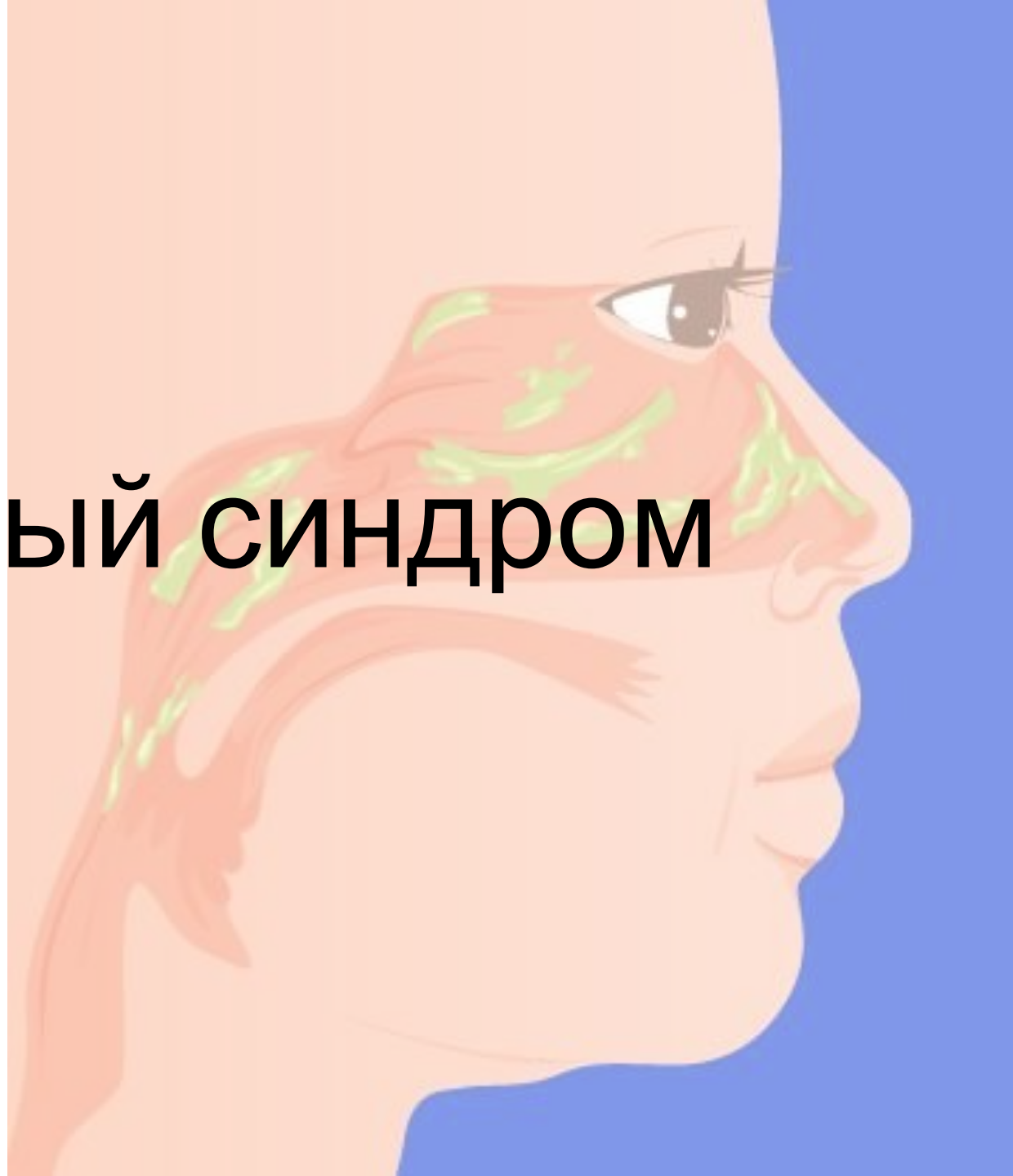
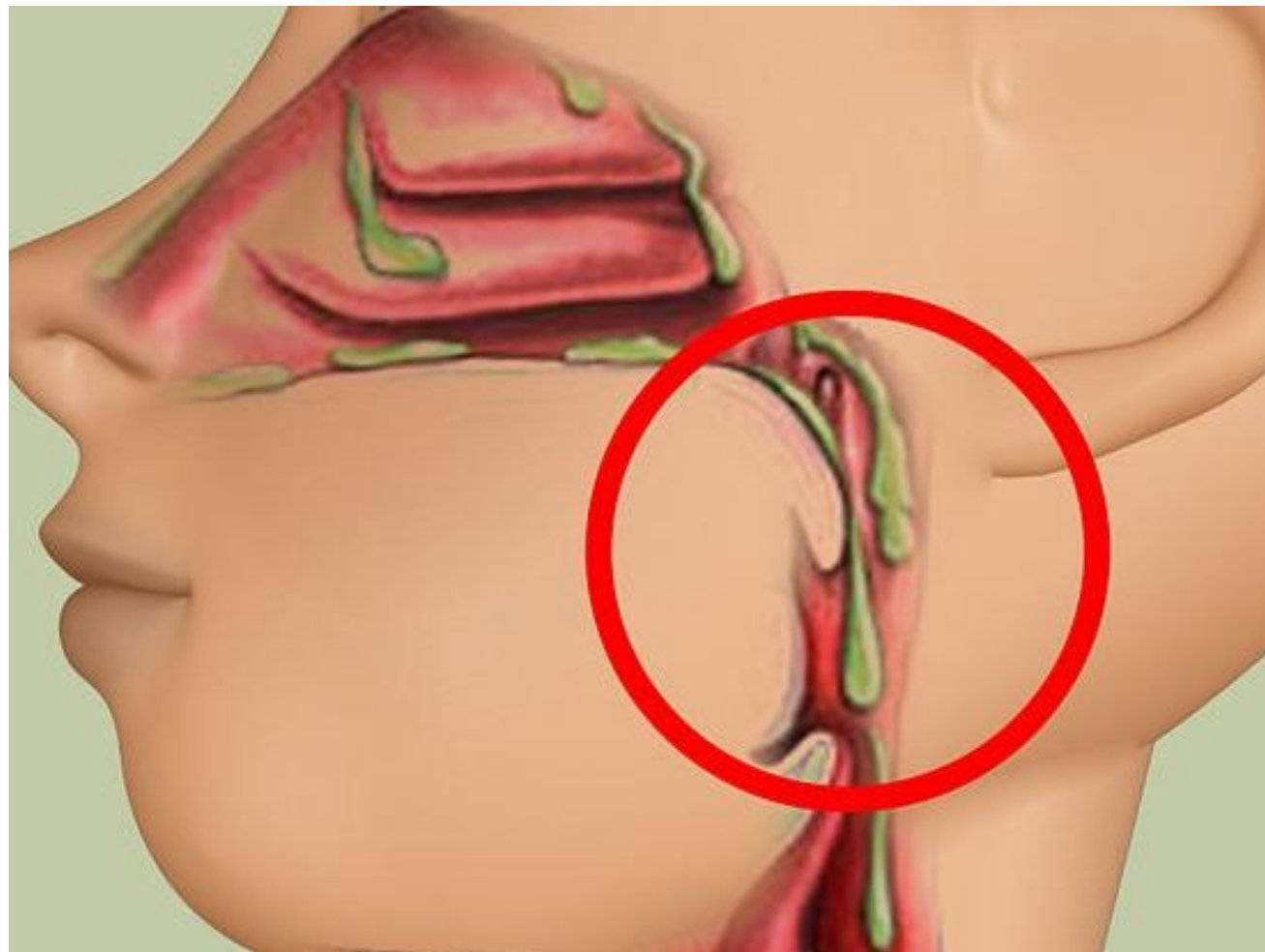


