادي وضرر محتمل.¹ يتعامل أغلب المصابين بالتهاب الأنف مع حالتهم بعلاج ذاتي أو بأدوية لا تحتاج لوصفة طبية. كثيرون يقللون من شأن أعراضهم ويتجاهلونهم، ولا يعرضونها على الطبيب العام نظراً لشيوع هذه المشكلة، وتزامنها مع أمراض أخرى وتأثيرها على علاجها، و يجب التعرف عليها ومعالجتها بشكل مناسب في الرعاية الأولية.

حجم المشكلة

يبلغ متوسط انتشار التهاب الأنف التحسسي 18% والتهاب الأنف غير التحسسي 12%، مع ملاحظة ازدياد هذه النسب بمرور الوقت.² يصيب التهاب الأنف التحسسي حوالي 500 مليون شخص حول العالم،³ مع تباين كبير في معدلات الإصابة حسب المنطقة الجغرافية⁴

يصيب التهاب الأنف جميع الفئات العمرية، لكن أعراضه أكثر شيوعاً بين الأطفال والمراهقين.⁵ التهاب الأنف التحسسي أكثر شيوعاً وأعراضه أشد وتدوم أطول من التهاب الأنف غير التحسسي.³ يؤدي تكرار وشدة أعراض الأنف والعين المصاحبة لالتهاب الأنف التحسسي، بالإضافة إلى اضطرابات النوم، إلى انخفاض ملحوظ في جودة الحياة⁴ والأعباء الاقتصادية الناتجة عن تكاليف الأدوية والعيادات، والتغيب عن العمل/الدراسة، وتأثير ذلك على الأداء الأكاديمي والمهني وعلى أفراد الأسرة⁶⁻⁸.

ما هو التهاب الأنف وما هي أسبابه؟

التهاب الأنف هو التهاب الغشاء المخاطي للأنف، يتميز بظهور 2 من الأعراض على الأقل، وتدوم أكثر من ساعة في اليوم في معظم الأيام:

1. سيلان الأنف
2. انسداد الأنف / إمتلاء (احتقان)
3. العطس
4. حكة في الأنف
5. حكة في الحلق
6. حكة في العيون

تتضمن الأنواع الرئيسية لالتهاب الأنف 3 أنواع متفق عليها على نطاق واسع: التهاب الأنف التحسسي، التهاب الأنف غير التحسسي وغير المعدي، والتهاب الأنف المعدي.¹⁰ يشير التهاب الأنف التحسسي إلى الأعراض التي تسببها الاستجابة المناعية بعد التعرض لمسببات الحساسية، بينما يشير التهاب الأنف غير التحسسي إلى الأعراض دون حساسية¹¹.

في بعض الأحيان يتعايش في نفس الوقت كلا النوعين، التهاب الأنف التحسسي والتهاب الأنف غير التحسسي (التهاب الأنف المختلط). تحديد سبب التهاب الأنف مهم لمعالجة ناجعة. التهاب الأنف التحسسي مرتبط بمسببات الحساسية الهوائية، بما في ذلك التعرض لمسببات الحساسية المهنية. وفقاً لمبادرة التهاب الأنف

الجدول 1 : تصنيف التهاب الأنف التحسسي: (المدة والشدة)^{21,20}

خفيف (كل ما يلي) - النوم الطبيعي - العمل العادي والمدرسة - النشاط اليومي العادي - لا توجد أعراض مزعجة	متقطع > 4 أيام في الأسبوع أو > 4 أسابيع متتالية
متوسط / شديد (واحد أو أكثر) - النوم المضطرب - مشاكل في العمل والمدرسة - ضعف الأنشطة اليومية - أعراض مزعجة	مستمر < 4 أيام في الأسبوع أو < 4 أسابيع متتالية

كفاية العلاج وضعف الالتزام بالأدوية وسوء المعالجة الذاتية.¹⁹ تعد طلبات العلاج بدون وصفة طبية فرصة للصيادلة لتحديد التهاب الأنف المحتمل وتقديم المشورة أو توجيه الأفراد إلى استشارة الرعاية الأولية، حيث يمكن أن يعتمد التشخيص على التاريخ السريري والعائلي والفحص البدني والإحالة في حالات مختارة. يتم تقييم شدة أعراض التهاب الأنف التحسسي والتهاب الأنف غير التحسسي بشكل متكرر باستخدام مقياس تناظري مرئي (الشكل 1) والذي يتراوح من 0 (غير مزعج) إلى 10 (مزعج للغاية). تحدد الدرجة 5 أو أكثر المرض المتوسط إلى الشديد. يتيح استخدام المقياس التناظري المرئي لتقييم شدة التهاب الأنف قياس أي تغيير بعد العلاج.

يحدث التهاب الأنف غير التحسسي (الجدول عدد 2) بسبب عوامل متنوعة التي تلهب أو تهيج الغشاء المخاطي للأنف، مثل بعض الأدوية كالأسبرين ومضادات الالتهاب غير الستيرويدية والمكونات الغذائية (الكابسيسين والتوابل والكبريتات والنظام الغذائي الساليسيلات) والهرمونات (ما قبل الحيض، ووسائل منع الحمل الفموية، الداواة بالهورمونات) والمواد الكيميائية (مثل العطور، ورياح الشعر، ومستحضرات التجميل، ومضادات التعرق/مزيلات العرق، والمبيضات ومواد التنظيف المنزلية)، ونشارة الخشب، ودخان السجائر، والعوامل المهنية والضباب الدخاني²². قد تسبب الأمراض الجهازية أيضاً أعراضاً أنفية اضطرابات المناعة الذاتية، ونقص الغلوبولين المناعي، وخلل الحركة الهدبي بالإضافة إلى تشوهات الأنف التشريحية مثل انحراف الحاجز الأنفي.²³ تعد العدوى، وخاصة التهابات الفيروسية التنفسية، سبباً شائعاً

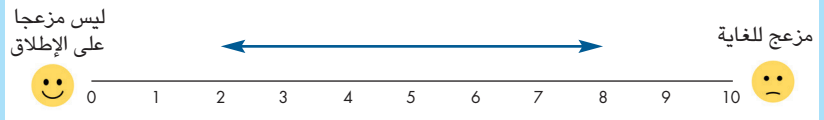
التحسسي وتأثيره على الربو (ARIA):
https://www.euforea.eu/aria/ it is classified based on the duration and severity (الجدول عدد 1)

يعاني ما لا يقل عن نصف المرضى من أعراض مستمرة، وأربعين إلى ستين بالمئة يعانون من التهاب الأنف التحسسي متوسط إلى شديد، مما يؤثر بشكل ملحوظ على جودة حياتهم. يتشابه المنهج التشخيصي لالتهاب الأنف التحسسي عند جميع الفئات العمرية. يبدأ التهاب الأنف التحسسي عادة في الظهور عند الأطفال الذين تتراوح أعمارهم بين 4-6 سنوات، مع ذروة الإصابة عند 14 - 16 عاماً، ولكن يمكن أن يتطور في أي وقت في الحياة.^{13,12} التهاب الأنف التحسسي أقل شيوعاً عند الأطفال، باستثناء التهاب الأنف التحسسي المرتبط بالعدوى.

