

**ГОУ «ТАДЖИКСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ
УНИВЕРСИТЕТ ИМЕНИ АБУАЛИ ИБНИ СИНО»**

УДК 616.36-007.24;
616.212.5.4-089

На правах рукописи

**МАХМУДНАЗАРОВ
МАХМАДАМИН ИМОМОВИЧ**

**ХИРУРГИЧЕСКАЯ КОРРЕКЦИЯ ДЕФОРМАЦИЙ НОСА
СОЧЕТАННЫХ С ПАТОЛОГИЕЙ ПОЛОСТИ НОСА**

АВТОРЕФЕРАТ
диссертации на соискание ученой степени доктора медицинских наук
по специальности 14.01.03 - болезни уха, горла и носа.

Душанбе - 2023

Научная работа выполнена на кафедре оториноларингологии ГОУ «Таджикский государственный медицинский университет имени Абуали ибни Сино»

Научный консультант: Гаффарова Матлуба Абдузуннуовна - доктор медицинских наук, профессор

Официальные оппоненты:

Хасанов Саидакрам Аскарлович- д.м.н., профессор кафедры оториноларингологии, детской оториноларингологии и стоматологии Ташкентского педиатрического медицинского института Республики Узбекистан

Шамсиддинов Бобоназар Насриддинович – д.м.н., заведующий кафедрой оториноларингологии Института последипломного образования в сфере здравоохранения РТ

Полвонов Шукрулло Бобоевич – д.м.н., заведующий кафедрой хирургии Национального университета Таджикистана

Оппонирующая организация: Самаркандский государственный медицинский университет Республики Узбекистан

Защита диссертации состоится « ___ » _____ 2023г. в ___ часов на заседании диссертационного совета 6D. КОА - 040 при ГОУ ТГМУ имени Абуали ибни Сино. Адрес: 734026, г. Душанбе, район Сино, ул. Сино 29-31, dis@tajmedun.tj, тел.

С диссертацией можно ознакомиться в библиотеке ГОУ «Таджикский государственный медицинский университет имени Абуали ибни Сино»

Автореферат разослан « ___ » _____ 2023 года

Ученый секретарь
диссертационного
совета, д.м.н.

Шарипов А.М.

ВВЕДЕНИЕ

Актуальность темы исследования. Данные литературы и клинические исследования последних лет показывают увеличение числа больных с деформацией носа, сочетанной с патологией носа и околоносовых пазух (ОНП). При этом, в большинстве случаев деформации наружного носа сопровождаются различными вариантами искривления перегородки носа, гипертрофией носовых раковин, катарально-пристеночными или полипозными синуситами, что отрицательно влияют на дыхательную, обонятельную, защитную и эстетическую функции носа.

По данным зарубежных авторов, удельный вес таких заболеваний составляет от 23 до 31% от всех проводимых в ЛОР стационаре по плановым показаниям операций [А.И. Крюков[и др.], 2017; П.Р. Бибик, А.В. Волошина, 2018; М.А. Будковская, 2019; Г.К. Бабаханов, 2020; R. Mladina [et all.], 2015; J. C. Ahn 2016; V.Sriprakash, 2017; [K.Gruszka](#) [et all.], 2022].

Тенденция к росту числа больных с деформациями наружного носа, сочетанных с патологией полости носа и околоносовых пазух наблюдается и в Таджикистане. Данные по ЛОР - отделениям Национального медицинского центра РТ за 2010-2020 годы показали, что среди госпитализированных больных с ринологической патологией до 36,5% составили пациенты с деформацией наружного носа, сочетанной с патологией полости носа и околоносовых пазух, что также подтверждает распространенность этого заболевания и в нашей стране.

Деформации наружного носа, сочетанная с патологией полости носа и ОНП оказывают негативное воздействие на функциях дыхательных путей, работе сердечно-сосудистой системы и других органов, тем самым, ухудшают качество жизни пациентов, создают психологический дискомфорт и способствуют снижению умственной и физической работоспособности [А.В. Бицаева [и др.], 2013; У.А. Курбанов [и др.], 2019; Артыков К.П. [и др.], 2021; S.K. Chung [et all.], 2014; A. N. Nilsen [et all.], 2018.].

Вопросы хирургического лечения больных с сочетанной патологией носа и внутриносовых структур должны рассматриваться как в плане устранения косметического дефекта, так и с учетом восстановления основных функций носа [Г.А. Гаджимирзаев, 1998; Д. Ю Василенко, 2008; У.А.Курбанов[и др.], 2015; В.М. Эзрохин [и др.], 2015; Д.А. Щербаков, 2019; Артыков К.П. [и др.], 2021; S.M.Houser, 2014; [F. Ozdogan](#) [et all.], 2018; A. Bozan [et all.], 2018]. В таких случаях появляется необходимость проведения нескольких одномоментных хирургических вмешательств как в области наружного носа, так и в полости носа и возможно в околоносовых пазухах.

В литературе недостаточно сведений о фундаментальных исследований по комплексной оценке анатомо-функциональных изменений у пациентов с деформациями носа, сочетанной с патологией носа и ОНП. Поэтому, ряд вопросов, связанные с тактикой обследования больного, предоперационной подготовкой, последовательностью хирургических вмешательств и послеоперационным уходом больных являются предметом дискуссии ученых и клиницистов [А.Д. Морозов, М.М. Кумышева, 2014; А.О. Гюсан, 2014; С.А.Карпищенко и др., 2018; [T. K. Kim, J.Y. Jeong](#), 2020].

Положительный или желаемый результат хирургического вмешательства в области наружного носа, носовой полости и в ОНП во многом зависит от квалификации хирурга,

правильного выбора объема хирургического вмешательства и тактики ведения послеоперационного периода. Травма во время операции приводит к морфо-функциональным нарушениям со стороны слизистой полости носа, сопровождается тканевой экссудацией с изменением реологических свойств назального секрета и угнетением двигательной активности мерцательного эпителия. [А.О. Гюсан, 2014; М.М. Магомедов, 2016; Д.Ф. Зейналова, 2017; М.А. Будковая, 2018; А.М. Коркмазов, 2018; М.У. Аkyildiz, 2017; U. S. Khasanov [et all.], 2021].

Результаты одномоментных операций во многом зависят от правильного выбора тактики вмешательства и наблюдения за состоянием наружного носа, носовой полости и ОНП, с целью предотвращения развития воспалительных осложнений, послеоперационных кровотечений, формирования синехий и сокращения сроков реабилитации [М.М. Магомедов, 2017; К.Г. Добрецов, 2018; М.А. Будковая, 2019; M. Camacho, M.Riaz, 2015; [K. Gruszka](#), S. Aksoy, 2022].