Постназальный синдром

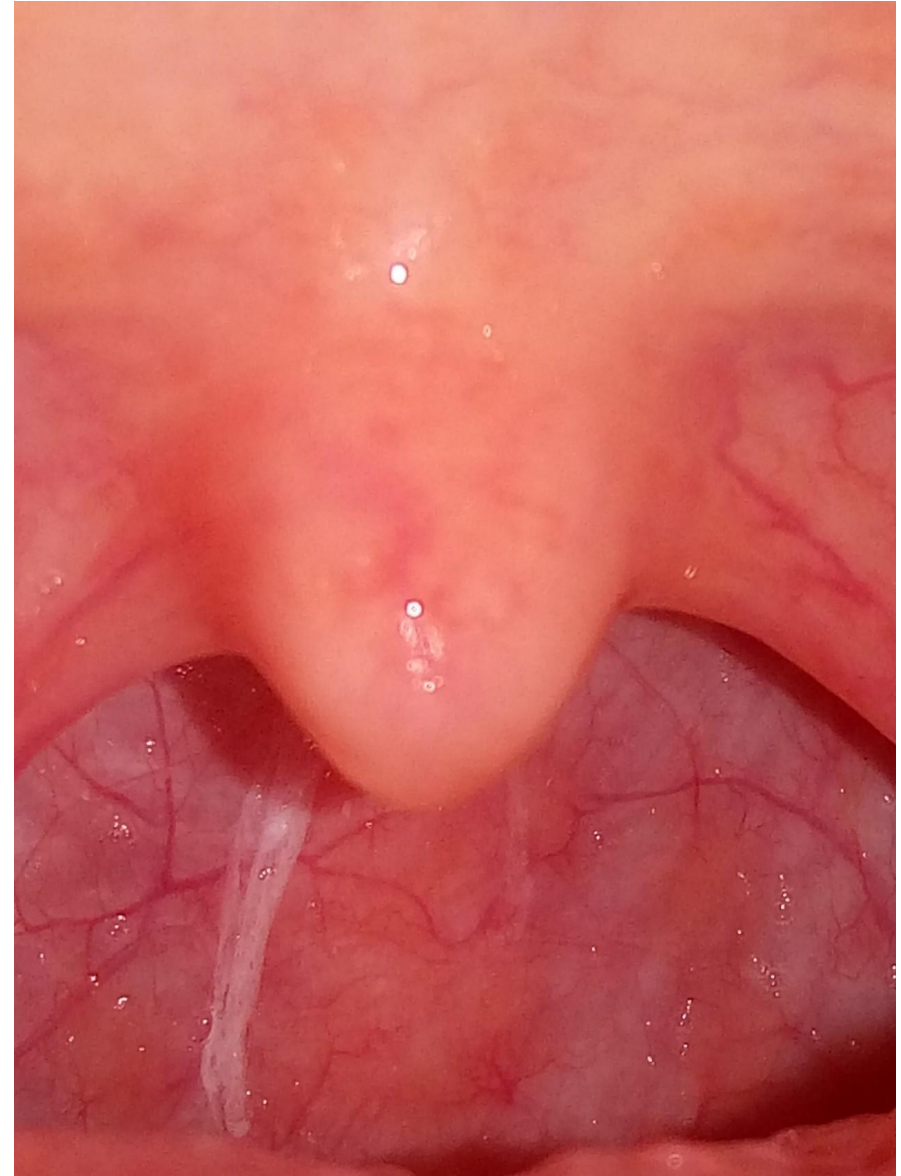


Синдром постназального затека – это сочетание клинических симптомов, вызванных раздражением слизистых оболочек задней стенки глотки и гортани катаральными или гнойными выделениями из носовой полости или придаточных синусов



Классификация:

1. Первичный (идиопатический) – причина синдрома не установлена
2. Вторичный – вызванный наличием у пациента патологии со стороны полости носа, придаточных пазух носа или носоглотки.



ЭТИОЛОГИЯ

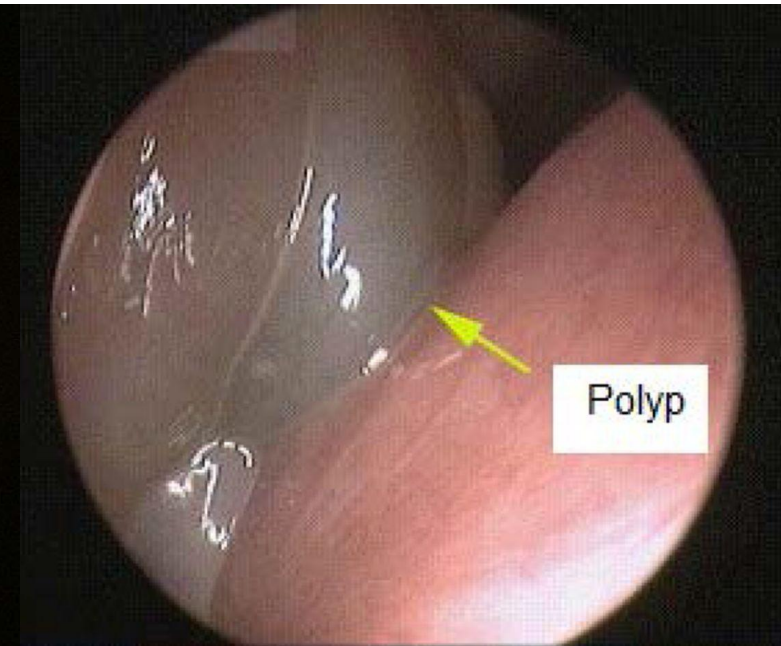
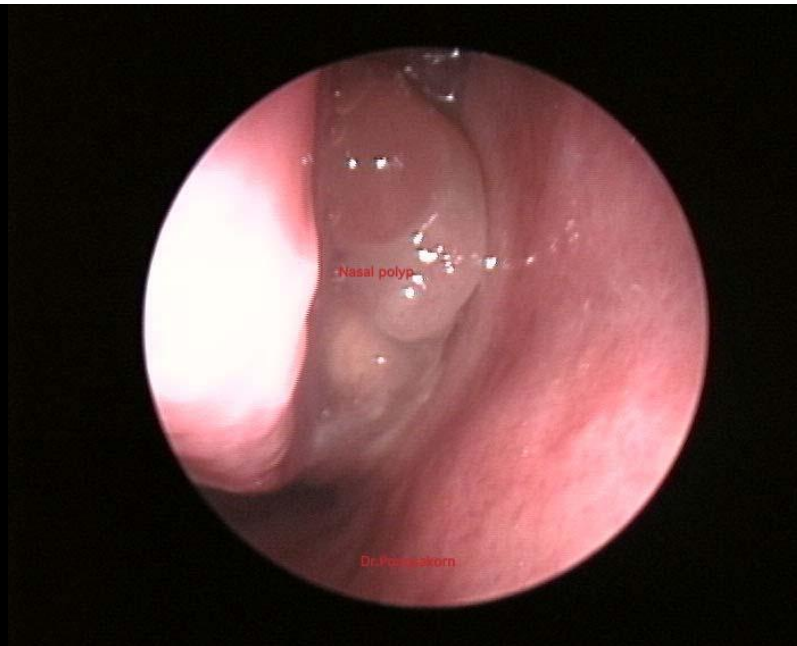
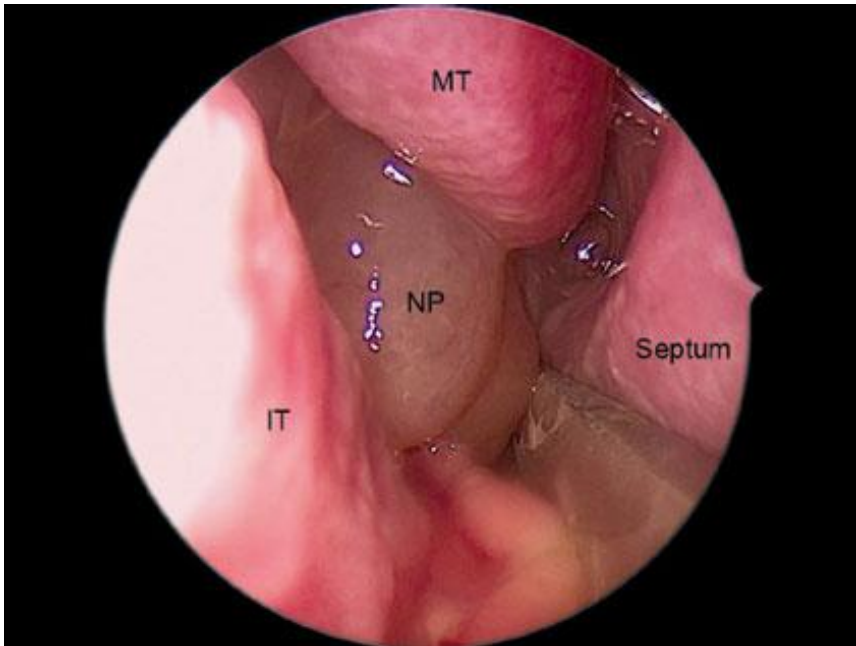
- аллергический ринит
- вазомоторный ринит

Inferior Turbinates (Left Normal and Right Allergic Rhinitis)



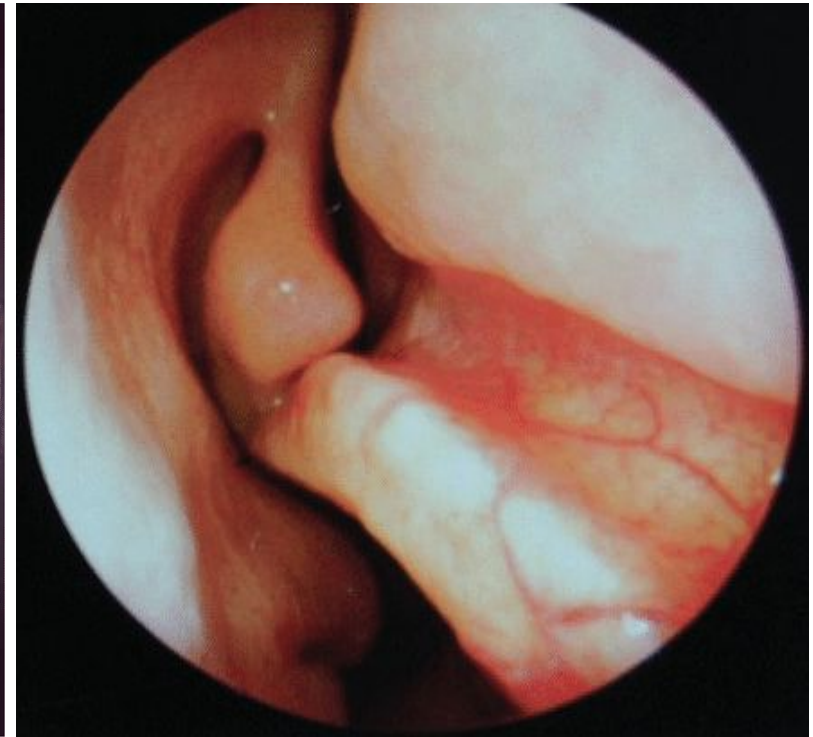
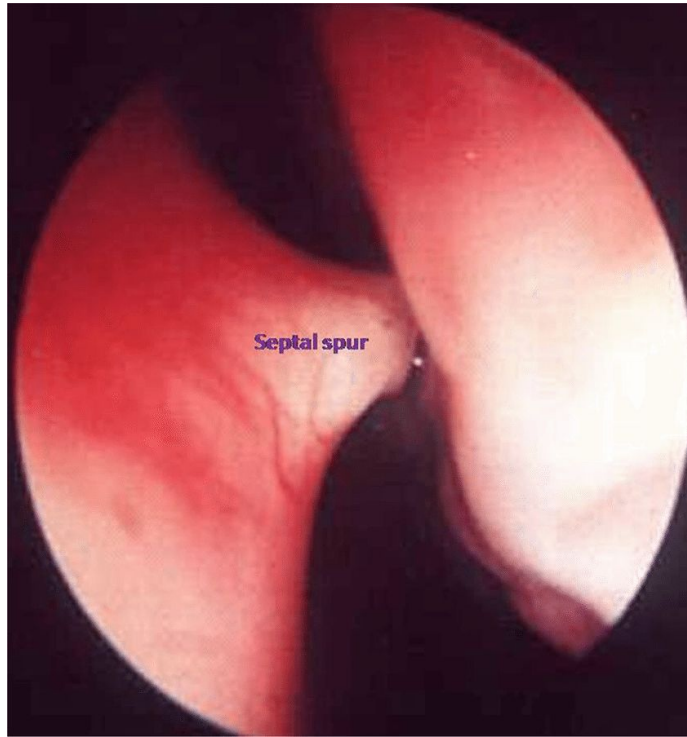
Этиология