غالباً ما يتم تشخيص التهاب الأنف التحسسي بشكل غير كاف أو تشخيصه بشكل خاطئ، وغالباً لا يتم علاجه.¹⁴ نظراً أن الأعراض الحالية مشابهة للحالات الأخرى، وخاصة الفيروسية مثل نزلات البرد والتهاب الجيوب الأنفية والإنفلونزا والكوفيد (والتهاب الأنف غير التحسسي) فقد يعتقد الأشخاص المصابون بالتهاب الأنف التحسسي أنهم مصابون بعدوى أو حالة تنفسية أخرى^{16,15} قد يقودهم ذلك إلى توقع وصفة طبية للمضادات الحيوية من طبيبهم¹⁷ (انظر أدناه). إضافة إلى ذلك، غالباً ما يقوم الأشخاص المصابون بالتهاب الأنف التحسسي بالتشخيص الذاتي والمعالجة الذاتية بدون وصفة طبية في الصيدليات أو عبر الإنترنت لتخفيف الأعراض دون الرجوع لطبيبهم¹⁸ ويمكن أن يؤدي ذلك إلى الإفراط في استخدام الأدوية ونقص التشخيص الثابت، وعدم

الشكل 1 : المقياس التناظري المرئي

ما مدى إزعاجك من أعراض أنفك أو عينيك اليوم؟



أعراض الأنف : الأنف ، العطس ، الانسداد ، الحكة ، فقدان حاسة الشم
أعراض العين : حكة واحمرار ودموع العين

مقتبس من : Sousa-Pinto B, et al. Validity, reliability, and responsiveness of daily monitoring visual analog scales in MASK-air®. Clin Transl Allergy. 2021 Sep 19;11(7):e12062. doi: 10.1002/clt2.12062.

الفحص البدني

قد تشمل النتائج مخاطا شفافا ولزجا وقريبات سفلية شاحبة ومنتفخة. غالبا ما يكون التنفس الفموي والشم المتكرر و/أو تطهير الحلق واضحا، جنباً إلى جنب مع علامات مثل الهالات

أسئلة للمساعدة في تحديد التهاب الأنف التحسسي

- هل أنت على دراية بأي شيء أو أي مكان يحفز أعراضك؟ على سبيل المثال، التعرض لغبار المنزل أو حبوب اللقاح، أو ملامسة، أو مهام معينة في العمل أو المنزل أو المدرسة، أو التعرض للمواد الكيميائية.
- ما هي الأعراض التي تسبب لك أكبر قدر من المتاعب؟ وجود تليل الأنف أو العطس أو حكة الأنف أو احتقان الأنف أو فقدان حاسة الشم أو دموع العينين أو حكتها).
- منذ متى وأنت تعاني من هذه الأعراض؟ هل كان لديك نفس الشيء في هذا الوقت من العام الماضي؟ هل سبق لأي فرد من أفراد عائلتك أن أصيب بأعراض مماثلة؟
- هل وقع تشخيص إصابتهم بالتهاب الأنف التحسسي (قد يعرفه المرضى باسم حمى القش) أو التهاب الملتحمة التحسسي أو الربو أو التهاب الجلد التأتبي؟
- هل تظهر الأعراض وتختفي أم أنها موجودة دائماً؟
- هل يمكنك ربط الأعراض بوقت معين من السنة؟ بموسم؟
- هل إفرازات الأنف صافية ومائية؟
- هل تعاني من أي صفير أو ضيق؟ نعم قد تشير إلى الربو ولكنها قد تشير أيضا إلى صعوبة في التنفس (من خلال الأنف)
- هل لديك ألم في الأذن أو أي ألم في الوجه؟ التهاب الأذن الوسطى أو التهاب الجيوب الأنفية نعم قد يشير إلى هذا ولا يعني عدوى بكتيرية، ولكنه يرجع إلى مزيج من زيادة إنتاج المخاط، مصحوبا بانخفاض التصريف، مما يؤدي إلى الضغط (الألم) في الأذن الوسطى أو الجيوب الأنفية (انظر أعلاه).

الجدول 2 :التشخيص التفريقي لالتهاب الأنف

الأنف	غير تحسسي		حساسيه
	معدى	غير معدى	
التهاب الأنف التحسسي	فيروسات / إنفلونزا نزلات البرد الشائعة كوفيد	التهاب الأنف غير التحسسي	التهاب الأنف التحسسي
اسباب	عدوى	متنوعة: الاستخدام الدوائي والمزمن لمزيلات الاحتقان	الاستجابة المناعية لمسببات الحساسية
ظهور	في أي عمر	في أي عمر	في وقت مبكر من الحياة
مدة	متقطع، عرضي	متقطع / مستمر	متقطع / مستمر
تاريخ العائلة	إذا أصيب أحد أفراد الأسرة	غير ذي صلة	التهاب الأنف والتهاب الجلد التأتبي والربو
الأمراض المصاحبة			التهاب الملتحمة التحسسي والربو والتهاب الجلد التأتبي
مشغلات	المضافات الغذائية الكابيسين ، التوابل والكبريتات الغذائية الساليسيلات اسباب مهنية التغيرات الهرمونية العلاج التعويضي بالهرمونات ، ما قبل الحيض - الإثارة الجنسية -كحول	في الهواء الطلق: حبوب اللقاح من الأشجار والأعشاب والزهور والعفن تغير المناخ قد يزيد من مستويات مسببات الحساسية داخلي: عث غبار المنزل ، الصراصير ، وبر والعفن -	
العوامل المفاقة	عدوى فيروسية - دخان التبغ، المهيجات البيئية: الضباب الدخاني وتلوث الهواء		

السوداء تحت العينين طية الجلد تحت الحجاج، وثنية أنف عرضية (لمعان الحساسية) «من التحية التحسسية» وهي أكثر شيوعا عند الأطفال. من المهم استبعاد الأسباب الأخرى لانسداد الأنف، مثل انحراف الحاجز الكبير، أو الاورام الحميدة، أو الكتل الجيبية الأنفية، وخاصة عند الأطفال، الأجسام الغريبة، التي تتميز بإفرازات أنفية ذات رائحة كريهة من جانب واحد. قد تكون الجيوب الأنفية مؤلمة عند لمس الأشخاص الذين يعانون من أعراض مزمنة.

