

Е. В. Кулякин<sup>1,2</sup>, П. А. Затолока<sup>2</sup>, С. А. Семёнов<sup>1</sup>

## ПОСТНАЗАЛЬНЫЙ СИНДРОМ: ЭТИОЛОГИЯ, КЛИНИКА, ДИАГНОСТИКА, ЛЕЧЕНИЕ

УЗ «Витебская городская клиническая больница  
скорой медицинской помощи», г. Витебск,<sup>1</sup>

УО «Белорусский государственный медицинский университет», г. Минск<sup>2</sup>

Ощущение скопления слизи в задних отделах полости носа и стекания ее по задней стенке глотки – постназальный синдром, существенно снижает качество жизни большого числа людей. В последние годы отмечен значительный рост распространенности данной патологии. В настоящее время тактика обследования и лечения пациентов с постназальным синдромом остается до конца неясной. Одной из самых частых причин является вазомоторный ринит. Клиническая картина постназального синдрома (кашель, одышка, хрипы в легких при аускультации) обусловлена стеканием назального секрета в глотку и гортань. При постназальном синдроме могут присутствовать явления фарингита, которые связаны со стеканием патологического секрета из полости носа или околоносовых пазух по задней стенке глотки. Диагноз основывается на данных анамнеза (когда пациент описывает характерное ощущение секрета на задней стенке глотки), физикальных данных и результатах лабораторных тестов. В зависимости от причины постназального синдрома могут применяться как консервативные, так и хирургические методы, направленные, прежде всего, на лечение основного заболевания. В настоящее время консервативное лечение малоэффективно, а известные методы хирургического – также не всегда эффективны и могут сопровождаться осложнениями. Необходимо использовать современные малоинвазивные технологии в лечении данной патологии.

**Ключевые слова:** вазомоторный ринит, постназальный синдром, видиев нерв.

**E. V. Kuliakin, P. A. Zatoloka, S. A. Semenov**

### **POSTNASAL DRIP: ETIOLOGY, CLINIC, DIAGNOSIS, TREATMENT**

The sensation of mucus accumulation in the posterior parts of the nasal cavity and its trickling down the back wall of the pharynx is a postnasal drip, which significantly reduces the quality of life of a large number of people. In recent years, there has been a significant increase in the prevalence of this pathology. Currently, the tactics of examination and treatment of patients with postnasal drip remains unclear. One of the most common causes is vasomotor rhinitis. The clinical picture of postnasal drip (cough, shortness of breath, wheezing in the lungs during auscultation) is due to the flow of nasal secretions into the pharynx and larynx. The pharyngitis are associated with the flow of pathological secretion from the nasal cavity or paranasal sinuses along the back wall of the pharynx. The diagnosis is based on anamnesis (when the patient describes a characteristic sensation of secretion on the back of the pharynx), physical data and laboratory test results. Depending on the cause of postnasal drip, both conservative and surgical methods can be used, aimed primarily at the treatment of the underlying disease. Currently, conservative treatment is ineffective, and known surgical methods are invasive and are accompanied by a large number of complications. It is necessary to use modern minimally invasive technologies in the treatment of this pathology.

**Key words:** vasomotor rhinitis, postnasal drip, Vidian nerve.

Ощущение скопления слизи в задних отделах полости носа и стекания ее по задней стенке глотки – постназальный синдром (ПНС), существенно снижает качество жизни значительного количества людей. Распространенность ПНС среди взрослого населения в амбулаторной оториноларингологической практике составляет 1,1 % [1].

Данные пациенты обращаются к врачам самых различных специальностей. С учетом неспецифичности клинической симптоматики, лечение данной категории пациентов представляет значительные трудности, обусловленные необходимостью выявления основного заболевания, а во многих случаях нескольких нозологий, что требует инди-

видуального подхода к каждому пациенту и проведения комплексного лечения.

При этом, средняя распространенность вторичного постназального синдрома, обусловленного различными заболеваниями носа, носоглотки и околоносовых пазух (ОНП) составляет 0,84 % [1]. Наиболее частыми заболеваниями верхних дыхательных путей, обуславливающими развитие ПНС, являются аллергический и вазомоторный риниты, ответственные соответственно за 0,14 и 0,12 % случаев ПНС. Далее по убывающей следуют хронический бактериальный риносинусит (0,11 %) и полипозный риносинусит (0,1 %). Наименьшее количество диагнозов при вторичном постназальном синдроме приходится на сумку Торнвальдта – 0,06 % и новообразования полости носа, околоносовых пазух и носоглотки (ангиофиброма, инвертированная папиллома) – 0,04 %, ввиду их меньшей распространенности [1].