- хронический риносинусит:
 - бактериальный
 - полипозный



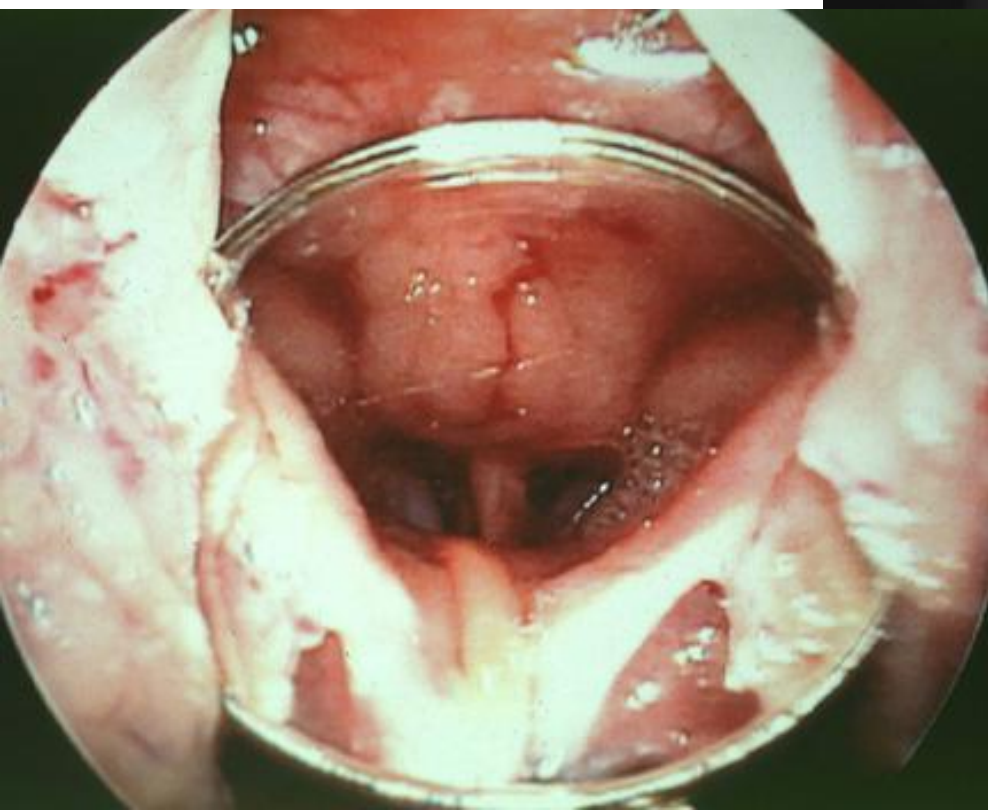
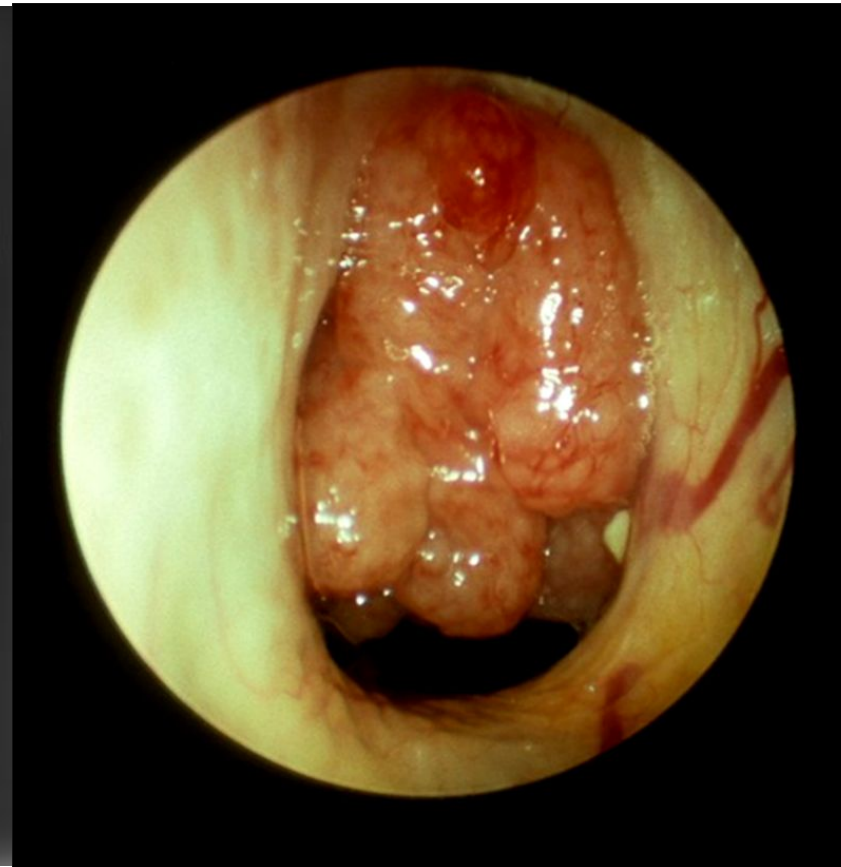
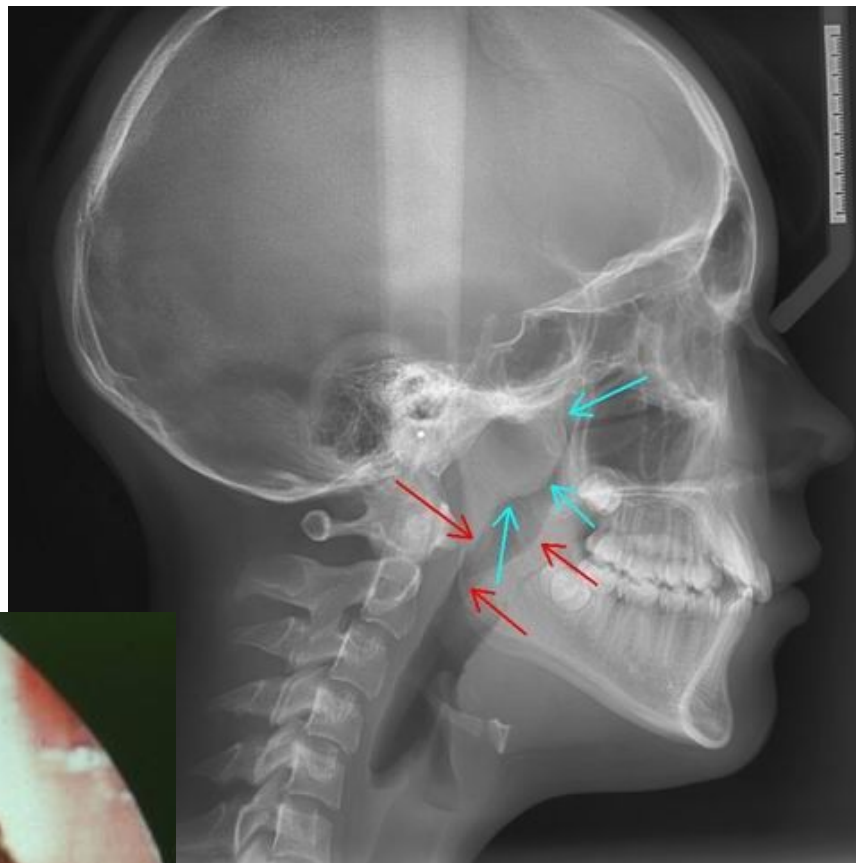
Этиология

- смещение носовой перегородки
- гипертрофия задних концов нижних носовых раковин



