

**ГУ «РЕСПУБЛИКАНСКИЙ НАУЧНЫЙ ЦЕНТР  
СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ ХИРУРГИИ»**

*На правах рукописи*

**УДК: 616.211-007.24-089**

**АЗИЗОВ КУДРАТУЛЛО НАЗРУЛЛОЕВИЧ**

**ОСОБЕННОСТИ ВТОРИЧНОЙ РИНОПЛАСТИКИ**

**АВТОРЕФЕРАТ**

диссертации на соискание ученой степени  
кандидата медицинских наук по специальности  
14.01.03-Болезни уха, горла и носа

**Душанбе-2023**

Диссертация выполнена в отделении восстановительной хирургии Государственного учреждения «Республиканский научный центр сердечно-сосудистой хирургии» Министерства здравоохранения и социальной защиты населения Республики Таджикистан.

**Научный руководитель:** **Артыков Каримджон** - доктор медицинских наук, профессор, старший научный сотрудник ГУ «Республиканский научный центр сердечно-сосудистой хирургии» МЗиСЗН РТ, профессор кафедры хирургических болезней № 2 им. академика Н.У. Усманова ГОУ «Таджикский государственный медицинский университет им. Абуали ибни Сино»

**Официальные оппоненты:** **Шамсидинов Бобоназар Насридинович** - доктор медицинских наук, доцент, заведующий кафедрой оториноларингологии ГОУ «Институт последилового образования в сфере здравоохранения Республики Таджикистан»

**Полвонов Шукрулло Бобоевич** – доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой хирургии ГОУ «Таджикский национальный университет»

**Ведущая организация:** ГОУ «Хатлонский государственный медицинский университет»

Защита диссертации состоится «13» декабря 2023 г. в 14:00 часов на заседании диссертационного совета 6D КОА-040 при ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино». Адрес: 734026, Республика Таджикистан, город Душанбе, улица Сино, 29-31; Тел.: (+992)

С диссертацией можно ознакомиться в библиотеке и на официальном сайте ([www.tajmedun.tj](http://www.tajmedun.tj)) ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино».

Автореферат разослан « \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 2023 г.

**Ученый секретарь  
диссертационного совета  
доктор медицинских наук**

**Шарипов А.М.**

## ВВЕДЕНИЕ

**Актуальность темы исследования.** Ринопластика в последнее время стала одной из популярных пластических операций [Алиуллина А.Д. и др., 2023; Zelko I. et al., 2023]. С увеличением количества эстетической ринопластики повысились и требования качеству этих вмешательств. В свою очередь это вмешательство является одним из наиболее сложных, поскольку после операции возможны различные осложнения, которые трудно предсказать хирургу [Виссарионов В.А. и др., 2010; Курбанов У.А. и др., 2016; Chen H. et al., 2023]. Поэтому чем больше появляется врачи, занимающиеся ринопластикой, количество больных нуждающихся ревизионных операциях будет расти [Wee H. et al., 2015].

В современной литературе проблемы вторичной септоринопластики освещены небольшим количеством ретроспективных исследований, часто они характеризуют опыт одного хирурга или учреждения, что затрудняет получение клинических заключений [An Y. et al., 2023; Lisiecki J.L. et al., 2023]. Наиболее обобщенные исследования, доступные в литературе по эстетической ринопластике указывают на частоту ревизионной ринопластики 4,0% и 15,5% [Raskin J. et al., 2022; Youn G.M. et al., 2023]. Кроме того, может быть недооценка частоты ревизий, т.к. авторы рассматривают свои собственные данные и не включают пациентов, которые обращаются за ревизионной операцией в другое учреждение, тем самым снижая сообщаемые показатели ревизии [Cuzalina A. et al., 2012; Martino C. et al., 2023; Neaman K.C. et al., 2013].

Планирование и оперативное вмешательство ревизионной ринопластики намного труднее, чем первичная септоринопластика. Вторичная операция должна быть детально запланирована, учтены анатомические изменения, которые происходят после первичной или многократно проведенных ринопластик. Без этого зачастую выполненная повторная операция разочаровывают после операции и хирурга и пациента [Wei J. et al., 2023]. Причинами повторных операций, как правило, бывают деформации ятрогенного характера и неправильно выполненная операция [Chen H. et al., 2023; Wee H. et al., 2023].

Поэтому, вопросы вторичной ринопластики является предметом изучения для всех пластических хирургов, кто занимается ринопластикой. Ринохирург обязан провести тщательную оценку деформации носа, перед запланированной вторичной ринопластики [Ferril G.R. et al., 2013; Raskin J. et al., 2022]. Неудачно выполненная хирургическая операция носа негативно влияет на пациента, вызывает психологическую агрессию и может привести к юридическим разбирательствам [Davis R.E. et al., 2012; Günel C. et al., 2015]. В Таджикистане исследований по хирургическому лечению осложнений ринопластики не проводилось, в литературе недостаточно публикаций по вопросам диагностики, выбора тактики лечения и методов хирургического лечения данного контингента больных. В связи с вышеизложенным, актуальность данного направления послужила основанием проведения данного исследования.

**Степень научной разработанности изучаемой проблемы.** В литературе, посвященной конкретным методам ринопластики, частота ревизий варьировала от 4,0% до 15,5% [Raskin J. et al., 2022; Youn G.M. et al., 2023]. Была доказана, что стандартная септопластика имеет самый низкий уровень ревизий - 2,5% [Karlsson T.R. et al., 2013; Youn G.M. et al., 2023]. С усложнением процедуры септопластики,

увеличивалась и количество ревизионных операций от 7% до 8% [Дайхес Н.О., 2015; Диденко В.В. и др., 2011]. Кроме того, было выявлено, что показатели ревизии могут снижаться, т.к. не все авторы включают пациентов, которые обращаются в другое учреждение [Алиуллина А.Д. и др., 2023; Диденко В.В., 2011]. На основании представительного анализа частоты ревизий и факторов риска у 175842 пациентов перенесших септоринопластику было установлено, что общий коэффициент ревизии варьировал от 3,1% до 16,9%. Это зависело от сложности проведенной операции [Karlsson T.R. et al., 2013]. Было установлено, что при использовании реберного трансплантата (самая сложная процедура), была самая высокая частота ревизий - 21,5% [Moretti et al., 2013; Wee H. et al., 2015].

Установлено, что последствия септоринопластики могут быть, связаны как анатомо-физиологическими особенностями организма, так и сложностью деформаций тканей носа в результате хирургической агрессии [Диденко В.В. и др., 2011; Li J. et al., 2013]. Так, было отмечено, что после редуccionной ринопластики происходит уменьшение носовых ходов, и это были претенденты для вторичной ринопластики. У этих пациентов сужение преддверия носа было выявлено в 80% случаев [Курбанов У.А. и др., 2016]. Выявлено, что проблемы с наружным носовым клапаном развивается после деформации латерального крыльчатого хряща при первичной и вторичной ринопластике [Икромов М.К. и др., 2011].

С целью профилактики нарушения дыхания, было предложено сближение костей пирамиды выше внутреннего клапана носа [Зайченко Б.С., 2011]. Однако существует мнение, что глубоко проведенные остеотомии также значительно могут уменьшить грушевидную апертуру [Lisiecki J.L. et al., 2023]. При ревизионной ринопластике в 70% случаев обструкция носа была по причине неустранённой деформации перегородки носа и стенозом клапана [Kucuker I. et al., 2013]. При отделении перегородки носа от верхнего латерального хряща развивается дисфункция клапана, что можно выявить при использовании риноманометрии (акустической) [Русецкий Ю.Ю. и др., 2012].

Многочисленные исследования были направлены на изучение недостаточности наружного и внутреннего клапана носа, что явилась основанием разработки различных оперативных вмешательств [Зайченко Б.С., 2011; Русецкий Ю.Ю. и др., 2012; Taha M.A. et al., 2023].

Научно доказано, что при вторичной ринопластике основными методами реконструкции являются использование трансплантатов из хряща, надхрящницы, фасции и подкожного жира [Arslan E. et al., 2012; Calvert J.W. et al., 2014; Daniel R.K., 2014].

В последнее время широко стали использовать мелконарезанные хрящи [Komori M. et al., 2012;], височная фасция [Calvert J.W., 2015; Besharatizadeh R. et al., 2011]. Было доказано такая же эффективность, когда использовалась сосцевидная фасция [Antohi N. et al., 2012; Dogan T. et al., 2012].

Ушной хрящевой аутоотрансплантат часто используется при вторичной ринопластике, причем его резорбция отсутствует либо незначительная в течение 10 лет [Baikal V. et al., 2014; Chua D.Y. et al., 2014; Wu G. et al., 2023]. Костные аутоотрансплантаты в ринопластике используются более 75 лет. В литературе имеются подробное описание этих методик. При вторичной ринопластике широко используются костные аутоотрансплантаты из сошника и перпендикулярной пластины,

которые имеют минимальную резорбцию и хорошую интеграцию [Cerkes N., 2011; Chung Y.S., et al., 2014].

**Связь исследования с программами (проектами), научной тематикой.** Диссертационная работа выполнялась в рамках инициативной темы ГУ «Республиканский научный центр сердечно-сосудистой хирургии» и кафедры хирургических болезней №2 им. академика Н.У. Усманова ГОУ «Таджикский государственный медицинский университет им. Абуали ибни Сино» «Новые технологии в реконструктивно-пластической хирургии».

## **ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА РАБОТЫ**

**Цель исследования:** улучшение эстетических и функциональных результатов вторичной ринопластики.

### **Задачи исследования:**

1. Выявить причины ошибок и осложнений первичной ринопластики, которые явились показанием ревизионной ринопластики.
2. Изучить функциональное состояние носового дыхания (всасывательную, выделительную, обонятельную и транспортную функцию слизистой оболочки носа, степень гипертрофии нижних носовых раковин) до и после вторичной ринопластики.
3. На основании фиброриноскопии, цифровой рентгенографии и КТ выявить характер и количество деформаций носа после первичной ринопластики.
4. Уточнить показания и усовершенствовать методы вторичной ринопластики.
5. Дать оценку непосредственным и отдаленным результатам лечения.

**Объект исследования.** Объектом исследования служили 106 пациентов после первичной ринопластики, которые нуждались во вторичной ринопластике из-за неудачных операций поступившие в ГУ «Республиканский научный центр сердечно-сосудистой хирургии» и ГУ «Медицинский комплекс «Истиклол» с 2015 по 2021 год.

**Предмет исследования.** Предметом исследования было изучение вторичных деформаций носа после первичной ринопластики, разработка показаний к повторным операциям с целью улучшения функциональных и эстетических результатов с учетом выявленных деформаций.

### **Научная новизна исследования**

На основании ретроспективного анализа историй болезни и обследования больных выявлены основные допущенные ошибки и осложнения при первичной ринопластике, которые оказались показанием к ревизионной ринопластике.

Показано, что исследования всасывательной, выделительной, обонятельной и транспортной функций слизистой оболочки носа до и после ревизионной ринопластики, позволяют с высокой степени точности оценить эффективность проведенных оперативных вмешательств и улучшения качества жизни пациента.

Доказана высокая степень диагностической возможности фиброриноскопии в выявлении толщины сошника, степени деформации перегородки носа, глубины и ширины глоточных устьев до и после ревизионной ринопластики, указывающие на состояние слизистой носа, её отека и утолщения. Подтверждены высокие диагностические возможности цифровой рентгенографии и компьютерной томографии

в определении характера изменений и деформаций мягких тканей и костей носа, с целью рационального выбора правильной хирургической тактики.

На основании проведенных исследований разработаны показания и усовершенствованы методы повторной ринопластики.

С учетом выявленных ошибок и осложнений, допущенных при первичных операциях оптимизирована хирургическая тактика позволившая значительно улучшить функции и эстетики носа, качества жизни пациентов и достичь хороших результатов в отдаленном периоде после ревизионной ринопластики в 92,2% наблюдений.

#### **Теоретическая и научно-практическая значимость исследования.**

Разработаны практические рекомендации для предупреждения допущения ошибок и осложнений при первичной ринопластике, и опубликованы оригинальные статьи, которые полезны при планировании хирургического лечения постринопластических деформаций носа.

Предлагаемые методы профилактики постринопластических нарушений эстетики и функции носа, основанные на анализе ошибок первичной ринопластики, позволят уменьшить вероятность повторных вмешательств.

Данное исследование и полученные результаты могут служить практическим пособием для хирургов, занимающихся ринопластикой при проведении повторных операций.

Систематизированная хирургическая тактика при коррекции постринопластических деформаций носа позволит хирургам получить наиболее оптимальные эстетические и функциональные результаты в отдаленном послеоперационном периоде.

#### **Положения, выносимые на защиту:**

1. Основными причинами ошибок и развития осложнений при первичной ринопластике являются неправильно проведенная септопластика по Киллиану, чрезмерная резекция каудальной части перегородки носа, гиперрезекции слабой латеральной ножки нижних боковых хрящей, необоснованная резекция медиальных ножек верхних латеральных хрящей носа.

2. До проведения ревизионной ринопластики у большинства пациентов выявляется значимое нарушение транспортной, выделительной, всасывательной и обонятельной функции носа, а также дисфункция дыхания и гипертрофия нижней носовой раковины разной степени выраженности. Использованная оптимизированная хирургическая тактика позволила значительно уменьшить частоту вышеуказанных нарушений и улучшить функциональные и эстетические функции носа.

3. В выявлении характера и количества деформаций носа после первичной ринопластики фиброриноскопия, цифровая рентгенография и компьютерная томография имеют высокую диагностическую точность.

4. Постринопластические деформация носа с нарушением функционального и эстетического характера являются основными показаниями к ревизионной ринопластике. Усовершенствованы методы использования хрящевых, фасциальных и костных аутооттрансплантатов при повторной ринопластике, разработана методика измельчения хрящей для коррекции постринопластических деформаций в комбинации с фасциальными и надхрящичными аутооттрансплантатами.

5. Использованная оптимизированная тактика хирургического лечения постринопластических деформаций с разработкой новых методов коррекции

постринопластической деформации перевёрнутого «V» с одномоментной реконструкцией внутреннего носового клапана позволила значительно улучшить функции и эстетики носа и качества жизни пациентов.

**Степень достоверности результатов.** Подтверждается достоверностью данных, достаточным объемом материалов исследования, статистической обработкой результатов исследований и публикациями. Выводы и рекомендации основаны на научном анализе результатов хирургического лечения постринопластических деформаций носа.

**Соответствие диссертации паспорту научной специальности.** Диссертационная работа соответствует паспорту ВАК при Президенте Республики Таджикистан по специальности 14.01.03 – Болезни уха, горла и носа.

**Личный вклад соискателя ученой степени в исследования.** Автор самостоятельно провел сбор, обработку и анализ доступной литературы, статистическую обработку клинического материала. Автор самостоятельно курировал больных и выполнял необходимые исследования, проводил оперативные вмешательства при вторичной ринопластике. Автором лично изучены ближайшие и отдаленные результаты лечения пациентов.

**Апробация и реализация результатов диссертации.** Основные положения диссертации обсуждены на: 68-ой годичной международной научно-практической конференции ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино» «Достижения и проблемы фундаментальной науки и клинической медицины», посвященной «Годам развития села, туризма и народных ремёсел (2019-2021)» (Душанбе, 2020), годичной научно-практической конференции Республиканского научного центра сердечно-сосудистой хирургии с международным участием «Актуальные вопросы сердечно-сосудистой, эндоваскулярной и восстановительной хирургии» (Душанбе, 2020), XXVI-й научно-практической конференции ГОУ «Институт последипломного образования в сфере здравоохранения Республики Таджикистан» «Опыт и перспективы формирования здоровья населения» (Душанбе, 2019), XV-ой международной научно-практической конференции молодых ученых и студентов ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино» «Современные проблемы и перспективные направления инновационного развития науки» (Душанбе, 2020). Диссертационная работа была обсуждена на заседании Ученого Совета Республиканского научного центра сердечно-сосудистой хирургии МЗиСЗН РТ (Душанбе, протокол №6 от 02.07.2021 г.).

Результаты проведенных исследований внедрены в практику отделения восстановительной хирургии ГУ РНЦССХ МЗиСЗН РТ и ЛОР-отделении ГУ «Медицинский комплекс «Истиклол», используются на кафедре хирургических болезней №2 им. академика Н.У. Усманова ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино».

**Публикации по теме диссертации.** Автор опубликовал 15 научных работ, из них 4 статьи в периодических изданиях, включенных в «Перечень рецензируемых научных журналов и изданий», ВАК при Президенте Республики Таджикистан. Получено удостоверение на рационализаторское предложение №3500/R988 на «Способ вторичной ринопластики с позадишной надхрящницы».

**Структура и объем диссертации.** Диссертация изложена на 160 страницах машинописного текста, состоит из введения, обзора литературы, главы материала и методов исследования, двух глав собственных исследований, обсуждения полученных результатов, выводов, рекомендаций по практическому использованию

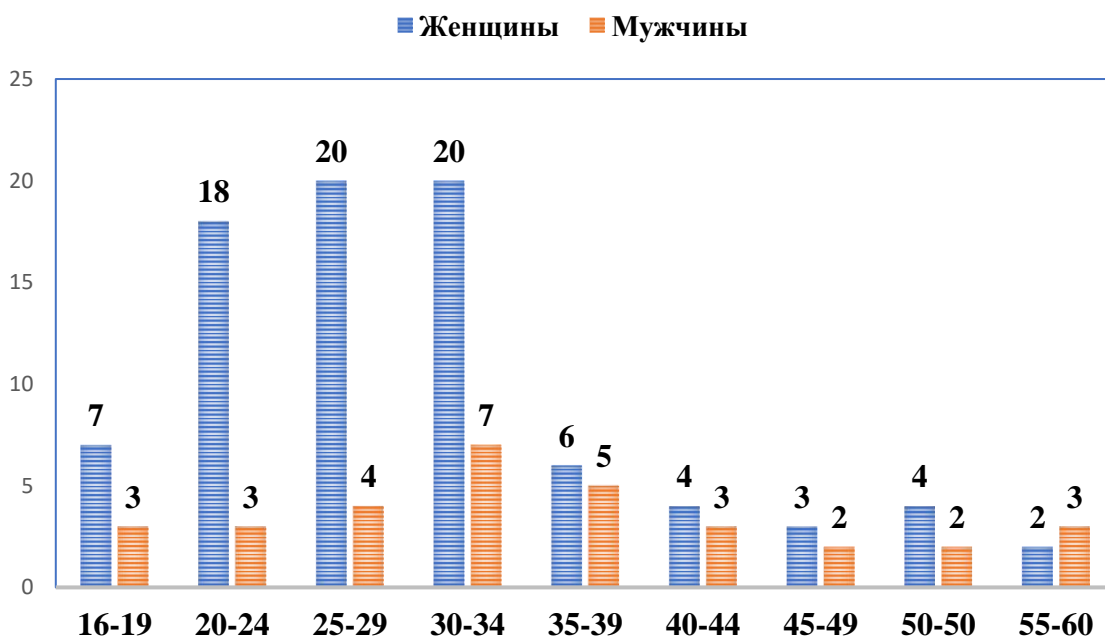
результатов, списка литературы, включающего 156 источник, из них 27 на русском и 129 на английском языках. Работа иллюстрирована 26 рисунками и 6 таблицами.

## ОСНОВНАЯ ЧАСТЬ

### Материалы и методы исследования

Работа выполнена на базе Республиканского научного центра сердечно-сосудистой хирургии МЗиСЗН РТ, оснащенной современным диагностическим и лечебным оборудованием для выполнения септоринопластики. Все функциональные диагностические методы были проведены в специально предназначенных для этого кабинетах. Применение современного оборудования и лабораторных методов диагностики позволило тщательно обследовать больных, обосновать некоторые проблемы диагностики и правильно определить показания к применению вторичной ринопластики.

Основу настоящей работы составляют результаты анализа клинического материала и наблюдения 106 больных с постринопластическими деформациями носа за период 2015-2021 гг. Для проведения данного исследования были разработаны специальные карты, в которые была включена вся необходимая информация о жалобах, анамнезе, результатах объективного и инструментального обследования. Возраст оперированных больных колебался от 16 до 60 лет, преобладали женщины молодого и трудоспособного возраста (рисунок 1).



**Рисунок 1. - Распределение пациентов в зависимости от возраста и пола**

Среди поступивших пациентов одну операцию ринопластики перенесли 90 (84,9%), две - 12 (11,3%), три и более операции - 4 (3,8%) пациента. Все эти пациенты ранее были оперированы в различных лечебно-диагностических учреждениях республики. Из города Душанбе обратились 64 (60,4%), Согдийской области - 15 (14,2%), Хатлонской области - 20 (18,8%) и ГБАО - 7 (6,6%) человек.

67 (63,2%) пациентов перенесли первичную септоринопластику по поводу нарушений функции дыхания. Однако у них после операции не только не было улучшения функции дыхания, но и появились эстетические проблемы. У 24 (22,6%)



обратившихся была выполнена неудачная ринопластика по поводу посттравматических деформаций носа. По поводу деформаций носа эстетические операции были выполнены 15 (14,2%) пациентам.

Пациенты после первичной ринопластики поступили в различные сроки: через год – 15, через два года – 26, через три – 35, четыре – 21, пять лет и более – 9.

Все пациенты имели нарушение функции дыхания в той или иной степени, но, в основном, их не удовлетворяла неэстетическая деформация носа. После первичной ринопластики у пациентов наиболее часто имелись следующие деформации:

1. дефекты перегородки носа в нижнекаудальной области - 31;
2. деформация по типу «клюва попугая» - 19;
3. деформация по аналогии перевернутого «V» - 15;
4. деформация кончика носа - 13;
5. деформация контуров спинки носа - 28.

При клинической оценке постринопластической деформации носа обращали внимание на жалобы и психологическое состояние пациента. При внешнем осмотре акцент был сделан на наличии асимметрии носа, бугорков, ширине, необычной длине, опущенном кончике носа, размерах ноздрей, деформациях и рубцах, затрудняющих дыхание.