*Основные причины вторичного постназального синдрома:*

- 1 – аллергический ринит;
- 2 – вазомоторный ринит;
- 3 – хронический бактериальный риносинусит;
- 4 – полипозный риносинусит;
- 5 – смещение носовой перегородки;
- 6 – гипертрофия задних концов нижних носовых раковин;
- 7 – аденоиды;
- 8 – сумка Торнвальдта;
- 9 – новообразования полости носа, ОНП и носоглотки.

В 0,26 % случаев причину объективно подтвержденного постназального синдрома установить не удастся. Для описания таких клинических случаев предложен термин «идиопатический ПНС» [8]. В настоящее время тактика обследования и лечения пациентов с постназальным синдромом остается до конца неясной.

Актуальность проблемы дифференциальной диагностики и лечения постназального синдрома подчеркивает тот факт, что данное состояние характеризует не самостоятельную нозологическую форму, а целый ряд клинических ситуаций, при которых в результате воспалительного процесса в полости носа, околоносовых пазухах, носоглотке или без явной причины отделяемое из полости носа стекает по задней стенке глотки в нижележащие отделы дыхательных путей [6]. Часто, при наличии явных жалоб пациента, эндоскопически подтвердить факт патологического скопления слизи в носоглотке не удастся.

Одной из самых частых причин вторичного постназального синдрома является вазомоторный ринит. Понятия «вазомоторный ринит» (ВР), «идиопатический ринит», «неинфекционный круглогодичный неаллергический ринит», «нейровегетативная форма вазомоторного ринита» [6] описывают группу практически одинаковых по патогенезу и клиническим проявлениям заболеваний, которые могут быть вызваны различными причинами. Сам термин «вазомоторный ринит» в последнее время подвергается обоснованной критике, в первую очередь потому что нарушение вазомоторной иннервации, лежащее в основе патогенеза данного заболевания, имеет место практически при всех формах ринита. В результате диагноз вазомоторный ринит стал собирательным понятием, которым обозначаются все формы ринита, природу которых не удалось установить либо из-за диагностической сложности клинического случая, либо из-за отсутствия у врача возможности провести необходимые дополнительные исследования. Вазомоторная дисфункция сосудистой сети нижних носовых раковин может в дальнейшем перерасти в фиброзную дегенерацию и диагностировать это пограничное состояние представляется весьма трудной задачей. Развившееся хроническое повреждение нижних носовых раковин в большинстве случаев является той точкой отсчета, когда пациент впервые начинает отмечать нарушение носового дыхания, достигающее в дальнейшем выраженных проявлений носовой обструкции.

*Классификация вазомоторного ринита:*

- вызванный физическими, химическими и токсическими факторами;
- медикаментозный;
- гормональный (ринит беременных, ринит пубертатного периода и др.);
- пищевой;
- психогенный;
- идиопатический;
- смешанные формы.

*Эпидемиология вазомоторного ринита*

Вазомоторный ринит – наиболее распространенная форма хронического неаллергического ринита, с которой клиницисту приходится сталкиваться постоянно. Например, в США насчитывается 19 млн больных вазомоторным ринитом, а еще 26 млн страдают от смешанных форм вазомоторного ринита [26].

### *Этиология и патогенез вазомоторного ринита*

По мнению ряда авторов, пусковым фактором в развитии вазомоторного ринита часто бывает перенесенная респираторная вирусная инфекция [6]. Неспецифическими триггерами, приводящими к возникновению вегетативной дисфункции, могут быть табачный дым, резкие запахи, озон, поллютанты, прием алкоголя, резкая смена температуры вдыхаемого воздуха [16]. Холодный воздух – основной неспецифический триггер при идиопатическом вазомоторном рините. Целый ряд исследований показал, что повышенное содержание озона во вдыхаемом воздухе приводит к повреждению эпителия, повышению проницаемости сосудов, миграции лейкоцитов и тучных клеток в слизистую оболочку носа [18], стимуляции выработки нейропептидов (субстанции P, нейрокина А и др.) [24] – медиаторов, способных участвовать в формировании назальной гиперреактивности при вазомоторном рините. Симптомы вазомоторного ринита при наличии назальной гиперреактивности могут быть следствием таких механических факторов, как форсированный выдох через нос, усиленное высмаркивание [17], травма носа, в том числе хирургическая [25], деформации перегородки носа (особенно острые гребни и шипы, контактирующие с боковой стенкой полости носа). Была замечена связь вазомоторного ринита с гастроэзофагеальным (ларингофарингеальным) рефлюксом, который также может быть следствием дисбаланса в вегетативной нервной системе [21].

### *Клиническая картина вазомоторного ринита*

Основными симптомами вазомоторного ринита являются затруднение носового дыхания, заложенность носа, прозрачные выделения из носа, ощущение стекания слизи по задней стенке глотки. Иногда пациенты жалуются на головную боль, снижение обоняния.