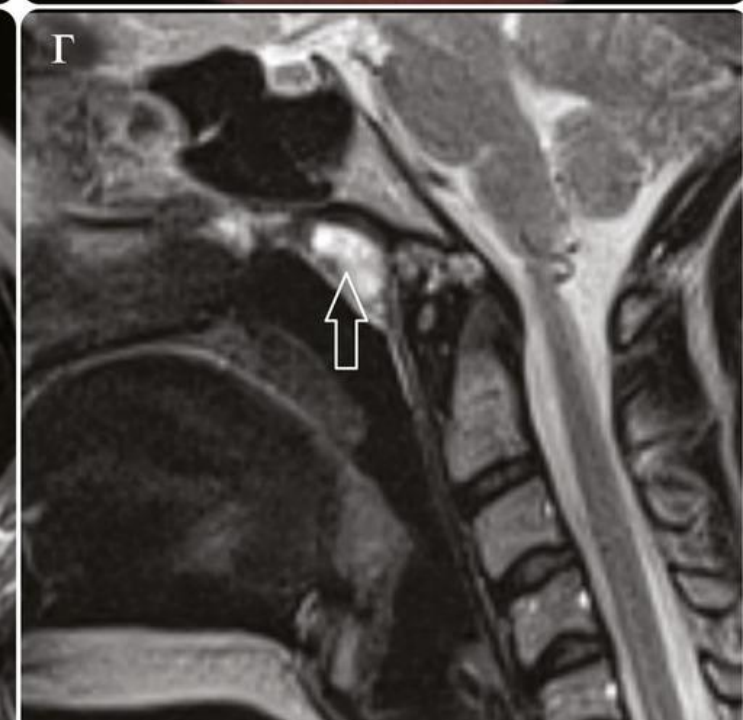
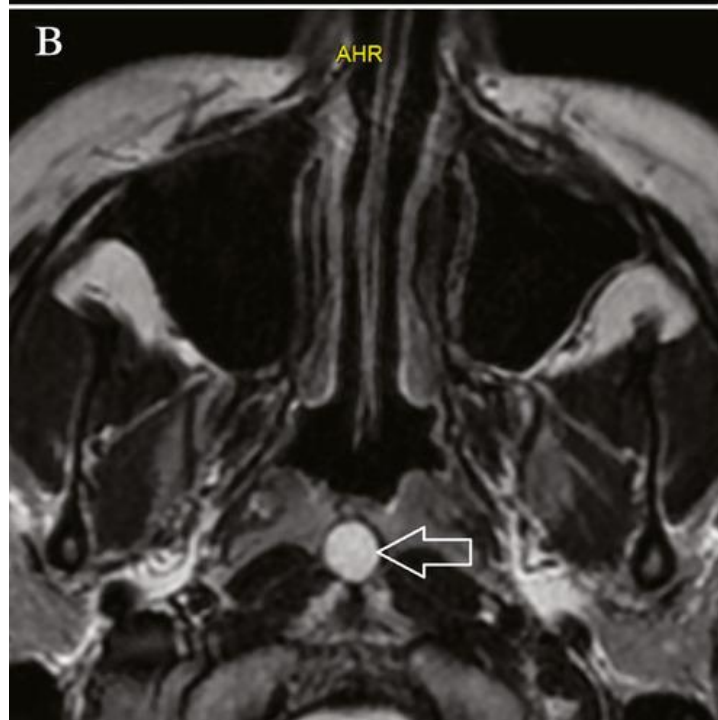
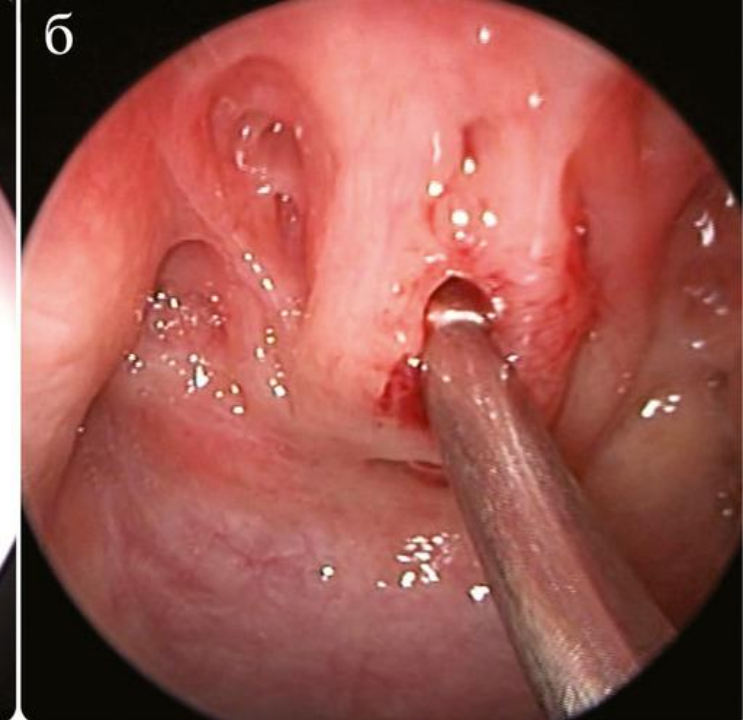
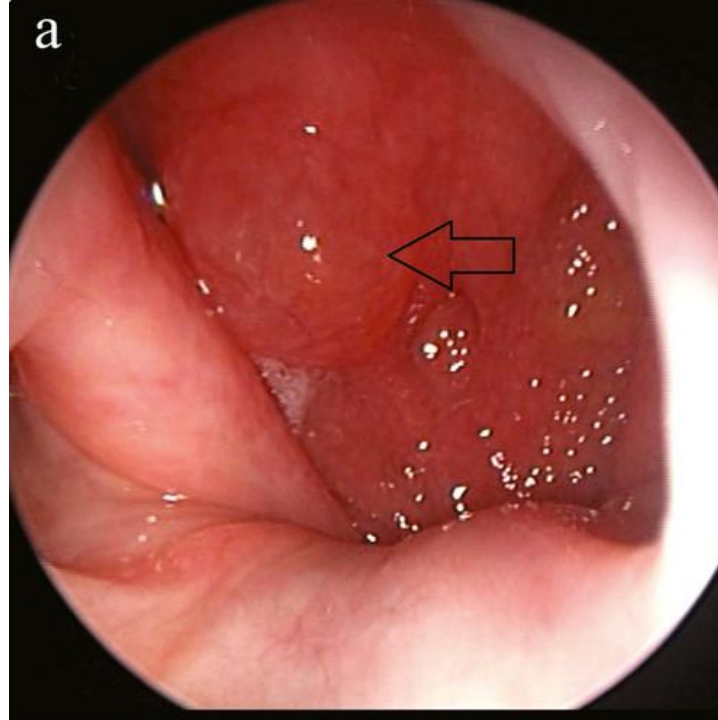
Этиология

- аденоиды



Этиология

- новообразования полости носа, ОНП и носоглотки
- кисты, кистоподобные образования (сумка Торнвальдта)

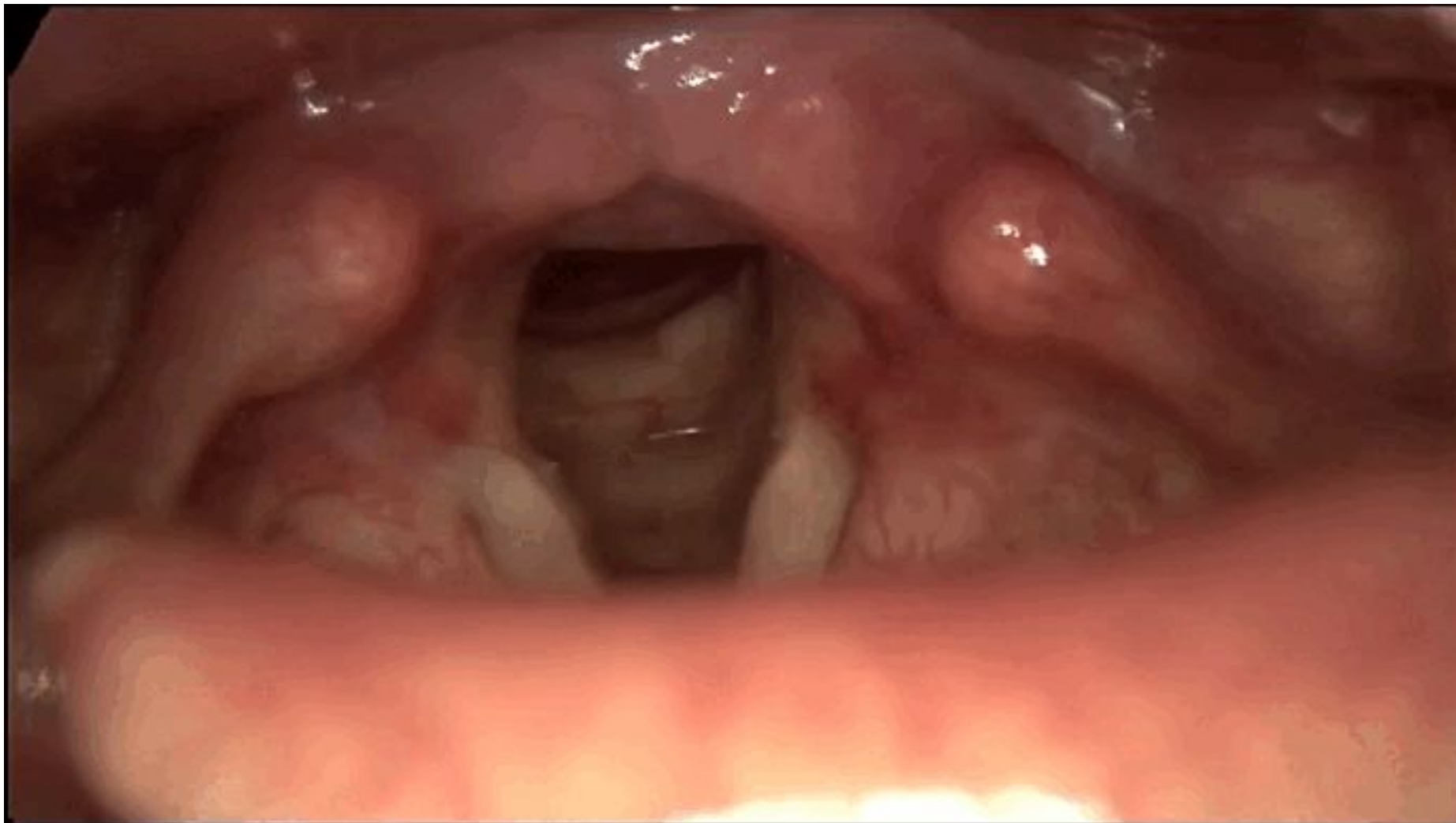


ЭТИОЛОГИЯ

- Заболевания желудочно-кишечного тракта:
 - дивертикул пищевода
 - грыжа пищеводного отверстия диафрагмы
 - ларингофарингеальный рефлюкс.