Перед осмотром внутреннего носа с помощью расширителя оценивали возможный «коллапс носа» во время легкого вдоха. «Коллапс крыльев носа» определяется не только слабостью ноздрей, но и функционированием внутреннего отверстия. Стеноз в области клапана вызывает более сильное пониженное давление при вдохе и, как следствие, более мощный вдох. Также нами был проведен дополнительный внутренний осмотр, чтобы оценить возможную патологию слизистой оболочки (например, атрофию, отек, полипы, отклонения перегородки или гипертрофию раковин).

Более конкретные аномалии формы носа, которые следует исследовать, включали: длина и выступ носа; форма кончика носа; колумелла; базовый комплекс кончиков губ-колумелла; хрящевая и костная спинка. Наружная и внутренняя пальпация носа давала важную дополнительную информацию о коже и скелете носа.

Риноскопия позволяла исследовать преддверие носа, перегородку, нижнюю носовую раковину и носовой ход, а также дно носовой полости. Задняя риноскопия позволяла исследовать заднюю часть полости носа, а именно хоан, хвост носовых раковин, задний конец перегородки и носоглотки.

Носовой эндоскопией тщательно обследовали полость носа и получали информацию о состоянии слизистой оболочки. Данный метод является «золотым» стандартом для оценки состояния носа у пациентов с заболеванием носовых пазух, состояния хоан, глоточных миндалин, размеров носовых раковин и устья слуховых труб.

Для определения обонятельной функции носа нами использован метод, предложенный Б.В. Шеврыгиным. Выделительную функцию определяли по методу Е.Б. Молчановой. Для выявления степени гипертрофии нижних носовых раковин использовали атропиновый тест, предложенный Б.С. Преображенским.

Цифровая рентгенография была выполнена всем пациентам, как обязательный дополнительный метод исследования для детализации костей носа и лицевого отдела черепа.

Компьютерную томографию выполняли 46 пациентам в центре диагностических исследований Национального медицинского центра Республики Таджикистан - «Шифобахш» и диагностическом центре «Нурафзо» г. Душанбе.

Оценку результатов выполненных оперативных вмешательств проводили по трем опросникам. Для оценки функционального состояния дыхания использовали опросник NOSE (Nasal Obstruction Symptom Evaluation), который широко используется среди ринохирургов.

Систему анкетирования ROE (Rhinoplasty outcome evaluation) использовали для оценки удовлетворенности пациентов полученными результатами после проведенной ринопластики.

Применяемый опросник NAFEQ (Nasal Appearance and Function Evaluation Questionnaire) или опросник оценки формы и функции носа в результате многочисленных исследований принят в качестве стандартизированного опросника для оценки результатов реконструкции носа с применением разных операционных техник разными хирургами в разных центрах. Доказана их обоснованность, надёжность и чувствительность в качестве объективного метода оценки результатов реконструкции носа. Высокая величина значения альфы Кронбаха (более 0.70) также подтверждает, что опросник NAFEQ является «надёжным инструментом» оценки результатов ринопластики. Опросник позволяет исследовать эстетический и функциональный результат ринопластики.

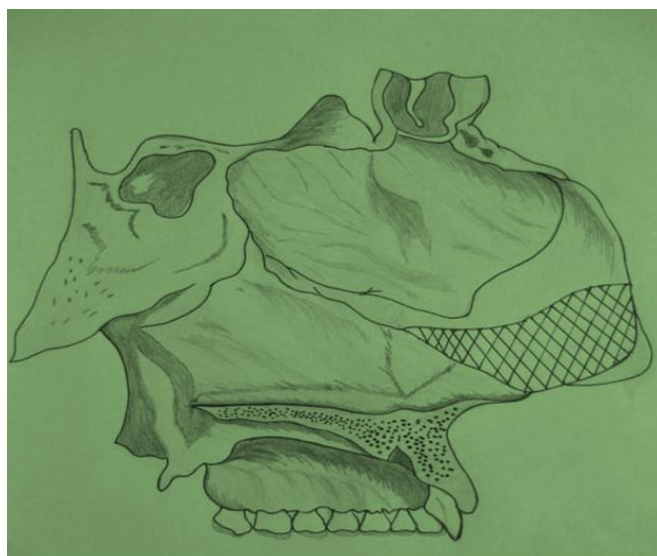
Статистическая обработка материала выполнена с помощью программы Statistica 10.0 (StatSoft Inc., USA). Нормальность распределения выборки определяли по критериям Колмогорова-Смирнова и Шапиро-Уилка. Качественные показатели описаны в виде абсолютных и относительных частот (%). Парные сравнения между независимыми группами по количественным показателям проводились по U-критерию Манна-Уитни, по качественным показателям – по критерию  $\chi^2$  Пирсона. Корреляционный анализ проводился по Спирмену. Различия считались статистически значимыми при  $p < 0,05$ .

## РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Открытый доступ нами применен у всех пациентов. Открытый доступ от закрытого отличается разрезом на колумеле. Открытая ринопластика давала нам широкий обзор операционного поля. При этом имелась возможность использования электрокоагулятора для остановки кровотечения. Широкий обзор позволял корректировать деформации как каудальной, так и дорсальной частей перегородки носа. При открытом доступе отсутствует межхрящевой разрез и поэтому внутренний носовой клапан остается сохраненным, трансплантаты прикрепляются под визуальным контролем, имеется возможность утончить толстую кожу, при необходимости можно использовать бормашину.

**Результаты коррекции дефекта перегородки носа в каудальном отделе.** На сегодня подслизистая резекция в классическом виде из-за своих недостатков критикуется многими ринохирургами. Одним из самых распространенных недостатков

первичной септопластики является чрезмерная резекция каудального отдела четырехугольного хряща (рисунок 2).



**Рисунок 2. - Зона некорректной резекции каудальной части перегородки носа, указанная штрихами**

Наиболее частыми осложнениями среди наблюдаемых нами пациентов после неудачной ринопластики были расширение ноздрей, смещение колумеллы, свисание колумеллы, седловидный нос. Функциональные нарушения происходят из-за обструкции наружного клапана носа с дисфункцией дыхания. При клиническом обследовании пациентов до вторичной ринопластики и во время повторной операции были выявлены дефекты хряща перегородки из-за отсутствия каудальной части различной формы, т.е. у ринохирургов не было какого-либо стандарта. Повторная ринопластика с дефектами каудального отдела перегородки носа была проведена 31 пациенту (12 мужчин и 19 женщин). Среди наших пациентов наиболее часто возникали утрата проекции носа (18), девиация спинки носа (11) и седловидная деформация (2).

При повторной ринопластике, когда имеется утрата опорности, мы всегда старались использовать сохранившуюся часть перегородки носа. Трансплантат из перегородки носа использовали для восстановления функции опоры в виде распорки для колумеллы. Если трансплантат не использовали для распорки, то его применяли для спинки носа или укрепления крыльных хрящей.

При установке трансплантата учитывали нагрузку на перегородку, т.к. в трансплантате в виде распорки возникает напряжение в каудальной и дорсальной частях. Поэтому конструкция должна быть достаточной ширины и прочности для более равномерного распределения напряжения (рисунок 3).

После установки трансплантата первоначально фиксировали инъекционными иглами к медиальным ножкам крыльных хрящей и при необходимости производили моделирование (рисунок 4).



**Рисунок 3. - Сформированный L-образный трансплантат из перегородки носа**



**Рисунок 4. - Фиксация трансплантата инъекционной иглой**

Ввиду анатомических особенностей строения носа изменение опоры может смещать внутренние ткани, что приводит к нарушению дыхания, а недоучет эстетических дефектов приводит к неудовлетворительному результату. Поэтому до операции вторичной ринопластики необходимо выявить, имеется ли дыхательная дисфункция носа, т.е. дать оценку наружному и внутреннему клапану. Часто перегородка укрепляется в каудальной части или трансплантат не имеет достаточную ширину, что не позволяет укрепить носовой клапан, в таких случаях мы устанавливали спредер-трансплантат, который укрепляется к верхнелатеральным хрящам. При чрезмерной резекции перегородки во время первичной септопластики невозможно применить вышеприведённую тактику, в таких случаях мы использовали ушной хрящ или другой аутоотрансплантат.

В этих случаях для стабилизации созданной конструкции у трех пациентов использовали метод «Tongue-in-groove». Однако трансплантаты из ушной раковины при вторичной ринопластике не отвечают требованиям, т.к. они менее прочны, упруги и трудно создать желаемую форму.

Возможно использование реберного трансплантата, т.к. он имеет достаточную прочность, упругость и объем. Этот трансплантат также не лишён недостатков, основным из которых является морбидность донорской области, болевой синдром, грубые рубцы, западение ребра и крепитация, пневмоторакс. Другим нежелательным осложнением реберного трансплантата является деформация его в отдаленном периоде. В двух случаях использовали костные трансплантаты из сошника и решетчатой кости.

После первичной септоринопластики, помимо дефекта перегородки, часто встречаются эстетические дефекты, которые не были устранены во время первой операции или развились вторично. При этом наиболее часто имелись: утрата проекции кончика (18), девиация спинки носа (11) и седловидная деформация (2). В таких случаях возникали показания для проведения эстетической коррекции. Проводили латеральные и поперечные остеотомии с последующей установкой костных фрагментов в заданное положение. После формирования крыши носа следующим этапом было формирование кончика носа с помощью шовных методик с применением нити PDS 5/0. Затем по показаниям выполняли камуфлирование или аугментацию спинки носа с помощью установки аллогенной фасции или измельченного хряща. Для сужения широких ноздрей с целью гармонизации формы наружного носа применяли лифтинг кожи преддверия носа.

**Коррекция деформации «клюва попугая».** Среди постринопластических деформаций носа отдельно выделяется деформация в виде «клюва попугая», которая широко освещается в зарубежной литературе. Данная деформация часто встречается после ринопластики. Причиной может быть недоучет основных принципов ринопластики или недостаточный клинический опыт, когда не учитываются возможные осложнения. Она развивается через 6 месяцев и более после ринопластики.

При этой деформации часто кончик носа свисает, надкончиковая область выступает, ноздри расширенные, спинка носа гиперрезецирована, кончик носа мобильный. Проявляется двумя вариантами: хрящевой и мягкотканой формами.

С целью выявления данной деформации были изучены фото пациентов во всех проекциях, обращали внимание на птоз кончика носа, при пальпации обращали внимание на опору кончика носа и ткани надкончиковой области.

Среди наших пациентов данная деформация выявлена у 19 (17,2%) человек, мягкотканая форма деформации была у 7, хрящевая форма - у 12.

При хрящевой форме деформации «клюв попугая» основным условием является то, что назион и ринион при ринопластике должны быть выше передневерхнего угла перегородки.

Мягкотканная форма деформации «клюв попугая» развивается, когда при первичной ринопластике не учитывается проблема толстой кожи и возможного избыточного рубцевания ткани в надкончиковой области. Для профилактики постринопластической деформации «клюва попугая» необходимо устранение мертвого пространства. С этой целью возможно использование местных тканей или хрящевых ауто трансплантатов.

Для укрепления треноги кончика носа мы использовали хрящевую (15) и костную (4) колумеллярную подпорку с использованием техники «щип в паз». С целью аугментации спинки носа в двух случаях использовали надхрящницу и

височную фасцию, в одном случае - комбинацию хрящевого ауто трансплантата с фасцией еще в одном случае использовали измельченный хрящ, завернутый в фасцию.

Для коррекции мягкотканой формы деформации «клюв попугая» в двух случаях использовали инъекции триамцинолона, что позволило получить оптимальный результат.

**Коррекция постринопластической деформации перевернутого «V».** Постринопластическая деформация в виде перевернутого «V» встречается часто и сопровождается как эстетическими нарушениями, так и дыхательной дисфункцией. Для профилактики деформации перевернутого «V» и нарушения функции внутреннего носового клапана при первичной ринопластике описаны различные методы. Это установка расширяющих трансплантатов, использование спредер лоскутов, применение шовных методик, методики использования лоскутов из слизистой полости носа. Для выполнения этих способов необходимо наличие неизменной анатомической структуры носа и возможность использования костных или хрящевых ауто трансплантатов.

При вторичной ринопластике не всегда имеется возможность применения существующих методик коррекции деформации перевернутого «V», это особенно часто возникает, если при первичной септопластике не были проведены профилактические меры сохранения функции внутреннего носового клапана.

После первичной ринопластики ее последствия не позволяют использовать методы для вторичной ринопластики, такие как слизистый спредер и спредер лоскута из верхнего латерального хряща. В основном хрящевой трансплантат выделяют из перегородочного хряща при его наличии.

При утрате перегородочного хряща после первичной ринопластики появляется необходимость использования хрящевых или костных ауто трансплантатов из других донорских зон.

Хрящевые ауто трансплантаты из перегородки носа при вторичной ринопластике были использованы у 12 пациентов. У всех этих пациентов остаток хряща перегородки носа имел деформацию и девиацию. Костные спредер ауто трансплантаты были использованы у трех пациентов. Следует отметить, что все они имели коллапс верхнелатеральных хрящей, обструкцию внутреннего носового клапана и деформацию перевернутого «V». Костный ауто трансплантат был выделен из сошника после среза на уровне нижней носовой раковины. После обработки фрезой получали гладкие контуры.

Предложены различные формы и размеры хрящевых и костных спредер трансплантатов, которые должны быть подвергнуты моделированию. Однако трансплантаты могут подвергаться смещению фронтально или расширяться в области цефалических краев латеральных хрящей (латерализация). Это прежде всего связано с фиксацией трансплантата, неправильным дизайном трансплантата. В послеоперационном периоде смещение трансплантата может произойти в процессе рубцевания. В одном случае с целью коррекции коллапса верхнелатерального хряща мы использовали метод липофилинга. Произведена инъекция аутожира в промежуток между нижними краями верхних латеральных хрящей. В другом случае в это же пространство ввели мелко нарезанные хрящи.

**Коррекция деформаций кончика носа.** В настоящее время для устранения деформаций кончика носа шовные методики считаются стандартными. Однако используются и другие, такие как армирование латеральных и медиальных ножек НЛХ и краев крыльев носа, хрящевые аутотрансплантаты, камуфляж при тонкой коже фасцией или размельченным хрящом, техника «шип в паз», устранение деформаций мягкотканых треугольников.

При вторичной ринопластике часто наблюдаются ятрогенные повреждения, связанные с чрезмерным резецированием, ослаблением и деформированием латеральных ножек НЛХ. Для восстановления функции и эстетики необходимо укрепление латеральных ножек НЛХ. Наиболее часто для устранения этих деформаций мы использовали трансплантаты из хряща перегородки или ушные. Ушные трансплантаты имеют изогнутость и трудно моделируются.

Хрящевые аутотрансплантаты мы устанавливали чаще над латеральной ножкой и реже - под ней. Второй вариант более сложный, т.к. необходима диссекция подлежащей кожи под оптическим увеличением. При деформации латеральных ножек НЛХ часто имеется обструкция наружного носового клапана. В наших случаях это наблюдалось у более половины пациентов. При ослаблении латеральных ножек происходит ее вогнутая деформация. С целью устранения дефекта проводили укрепление медиальных ножек НЛХ. Хрящевая или костная колумеллярная подпорка устанавливалась между медиальными ножками и сшивалась между собой нитями 5/0. Мы также использовали методику соединения трансплантата с медиальной ножкой по типу «шип в паз». В литературе данная методика называется «tongue in groove». Данный метод мы использовали для ротации и позиционирования кончика носа, для устранения свисающей колумеллы, устранения девиации каудального отдела перегородки. Эту методику мы использовали не только изолированно, но и при исправлении деформации хрящевого отдела перегородки носа.

Следует отметить, что при данной методике, если кожно-хрящевая «связка Pitanguy» выраженная, то ее можно удалить и использовать как аутотрансплантат для выравнивания контуров спинки носа. Временная фиксация инъекционными иглами симметрично удерживает оба купола.

При искривлении хрящевого отдела перегородки носа в двух случаях мы использовали маневр «болтающаяся дверь». После перемещения медиальных ножек в цефалическом направлении производили фиксацию нитями PDS 5/0. При этом избыток слизистой перегородки носа более 2-4 мм продольно резецируется. Методика «шип в паз» в одном случае дополнена колумеллярной подпоркой для укрепления медиальных ножек.

При перемещении медиальных ножек вверх при использовании методики «шип в паз» возможна дыхательная дисфункция из-за сужения наружного носового клана, что необходимо учитывать при планировании операции. Проблемы могут возникнуть с мягкотканым треугольником кончика носа (это верхушка ноздри, где кожа прилегает к коже без хрящевого каркаса). После наложения швов образуются вертикальные складки или выемки в виде деформаций края ноздри. Для устранения этой деформации в одном случае мы использовали мягкотканый аутотрансплантат из связки Питанги.

Проблемы истонченной коже кончика носа вследствие предыдущей операции возникли у четырех пациентов. При армировании кончика носа требуется их

камуфляж, т.к. тонкая кожа не может сгладить неровности после реконструкции. С этой целью в одном случае мы использовали мелконарезанные аутохрящи, которые ввели под кожу кончика носа иглой для липофилинга.

**Коррекция деформаций контуров спинки носа.** Постринопластические деформации спинки носа являются сложной реконструктивной проблемой. Первичная ринопластика часто сопровождается излишней травматизацией поверхностного мышечно-апоневротического слоя надхрящницы, хрящей и надкостницы спинки носа. Агрессивные вмешательства на костно-хрящевом отделе спинки носа часто наблюдаются при удалении горбинки носа. Последствием является то, что деформированные и нарушенные костно-хрящевые структуры спинки носа невозможно укрыть только тонкой кожей. Для решения данной проблемы предложены различные методы коррекции этих деформаций.

Среди различных способов коррекции деформаций спинки носа использование надхрящницы является методом выбора, когда планируется использование ушного хрящевого аутотрансплантата. При этом нет необходимости в использовании таких донорских зон, как височная и позадиушная фасции, широкая фасция бедра, мышечно-апоневротический слой. В этом случае исчезает необходимость и в использовании синтетических материалов (Surgicel, Tutoplast).

Вторичная коррекция спинки носа нами выполнена 28 пациентам. Из них одну операцию перенесли 18, две – 5, три – 3 и более 3 – 2 пациента. Все они были оперированы в различных ЛПУ Таджикистана. У всех пациентов помимо эстетического дефекта развилась дыхательная дисфункция той или иной степени. Сроки выполнения вторичной ринопластики были от 1 до 3 лет. Анализ причин неудачных ринопластик невозможно было установить из-за отсутствия выписки или протокол операции не был достаточно документирован. В основном, пациентам были произведены септопластики по Киллиану. Судя по клиническому обследованию пациентов, после первичных операций им была проведена некорректная резекция каудальной части перегородки. При проведении двух и более операций ни в одном случае не использовался какой-либо аутотрансплантат, т.к. возможные донорские зоны были интактными.

При внешнем осмотре деформация спинки носа в виде риносколиоза была у 17, ринолордоза – у 6 и ринокифоза - у 5 пациентов. У трех пациентов имелись послеоперационные рубцы на коже спинки носа. Девиация спинки носа возникла у 11 пациентов. Кончик носа был опущен у 15, вздернут – у 4, деформация калумеллы была у 8 пациентов. Ни в одном случае следов послеоперационного рубца на калумелле не было, т.к. всем была выполнена закрытая ринопластика. Ранее все эти пациенты перенесли травму носа, однако первичная ринопластика была, видимо, направлена на устранение дисфункции дыхания и, по всей вероятности, реконструкция наружного носа не проводилась.

Однако дисфункция наружного клапана носа из-за сужения ноздрей имелись у 11 пациентов. Тест Cottle и тест ушными палочками выявил недостаточность внутреннего носового клапана у 13 пациентов. Неустраненная девиация носовой перегородки была выявлена у 9 человек. Гипертрофический ринит имелся у 10, атрофический - у 11 пациентов. Всем пациентам была проведена КТ, при которой установлена деформация как хрящевой, так и костной структуры носа. Выраженная гипертрофия нижней носовой раковины выявлена у 11 человек. Тест с инъекцией



адреналина у всех пациентов указал на отсутствие уменьшения гипертрофии, т.е. им было показано оперативное вмешательство.

В план реконструкции деформации носа включены следующие этапы:

1. Открытая ринопластика.
2. Остеотомия (срединная и боковые).
3. Сужение спинки носа.
4. Установка трансплантатов для устранения деформации перевернутого «V».
5. Реконструкция резецированных латеральных ножек нижнего латерального хряща.
6. Сужение кончика носа с использованием ауто трансплантата (tip graft).
7. Аугментация спинки носа мелко нарезанными хрящами
8. Коррекция искривления перегородки носа.
9. «Латеропозиция» нижней носовой раковины.

В этой группе все пациенты оперированы открытым доступом. Всем проведена срединная и боковые остеотомии. Армирование спинки носа при помощи ауто трансплантатов выполнено 17 пациентам. Ушная надхрящница при вторичной ринопластике была использована у 5 человек, из них у 3 надхрящница была использована для камуфляжа спинки носа. У одного пациента надхрящница использована для аугментации носолобного угла. У другого пациента надхрящницей окутан мелко нарезанный хрящ. Для получения надхрящницы мы использовали два метода. Первый – надхрящница иссекается вместе с хрящом, затем она отделяется. Второй – надхрящница выделяется до иссечения хряща. При втором методе надхрящницу можно получить больших размеров, чем хрящ.

Методика выделения надхрящницы. Разрез кожи производится позади ушной раковины длиной 4 см по складке. Отмечается окружность надхрящницы и производится насечка. При помощи элеватора выполняется диссекция надхрящницы, которая легко отделяется от хряща. В выпуклой поверхности ушной раковины надхрящница сращена более плотно. В этой области хрящ можно сбивать, чтобы не повредить надхрящницу.

Данный трансплантат особенно удобен для компенсации дефицита покровных слоев и камуфляжа неровностей спинки носа, для коррекции выраженной резекции спинки носа, аугментации спинки и сглаживания контуров. Единственным недостатком является дефицит трансплантата при небольших размерах ушных раковин. Но при использовании надхрящницы с обеих сторон можно получить чехол достаточной ширины и длины. При этом имеется возможность получить трансплантат большого объема. Толщина надхрящницы превосходит височную фасцию. Недостатком использования надхрящницы можно считать ослабление каркаса ушной раковины. Ушной хрящ изолированно без надхрящницы становится ломким и хрупким. Преимуществом использования надхрящницы, по сравнению с другими трансплантатами, является минимальная морбидность донорской зоны.

