

Постназалното стичане като причина за хронична кашлица

Проф. д-р Румен Бенчев, д-р Стефан Стоянов
Клиника уши-нос-гърло, Медицински институт на МВР

Post-nasal drip (постназално стичане – ПНС) е неспецифично определение, отнасящо се към наличие на гъсти секрети, създаващи чувство за чуждо тяло в епифаринкса. Това състояние често съпътства хроничния ринит и фарингит. Счита се, че задържаната материя във фаринкса може да се разпространи към ларинкса и да причини дрезгавост на гласа и кашлица, но не съществуват убедителни научни данни за това (O'Hara J, Jones NS, 2006). Има и случаи, при които обективно не се установяват епифарингеални промени и диагнозата се поставя само въз основа на анамнестичните данни за „наличие на чуждо тяло в гърлото“, нужда от често покашляне и издихване на носа. Основание за това дава фактът, че хроничната кашлица при такива болни често се повлиява добре от приложението на деконгестанти и антихистамини. Интересно е да се отбележи, че по литературни данни честотата на ПНС като симптом при настинка е силно вариабилна в различните страни. Например в САЩ е около 50%, във Великобритания – под 25%, а в Латинска Америка и Индия почти не се среща (Morice et al., 2003).

Етиопатогенеза. Водещи са три фактора: увеличено количество на секрета; увеличена гъстота на секретите и затруднена евакуация от епифаринкса.

Причини за увеличаване на серозните епифарингеални секрети могат да бъдат: (1) вируси, (2) алергия, (3) ниски температури, (4) някои храни и подправки, (5) бременност и хормонални заболявания, (6) лекарствени странични ефекти (особено хипотензивни медикаменти), (7) анатомични предпоставки (девиация на септума, хипертрофични конхи) и (8) вазомоторен ринит.

Намаляването на водното съдържание води до увеличение на вискозитета на секретите. Това може да се дължи на множество причини: (1) ниска влажност на въздуха, (2) дехидратация на организма, (3) синусни или носни инфекции, (4) чужди тела в носа (особено ако секрецията е едностранна), (5) вредни фактори на околната среда (тютюнев дим, смог и др.), (6) анатомични предпоставки (девиация на септума, хипертрофични конхи, аденоидни вегетации), (7) напреднала възраст (носната лигавица атрофира, което може да доведе до намаляване количеството на секрета и повишаване на вискозитета му), (8) хормонални проблеми и (9) странични ефекти от лекарства (например антихистамини).

Причина за задръжка на секрета могат да бъдат нарушения в гълтателния акт. Следните фактори

могат да допринесат за затруднения на преглъщането: (1) напреднала възраст (поради намалена сила и нарушена координация на гъркателната мускулатура), (2) стрес (води до мускулен спазъм, а нервното кашляне допълнително влошава оплакванията), (3) стесняване на фаринкса от тумори (нарушава пасажа на храната), (4) гастроэзофагеален рефлукс и (5) нервно-мускулни заболявания (инсулт, мускулни дистрофии и др.).

Лечение. Касае се за симптом, следователно терапевтичните усилия трябва да са насочени към лечение на основното заболяване. Задължителна е обстойна анамнеза и комплексна оценка на обективното състояние. На първо място следва да се определи дали проблемът се причинява от нарушения в нормалната продукция на секрета, или на транспорта му към гастроинтестиналния тракт. В терапевтичен план трябва да се имат предвид няколко възможности.

Алергичен риносинусит. Тук първо мероприятие е избягване на алергените, а при нужда – употреба на поленова маска; инсталиране на пречиствател и овлажнител на въздуха; често почистване и смяна на въздушните филтри; използване на памучни или синтетични материали за възглавници, завивки, дюшеци и спално бельо; поставяне на дюшека в полиетиленова торба; избягване на проветряването на помещението по време на поленовия сезон; отстраняване на домашните растения и домашните любимци; поддържане на много добра лична хигиена.

Друг подход е избягване на назалните иританти, които сами по себе си не причиняват алергия, но могат да засилят нейните симптоми. Такива са цигареният дим, силните парфюми, аерозолните спрейове, индустриалните въздушни замърсители и смогът.

Трети приём е промивки на носа с водносолеви разтвори. Буферизираните хипертонични разтвори намаляват отока и конгестията на лигавицата и отмиват кръстите, секретите, иритантите, алергените и бактериите. Предлаганите в аптеките спрейове и специални бутилки за носни промивки са удобни за употреба и могат да се прилагат няколко пъти дневно.