Заложенность носа обусловлена увеличением в объеме нижних носовых раковин (в результате повышенного кровенаполнения сосудов) и возникает обычно в виде приступов с появлением обильных слизистых или водянистых выделений и многократным чиханием [12]. Часто заложенность носит попеременный характер (закладывает то одну, то другую половину носа), что бывает особенно выражено в положении лежа при пере-

ворачивании с одного бока на другой. Развивающаяся нередко при вазомоторном рините гипертрофия носовых раковин становится причиной стойкого затруднения носового дыхания [12].

Вазомоторным ринитом чаще болеют женщины старше 20 лет с вегетососудистой дистонией в анамнезе [26]. Типичны признаки ваготонии: акроцианоз, брадикардия, пониженное артериальное давление, сонливость, неврастения [13].

Нерациональное применение сосудосуживающих капель (адреномиметиков) при вазомоторном рините может приводить к тахикардии, нарушениям сна, головной боли, повышению артериального давления или стенокардии [14]. Длительное использование сосудосуживающих капель при хроническом насморке со временем вызывает необходимость повышать их дозу для достижения большего эффекта. Это способствует развитию реактивной гиперплазии слизистой оболочки, особенно нижних носовых раковин, гиперплазии их костного остова, усугубляет дисбаланс вегетативной нервной системы и в конечном итоге приводит к обструкции просвета полости носа, не устраняющейся деконгестантами [12].

При передней риноскопии слизистая оболочка полости носа выглядит слегка гиперемированной, с синюшным оттенком, нижние носовые раковины увеличены в объеме за счет отека слизистой оболочки, в полости носа присутствует слизистое отделяемое. Увеличенные носовые раковины нередко не позволяют увидеть деформации задних отделов перегородки носа, которые являются истинной причиной вазомоторных нарушений. После смазывания слизистой оболочки носовых раковин 0,1% раствором адреналина они уменьшаются до нормальных размеров. Если носовые раковины увеличены за счет гиперплазии костного остова, их размер существенно не меняется [12].

Известно, что большинство патологических процессов в полости носа и околоносовых пазухах ведет к нарушению мукоцилиарного клиренса – важнейшего звена неспецифической защиты верхних дыхательных путей. На сегодняшний день факт нарушения системы мукоцилиарного клиренса при указанных формах хронического ринита не вызывает сомнений. Состояние цилиарного аппарата слизистой оболочки полости носа определяется многими параметрами, однако наиболее важными являются морфометрические показатели двигательной активности ресничек.

### *Диагностика и дифференциальная диагностика вазомоторного ринита*

Надежных специфических методов диагностики вазомоторного ринита не существует, поэтому диагноз обычно устанавливается путем исключения сходных форм ринита и выявления факторов, провоцирующих возникновение симптомов [15]. По клиническим проявлениям все формы круглогодичного ринита довольно похожи, однако при детальном расспросе больного можно выявить косвенные признаки той или иной формы ринита.

Так, для аллергического ринита характерны зуд и ощущение щекотания в полости носа, чихание и водянистые выделения из носа, усиление выраженности симптомов при контакте с конкретным аллергеном. Типичные для атопического заболевания симптомы конъюнктивита и/или дерматита не характерны для вазомоторного ринита. В отличие от вазомоторного ринита аллергический ринит обычно дебютирует в детском или подростковом возрасте. При передней риноскопии у больных аллергическим ринитом наблюдается бледно-розовый цвет слизистой оболочки, ее отечность, водянистые выделения в полости носа. Прежде чем поставить диагноз вазомоторного ринита, необходимо исключить аллергическую природу заболевания (применяются кожные пробы с основными аллергенами либо исследование сыворотки крови на содержание специфических иммуноглобулинов E).

В дифференциальной диагностике с неаллергическим ринитом с эозинофильным синдромом помогает определение количества эозинофилов в носовом секрете.

Определенную помощь в выявлении гиперергической реакции на неспецифические стимулы оказывают провокационные тесты с гистамином, метахолином и холодным воздухом, но применение этих методик в клинической практике ограничено сложностью их проведения и отсутствием стандартизации.

У больных аллергическим ринитом в назальном секрете существенно повышена концентрация альбуминов и их фракции с молекулярной массой около 26 кДа, при вазомоторном рините содержание этих белков в 2–5 раз ниже [12].

Бывает необходимо проводить дифференциальную диагностику вазомоторного ринита с синуситами. Заболевания околоносовых пазух можно исключить, выполнив рентгенографию или компьютерную томографию ОНП.