У 8 пациентов повторная ринопластика проведена с использованием фасциальных, у 6 - фасциально-хрящевых и у 2 – фасциально-костных ауто трансплантатов.

Ауто трансплантат из височной фасции мы применяли с целью камуфляжа хрящевых трансплантатов для восстановления кончика носа, особенно при

повторной ринопластике, когда кожа была истончена. Фасциально-хрящевые ауто-трансплантаты легко моделируются и менее ригидные в отличие от фасциально-костных. Костно-фасциальные ауто-трансплантаты при вторичной ринопластике с истонченной кожей не следует использовать.

Фасциально-костные ауто-трансплантаты возможно использовать, когда имеются показания к резекции нижних носовых раковин из-за минимальной морбидности донорской зоны. Однако этот метод используется при достаточной толщине кожи кончика и спинки носа.

Реберный трансплантат нами использован в двух случаях. Чрезмерная морбидность донорской зоны, сложность моделирования из-за ригидности не позволяют широко использовать этот трансплантат. Однако этот трансплантат не имеет ограничения в размерах и объеме.

Метод липофилинга для коррекции деформаций с целью контурной пластики использован нами в одном случае у пациентки женского пола. Достаточно было использовать 3,0 мл жира. Из первоначально введенного жира через год после резорбции осталось около 50%.

**Оценка эстетических результатов повторной ринопластики.** Оценка результатов повторной ринопластики проводили в сравнительном аспекте до и после операции в сроки 3, 6, 12 месяцев, у некоторых пациентов - через 2 и 3 года при наличии жалоб или неудовлетворенности результатом операции. Результат эстетики оценивался визуальным осмотром и сравнением фотографий в различных проекциях. При этом обращали внимание на симметрию структур носа и анатомические особенности. Обращали внимание на проекцию носа, форму кончика носа и его ширину, ротацию и симметричность. Оценивались состояние крыльев носа и форма ноздрей, опорная функция после реконструкции путем пальпации и послеоперационный рубец на колумелле.

Оценка результатов после коррекции дефекта перегородки носа в каудальном отделе проведена у 31 пациента. Оценка эстетических результатов после операций выполнялась хирургом и пациентом, сравнивая фотографии, а также при помощи визуального осмотра. У всех 31 пациента имелась симметричность структур наружного носа. Претензий на анатомические особенности носа не было. Проекция спинки носа не удовлетворяла двух пациентов. Формой кончика носа по ширине были недовольны трое пациентов. Небольшая ротация кончика носа имелась у одного пациента. На изменения крыльев носа и ноздрей жалоб не было. Опорная функция носа восстановленной перегородки носа при пальпации у всех пациентов была хорошая. На послеоперационный рубец колумеллы никто претензий не предъявлял.

Незначительные проблемы с дыханием оставались у двух, умеренные - у одного пациента. Существенных проблем не было ни у кого.

После коррекции деформации по типу «клюв попугая» у всех 19 пациентов точки назион и ринион были выше передневерхнего угла перегородки. Результаты мягкотканой деформации у всех пациентов признаны как хорошие, жалоб на неудовлетворенность внешнего носа не было ни у одного. У двух пациентов с хрящевой формой деформации проведены инъекции триамцинолона через шесть месяцев после операции. Через год пациенты были довольны результатом операции. Ни у одного пациента с толстой кожей, а их было 11 в этой группе, не было проблем с эстетикой. Устранение мертвого пространства во всех случаях было признано

удовлетворительным. Симметричность наружного носа была достигнута во всех случаях. Проблем с избыточным рубцеванием после операции в сроки до года ни у одного пациента не возникло.

Результаты коррекции постринопластической деформации в виде перевернутого «V» прослежены у 14 человек. У всех пациентов спинка носа была симметричной, девиации кончика носа и нарушений проекции носа после операции не было. Трансплантаты под кожей были невидимыми. Пациенты были довольны результатами эстетики.

Деформация кончика носа имелась у 13 пациентов. Все они ранее перенесли септопластику по Киллиану и во всех случаях была выполнена некорректная резекция каудальной части носовой перегородки. Результаты пластики кончика носа L-образным хрящевым трансплантатом во всех случаях признаны хорошими. Кончик носа был приподнят, ноздри стали симметричными и носовое дыхание улучшилось.

Результаты коррекции деформации спинки носа через год были оценены у 26 пациентов, т.к. двое пациентов выбыли из поля зрения. Хотя ближайшие результаты в сроки 3, 6 месяцев после операции были оценены как хорошие. Несмотря на то, что эти пациенты ранее перенесли по несколько операций, однако ретроспективный анализ показал, что в большинстве случаев реконструкция носа не была произведена. Видимо, все операции были направлены на улучшение дыхания. Несмотря на это, у всех пациентов имелась дисфункция дыхания той или иной степени. После операции девиация спинки носа была устранена у 11, кончик носа был приподнят у 15, деформация колумеллы устранена у 8 пациентов. Дисфункция носа устранена у всех пациентов.

Оценка состояния функции носа до и после вторичной ринопластики представлены в таблице 1.

Транспортная функция до операции была нарушена у всех пациентов в той или иной степени. Через три месяца после операции транспортная функция нормализовалась у 46 (45,5%) пациентов. Через 6 месяцев после операции транспортная функция улучшилась в 1,6 раза, по сравнению с предыдущим показателем, у 69 (73,4%) против 46 (45,5%) пациентов ( $\chi^2=15,62$ ,  $p<0,001$ ). Через 12 месяцев транспортная функция улучшилась в 1,2 раза, по сравнению с предыдущим показателем, у 76 (85,4%) против 69 (73,4%) пациентов ( $\chi^2=3,99$ ,  $p<0,05$ ).

Выделительная функция носа до операции была сохранена у 31 (29,2%) пациента. Эта функция была снижена у 29 (27,4%), повышена у 46 (43,4%) человек. Через три месяца после операции улучшение до нормы было у 58 (57,4%) против 31 (29,2%) до операции ( $\chi^2=16,76$ ,  $p<0,001$ ), через 6 месяцев - у 80 (85,1%) против 31 (29,2%) до операции ( $\chi^2=62,95$ ,  $p<0,001$ ), а через 12 месяцев - у 86 (96,6%) пациентов против 31 (29,2%) до операции ( $\chi^2=91,53$ ,  $p<0,001$ ). Только лишь у трех пациентов транспортная функция оставалась нарушенной, видимо, это было связано с органическими нарушениями слизистой полости носа.

**Таблица 1. - Показатели состояния функции носа до и после операций**

Метод исследования	Результаты исследований				p
	до лечения	3 мес.	6 мес.	12 мес.	
	n=106	n=101	n=94	n=89	
Транспортная функция					$\chi^2=174,5$ $p<0,01$

- I ст.	28 (26,4%)	15 (14,9%)	7 (7,4%)	0	
- II ст.	51 (48,1%)	26 (25,7%)	11 (11,7%)	11 (12,4%)	
- III ст.	27 (25,5%)	14 (13,9%)	7 (7,5%)	2 (2,2%)	
- норма	0	46 (45,5%)	69 (73,4%)	76 (85,4%)	
<b>Выделительная функция</b>					
- норма	31 (29,2%)	58 (57,4%)	80 (85,1%)	86 (96,6%)	$\chi^2=120,7$ $p<0,01$
- снижена	29 (27,4%)	12 (11,9%)	5 (5,3%)	2 (2,2%)	
- повышена	46 (43,4%)	31 (30,7%)	9 (9,6%)	1 (1,1%)	
<b>Всасывательная функция</b>					
- норма	41 (38,7%)	74 (73,3%)	82 (87,2%)	86 (96,6%)	$\chi^2=97,2$ $p<0,001$
- замедленная	65 (61,3%)	27 (26,7%)	12 (12,8%)	3 (3,4%)	
<b>Функция обоняния</b>					
Норма – все запахи	26 (24,5%)	53 (52,5%)	81 (86,2%)	87 (97,8%)	$\chi^2=142,6$ $p<0,01$
гипосмия - I ст.	32 (30,2%)	19 (18,8%)	2 (2,1%)	0	
гипосмия - II ст.	31 (29,3%)	18 (17,8%)	6 (6,4%)	1 (1,1%)	
гипосмия - III ст.	17 (16,0%)	11 (10,9%)	5 (5,3%)	1 (1,1%)	
<b>Гипертрофия ННР</b>					
- I ст.	64 (60,4%)	11 (10,9%)	6 (6,4%)	4 (4,5%)	$\chi^2=258,9$ $p<0,01$
- II ст.	16 (15,1%)	7 (6,9%)	3 (3,2%)	1 (1,1%)	
- III ст.	15 (14,1%)	7 (6,6%)	2 (2,1%)	0	
- IV ст.	11 (10,4%)	0	0	0	
- нет	0	76 (75,2%)	83 (88,3%)	84 (94,4%)	
<b>Дисфункция дыхания</b>					
- слабая	33 (31,1%)	9 (8,9%)	3 (3,2%)	0	$\chi^2=322,6$ $p<0,01$
- умеренная	37 (34,9%)	6 (5,9%)	1 (1,1%)	0	
- выраженная	36 (34,0%)	0	0	0	
- нет	0	86 (85,1%)	90 (95,7%)	89 (100%)	

**Примечание:** p – статистическая значимость различия показателей в динамике (по Q критерию Кохрена, результаты парных сравнений приведены ниже в тексте)

Всасывательная функция до операции была замедленной у 65 (61,3%) пациентов. Через три месяца после операции она улучшилась в 1,9 раза у 74 (73,3%) против 41 (38,7%) пациента ( $\chi^2=25,06$ ,  $p<0,001$ ). Через 6 месяцев она улучшилась в 1,2 раза у 80 (85,1%) против 74 (73,3%) пациентов ( $\chi^2=4,11$ ,  $p<0,05$ ), а через 12 месяцев - в 1,1 раза у 86 (96,6%) против 80 (85,1%) пациентов ( $\chi^2=7,2$ ,  $p<0,01$ ).

Функция обоняния также страдала в той или иной степени. Сохраненная функция обоняния до операции была у 26 (24,5%) пациентов. Гипосмия I ст. до операции отмечалась у 32 (30,2%) пациентов. Через 3 месяца после операции гипосмия уменьшилась в 1,6 раза у 19 (18,8%) против 32 (30,2%) пациентов ( $\chi^2=3,61$ ,  $p>0,05$ ), через 6 месяцев - в 8,9 раза у 2 (2,1%) против 32 (30,2%) пациентов до операции ( $\chi^2=27,80$ ,  $p<0,001$ ), а через 12 месяцев её не было ни у одного пациента в этой группе.

Гипосмия II ст. до операции имелась у 31 (29,3%) пациента. Через три месяца после операции она уменьшилась в 1,6 раза у 18 (17,8%) против 31 (29,3%) пациента

( $\chi^2=3,74$ ,  $p>0,05$ ), через 6 месяцев – в 2,8 раза у 6 (6,4%) против 31 (29,3%) пациента ( $\chi^2=17,27$ ,  $p<0,001$ ), а через 12 месяцев сохранялось только у одного пациента.

Гипосмия III ст. до операции была у 17 (16,0%) пациентов. Через 3 месяца после операции она уменьшилась в 1,5 раза у 11 (10,9%) против 17 (16,0%) пациентов ( $\chi^2=1,17$ ,  $p>0,05$ ), через 6 месяцев - в 2,1 раза у 5 (5,3%) против 17 (16,0%) пациентов ( $\chi^2=5,85$ ,  $p<0,05$ ), а через 12 месяцев она имела у одного пациента.

До операции все пациенты жаловались на дисфункцию дыхания той или иной степени. Слабая дисфункция дыхания до операции была у 33 (31,1%) человек. Она уменьшилась через 3 и 6 месяцев в 3,5 и 2,8 раза соответственно. Выраженная дисфункция до операции была у 36 (35,0%) пациентов. Через 3 месяца после операции ни один пациент не жаловался на нарушение дыхания ( $\chi^2=41,52$ ,  $p<0,001$ ).

Гипертрофия нижней носовой раковины разной степени выраженности наблюдалось у всех пациентов. Однако мы считаем, что гипертрофию нижней носовой раковины I – III ст. не следует оперировать, т.к. она является транзиторной. После устранения деформации и дисфункции носа она со временем проходит. Это подтверждают и наши наблюдения. При гипертрофии нижней носовой раковины IV ст. всем 11 пациентам была выполнена резекция нижней носовой раковины. Она выполнялась без каких-либо технических затруднений и осложнений в виде кровотечения не было. Для субъективной оценки послеоперационного результата мы использовали адаптированную и упрощенную шкалу выраженности симптомов назальной обструкции NOSE (2004).

При оценке функционального состояния дыхания до операции ( $n=106$ ) по опроснику NOSE «незначительная проблема» была у 11 (10,4%), «умеренная проблема» - у 12 (11,3%), «существенная проблема» - у 18 (17,0%) и «очень серьезная» - у 65 (61,3%) человек. После операции у 89 пациентов в процессе наблюдения средний суммарный балл снизился до 4 (максимальный 16). У 82 (92,2 %) пациентов не было проблем с дыханием. Незначительные и умеренные проблемы с дыханием были лишь у 7 (7,8%) пациентов (таблица 2).

**Таблица 2. – Результаты оценки функционального состояния дыхания по опроснику NOSE**

Проблемы дыхания	До операции (n=106)	После операции (n=89)	p
Незначительные	11 (10,4%)	4 (4,5%)	>0,05
Умеренные	12 (11,3%)	3 (3,4%)	>0,05
Существенные	18 (17,0%)	0 (0,0%)	<0,001
Серьезные	65 (61,3%)	0 (0,0%)	<0,001

**Примечание:** p – статистическая значимость различия показателей до и после операции (по критерию МакНемара)

С целью оценки качества жизни пациента при помощи опросника ROE была проведена оценка результатов операций на основании субъективных высказываний пациента. Анализ анкетирования выявил, что из 89 пациентов 87 (97,8%) были удовлетворены результатам операций. Опросник ROE до и после вторичной ринопластики статистически достоверно показал удовлетворенность эстетикой носа и качеством жизни пациентами ( $p<0,001$ ).

После обработки данных анкетирования по опроснику NAFEQ были получены следующие результаты: на основании субъективных мнений пациентов после проведенной вторичной ринопластики выявлено статистически достоверное

улучшение эстетики носа ( $p < 0,001$ ) и статистически достоверное улучшение функции носа ( $p < 0,001$ ).

### **ВЫВОДЫ**

1. Причинами ошибок и осложнений после первичной ринопластики были: недостаточная квалификация ринопластов, незнание анатомии носа и выполнение морально устаревших оперативных вмешательств, некорректное обращение с тканями носа [1-А, 2-А, 3-А, 9-А, 14-А].

2. Функциональные нарушения носового дыхания после первичной ринопластики были выявлены у всех пациентов, которые спустя 12 месяцев после ревизионной ринопластики не были отмечены у 92,2% оперированных [4-А, 8-А, 12-А].

3. При комплексном обследовании с применением фиброриноскопии, цифровой рентгенографии и компьютерной томографии у всех пациентов выявлены постринопластические деформации, характер которых зависел от неадекватно проведенной ранее ринопластики на костно-хрящевых тканях носа [1-А, 2-А, 3-А, 4-А, 11-А].

4. На основании выявленных постринопластических деформаций уточнены показания и разработана рациональная хирургическая тактика ревизионной ринопластики [4-А, 5-А, 6-А, 7-А, 10-А, 13-А, 15-А].

5. Непосредственные и отдаленные результаты по данным опросника NAFEQ до и после повторной ринопластики выявил значимое улучшение функции и эстетики носа. Опросник ROE после вторичной ринопластики показал значимое увеличение удовлетворенности пациентами эстетикой носа и повышение качества их жизни. При оценке функционального состояния дыхания по опроснику NOSE у 92,2% пациентов не было проблем с дыханием [4-А, 8-А, 11-А, 12-А].

### **РЕКОМЕНДАЦИИ ПО ПРАКТИЧЕСКОМУ ИСПОЛЬЗОВАНИЮ РЕЗУЛЬТАТОВ**

1. При планировании операции вторичной ринопластики необходимо учитывать наличие дисморфофобии у пациентов.

2. При вторичной ринопластике открытый доступ должен быть предпочтительным.

3. Мобилизация надхрящично надкостничного лоскута на спинке носа при вторичной ринопластике должна быть обязательным условием.

4. Выделение ауто трансплантатов из операционной зоны (хрящ перегородки носа, крыльчатые хрящи, сошник) исключает морбидность донорской зоны.

5. Использование мелко нарезанных аутохрящей с целью камуфляжа сложных деформаций носа облегчает реконструкцию и дает надежные результаты при вторичной ринопластике.

6. Использование трансплантата из надхрящичной ушной раковины, а иногда вместе с хрящом, позволяет получить надежный результат выравнивания спинки носа.

7. Реберные ауто трансплантаты должны быть использованы в исключительных случаях из-за чрезмерной морбидности донорской зоны.

8. При оценке результата повторной ринопластики мнение пациента должно быть обязательно учтено и необходимо использовать опросники.

### **ПУБЛИКАЦИИ ПО ТЕМЕ ДИССЕРТАЦИИ Статьи в рецензируемых журналах**

[1-А]. Азизов, К.Н. Проблемы вторичной ринопластики [Текст] / К.Н. Азизов, К.П. Артыков, Э.Х. Исмоилов // Вестник Авиценны. – 2020. – Т. 22, № 4. – С. 595-605.

[2-А]. Азизов, К.Н. Проблемаҳои функсионалі ва эстетикии бемороне, ки ба ринопластикаи такрорӣ эҳтиёльдоранд [Матн] / К.Н. Азизов, К.П. Артыков, Э.Х. Исмоилов, И.Н. Хван // Авҷи Зухал. – 2021. – №1 – С. 103-108.

[3-А]. Азизов, К.Н. Анализ причин неудачной ринопластики [Текст] / К.Н. Азизов, К.П. Артыков, О.Ф. Солиев, Н.М. Мирзоев // Здравоохранение Таджикистана. – 2021. – № 3. – С. 11-16.

[4-А]. Азизов, К.Н. Оценка функциональных и эстетических результатов повторной ринопластики [Текст] / К.Н. Азизов // Симург. – 2021. – № 4. – С. 26-33.

**Статьи и тезисы, опубликованные в сборниках конференций  
Республики Таджикистан и за рубежом:**

[5-А]. Азизов, К.Н. Выбор хрящевых ауто трансплантатов при повторной реконструкции носа [Текст] / К.Н. Азизов // Материалы 68-ой годичной международной научно-практической конференции ТГМУ им. Абуали ибни Сино «Достижения и проблемы фундаментальной науки и клинической медицины», посвященной «Годам развития села, туризма и народных ремёсел (2019-2021)». – Душанбе, 2020. – С. 35.

[6-А]. Азизов, К.Н. Использование фасциальных ауто трансплантатов при вторичной ринопластике [Текст] / К.Н. Азизов, К.П. Артыков, И.Т. Иброхимов // Материалы 68-ой годичной международной научно-практической конференции ТГМУ им. Абуали ибни Сино «Достижения и проблемы фундаментальной науки и клинической медицины», посвященной «Годам развития села, туризма и народных ремёсел (2019-2021)». – Душанбе, 2020. – С. 36.

[7-А]. Азизов, К.Н. Выбор доступа при ревизионной ринопластике [Текст] / К.Н. Азизов, К.П. Артыков, И.Т. Иброхимов // Материалы годичной научно-практической конференции Республиканского научного центра сердечно-сосудистой хирургии с международным участием «Актуальные вопросы сердечно-сосудистой, эндоваскулярной и восстановительной хирургии». – Душанбе, 2020. – С. 102.

[8-А]. Азизов, К.Н. Оценка функции дыхания до ревизионной ринопластики [Текст] / К.П. Артыков, К.Н. Азизов, И.Т. Иброхимов // Материалы годичной научно-практической конференции Республиканского научного центра сердечно-сосудистой хирургии с международным участием «Актуальные вопросы сердечно-сосудистой, эндоваскулярной и восстановительной хирургии». – Душанбе, 2020. – С. 104.

[9-А]. Азизов, К.Н. Показания к ревизионной ринопластике [Текст] / К.П. Артыков, К.Н. Азизов // Материалы ежегодной XXVI-й научно-практической конференции ГОУ ИПОвСЗ РТ «Опыт и перспективы формирования здоровья населения». – Душанбе, 2019. – С. 62-63.

[10-А]. Азизов, К.Н. Открытый доступ при вторичной ринопластике [Текст] / К.Н. Азизов, К.П. Артыков // Материалы ежегодной XXV-й научно-практической конференции ГОУ ИПОвСЗ РТ «Опыт и перспективы формирования здоровья населения». – Душанбе, 2019. – С. 61.

[11-А]. Азизов, К.Н. Восстановление опорности носа при вторичной ринопластике [Текст] / К.Н. Азизов, Г.Н. Шарипов, И.Т. Иброхимов, А.С. Ситамов // Материалы XV-ой международной научно-практической конференции молодых ученых и

студентов ТГМУ им. Абуали ибни Сино «Современные проблемы и перспективные направления инновационного развития науки». – Душанбе, 2020. – С. 118.

[12-А]. Азизов, К.Н. Нарушение функции дыхания до операции вторичной ринопластики [Текст] / К.Н. Азизов, Г.Н. Шарипов, И.Т. Иброхимов, Ш.С. Назаров // Материалы XV-ой международной научно-практической конференции молодых ученых и студентов ТГМУ им. Абуали ибни Сино «Современные проблемы и перспективные направления инновационного развития науки». – Душанбе, 2020. – С. 118.

[13-А]. Азизов, К.Н. Использование аутотрансплантатов из хрящей крыльев носа и четырехугольного хряща при вторичной ринопластике [Текст] / К.Н. Азизов, Г.Н. Шарипов, Ф.Ф. Абдурахмонов, Э.Х. Исмаилов // Материалы XV-ой международной научно-практической конференции молодых ученых и студентов ТГМУ им. Абуали ибни Сино «Современные проблемы и перспективные направления инновационного развития науки». – Душанбе, 2020. – С. 117-118.