العلامات الحمراء

تستدعي بعض «العلامات الحمراء» اهتماما فوريا وتشير إلى الحاجة إلى الإحالة إلى طبيب الأنف والأذن والحنجرة أو أخصائي الحساسية وتشمل هذه انسداد الأنف المستمر من جانب واحد، إفرازات تدريجية ملطخة بالدم، إفرازات أنفية كريهة الرائحة، ألم الجيوب الأنفية المستمر أو سلائل أنفية (يقترح من احتقان الأنف المستمر الشديد وفقدان حاسة الشم). تشير هذه العلامات إلى حالات أساسية أكثر خطورة تتطلب مزيدا من التقييم.

لالتهاب الأنف غير التحسسي، وكذلك قلة النوم والتعب والتوتر والبرد القارس في التهاب الأنف المختلط، يمكن أن يكون التهاب الأنف غير التحسسي معقدا بسبب وجود التهاب الأنف التحسسي. قد يحدث ألم الجيوب الأنفية والتهاب الجيوب الأنفية الجرثومي الحاد والتهاب الأذن الوسطى مع أي من هذه الأشكال من التهاب الأنف. ويرجع ذلك إلى زيادة إنتاج المخاط إلى جانب انسداد عظم الجيوب الأنفية و/أو قناة استاكيوس مما يؤدي إلى زيادة الضغط في الجيوب الأنفية/الأذن الوسطى مما يسبب الألم. عادة ما يحدث التهاب الجيوب الأنفية الجرثومي الحاد بعد عدوى فيروسية تؤدي إلى تفاقم الأعراض بعد 5-7 أيام من ظهور الأعراض يتميز بألم الجيوب الأنفية وحصى تزيد عن 38 درجة مئوية وغالبا ما يكون مصحوبا بأعراض جهازية مثل الصداع وآلام العضلات والتعب والارتعاش والتعرق. قد تسبب المضادات الحيوية غير الضرورية ضررا أكثر مما تنفع، ولكن قد تكون الستيرويدات الأنفية الموضعية مفيدة.^{24,25} يعد تحديد السبب الكامن وراء التهاب الأنف أمرا ضروريا للتشخيص الصحيح.

كيفية إجراء التشخيص؟

أخذ التاريخ

يعد أخذ تاريخ شخصي وعائلي مفصل أمرا ضروريا في تقييم التهاب الأنف التحسسي، ويجب أن تركز الأسئلة على أنواع الأعراض، وظهورها، ومدتها وتواترها، والتعرض المشتبه به، والعوامل المتفاقة والموسمية /المخففة، [انظر مربع الأسئلة أدناه]. يجب أن يقيم التاريخ أيضا الحالات المرتبطة بها مثل التهاب الملتحمة التحسسي والربو والتهاب الجلد التأتبي والتنفس المضطرب أثناء النوم والتهاب الجيوب الأنفية والتهاب الأذن الوسطى