### *Лечение вазомоторного ринита*

В связи с отсутствием универсальной концепции этиопатогенеза (которая хорошо разработана, например, для аллергического ринита) большинство существующих методов лечения вазомоторного ринита являются лишь симптоматическими. Интраназальные глюкокортикостероиды начали применять для лечения вазомоторного ринита в 1990-е годы, когда в Швеции был проведен ряд открытых исследований по изучению их эффективности в лечении вазомоторного (медикаментозного) ринита. На фоне лечения интраназальным будесонидом практически все больные отказались от использования сосудосуживающих капель [19]. При использовании флутиказона пропионата отмечался положительный эффект уже к концу 2-й недели лечения [19]. В 2001 г. было закончено многоцентровое исследование эффективности мометазона фуората в лечении вазомоторного ринита: преимущество этого интраназального глюкокортикостероида перед плацебо составило всего 7–15 % [22]. В другом исследовании в биоптатах слизистой оболочки полости носа у пациентов, получавших флутиказона пропионат, было зафиксировано значительное уменьшение числа иммунокомпетентных клеток и воспалительных инфильтратов. Однако среди клинических симптомов вазомоторного ринита достоверное различие удалось установить в отношении лишь одного – чихания, по остальным параметрам эффективность флутиказона пропионата не отличалась от плацебо [16].

Назначение антихолинэргических препаратов обосновано в тех случаях, когда основным симптомом вазомоторного ринита являются обильные выделения из носа. Эффективность ипратропия бромида была подтверждена в нескольких контролируемых исследованиях [20]. Было показано, что ипратропий в дозе 320 мкг/сут достоверно превосходит плацебо по воздействию на объем назальной секреции.

При использовании более высоких доз часто отмечались сухость, заложенность носа, кровянистые выделения из носа. Даже при длительном приеме препарата не возникало заметного изменения ультраструктуры и клеточного состава слизистой оболочки, частоты биения ресничек, порогов обоняния [20].

До появления современных интраназальных глюкокортикостероидов и топических антигистаминных препаратов основную роль в лечении



вазомоторного ринита играли физические методы. Сегодня сохраняют определенное значение методы, воздействующие на вегетативную иннервацию слизистой оболочки полости носа: эндоназальный электрофорез хлористого кальция, сульфата цинка, аминокaproновой кислоты, ультрафонофорез гидрокортизоновой мази, спленина. Используется иглорефлексотерапия. Нормализующее действие на микроциркуляцию в слизистой оболочке оказывает излучение гелий-неонового лазера, особенно в комплексе с другими лечебными мероприятиями. Однако представления об эффективности этих методов базируются только на клиническом опыте и не подтверждены в контролируемых исследованиях [12].

Консервативное лечение вазомоторного ринита представляет собой очень сложную проблему, и начинать его следует не с эмпирического назначения лекарственного препарата, а с выявления причины назальной гиперреактивности, будь-то гастрофарингеальный рефлюкс или скрытые аномалии внутриносовых структур (хирургическая коррекция перегородки носа должна быть выполнена в самом начале лечения). Если таких причин нет или эффективно воздействовать на них не удастся, могут быть проведены курс лечения интраназальными глюкокортикостероидами, физиотерапия, иглорефлексотерапия, лазеротерапия.

Как показала клиническая практика, многие из этих консервативных способов лечения оказывают положительный, но не продолжительный эффект на течение заболевания. Это определило необходимость поиска хирургических способов лечения больных с вазомоторным ринитом.

Такие способы были разработаны: электро- и хемокаустика нижних носовых раковин, латеропексия раковин, щадящая нижняя конхотомия, нейрэктомия Видиева нерва (сложный хирургический доступ), криохирургия нижних носовых раковин, подслизистая вазотомия и остеоконхотомия, лазерная хирургия [12].

### **Клиника постназального синдрома**

Клиническая картина постназального синдрома (кашель, одышка, хрипы в легких при аускультации) обусловлена стеканием назального секрета в глотку и гортань. Отделяемое из полости носа стекает по задней стенке глотки в трахеобронхиальное дерево, где происходит механическая стимуляция афферентной части дуги кашлевого рефлекса, что и вызывает появление кашля.

Кашель, особенно долгий и мучительный, – одна из самых частых причин обращения пациентов к врачу. Кашель также является второй по частоте причиной общего клинического обследования пациента. Постназальный синдром изолированно или в сочетании с другими заболеваниями является одной из самых распространенных (54 %) причин хронического кашля [2]. Пациенты, страдающие хроническим кашлем неясной этиологии, составляют от 10 до 38 % больных [27]. Нередко пациента приводит к врачу не сам кашель, а опасение того, что он является симптомом какого-либо тяжелого заболевания. Наиболее частые осложнения кашля – утомление, недомогание, бессонница, охриплость, боли в костях, мышцах.