В лечении воспалительной патологии полости носа и ОНП при деформации наружного носа важное место занимают местные антисептические средства. Основным преимуществом местных препаратов, применяемых в оториноларингологии, является непосредственный контакт действующего вещества с пораженной тканью. В качестве антимикробного препарата хорошо себя зарекомендовал шалфей, обладающий вяжущим, дезинфицирующим, тонизирующим, смягчительным и кровоостанавливающим действиями. Использование настоя шалфея лекарственного в раннем послеоперационном периоде сокращает продолжительность острого послеоперационного ринита, снижает риск развития синуситов и способствует ускорению процессов заживления раны в носовой полости [С.З. Пискунов [и др.], 2013; А.С. Макарова, 2015; С.М. Мусоев [и др.], 2017; А.Д. Морозов, 2018; М.Д. Шоев, 2021].

Научные исследования, направленные на изучение различных аспектов проблемы комплексного лечения деформаций носа, сочетанных с патологией полости носа и околоносовых пазух среди взрослых, в Республике Таджикистан не проводились. Исследования отечественных ученых затрагивали отдельные вопросы изучения функционального состояния носа при деформациях носовой перегородки, патологии носовых раковин и внедрение методов эндоназальной хирургии функционального характера.

Таким образом, деформация носа, сочетанная с патологией полости носа и ОНП, как по совокупности клинических проявлений, так и в плане комплексного лечения является сложным заболеванием, требующее комплексного подхода в диагностике и в разработки методов хирургического лечения и послеоперационной реабилитации.

Степень научной разработанности изучаемой проблемы.

Так как нарушение воздушной проходимости носовых ходов и другие функциональные изменения, ведущие к развитию патологического процесса в полости носа, ОНП и прилегающих к ним тканях, могут возникать в результате сочетания нескольких факторов, то во время планирования объема хирургического вмешательства необходимо учитывать возможность одномоментного комплексного хирургического вмешательства с целью восстановления сниженных и/или утраченных основных функций носа и устранения патологического процесса. Вопросы сочетанных операций в отечественной ринологии практически не освещены.

Современные достижения медицины, позволяют расширить, диапазон сочетанных хирургических вмешательств при данной патологии. Недостаточная эффективность существующих и применяемых методов хирургического лечения деформаций носа, сочетанных с патологией полости носа и ОНП нередко связана с несовершенством и высокой инвазивностью хирургических вмешательств, отсутствием четких показаний к оперативному лечению, что дополняется низкой объективной оценкой деформации носа и внутриносовых структур, а также состоянием основных функций носа, недостатком визуального внутриносового операционного и послеоперационного контроля, неадекватным обезболиванием. Все это несомненно отражается на эстетической и функциональной стороне результатов лечения [А.О. Гюсан, 2014; А.С. Лопатин [и др.], 2018; А.М. Коркмазов, 2018; Х.Т. Абдулкеримов [и др.], 2018; Е.Л. Савлевич [и др.], 2019; А Tuzuner, 2016].

Деформация носа и носовой перегородки носа вызывая затруднение носового дыхания, способствует развитию патологического процесса в полости носа и околоносовых пазухах. В связи с чем, возникает необходимость одновременно произвести оперативные вмешательства на деформированной части носа, а также на структурах полости носа с целью восстановления основных функций носа и устранения патологического процесса в околоносовых пазухах.

В основу исследования положено одномоментное хирургическое лечение деформаций носа, сочетанных с патологией полости носа и ОНП с разработкой алгоритма объема хирургического вмешательства, а также ведения больного в пред – и послеоперационном периоде во избежания возникновения воспалительных осложнений..

Теоретической базой исследования явились изучение и анализ ранее проведенных и опубликованных работ авторов ближнего и дальнего зарубежья, а также отечественных ученых по проблеме диагностики, хирургического лечения и послеоперационной реабилитации больных с деформацией носа в сочетании с патологией полости носа и ОНП.

В работе были изучены результаты исследований диссертаций, защищённые в Республике Таджикистан и Российской Федерации, научные статьи журналов, конференций и симпозиумов, посвященных вопросам диагностики и хирургического лечения сочетанных патологий носа и ОНП. Исследования проводились на базе ЛОР отделений ГУ НМЦ РТ “Шифобахш” города Душанбе.

Мы изучили немногочисленные работы отечественных и достаточное количество исследований ученых ближнего и дальнего зарубежья, где имеются различные мнения и подходы по вопросам диагностики, хирургического лечения и послеоперационной реабилитации больных с сочетанной патологией носа и ОНП [М.А. Гаффарова, 2008; М.К. Икромов, 2011; У.А.Курбанов, 2019; К.П. Артыков, 2020; Б.Н. Шамсиддинов, 2021; К.Э. Клименко, 2013; И.И. Литовец, 2015; Д.Ф. Зейналова, 2017; А.Д. Морозов, 2018; .H.Stammberger[et al.], 2009; E.C.Cashman [et. all.], 2011; J. C. Ahn, 2016].

Изучение этих вопросов очень важны для оториноларингологов в связи с внедрением в практическую медицину микроскопической и эндоскопической хирургии, которые позволят врачу детально визуализировать анатомические структуры полости носа и ОНП, устанавливать их роль в развитии патологических состояний слизистой оболочки полости носа и ОНП, восстанавливать их взаимоотношения при одномоментных хирургических вмешательствах, устранять патологические процессы.

Вопросы одномоментного хирургического вмешательства или поэтапная хирургия при различного рода деформаций носа, сочетанных с патологией внутриносовых структур и ОНП в разных возрастных категориях пока еще недостаточно изучены и решение этого вопроса до настоящего времени широко дискутируется. В диссертации были использованы научные разработки зарубежных авторов относительно диагностики, тактики предоперационной подготовки и последовательности хирургических вмешательств у пациентов с сочетанными патологиями носа и ОНП [А. С. Петров, 2012; М.М. Магомедов, 2016; Е.В.Хрусталева, 2016; О.М. Пустовит, 2017; Т.В.Won, 2012].

Таким образом, разработка комплексной предоперационной диагностики анатомических структур, эстетических и функциональных изменений при деформациях носа в сочетании с патологией полости носа и ОНП, выбор объема и тактики хирургического вмешательства связаны с комбинированным использованием различных методов оперативного вмешательства является актуальной и до окончательно не решенной научной проблемой. С учетом вышеизложенного сформулирована цель и задачи исследования

Связь работы с научными программами (проектами) и темами

Диссертационная работа: «Хирургическая коррекция деформаций носа, сочетанных с патологией полости носа» выполнена в рамках научно-исследовательской работы кафедры оториноларингологии имени член-корр. РАМН Ю.Б. Исхаки Таджикского государственного медицинского университета имени Абуали ибни Сино на тему: «Современные методы диагностики и комплексного лечения сочетанных патологий носа и околоносовых пазух» по специальности 14.03.01 –болезни уха, горла и носа. Гос. регистрация № 0113ТJ 00336.

ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА РАБОТЫ

Цель работы. Разработка и оптимизация методов одномоментного хирургического лечения больных с деформацией наружного носа, сочетанной с патологией полости носа и околоносовых пазух.

Задачи исследования.

1. Изучить клинико-анатомическое состояние носа и внутриносовых структур при различных формах деформаций наружного носа, сочетанных с патологией носовой полости и ОНП.
2. Оценить результаты различных диагностических методов для уточнения характера патологии внутриносовых структур и морфофункционального состояния слизистой полости носа при деформациях носа, сочетанных с патологией носовой полости и ОНП.
3. Выработать алгоритм предоперационной подготовки больных в зависимости от вариантов сочетаний и характера деформаций носа с патологией полости носа и ОНП.
4. Оптимизировать методы одномоментного хирургического лечения деформаций носа, сочетанных с патологией носовой полости и ОНП и послеоперационной терапии.
5. Исследовать влияния настоев шалфея лекарственного на функциональное состояние носа и микрофлору слизистой полости носа у больных с деформацией носа, сочетанной с патологией полости носа и ОНП в послеоперационном периоде.

б. Оценить результаты исследования и разработать рекомендации по тактике одномоментного хирургического лечения и послеоперационного ведения пациентов с деформацией носа, сочетанной с патологией полости носа и ОНП.

Объект исследования. Объектом исследования были 280 больных с деформацией наружного носа в сочетании с различной патологией полости носа и околоносовых пазух, обследованные в оториноларингологических отделениях национального медицинского центра Республики Таджикистан “Шифобахш”. Из них мужчин было – 185 ((66,1%), женщин – 95 (33,9%). Возраст больных колебался от 15 до 58 лет.

Исследование включало клинико-биохимический анализ крови, мочи, исследование крови на ВИЧ, на маркеры гепатита В,С, группу и резус принадлежность крови, электрокардиографию, флюорографию органов грудной клетки, рентгенографию и/или КТ ОНП, осмотр ЛОР-органов, эндоскопию носа, функциональные исследование носа (ринопневмометрия, ольфактометрия, определение двигательной активности МЦТ и рН носового секрета, бактериологическое исследование слизистой полости носа).

Предмет исследования. Предметом исследования было выявление клинико-анатомического и функционального состояния носа у больных с деформацией носа, сочетанной с патологией полости носа с разработкой алгоритма предоперационной подготовки и оптимизированных методов одномоментного хирургического лечения и послеоперационной терапии.

Теоретическая и научно-практическая значимость работы заключается в том, что основные положения исследования (теоретические, методологические) по вопросам диагностики, хирургического лечения и послеоперационного лечения деформаций носа, сочетанных с патологией полости носа и ОНП, представленные в диссертации, могут быть использованы в учебном процессе медицинских университетов и институтов последипломного образования, а также на курсах усовершенствования ЛОР врачей по ринологии и ринопластики.

Выявлена частота различных вариантов развития эндоназальных анатомических структур, зависящие от формы деформаций носа. Результаты проведенных исследования позволят глубже и подробнее ознакомиться с различными вариантами анатомического строения внутриносовых структур при различной деформации носа в сочетании с патологией полости носа и ОНП, что позволит планировать варианты хирургического вмешательства.

Предложенный алгоритм предоперационного обследования и последовательность одномоментных хирургических вмешательств в зависимости от вариантов деформации наружного носа, патологии внутриносовых структур и ОНП имеет непосредственное практическое значение для врачей оториноларингологов.

Новый способ фиксации костей наружного носа после ринопластики и способ отслойки мукоперихондрия перегородки носа с применением отсоса-распатора авторского варианта имеет преимущества перед аналогичными методами фиксации костных фрагментов наружного носа и отслойки тканей носовой перегородки.

Оптимизация послеоперационного ведения больных с сохранением носового дыхания через воздухопроводные трубки и применение антисептического средства шалфея лекарственного значительно повышает эффективность послеоперационной терапии и могут быть широко применены в практической оториноларингологии.

Научная новизна исследования

В условиях Республики Таджикистан, впервые проведено комплексное исследование по изучению клинической характеристики и функционального состояния носа у больных с деформацией носа, сочетанной с патологией носовой полости и ОНП с оптимизацией методов их одномоментного хирургического лечения и послеоперационной терапии.

Исследованиями установлено, что клинического течения заболевания у пациентов с деформацией носа, сочетанной с патологией носовой полости и ОНП проявляется разнообразием и многочисленностью жалоб, выраженными нарушениями дыхательной, защитной, обонятельной и эстетической функций носа.

Эндоскопическая картина носа и КТ ОНП у больных с деформацией носа, сочетанной с патологией носовой полости выявили более выраженные патологические изменения анатомического характера со стороны наружного носа и внутриносовых структур, что необходимо учитывать при планировании одномоментных оперативных вмешательств.

Исследование функционального состояния носа установило выраженные нарушения проходимости носовых ходов, снижение транспортной функции мерцательного эпителия слизистой оболочки полости носа, повышения порогов обоняния и смещения рН носовой слизи в кислую сторону от $7,2 \pm 0,5$ до $6,8 \pm 0,3$, что также свидетельствует о нарушении функции мукоцилиарного клиренса слизистой носовой полости.

Изучено влияние настоев шалфея лекарственного на микрофлору слизистой полости носа у больных с деформацией носа, сочетанной с патологией полости носа и ОНП в послеоперационном периоде.

Бактериологическое исследование содержания микрофлоры в полости носа показало, что у больных с деформацией носа, сочетанной с патологией полости носа и ОНП, в слизистой оболочке полости носа и околоносовых пазух часто присутствуют условно-патогенная и патогенная микрофлора.

Установлено, что на фоне промывания полости носа с настойкой шалфея лекарственного в послеоперационном периоде, патогенная флора практически не обнаружена, что указывает на бактерицидные свойства данного лекарственного препарата и целесообразность его использования в послеоперационной терапии.

Предложен алгоритм предоперационного обследования больных с деформацией носа, сочетанной с патологией носовой полости и ОНП и последовательность выполнения одномоментных хирургических вмешательств в зависимости от вариантов деформации наружного носа, носовой перегородки, внутриносовых структур и ОНП.