References

- Braidó F, Baiardini I, Scichilone N, Musarra A, Menoni S, Ridolo E, et al. Illness perception, mood and coping strategies in allergic rhinitis: are there differences among ARIA classes of severity? *Rhinology*. 2014 Mar;52(1):66-71. doi: 10.4193/Rhino13.040.
- Savourel M, Bousquet J, Jaakkola JJK, Jaakkola MS, Jacquemin B, Nadif R. Worldwide prevalence of rhinitis in adults: a review of definitions and temporal evolution. *Clin Transl Allergy*. 2022 Mar;12(3):e12130. doi: 10.1002/clt2.12130. PMID: 35344304; PMCID: PMC8967272.
- Bousquet J. Allergic rhinitis and its impact on asthma (ARIA) 2008 update (in collaboration with the World Health Organization, GA(2)LEN and AllerGen). *Allergy*. 2008 Apr;63:8-160.
- Akdis CA, Hellings PW, Agache I, editors. Global atlas of allergic rhinitis and chronic rhinosinusitis. European Academy of Allergic Rhinitis and Chronic Rhinosinusitis; 2015.
- Meltzer EO. Allergic rhinitis: burden of illness, quality of life, comorbidities, and control. *Immunol Allergy Clin North Am*. 2016 May;36(2):235-48. doi: 10.1016/j.iac.2015.12.002.
- Bédard A, et al. Correlation between work impairment, scores of rhinitis severity and asthma using the MASK-air App. *Allergy*. 2020 Jul;75(7):1672-1688. doi: 10.1111/all.14204. Epub 2020 Mar 22.
- Dierck BJH, van der Molen T, Flokstra-de Blok BMJ, Muraro A, Postma MJ, Kocks JWH, et al. Burden and socioeconomic of asthma, allergic rhinitis, atopic dermatitis and food allergy. *Expert Rev Pharmacoecon Outcomes Res*. 2020 Oct;20(5):437-453. doi: 10.1080/14737167.2020.1819793.
- Smith P, Hellings P, Scadding G, Harvey R, Carney S, Price D, et al. Impact of allergic rhinitis on health-related quality of life: results from an Australian survey. *Intern Med J*. 2016;46(Suppl 4):22. Article ASCIA-P57. doi: 10.1111/imj.57.13197.
- Cardell LO, Olsson P, Andersson M, Welin KO, Svensson J, Tennvall GR, et al. TOTAL: high cost of allergic rhinitis—a national Swedish population-based questionnaire study. *NPJ Prim Care Respir Med*. 2016 Feb 4;26:15082. doi: 10.1038/nppcr.2015.82.
- Liva GA, Karatzanis AD, Prokopakis EP Review of rhinitis: classification, types, pathophysiology. *J Clin Med*. 2021 Jul 19;10(14):3183. doi: 10.3390/jcm10143183. PMID: 34300349; PMCID: PMC8303640.
- Savourel M, Bousquet J, Jaakkola JJ, Jaakkola MS, Jacquemin B, Nadif R. Worldwide prevalence of rhinitis in adults: a review of definitions and temporal evolution. *Clin Transl Allergy*. 2022 Mar;12(3):e12130.
- Hardjojo A, Shek LP, van Bever HP, Lee BW. Rhinitis in children less than 6 years of age: current knowledge and challenges. *Asia Pac Allergy*. 2011 Oct;1(3):115-22. doi: 10.5415/apallergy.2011.1.3.115. Erratum in: *Asia Pac Allergy*. 2012 Jan;2(1):90. PMID: 22053307; PMCID: PMC3206246.
- Asher MI, Montefort S, Björkstén B, Lai CK, Strachan DP, Weiland SK, et al. Worldwide time trends in the prevalence of symptoms of asthma, allergic rhinoconjunctivitis, and eczema in childhood: ISAAC Phases One and Three repeat multicountry cross-sectional surveys. *Lancet*. 2006 Aug 26;368(9537):733-43. doi: 10.1016/S0140-6736(06)69283-0. Erratum in: *Lancet*. 2007 Sep 29;370(9593):1128. PMID: 16935684.
- Grønhaug Larsen C, Gyldelev M, Linneberg A. Allergic rhinitis is often undiagnosed and untreated: results from a general population study of Danish adults. *Clin Respir J*. 2013 Oct;7(4):354-8. doi: 10.1111/crj.12015.
- Montnémy P, Svensson C, Adelroth E, Löfdahl CG, Andersson M, Greiff L, et al. Prevalence of nasal symptoms and their relation to self-reported asthma and chronic bronchitis/emphysema. *Eur Respir J*. 2001;17(4):596-603.
- Larsson LG, Lindberg A, Franklin KA, Lundbäck B. Symptoms related to obstructive sleep apnoea are common in subjects with asthma, chronic bronchitis and rhinitis in a general population. *Respir Med*. 2001;95(5):423-9.
- Mainous AG 3rd, Zoorob RJ, Oler MJ, Haynes DM. Patient knowledge of upper respiratory infections: implications for antibiotic expectations and unnecessary utilization. *J Fam Pract*. 1997;45(1):75-83.
- Tan R, Cvetkovski B, Kritikos V, Price D, Yan K, Smith P, et al. Identifying the hidden burden of allergic rhinitis (AR) in community pharmacy: a global phenomenon. *Asthma Res Pract*. 2017 Nov 21;3:8. doi: 10.1186/s40733-017-0036-z.
- Scheire S, Germonpré S, Mehuis E, Van Tongelen I, De Sutter A, Steurbaut S, et al. Rhinitis control and medication use in a real-world sample of patients with persistent rhinitis or rhinosinusitis: a community pharmacy study. *J Allergy Clin Immunol Pract*. 2024 Jul;12(7):1865-76.e6. doi: 10.1016/j.jaip.2024.04.031.
- DynaMed. Allergic rhinitis. Available from: <https://www.dynamed.com/condition/allergic-rhinitis#GUID-5F4112FD-1A2F-4207-892A-0023F2708CA9>
- Klimek L, Bachert C, Pfaar O, Becker S, Bieber T, Brehler R, et al. ARIA guideline 2019: treatment of allergic rhinitis in the German health system. *Allergol Select*. 2019 Dec 30;3(1):22-50. doi: 10.5414/ALX02120E. PMID: 32176226; PMCID: PMC7066682.
- Baroody FM, Gevaert P, Smith PK, Ziaie N, Bernstein JA. Nonallergic rhinopathy: a comprehensive review of classification, diagnosis, and treatment. *J Allergy Clin Immunol Pract*. 2024;12(6):1436-47.
- Schatz M, Zeiger RS, Falkoff RJ. Nasal manifestations of systemic conditions. *Immunol Allergy Clin North Am*. 1987 Apr 1;7(1):159-74.
- Fokkens WJ, Lund VJ, Hopkins C, Hellings PW, et al. European position paper on rhinosinusitis and nasal polyps 2020. *Rhinology*. 2020 Feb 20;58(Suppl 29):1-464.
- Ryan D. Management of acute rhinosinusitis in primary care: changing paradigms and the emerging role of intranasal corticosteroids. *Prim Care Respir J*. 2008 Sep;17(3):148-55. doi: 10.3132/pcrj.2008.00050. PMID: 18695848; PMCID: PMC6619892.
- Rondón C, Campo P, Galindo L, Blanca-López N, Cassinello MS, Rodríguez-Bada JL, et al. Prevalence and clinical relevance of local allergic rhinitis. *Allergy*. 2012 Oct;67(10):1282-8. doi: 10.1111/all.12002. PMID: 22913574.
- Bousquet J, Heinzerling L, Bachert C, Papadopoulos NG, et al. Practical guide to skin prick tests in allergy to aeroallergens. *Allergy*. 2012;67(1):18-24. doi: 10.1111/j.1398-9995.2011.02728.x.
- Clinical Practice Guideline: Allergic Rhinitis. *Otolaryngol Head Neck Surg*. 2015;152(1 Suppl):S1-S43. doi: 10.1177/0194599814561600.
- Kakli HA, Riley TD. Allergic rhinitis. *Prim Care*. 2016;43(3):465-75.
- EUFOREA. Allergic rhinitis pocket guide. Available from: <https://www.euforea.eu/news/allergic-rhinitis-pocketguide/>

تقييم

إذا كان أخذ التاريخ والتقييم السريري يوحى بالتهاب الأنف التحسسي، وهذا مدعوم باستجابة إيجابية للعلاج التجريبي بمضادات الهيستامين 1 غير المهدئة و أو الجلوكوكورتيكويد الأنفي أو مزيج ثابت من الجلوكوكورتيكويد الأنفي ومضادات الهيستامين (الأنفية في الحالات المتوسطة إلى الشديدة) يمكن تأكيد مسببات الحساسية المدفوعة بالتاريخ من خلال اختبار المصل للجلوبولين المناعي أو اختبار وخز الجلد التحسسي، على الرغم من أن هذه الاختبارات عادة ما تكون سلبية في التهاب الأنف التحسسي.^{27,26}

يتمثل التهاب الأنف التحسسي الموضوعي باستجابة علاجية جيدة، ولكن الكشف السلبي عن المصل للجلوبولين المناعي، حيث يوجد هذا فقط في الغشاء المخاطي للأنف المصل عادة ما يتوفر اختبار المصل في الرعاية الأولية، ولا يتطلب فنيين مدربين، ولا يتطلب الإقلاع عن مضادات الهيستامين يتطلب اختبار وخز الجلد محترفا مدربا لإجراء الاختبارات وتفسير. نادرا ما يتوفر في الرعاية الأولية، ولكن النتائج متاحة على الفور من الأفضل استعمال هذه الاختبارات عندما يكون هناك عدم يقين تشخيصي أو عدم استجابة للعلاج، ولكن أيضا إذا كان يجب النظر في العلاج المناعي لمسببات الحساسية.^{29,28} لا ينصح بالتصوير الشعاعي لتشخيص التهاب الأنف التحسسي.²⁰

نصائح عملية³⁰

• قد يعاني الأشخاص من أعراض حادة دون الإصابة بالتهاب الأنف التحسسي أو التهاب الأنف غير التحسسي، غالبا نتيجة التعرض العرضي والمؤقت وغير المرضي للمهيجات البيئية (على سبيل المثال، البرد الشديد خلال فصل الشتاء، التعرض لدخان السجائر أو العطور). لا تتطلب هذه الأسباب في كثير من الأحيان رعاية طبية وستحل بمجرد إزالة السبب.