В физиологическом плане кашель представляет собой защитный рефлекс, направленный на удаление из дыхательных путей избыточного секрета, пыли или дыма. Общепринято оценивать кашель как легочный симптом, что и определяет круг основных предполагаемых заболеваний легких и направление последующего диагностического поиска. Однако очевидно, что кашель может быть проявлением заболеваний не только бронхолегочной системы, но и заболеваний сердца, околоносовых пазух, желудка и некоторых других состояний [2]. Кашлевые рецепторы, локализующиеся в дыхательных путях, представлены двумя типами нервных окончаний: ирритантные рецепторы, расположенные в дыхательных путях проксимально и реагирующие на механические, термические и химические раздражители, и С-рецепторы, которые расположены дистально и стимулируются различными провоспалительными медиаторами (простагландины, брадикинин, субстанция Р и др.).

При этом наиболее чувствительные рефлексогенные зоны в дыхательных путях следующие: задняя поверхность надгортанника, передняя межчерпаловидная поверхность гортани, область голосовых складок и подголосового пространства, бифуркация трахеи и места ответвления долевых бронхов [2].

В зависимости от длительности выделяют 2 категории кашля: острый кашель, продолжительность которого менее 3 нед, и хронический кашель – продолжительность более 3 нед. В 2000 г. R. Irvin дополнил классификацию продолжительности кашля и ввел понятие подострого кашля, длящегося более 3 нед, но менее 8 нед, хронический же кашель, согласно его классификации, длится более

8 нед. Считается, что в группе некурящих пациентов всех возрастов, не принимающих ингибиторы ангиотензинпревращающего фермента с гипотензивной целью и имеющих нормальную рентгенограмму грудной клетки, хронический кашель в 93,6 % случаев развивается на фоне 3 имеющихся заболеваний: синдром постназального затекания (ПНС), бронхиальной астмы, гастроэзофагеальной рефлюксной болезни [27].

Клинические проявления постназального синдрома не являются специфическими, следовательно, окончательная диагностика кашля не может быть произведена на основании учета одних лишь деталей анамнеза и данных физикального обследования. У части пациентов кашель может оказаться единственным симптомом постназального синдрома. Следует отметить, что кашель, описываемый при постназальном синдроме, сухой по характеру, но в связи с откашливанием назальной слизи, затекшей в дыхательные пути, в жалобах больных выглядит как продуктивный. Связь хронического кашля с патологией верхних дыхательных путей не всегда четко прослеживается и потому требует дополнительного подтверждения [8].

При постназальном синдроме могут присутствовать явления фарингита, которые связаны со стеканием патологического секрета из полости носа или околоносовых пазух по задней стенке глотки. Фарингит, развивающийся при затрудненном носовом дыхании, также может быть вызван не только переходом на дыхание через рот, но и злоупотреблением сосудосуживающими каплями, которые стекают из полости носа в глотку и оказывают ненужный анемизирующий эффект.

### **Диагностика постназального синдрома**

Диагностика постназального синдрома может опираться на такие жалобы, как «ощущение стекания в горло», потребность в частом откашливании, скопление слизи в полости носа. Пациент с типичными жалобами проходит первичное обследование, включающее эндоскопию полости носа и носоглотки, которая позволяет зарегистрировать эндоскопически позитивный или эндоскопически негативный постназальный синдром. Последний может наблюдаться при атрофическом ринофарингите (проводится соответствующая терапия) либо на фоне полного отсутствия патологии околоносовых пазух и носоглотки, что требует консультации психоневролога [1].

Пациентам с эндоскопически позитивным постназальным синдромом проводится РКТ околоносовых пазух, обследование пульмонологом, аллергологом, гастроэнтерологом по показаниям.

При отсутствии заболеваний верхних дыхательных путей и соматической патологии имеет место первичный (идиопатический) постназальный синдром, а при наличии патологии носа, околоносовых пазух и носоглотки – вторичный [1].

Диагноз основывается на данных анамнеза (когда пациент описывает характерное ощущение секрета на задней стенке глотки), физикальных данных и результатах лабораторных тестов.

### **Лечение постназального синдрома**

Лечебная тактика зависит от природы заболевания, вызывающего синдром постназального затекания. В зависимости от причины постназального синдрома могут применяться как консервативные, так и хирургические методы, направленные, прежде всего, на лечение основного заболевания. Лечение интраназальными кортикостероидами при постназальном синдроме на фоне вазомоторного или аллергического ринита эффективно устраняет его проявления только в период их применения и в течение короткого срока после его окончания. Аналогичный эффект отмечен при лечении идиопатического постназального синдрома [8].

В случае неаллергического ринита лечение складывается из назначения антигистаминных препаратов первого поколения и противоотечных средств. Механизм действия антигистаминных средств первого поколения при неаллергическом рините связывают с их антихолинергическими свойствами. У большинства пациентов улучшение наступает в сроки от нескольких дней до 2 нед. с момента начала терапии. Антигистаминные средства нового поколения неэффективны в лечении синдрома постназального затека, обусловленного простудным заболеванием, ввиду недостаточной холиноблокирующей активности. В случае аллергического ринита показано применение назальных кортикостероидов и/или кромонов, которые являются препаратами выбора для начальной терапии постназального синдрома [8].