Ларингофарингеальный рефлюкс



Патогенез

- Заболевание развивается на фоне воспалительного поражения верхних дыхательных путей. В результате местного повышения проницаемости кровеносных сосудов и экссудации выделяются гнойные или слизистые патологические массы, усиливается работа слизистых желез. Накапливаясь, выделения стекают по задней стенке глотки в вестибулярный отдел гортани. В данной области происходит механическое раздражение нервных окончаний афферентной части дуги кашлевого рефлекса, что провоцирует кашель. В дневное время суток клиника менее выражена. Это обусловлено тем, что значительную часть выделений пациент проглатывает, из-за чего они не попадают на кашлевые зоны – слизистые оболочки надгортанника и голосовые складки. Ночью, когда тело пребывает в горизонтальном положении, слизь или гной свободно протекают к



Клинические проявления

Жалобы пациента:

- Чувство кома, «пробки» в горле
- Утренний кашель (сухой с отхождением слизи)
- Ночной храп, возможно удушье
- Боль в горле (реже)



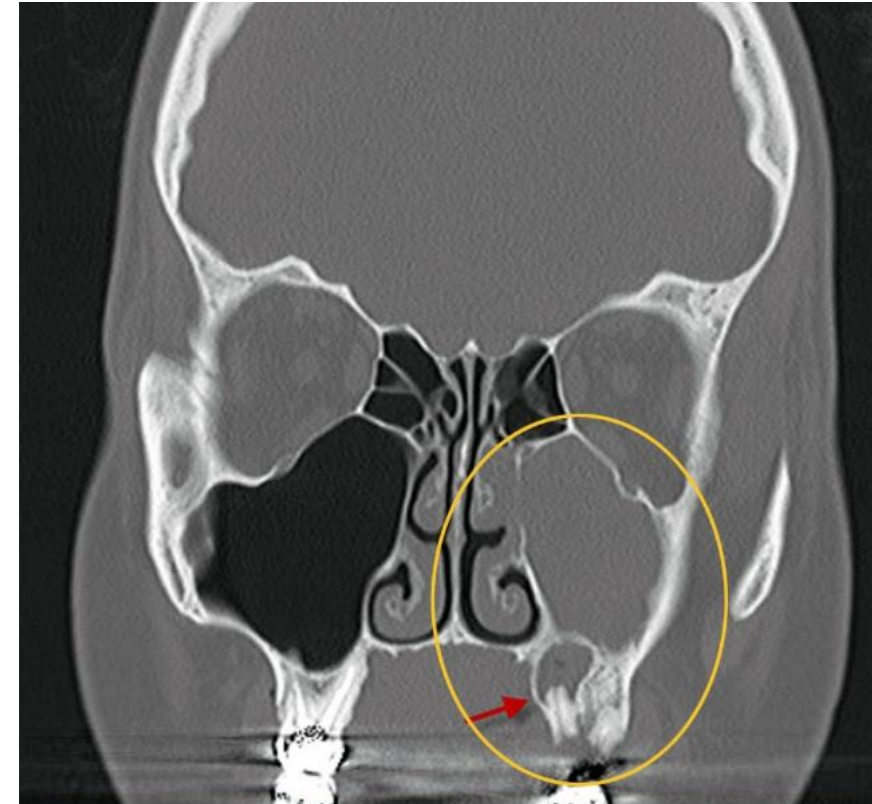
Диагностика

- Риноскопия
 - отмечается отечность и гиперемия слизистых оболочек, наличие сгустков, особенно – на дне и под задними концами нижних раковин.
- Мезофарингоскопия
 - характерный признак – наличие слизистых тяжей желтоватого цвета, проходящих по гиперемированной, несколько отечной задней стенке ротоглотки от мягкого неба из носоглотки.



Диагностика

- Общий анализ крови.
 - Изменения в ОАК в начале заболевания зависят от ведущего этиологического фактора. При вирусных патологиях определяется нейтропения и лимфоцитоз, при аллергических – эозинофилия. При бактериальной этиологии и на фоне выраженной клинической картины в анализе крови обнаруживается лейкоцитоз с нейтрофилезом и характерное для всех вариантов повышение СОЭ.
- Лучевые методы исследования.
 - Используются при эндоскопически негативном варианте для выявления поражений придаточных пазух. Базовый метод – рентгенография околоносовых синусов, реже применяют компьютерную томографию этой области. О наличии синусита свидетельствует утолщение слизистой оболочки той или иной пазухи, полное или частичное затемнение ее просвета.



Лечение постназального синдрома

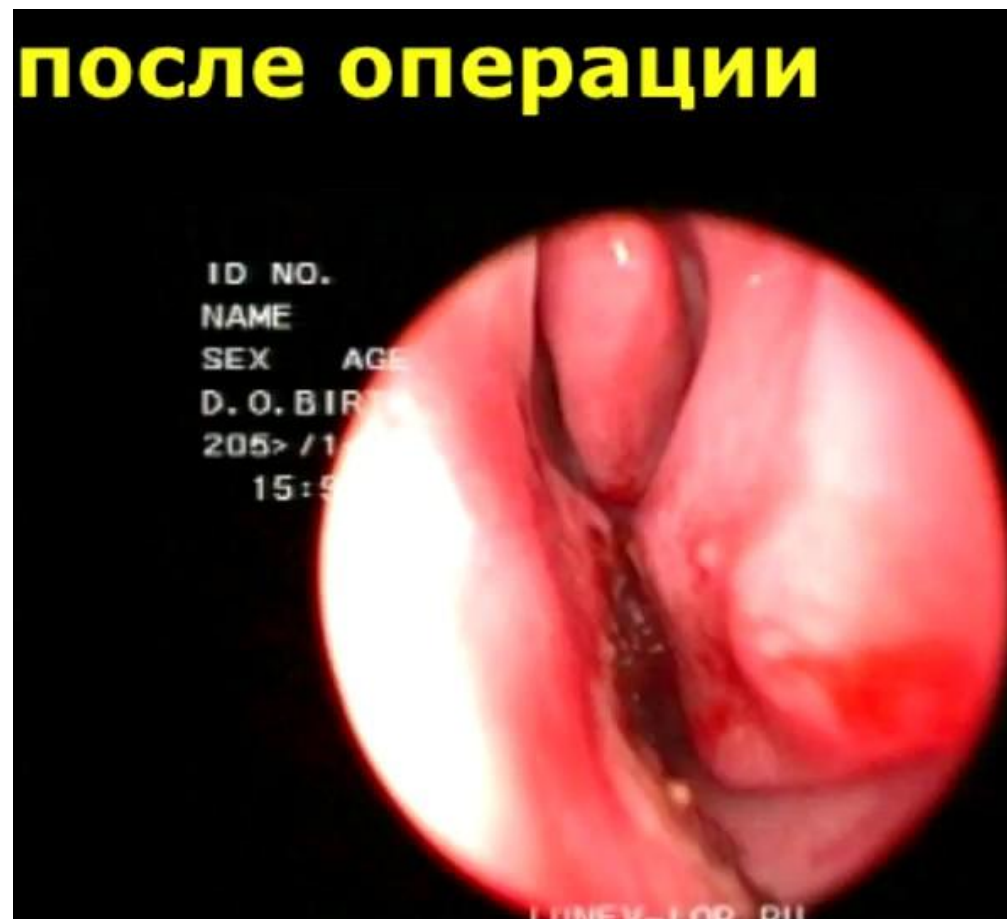
- Терапевтическая тактика зависит от характера и этиологии заболевания. В большинстве случаев достаточно консервативной терапии. К оперативным вмешательствам прибегают только при невозможности ликвидировать очаг воспаления медикаментозными средствами.
- **Этиотропная терапия.** При бактериальной инфекции препаратами выбора являются антибиотики, подобранные с учетом предварительного бактериологического исследования. При грибковых поражениях назначают антимикотические препараты. При вирусной и аллергической этиологии зачастую используют только симптоматическое лечение.
- **Патогенетические и симптоматические средства.** Снятие отечности слизистых оболочек и подавление секреции возможно при применении топических кортикостероидов, антигистаминных препаратов. При необходимости программу терапии дополняют антипиретиками, витаминными комплексами. Противокашлевые средства показаны только при сильных приступах кашля.
- **Хирургическое лечение.** Обычно прибегают к эндоскопическим операциям на внутриносовых структурах и околоносовых пазухах. При необходимости выполняют коррекцию искривленной носовой перегородки (септопластику), резекцию буллезных раковин носа или удаление кисты Торнвальдта. Положительные результаты дает шейная резекция задних концов нижних носовых раковин или их биполярная коагуляция.