[14-А]. Азизов, К.Н. Повторные операции после ринопластики [Текст] / К.Н. Азизов, Г.Н. Шарипов, И.Т. Иброхимов, О.Б. Сариев // Материалы XV-ой международной научно-практической конференции молодых ученых и студентов ТГМУ им. Абуали ибни Сино «Современные проблемы и перспективные направления инновационного развития науки». – Душанбе, 2020. – С. 257.

[15-А]. Азизов, К.Н. Выбор оперативного доступа при повторной септоринопластики [Текст] / К.Н. Азизов, Г.Н. Шарипов, И.Т. Иброхимов, Б.Х. Хакимзода // Материалы XV-ой международной научно-практической конференции молодых ученых и студентов ТГМУ им. Абуали ибни Сино «Современные проблемы и перспективные направления инновационного развития науки». – Душанбе, 2020. – С. 258.

#### **Перечень сокращений, условных обозначений**

НЛХ	–	нижний латеральный хрящ
ТГМУ	–	Таджикский государственный медицинский университет
РНЦССХ	–	Республиканской научный центр сердечно-сосудистой хирургии
NOSE	–	Nasal Obstruction Symptom Evaluation
ROE	–	Rhinoplasty outcome evaluation
NAFEQ	–	Nasal Appearance and Function Evaluation Questionnaire



**МД «МАРКАЗИ ҶУМҲУРИЯВИИ ИЛМИИ  
ҶАРОҲИИ ДИЛУ РАҒҲО»**

*Бо ҳуқуқи дастнавис*

**УДК: 616.211-007.24-089**

**АЗИЗОВ ҚУДРАТУЛЛО НАЗРУЛЛОЕВИЧ**

**ХУСУСИЯТҲОИ РИНОПЛАСТИКАИ ДУВУМӢ**

**АВТОРЕФЕРАТИ**

диссертатсия барои дарёфти дараҷаи илмии  
номзади илмҳои тиб аз рӯйи ихтисоси  
14.01.03 – Бемориҳои гӯш, гулӯ ва бинӣ

**Душанбе – 2023**



## Мукаддима

**Мубрамии мавзӯи таҳқиқот.** Ринопластика дар вақтҳои охир яке аз маъмултарин ҷарроҳии пластикӣ гаштааст [Алиуллина А.Д. ва диг., 2023; Zelko I. et al., 2023]. Бо зиёд шудани миқдори ринопластикаи эстетикӣ талабот ба сифати ин намуд амалиёт низ афзудааст. Дар навбати худ, ин амалиёти ҷарроҳӣ яке аз мураккабтаринҳо ба шумор меравад, зеро пас аз ҷарроҳӣ имконияти пайдо шудани оризаҳои гуногун мумкин аст, ки пешбинӣ кардани онҳо барои ҷарроҳ мушкул мебошад [Виссарионов В.А. ва диг., 2010; Қурбонов У.А. ва диг., 2016; Chen H. et al., 2023]. Бинобар ин, чӣ қадар, ки миқдори табибони ба ринопластика сару кордошта зиёд шавад, ҳамон қадар миқдори беморони ба ҷарроҳии ревизионӣ ниёздошта низ зиёд мешавад [Wee H. et al., 2015].

Дар адабиёти илмӣ муосир мушкилоти септоринопластикаи такрорӣ дар таҳқиқотҳои миқдоран на чандон зиёди ретроспективӣ инъикос ёфтаанд, аксаран онҳо таҷрибаи як ҷарроҳ ё муассисаро тавсиф мекунад, ки ин ба даст овардани хулосаи клиникиро душвор мегардонад [An Y. et al., 2023; Lisiecki J.L. et al., 2023]. Таҳқиқотҳои нисбатан умумитар ва дастрас дар адабиётҳои ба ринопластикаи эстетикӣ бахшидашуда ба басомади ринопластикаи ревизионӣ 4,0% ва 15,5% далолат мекунад [Raskin J. et al., 2022; Youn G.M. et al., 2023]. Ғайр аз ин, мумкин аст, ки басомади ҷарроҳии такорӣ нодида гирифта шавад, зеро муаллифон маълумотҳои шахсии худро баррасӣ мекунад ва беморонро, ки барои ҷарроҳии ревизионӣ ба дигар муассисаҳо муроҷат мекунад, дохил намекунад ва бо ҳамин нишондиҳандаҳои иттилоотии ревизияро паст мекунад [Cuzalina A. et al., 2012; Martino C. et al., 2023; Neaman K.C. et al., 2013].

Банақшагирӣ ва амалиёти ҷарроҳии ринопластикаи ревизионӣ назар ба септоринопластикаи аввалия хеле душвор аст. Ҷарроҳии дувумӣ бояд бо ҷузъиётҳо ба нақша гирифта шавад, тағйиротҳои анатомӣ, ки пас аз ринопластикаи аввалия ё бисёркарата ба амал меоянд, ба ҳисоб гирифта шаванд. Бидуни ин аксар вақт ҷарроҳии такроран иҷро кардашуда ҳам ҷарроҳ ва ҳам беморро маъюс мекунад [Wei J. et al., 2023]. Сабабҳои ҷарроҳии такрорӣ, маъмулан, деформатсияи хусусияти ятрогенидошта ва нодуруст иҷро намудани ҷарроҳӣ мебошанд [Chen H. et al., 2023; Wee H. et al., 2023].

Барои ҳамин ҳам, масъалаҳои ринопластикаи дувумӣ мавзӯи омӯзиш барои ҳама ҷарроҳони пластикӣ мебошад, ки ба ринопластика сари кордоранд. Ҷарроҳи бинӣ ухдадор аст, ки деформатсияи биниро, пеш аз ринопластикаи такрорӣ ба нақша гирифташуда ҷиддан баррасӣ кунад [Ferril G.R. et al., 2013; Raskin J. et al., 2022]. Ҷарроҳии бемуваффақият иҷро кардашудаи бинӣ ба бемор таъсири манфӣ мерасонад, агрессияи рӯҳиро ба вучуд меорад ва метавонад ба тафтишоти юридикӣ кашида шавад [Davis R.E. et al., 2012; Günel C. et al., 2015]. Дар Тоҷикистон оид ба табобати ҷарроҳии оризаҳои ринопластика таҳқиқот гузаронида нашудааст, дар адабиёти илмӣ оид ба масъалаҳои ташхис ва интихоби тактикаи табобат ва усулҳои табобати ин контингенти беморон нашрияҳо кам ҳастанд. Вобаста ба гуфтаҳои боло, мубрамияти самти мазкур асоси гузаронидани ин пажӯҳишро ташкил дод.

**Дарачаи азхудшудаи масъалаи илмӣ.** Дар адабиёти ба усулҳои мушаххаси ринопластика бахшидашуда, басомади ревизияҳо аз 4,0% то 15,5%-ро ташкил медиҳад [Raskin J. et al., 2022; Youn G.M. et al., 2023]. Исбот карда

шудааст, ки септопластикаи стандартӣ сатҳи пасттарини ревизияро дорад - 2,5% [Karlsson T.R. et al., 2013; Youn G.M. et al., 2023]. Бо мураккаб шудани процедураҳои септопластика, миқдори ҷарроҳҳои ревизионӣ аз 7% то 8% зиёд шудааст [Дайхес Н.О., 2015; Диденко В.В. и др., 2011]. Файр аз ин, муайян карда шуд, ки нишондиҳандаҳои ревизия метавонанд паст бошанд, зеро на ҳамаи муаллифон беморонро, ки ба дигар муассисаҳо муроҷиат мекунанд, дохил менамоянд [Алиуллина А.Д. и др., 2023; Диденко В.В., 2011]. Дар асоси таҳлили овардашудаи басомади ревизия ва омилҳои хатар дар 175842 бемороне, ки септоринопластикаро аз сар гузаронидаанд, муайян карда шуд, ки коэффитсиенти ревизия аз 3,1% то 16,9% тағйир меёфт. Ин аз мураккабии ҷарроҳии гузаронидашуда вобаста аст [Karlsson T.R. et al., 2013]. Муқаррар карда шуд, ки ҳангоми истифода намудани трансплантати қабурға (мураккабтарин процедура), баландтарин басомади ревизия - 21,5% дида шуд [Moretti et al., 2013; Wee H. et al., 2015].

Муқаррар карда шуд, ки оқибати септоринопластика метавонад ҳам бо хусусиятҳои анатомӣ-физиологии организм ва ҳам бо мураккаб будани деформатсияи бофтаҳои бинӣ дар натиҷаи агрессияи ҷарроҳӣ алоқаманд бошад [Диденко В.В. и др., 2011; Li J. et al., 2013]. Аз ҷумла, муқаррар карда шуд, ки пас аз ринопластикаи редуксионӣ хурд шудани сӯроҳҳои бинӣ ба амал меояд ва ин талабгор барои ринопластикаи такрорӣ аст. Дар ин беморон танг шудани даромадгоҳи бинӣ дар 80%-и ҳолатҳо ба мушоҳида мерасад [Қурбонов У.А. ва диг., 2016]. Муайян карда шуд, ки проблемаҳои клапани берунии бинӣ пас аз деформатсияи паҳлӯии латералии тағояк ҳангоми ринопластикаи аввалӣ ва такрорӣ пайдо мешаванд [Икромов М.Қ. ва диг., 2011].

Бо мақсади профилактикаи ихтилолҳои нафаскашӣ наздик кардани устухонҳои пирамида болотар аз клапани дарунии бинӣ пешниҳод карда шуд [Зайченко Б.С., 2011]. Аммо чунин нуқтаи назар мавҷуд аст, ки остеотомияи амиқ гузаронидашуда низ метавонад апертураи нокмонандро хеле кам кунад [Lisiecki J.L. et al., 2023]. Ҳангоми ринопластикаи ревизионӣ дар 70%-и ҳолатҳо бандшавии бинӣ бо сабаби деформатсияи бартарафнашудаи девораи бинӣ ва стенози клапан ба амал омадааст [Kucuker I. et al., 2013]. Ҳангоми ҷудо кардани девораи бинӣ аз тағояки болоии латералӣ дисфунксияи клапан ба вучуд меояд, ки инро ҳангоми истифода намудани риноманометрия (акустикӣ) муайян кардан мумкин аст [Русецкий Ю.Ю. и др., 2012].

Таҳқиқотҳои сершуморе ба омӯзиши норасоии клапани беруний ва дарунии бинӣ бахшида шудаанд, ки барои коркарди амалиётҳои гуногуни ҷарроҳӣ асос гаштаанд [Зайченко Б.С., 2011; Русецкий Ю.Ю. и др., 2012; Таһа М.А. et al., 2023].

Илман асоснок карда шудааст, ки ҳангоми ринопластикаи такрорӣ усули асосии реконструксия истифода намудани трансплантатҳо аз тағояк, эпихондриум, фастсия ва ҷарби зерипӯстӣ ба ҳисоб меравад [Arslan E. et al., 2012; Calvert J.W. et al., 2014; Daniel R.K., 2014].

Дар вақтҳои охир тағоякҳои майда резакардашуда [Komori M. et al., 2012] ва фастсияи чаккаро [Calvert J.W., 2015; Besharatizadeh R. et al., 2011] васеъ истифода менамоянд. Ҳамин гуна самаранокӣ ҳангоми истифода намудани фастсияи пистонакшакл низ исбот карда шудааст [Antohi N. et al., 2012; Dogan T. et al., 2012].

Аутоотрансплантати тағояки гӯш аксар вақт ҳангоми ринопластикаи такрорӣ истифода мегардад, резорбсияи он ё вучуд надорад, ё дар давоми 10 сол хеле кам аст [Baykal B. et al., 2014; Chua D.Y. et al., 2014; Wu G. et al., 2023]. Аутоотрасплантатҳои устухонҳо дар ҷарроҳии бинӣ зиёда аз 75 сол инчониб истифода мешаванд. Дар адабиёт тавсифи муфассали ин усулҳо оварда шудааст. Ҳангоми ринопластикаи такрорӣ аутоотрасплантатҳои устухонҳо аз поза ва пластинаи перпендикулярӣ истифода мекунанд, онҳо резорбсияи минималӣ ва интегратсияи хуб доранд [Cerkes N., 2011; Chung Y.S. et al., 2014].

**Иртиботи таҳқиқот бо барномаҳо (лоихаҳо), мавзӯҳои илмӣ.** Таҳқиқоти диссертатсия дар доираи мавзӯи ташаббусии МД «Маркази ҷумҳуриявии илмии ҷарроҳии дилу рағҳо» ва кафедраи бемориҳои ҷарроҳии №2 ба номи академик Н.У. Усмонови МДТ Донишгоҳи давлатии тиббии Тоҷикистон ба номи Абуалӣ ибни Сино «Технологияи нав дар ҷарроҳии реконструктивӣ-пластикӣ» иҷро карда шудааст.

### **ТАВСИФИ УМУМИИ ТАТАҲҚИҚОТ**

**Мақсади таҳқиқот:** беҳтар сохтани натиҷаҳои эстетикӣ ва функционалии ринопластикаи такрорӣ.

#### **Вазифаҳои таҳқиқот:**

1. Муайян намудани сабабҳои хатоҳо ва оризаҳои ринопластикаи аввалия, ки барои ринопластикаи ревизионӣ нишондод ҳастанд.
2. Омӯзиши ҳолати функционалии нафаскашӣ бо бинӣ (функсияҳои ҷаббидан, хоричкунӣ, бўёӣ, интиқолии пардаи луобии бинӣ, дараҷаи гипертрофияи садафҳои поёнии бинӣ) то ва баъди риноспластикаи дувумӣ.
3. Дар асоси фиброриноскопия, рентгенографияи рақамӣ ва томографияи компютерӣ муайян кардани хусусиятҳо ва миқдори деформатсияҳои бинӣ пас аз ринопластикаи аввалия.
4. Дақиқ кардани нишондодҳо ва такмил додани усулҳои ринопластикаи такрорӣ.
5. Баҳо додан ба натиҷаҳои бевосита ва дури табобат.

**Объекти таҳқиқот.** Объекти таҳқиқотро 106 бемор пас аз ринопластикаи аввалия, ки дар давраи солҳои 2015-2021 ба МД «Маркази ҷумҳуриявии илмии ҷарроҳии дилу рағҳо» ва МД “Маҷмааи тандурустии “Истиқлол” бинобарниёз доштан ба ринопластикаи такрорӣ аз сабаби бемуваффақиятии ҷарроҳии гузаронидашуда бистарӣ шуданд, ташкил намуд.

**Мавзӯи таҳқиқот.** Мавзӯи таҳқиқот омӯзиши деформатсияҳои такрорӣ бинӣ пас аз ринопластикаи аввалия, коркарди нишондодҳо барои ҷарроҳии такрорӣ бо мақсади беҳтар сохтани натиҷаҳои эстетикӣ ва функционалӣ бо назардошти деформатсияҳои муайянкардашуда буд.

#### **Навгонии илмӣ таҳқиқот**

Дар асоси таҳлили ретроспективии таърихи беморӣ ва муоинаи беморон хатоҳои асосии содир кардашуда ва оризаҳо ҳангоми ринопластикаи аввалия муайян карда шуданд, ки онҳо барои ринопластикаи ревизионӣ нишондод буданд.

Нишон дода шуд, ки функсияҳои ҷаббидан, хоричкунӣ, шомай ва нақлиётии пардаи луобии бинӣ то ва пас аз ҷарроҳии такрорӣ имконият медиҳанд, ки бо дараҷаи баланди дақиқӣ самаранокии амалиётҳои ҷарроҳии гузаронидашуда ва беҳтар шудани сифати ҳаёти бемор баҳогузорӣ карда шавад.

Дараҷаи баланди имкониятҳои таъхисии фиброриноскопия дар муайян кардани ғафсии поза, дараҷаи деформатсияи девораи бинӣ, амиқӣ ва васеъгии даҳонаи балъум то ва пас аз ринопластикаи ревизионӣ исбот карда шуд, ки ба ҳолати пардаи луобии бинӣ, варам ва ғафсии он ишора мекунад. Аҳамияти бузурги таъхисии рентгенографияи рақамӣ ва томографияи компютерӣ дар муайян намудани хусусиятҳои тағйирот ва деформатсияи бофтаҳои нарм ва устухонҳои бинӣ бо мақсади интихоби самараноки тактикаи дурусти ҷарроҳӣ дақиқ карда шуд.

Дар асоси таҳқиқоти гузаронидашуда нишондодҳо коркард ва усулҳои ринопластикаи такрорӣ такмил дода шуданд.

Бо назардошти муайян кардани хатоҳо ва оризаҳое, ки ҳангоми амалиёти ҷарроҳии аввалия муайян карда шудаанд, тактикаи ҷарроҳӣ мукамал карда шуд, ки он функция ва эстетикаи бинӣ ва сифати ҳаёти беморонро ба таври назаррас беҳтар намуда, дар давраи дури пас аз ринопластикаи ревизионӣ дар 92,2%-и муоинаҳо натиҷаҳои хуб ба даст оварда шавад.

#### **Аҳамияти назариявӣ ва илмию амалии тадқиқот.**

Тавсияҳои амалӣ барои пешгирии намудани хатоҳо ва оризаҳо ҳангоми ринопластикаи аввалия таҳия карда шуда, мақолаҳои аслий нашр шудаанд, ки ҳангоми ба нақша гирифтани таъоботи ҷарроҳии деформатсияҳои постринопластикии бинӣ муфид мебошанд.

Усулҳои пешниҳодшудаи пешгирии ихтилолҳои постринопластикии эстетика ва функцияи бинӣ, ки дар заминаи таҳлили хатоҳои ринопластикаи аввалия бунёд шудаанд, имконият медиҳанд эҳтимоли ринопластикаҳои такрорӣ кам карда шавад.

Таҳқиқоти мазкур ва натиҷаҳои ба даст овардашуда метавонанд, ки ба сифати дастури амалӣ барои ҷарроҳоне, ки бо ринопластика сари кордоранд, ҳангоми гузаронидани ҷарроҳии такрорӣ муфид бошад.

Тактикаи ба система даровардашудаи ҷарроҳӣ ҳангоми ислоҳи деформатсияҳои постринопластикии бинӣ ба ҷарроҳон имкон медиҳад, ки натиҷаҳои нисбатан оптималии эстетикӣ ва функционалиро дар давраи пас аз ҷарроҳӣ ба даст оваранд.

#### **Нуқтаҳои асосии барои химоя пешниҳодшаванда:**

1. Сабабҳои асосии руҳ додани хатоҳо ва пайдо шудани оризаҳо ҳангоми ринопластикаи аввалия нодуруст гузаронидани септопластика бо усули Киллиан, аз ҳад зиёд буридани қисми каудалии девораи бинӣ, гиперрезексияи сусти пойчаи латералии тағоякҳои поёнии паҳлӯӣ, резексияи беасоси пойчаҳои медиалии тағоякҳои болоии латералии бинӣ ба ҳисоб мераванд.

2. То гузаронидани ҷарроҳии ринопластикаи ревизионӣ дар бештари беморон ихтилолҳои назарраси функцияҳои нақлиётӣ, ҷудокунӣ, ҷаббидан ва бўёии бинӣ, ҳамчунин дисфункцияи нафаскашӣ ва дараҷаҳои гуногуни гипертрофияи садафи поёнии бинӣ муайян карда мешавад. Истифодаи тактикаи беҳтар кардашудаи ҷарроҳӣ имконият дод, ки миқдори ихтилолҳои зикршуда хеле кам ва қобилияти функционалӣ ва эстетикӣ бинӣ беҳтар карда шавад.

3. Дар ошкор намудани хусусиятҳо ва миқдори деформатсияҳои бинӣ пас аз ринопластикаи аввалия фиброриноскопия, рентгенографияи рақамӣ ва томографияи компютерӣ дақиқияти олии таъхисиро доро мебошанд.

4. Деформатсияҳои постринопластикии бинӣ бо ихтилолҳои функционалӣ ва эстетикӣ барои ринопластикаи ревизионӣ нишондиҳандаҳои асосӣ ба шумор

мераванд. Усулҳои истифода намудани аутогрансплантатҳои тағоякӣ, фастсиалӣ ва устухонӣ ҳангоми ринопластикаи такрорӣ такмил дода шуданд, методикаи майда кардани тағояк барои ислоҳи деформатсияҳои постринопластикӣ дар якҷоягӣ бо аутогрансплантатҳои эпихондриявӣ ва фастсиалӣ таҳия карда шуд.

5. Истифода кардани тактикаи беҳтар кардашудаи табобати ҷарроҳии деформатсияҳои постринопластикӣ бо коркарди усулҳои нави ислоҳи деформатсияҳои постринопластикӣ «V»-и сарчапа бо реконструксияи яклаҳзаинаи клапани дарунии бинӣ имкон дод, ки функсия ва эстетикаи бинӣ ва сифати ҳаёти бемор беҳтар кунонида шавад.

**Дараҷаи эътимоднокии натиҷаҳо.** Дараҷаи эътимоднокии натиҷаҳо эътимоднокии маълумотҳо, ҳаҷми кофии маводи таҳқиқот, коркарди омории натиҷаҳои таҳқиқот ва нашрияҳо тасдиқ мекунад. Хулоса ва тавсияҳо дар заминаи таҳлилҳои илмӣ натиҷаҳои табобати ҷарроҳии деформатсияҳои постринопластикӣ бинӣ асоснок карда шудаанд.

**Мувофиқати рисола ба шиносномаи ихтисоси илмӣ.** Таҳқиқоти диссертатсия бо шиносномаи КОА-и назди Президенти Ҷумҳурии Тоҷикистон аз рӯи ихтисоси 14.01.03-Бемориҳои гӯш, гулӯ ва бинӣ мувофиқат мекунад.

**Саҳми шахсии довталаби унвони илмӣ.** Муаллифи рисола ҷамъоварӣ, коркард ва таҳлили адабиёти илмӣ дастрас ва коркарди омории маводи клиниро мустақилона иҷро намудааст. Диссертант мустақилона мувоқиқати беморонро анҷом дода, таҳқиқоти заруриро иҷро намуда, амалиётҳои ҷарроҳӣ ҳангоми ринопластикаи такрориро гузаронидааст. Аз ҷониби муаллиф натиҷаҳои наздик ва дури табобат шахсан омӯхта шудааст.