Антигистаминные препараты первого поколения и деконгестанты применяются при аллергическом рините, если средства первой линии, о которых было сказано выше, неэффективны. Ответ на специфическую терапию (комбинация

антигистаминного средства первого поколения с деконгестантами) является решающим шагом в подтверждении наличия постназального синдрома как причины кашля. Терапия, проводимая *ex juvantibus*, помогает диагностировать постназальный синдром примерно в 80 % случаев [23].

Консервативное лечение, включающее терапию интраназальными глюкокортикостероидами, проводится при первичном постназальном синдроме с длительностью проявлений менее 4 мес. При отсутствии улучшения, а также пациентам с более длительным анамнезом синдрома, рекомендовано хирургическое лечение, направленное на изменение маршрутов мукоцилиарного транспорта в задних отделах полости носа и носоглотке. С одинаковой степенью эффективности проводятся биполярная коагуляция или шейверная резекция задних концов нижних носовых раковин. Выбор метода осуществляется, в зависимости от условий.

Говоря о хирургическом лечении постназального синдрома нельзя обойти вниманием воздействие на вегетативную иннервацию полости носа – видиев нерв (видианотомии). Постганглионарные симпатические волокна, отходящие от нервного сплетения на внутренней сонной артерии, образуют глубокий каменистый нерв (*n. petrosus profundus*), который присоединяется к большому каменистому нерву и пополняет порцию его адренергических волокон. Вместе оба нерва составляют видиев нерв, который проходит по крыловидному каналу клиновидной кости и вступает в задневерхнюю часть крылонебного узла (*g. sphenopalatinum*). Также, как и большой каменистый нерв, видиев нерв содержит преганглионарные, симпатические постганглионарные, двигательные и чувствительные волокна.

Экспериментально-физиологические и клинические исследования последствий раздражения или перерезки большого каменистого и видиева нервов [10] выявили существенные изменения слизистой оболочки полости носа и околоносовых пазух: при перерезке большого каменистого нерва она становилась красной, сухой и блестящей, а при его стимуляции появлялись отечность и выраженное выделение носового секрета; при стимуляции видиева нерва увеличивалась секреторная активность желез, происходила дилатация вен и дегрануляция тучных клеток с высвобождением гистамина – все это было расце-

нено авторами как доказательство парасимпатической природы обоих нервов и послужило обоснованием для видианотомии при полипозных риносинуситах [10].

Однако данные методы хирургического воздействия на видиев нерв инвазивны и в настоящее время не применяются. Нами предложен малоинвазивный метод хирургического лечения постназального синдрома, обусловленного вазомоторным ринитом: лазерная фотокоагуляция нижних носовых раковин и дистальных ветвей видиева нерва [7].

### **Оценка качества жизни пациентов**

В последние 40 лет мировое научное сообщество все больше внимания уделяет качеству жизни пациента [27]. Сегодня оценка качества жизни при той или иной форме ЛОР-патологии является чуть ли не одной из главных характеристик состояния уха, горла и носа. [3]. Наиболее негативное влияние на самооценку больных оказывают хронические воспалительные заболевания, особенно хронический гипертрофический ринит, хронический полипозный риносинусит, хронический гнойный риносинусит [5]. Также был проведен сравнительный анализ качества жизни больных с хроническими риносинуситами до и после хирургического лечения, по результатам которого установлено, что качество жизни больных до операции ниже. При обследовании было выявлено, что у пациентов, оперированных малоинвазивными методами хирургического лечения, показатель качества жизни выше, по сравнению с больными, оперированными более радикальными методами [11]. В целях изучения медико-социальных проблем и качества жизни больных, страдающих оториноларингологическими заболеваниями [9], группой авторов было проведено социологическое исследование 492 пациентов. В ходе исследования было установлено, что в 17,5 % ЛОР-патология, имеющаяся у опрошенных, является для них самой серьезной проблемой. К тому же, более чем у половины обследуемых наличие патологии ЛОР-органов явилось причиной нарушения гармонии в семейных отношениях из-за напряженной реакции семьи на заболевание. По данным анкетирования также была произведена оценка влияния ЛОР-заболеваний на работоспособность пациентов, и у 32,2 % обследуемых они значительно затрудняли трудовую деятельность [9]. Исходя из вышеизложенного необ-

ходимо рассмотреть подходы к оценке качества жизни пациентов.