Усовершенствованы тактические и технические аспекты закрытой риносептопластики. Изобретены новые способы фиксации костей наружного носа после ринопластики (Малый патент на изобретение в Республике Таджикистан №ТJ 71) и отслойки мукоперихондрия и мукопериоста перегородки носа с применением авторского варианта отсоса-распатора (Малый патент на изобретение в Республике Таджикистан №ТJ 1024).

Разработан модифицированный метод хондротомии 4-х угольного хряща с применением микроножей при септопластике (Рационализаторское предложение №3154/P-456) и поэтапной тампонады носа после риносинусохирургических операций (Рационализаторское предложение № 3145 /P-447).

Научно обоснован новый способ подслизистой вазотомии носовых раковин без предварительного разреза слизистой носовой раковины и УЗ дезинтеграции с латеропозицией носовой раковины (Рационализаторские предложения № 3260-Р- 475 и № 3341/R556).

Оптимизирована тактика послеоперационного ведения больных с применением тампонады носовой полости с сохранением носового дыхания через воздухопроводные трубки (Рационализаторское предложение №3689/ R380) и использованием шалфея лекарственного, что повысила эффективность послеоперационной терапии (Малый патент на изобретение Республики Таджикистан № TJ 1007).

Доказана высокая эффективность одномоментного хирургического лечения при деформациях наружного носа, сочетанных с патологией носовой полости и ОНП, как в плане улучшения функционального состояния слизистой полости носа, так и в восстановлении анатомических структур носа, что позволяет давать научно-практические рекомендации по комплексному обследованию и лечению этой категории больных.

Положения диссертации, выносимые на защиту

- 1.**Использование комплексных методов обследования пациентов с деформацией наружного носа, сочетанной с патологией полости носа и ОНП позволяет дать объективную оценку форме наружного носа, изменениям внутриносовых структур и возникшим изменениям основных функций носа.
- 2.**Совершенствование технических аспектов одномоментных операций с применением модифицированного распатора – отсоса, микроножей при септопластике, способа подслизистой вазотомии при гипертрофии носовых раковин и надежная фиксация костей носа устройством авторского варианта после ринопластики ускоряют ход операции и повышают её эффективность.
- 3.** Одномоментное хирургическое вмешательство при деформации наружного носа в сочетании с искривлением носовой перегородки, гипертрофией носовых раковин и негнойной патологией ОНП оправдано и целесообразно, т.к. позволяет добиваться восстановления дыхательной, защитной и обонятельной функций, а также улучшения эстетического вида носа.
- 4.** Оптимизация послеоперационного ведения пациентов путем орошения полость носа раствором шалфея ускоряет сроки заживления раны и процессы регенерации слизистой носовой полости и ОНП.

Степень достоверности результатов диссертации.

Подтверждается достоверностью данных, достаточным объёмом материалов исследования, статистической обработкой результатов исследований 280 пациентов с деформацией носа, сочетанной с патологией полости носа и ОНП. Публикациями в отечественных и зарубежных журналах, рецензируемых ВАК РФ и Российской Федерации. Выводы и рекомендации основаны на научном анализе результатов одномоментного хирургического лечения и послеоперационной терапии 280 больных с деформацией носа, сочетанной с патологией полости носа и ОНП. Результаты исследования подтверждены удостоверениями на 17 рационализаторских предложений и 4 патентами на изобретение.

Соответствие диссертации паспорту научной специальности Диссертационная работа соответствует паспорту ВАК при Президенте Республики Таджикистан по

специальности 14.01.03 - болезни уха, горла и носа (6D110100 – Медицина) пунктам 3-4. Экспериментальная и клиническая разработка методов лечения ЛОР – заболеваний и внедрение их в клиническую практику. Разработка методов диспансеризации ЛОР – заболеваний.

Личный вклад диссертанта. Соискателем, совместно с научным консультантом разработан алгоритм обследования больных и план хирургического лечения и послеоперационного наблюдения (90%). Автор лично проводил сбор научного материала, осмотр ЛОР органов, ринофиброскопию и функциональные методы исследований носа, оперативные вмешательства и послеоперационный уход за пациентами (100%). По ходу научной работы соискатель разработал и внедрил в клиническую практику оптимизированные методы одновременного хирургического лечения больных с деформацией носа, сочетанной с патологией полости носа и ОНП (100%). Ведение историй болезни, заполнение карт стационарного больного, систематизация материалов диссертационного исследования проводились лично автором (100%). Основные научные результаты отражены соискателем в двух монографиях, в методических пособиях и разработках (личный вклад автора – 90%), в статьях в журналах, включенных в перечень научных изданий ВАК Республики Таджикистан и Российской Федерации для опубликования результатов диссертационных исследований (личный вклад автора - 90%), в рецензируемых сборниках научных статей, материалах научно-практических конференций (вклад автора - 90%).

Апробация работы и реализация результатов диссертации

Основные положения научной работы доложены и обсуждены: на республиканской научно-практической конференции оториноларингологов Узбекистана «Актуальные вопросы детской оториноларингологии» (Ташкент, 2006); 55-й научно-практической конференции ТГМУ имени Абуали ибни Сино, посвященной 75-летию Ю.Б. Исхаки «Актуальные вопросы семейной медицины» (Душанбе – 2007г); научно-практической конференции ТГМУ «Актуальные вопросы экспериментальной хирургии, трансплантологии и консервирование трансплантатов» (Душанбе – 2007); республиканской научно-практической конференции «Актуальные вопросы реконструктивной и пластической хирургии» (Душанбе, 2007); на 2-м съезде детских хирургов, анестезиологов и реаниматологов РТ (Душанбе, 2008); 56-й научно-практической конференции ТГМУ имени Абуали ибни Сино «Перспективы развития семейной медицины в Таджикистане» (Душанбе, 2008); 57-й научно-практической конференции с международным участием, посвященная 70-летию ТГМУ имени Абуали ибни Сино «Вклад ТГМУ в подготовку кадров, медицинскую науку и улучшение здоровья общества» (Душанбе, 2009); на 3-ем съезде оториноларингологов Узбекистана (Ташкент, 2010); научно-практической конференции «Современные аспекты диагностики и лечения патологий в детской оториноларингологии» (Ташкент, 2012); научно-практической конференции оториноларингологов РТ с международным участием «Актуальные вопросы оториноларингологии» (Душанбе, 2012); на II-м Петербургском форуме оториноларингологов России (Санкт-Петербург, 2013); на 4-м международном конгрессе ринологов и пластических хирургов (Тегеран, 2013); на 4-ом съезде оториноларингологов Узбекистана «Современные направления в оториноларингологии» (Ташкент, 2015); на 37 конгрессе по оториноларингологии и хирургии головы и шеи (Турция, 2015); 41th Turkish National Otorhinolaryngology

and Head and Neck Surgery Congress (Турция, 2018); Республиканской научно-практической конференции оториноларингологов с международным участием «Современные аспекты диагностики и лечения в оториноларингологии» (Душанбе, 2018); на Республиканской научно-практической конференции «Современная оториноларингология: актуальные вопросы и перспективы развития» (Ташкент, 2022); International scientific-practical conference «Modern technologies of diagnostics and treatment in otorhinolaryngology» (Samarcand, 2022).