Лечение постназального синдрома

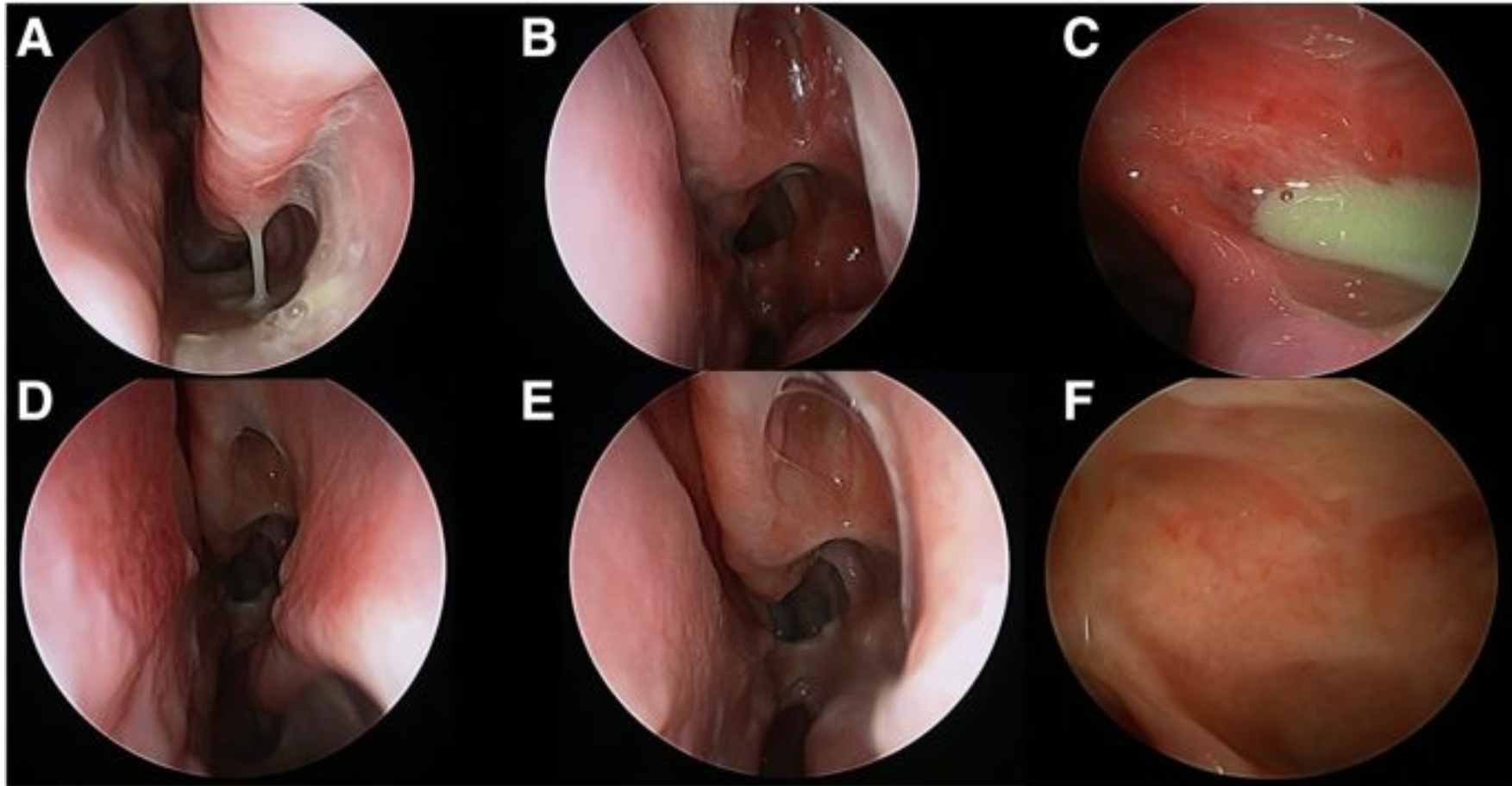
до операции



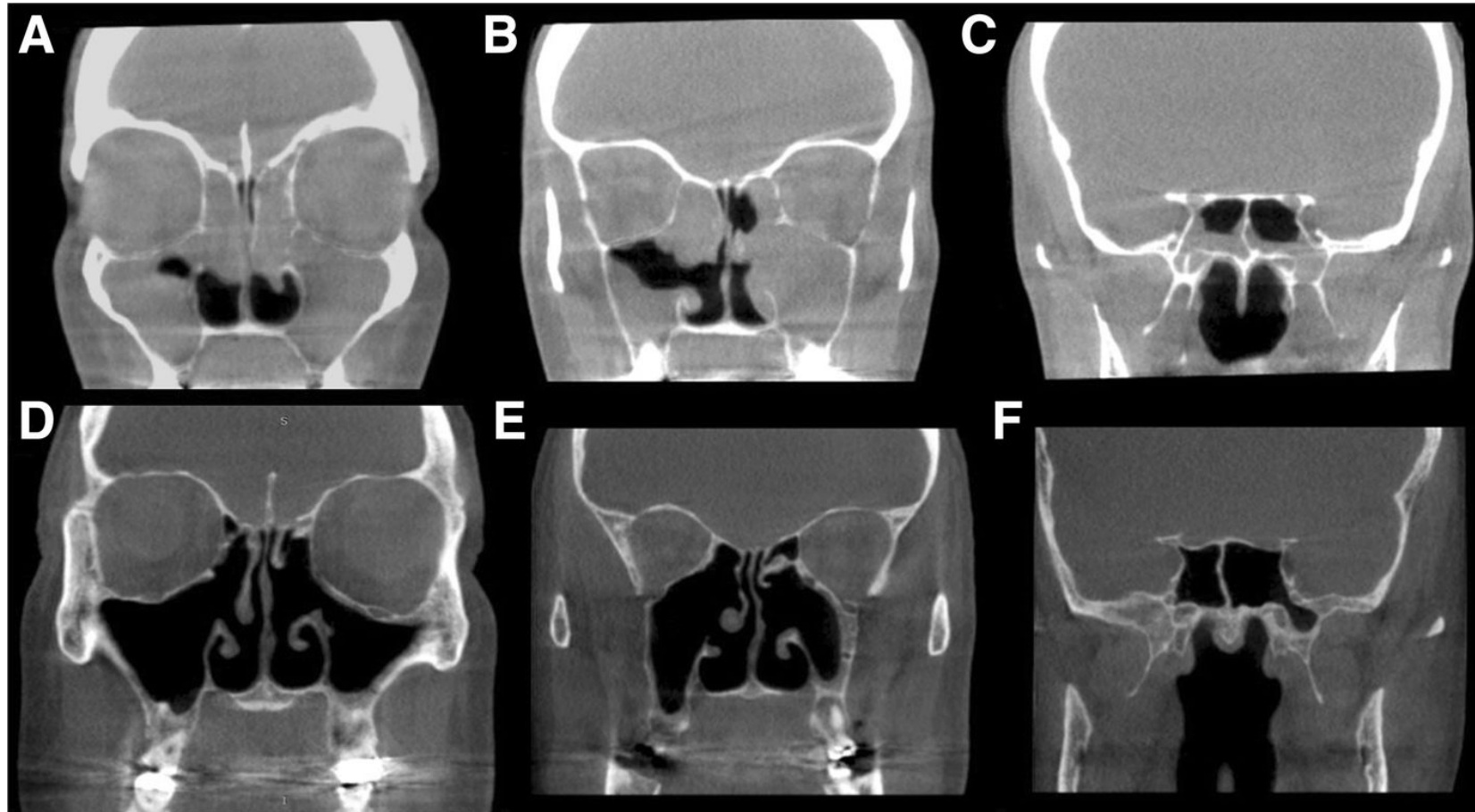
после операции



Лечение постназального синдрома



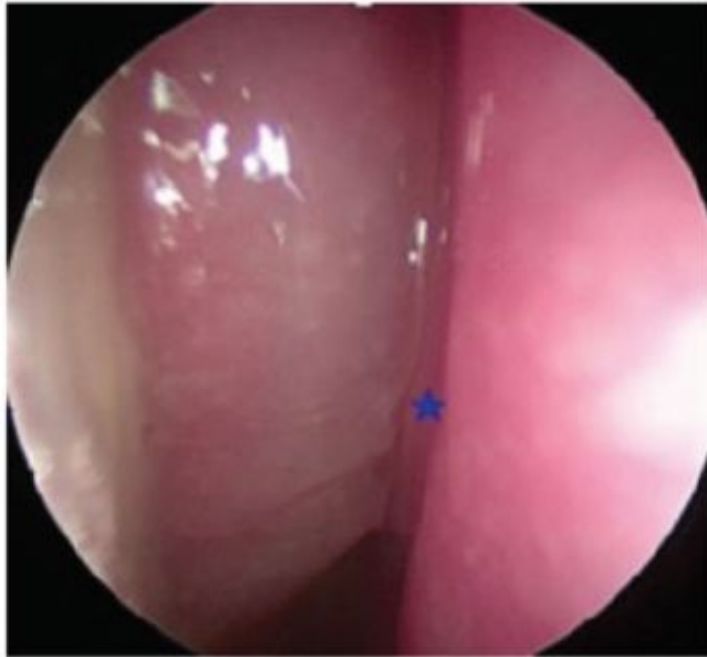
Лечение постназального синдрома



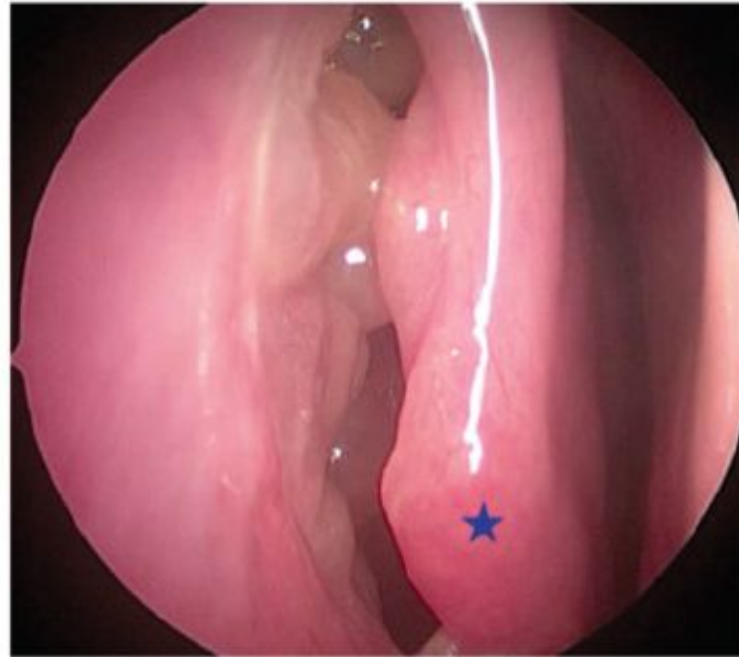