В 1999 г. Всемирной организацией здравоохранения было предложено рассматривать понятие «качество жизни» как оптимальное состояние и степень восприятия отдельными людьми и населением в целом того, как удовлетворяются их потребности (физические, эмоциональные, социальные и пр.) в достижении благополучия и самореализации. Опрос пациентов путем получения ответов на стандартные вопросы и оценки степени согласия с утверждением в настоящее время является наиболее эффективным методом оценки качества жизни [27]. На сегодняшний день существуют многочисленные сообщения о применении различных опросников, созданы руководства по выбору конкретной методики и трактовке результатов [27]. В зависимости от поставленных задач различают 2 основные разновидности опросников: общие и специфические для болезни. Общие опросники предназначены для оценки качества жизни независимо от нозологии, тяжести заболевания и вида лечения и являются надежным и достоверным инструментом. Необходимым является включение следующих пунктов в универсальные опросники: боль (оценка объема субъективных болевых ощущений у респондента за последние 1, максимум 4 недели); общее здоровье (оценка общего состояния здоровья на момент опроса); физическая активность (объем повседневной физической нагрузки, которая не ограничена состоянием здоровья); ролевое эмоциональное функционирование (степень ограничения повседневной активности эмоциональными проблемами); психическое здоровье; социальная активность; жизнеспособность (оценка состояния жизненного тонуса за последние 1, максимум 4 недели); ролевое физическое функционирование (степень ограничения повседневной активности проблемами со здоровьем) [27]. В то же время общие опросники не учитывают особенности течения конкретного заболевания и не позволяют в полной мере пользоваться ими для оценки состояния больного и оптимизации качества медицинской помощи при конкретной патологии [27]. Специальные опросники применяются для определенной нозологии и являются более чувствительными при оценке изменения состояния пациента и тяжести заболевания в ходе лечения, а также позволяют оценить динамику состояния в короткий период лечения и наблю-

дения. Эти опросники должны соответствовать следующим требованиям: оценивать физическое и эмоциональное здоровье; раскрывать сущность заболевания и его клинические проявления; оценивать состояние пациента за последние 2 недели, максимум за месяц; быть кратким и простым для понимания; пациент должен суметь самостоятельно заполнить его; ответы на вопросы должны быть преобразованы в цифровое выражение с целью последующей статистической обработки. Преимущество специальных опросников качества жизни состоит в том, что непосредственно респондент определяет выраженность жалоб с учетом наибольшего вклада в снижение качества жизни, что помогает сориентироваться врачу и выстроить тактику лечения, учитывая индивидуальные ожидания пациента. С исследовательской точки зрения качество жизни, оцененное непосредственно анкетированным, позволяет сравнивать различные хирургические и нехирургические методы лечения с позиции результативности, а также сопоставлять с объективными клиническими данными, что может послужить основой для коррекции стандартов ведения [27]. В руководстве Cummings Otolaryngology: Head and Neck Surgery описаны следующие опросники, признанные релевантными для оценки исходов в оториноларингологии: 1) общие опросники и шкалы, определяющие состояние здоровья – SF-36, WHO-QOL, QWB; 2) специальные для злокачественных опухолей головы и шеи, учитывающие как топическое влияние онкологического процесса в виде функциональных нарушений, так и состояние при применении лучевой терапии – UWQOL, FACT, EORTC, HNQOL, QOL-RTL/H&N, PSS; 3) для отологии – HHIE, HSS, APHAB, EAR, DHI, THI, Nijmegen, CAMP, предназначенные для оценки качества жизни, связанного с ухудшением слуха, головокружением и шумом в ушах, а также с результатами лечения кондуктивной тугоухости, эффектом кохлеарной имплантации и в целом результатами реабилитации при заболеваниях уха; 4) для ринологии – NOSE, SNOT-20, SNOT-22, CSS, RhinoQOL, mRQLQ, ROQ, основанных на оценке симптомов назальной обструкции, продолжительности и выраженности клинических проявлений при синуситах и ринитах; 5) в педиатрической практике – TAHSI, OM-6, OSD-6, OSD18, применяемых при изучении качества жизни пациентов после тонзиллэктомии, а также страдающих средним отитом и ночным апноэ; и 6) другие, используемые при оценке ка-



чества жизни у взрослых пациентов с ночным апноэ, затруднениями глотания, нарушениями голоса и дефектами внешности – FOSQ, SAQI, MDADI, SWAI, QOL, VNI, VOS, V-RQOL, ROE, BOE [27].

Вывод. Осведомленность врачей в отношении описываемого синдрома важна, поскольку кашель при этом состоянии трактуется почти всегда неправильно и обычно ошибочно приписывается хроническому бронхиту. Кроме того, данный синдром снижает качество жизни людей в значительной мере. В настоящее время консервативное лечение малоэффективно, а известные методы хирургического – инвазивны и сопровождаются большим количеством осложнений. Необходимо использовать современные малоинвазивные технологии в лечении данной патологии.

Таким образом, при подозрении на наличие постназального синдрома необходимо проведение осмотра ЛОР-органов (в том числе с использованием эндоскопической оптики), аллергологическое обследование, рентгенологическое (компьютерная томография), исследование околоносовых пазух. При проведении диагностического поиска у больных с хроническим кашлем ключевым моментом следует считать рентгенологическое исследование грудной клетки.

