

**ФГБОУ ВО Тверской государственной медицинской университет Минздрава  
России****ПОСТНАЗАЛЬНЫЙ СИНДРОМ ПРИ ЛОР-ПАТОЛОГИИ**

**Цель исследования:** провести анализ симптоматологии постназального синдрома (ПНС) для выбора тактики лечения при ЛОР-патологии.

**Материалы и методы:** осмотрены 15 пациентов с постназальным синдромом при различной ЛОР патологии в поликлинике ГБУЗ ОКБ

**Результаты:** выявлены симптомы по жалобам больных — затруднение носового дыхания, заложенность носа обычно отмечается то с одной, то с другой стороны, насморк преимущественно в ночное время, выделения из носа слизистого или водянистого характера, появляющиеся периодически без явной причины, снижение обоняния, ощущение постоянного дискомфорта в носу; из анамнеза: искривления носовой перегородки, перенесенные ранее острый сфеноидальный синусит, гайморит, ОРЗ, закапывание сосудосуживающих капель длительное время, после нескольких месяцев применения отмечается возникновение привыкания к препаратам и необходимость их использования постоянно; при передней риноскопии: носовые раковины увеличены, отечны, слизистая оболочка покрыта слизистым налетом, гиперемирована, имеется искривление перегородки носа, паренхиматозная гипертрофия носовых раковин, наличие полипов в среднем носовом ходу. К факторам риска относятся: курение, постоянное нахождение на открытом воздухе, закапывание сосудосуживающих капель длительное время, проживание в условиях неблагоприятной экологии, гормональные нарушения, низкая влажность в квартире, малое потребление воды. Была проведена диагностика ПНС: по характерным жалобам, стандартному оториноларингологическому осмотру, рентгенографии околоносовых пазух, компьютерная томография ОНП и носоглотки. Рекомендовано провести исследование мукоцилиарного транспорта. В основном были выставлены следующие диагнозы: Вазомоторный ринит. Смещение носовой перегородки(2); Острый гнойный пансинусит. Стадия обострения(2); Хронический сфеноидальный синусит(1); Хронический катаральный ринит(3); Хронический полипозный риносинусит, стадия обострения(2); Острый гайморит(5). В большинстве случаев показано хирургическое лечение основного заболевания (гайморотомия, коррекция носовой перегородки, полипотомия, резекция средних носовых раковин), так как ПНС в данной ситуации является вторичным. В остальных случаях проводят консервативную терапию ИГКС в течение 2 недель. Если эффекта при консервативном лечении не наблюдается, то прибегают к хирургическому лечению.

**Выводы:** ПНС не является самостоятельной нозологической формой, а характеризует ряд клинических ситуаций, при которых в результате воспалительного процесса в полости носа и околоносовых пазухах, носоглотке или без явной причины отделяемое из полости носа стекает по задней стенке глотки в нижележащие отделы дыхательных путей. Часто, при наличии явных жалоб пациента, эндоскопически подтвердить факт патологического скопления слизи в носоглотке не удастся. Распространенность ПНС среди взрослого контингента в амбулаторной отоларингологической практике составляет 1,1 %. ПНС изолированно или в сочетании с другими заболеваниями является одной из самых распространенных причин хронического кашля (54 %). Тактика лечения индивидуальна и зависит от длительности проявления ПНС.