Лечение постназального синдрома

a. Right side, Patient 1

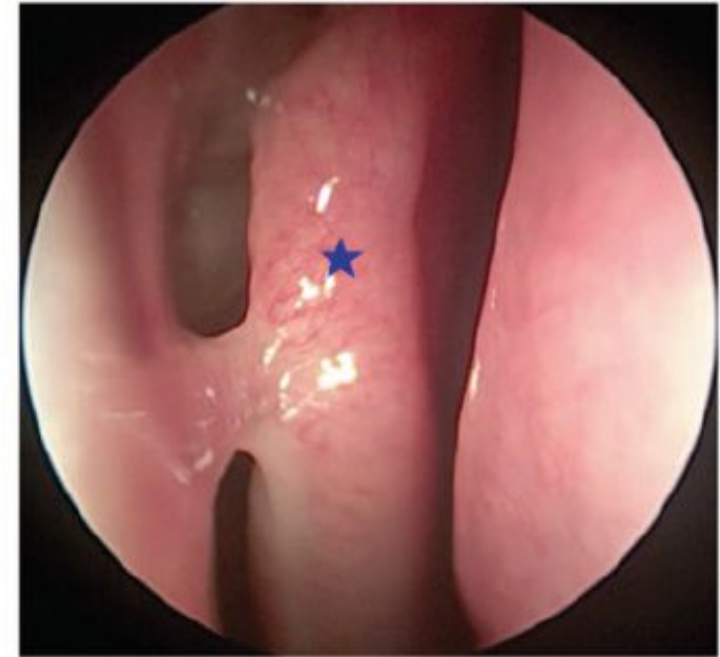
Baseline



Month 3



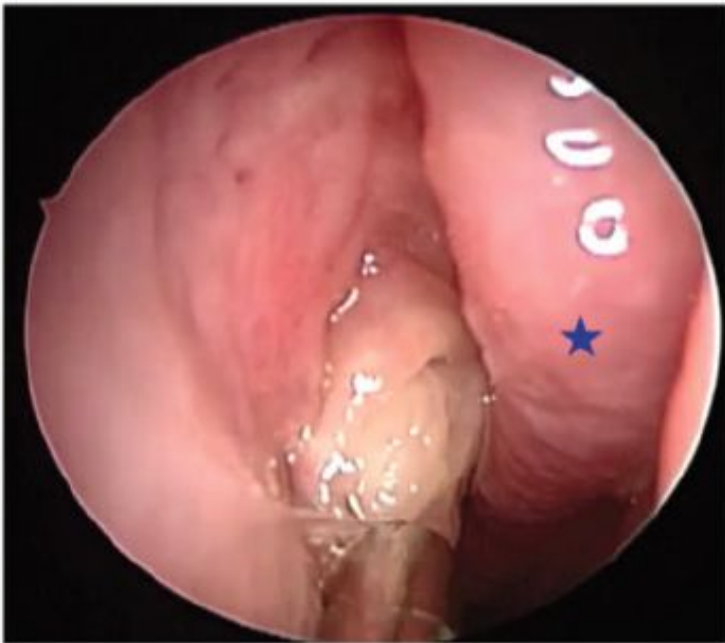
Month 6



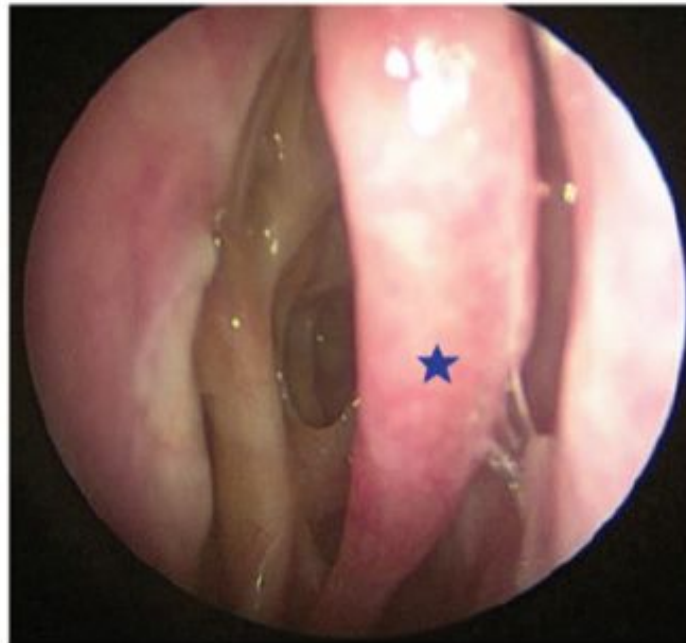
Лечение постназального синдрома

b. Right side, Patient 2.