**Таъйид ва татбиқи натиҷаҳои рисола.** Нуктаҳои асосии диссертатсия дар мавридҳои зерин пешниҳод ва баррасӣ шудаанд: дар конференсияи 68-умини МДТ “ДДТТ ба номи Абуалӣ ибни Сино” “Дастовардҳо ва мушкилоти илмҳои фундаменталӣ ва тибби клиникӣ” бахшида ба “Солҳои рушди сайёҳӣ ва ҳунарҳои мардумӣ (2019-2021)” (Душанбе, 2020), конференсияи солони илмӣ-амалии Маркази ҷумҳуриявии илмӣ ҷарроҳии дилу рағҳо «Масъалаҳои мубрами ҷарроҳии дилу рағҳо, эндоваскулярӣ ва барқарорсозӣ» (Душанбе, 2020), конференсияи XXVI-умини илмӣ-амалии МДТ “Донишқадаи таҳсилоти баъдидипломии кормандони соҳаи тандурустии Ҷумҳурии Тоҷикистон” «Маала ва имкониятҳои ташаккули тандурустии аҳоли» (Душанбе, 2019), XV-ум конференсияи байналмиллалии илмӣ-амалии олимони ҷавон ва донишҷӯёни МДТ “ДДТТ ба номи Абуалӣ ибни Сино” «Проблемаҳои муосир ва самтҳои дурнамои рушди инноватсионии илм» (Душанбе, 2020). Диссертатсия дар ҷаласаи Шӯрои олимони МД МҶИҶДР ВТ ва ҲИА ҶТ (Душанбе, протоколи №6 аз 02.07.2021с.) баррасӣ шудааст.

Натиҷаҳои таҳқиқоти гузаронидашуда дар фаъолияти амалии шӯбаи ҷарроҳии барқарорсозии МД МҶИҶДР ВТ ва ҲИА ҶТ ва шӯбаи бемориҳои гӯшу гулӯю бинии МД «Маҷмааи тандурустии «Истиклол» татбиқ, дар кафедраи бемориҳои ҷарроҳии №2 ба номи академик Н.У. Усмонови МДТ «ДДТТ ба номи Абуалӣ ибни Сино» мавриди истифода қарор дода шудааст.

**Интишори натиҷаҳои диссертатсия.** Муаллиф аз рӯи натиҷаҳои мавзӯи диссертатсия 15 таълифоти илмӣ, аз ҷумла 4 мақола дар матбуоти даврии шомили “Феҳристи маҷаллаҳои тақризшаванда”-и КОА назди Президенти

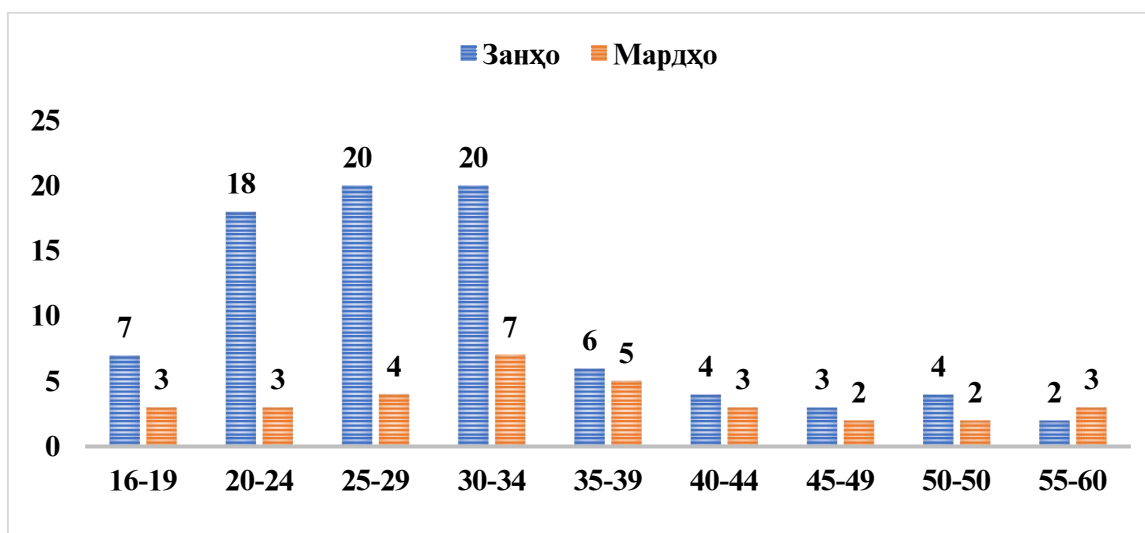
Ҷумҳурии Тоҷикистон нашр кардааст. Шаҳодатномаи беҳсозон №3500/R988 доир ба пешниҳоди “Усули ринопластикаи дувумӣ бо истифодаи бофтаи болоитағоякии пасигӯшӣ” гирифта шудааст.

**Соҳтор ва ҳаҷми рисола.** Диссертатсия дар ҳаҷми 160 саҳифаи матни компютерӣ таълиф шуда, аз муқаддима, тавсифи умумии таҳқиқот, бобҳои мавод ва усулҳои таҳқиқот, 2 боби таҳқиқоти ҳуди муаллиф, муҳокимаи натиҷаҳо, хулоса, тавсияҳо оид ба истифодаи амалии натиҷаҳо ва феҳристи адабиёти истифодашуда, ки 156 сарчашмаро дар бар гирифтааст, аз он 27 сарчашма бо забони русӣ ва 129 сарчашма бо забони англисӣ мебошанд. Дар рисола 26 расм ва 6 ҷадвал оварда шудааст.

## МУҲТАВОИ ТАҲҚИҚОТ

**Мавод ва усулҳои таҳқиқот.** Таҳқиқот дар пойгоҳи Маркази ҷумҳуриявии илмӣ ҷарроҳии дилу рағҳои ВТ ва ҲИА ҚТ иҷро карда шудааст, ки бо дастгоҳҳои муосири ташхисӣ ва муолиҷавӣ барои иҷро намудани септоринопластика таҷҳизотонида шудааст. Ҳама усулҳои функционалии ташхисӣ дар ҳуҷраҳои барои ин махсус таъйиншуда гузаронида шуданд. Истифода намудани дастгоҳҳо ва усулҳои лаборатории ташхис имкон дод, ки беморон ба таври муфассал муоина карда шаванд, баъзе проблемаҳои ташхис асоснок ва нишондодҳо барои истифода кардани ринопластикаи такрорӣ дуруст муайян карда шаванд.

Асоси таҳқиқоти мазкурро натиҷаҳои таҳлили маводи клиникӣ ва муоинаи 106 бемори дорои деформатсияи постринопластикии бинӣ дар давраи солҳои 2015-2021 ташкил медиҳанд. Барои баргузори ин таҳқиқот картаҳои махсус таҳия карда шуданд, ки дар онҳо тамоми иттилооти зарурӣ оид ба шикоятҳо, анамнез, натиҷаҳои таҳқиқоти объективӣ ва инструменталӣ дохил карда шуда буданд. Синну соли беморони ҷарроҳишуда аз 16 то 60-сола буда, занҳои ҷавон ва синну соли қобили меҳнат бартарӣ доштанд (расми 1).



Расми 1. – Гурӯҳбандии беморон вобаста аз синну сол ва ҷинс

Дар байни беморони дохилшуда як ҷарроҳии ринопластикаро 90 (84,9%), ду ҷарроҳиро - 12 (11,3%), се ва бештар амалро - 4 (3,8%) бемор гузарониданд. Ҳамаи ин беморон қаблан дар муассисаҳои гуногуни ташхисӣ-табобатии ҷумҳурӣ ҷарроҳӣ шуда буданд. Аз шаҳри Душанбе - 64 (60,4%) нафар, вилояти



Суғд - 15 (14,2%), вилояти Хатлон - 20 (18,8%) ва ВМКБ - 7 (6,6%) беморон му- рочиат кардаанд.

Асосан 67 (63,2%) бемор ҷарроҳии аввалини ринопластикаро аз бобати ихтилоли функцияи нафаскашӣ гузаронидаанд. Аммо дар онҳо пас аз ҷарроҳӣ на танҳо беҳтаршавии функцияи нафаскашӣ ба амал наомада буд, балки про- блемаҳои эстетикӣ низ пайдо шуданд. Дар 24 (22,6%) бемор аз хусуси дефор- матсияҳои посттравматикии бинӣ ринопластикаи бемуваффақият сурат ги- рифт. Аз хусуси деформатсияҳои бинӣ ҷарроҳии эстетикӣ дар 15 (14,2%) бе- мор иҷро карда шуд.

Беморон пас аз ринопластикаи аввалия дар муҳлатҳои гуногун муруҷиат намудаанд: баъди як сол – 15; баъди ду сол - 26; баъди се сол – 35; баъди чор сол – 21; баъди 5 сол ва зиёдтар – 9 нафар.

Ҳамаи беморон ин ё он дараҷаи ихтилоли функцияи нафаскашӣ доштанд, аммо асосан, онҳоро деформатсияҳои эстетикии бинӣ қаноатманд намесохт. Пас аз ринопластикаи аввалия дар беморон бештар ин пайдо мешуданд:

1. нуқсонҳои девораи бинӣ дар ноҳияи поёнии каудалӣ - 31 бемор;
2. деформатсия ба намуди «минқори тутӣ» - 19 бемор;
3. деформатсия мушобеҳи «V»-и сарчапа - 15 бемор;
4. деформатсияи нӯги бинӣ - 13 бемор;
5. деформатсияи контурҳои пушти бинӣ - 28 бемор.

Ҳангоми баҳодихии клиникӣ ба деформатсияи баъдиринопластикаи бинӣ ба шикоятҳо ва ҳолати психологӣ бемор диққати махсус дода шуд. Ҳан- гоми муоинаи берунӣ ба вучуд доштани номутаносибии бинӣ, дунгичаҳо, ва- сеъгӣ, дарозии ғайриодӣ, нӯги хамидаи бинӣ, андозаи сӯроҳиҳо, деформат- сияҳо ва хадшаҳо, ки нафаскаширо душвор мекунанд, аҳамияти махсус дода шуд.

Пеш аз муоинаи даруни бинӣ бо ёрии васеъкунак имконпазирии «кол- лапси бинӣ» ҳангоми нафаскашии сабук баҳогузорӣ карда шуд. «Коллапси канотҳои бинӣ» на танҳо бо сушт шудани сӯроҳиҳо, балки бо фаъолият кардани сӯроҳҳои дарунӣ низ муайян карда мешавад. Стеноз ҳангоми нафаскашӣ дар ноҳияи клапан хеле паст шудани фишорро ба вучуд меорад. Ҳамчунин мо муо- инаи иловагии даруниро гузаронидем, то ин ки патологияи имконпазири пар- даи луобиро (масалан, атрофия, варам, полипҳо, қачшавии девора ё гипертро- фияи садафҳо) баҳогузорӣ намоем.

Аномалияҳои нисбатан мушаххаси шакли бинӣ, ки бояд таҳқиқ шаванд, инҳоянд: шакли нӯги бинӣ; колумелла; комплекси базавии нӯгҳои лабҳо-колу- мелла; пуштаки тағоякӣ ва устухонӣ. Палпатсияи берунӣ ва дарунии бинӣ оид ба пӯст ва скелети бинӣ иттилои муҳимми иловагӣ дод.

Риноскопия имконият дод, ки даҳлезии бинӣ, девораи бинӣ, садафи поё- нии бинӣ, роҳҳои бинӣ, ҳамчунин қаъри ҷавфи бинӣ, махсусан хоан, думи са- дафҳои бинӣ, нӯги ақибии девора ва бинибалъум таҳқиқ карда шаванд.

Бо эндоскопияи бинӣ ҷавфи бинӣ ба таври чиддӣ таҳқиқ карда шуда оид ба хусуси вазъи пардаи луобӣ иттилоъ гирифта шуд. Ин усул стандарти тил- лоии баҳогузорию вазъи бинӣ дар беморони гирифтори бемориҳои ковокии бинӣ, ҳолати хоанҳо, бодомакҳои балъум, андозаи садафҳои бинӣ ва даҳонаи найчаҳои шунавоӣ ба шумор меравад.

Барои муайян кардани функцияи бӯйёии бинӣ мо аз усули пешниҳоднаму- даи Б.В. Шевригин истифода намудем. Функцияи ҷудокунӣ бо усули Е.Б.

Молчанова муайян карда шуд. Чиҳати муайян намудани гипертрофияи садафҳои поёнии бинӣ аз тести атропинии пешниҳоднамудаи Б.С. Преображенский истифода бурда шуд.

Рентгенографияи рақамӣ ба ҳамаи беморон ҳамчун усули иловагии ҳатмӣ барои тафсилоти устухонҳои бинӣ ва қисми рӯйии косахонаи сар гузаронида шуд.

Томографияи компютерӣ дар 46 бемор дар маркази таҳқиқотҳои таъхисии Маркази миллии тиббии Ҷумҳурии Тоҷикистон - «Шифобахш» ва маркази таъхисии «Нурафзо»-и ш. Душанбе сурат гирифт.

Арзёбии натиҷаҳои амалиётҳои ҷарроҳии иҷрокардашуда бо се саволнома сурат гирифт. Барои баҳогузорӣ ба ҳолати функционалии нафаскашӣ мо саволномаи NOSE (Nasal Obstruction Symptom Evaluation)-ро истифода намудем, ки дар байни ҷарроҳони бинӣ хеле маъмул аст.

Системаи анкетагузаронии ROE (Rhinoplasty outcome evaluation) барои баҳогузорӣ ба қаноатмандии беморон тавассути натиҷаҳои пас аз ҷарроҳии гузаронидашудаи ринопластика истифода карда шуд.

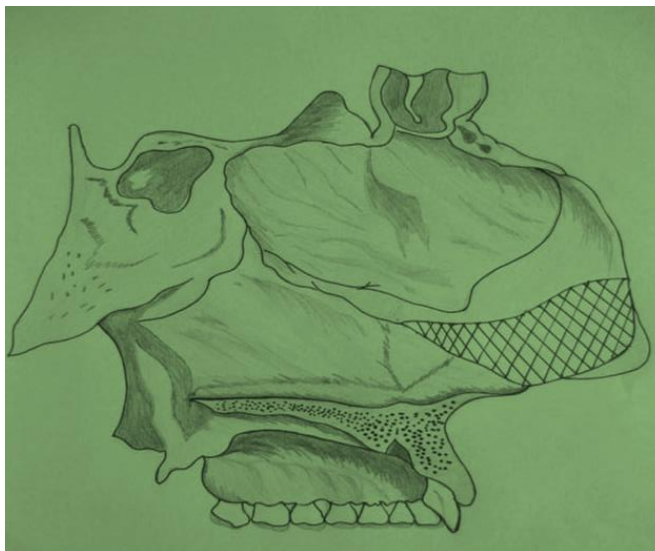
Саволномаи истифодакардаи мо NAFEQ (Nasal Appearance and Function Evaluation Questionnaire) ё саволномаи баҳогузорӣ ба шакл ва функцияи бинӣ дар натиҷаи таҳқиқотҳои сершумор ба сифати саволномаи стандартии баҳогузорӣ ба натиҷаҳои реконструксияи бинӣ бо истифодаи техникаҳои гуногун, аз тарафи ҷарроҳони гуногун ва марказҳои гуногун қабул карда шудааст. Асоснокӣ, эътимоднокӣ ва ҳассосият ба сифати усули объективии баҳогузори натиҷаҳои реконструксияи бинӣ исбот карда шудааст. Бузургии баланди аҳамияти алфа Кронбах (зиёда аз 0,70) низ тасдиқ мекунад, ки саволномаи NAFEQ «воситаи боэътимод»-и баҳогузорӣ ба натиҷаҳои ринопластика ба ҳисоб меравад. Саволнома имконият медиҳад, ки натиҷаҳои эстетикӣ ва функционалии ринопластика таҳқиқ карда шавад.

Коркарди оморӣ мавод бо ёрии барномаи Statistica 10.0 (StatSoft Inc., USA) анҷом дода шуд. Муътадил будани тақсимкунии интиҳоб тибқи критерияҳои Колмогоров-Смирнов ва Шапиро-Уилк гузаронида шуд. Нишондиҳандаҳои сифатӣ дар шакли басомадҳои мутлақ ва нисбӣ (%) тавсиф шудаанд. Муқоисаи ҷуфт байни гурӯҳҳои мустакил аз рӯи нишондиҳандаҳои миқдорӣ таққи U-критерияи Манн-Уитни, аз рӯи нишондиҳандаҳои сифатӣ – тибқи критерияи  $\chi^2$  Пирсон иҷро гардид. Таҳлили коррелясионӣ тибқи Спирмен гузаронида шуд. Фарқият дар сурати  $p < 0,05$  будан аз чиҳати оморӣ муҳим ҳисобида шуд.

## **НАТИҶАҲОИ ТАҲҚИҚОТ**

Дастраскунии кушодаро мо дар ҳамаи беморон истифода кардем. Дастраскунии кушода дар муқоиса аз дастраскунии пӯшида бо бурриш дар колумела фарқ мекунад. Ринопластикаи кушода барои мо имконияти биниши васеъро дод. Дар ин маврид барои манъ кардани хун истифода кардани электрокоагулятор имконият фароҳам овард. Биниши васеъ имкон дод, ки деформатсияи ҳам қисми каудалӣ ва ҳам дорсалии девораи бинӣ ислоҳ карда шавад. Дар дастраскунии кушода бурриши байни тағоякҳо вучуд надорад, барои ҳамин ҳам клапани дарунии бинӣ ҳифз карда мешавад, трансплантатҳо таҳти назорати визуалӣ маҳкам карда мешаванд, имконияти тунук кардани пӯсти ғафс имконпазир аст, дар ҳолати зарурат бормашинаро ба кор бурдан мумкин мебошад.

**Натиҷаҳои ислоҳи нуқсони девораи бинӣ дар қисми каудалӣ.** То имрӯз бурриши зерӣ пардаи луобӣ дар намуди классикӣ бинобар норасоӣ аз тарафи бисёр ҷарроҳони бинӣ танқид карда мешавад. Яке аз норасоӣҳои маъмултарини септопластикаи аввалия аз ҳад зиёд буридани қисми каудалии тағояки чоркунҷа аст (расми 2).



**Расми 2.** – Минтақаи бурриши нодурусти қисми каудалии девораи бинӣ, бо хатчаҳо (штрих) нишон дода шудааст

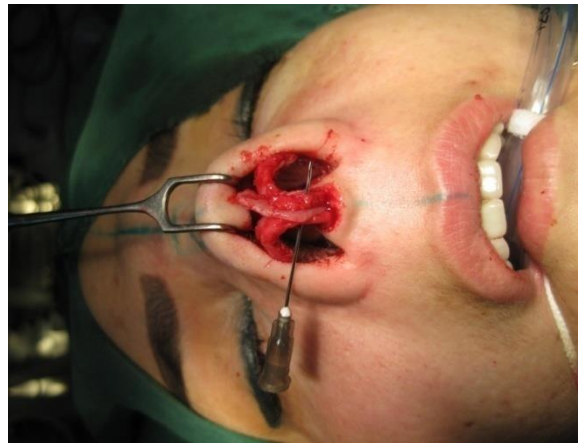
Оризаҳои нисбатан зиёд дучоршаванда дар байни беморони мо, пас аз ринопластикаи бемуваффақият васеъшавии сӯроҳҳои бинӣ, бечо шудани колумеллаҳо, овезон шудани колумеллаҳо ва бинии зиншакл буданд. Иштилолҳои функционалӣ бинобар банд шудани клапани берунии бинӣ бо дисфунксияи нафаскашӣ пайдо мешаванд. Дар таҳқиқоти клиникии беморон то ринопластикаи дувумӣ ва ҳангоми ҷарроҳии такрорӣ нуқсонҳои тағояки девора бинобар набудани қисми каудалии шаклҳояшон гуногун ошкор карда шуданд, яъне дар ҷарроҳони бинӣ ягон намуди стандарт мавҷуд набуд. Ринопластикаи такрорӣ бо нуқсонҳои қисми каудалии девораи бинӣ дар 31 бемор (12 мард ва 19 зан) гузаронида шуд. Дар байни беморони мо бештар аз ҳама аз даст додани проексияи бинӣ (18), девиатсияи пушти бинӣ (11) ва деформатсияи зиншакл (2) ба мушоҳида расид.

Ҳангоми ринопластикаи такрорӣ, вақте ки аз даст додани такаҷоҳ вучуд дорад, мо ҳамеша кӯшиш кардаем, ки қисми ҳифзшудаи девораи биниро истифода кунем. Трансплантат аз девораи бинӣ барои барқарор кардани функсияи такаҷоҳӣ дар шакли фосиладиҳанда барои колумеллаҳо ба кор бурда шуд. Агар трансплантат барои фосиладиҳӣ ба кор бурда нашавад, пас вай барои пушти бинӣ ё мустаҳкам кардани тағоякҳои параи бинӣ истифода мешавад.

Ҳангоми гузоштани трансплантат сарбории девора ба ҳисоб гирифта шуд, зеро трансплантат дар шакли фосиладиҳанда дар қисмҳои каудалӣ ва дорсалӣ шиддат ба назар мерасад. Барои ҳамин ҳам конструксия бояд дорои васеъгии кифоя ва мустаҳкамӣ бошад, барои нисбатан баробар тақсим шудани шиддат (расми 3). Пас аз гузоштани трансплантат аввалан бо сӯзандорухи тазриқӣ (инъексионӣ) пойчаҳои медиалии тағоякҳои параи биниро маҳкам карданд, дар ҳолати зарурӣ моделсозӣ намуданд (расми 4).