Апробация диссертации проведена на объединенной межкафедральной проблемной комиссии по хирургическим дисциплинам, стоматологии, офтальмологии и болезни уха, горла и носа ГОУ «ТГМУ имени Абуали ибни Сино» (28.08.2020 г).

Результаты исследования отражены в двух монографиях и в четырех методических разработках.

1. Хирургическая коррекция деформаций носа и носовой перегородки (2016, 110с.);
2. Применение галеновых препаратов в оториноларингологии (2022, 103с);
3. Хирургическая коррекция деформаций носовой перегородки (2007, 53с.);
4. Малакаҳои амалӣ аз ринология (2018, 93с); 5. Практические навыки по ринологии (2018, 95с); 6. Хирургическое лечение деформаций носовой перегородки, сочетанных с гипертрофией носовых раковин (2020, 83с.).

Результаты работы используются в учебном процессе на кафедрах оториноларингологии ГОУ «Таджикский государственный медицинский университет имени Абуали ибни Сино» и ГОУ «Институт последипломного образования в сфере здравоохранения Республики Таджикистан», а также широко внедрены в практику оториноларингологических отделений Национального медицинского центра «Шифобахш» и лечебно-диагностического комплекса «Истиклол».

Публикации по теме диссертации. По материалам научного исследования опубликовано 80 печатных работ, в том числе 25 статей в журналах, рецензируемых ВАК РТ и РФ, 2 монографии и 4 методических разработок. Получены удостоверения на 16 рационализаторских предложений и 3 патента на изобретение.

Структура и объем диссертации.

Диссертационная работа представлена на 300 страницах компьютерного текста, состоит из введения, общей характеристики работы, обзора литературы, главы методов исследований, главы ретроспективного анализа, 4 глав собственных исследований, обсуждение результатов, выводов, рекомендаций по практическому применению результатов исследований и списка литературы, содержащего 333 источника (11 – отечественных, 322 стран СНГ и зарубежных), иллюстрирована 68 рисунками и 25 таблицами.

Содержание работы

Материал и методы исследования. Диссертационная работа проведена на кафедре оториноларингологии имени профессора Ю.Б. Исхаки ГОУ «ТГМУ имени Абуали ибни Сино» на базе Национального медицинского центра (НМЦ) Республики Таджикистан (РТ)

«Шифобахш». В настоящее исследование включены 280 пациентов с деформацией наружного носа в сочетании с различной патологией внутриносовых структур и околоносовых пазух. Из них мужчин было – 185 (66,1%), женщин – 95 (33,9%). Возраст больных колебался от 15 до 58 лет.

Больные в стационар для планового хирургического лечения по поводу деформации носа и носовой перегородки поступили из различных регионов республики. Основной контингент больных поступили из г. Душанбе (33,2% пациентов), районов республиканского подчинения (30,0%) и из Хатлонской области (24,3%). Из-за большой отдаленности, меньше всего больных поступили из Согдийской области (8,2%) и из ГБАО (4,3%).

Всем пациентам проведено обследование, включающее клинический и биохимический анализ крови и мочи, исследование крови на маркеры гепатита В,С, группу крови и резус принадлежность. ЭКГ, флюорографию органов грудной клетки, компьютерную томографию (КТ) околоносовых пазух (ОНП), функциональные методы исследования носа, исследование микрофлоры и морфологии слизистой полости носа.

В соответствии с намеченными задачами исследования больные были разделены на три группы. В первую группу вошли 135 (48,2 %) пациентов с деформацией наружного носа и носовой перегородки, сочетанной с патологией носовых раковин, во вторую – 92(32,8%) человек с деформацией носа и носовой перегородки, сочетанные с патологией внутриносовых структур и околоносовых пазух. В третью группу вошли 53 (19,0 %) больных с деформацией носа и с различной патологией полости носа, которым в анамнезе были проведены оперативные вмешательства традиционными методами.

В условиях стационара проводили осмотр ЛОР органов, эндоскопическое и функциональное исследование носа. Эндоскопию полости носа проводили с помощью ригидных эндоскопов фирмы "Шторц" с оптикой 0°, 30°, 70° и гибким эндоскопом фирмы «Olimpus». При проведении эндоскопического исследования уделяли внимание на состояние слизистой оболочки полости носа, носовой перегородки, нижней и средней носовых раковин и остеомеатального комплекса.

Рентгенологическое исследование носа и ОНП выполнили в рентгеновском кабинете НМЦ РТ в носоподбородочной и носолобной проекциях у 124(44,3%) больным в период, когда компьютерная томография ещё не была общедоступной многим нашим пациентам. КТ носа и ОНП проводили 156 (55,7%) пациентам в НМЦ РТ на аппарате «ASTION» фирмы TOSHIBA и на «Somatom -16» фирмы Siemens в диагностическом центре «Нурафзо» в аксиальной и коронарной проекциях с шагом томографа 4 мм, толщиной выделяемого слоя - 4мм, что позволяет со всех ракурсов определить изменения со стороны костно-хрящевой структуры наружного носа, внутриносовых структур и ОНП.

Функциональные методы исследования (ринопневмометрия, ольфактометрия, определение скорости мукоцилиарного транспорта (МЦТ) и Рн носовой слизи) носа проводили при поступлении и в разные сроки послеоперационного периода.

Микрофлору полости носа исследовали до и в послеоперационном периоде с целью идентификации условно-патогенной или патогенной микрофлоры и для определения бактерицидного действия шалфея лекарственного. Тампоны с материалом помещали в пробирки с угольной транспортной средой фирмы «Сорап», (Италия) и отправляли в

бактериологическую лабораторию НМЦ РТ «Шифобахш», где проводился посев на питательную среду с последующей идентификацией бактерий.