• بشكل كبير على تختلف الأسباب البيئية لالتهاب الأنف التحسسي نطاق عالمي حيث يختلف التعرض لمسببات الحساسية حسب المنطقة علاوة على ذلك، فإن تغير المناخ يجعل أنماط مسببات الحساسية الهوائية غير متوقعة بشكل متزايد. لذلك، يجب تقييم جميع المرضى بناء على الظروف المناخية المحلية والتعرض لمسببات الحساسية

• الأعراض التي توحى بالإصابة بالتهاب الأنف التحسسي (عندما تكون مرتبطة بالتعرض لمسببات الحساسية) هي أو أكثر مما يلي لمدة تفوق ساعة في معظم الأيام²

- انسداد الأنف
- العطس، وخاصة الانتيابي
- رشح الأنف
- حكة الأنف
- أعراض العين مثل الحكة أو الاحمرار أو التمزق (فكر في التهاب ملتحمته التحسسي)

• الأعراض الأقل إحياء بالإصابة بالتهاب الأنف التحسسي :

- أعراض أحادية الجانب
- إفرازات متغيرة اللون
- آلام في الوجه أو الأنف / رعاف متكرر
- اضطراب الشم
- (فقدان حاسة الشم)
- التنقيط الأنفي الخلفي
- الشخير
- توقف التنفس أثناء النوم

المؤلفون : Dermot Ryan, Ee Ming Khoo, Fletcher Charlton, Ian Charlton, Jaime Correia de Sousa, Juan Trujillo

Kerstin Romberg, Luís Carvalho, Osman Yusuf, Siân Williams

المراجعين (WAO رئيس) Bárbara Kong-Cardoso, Mário Morais-Almeida

المحرر : Ian Wright

مصادق عليه من طرف المنظمة العالمية للحساسية (WAO)

بيان التمويل : تم تمويل مساعد المكتب هذا من منحة تعليمية من ALK-Abelló التي قدمت منحة لدعم التطوير والتنضيد والطباعة والتكاليف المرتبطة بها، ولكنها لم تساهم في مفهوم أو محتوى هذه وهي مخصصة مساعد سطح المكتب هذا استشاري الوثيقة للاستخدام العام ولا ينبغي اعتبارها قابلة للتطبيق على حالة معينة.

يتوفر مزيد من المعلومات على : <https://www.ipcrg.org/DTH19>

© هذه الإستمارة المكتبية إستشارية وموضوعة للاستعمال العام ولا يجب الاعتماد عليها لحالة معينة

هي مؤسسة خيرية مسجلة (IPCGR [SC No 035056] وشركة محدودة بالضمان (Company No 256268).





www.ipcrq.org/desktophelpers

مساعدة سطح المكتب IPCRG

IPCRG هي أوراق معلومات سهلة الاستخدام طورها وتعمل مع الأطباء والمرضى والمعلمين السريريين

- تقديم التوجيه والدعم العملي للأطباء العاملين في مجال الرعاية الأولية في الجوانب المختلفة لتشخيص أمراض الجهاز التنفسي وإدارتها

- تستند جميعها إلى أدلة وتوفر روابط لمزيد من الموارد.



IPCRG
In 2009
Respiratory Group

DESKTOP HELPER

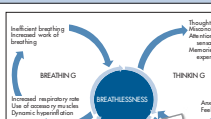
No. 12 Mar. & 2022

COPD and Mental Health: Holistic and Practical Guidance for Primary Care

This desktop helper aims to raise awareness of the challenge of identifying and managing mental health problems in people with chronic obstructive pulmonary disease (COPD) and to direct primary care professionals (PCPs) to assess most fully as well as non-pharmacological and pharmacological interventions.

INTRODUCTION

Mental health problems, including anxiety and depression, are common among people with COPD and substantially impair their quality of life (QoL). In contrast, tobacco dependence is a modifiable factor that can significantly impact on QoL of people with COPD. However, PCPs often have little confidence to treat these problems due to the complex interrelationship between them and symptoms such as breathlessness, which make assessment and treatment challenging. Estimates suggest that about 30% of people with COPD have concurrent depression (increasing to up to 80% with emphysema (COPD severity), and between 10% and 50% have comorbid anxiety (1). Prevalence increases with age and on symptoms of COPD severity, and that can involve the likelihood of tobacco use (2). In people with COPD, about 20% of people have



DESKTOP HELPER

No. 5 May 2016

Predicting diagnosis in primary care patients suspected of obstructive respiratory disease



DESKTOP HELPER

No. 12 Mar. & 2022

USO RACIONAL DE LA MEDICACIÓN EN PACIENTES EPOC CON COMORBIDIDADES MÚLTIPLES: GUÍA PARA ATENCIÓN

Este guía describe los desafíos relacionados con el tratamiento farmacológico en pacientes con EPOC y comorbidades múltiples, ofreciendo recomendaciones de uso racional de los fármacos en función de los tipos de pacientes en los resultados de atención primaria.

INTRODUCCIÓN

La enfermedad obstructiva crónica (EPOC) representa un desafío para la atención primaria. Los pacientes con EPOC a menudo presentan comorbidades múltiples, lo que complica el manejo de su enfermedad. La presencia de comorbidades puede afectar la respuesta al tratamiento de la EPOC y viceversa. Por lo tanto, es esencial considerar las comorbidades al planificar el tratamiento de la EPOC. Las comorbidades más comunes en pacientes con EPOC incluyen hipertensión arterial, diabetes mellitus, enfermedad cardíaca coronaria, enfermedad renal crónica, depresión y ansiedad. Estas comorbidades pueden afectar la capacidad del paciente para seguir el tratamiento de la EPOC y pueden aumentar el riesgo de complicaciones. Por lo tanto, es esencial evaluar y manejar las comorbidades de manera integral para mejorar los resultados de la atención.

