**РОССИЙСКАЯ ФЕДЕРАЦИЯ**

**Министерство здравоохранения Забайкальского края**

**Государственное учреждение здравоохранения**

**КРАЕВАЯ КЛИНИЧЕСКАЯ БОЛЬНИЦА**

Коханского ул., д. 7, г.Чита, 672038,

тел. 31-43-23, факс. (302-2) 31-43-24 E-mail: [priem@kkb.chita.ru](mailto:priem@kkb.chita.ru)

   № 407-0                                                                                  29.09.2016 года

                                                                                                               УТВЕРЖДАЮ

                                                         Главный врач ГУЗ «ККБ»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

                                                                                                           Шальнев В.  А.

**Информационное письмо**

**МЕТОДЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ГИПЕРТРОФИЧЕСКОГО РИНИТА.**

**КРИТЕРИИ ВЫБОРА .**

***Митупова Е.В. врач-оториноларинголог***

Основными жалобами при хроническом гипертрофическом рините являются избыточные выделения секрета из носа и периодическая или постоянная его заложенность. Затруднение носового дыхания свидетельствует о нарушениях капиллярно-венулярного отдела системы микроциркуляциии слизистой оболочки носа, участие которого осуществляется через непосредственную связь нервных окончаний со стенами микрососудов или опосредованным путем через клетки, выделяющие физиологически активные и, прежде всего, вазоактивные вещества.

При проведении передней риноскопии обращает на себя внимание увеличенные в объемах носовые раковины, суженные носовые ходы, наличие слизистого секрета.

Диагностика этого вида ринита проста и основывается на жалобах пациента, данных анамнеза (неконтролируемый прием деконгестантов), риноскопической картины и результатах пробы с адреналином.

Лечение хронического гипертрофического ринита в основном – хирургическое и

направлено на создание в дыхательной зоне полости носа анатомического пространства для нормального носового дыхания.

Существует несколько видов оперативного вмешательства (щадящие и радикальные).

Наиболее простой и общераспространенный - конхотомия (отсечение раковины). Результатом такой операции является потеря большой площади и объема слизистой оболочки, обильное кровотечение. Образуются широкие носовые ходы, но резко нарушается аэродинамика, страдают выделительная, всасывательная и транспортна функции слизистой оболочки. Возникает синдром “пустого носа”. В послеоперационном периоде слизь, экссудат засыхают на поверхности слизистой оболочки, и полость носа закрывается корками. Вновь возникает затруднение носового дыхания.

Наименее травматичным, из деструктивных, считается способ радиохирургии. Используется источник высокочастотного радиоизлучения для подслизистого воздействия при нейровегетативном, гипертрофическом и аллергическом рините. Метод высокоэффективен при нейровегетативном рините. Кровотечение незначительное. Раковина сокращается в размере. Послеоперационный период протекает без осложнений.

Метод лазерной коагуляции раковин требует специальной аппаратуры. Луч лазера вызывает испарение ткани. Направленный вдоль носовой раковины луч образует борозду испарения шириной около 2мм, покрытую слегка коричневатым налетом. Как правило, восстановившееся во время операции носовое дыхание, остается стойким и в последующие дни, послеоперационного отека не бывает. Корочка с поверхности раковины исчезает медленно, в течении 3-4 нед, и не причиняет больному беспокойства. При выраженной гипертрофии такой метод не эффективен.

Основываясь на особенностях кровоснабжения пещеристых венозных сплетений носовых раковин, руководствуясь принципом щадящего отношения к структурам слизистой оболочки носа, с целью уменьшения кровенаполнения венозных сплетений возможно проведение частичного разрушения сосудистого (кавернозного) слоя слизистой оболочки нижних носовых раковин, т.е. - вазотомия. Техника операции проста и заключается в пересечении сосудов, идущих из костной основы носовых раковин в собственный слой слизистой оболочки и принимающих участие в образовании артериовенозных анастомозов. Методика операции заключается в следующем. Узким скальпелем в области переднего конца нижней носовой раковины производится разрез слизистой оболочки до кости длиной 0,3-0,5 см. Через разрез вводится микрораспатор или распатор, которым отслаивается слизистая оболочка перегородки носа, и поперечными движениями продвигается по поверхности кости, отслаивая слизистую оболочку на участке поражения гипертрофическим процессом. Кровотечение во время операции незначительно. Сразу же после отслойки слизистой оболочки от кости уменьшаются размеры носовой раковины, улучшается носовое дыхание. После завершения операции слизистая оболочка прижимается к кости тампоном. Считается наиболее эффективным, безопасным и наименее травматичный в отношении слизистой оболочки. Метод общедоступен, не требует какой- либо аппаратуры. Выполняется металлическими лор инструментами. Недостатками метода являются инвазивность процедуры, необходимость тампонады полости носа, значительное количество корок в полости носа в послеоперационном периоде. Если носовые ходы узкие или нижние носовые раковины искривленные, то дополнительно нижние носовые раковины надламываются в сторону боковых стенок полости носа (латеропексия).

Метод ультразвуковой дезинтеграции. Можно отнести к щадящим методам, так как при его выполнении мало страдает поверхность слизистой оболочки. Однако, требуется специальная аппаратура.

Таким образом, выбор способа хирургической коррекции нижних носовых раковин зависит как от клинической стадии основного процесса в носу, так и от материально-технической базы стационара, где планируется оперативное лечение.