В качестве макропрепарата для гистологического исследования брали удаленный сегмент слизистой оболочки гипертрофированной нижней носовой раковины, полипозную ткань из этмоидальных пазух и фрагмент кисты из верхнечелюстной пазухи во время хирургического вмешательства. Исследование проводилось на базе патологоанатомического отделения НМЦ РТ «Шифобахш».

Результаты ретроспективного исследования

На первом этапе работы нами проведен ретроспективный анализ истории болезней 90 пациентов в возрасте от 17 до 52 лет с деформацией носа, искривлением носовой перегородки, с хроническим гипертрофическим ринитом и полипозными риносинуситами, которые с 2000 по 2006 годы поступали в оториноларингологические отделения НМЦ РТ «Шифобахш» для оперативного лечения.

Анамнестические данные больных показали, что независимо от даты первичного обращения к оториноларингологу, пациенты были направлены в ЛОР стационар для оперативного лечения в разные сроки от начала заболевания. К примеру, 35,5% больных по поводу деформации носовой перегородки обращались к ЛОР врачам еще в детском возрасте, однако им рекомендованы оперативное лечение по достижении 16-18 летнего возраста, что с точки зрения современных знаний о сроках развития носовой перегородки являются ошибочными.

Анализ причин заболеваний показал, что у больных с деформацией носа и носовой перегородки наиболее частыми причинами были бытовые травмы в детском и в подростковом возрасте (59,1%) и спортивные травмы (25,2%), В 10,5 % случаях причиной заболевания был перенесенный рахит в детском возрасте. Пациенты с хроническим гипертрофическим ринитом и полипозным риносинуситом в 87,8% случаях причиной болезни называли частые простудные заболевания, острый ринит и острые синуситы, что в принципе совпадают данными как зарубежных, так и отечественных авторов. Неблагоприятные материально-бытовые условия и климатические факторы явились причиной заболевания полости носа и ОНП у 12,2% обследованных.

Анализ рентгенографии ОНП у больных с деформацией носовой перегородки с гипертрофией носовых раковин выявил, что в 18,9% случаях, факт наличие патологических изменений со стороны ОНП перед выполнением ринохирургического вмешательства хирургом не учитывался.

В плане хирургического лечения больным с деформацией носа, носовой перегородки, гипертрофическим ринитом и полипозным риносинуситом в основном выполнялись традиционные хирургические вмешательства, как подслизистая резекция носовой перегородки по Киллиану, гальванокаустика и криовоздействие носовых раковин и полипотомия носа. В 23,3 % случаях при наличие деформации носовой перегородки и гипертрофии носовых раковин, операция ограничивалась проведением только септум-операции без вмешательства на носовых раковинах.

В 26,6% случаях, при сочетании гипертрофии носовых раковин с полипозным синуситом, операция ограничивалась удалением полипов из полости носа без очистки клеток решетчатых пазух и без вмешательства на носовых раковинах. Из этого можно

сделать вывод о том, что две или более операций одномоментного характера выполнялись очень редко.

Таким образом, ретроспективный анализ историй болезни пациентов с деформацией носа, носовой перегородки, хроническим гипертрофическим ринитом и полипозными риносинуситами показал необходимость нового подхода к диагностике, изучению клинических проявлений, функциональному состоянию носа и разработке современных методов одномоментного хирургического вмешательства с оптимизацией послеоперационного наблюдения.

Общая характеристика больных.

В условиях оториноларингологических отделений НМЦ РТ нами проведено обследование и хирургическое лечение 280 больных с деформацией носа, носовой перегородки, сочетанные с патологией полости носа и ОНП. В результате исследования нами установлено, что наибольшее количество пациентов, страдающих с деформацией носа и носовой перегородки приходилось на возрастные группы от 15 до 36 лет, что составило 79% от общего числа обследованных больных. Это, видимо связано с более активным образом жизни молодых людей, которые чаще подвержены к различным спортивным и бытовым травмам, а также более требовательным отношением к своей внешности.

Анализ жалоб пациентов с сочетанной патологией носа и ОНП показал их многочисленность и разнообразие, в отличие от жалоб больных страдающих одной ринологической патологией. При этом, основными жалобами обследованных больных были изменение формы носа, затруднение носового дыхания, нарушение обоняния, выделения из носа. Из общего числа больных с затруднением носового дыхания, 121 (43,2%) отмечали одностороннее, 155 (55,4%) - двустороннее затруднение носового дыхания и 4 (1,4%) жаловались на отсутствие носового дыхания. Нарушение обоняния отметили 245 (87,5%) пациентов, 8 из которых (2,9%) жаловались на его отсутствие. На выделения из носа жаловались 267 (95,4%) больных, быструю утомляемость при физической нагрузке - 198 (70,7%), ночной храп и нарушение сна - 227 (81,1%), головную боль различного характера предъявили -197 (70,4%) и зависимость от сосудосуживающих капель в нос - 259 (92,5%) больных. Значительная часть пациентов жаловались на сонливость в дневное время, снижение памяти и работоспособности, заложенность в ушах и раздражительность.

Результаты исследования. Данные риноскопии показали, что нарушение формы носа в виде риносколиоза 118 (42,1%) больных) преобладало среди пациентов первой и второй группы. Ринолордоз диагностирован у 66 (23,6%), ринокифоз - у 39(14,0%) и комбинированная деформация носа отмечена у 35 (12,5%) больных. Сочетание искривление перегородки носа встречалось со сколиозом в 45,0% случаях, с ринолордозом в 23,6% и ринокифозом в 18,9% случаях. Сочетание искривление носовой перегородки с комбинированной деформацией наружного носа отмечено у 12,5% пациентов. При ринофиброскопии отмечали преобладание С-образной деформации носовой перегородки и искривление перегородки носа в виде костно-хрящевого гребня, а также вывиха и смещения 4-х угольного хряща. У подавляющего числа больных (95,7%) была выявлена гипертрофия носовых раковин. При этом, гипертрофия нижних носовых раковин выявлена у 187 (66,8%), а гипертрофия средних носовых раковин - у 81 (28,9%) пациентов.

Патологическое содержимое в носовой полости слизистого или слизисто - серозного характера обнаружено у 276 (98,6%) больных. Полипы в носу и этмоидальные полипы выявлены у 32 (11,4%) больных.

На рентгенографии и КТ носа и ОНП были выявлены деформации различных отделов наружного носа и носовой перегородки с определенно точной их локализацией. Патология ОНП была выявлена у 166 (59,3%) пациентов. При этом, патология верхнечелюстной пазухи обнаружена у 89 (31,8%), решетчатой пазух – у 36 (12,9%), лобной пазухи – у 28(10,0%) и сочетанная патология ОНП – у 13 (4,6%) пациентов. Кроме того, у 22 (7,8%) больных были выявлены полипозный риносинусит, а у 10 (3,6%) – киста гайморовых пазух. Патологические изменения в виде пристеночного утолщения и экссудативно-катарального воспаления слизистой оболочки чаще всего выявлялись в гайморовых и решетчатых пазухах.