La enfermedad obstructiva crónica (EPOC) representa un desafío para la atención primaria. Los pacientes con EPOC a menudo presentan comorbidades múltiples, lo que complica el manejo de su enfermedad. La presencia de comorbidades puede afectar la respuesta al tratamiento de la EPOC y viceversa. Por lo tanto, es esencial considerar las comorbidades al planificar el tratamiento de la EPOC. Las comorbidades más comunes en pacientes con EPOC incluyen hipertensión arterial, diabetes mellitus, enfermedad cardíaca coronaria, enfermedad renal crónica, depresión y ansiedad. Estas comorbidades pueden afectar la capacidad del paciente para seguir el tratamiento de la EPOC y pueden aumentar el riesgo de complicaciones. Por lo tanto, es esencial evaluar y manejar las comorbidades de manera integral para mejorar los resultados de la atención.

¿CÓMO USAR LA GUÍA?

Esta guía está diseñada para ser utilizada en la práctica clínica. Se recomienda leerla detenidamente antes de utilizarla. La guía está organizada en secciones que corresponden a diferentes tipos de pacientes. Se recomienda utilizar la guía de acuerdo con las necesidades de cada paciente. La guía no debe utilizarse como una lista de chequeo, sino como una herramienta para la toma de decisiones. Se recomienda utilizar la guía en conjunto con la experiencia clínica y el juicio profesional. La guía está sujeta a revisiones periódicas para mantenerla actualizada.

Esta guía describe los desafíos relacionados con el tratamiento farmacológico en pacientes con EPOC y comorbidades múltiples, ofreciendo recomendaciones de uso racional de los fármacos en función de los tipos de pacientes en los resultados de atención primaria.

MULTIMORBIDAD Y EPOC

La multimorbilidad es un fenómeno común en la atención primaria. Los pacientes con EPOC a menudo presentan comorbidades múltiples, lo que complica el manejo de su enfermedad. La presencia de comorbidades puede afectar la respuesta al tratamiento de la EPOC y viceversa. Por lo tanto, es esencial considerar las comorbidades al planificar el tratamiento de la EPOC. Las comorbidades más comunes en pacientes con EPOC incluyen hipertensión arterial, diabetes mellitus, enfermedad cardíaca coronaria, enfermedad renal crónica, depresión y ansiedad. Estas comorbidades pueden afectar la capacidad del paciente para seguir el tratamiento de la EPOC y pueden aumentar el riesgo de complicaciones. Por lo tanto, es esencial evaluar y manejar las comorbidades de manera integral para mejorar los resultados de la atención.

La multimorbilidad es un fenómeno común en la atención primaria. Los pacientes con EPOC a menudo presentan comorbidades múltiples, lo que complica el manejo de su enfermedad. La presencia de comorbidades puede afectar la respuesta al tratamiento de la EPOC y viceversa. Por lo tanto, es esencial considerar las comorbidades al planificar el tratamiento de la EPOC. Las comorbidades más comunes en pacientes con EPOC incluyen hipertensión arterial, diabetes mellitus, enfermedad cardíaca coronaria, enfermedad renal crónica, depresión y ansiedad. Estas comorbidades pueden afectar la capacidad del paciente para seguir el tratamiento de la EPOC y pueden aumentar el riesgo de complicaciones. Por lo tanto, es esencial evaluar y manejar las comorbidades de manera integral para mejorar los resultados de la atención.

MANEJO DEL PACIENTE CON COMORBIDADES

El manejo del paciente con comorbidades requiere un enfoque integral. Se debe evaluar y manejar las comorbidades de manera integral para mejorar los resultados de la atención. Se recomienda utilizar la guía de manera integral para la toma de decisiones. Se recomienda utilizar la guía en conjunto con la experiencia clínica y el juicio profesional. La guía está sujeta a revisiones periódicas para mantenerla actualizada.

El manejo del paciente con comorbidades requiere un enfoque integral. Se debe evaluar y manejar las comorbidades de manera integral para mejorar los resultados de la atención. Se recomienda utilizar la guía de manera integral para la toma de decisiones. Se recomienda utilizar la guía en conjunto con la experiencia clínica y el juicio profesional. La guía está sujeta a revisiones periódicas para mantenerla actualizada.

[illegible]

DESKTOP HELPER

No. 6 January 2018

Improving care for women with COPD: guidance for primary care

The scope of global primary care includes not only women's health, but also prevention and early risk identification, making these people in the community who are most vulnerable to disease and premature death. One such challenge is to identify early diagnosis, and treat women with chronic obstructive pulmonary disease (COPD). The main challenges in COPD in women and the reasons that they need special attention, are depicted in Figure 1.

Figure 1 The impact of COPD in women.