Често се препоръчва употреба на антихистамини (антагонисти на H₁-рецепторите). Най-силен е ефектът им върху сърбежа, кихането и хиперсекрецията, а най-слаб – върху отока. Препаратите от I генерация са по-евтини, но с по-изразен седативен ефект, приемат се през по-кратки интервали и са със склонност към развитие на тахифилаксия, налагаща

периодична смяна на препаратите. Междинната група препарати са с по-слаб сегативен ефект, дозират се два пъти дневно и повечето от тях притежават и стабилизиращ мастоцитната мембрана ефект. Несегативните антихистамини (II генерация) се дозират еднократно, не потенцират действието на алкохола и при тях не се развива тахифилаксия. Често прилагани медикаменти от последната група са *cetirizine*, *loratidin*, *fexofenadine* и др. Прилагат се също локални препарати (например *levocarbastine*, *azelastine* и др.). Трябва да се има предвид, че антихистамините нарушават нормалното движение на ресничките, а оттам и мукоцилиарния клирънс, следователно те са противопоказани при случаи с видима задръжка на секрет без изявена алергична симптоматика.

Прилагат се орални деконгестанти, които, за разлика от локалните, не предизвикват медикаментозен ринит. Ефектът им е само върху запушването на носа. Често се комбинират с антихистамини. Често се използват *ephedrine* и *pseudoephedrine*.

Локалните деконгестанти се изписват широко, но ефектът им е кратък, което може да доведе до свръхупотреба и парадоксална вазодилатация (медикаментозен ринит). Приложението им не бива да надхвърля 10 дни при възрастни и 3-5 дни при деца. Най-разпространени препарати са *xylometazoline*, *naphazoline*, *oxymetazoline* и др.

Кромоните представляват стабилизатори на мастоцитната мембрана и по този начин пречат на нахлуването на калций и на дегранулацията. Противовъзпалителният им ефект настъпва около две седмици след началото на приложението и е по-слаб от този на кортикостероидите. Дозират се 4 пъти дневно, което ги прави неудобни за пациентите. Голямо предимство е липсата на странични действия. Препарати от групата: *cromoglycate sodium*, *nedocromil sodium*.

Антихолинергични средства оказват ефект единствено върху ринореята. Представители са *ipratropium bromide* и *oxytropium bromide*.

Локалните кортикостероиди имат мощно противвъзпалително действие. Ефикасни са при всички симптоми на алергичен ринит. Системната им резорбция е от незначителна до липсваща. Много лекари считат, че локалните кортикостероиди могат да бъдат първо средство на избор при лечението на алергичния ринит. Най-прилагани препарати са *beclomethasone*, *budesonide*, *triamcinolone*, *fluticasone* и *tomethasone*. Системни кортикостероиди се прилагат се рядко.

Антилевкотриените представляват нов клас медикаменти, които блокират рецептора за цистеиновите левкотриени. Основният им ефект е върху назалната обструкция.

Имуноterapia започва с периодично приложение на увеличаващи се количества от всички доказани алергени и продължава до облекчаване на симптомите или достигане на максималните толерирани дози. По-нататък се прилага поддържаща доза на всеки 2-4 седмици, която се запазва до постигане на симптоматичен контрол за 2-3 сезона, след което се намалява. Показана е при трудни за лечение пациенти, с продължителност на симптомите над един сезон и наличие на доказани алерген-специ-

фични IgE антитела. Трябва да се избягва при болни, получаващи бета-блокери, и такива с недобре контролирана астма, аутоимунни или имунодефицитни заболявания. По време на бременност не трябва да се започва имунотерапия или да се увеличават дозите. Въпреки че системните реакции са редки, инжекциите трябва да се правят само от квалифициран персонал при наличие на реанимационна апаратура.