**Расми 3. – Трансплантати сохташудаи L-шакл аз девораи бинӣ.**



**Расми 4. – Фиксатсияи трансплантат бо сӯзани тазриқӣ.**

Бо назардошти хусусиятҳои сохтори анатомии бинӣ тағйир додани такягоҳ метавонад бофтаҳои даруниро бечо кунад, ки ба ихтилоли нафаскашӣ оварда мерасонад, ба ҳисоб нагирифтани нуқсонҳои эстетикӣ ба натиҷаҳои ғайри қаноатбахш оварда мерасонанд. Аз ҳамин сабаб, то ҷарроҳии ринопластикаи такрорӣ муайян кардан зарур аст, ки оё дисфунксияи нафаскашии бинӣ мавҷуд аст, ё не, яъне ба клапани дарунӣ ва берунӣ баҳо дода шавад. Аксар вақт девора ба қисми каудалӣ васл карда мешавад ё трансплантат васеъгии кофӣ надорад, ин имкон намедихад, ки клапани бинӣ мустаҳкам карда шавад, дар чунин ҳолатҳо мо спредер-трансплантатро васл кардем, ки дар тағоякҳои бо-лоии латералӣ васл карда мешавад. Дар ҳолати аз ҳад зиёд буридани девора ҳангоми септопластикаи аввалия тактикаи дар боло зикршударо иҷро кардан номумкин аст, дар чунин ҳолатҳо мо аз тағояки гӯш ё дигар аутотрансплантат истифода намудем.

Дар чунин ҳолатҳо барои босуботии конструксияи сохташуда дар 3 бе-мор аз усули «Tongue-in-groove» истифода шуд. Аммо трансплантатҳо аз са-дафи гӯш ҳангоми ринопластикаи такрорӣ ба талабот ҷавобгӯ нестанд, зеро онҳо камтар қавӣ ва чандиранд ва шакли дилхоҳро ба душворӣ ҳосил кардан мумкин аст. Истифодаи трансплантати қабурғаҳо мумкин аст, зеро қавигӣ, чандирӣ ва ҳаҷми кофӣ дорад. Ин трансплантат низ бе камбудӣ нест. Камбудии

асосии ин трансплантат бемории мавзеи донорӣ аст. Дар байни онҳо – синдроми дард, хадшаҳои дағал, афтидани қабурғаҳо ва крепитатсияву пневмоторакс маъмуланд. Оризаи дигари номатлуби трансплантати қабурғаҳо деформатсияи он дар давраи дур аст. Дар ду ҳолат аз трансплантати устухонӣ аз поза ва устухони ғарбелшакл ба қор бурда шуд.

Баъди септоринопластикаи аввалия бар иловаи нуқсони девора, аксар вақт нуқсонҳои эстетикӣ ба мушоҳида мерасанд, ки ҳангоми ҷарроҳии яқум аз байн бурда нашудаанд, ё такроран пайдо шудаанд. Дар ин маврид бештар инҳо ба назар расиданд: зарар дидани проексияи нӯги бинӣ (18), девиатсияи пушти бинӣ (11) деформатсияи зиншакл (2). Дар чунин ҳолатҳо барои гузаронидани ислоҳи эстетикӣ нишондод мавҷуд буд. Остеотомияи латералӣ ва кундаланг бо минбаъд гузоштани фрагментҳои устухонҳо дар мавқеи ақибӣ сурат гирифт. Пас аз сохтани боми бинӣ марҳалаи дигар, сохтани нӯги бинӣ бо ёрии методикаҳои дӯхтан бо истифода аз риштаи PDS 5/0 буд. Баъдан тибқи нишондодҳо camouflage ё аугментатсияи пушти бинӣ бо ёрии гузоштани фастсияи аллогенӣ ё тағояки майда кардашуда иҷро карда шуд. Барои танг кардани васеъгии сӯроҳҳои бинӣ бо мақсади ҳамоҳангии шакли бинии берунӣ аз лифтинг пӯсти дахлези бинӣ истифода карда шуд.

**Ислоҳи деформатсияи «минқори тутӣ».** Дар байни деформатсияҳои постринопластикӣ бинӣ деформатсия дар шакли «минқори тутӣ» ҷудо карда мешавад, ки дар адабиёти хориҷӣ ба таври васеъ ба қор бурда мешавад. Ин деформатсия бештар пас аз ринопластика мушоҳида мешавад. Сабаби ин деформатсия мумкин аст, ки ба ҳисоб нагирифтани принципҳои асосии ринопластика, ё таҷрибаи ноқофӣи клиникӣ бошад, дар ин маврид оризаҳои имконпазир ба эътибор гирифта намешаванд. Ин деформатсия баъди 6 моҳ ва бештар пас аз ринопластика руҳ медиҳад. Ҳангоми ин деформатсия аксар вақт нӯги бинӣ овезон мешавад, ноҳияи болои нӯги бинӣ барҷаста, сӯроҳҳои бинӣ васеъ, пушти бинӣ гиперрезексия ва нӯги бинӣ сайёр аст. Ин деформатсия дар ду вариант падидор мегардад: шакли тағоякӣ ва бофтаи нармӣ.

Бо мақсади муайян кардани ин деформатсия акси беморон дар ҳамаи проексияҳо омӯхта шуд, ба птози бинӣ диққат дода шуд, ҳангоми палпатсия ба таҷяғҳои нӯги бинӣ ва бофтаҳои ноҳияи болои нӯги бинӣ таваҷҷуҳ карда шуд.

Дар байни беморони мо ин деформатсия дар 19 (17,2%) нафар ба қайд гирифта шуд. Аз он беморон шакли бофтаи нарми деформатсия дар 7 нафар ва шакли тағоякӣ дар 12 нафар дида шуд.

Дар шакли тағоякии деформатсия «минқори тутӣ» шартӣ асосӣ он аст, ки назиион ва ринион ҳангоми ринопластика бояд аз кунҷи пешу болои девора баланд бошанд.

Шакли бофтаи нарми деформатсияи «минқори тутӣ» дар ҳолате пайдо мешавад, ки агар ҳангоми ринопластикаи аввалия проблемаи пӯсти ғафс ва имконпазирии хадшабандии барзиёди бофтаҳо дар ноҳияи болои нӯги бинӣ ба ҳисоб гирифта нашавад. Барои профилактикаи деформатсияи постринопластикӣ «минқори тутӣ» фазои мурдари аз байн бурдан лозим аст. Бо ин мақсад истифода кардани бофтаҳои маҳаллӣ ё аутоотрансплантатҳои тағоякӣ мумкин аст.

Бо мақсади мустаҳкам кардани сепояи нӯги бинӣ мо тиргаки колумеллярии тағоякӣ (15) ва устухониро (4) бо истифодаи техникаи «фишурда дар чуқурӣ» истифода намудем. Бо мақсади аугментатсияи пушти бинӣ дар ду

ҳолат комбинатсияи эпихондрия ва фастсияи чаккаро, дар як ҳолат комбинатсияи аутогрансплантати тағоякӣ бо фастсияро ба кор бурдем.

Барои ислоҳи шакли бофтаи нарми деформатсия «минқори тутӣ» дар ду ҳолат аз тазриқи триамсинолон ба кор бурда шуд, ин имкон дод, ки натиҷаи оптималӣ ба даст оварда шавад.

**Ислоҳи деформатсияи постринопластикии «V»-и сарчапа.** Деформатсияи постринопластикии «V»-и сарчапа зиёд дучор мешавад ва дорои ихтилолҳои ҳам эстетикӣ ва ҳам дисфунксияи нафаскашӣ аст. Барои профилактикаи деформатсияи «V»-и сарчапа ва ихтилоли функсияи клапани дарунии бинӣ ҳангоми ринопластикаи аввалия усулҳои гуногун тавсиф шудаанд. Ин дастури трансплантатҳои васеъкунанда, истифодаи спредер дарбехҳо, истифодаи методикаҳои дӯхтан, методикаи истифодаи дарбехҳо аз пардаи луобии бинӣ ба ҳисоб мераванд. Барои иҷро намудани ин методикаҳо мавҷуд будани сохторҳои анатомии тағйирнаёфтаи бинӣ ва имконияти истифодабарии аутогрансплантатҳои устухонӣ ва тағоякӣ зарур аст.

Ҳангоми ринопластикаи дувумӣ, на ҳамеша имконияти истифодаи методикаҳои мавҷудаи ислоҳи деформатсияи «V»-и сарчапа ба назар мерасад, ин махсусан бештар дар ҳолатҳои ба назар мерасад, ки агар ҳангоми дар септопластикаи аввалия чорабиниҳои профилактикӣ ҳифзи функсияи клапани дарунии бинӣ гузаронида нашуда бошад.

Пас аз ринопластикаи аввалия оқибати он имкон намедихад, ки методҳои барои ринопластикаи дувумӣ, ба монанди спредери луобӣ ва спредер дарбех аз тағояки латералӣ истифода шаванд. Асосан трансплантати тағоякиро аз тағояки девора мегиранд, агар он бошад.

Дар сурати аз даст додани тағояки девора пас аз ринопластикаи аввалия зарурати истифода кардани тағоякҳои аутогрансплантатҳои устухонӣ аз дигар минтақаҳои донорӣ пайдо мешавад.

Аутогрансплантатҳои тағоякӣ аз девораи бинӣ, ҳангоми ринопластикаи дувумӣ дар 12 бемор ба кор бурда шуд. Дар ҳамаи ин беморон боқимондаи тағояки девораи бинӣ деформатсия ва девиатсия доштанд. Аутогрансплантатҳои устухонии спредер дар 3 бемор истифода шуд. Бояд зикр кард, ки ҳамаи ин беморон коллапси тағояки болоии латералӣ, инсидоди клапани дарунии бинӣ ва деформатсияи «V»-и сарчапаро доштанд. Аутогрансплантати устухонӣ аз поза пас аз буридан дар сатҳи садафи поёнии бинӣ ҷудо карда шуд. Пас аз коркарди яхбаста (frozey) контурҳои суфта ба даст оварда шуд.

Шаклҳои ва андозаҳои гуногуни спредерҳои тағоякӣ ва устухонии трансплантатҳо пешниҳод карда шудааст, ки метавонанд моделсозӣ шаванд. Аммо трансплантатҳо метавонанд ба тарафи фронталӣ кашида ё дар ноҳияи канорҳои сефаликии тағоякҳои латералӣ (латерализатсия) васеъ шаванд. Ин, пеш аз ҳама, бо фиксатсияи трансплантат, дизайни нодурусти трансплантат вобаста аст. Дар протсессии баъди ҷарроҳӣ бечошавии трансплантат мумкин аст, ки дар протсессии хадшабандӣ ба амал ояд.

Дар як ҳолат бо мақсади коллапси тағояки болоии латералӣ мо усули липофилингро истифода кардем. Тазриқи ҷарбуи худӣ бемор ба фосилаи байни канорҳои поёнии тағоякҳои латералӣ гузаронида шуд. Дар дигар ҳолат дар ҳамин фосила тағоякҳои майда резакардашударо дароварданд.

**Ислоҳи деформатсияи нӯги бинӣ.** Дар айни замон барои бартараф намудани деформатсияи нӯги бинӣ методикаи дӯхтан стандартӣ маҳсуб

мешавад. Аммо дигар методикаҳо низ истифода мешаванд, ба монанди мустаҳкасоии пойчаҳои латералӣ ва медиалии тағояки латералии поёнӣ (ТЛП) ва канорҳои параҳои бинӣ, аутотрансплантатҳои тағоякӣ, камуфляж ҳангоми пӯсти тунуки фастсия ё тағояки майда кардашуда, техникаи «фона дар байни ду поя», бартараф кардани деформатсияи секунҷаҳои бофтаҳои нарм. Ҳангоми ринопластикаи такрорӣ аксар вақт осебҳои ятрогении бо аз ҳад зиёд буридан алоқаманд, суст ва деформатсия пойчаҳои латералии ТЛП ба мушоҳида мерасад. Барои барқарор намудани функция ва эстетика мустаҳкам кардани пойчаҳои латералии ТЛП зарур аст. Аз ҳама зиёд мо барои бартараф намудани ин деформатсияҳо трансплантатҳои аз тағояки девора ё гӯш тайёр кардашударо ба кор мебарем. Трансплантатҳои гӯшӣ ҳамидагӣ доранд ва бо душворӣ моделсозӣ мешаванд.

Аутотрансплантатҳои тағоякиро мо бештар дар болои пойчаи латералӣ ва гоҳо дар зери он гузоштаем. Варианти дуюм мураккабтар аст, зеро зарурати диссексияи пӯсти хобида таҳти калонкунии оптикӣ ба миён меояд. Ҳангоми деформатсияи пойчаҳои латералии ТЛП аксар вақт бандшавии клапани берунии бинӣ ба амал меояд. Дар ҳолатҳои мо ин дар зиёда аз нисфи беморон ба қайд гирифта шуд. Ҳангоми суст шудани пойчаҳои латералӣ деформатсияи ҳамидагии он ба амал меояд. Бо ин мақсад пойчаҳои медиалии ТЛП мустаҳкам карда шуданд. Тақягоҳи тағоякӣ ва устухонии колумеллярӣ дар байни пойчаҳои медиалӣ гузошта шуда, байни ҳамдигар бо риштаи 5/0 дӯхта шуданд. Мо низ методикаи васл кардани трансплантат ва пойчаҳои медиалиро бо намуди «фона дар байни ду поя» ба кор бурдем. Дар адабиёт ин методика «tongue in groove» ном дорад. Ин усулро мо барои ротатсия ва мавқеъгирии нӯги бинӣ, барои бартараф намудани колумеллаи овезон, нест кардани девиатсияи қисми каудалии девора истифода намудем. Ин усулро мо на танҳо дар алоҳидагӣ, балки ҳангоми дуруст кардани деформатсияи қисми тағоякии девораи бинӣ низ ба кор бурдем.

Бояд қайд кард, ки дар ин усул агар «бандаки Pitanguy» пӯстӣ-тағоякӣ возеҳ бошад, онро бурида гирифта, ҳамчун ҳамвор кардани контурҳои пушти бинӣ истифода намудан мумкин аст. Фиксатсияи муваққатӣ бо сӯзани тазриқӣ ба таври симметрӣ ҳарду гунбазро нигоҳ медорад.

Ҳангоми қач шудани қисми тағоякии девораи бинӣ дар ду ҳолат мо усули «дари чунбонак»-ро истифода намудем. Пас аз ҷо ба ҷо кардани пойчаҳои медиалӣ дар самти сефаликӣ бо риштаҳои PDS 5/0 фиксатсия карда шуданд. Дар ин маврид зиёдати девораи пардаи луобии бинӣ зиёда аз 2-4 мм буд, ки он ба таври дарозрӯя бурида мешавад. Усули «фона дар байни ду поя» дар як ҳолат барои мустаҳкам кардани пойчаҳои медиалӣ бо тақягоҳи колумеллярӣ илова карда шуд.

Ҳангоми ҷо ба ҷо кардани пойчаҳои медиалӣ ба боло дар сурати истифода кардани усули «фона дар байни ду поя» бинобар танг шудани клапани берунии бинӣ пайдо шудани дисфункцияи нафаскашӣ имконпазир аст, ки инро ҳангоми ба нақша гирифтани ҷарроҳӣ ба эътибор бояд гирифт. Мушкилот метавонанд, ки дар секунҷаи бофтаҳои нарми нӯги бинӣ (қуллаи сӯрохиҳо, ки дар ин ҷо пӯст ба пӯст бидуни каркаси тағоякӣ мехобад) пайдо шаванд. Баъди кӯк гирифтани чинҳои вертикалӣ ё чокҳо бояд дар шакли деформатсияи канори сӯрохиҳо ба вучуд биёянд. Барои бартараф намудани ин деформатсия дар як

ҳолат мо аутотрансплантати бофтаи нармро аз бандаки Питанги истифода кардем.

Проблемаи тунук шудани пӯсти нӯги бинӣ, дар натиҷаи ҷарроҳии қаблӣ, дар байни беморони ин гурӯҳ дар ҷор бемор дида шуд. Ҳангоми мустаҳкам кардани нӯги бинӣ камуфуляжи онҳо талаб карда мешавад, зеро пӯсти тунук наметавонад ноҳамворихоро пас аз реконструксия суфта кунад. Бо ин мақсад дар як ҳолат мо аутотағояки майда кардашударо истифода намудем, ки бо сӯзан ба рои липофилинг ба зеро пӯсти нӯги бинӣ даровардем.

**Ислоҳи деформатсияи контурҳои пушти бинӣ.** Деформатсияҳои постринопластикии пушти бинӣ проблемаи мураккаби реконструктивӣ ба шумор мераванд. Ринопластикаи аввалияро аксар вақт травматизатсияи барзиёди қабати мушаки-апоневротикии сатҳии болоиустухонпарда, тағояк ва устухонпардаи пушти бинӣ ҳамроҳӣ мекунад. Амалиётҳои ҷарроҳии агресивӣ дар қисми устухонӣ-тағоякии пушти бинӣ аксар вақт ҳангоми бурида гирифтани дунгии бинӣ ба назар мерасад. Натиҷа ин аст, ки сохтори деформатсияшуда ва вайроншудаи устухонӣ-тағоякии пушти биниро танҳо бо пӯсти тунук пӯшонидан мумкин нест. Барои ҳалли ин проблема усулҳои гуногуни ислоҳи ин деформатсияҳо пешниҳод карда шудааст.

Дар байни усулҳои гуногуни ислоҳи деформатсияи пушти бинӣ истифода кардани эпихондрия усули интихобӣ ба ҳисоб меравад, ки дар ин маврид истифода кардани аутотрансплантати тағояки гӯш ба нақша гирифта мешавад. Дар ин ҳолат зарурати истифода намудани чунин минтақаҳои донорӣ ба монанди фастсияҳои чакка, паси гӯш, фастсияи васеи рон, қабати мушаки-апоневротикии сатҳии болоиустухонпарда зарур нест. Дар ин ҳолат зарурати истифода намудани маводи синтетикӣ (Surgicel, Tutoplast) аз байн меравад.

Ислоҳи такрории пушти биниро мо дар 28 бемор иҷро намудем. Аз онҳо як ҷарроҳӣ дар 18 нафар, ду ҷарроҳӣ дар 5, се ҷарроҳӣ дар 3 ва бештар аз он – дар 2 бемор иҷро карда шуд. Ҳамаи беморон дар муассисаҳои табобатӣ-профилактикии гуногуни Тоҷикистон ҷарроҳӣ карда шуда буданд. Дар ҳамаи беморон бар иловаи нуқсони эстетикӣ ин ё он дараҷаи дисфунксияи нафаскашӣ низ дида мешуд. Муҳлати иҷро намудани ринопластикаи дувумӣ аз 1 то 3 сол буд. Тахлили сабабҳои ринопластикаи бемуваффақияти дувумӣ муайян карда нашуд, зеро нусхаи табоот набуд ва ё протоколи ҷарроҳӣ пурра ҳуҷҷатгузорӣ нашуда буд. Асосан дар беморон септопластика тибқи Киллиан гузаронида шуда буд. Дар асоси таҳқиқоти клиникии беморон, пас аз ҷарроҳҳои аввалия, дар онҳо резексияи нодурусти қисми каудалии девора гузаронида шудааст. Ҳангоми гузаронидани ду ё зиёда ҷарроҳӣ дар ягон ҳолат ягон аутотрансплантат истифода нашудааст, чунки минтақаҳои имконпазири донорӣ интактӣ буданд.

Ҳангоми муоинаи берунии деформатсияи пушти бинӣ шакли риносколиоз дар 17 нафар, ринолордоз дар 6 нафар ва ринокифоз дар 5 нафар бемор ба қайд гирифта шуд. Дар пушти бинии 3 бемор хадшаҳои пас аз ҷарроҳӣ дида шуд. Девиатсияи пушти бинӣ дар 11 нафар ҷой дошт. Нӯги бинӣ дар 15 бемор хамида, дар 4 нафар ба боло кашида ва дар 8 нафар деформатсияи колумелла дида шуд. Дар ягон ҳолат изи хадшаи пас аз ҷарроҳӣ дар колумелла мавҷуд набуд, зеро ринопластикаи пӯшида иҷро карда шуда буд. Қаблан ҳамаи ин беморон осбеи биниро аз сар гузаронидаанд, аммо ринопластикаи аввалия, шояд



ба бартарарфсозии дисфунксияи нафаскашӣ равона шуда бошад ва бо эҳтимоли зиёд реконструксияи бинии берунӣ гузаронида нашудааст.

Аммо дисфунксияи клапани берунии бинӣ бинобар танг шудани сӯрохҳои бинӣ дар 11 бемор дида шуд. Тести Cottle ва тест бо чӯбчаҳои гӯш норасоии клапани дарунии биниро дар 13 нафар муайян намуд. Девиатсия бартарарфнашуда дар 9 нафар ба назар расид. Ринити гипертрофӣ дар 10 нафар, атрофикӣ дар 11 бемор муайян карда шуд. Дар ҳамаи беморон тмогорафияи компютерӣ гузаронида шуд, ки дар он деформатсияи ҳам сохтори тағоякӣ ва ҳам устухонии бинӣ муқаррар карда шуд. Гипертрофияи возеҳи садафи поёнии бинӣ дар 11 бемор муайян карда шуд. Тест бо тазриқи адреналин дар ҳамаи беморон ба кам нашудани гипертрофия ишора мекард, яъне барои онҳо амалиёти чарроҳӣ нишондод дошт.

Ба нақшаи реконструксияи деформатсияи бинӣ ин марҳалаҳо дохил карда шудаанд:

1. Ринопластикаи кушода.
2. Остеотомия (миёнагӣ ва паҳлӯӣ).
3. Танг намудани пушти бинӣ.
4. Гузоштани трансплантатҳо барои бартарарф намудани деформатсияи «V»-и сарчапа.
5. Реконструксияи пойчаҳои латералии буридашудаи тағояки латералии поёӣ.
6. Танг шудани нӯги бинӣ бо истифода аз аутотрансплантат (tip graft).
7. Аугментатсияи пушти бинӣ бо тағоякҳои майда реза кардашуда.
8. Ислоҳ кардани качии девораи бинӣ.
9. «Латеропозитсия»-и садафи поёнии бинӣ.