Information from Chou, 2012a; Jenkins, 2012; Chaturvedi, 2013; Donnelly, 2013; Buckle & Barker, 2014; Hatz, 2016; Hatzoglou, 2016; Hatzoglou, 2017; Hatzoglou, 2018; Hatzoglou, 2019; Hatzoglou, 2020; Hatzoglou, 2021; Hatzoglou, 2022; Hatzoglou, 2023; Hatzoglou, 2024; Hatzoglou, 2025; Hatzoglou, 2026; Hatzoglou, 2027; Hatzoglou, 2028; Hatzoglou, 2029; Hatzoglou, 2030; Hatzoglou, 2031; Hatzoglou, 2032; Hatzoglou, 2033; Hatzoglou, 2034; Hatzoglou, 2035; Hatzoglou, 2036; Hatzoglou, 2037; Hatzoglou, 2038; Hatzoglou, 2039; Hatzoglou, 2040; Hatzoglou, 2041; Hatzoglou, 2042; Hatzoglou, 2043; Hatzoglou, 2044; Hatzoglou, 2045; Hatzoglou, 2046; Hatzoglou, 2047; Hatzoglou, 2048; Hatzoglou, 2049; Hatzoglou, 2050; Hatzoglou, 2051; Hatzoglou, 2052; Hatzoglou, 2053; Hatzoglou, 2054; Hatzoglou, 2055; Hatzoglou, 2056; Hatzoglou, 2057; Hatzoglou, 2058; Hatzoglou, 2059; Hatzoglou, 2060; Hatzoglou, 2061; Hatzoglou, 2062; Hatzoglou, 2063; Hatzoglou, 2064; Hatzoglou, 2065; Hatzoglou, 2066; Hatzoglou, 2067; Hatzoglou, 2068; Hatzoglou, 2069; Hatzoglou, 2070; Hatzoglou, 2071; Hatzoglou, 2072; Hatzoglou, 2073; Hatzoglou, 2074; Hatzoglou, 2075; Hatzoglou, 2076; Hatzoglou, 2077; Hatzoglou, 2078; Hatzoglou, 2079; Hatzoglou, 2080; Hatzoglou, 2081; Hatzoglou, 2082; Hatzoglou, 2083; Hatzoglou, 2084; Hatzoglou, 2085; Hatzoglou, 2086; Hatzoglou, 2087; Hatzoglou, 2088; Hatzoglou, 2089; Hatzoglou, 2090; Hatzoglou, 2091; Hatzoglou, 2092; Hatzoglou, 2093; Hatzoglou, 2094; Hatzoglou, 2095; Hatzoglou, 2096; Hatzoglou, 2097; Hatzoglou, 2098; Hatzoglou, 2099; Hatzoglou, 2100; Hatzoglou, 2101; Hatzoglou, 2102; Hatzoglou, 2103; Hatzoglou, 2104; Hatzoglou, 2105; Hatzoglou, 2106; Hatzoglou, 2107; Hatzoglou, 2108; Hatzoglou, 2109; Hatzoglou, 2110; Hatzoglou, 2111; Hatzoglou, 2112; Hatzoglou, 2113; Hatzoglou, 2114; Hatzoglou, 2115; Hatzoglou, 2116; Hatzoglou, 2117; Hatzoglou, 2118; Hatzoglou, 2119; Hatzoglou, 2120; Hatzoglou, 2121; Hatzoglou, 2122; Hatzoglou, 2123; Hatzoglou, 2124; Hatzoglou, 2125; Hatzoglou, 2126; Hatzoglou, 2127; Hatzoglou, 2128; Hatzoglou, 2129; Hatzoglou, 2130; Hatzoglou, 2131; Hatzoglou, 2132; Hatzoglou, 2133; Hatzoglou, 2134; Hatzoglou, 2135; Hatzoglou, 2136; Hatzoglou, 2137; Hatzoglou, 2138; Hatzoglou, 2139; Hatzoglou, 2140; Hatzoglou, 2141; Hatzoglou, 2142; Hatzoglou, 2143; Hatzoglou, 2144; Hatzoglou, 2145; Hatzoglou, 2146; Hatzoglou, 2147; Hatzoglou, 2148; Hatzoglou, 2149; Hatzoglou, 2150; Hatzoglou, 2151; Hatzoglou, 2152; Hatzoglou, 2153; Hatzoglou, 2154; Hatzoglou, 2155; Hatzoglou, 2156; Hatzoglou, 2157; Hatzoglou, 2158; Hatzoglou, 2159; Hatzoglou, 2160; Hatzoglou, 2161; Hatzoglou, 2162; Hatzoglou, 2163; Hatzoglou, 2164; Hatzoglou, 2165; Hatzoglou, 2166; Hatzoglou, 2167; Hatzoglou, 2168; Hatzoglou, 2169; Hatzoglou, 2170; Hatzoglou, 2171; Hatzoglou, 2172; Hatzoglou, 2173; Hatzoglou, 2174; Hatzoglou, 2175; Hatzoglou, 2176; Hatzoglou, 2177; Hatzoglou, 2178; Hatzoglou, 2179; Hatzoglou, 2180; Hatzoglou, 2181; Hatzoglou, 2182; Hatzoglou, 2183; Hatzoglou, 2184; Hatzoglou, 2185; Hatzoglou, 2186; Hatzoglou, 2187; Hatzoglou, 2188; Hatzoglou, 2189; Hatzoglou, 2190; Hatzoglou, 2191; Hatzoglou, 2192; Hatzoglou, 2193; Hatzoglou, 2194; Hatzoglou, 2195; Hatzoglou, 2196; Hatzoglou, 2197; Hatzoglou, 2198; Hatzoglou, 2199; Hatzoglou, 2200; Hatzoglou, 2201; Hatzoglou, 2202; Hatzoglou, 2203; Hatzoglou, 2204; Hatzoglou, 2205; Hatzoglou, 2206; Hatzoglou, 2207; Hatzoglou, 2208; Hatzoglou, 2209; Hatzoglou, 2210; Hatzoglou, 2211; Hatzoglou, 2212; Hatzoglou, 2213; Hatzoglou, 2214; Hatzoglou, 2215; Hatzoglou, 2216; Hatzoglou, 2217; Hatzoglou, 2218; Hatzoglou, 2219; Hatzoglou, 2220; Hatzoglou, 2221; Hatzoglou, 2222; Hatzoglou, 2223; Hatzoglou, 2224; Hatzoglou, 2225; Hatzoglou, 2226; Hatzoglou, 2227; Hatzoglou, 2228; Hatzoglou, 2229; Hatzoglou, 2230; Hatzoglou, 2231; Hatzoglou, 2232; Hatzoglou, 2233; Hatzoglou, 2234; Hatzoglou, 2235; Hatzoglou, 2236; Hatzoglou, 2237; Hatzoglou, 2238; Hatzoglou, 2239; Hatzoglou, 2240; Hatzoglou, 2241; Hatzoglou, 2242; Hatzoglou, 2243; Hatzoglou, 2244; Hatzoglou, 2245; Hatzoglou, 2246; Hatzoglou, 2247; Hatzoglou, 2248; Hatzoglou, 2249; Hatzoglou, 2250; Hatzoglou, 2251; Hatzoglou, 2252; Hatzoglou, 2253; Hatzoglou, 2254; Hatzoglou, 2255; Hatzoglou, 2256; Hatzoglou, 2257; Hatzoglou, 2258; Hatzoglou, 2259; Hatzoglou, 2260; Hatzoglou, 2261; Hatzoglou, 2262; Hatzoglou, 2263; Hatzoglou, 2264; Hatzoglou, 2265; Hatzoglou, 2266; Hatzoglou, 2267; Hatzoglou, 2268; Hatzoglou, 2269; Hatzoglou, 2270; Hatzoglou, 2271; Hatzoglou, 2272; Hatzoglou, 2273; Hatzoglou, 2274; Hatzoglou, 2275; Hatzoglou, 2276; Hatzoglou, 2277; Hatzoglou, 2278; Hatzoglou, 2279; Hatzoglou, 2280; Hatzoglou, 2281; Hatzoglou, 2282; Hatzoglou, 2283; Hatzoglou, 2284; Hatzoglou, 2285; Hatzoglou, 2286; Hatzoglou, 2287; Hatzoglou, 2288; Hatzoglou, 2289; Hatzoglou, 2290; Hatzoglou, 2291; Hatzoglou, 2292; Hatzoglou, 2293; Hatzoglou, 2294; Hatzoglou, 2295; Hatzoglou, 2296; Hatzoglou, 2297; Hatzoglou, 2298; Hatzoglou, 2299; Hatzoglou, 2300; Hatzoglou, 2301; Hatzoglou, 2302; Hatzoglou, 2303; Hatzoglou, 2304; Hatzoglou, 2305; Hatzoglou, 2306; Hatzoglou, 2307; Hatzoglou, 2308; Hatzoglou, 2309; Hatzoglou, 2310; Hatzoglou, 2311; Hatzoglou, 2312; Hatzoglou, 2313; Hatzoglou, 2314; Hatzoglou, 2315; Hatzoglou, 2316; Hatzoglou, 2317; Hatzoglou, 2318; Hatzoglou, 2319; Hatzoglou, 2320; Hatzoglou, 2321; Hatzoglou, 2322; Hatzoglou, 2323; Hatzoglou, 2324; Hatzoglou, 2325; Hatzoglou, 2326; Hatzoglou, 2327; Hatzoglou, 2328; Hatzoglou, 2329; Hatzoglou, 2330; Hatzoglou, 2331; Hatzoglou, 2332; Hatzoglou, 2333; Hatzoglou, 2334; Hatzoglou, 2335; Hatzoglou, 2336; Hatzoglou, 2337; Hatzoglou, 2338; Hatzoglou, 2339; Hatzoglou, 2340; Hatzoglou, 2341; Hatzoglou, 2342; Hatzoglou, 2343; Hatzoglou, 2344; Hatzoglou, 2345; Hatzoglou, 2346; Hatzoglou, 2347; Hatzoglou, 2348; Hatzoglou, 2349; Hatzoglou, 2350; Hatzoglou, 2351; Hatzoglou, 2352; Hatzoglou, 2353; Hatzoglou, 2354; Hatzoglou, 2355; Hatzoglou, 2356; Hatzoglou, 2357; Hatzoglou, 2358; Hatzoglou, 2359; Hatzoglou, 2360; Hatzoglou, 2361; Hatzoglou, 2362; Hatzoglou, 2363