Baseline



Month 3



Month 6

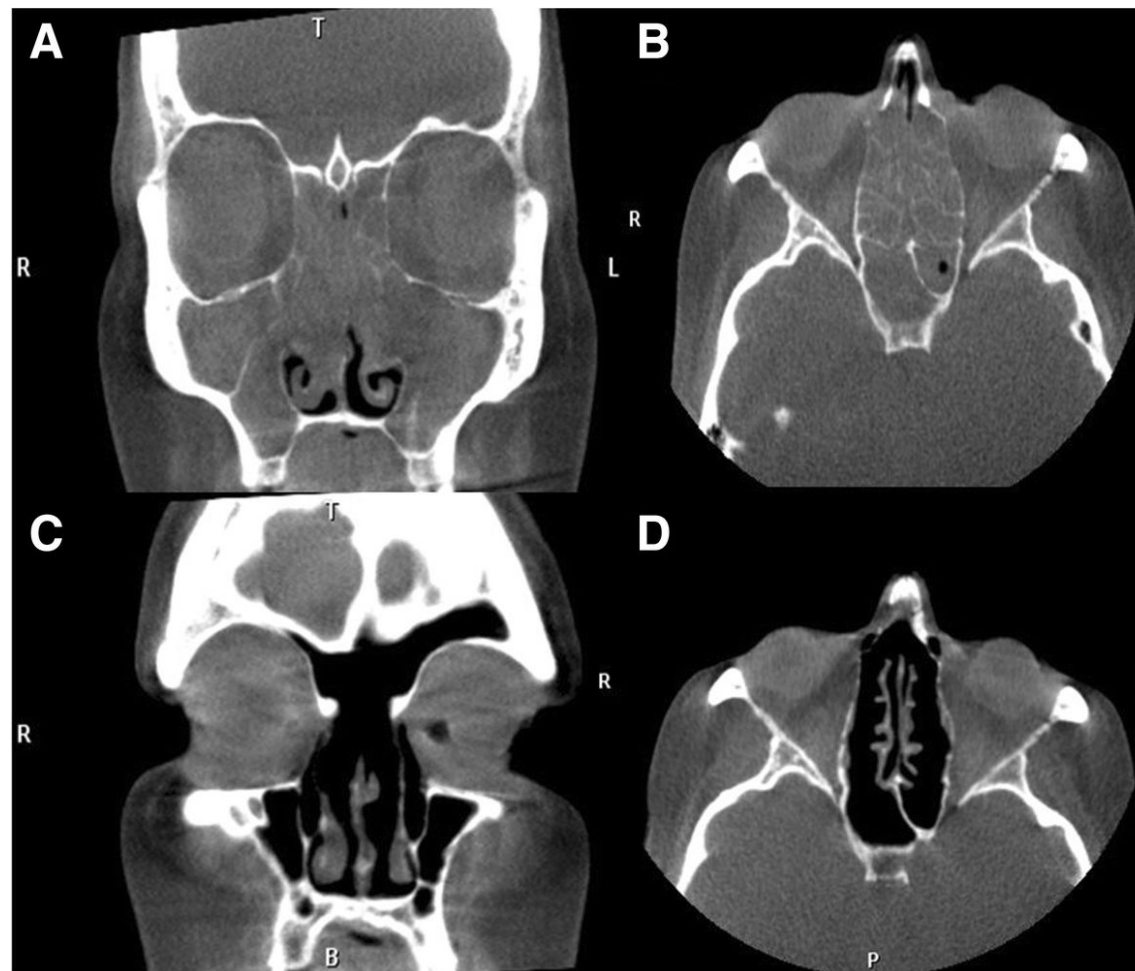


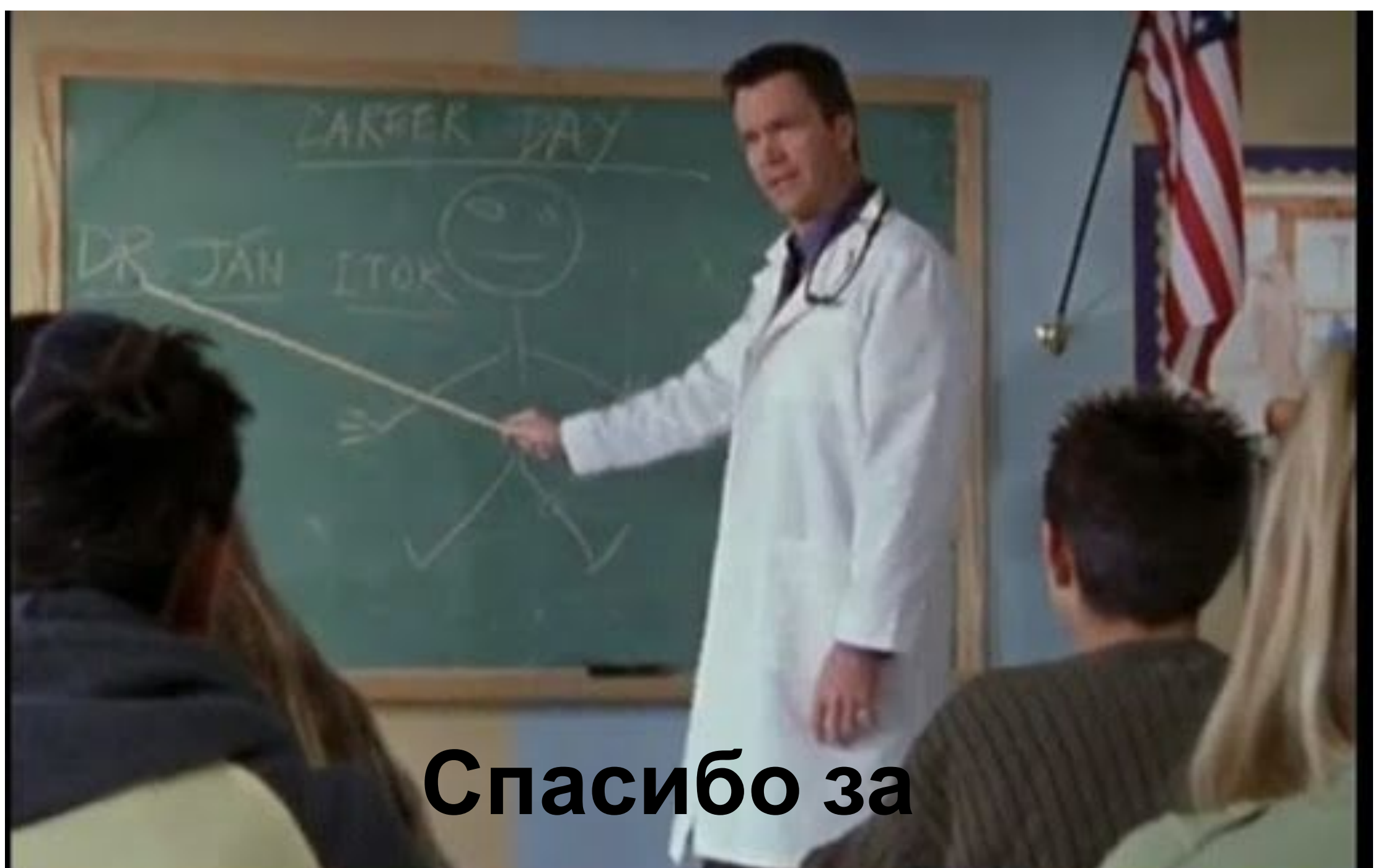
Лечение постназального синдрома

c. Left side, Patient 3.



Лечение постназального синдрома

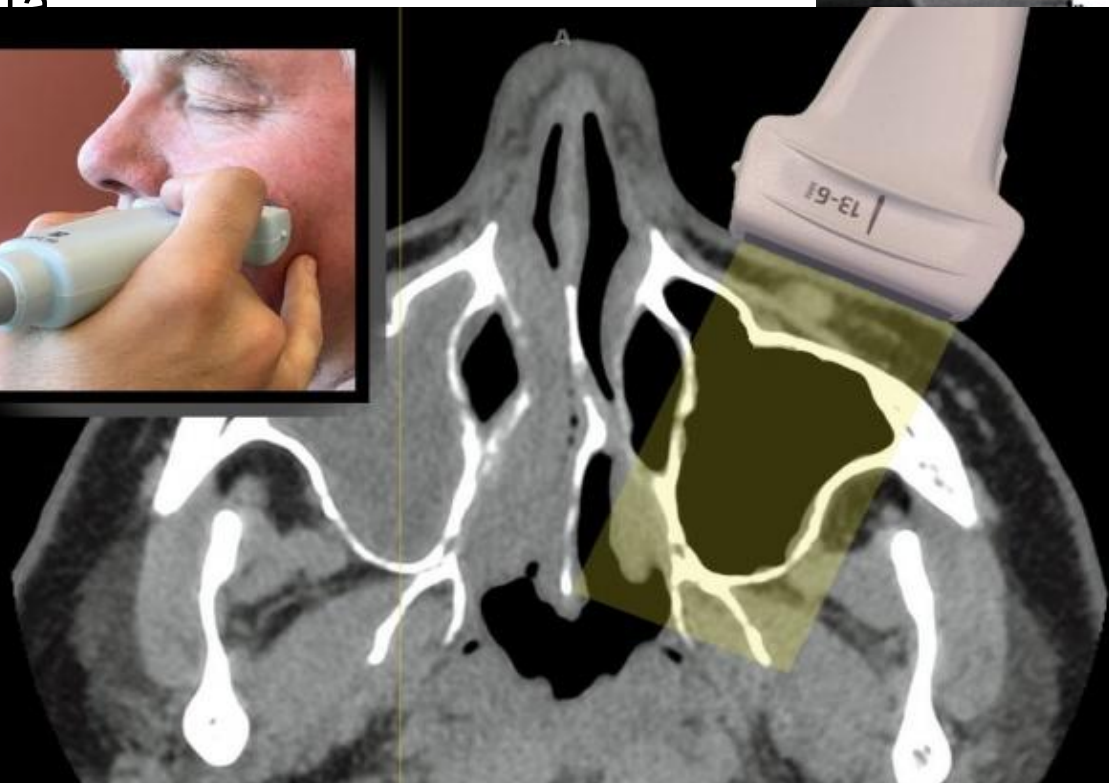
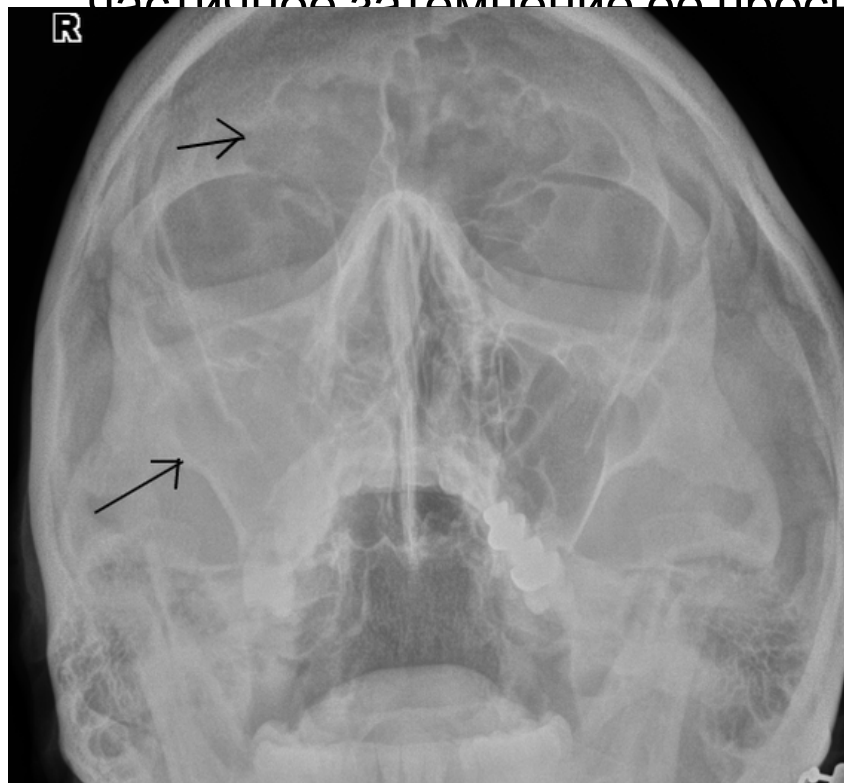
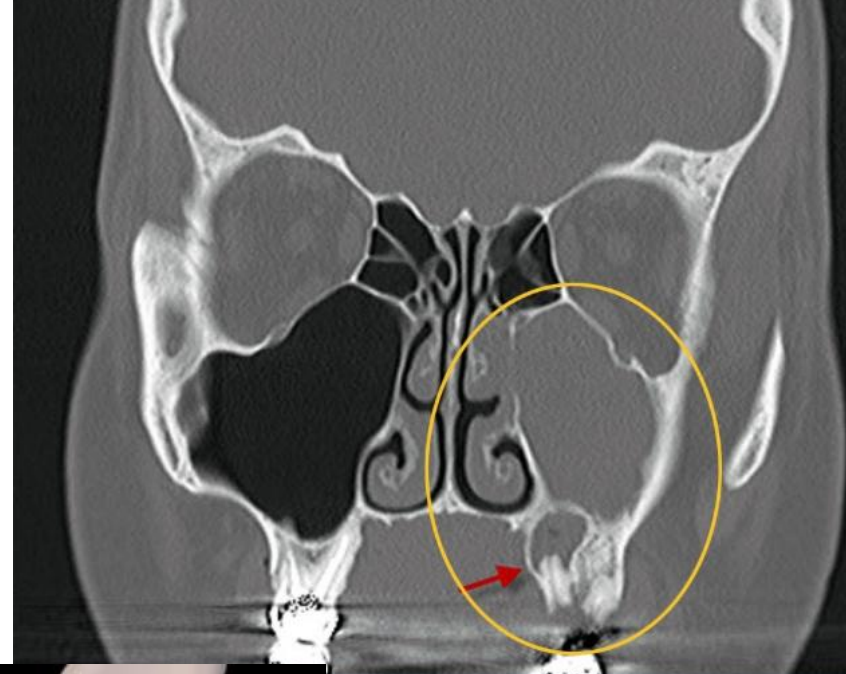




**Спасибо за
ВНИМАНИЕ**

- **Общий анализ крови.** Изменения в ОАК в начале заболевания зависят от ведущего этиологического фактора. При вирусных патологиях определяется нейтропения и лимфоцитоз, при аллергических – эозинофилия. При бактериальной этиологии и на фоне выраженной клинической картины в анализе крови обнаруживается лейкоцитоз с нейтрофилезом и характерное для всех вариантов повышение СОЭ.

- **Лучевые методы исследования.** Используются при эндоскопически негативном варианте для выявления поражений придаточных пазух. Базовый метод – [рентгенография околоносовых синусов](#), реже применяют [компьютерную томографию](#) этой области. О наличии синусита свидетельствует утолщение слизистой оболочки той или иной пазухи, полное или частичное затемнение ее просвета.



Осложнения

Острый
фарингит

Хронический
фарингит

Рецидивирующие или хронические [фарингиты](#) и [ларинготрахеиты](#). При длительном течении и синтезе большого количества патологических масс могут возникать затяжные, сложно поддающиеся лечению [бронхиты](#) и [пневмонии](#). Реже выделения проникают в пищевод, становясь причиной [эзофагитов](#).