Дар ин гурӯҳ ҳамаи беморон бо дастраскунии кушода чарроҳӣ карда шуданд. Дар ҳамаи онҳо остеотомияи мобайнӣ ва паҳлӯӣ гузаронида шуд. Мустваҳкам кардани пушти бинӣ бо ёрии аутотрансплантатҳо дар 17 бемор иҷро карда шуд. Дар беморони боқимонда эпихондриуми гӯш ҳангоми ринопластикаи такрорӣ дар 5 бемор истифода шуд. Аз онҳо дар 3 бемор эпихондриум барои камуфляжи пушти бинӣ ба кор бурда шуд. Дар як бемор эпихондриум барои аугментатсияи кунҷи биниву пешонӣ истифода шуд. Дар беморони дигар эпихондриум бо тағояки майда кардашуда печонида шудааст. Барои ба даст овардани эпихондриум мо ду усулро ба кор бурдем. Якум – эпихондриум якҷоя бо тағояк бурида гирифта, баъдан ҷудо карда мешавад. Дуюм – эпихондриум то буридани тағояк ҷудо карда мешавад. Дар усули дуюм нисбат ба тағояк андозаи калони эпихондриумро гирифтани мумкин аст.

Усули ҷудо кардани қабати болоиустухонпарда. Пӯстро дар паси садафи гӯш бо дарозии 4 см бо равиши чин мебуранд. Даври эпихондриум ишора ва бурида мешавад. Бо ёрии элеватор диссексияи эпихондриум иҷро мешавад, ки вай ба осонӣ аз тағояк ҷудо мешавад. Дар сатҳи барҷастаи садафи гӯш эпихондриум нисбатан зичтар васл шудааст. Дар ин ноҳия тағоякро тарошидан мумкин аст, то ин ки ба эпихондриум осеб расонида нашавад.

Ин трансплантат махсусан барои ҷуброн кардани нуқсонҳои қабатҳои пӯшишҳо ва камуфляжи ноҳамвории пушти бинӣ, аугментатсияи пушти бинӣ ва суфта кардани контурҳо қулай аст. Ягона камбудии вай дефитситаи трансплантат ҳангоми калон набудани андозаи садафи гӯш ба ҳисоб меравад. Аммо

ҳангоми истифода намудани эпихондриум дар ҳарду тараф мумкин аст, ки пӯшиши дарозӣ ва васеъгияш кофӣ ба даст оварда шавад. Дар ин маврид имконияти ҳосил намудани трансплантати ҳаҷмаш калон мавҷуд аст. Ғафсии эпихондриум аз ғастсияи чакка бештар аст. Норасоии истифодаи эпихондриум суст будани каркаси садафи гӯшро ҳисобидан мумкин аст. Тағояки гӯши бе эпихондриум ҷудо кардашуда шикананда ва нозук мешавад. Бартари истифодаи эпихондриум дар муқоиса бо дигар трансплантатҳо бемории минималии минтақаи донорӣ мебошад.

Дар 8 бемор ринопластикаи такрорӣ бо истифода аз аутотрансплантатҳои ғастсиалӣ, дар 6 нафар – ғастсиалӣ-тағоякӣ ва дар 2 нафар ғастсиалӣ-устухонӣ гузаронида шуд.

Аутотрансплантатҳои аз ғастсияи чакка гирифташударо мо бо мақсади камуфляжи трансплантатҳои тағоякӣ барои барқарор кардани нӯги бинӣ махсусан ҳангоми ринопластикаи такрорӣ ба кор бурдем, вақте ки пӯст тунук шуда буд. Аутотрансплантатҳои ғастсиалӣ-тағоякӣ ба осонӣ моделсозӣ мешаванд ва назар ба аутотрансплантатҳои ғастсиалӣ-устухонӣ саҳтияшон камтар аст. Аутотрансплантатҳои устухонӣ-ғастсиалиро ҳангоми ринопластикаи такрорӣ ва тунук будани пӯст ба кор бурдан мумкин нест.

Аутотрансплантатҳои ғастсиалӣ-устухониро ҳангоме истифода кардан мумкин аст, ки агар нишондод барои буридани садафҳои поёнии бинӣ бинобар бемории минималии минтақаи донорӣ мавҷуд бошад. Аммо ин усул ҳангоми ба қадри кофӣ ғафс будани пӯсти нӯги бинӣ ва пушти бинӣ мавриди истифода қарор мегирад.

Трансплантати қабурғагиро мо дар ду ҳолат ба кор бурдем. Бемории аз ҳад зиёди минтақаи донорӣ, мураккаб будани моделсозӣ бинобар саҳтӣ имконият намедихад ки ин трансплантат ба таври васеъ истифода гардад. Аммо ин трансплантат маҳдудияти андоза ва ҳаҷмро надорад.

Усули липофилинг барои ислоҳи деформатсияҳо бо мақсади пластикаи контурӣ аз тарафи мо дар як ҳолат дар як беморзан истифода шуд. Истифода кардани 3,0 мл чарб кофӣ буд. Аз чарби воридкардашуда баъди як соли резорбсия тақрибан 50% боқӣ мондааст.

**Арзёбии натиҷаҳои эстетикӣ ринопластикаи такрорӣ.** Арзёбии натиҷаҳои ринопластикаи такрорӣ ба таври муқоиса то ва пас аз ҷарроҳӣ дар муҳлати 3, 6, 12 моҳ ва дар баъзе беморон пас аз 2-3 сол дар сурати мавҷуд будани шикоятҳо ё қаноатманд набудан аз натиҷаи ҷарроҳӣ гузаронида шуд. Натиҷаҳои эстетикӣ бо муоинаи визуалӣ ва муқоисаи аксҳо дар проексияҳои гуногун баҳогузорӣ карда шуданд. Дар ин маврид ба таносуби сохтори бинӣ ва хусусиятҳои анатомии он диққат дода шуд. Ба проексияи бинӣ, шакли нӯги бинӣ ва васеъгии он, ротатсия ва мутаносибӣ диққат дода шуд. Ҳолати параҳои бинӣ ва шакли сӯроҳҳои бинӣ, функсияи таъягоҳӣ пас аз реконструксия тариқи палпатсия ва ҳадшаи пас аз ҷарроҳӣ дар колумелле баҳогузорӣ карда шуд.

Арзёбии натиҷаҳо пас аз ислоҳи нуқсони девораи бинӣ дар қисми каудалӣ дар 31 бемор иҷро карда шуд. Баҳогузорӣ ба натиҷаҳои эстетикӣ пас аз ҷарроҳӣ аз бо муқоиса кардани аксҳо тарафи ҷарроҳ ва бемор сурат гирифт, ҳамчунин муоини визуалӣ низ гузаронида шуд. Дар 31 бемор мутаносибии сохтори берунии бинӣ вучуд дошт. Вобаста ба хусусиятҳои анатомии бинӣ эрод набуд, проексияи пушти бинӣ дар 2 бемор ғайри қаноатбахш буд. Аз шакли нӯги бинӣ бинобар васеъӣ 3 бемор розӣ набуданд. Ротатсияи на чандон зиёди

нӯги бинӣ дар як бемор дида шуд. Аз тағйир ёфтани параҳо ва сӯроҳҳои бинӣ шикоят набуд. Функсияи таҷағоҳии бинӣ, ки тавассути девораи бинӣ барқарор карда шуда буд, хангоми палпатсия дар ҳамаи беморон хуб буд. Аз хадшаи пасазчарроҳии колумелл ягон нафар шикоят надошт.

Проблемаҳои ночизе дар нафаскашӣ дар 2 бемор боқӣ монданд, нафаскашии муътадил дар як нафар. Проблемаи муҳим ва ҷиддӣ дар ягон нафар дида нашуд.

Пас аз ислоҳи деформатсияи типи «минқори тутӣ» дар ҳамаи 19 бемор нуқтаи назирон ва ринирон аз кунҷи пешу болоии девора баландтар буд. Натиҷаҳои деформатсияи бофтаҳои нарм дар ҳамаи беморон хуб арзёбӣ шуд, аз намуди зоҳирии бинӣ дар ягон бемор шикоят набуд. Дар ду бемор бо шакли тағоякии деформатсия тазриқи триамтисинолон дар муҳлати пас аз 6 моҳи ҷарроҳӣ иҷро карда шуд. баъди як сол беморон аз натиҷаи ҷарроҳӣ розӣ буданд. Дар ягон бемори пӯсти биниаш ғафс, ки дар ин гурӯҳ 11 нафар буданд, аз ҷиҳати эстетикӣ проблема набуд. Нест кардани фосилаи мурда дар ҳамаи ҳолатҳо қаноатбахш арзёбӣ гашт. Мутаносибии бинии берунӣ дар ҳама ҳолатҳо ба даст оварда шуд. Мушкilot аз хусуси хадшабандии барзиёд пас аз ҷарроҳӣ дар муддати то як сол дар ягон бемор ба қайд гирифта нашуд.

Натиҷаҳои ислоҳи деформатсияи постринопластикӣ дар намуди «V»-и сарчапа дар 14 бемор дида шуд. Дар ҳамаи беморон пушти бинӣ мутаносиб буда, вайроншавии проексияи бинӣ пас аз ҷарроҳӣ дида намешавад, девиатсияи бинӣ ва вайроншавии проексияи бинӣ пас аз ҷарроҳӣ вучуд надошт. Трансплантатҳо дар тағи пӯст нопадид буданд. Беморон аз натиҷаҳои эстетикӣ қаноатманд буданд.

Деформатсияи нӯги бинӣ дар 13 бемор мавҷуд буд. Ҳамаи ин беморон қаблан септопластикаро тибқи Киллиан аз сар гузаронидаанд ва дар ҳамаи ҳолатҳо нодуруст буридани қисми каудалии девораи бинӣ ба назар расид. Натиҷаҳои пластикаи нӯги бинӣ бо трансплантати тағоякии L-шакл дар ҳама ҳолатҳо хуб эътироф шудааст. Нӯги бинӣ бардошта аст, сӯроҳҳои бинӣ мутаносиб ва нафаскашӣ бо бинӣ беҳтар гаштааст.

Натиҷаҳои ислоҳи деформатсияи пушти бинӣ баъди як сол дар 26 бемор баррасӣ карда шуд, чунки 2 бемор аз доираи назорат берун шудаанд. Натиҷаҳои наздиктарин дар муддати 3 ва 6 моҳи пас аз ҷарроҳӣ хуб баҳогузорӣ шудаанд. Ба он нигоҳ накарда, ки ин беморон қабалан якҷанд ҷарроҳиро аз сар гузаронидаанд, таҳлили ретроспективӣ нишон дод, ки дар бештари ҳолатҳо реконструксияи бинӣ гузаронида нашудааст. Эҳтимол ҳамаи ҷарроҳиро шояд ба беҳтар сохтани нафаскашӣ равона карда шуда буданд. Ба ин нигоҳ накарда, дар ҳамаи беморон ин ё он дараҷаи дисфунксияи нафаскашӣ ба мушоҳида мерасад. Пас аз ҷарроҳӣ девиатсияи пушти бинӣ дар 11 нафар бартараф карда шуда, нӯги бинӣ дар 15 нафар бардошта, деформатсияи колумелла дар 8 нафар бартараф карда шуд. Дисфунксияи бинӣ дар ҳамаи беморон нест карда шуд.

Арзёбии ҳолати функсияи бинӣ то ва пас аз ҷарроҳии ринопластикаи дувумӣ дар ҷадвали 1 оварда шудааст.

**Ҷадвали 1. – Нишондиҳандаҳои ҳолати функсияи бинӣ то ва пас аз ҷарроҳӣ**

Усули таҳқиқот	Натиҷаҳои таҳқиқот				p
	то ҷарроҳӣ	3 моҳ	6 моҳ	12 моҳ	
	n=106	n=101	n=94	n=89	

<b>Функцияи нақлиётӣ</b>					
- дараҷаи I					
- дараҷаи II	28(26,4%)	15(14,9%)	7(7,4%)	0	$\chi^2=174,5$ $p<0,01$
- дараҷаи III	51(48,1%)	26(25,7%)	11(11,7%)	11(12,4%)	
- меъёр	27(25,5%)	14(13,9%)	7(7,5%)	2(2,2%)	
	0	46(45,5%)	69(73,4%)	76(85,4%)	
<b>Функцияи ҷудокунии</b>					
- меъёр					
- паст	31(29,2%)	58(57,4%)	80(85,1%)	86(96,6%)	$\chi^2=120,7$ $p<0,01$
- баланд	29(27,4%)	12(11,9%)	5(5,3%)	2(2,2%)	
	46(43,4%)	31(30,7%)	9(9,6%)	1(1,1%)	
<b>Функцияи ҷаббидан</b>					
- меъёр					
- суғ	41(38,7%)	74(73,3%)	82(87,2%)	86(96,6%)	$\chi^2=97,2$ $p<0,001$
	65(61,3%)	27(26,7%)	12(12,8%)	3(3,4%)	
<b>Функцияи бўёӣ</b>					
Меъёр - ҳамаи бўёҳо	26(24,5%)	53(52,5%)	81(86,2%)	87(97,8%)	$\chi^2=142,6$ $p<0,01$
гипосмия - дараҷаи I	32(30,2%)	19(18,8%)	2(2,1%)	0	
гипосмия - дараҷаи II	31(29,3%)	18(17,8%)	6(6,4%)	1(1,1%)	
гипосмия - дараҷаи III	17(16,0%)	11(10,9%)	5(5,3%)	1(1,1%)	
<b>Гипертрофияи ННР</b>					
- дараҷаи I	64(60,4%)	11(10,9%)	6(6,4%)	4(4,5%)	$\chi^2=258,9$ $p<0,01$
- дараҷаи II	16(15,1%)	7(6,9%)	3(3,2%)	1(1,1%)	
- дараҷаи III	15(14,1%)	7(6,6%)	2(2,1%)	0	
- дараҷаи IV	11(10,4%)	0	0	0	
- нест	0	76(75,2%)	83(88,3%)	84(94,4%)	
<b>Дисфункцияи нафас-кашӣ</b>					
- суғ	33(31,1%)	9(8,9%)	3(3,2%)	0	$\chi^2=322,6$ $p<0,01$
-муътадил	37(34,9%)	6(5,9%)	1(1,1%)	0	
- возеҳ	36(34,0%)	0	0	0	
- нест	0	86(85,1%)	90(95,7%)	89(100%)	

**Эзоҳ:** p – аҳамияти омории фарқиятҳои нишондодҳо дар динамика (мувофиқи Q критерияи Кохрен, натиҷаҳои муқоисаи ҷуфт дар матн оварда мешаванд).

Функцияи нақлиётӣ то ҷарроҳӣ дар ҳамаи беморон то ин ё он дараҷаи вайрон шуда буд. Баъди се моҳи ҷарроҳӣ функцияи нақлиётӣ дар 46 (45,5%)–и беморон муътадил гашт. Баъди 6 моҳи ҷарроҳӣ функцияи нақлиётӣ дар муқоиса аз нишондиҳандаи қаблӣ 1,6 маротиба, 69 (73,4%) дар муқобили 46 (45,5%)–и беморон ( $\chi^2=15,62$ ,  $p<0,001$ ) беҳтар гашт. Баъди 12 моҳ функцияи нақлиётӣ нисбат ба нишондиҳандаи қаблӣ 1,2 маротиба 76 (85,4%) дар муқобили 69 (73,4%) бемор ( $\chi^2=3,99$ ,  $p<0,05$ ) беҳтар шудааст.

Функцияи ҷудокунии бинӣ то ҷарроҳӣ дар 31 (29,2%) бемор нигоҳ дошта шудааст. Ин функция дар 29 (27,4%) нафар паст ва дар 46 (43,4%) бемор баланд

буд. Баъди се моҳи чарроҳӣ беҳтаршавӣ то меъёр дар 58 (57,4%) муқобили 31 (29,2%) то чарроҳӣ ( $\chi^2=16,76$ ,  $p<0,001$ ), баъди 6 моҳ дар 80 (85,1%) муқобили 31 (29,2%) то чарроҳӣ ( $\chi^2=62,95$ ,  $p<0,001$ ), баъди 12 моҳ дар 86 (96,6%) бемор дар муқобили 31 (29,2%) то чарроҳӣ ( $\chi^2=91,53$ ,  $p<0,001$ ) ба мушоҳида расид. Танҳо дар се бемор функцияи нақлиётӣ вайрон шудааст, шояд ин ба ихтилолҳои органикии ҷавфи луобии бинӣ алоқаманд бошад.

Функцияи ҷаббидан то чарроҳӣ дар 65 (61,3%) бемор суст буд. Баъди се моҳи чарроҳӣ вай то 1,9 маротиба мутаносибан 74 (73,3%) дар муқобили 41 (38,7%) бемор ( $\chi^2=25,06$ ,  $p<0,001$ ) беҳтар гашт. Баъди 6 моҳ вай 1,2 маротиба - 80 (85,1%) дар муқобили 74 (73,3%) бемор ( $\chi^2=4,11$ ,  $p<0,05$ ), баъди 12 моҳ - 1,1 маротиба - 86 (96,6%) дар муқобили 80 (85,1%) бемор ( $\chi^2=7,2$ ,  $p<0,01$ ) беҳтар шудааст.

Функцияи бўёӣ низ то андозае осеб дида буд. Функцияи ҳифзшудаи бўёӣ то чарроҳӣ дар 26 (24,5%) бемор дида шуд. Гипосмия – дараҷаи I то чарроҳӣ дар 32 (30,2%) бемор мавҷуд буд. Баъди 3 моҳи гипосмия то 1,6 маротиба - 19 (18,8%) дар муқобили 32 (30,2%) бемор ( $\chi^2=3,61$ ,  $p>0,05$ ), баъди 6 моҳ - 8,9 маротиба 2 (2,1%) дар муқобили 32 (30,2%) бемор то чарроҳӣ ( $\chi^2=27,80$ ,  $p<0,001$ ) кошиш ёфтааст, баъди 12 моҳ дар ягон нафари ин гурӯҳи беморон боқӣ намондааст.

Гипосмия дараҷаи II то чарроҳӣ дар 31 (29,3%) бемор мавҷуд буд. Баъди 3 моҳи чарроҳӣ гипосмия то 1,6 маротиба - 18 (17,8%) дар муқобили 31 (29,3%) бемор ( $\chi^2=3,74$ ,  $p>0,05$ ), баъди 6 моҳ 2,8 маротиба - 6 (6,4%) дар муқобили 31 (29,3%) бемор ( $\chi^2=17,27$ ,  $p<0,001$ ) кам шудааст, баъди 12 моҳ танҳо дар як бемор боқӣ мондааст.

Гипосмия дараҷаи III то чарроҳӣ дар 17 (16,0%) бемор мавҷуд буд. Баъди 3 моҳи чарроҳӣ гипосмия то 1,5 маротиба - 11 (10,9%) дар муқобили 17 (16,0%) бемор ( $\chi^2=1,17$ ,  $p>0,05$ ), баъди 6 моҳ 2,1 маротиба - 5 (5,3%) дар муқобили 17 (16,0%) бемор ( $\chi^2=5,85$ ,  $p<0,05$ ), кам шудааст, баъди 12 моҳ танҳо дар як бемор боқӣ мондааст.

То чарроҳӣ ҳамаи беморон аз ин ё он дараҷаи дисфункцияи нафаскашӣ шикоят доштанд. Дисфункцияи сусти нафаскашӣ то чарроҳӣ дар 33 (31,1%) бемор ба назар расид. Вай баъди 3 ва 6 моҳ мутаносибан 3,5 ва 2,8 маротиба кам шуд. Дисфункцияи возеҳ то чарроҳӣ да 36 (35,0%) бемор дида шуд. Баъди 3 моҳи чарроҳӣ ягон бемор аз дисфункцияи нафаскашӣ шикоят надошт ( $\chi^2=41,52$ ,  $p<0,001$ ).

Гипертрофияи дараҷаҳои гуногуни садафи поёнии бинӣ дар ҳамаи беморон дида шуд. Аммо мо чунин ҳисоб мекунем, ки гипертрофияи дараҷаҳои I-III-и садафи поёнии бинӣ бояд чарроҳӣ нашаванд, зеро он транзиторӣ мебошад. Пас аз баргараф кардани деформатсия ва дисфункцияи бинӣ вай тадриҷан нест мешавад. Инро мушоҳидаҳои мо низ тасдиқ мекунанд. Ҳангоми гипертрофияи дараҷаи IV дар 11 бемор резексияи садафи поёнии бинӣ иҷро карда шуд. Вай бе ягон душвории техникӣ ва оризаҳои ба монанди хунравӣ, иҷро гардид.

Бо мақсади баҳодиҳии объективии натиҷаи пасазчарроҳӣ мо шкалаи мутобикшуда ва соддакардашудаи возеҳии симптомҳои инсидоди биниро NOSE (2004) истифода бурдем. Ҳангоми баҳодиҳӣ ба ҳолати функционалии нафаскашӣ то чарроҳӣ ( $n=106$ ) мувофиқи саволномаи NOSE «проблемаи ночиз» дар 11 (10,4%) нафар, «проблемаи муътадил» дар 12 (11,3%), «проблемаи муҳим»

дар 18 (17,0%) ва «ниҳоят чиддӣ» дар 65 (61,3%) бемор ба қайд гирифта шуд. Пас аз ҷарроҳӣ дар 89 бемор дар протсессии муоина балли умумии миёна то 4 (максималӣ 16) паст шудааст. Дар 82 (92,2%) нафар проблемаи нафаскашӣ дида нашуд. Проблемаҳои ночиз ва муътадили нафаскашӣ танҳо дар 7 (7,8%) бемор ба назар расид (ҷадвали 2).