work locally
collaborate globally

Um Guia de Referência

ajudar as pessoas com falta de ar a respirar melhor, a sentir-se bem e a fazer mais

QUAL É A EFICÁCIA DA REABILITAÇÃO PULMONAR?

A reabilitação pulmonar é um programa multidisciplinar que visa melhorar a capacidade funcional, a qualidade de vida e a saúde física e mental das pessoas com DPOC. Estudos mostram que a reabilitação pulmonar pode reduzir a mortalidade e a hospitalização, além de melhorar a qualidade de vida e a saúde física e mental das pessoas com DPOC.

QUAL É O OBJETIVO DA REABILITAÇÃO PULMONAR?

O objetivo da reabilitação pulmonar é melhorar a capacidade funcional, a qualidade de vida e a saúde física e mental das pessoas com DPOC. Isso é feito através de uma abordagem multidisciplinar que inclui exercícios físicos, educação em saúde, suporte psicológico e nutrição.

QUANTO TEMPO DESENVOLVER A REABILITAÇÃO PULMONAR?

A reabilitação pulmonar pode ser desenvolvida em diferentes formatos, desde sessões individuais até programas estruturados. O tempo necessário para desenvolver a reabilitação pulmonar varia de acordo com o caso, mas geralmente leva de 4 a 12 semanas.

QUANTO TEMPO DESENVOLVER A REABILITAÇÃO PULMONAR?

A reabilitação pulmonar pode ser desenvolvida em diferentes formatos, desde sessões individuais até programas estruturados. O tempo necessário para desenvolver a reabilitação pulmonar varia de acordo com o caso, mas geralmente leva de 4 a 12 semanas.

QUANTO TEMPO DESENVOLVER A REABILITAÇÃO PULMONAR?

A reabilitação pulmonar pode ser desenvolvida em diferentes formatos, desde sessões individuais até programas estruturados. O tempo necessário para desenvolver a reabilitação pulmonar varia de acordo com o caso, mas geralmente leva de 4 a 12 semanas.

QUANTO TEMPO DESENVOLVER A REABILITAÇÃO PULMONAR?

A reabilitação pulmonar pode ser desenvolvida em diferentes formatos, desde sessões individuais até programas estruturados. O tempo necessário para desenvolver a reabilitação pulmonar varia de acordo com o caso, mas geralmente leva de 4 a 12 semanas.

DESKTOP P HELPER

Recria sua função Full motion em um computador

Na 7.ª edição 2018

ACT SEI ALIARSI

IL RINGHIERA DI ALIARSI E SOSTENITORI

IL RINGHIERA DI ALIARSI E SOSTENITORI

IL RINGHIERA DI ALIARSI E SOSTENITORI

IL RINGHIERA DI ALIARSI E SOSTENITORI

IL RINGHIERA DI ALIARSI E SOSTENITORI

IL RINGHIERA DI ALIARSI E SOSTENITORI

IL RINGHIERA DI ALIARSI E SOSTENITORI

IL RINGHIERA DI ALIARSI E SOSTENITORI

IL RINGHIERA DI ALIARSI E SOSTENITORI

IL RINGHIERA DI ALIARSI E SOSTENITORI

IL RINGHIERA DI ALIARSI E SOSTENITORI

IL RINGHIERA DI ALIARSI E SOSTENITORI

IL RINGHIERA DI ALIARSI E SOSTENITORI

IL RINGHIERA DI ALIARSI E SOSTENITORI

IL RINGHIERA DI ALIARSI E SOSTENITORI

IL RINGHIERA DI ALIARSI E SOSTENITORI

IL RINGHIERA DI ALIARSI E SOSTENITORI

IL RINGHIERA DI ALIARSI E SOSTENITORI

IL RINGHIERA DI ALIARSI E SOSTENITORI

IL RINGHIERA DI ALIARSI E SOSTENITORI

IL RINGHIERA DI ALIARSI E SOSTENITORI

IL RINGHIERA DI ALIARSI E SOSTENITORI















