Риносинусит. Острите и хроничните риносинусити също имат водеща роля за проявата на ПНС. При острите форми най-чести са вирусните инфекции, които протичат с оток и хиперемия на лигавицата, и отделяне на гъст, безцветен секрет, и обикновено преминават спонтанно без лечение за няколко дни. За нуждите на ежедневната практика диагнозата *синусит* може да се постави и само на базата на следните признаци:

(1) Остър/рецидивиращ синусит:

- внезапна поява на два или повече от следните симптоми:

- назална обструкция/конгестия,
- секреция към вестибулума или назофаринкса,
- лицева болка/тежест и
- намаление или загуба на обонянието;

- продължителност пог 12 седмици;

- наличие на безсимптомни периоди, установени чрез телефонен разговор или контролен преглед;

- насочено трябва да се пита за наличие на алергични симптоми – кихане, водниста ринорея, сърбежи в областта на носа и очите.

(2) Простуда/вирусен риносинусит – при продължителност на симптомите пог 10 дни.

(3) Персистиращ/хроничен риносинусит със или без носна полипоза:

- носна конгестия/обструкция с:

- лицева болка/тежест или
- безцветна секреция (от ноздрите или към епифаринкса), или
- намаление/загуба на обонянието;

- продължителност над 12 седмици; насочено трябва да се пита за наличие на алергични симптоми – кихане, водниста ринорея, сърбежи в областта на носа и очите и да се изключи рецидивиращо заболяване (съгласно горната дефиниция).

В ежедневната практика по отношение на острия риносинусит могат да се диференцират четири главни клинични ситуации.

(А) *Риносинусит с вирусен произход.* Тази ситуация отговаря на обикновената настинка и симптоматиката се различава до голяма степен от тази на острия бактериален риносинусит. В този случай предписване на антибиотично лечение не е оправдано. Лечението е симптоматично и се състои в даване на антипиретици, аналгетици и/или вазоконстриктори за около 3 дни. Болните трябва да се информират за възможно прогресиране на симптомите и от необходимост за нов преглед при неблагоприятно развитие на заболяването.

(Б) *Съмнение за бактериален риносинусит.* Това е много често срещана ситуация в общата медицинска практика и може да бъде причина за изписване на не-антибиотично лечение в случаи, когато е достатъчна симптоматична терапия.

(В) **Бактериален риносинусит.** Симптомите на бактериалния риносинусит се развиват и прогресират постепенно в рамките на 7-10 дни от началото на заболяването и са предимно едностранни – болка, локализирана в областта на засегнатите синуси, знойна секреция от носа. Тук антибиотичното лечение е оправдано и целта му е да намали интензитета и продължителността на симптомите и да предотврати възникването на регионални усложнения (Gehanno, 2003).

(Г) **Риносинусит в стадий на усложнения.** Усложнението на острия бактериален риносинусит в антибиотичната ера са редки, но в определени случаи, независимо от антибиотичното лечение, те могат да възникнат. За тях трябва да се мисли, когато има данни за персистираща висока температура, периорбитален оток, диплопия, интракраниална хипертензия.

Антибактериалната терапия при остър бактериален риносинусит (ОБРС) има следните цели: (1) бактериална ерадикация, (2) намаляване на симптоматиката и по-бързо възстановяване на обичайната дейност на болните, (3) оздравяване на синусите, (4) предпазване от усложнения и (5) предпазване от хронифициране на инфекцията.

Диагнозата на ОБРС най-често е предполагаема, а антибактериалната терапия е емпирична, което представлява предизвикателство за клинициста. Поради тази причина бяха създадени множество препоръки за провеждане на антибактериална терапия. Те имат следните цели: (а) да осветлят разликата между вирусния и бактериалния риносинусит; (б) да намалят употребата на антибиотици, да дадат напътствия за диагностициране и правилно лечение на ОБРС; (в) да препоръчат правилната антибиотична терапия на базата на фармакокинетичните и фармакодинамични свойства на отделните групи антибактериални средства.

По-году прилагаме американския консенсус за лечение на острия риносинусит, приет през 2004 г. (*Sinus and Allergy Health Partnership, 2004*): (1) При пациенти с леки симптоми, без антибиотично лечение през последните 4 до 6 седмици: (а) *amoxicillin/clavulanate*, (б) *amoxicillin*, (в) *cefuroxime axetil*, (г) *cefprozime proxetil*, (д) *cefdinir*; (2) при леки симптоми и антибиотично лечение през последните 4 до 6 седмици, или средно тежко заболяване: (а) *loxiprofen*, *gatifloxacin*, *levofloxacin*; (б) *amoxicillin/clavulanate* (високи дози); (в) *ceftriaxone*; (3) комбинирана терапия: високи дози *amoxicillin* или *clindamycin* + *cefixime* или *rifampin*.