Результаты исследования функционального состояния носа во всех группах выявили нарушения дыхательной, защитной, транспортной и обонятельной функций носа, более выраженные во второй клинической группе больных (таблица 1).

Таблица 1. - Показатели функционального состояния носа пациентов до лечения. (абс. %)

Функциональные методы исследования носа	Результаты исследований		
	n= 135	n= 92	n= 53
	1-я группа	2-я группа	3-я группа
Ринопневмометрия (норма – 8-10 мм.водн. ст.)	-	-	-
I степень (11-30 мм.вод.ст.)	45 (33,3%)	13 (14,1%)	27 (50,9%)
II степень (31-60 мм.вод.ст.)	67 (49,6%)	31 (33,7%)	15(28,3%)
III степень (61-90 мм.вод.ст.)	23 (17,1%)	48 (52,2%)	11(20,8%)
Ольфактометрия (норма- все запахи)	-	-	-
гипосмия I ст.сл. запах	65 (48,1%)	13 (6,5%)	26 (49,1%)
гипосмия II ст. ср. запах	53 (39,3%)	31(38,1%)	18 (34,0%)
гипосмия III ст. сильн запах	17 (12,6%)	48(55,4%)	9 (16,9%)
Мукоцилиарный транспорт (норма -14,2+3,5 мин)	-	-	-
МЦТ I ст. - 20-30 мин.	43 (31,9%)	38(41,3%)	28(52,8%)
МЦТ II ст. 31-60 мин.	56 (41,5%)	35(38,0%)	19(35,9%)
МЦТ III ст. 60 мин. и более	36 (26,6%)	19(20,7%)	6 (11,3%)

Примечание: *p<0,05; **p<0,01; ***p<0,001 – статистическая значимость различия показателей между таковыми в 1-ой группе (по критерию χ^2); #p<0,05, ##p<0,01, ###p<0,001 - при сравнении до и после лечения в каждой группе (по критерию МакНемара).

Так, нарушение проходимости носовых ходов II-III степени наблюдалось у 90 (66,7%) пациентов первой, у 79(85,9%) - второй и у 26 (49,1%) больных третьей группы. Исследования скорости ресничек мерцательного эпителия показали выраженное

нарушение транспортной функции мерцательного эпителия у пациентов всех групп, но более заметное у пациентов с деформацией носа, сочетанной с патологией полости носа и околоносовых пазух. При этом, средние показатели МЦТ в первой группе составили от 24,3 до 45,5 мин., во второй – от 32,5 до 75,2 мин. и в третьей группе – от 30,5 до 58,2 мин., при норме 15-25 мин. Нарушение обоняния II-III степени выявлены у 70(51,8%), у 57(61,9%) и у 27 (50,9%) больных 1-й, 2-й и 3-й групп соответственно.

Таким образом, данные клинической характеристики обследованных больных позволяет сделать заключение о том, что развитие патологии носовых раковин и хронических воспалительных изменений в околоносовых пазухах во многом связано с деформацией носа и носовой перегородки, которые приводят к нарушению процессов аэродинамики в полости носа и в околоносовых пазухах.

Бактериологическое исследование слизистой оболочки носовой полости выявило наличие условно патогенной и патогенной микрофлоры в слизистой оболочке носовой полости во всех группах. К примеру. *Staphylococcus epidermidis* выявлен у 23 (25,6%), *Staphylococcus aureus* – у 10 (11,1%), *Streptococcus haemolyticus* – у 15 (16,7%), *Staphylococcus pyogenes* – у 9 (10,0%) и *Candidia* – у 6 (6,6%) пациентов. *Staphylococcus saprophyticus* обнаружены в 27 (30,0 %) случаях.

Хирургическое лечение пациентов. Показаниями для одномоментной хирургической коррекции наружного носа, внутриносовых структур и ОНП служили выраженные нарушения функционального и эстетического состояния носа. Для больных третьей группы, показаниями для проведения повторных операций были выявленные патологические находки со стороны носа, носовой полости и ОНП, которые ранее не были устранены, а также неудовлетворенность формой наружного носа, затрудненное носовое дыхание и нарушение обоняния.

Противопоказаниям к одномоментным хирургическим вмешательствам на структурах наружного носа, носовой полости и ОНП были гнойно- воспалительные заболевания носа и ОНП, хронический обструктивный бронхит и бронхиальная астма в стадии обострения.

Одномоментная хирургическая коррекция носа и внутриносовых структур под местным комбинированным обезболиванием выполнена 102(36,4%) пациентам, а под общим эндотрахеальным наркозом в сочетании с местной инфильтрационной анестезией – 178 (63,6%) больным.

Последовательность хирургического вмешательства во всех группах начинали с операции на перегородке носа с использованием различных вариантов щадящей резекции перегородки носа с последующим устранением патологий полости носа и околоносовых пазух. Завершающим этапом операции были различные варианты ринопластики. В ходе работы мы создали усовершенствованный распатор-отсос с длиной и диаметром металлической трубки 15 - 16 см и 3-5мм соответственно со скошенным и заостренным рабочим концом (Патент №ТJ 1024). Использование данного устройства у 250 больных с сочетанной патологией носа показали его преимущества и удобства в сравнении с традиционным распатором – отсосом с длиной 8-10 см и диаметром 2мм, который часто забивался кровяными сгустками по ходу выполнения операции (рис. 1).



Рисунок 1. - Авторский вариант распаторов для хирургии носа

Усовершенствованный нами распатор-отсос с достаточно широким диаметром трубки, практически не забивается кровяными сгустками во время операции, а длина и масса трубки позволяет без труда отслаивать надкостницу глубоких отделов перегородки носа под контролем зрения, т.к. кровь из раневой полости быстро отсасывается по ходу отслойки тканей перегородки носа, что ускоряет ход оперативного вмешательства с минимальной кровопотерей.

В плане совершенствования техники хондротомии при септуп-операции, мы успешно применили микроножи из набора инструментов для микрохирургии уха (рационализаторское предложение №3154/Р-456). Клинические наблюдения показали, что для отсечения хряща от перпендикулярной пластинки решетчатой кости удобным является лопаточный нож, а для отделения четырехугольного хряща от костного основания перегородки носа и проведения горизонтальных и круговых разрезов – прямой и копьевидный микроножи (рис. 2).