**Ҷадвали 2. – Натиҷаҳои баҳодихии ҳолати функционалии нафаскашӣ мувофиқи саволномаи NOSE**

Проблемаи нафаскашӣ	То ҷарроҳӣ (n=106)	Пас аз ҷарроҳӣ (n=89)	p
Ночиз	11 (10,4%)	4 (4,5%)	>0,05
Муътадил	12 (11,3%)	3 (3,4%)	>0,05
Муҳим	18 (17,0%)	0 (0,0%)	<0,001
Чиддӣ	65 (61,3%)	0 (0,0%)	<0,001

*Эзоҳ:* p – аҳамияти омории фарқияти нишондодҳо то ва пас аз ҷарроҳӣ (мувофиқи критерияи Мак Немар)

Бо мақсади баҳо додан ба сифати ҳаёти бемор, бо ёрии саволномаи ROE баҳогузори натиҷаҳои ҷарроҳӣ дар асоси нуқтаи назари субъективии беморон анҷом дода шуд. Таҳлили анкетагузаронӣ нишон дод, ки аз 89 бемор 87 (97,8%) нафар аз натиҷаи ҷарроҳӣ қаноатманд буданд. Саволномаи ROE то ва пас аз ринопластикаи дувумӣ аз ҷиҳати омӯрӣ саҳеҳан нишон дод, ки беморон аз эстетикаи бинӣ ва сифати ҳаёт қаноатманданд ( $p < 0.001$ ).

Пас аз таҳлили маълумотҳои анкетаронӣ мувофиқи саволномаи NAFEQ натиҷаҳои зерин ба даст оварда шуданд: дар асоси фикрҳои субъективии беморон пас аз гузаронидани ринопластикаи дувумӣ беҳтаршавии аз ҷиҳати омӯрӣ саҳеҳи эстетикаи бинӣ ( $p < 0,001$ ) ва аз ҷиҳати омӯрӣ саҳеҳи функцияи бинӣ ( $p < 0,001$ ) ба қайд гирифта шуд.

**ХУЛОСАҲО**

1. Сабабҳои сар задани хатоҳо ва оризаҳо пас аз ринопластикаи аввалия иншоҷанд: таҳассуснокии нокифояи ҷарроҳони бинӣ, надонистани анатомияи бинӣ ва иҷро кардани амалиётҳои ҷарроҳии кӯҳнашуда, муносибати нодуруст ба бофтаҳои бинӣ [1-М, 2-М, 3-М, 9-М, 14-М].

2. Ихтилолҳои функционалии нафаскашӣ бо бинӣ пас аз ринопластикаи аввалия дар ҳамаи беморон муайян карда шуд, ки онҳо баъди 12 моҳи ринопластикаи ревизионӣ дар 92,2%-и ҷарроҳишудагон дида нашуд [4-М, 8-М, 12-М].

3. Ҳангоми таҳқиқоти комплексӣ бо истифода аз фиброриноскопия, рентгенографияи рақамӣ ва томографияи компютерӣ дар ҳамаи беморон деформатсияҳои постринопластикӣ муайян карда шуд, ки хусусиятҳои онҳо аз ринопластикаи номуносиби қаблан гузаронидашуда дар бофтаҳои устухониву тағоякии бинӣ вобаста буд [1-М, 2-М, 3-М, 4-М, 11-М].

4. Дар асоси деформатсияҳои постринопластикаи муайян кардашуда нишондодҳо дақиқ ва тактикаи беҳтаргардидаи ҷарроҳии ринопластикаи ревизионӣ таҳия гардид [4-М, 5-М, 6-М, 7-М, 10-М, 13-М, 15-М].

5. Натиҷаҳои бевосита ва дур тибқи маълумоти саволномаи NAFEQ то ва пас аз ринопластикаи такрорӣ беҳтаршавии назарраси функция ва эстетикаи биниро муайян кард. Саволномаи ROE пас аз ринопластикаи такрорӣ

афзудани қаноатмандии беморонро чиҳати эстетикаи бинӣ ва баланд шудани сифати ҳаёти онҳо нишон дод. Ҳангоми баҳо додан ба ҳолати функционалии нафаскашӣ тибқи саволномаи NOSE дар 92,2%-и беморон мушкilotи нафаскашӣ дида нашуд [4-М, 8-М, 11-М, 12-М].

### **ТАВСИЯҲО ЧИҲАТИ ИСТИФОДАИ АМАЛИИ НАТИҶАҲО**

1. Ҳангоми банақшагирии ҷарроҳии ринопластикаи такрорӣ дар бемор вучуд доштани дисморфофобияро ба эътибор гирифта зарур аст.
2. Ҳангоми ринопластикаи такрорӣ ба дастраскунии кушода бояд бартарӣ дода шавад.
3. Мобилизатсияи дарбеҳи болоитағоякию болоиустухонпардагӣ дар пушти бинӣ ҳангоми ринопластикаи такрорӣ бояд шартӣ ҳатмӣ доништа шавад.
4. Чудо кардани аутотрансплантатҳо аз минтақаи ҷарроҳишаванда (тағояки девораи бинӣ, тағоякҳои параи бинӣ, поза) бемории минтақаи доно-риро истисно мекунад.
5. Истифода намудани аутотағоякҳои майда реза кардашуда бо мақсади камуфляжи деформатсияҳои мураккаби бинӣ реконструксияро сабук мекунад ва ҳангоми ринопластикаи такрорӣ натиҷаҳои боэътимодно ба бор меорад.
6. Трансплантат аз қабати болоитағоякии гӯш, баъзан якҷоя бо тағояк, имконият медиҳад, ки натиҷаҳои боэътимоди ҳамворсозии пушти бинӣ ба даст оварда шавад.
7. Аутотрансплантатҳои қабурғагӣ бинобар бемории аз ҳад зиёди минтақаи донорӣ бояд дар ҳолатҳои истисноӣ истифода шаванд.
8. Ҳангоми баҳогузорӣ кардани натиҷаҳои ринопластикаи такрорӣ фикри беморро пурсидан ҳатмист ва истифода кардани саволномаҳо зарур мебошад.

### **ФЕҲРИСТИ ИНТИШОРОТ ДАР МАВЗҶИ ДИССЕРТАТСИЯ**

#### **Мақолаҳо дар маҷаллаҳои тақризшаванда**

[1-М]. Азизов, К.Н. Проблемы вторичной ринопластики [Текст] / К.Н. Азизов, К.П. Артыков, Э.Х. Исмоилов // Вестник Авиценны – 2020. – Т. 22, № 4. – С. 595-605.

[2-М]. Азизов, Қ.Н. Проблемаҳои функционалӣ ва эстетикаи бемороне, ки ба ринопластикаи такрорӣ эҳтиёҷ доранд [Матн] / Қ.Н. Азизов, К.П. Артиков, Э.Х. Исмоилов, И.Н. Хван // Авҷи Зӯҳал. – 2021. – №1 – С. 103-108.

[3-М]. Азизов, К.Н. Анализ причин неудачной ринопластики [Текст] / К.Н. Азизов, К.П. Артыков, О.Ф. Солиев, Н.М. Мирзоев // Здоровоохранение Таджикистана. – 2021. – № 3. – С. 11-16.

[4-М]. Азизов, К.Н. Оценка функциональных и эстетических результатов повторной ринопластики [Текст] / К.Н. Азизов // Симург. – 2021. – № 4. – С. 26-33.

#### **Мақолаҳо ва фишурдаи мавод дар маҷмӯаҳои конференсияҳо**

[5-М]. Азизов, К.Н. Выбор хрящевых аутотрансплантатов при повторной реконструкции носа [Текст] / К.Н. Азизов // Материалы 68-ой годичной международной научно-практической конференции ТГМУ им. Абуали ибни Сино «Достижения и проблемы фундаментальной науки и клинической медицины»,

посвященной «Годам развития села, туризма и народных ремёсел (2019-2021)». – Душанбе, 2020. – С. 35.

**[6-М].** Азизов, К.Н. Использование фасциальных аутотрансплантатов при вторичной ринопластике [Текст] / К.Н. Азизов, К.П. Артыков, И.Т. Иброхимов // Материалы 68-ой годичной международной научно-практической конференции ТГМУ им. Абуали ибни Сино «Достижения и проблемы фундаментальной науки и клинической медицины», посвященной «Годам развития села, туризма и народных ремёсел (2019-2021)». – Душанбе, 2020. – С. 36.

**[7-М].** Азизов, К.Н. Выбор доступа при ревизионной ринопластике [Текст] / К.Н. Азизов, К.П. Артыков, И.Т. Иброхимов // Материалы годичной научно-практической конференции Республиканского научного центра сердечно-сосудистой хирургии с международным участием «Актуальные вопросы сердечно-сосудистой, эндоваскулярной и восстановительной хирургии». – Душанбе, 2020. – С. 102.

**[8-М].** Азизов, К.Н. Оценка функции дыхания до ревизионной ринопластики [Текст] / К.П. Артыков, К.Н. Азизов, И.Т. Иброхимов // Материалы годичной научно-практической конференции Республиканского научного центра сердечно-сосудистой хирургии с международным участием «Актуальные вопросы сердечно-сосудистой, эндоваскулярной и восстановительной хирургии». – Душанбе, 2020. – С. 104.

**[9-М].** Азизов, К.Н. Показания к ревизионной ринопластике [Текст] / К.П. Артыков, К.Н. Азизов // Материалы ежегодной XXVI-й научно-практической конференции ГОУ ИПОвСЗ РТ «Опыт и перспективы формирования здоровья населения». – Душанбе, 2019. – С. 62-63.

**[10-М].** Азизов, К.Н. Открытый доступ при вторичной ринопластике [Текст] / К.Н. Азизов, К.П. Артыков // Материалы ежегодной XXV-й научно-практической конференции ГОУ ИПОвСЗ РТ «Опыт и перспективы формирования здоровья населения». – Душанбе, 2019. – С. 61.

**[11-М].** Азизов, К.Н. Восстановление опорности носа при вторичной ринопластике [Текст] / К.Н. Азизов, Г.Н. Шарипов, И.Т. Иброхимов, А.С. Ситамов // Материалы XV-ой международной научно-практической конференции молодых ученых и студентов ТГМУ им. Абуали ибни Сино «Современные проблемы и перспективные направления инновационного развития науки». – Душанбе, 2020. – С. 118.

**[12-М].** Азизов, К.Н. Нарушение функции дыхания до операции вторичной ринопластики [Текст] / К.Н. Азизов, Г.Н. Шарипов, И.Т. Иброхимов, Ш.С. Назаров // Материалы XV-ой международной научно-практической конференции молодых ученых и студентов ТГМУ им. Абуали ибни Сино «Современные проблемы и перспективные направления инновационного развития науки». – Душанбе, 2020. – С. 118.

**[13-М].** Азизов, К.Н. Использование аутотрансплантатов из хрящей крыльев носа и четырехугольного хряща при вторичной ринопластике [Текст] / К.Н. Азизов, Г.Н. Шарипов, Ф.Ф. Абдурахмонов, Э.Х. Исмаилов // Материалы XV-ой международной научно-практической конференции молодых ученых и студентов ТГМУ им. Абуали ибни Сино «Современные проблемы и перспективные направления инновационного развития науки». – Душанбе, 2020. – С. 117-118.



**[14-М].** Азизов, К.Н. Повторные операции после ринопластики [Текст] / К.Н. Азизов, Г.Н. Шарипов, И.Т. Иброхимов, О.Б. Сариев // Материалы XV-ой международной научно-практической конференции молодых ученых и студентов ТГМУ им. Абуали ибни Сино «Современные проблемы и перспективные направления инновационного развития науки». – Душанбе, 2020. – С. 257.

**[15-М].** Азизов, К.Н. Выбор оперативного доступа при повторной септоринопластики [Текст] / К.Н. Азизов, Г.Н. Шарипов, И.Т. Иброхимов, Б.Х. Хакимзода // Материалы XV-ой международной научно-практической конференции молодых ученых и студентов ТГМУ им. Абуали ибни Сино «Современные проблемы и перспективные направления инновационного развития науки». – Душанбе, 2020. – С. 258.

#### **Пешниҳоди ратсионализаторӣ**

**[16-М].** Азизов К.Н., Артыков К.П., Солиев О.Ф. «Способ вторичной ринопластики с позадиушной надхрящницы». Удостоверение на рационализаторское предложение выданное ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино № 3500/R988 от 04.01.2023 г.

#### **Фехристи ихтисораҳо ва аломатҳои шартӣ**

ТЛП	– тағояки латералии поёнӣ
ДДТТ	– Донишгоҳи давлатии тиббии Тоҷикистон
МЧИЧДР	– Маркази ҷумҳуриявии илмии ҷарроҳии дилу рағҳо
NOSE	– Nasal Obstruction Symptom Evaluation
ROE	– Rhinoplasty outcome evaluation
NAFEQ	– Nasal Appearance and Function Evaluation Questionnaire

## АННОТАЦИЯ

**автореферата диссертации Азизова Кудратулло Назруллоевича на тему: «Особенности вторичной ринопластики», представленной на соискание учёной степени кандидата медицинских наук по специальности 14.01.03-Болезни уха, горла и носа**

**Ключевые слова:** деформация носа, последствия ринопластики, септопластика, первичная и вторичная ринопластика, трансплантаты, функция и эстетика носа, качество жизни пациента.

**Цель работы.** Улучшение эстетических и функциональных результатов вторичной ринопластики.

**Методы исследования и использованная аппаратура.** Объектом исследования служили 106 пациентов после первичной ринопластики, которые нуждались во вторичной ринопластике из-за неудачных операций. Исследования включали наружный и внутренний осмотр носа, риноскопию, эндоскопию носа, функциональные методы обследования, цифровую рентгеноскопию, компьютерную томографию носа и околоносовых придаточных пазух.

**Полученные результаты и их новизна.** В результате проведенного исследования установлено, что причинами ошибок и осложнений после первичной ринопластики были недостаточная квалификация ринохирургов, незнание анатомии носа и выполнение морально устаревших оперативных вмешательств, некорректное обращение с тканями носа. Функциональное нарушение носового дыхания после первичной ринопластики было выявлено у всех пациентов. Через 12 месяцев после ревизионной ринопластики улучшение отмечено у 92,2% пациентов. На основании выявленных постринопластических деформаций уточнены показания и разработана рациональная хирургическая тактика ревизионной ринопластики. Непосредственные и отдаленные результаты по данным опросника NAFEQ до и после повторной ринопластики выявили статистически достоверное улучшение функции и эстетики носа ( $p < 0,001$ ). Опросник ROE после вторичной ринопластики статистически достоверно показал удовлетворенность эстетикой носа и качеством жизни пациентами ( $p < 0,001$ ). При оценке функционального состояния дыхания по опроснику NOSE у 82 (92,2 %) пациентов не были проблем с дыханием.

**Рекомендации по использованию.** При вторичной ринопластике открытый доступ должен быть предпочтительным. Мобилизация надхрящично надкостничного лоскута на спинке носа при вторичной ринопластике должна быть обязательной. Выделение аутотрансплантатов из операционной зоны (хрящ перегородки носа, крыльные хрящи, сошник) исключает морбидность донорской зоны. Использование мелконарезанных аутохрящей с целью камуфляжа сложных деформаций носа облегчает реконструкцию и дает надежные результаты при вторичной ринопластике. Использование трансплантата из надхрящницы уха, а иногда вместе с хрящом, позволяет получить надежный результат выравнивания спинки носа. Реберные аутотрансплантаты должны быть использованы в исключительных случаях из-за чрезмерной морбидности донорской зоны. При оценке результата повторной ринопластики мнение пациента должно быть обязательным и необходимо использовать опросники.

**Область применения:** Болезни уха, горла и носа, хирургия.

## АННОТАТСИЯИ

автореферати диссертатсияи Азизов Қудратулло Назруллоевич дар мавзуи  
“Хусусиятҳои ринопластикаи дувумӣ” барои дарёфти дараҷаи илмӣ номзади  
илмҳои тиб аз рӯи ихтисоси 14.01.03-Бемориҳои гӯш, гулӯ ва бинӣ

**Калимаҳои калидӣ:** деформатсияи бинӣ, оқибатҳои ринопластика, септопластика, ринопластикаи аввалия ва дувумӣ, трансплантатҳо, функсия ва эстетикаи бинӣ, сифати ҳаёти бемор.

**Мақсади таҳқиқот.** Беҳтар сохтани натиҷаҳои эстетикӣ ва функционалии ринопластикаи дувумӣ.

**Усулҳои таҳқиқот ва истифодаи дастгоҳҳо:** Объекти таҳқиқот 106 бемор пас аз ринопластикаи аввалия буданд, ки бинобар ҷарроҳии бемуваффақият ба ринопластикаи такрорӣ ниёз доштанд.

Таҳқиқот муоинаи берунӣ ва дарунии бинӣ, риноскопия, эндоскопияи бинӣ, усулҳои функционалии таҳқиқот, рентгеноскопияи рақамӣ, тмографияи компютерӣи бинӣ ва бағалҳои изофаи наздибинигиро дар бар гирифт.

**Натиҷаҳои ба даст овардашуда ва навгонии онҳо.** Дар натиҷаи таҳқиқоти гузаронидашуда маълум шуд, ки сабабҳои сар задани хатогиҳо ва оризаҳо пас аз ринопластикаи аввалия тахассуснокии нокифояи ҷарроҳони бинӣ, надонистани анатомияи бинӣ ва иҷро кардани амалиётҳои ҷарроҳии кӯҳнашуда, муносибати нодуруст ба бофтаҳои бинӣ мебошанд. Ихтилолҳои функционалии нафаскашӣ бо бинӣ пас аз ринопластикаи аввалия дар ҳамаи беморон муайян карда шуд. Баъди 12 моҳи ҷарроҳии ринопластикаи такрорӣ беҳбудӣ дар 92,2%-и беморон дида шуд. Дар асоси деформатсияҳои постринопластикӣ муайян кардашуда нишондодҳо дақиқ ва тактикаи беҳтаргардидаи ҷарроҳии ринопластикаи такрорӣ таҳия гардид. Натиҷаҳои бевосита ва дур тибқи маълумоти саволномаи NAFEQ то ва пас аз ринопластикаи такрорӣ беҳтаршавии назарраси функсия ва эстетикаи биниро муайян кард. Саволномаи ROE пас аз ринопластикаи такрорӣ афзудани қаноатмандии беморонро ҷиҳати эстетикаи бинӣ ва баланд шудани сифати ҳаёти онҳо нишон дод. Ҳангоми баҳо додан ба ҳолати функционалии нафаскашӣ тибқи саволномаи NOSE дар 92,2%-и беморон мушкilotи нафаскашӣ дида нашуд.

**Тавсияҳо ва истифодаи онҳо.** Ҳангоми ринопластикаи такрорӣ ба дастраскунии кушода бояд бартарӣ дода шавад. Мобилизатсияи дарбеҳи болоитағоякӣ болоиустухонпардагӣ дар пушти бинӣ ҳангоми ринопластикаи такрорӣ бояд шартӣ ҳатмӣ дониста шавад. Чудо кардани аутотрансплантатҳо аз минтақаи ҷарроҳишаванда (тағояки девораи бинӣ, тағоякҳои параи бинӣ, поза) бемории минтақаи донориро истисно мекунад. Истифода намудани аутағоякҳои майда реза кардашуда бо мақсади камуфляжи деформатсияҳои мураккаби бинӣ реконструкцияро сабук мекунад ва ҳангоми ринопластикаи такрорӣ натиҷаҳои боэътимодно ба бор меорад. Трансплантат аз қабати болоитағоякии гӯш, баъзан якҷоя бо тағояк, имконият медиҳад, ки натиҷаҳои боэътимоди ҳамворсозии пушти бинӣ ба даст оварда шавад. Аутотрансплантатҳои қабурғагӣ бинобар бемории аз ҳад зиёди минтақаи донорӣ бояд дар ҳолатҳои истисноӣ истифода шаванд. Ҳангоми баҳогузори кардани натиҷаҳои ринопластикаи такрорӣ фикри беморро пурсидан ҳатмист ва истифода кардани саволнома зарур мебошад.

**Соҳаи истифода:** Бемориҳои гӯш, гулӯ ва бинӣ, ҷарроҳӣ

## ANNOTATION

**abstract of the dissertation of Azizov Kudratullo Nazrulloevich on the topic: “Features of revision rhinoplasty” for the degree of Candidate of Medical Sciences in the specialty 14.01.03-Otorhinolaryngology**

***Keywords:** nasal deformity, consequences of rhinoplasty, septoplasty, primary and secondary rhinoplasty, transplants, function and aesthetics of the nose, quality of life of the patient.*

**Purpose of the study.** Improving the aesthetic and functional results of revision rhinoplasty.

**Research methods and techniques used.** The subjects of the study were 106 patients after primary rhinoplasty who required secondary rhinoplasty due to unsuccessful operations. The studies included external and internal examination of the nose, rhinoscopy, nasal endoscopy, functional examination methods, digital fluoroscopy, computed tomography of the nose and paranasal sinuses.

**Obtained results and their novelty.** As a result of the study, it was established that the causes of errors and complications after primary rhinoplasty were insufficient qualifications of rhinosurgeons, ignorance of the anatomy of the nose and the performance of obsolete surgical interventions, and incorrect handling of nasal tissues. Functional impairment of nasal breathing after primary rhinoplasty was detected in all patients. 12 months after revision rhinoplasty, improvement was noted in 92.2% of patients. Based on the identified postrhinoplasty deformities, the indications were clarified and rational surgical tactics for revision rhinoplasty were developed. Immediate and long-term results according to the NAFEQ questionnaire before and after revision rhinoplasty revealed a statistically significant improvement in nasal function and aesthetics ( $p < 0.001$ ). The ROE questionnaire after secondary rhinoplasty statistically significantly showed patients' satisfaction with nasal aesthetics and quality of life ( $p < 0.001$ ). When assessing the functional state of breathing using the NOSE questionnaire, 82 (92.2%) patients had no breathing problems.

**Recommendation for use.** For secondary rhinoplasty, an open approach should be preferred. Mobilization of the perichondrial periosteal flap on the dorsum of the nose during secondary rhinoplasty should be mandatory. Isolation of autografts from the surgical area (nasal septum cartilage, alar cartilages, vomer) eliminates morbidity in the donor area. The use of finely chopped autcartilage to camouflage complex nasal deformities facilitates reconstruction and provides reliable results in secondary rhinoplasty. The use of a graft from the perichondrium of the ear, and sometimes together with cartilage, allows you to obtain a reliable result of straightening the nasal dorsum. Rib autografts should be used in exceptional cases due to excessive morbidity in the donor area. When assessing the outcome of revision rhinoplasty, the patient's opinion should be mandatory and questionnaires should be used.

**Scope of use:** Otorhinolaryngology, surgery