Хроничен риносинусит. Лечението на хроничния риносинусит е насочено към премахване на причините за неговото възникване: лечение на алергичната компонента, провеждане на продължителна антибактериална терапия, а при случаи, неподатливи на консервативно лечение, се обсъжда операция. Целта на съвременната функционална ендоназална синусна хирургия (FESS) е възстановяване на нормалния дренаж на околоносните кухини чрез разширяване на естествените им отвори и щадящо премахване на наличните патологични промени като хипертрофична мукоза и носна полипоза. Класическата радикална трепанация е с все по-ограничени показания. Други операции, които могат да коригират определени анатомични от-

клонения, са септопластика, субмукозна резекция или каутеризация на долните носни конхи.

Аденоидни вегетации. Лечението е оперативно. Индикации за аденоидектомия са (И. Тодоров, 2003): (1) обструкция на носното дишане; проявява се с постоянна дишане през устата, хъркане по време на сън и не рядко се придружава от сънна апнея; тук задължително трябва да се изключи носна алергия, която може да причини същите оплаквания, а аденоидната вегетация да се документира посредством профилна рентгенография на епифаринкса; (2) хроничен аденоидит; наблюдава се предимно у деца, посещаващи детски ясли и градини, и се проявява с почти постоянна знойна секреция от носа, стичане на секрет към фаринкса (т.нар. знойна пътека) и рецидивиращи остри отити; при такива деца големината на аденоидната вегетация не е от решаващо значение; (3) остър рецидивиращ среден отит; тук трябва да се отбележи, че подобрението на отита след аденоидектомията се регистрира само в първата година след операцията; (4) хроничен серозен отит; при това заболяване аденоидектомията може да се извърши самостоятелно или в комбинация с тимпаностомия; ефектът от операцията се дължи най-вече на отстраняване на възпалителното огнище в близост до фарингеалните отвори на Евстахиевите тръби.

Заклучение. Постназалното стичане може да бъде симптом на множество заболявания с различна етиология и патогенеза. Механичното стичане на слюз от назофаринкса към хипофаринкса и ларинкса може да играе патогенетична роля за възникването на кашлица. Вероятно съществува и връзка между възпалението на ринофарингеалната лигавица и хроничната кашлица, обусловена от единството на инфламаторните медиатори в различните части на респираторната мукоза, залезнало в основата на концепцията за „общо възпаление на единния дихателен път“.

За успешното лечение на състоянието, известно като синдром на постназално стичане, е нужна индивидуална преценка на всеки конкретен случай с установяване и отстраняване на водещите фактори за неговата проява.

Литература

1. Тодоров И. Хроничен тонзилит: диагноза и лечение. *Оториноларингология* 2003
2. Chow AW. Acute sinusitis: current status of etiologies, diagnosis, and treatment. *Curr Clin Top Infect Dis* 2001; 21: 31-63
3. Denburg JA, PK Keith. Systemic aspects of chronic rhinosinusitis. *Immunol Allergy Clin North Am* 2004; 24: 87-102.
4. Hens G, PW Hellings. The nose: gatekeeper and trigger of bronchial disease. *Rhinology* 2006; 44: 179-187,
5. Irwin RS, MH Baumann, DC Bolser, et al. Diagnosis and management of cough executive summary: ACCP evidence-based clinical practice guidelines. *Chest* 2006; 129: 15-235
6. Morice AH, et al. Chronic Cough in Adults. *Thorax* 2003; 58: 901-7
7. O'Hara J, NS Jones. „Post-Nasal Drip Syndrome“: most patients with purulent nasal secretions do not complain of chronic cough. *Rhinology* 2006; 44: 270-273
8. Pichichero ME. Sore throat after sore throat after sore throat. Are you asking the critical questions? *Postgrad Med* 1997; 101(1): 205-6; 209-12; 215-8
9. Smith DS. Current concepts in the management of pharyngitis. *Compr Ther* 1996; 22(12): 806-9
10. Togias A. Systemic effects of local allergic disease. *J Allergy Clin Immunol* 2006; 58.
11. Turner RB. Epidemiology, pathogenesis, and treatment of the common cold. *Annals of Allergy Asthma & Immunology* 1997; 78: 531-539.
12. Sinus and Allergy Health Partnership. *Otolaryngol Head Neck Surg* 2004; 130: 1-44