### Литература

1. Авербух, В. М., Лопатин А. С. Постназальный синдром (postnasal drip) // Consilium medicum. – 2008. – № 10. – С. 101–106.
2. Аверьянов, А. В. Методологические подходы к диагностике и терапии хронического кашля: автореф. дис. ... канд. мед. наук. – М., 1999.
3. Арустамян, И. Г., Сопко О. Н. Оценка степени влияния патологии верхних дыхательных путей на качество жизни / Материалы 60-й науч.-практ. конф. «Молодые ученые – российской оториноларингологии» // Российская оториноларингология. – 2013. – № 1. – С. 21–25.
4. Дайняк, Л. Б. Вазомоторный ринит. – М.: Медицина, 1966. – С. 176.
5. Затолока, П. А. Влияние патологии ЛОР-органов на качество жизни человека // Мед. журнал. – 2008. – № 4. – С. 33–35.
6. Крюков, А. И., Царапкин Г. Ю., Туровский А. Б. Postnasal drip syndrom, или «синдром постназального затекания» как причина упорного кашля // Вестник оториноларингологии. – 2006. – № 2. – С. 34–35.
7. Кулякин, Е. В., Семенов С. А., Затолока П. А. Способ лечения постназального синдрома у пациентов с вазомоторным ринитом // Междунар. науч.-практ. журнал

Оториноларингология: Восточная Европа. – 2018. – Т. 8, № 4. – С. 355–360.

8. Лопатин, А. С. Постназальный синдром: диагностика и возможности терапии / Материалы VII Всероссийской научно-практической конференции оториноларингологов // Вестник оториноларингологии. – 2008. – № 5. – С. 133–134.
9. Меркулов, О. А. Качество жизни больных с патологией ЛОР-органов // Вестник оториноларингологии. – 2009. – № 4. – С. 54–56.
10. Муминов, А. И., Плужников М. С. Полипозные риносинуситы. – Ташкент: Медицина, 1990. – С. 151.
11. Новячкин, В. Н. Качество жизни пациентов при хирургическом лечении хронических риносинуситов: автореф. дис. ... канд. мед. наук. – М., 2007. – 20 с.
12. Пискунов, Г. З., Пискунов С. З. Клиническая ринология. – М.: Миклош, 2002. – С. 390.
13. Пухлик, С. М. Вазомоторный ринит – роль вегетативной нервной системы в патогенезе. Методы диагностики и лечения // Российская ринология. – 1999. – № 3. – С. 23–29.
14. Французов, Б. Л., Французова С. Б. Лекарственная терапия заболеваний уха, горла и носа. – Киев, 1988. – С. 280.
15. Bachert, C. Persistent rhinitis – allergic or non-allergic? // Allergy. – 2004. – Vol. 59. – P. 11.
16. Bende, M. Sustained use of xylometazoline nose drops aggravates vasomotor rhinitis // Amer. J. Rhinol. – 1991. – Vol. 5, № 5. – P. 157–160.
17. Braat, J. P. et al. // Clin. Exp. Allergy. – 2002. – Vol. 32, № 5. – P. 690.
18. Corey, J. P. // Arch. Otolaryngol. Head Neck Surg. – 2003. – Vol. 129.
19. Graf, P. et al. Sustained use of xylometazoline nasal spray shortens the decongestive response and induces rebound swelling // Clin. Otolaryngol. – 1995. – Vol. 20, № 3. – P. 224.
20. Kirkegaard, J. et al. // J. Allergy Clin. Immunol. – 1987. – Vol. 79. – P. 585.
21. Loehrl, T. A. et al. // Otolaryngol. Head Neck Surg. – 2002. – Vol. 126, № 4. – P. 382.
22. Lundblad, L. et al. // Acta Otolaryngol. – 2001. – Vol. 121, № 4. – P. 505.
23. Pratter, M. R. Chronic upper airway cough syndrome secondary to rhinosinus diseases (previously referred to as postnasal drip syndrome): ACCP evidence-based clinical practice guidelines // Chest. – 2006. – Vol. 179. – P. 63–71.
24. Schierhorn, K. et al. // Int. Arch. Allergy Immunol. – 2002. – Vol. 129, № 2. – P. 145.
25. Segal, S. et al. // Ann. Otol. Rhinol. Laryngol. – 1999. – Vol. 108, № 2. – P. 208.
26. Settigane, R. A. // Allergy Asthma Proc. – 2003. – Vol. 24, № 3. – P. 147.
27. Webb, D. R. et al. // Ann. Allergy Asthma Immunol. – 2002. – Vol. 88, № 4. – P. 385.

Поступила 17.11.2019 г.