Рисунок 2. - Микроножи для хондротомии при септопластике

Опыт применения микроножей для септопластики у 215 больных показали их удобства, безопасность и эффективность при резки хрящевой ткани, что в итоге облегчает работу хирурга и уменьшает время проведения операции. Как было отмечено выше, последовательность выполнения одновременных операций при деформации носа и носовой

перегородки, сочетанной с патологией носовых раковин зависела от формы патологии носовых раковин.

Опыт применения традиционной подслизистой вазотомии нижних носовых раковин показал что, после разреза на переднем конце носовой раковины нередко отмечалось значительное кровотечение, для остановки которого приходилось проводить переднюю тампонаду носа, в результате которой края раны нередко разрывались и удлинялось послеоперационное заживление раны. В связи с чем, мы разработали модифицированную методику подслизистой вазотомии носовых раковин с трубчатым распатором, подключенным к электроотсосу без предварительного разреза слизистой носовой раковины (рационализаторское предложение №3260/ Р-475). Во время операции, острый конец распатора вводили в толщу нижней носовой раковины через её передний конец и далее продвигая распатор внутрь по ходу раковины производили дезинтеграцию тканей и разрушение артериовенозных сплетений последней (рис. 3).

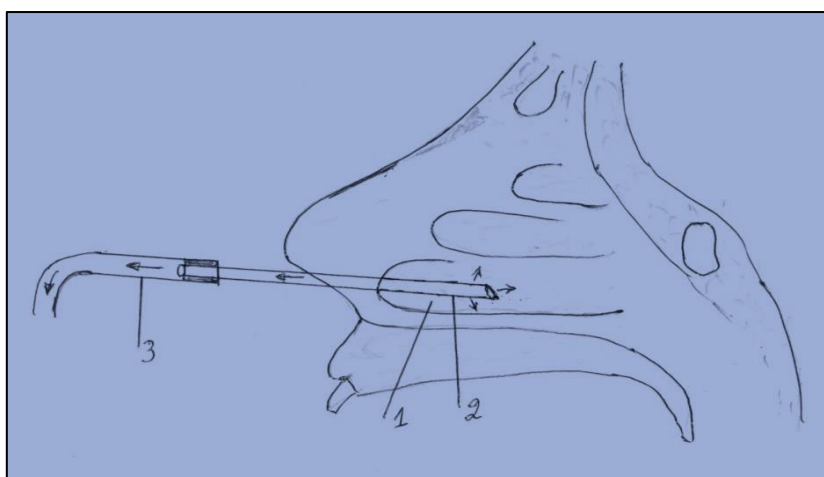


Рисунок 3. - Схема проведения подслизистой вазотомии нижних носовых раковин с эндоназальным распатором.

1. Нижняя носовая раковина. 2. Распатор -отсос. 3. Трубка электроотсоса

Следует отметить, что способ модификации подслизистой вазотомии носовых раковин имеет преимущества перед традиционным, т.к. при использовании данного способа у 71 пациента, ни одного случая заметного кровотечения из операционной раны мы не наблюдали, что по видимому связано с малым размером операционной раны и щадящим отношением к тканям носовой раковины.

С целью технического усовершенствования методики подслизистой вазотомии носовых раковин, уменьшения травматичности слизистой и для удобства пользования инструментом во время операции мы изобрели и успешно применили модифицированный коленчатый распатор (**патент №ТЖ 1024 от 22.07.2019**). Распатор изготавливали из металлической трубки диаметром 3-5мм и длиной 15см, конец которой остро затачивали. Распатор-отсос представлен на рисунке 4, на котором приняты следующие обозначения: 1-металлическая трубка рабочей части распатора - отсоса, 2- ручка и 3-конический узел сочленения, 4-контактный конец трубки 1 распатора-отсоса, 5- нижний скос трубки 1 распатора-отсоса, 6-рабочий канал, 7- силиконовая (резиновая) трубка для соединения с

электроторсосом.

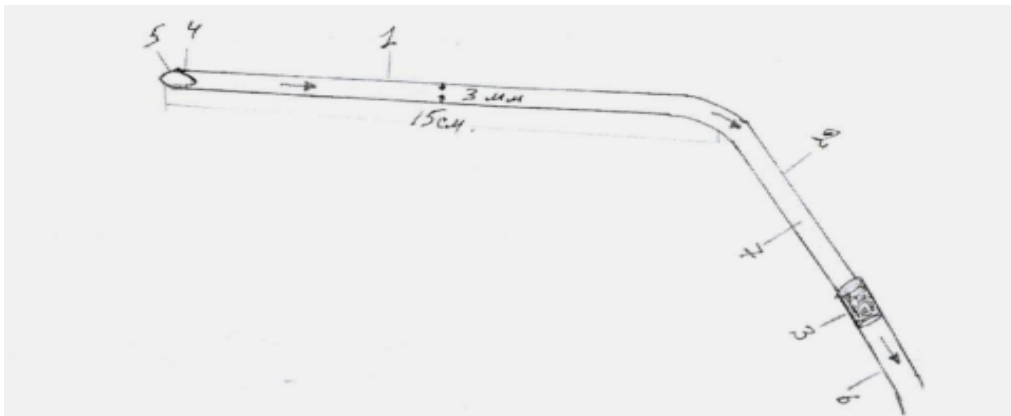


Рисунок 4. - Схема строения распатора отсоса

1- металлическая трубка рабочей части распатора – отсоса; 2- ручка и 3- конический узел сочленения; 4-контактный конец трубки 1 распатора-отсоса; 5- нижний скос трубки 1 распатора-отсоса; 6-рабочий канал; 7- силиконовая (резиновая) трубка для соединения с электрическим отсосом.

Для удобства работы мы использовали два распатора - с правосторонней и левосторонней заточкой в конце трубки распатора. При этом, для деструкции левой носовой раковины применили распатор-отсос с заточкой трубки слева, а для разрушения правой носовой раковины - распатор с заточкой трубки справа (рис. 5).



Рисунок 5.-Модифицированный распатор – отсос и схема субмукозной деструкции носовой раковины

Клиническая апробация у 76 пациентов показало преимущество и удобство предложенного нами способа подслизистой вазотомии носовых раковин с использованием модифицированного распатора перед традиционным методом.

У пациентов с деформацией носа, носовой перегородки с патологией носовых раковин и полипозным этмоидитом операцию начинали с коррекции перегородки носа по вышеописанной методике, которая улучшала подход к этмоидальным клеткам через

средний носовой ход. Затем выполняли операцию на носовых раковинах, чтобы улучшить обзор верхнезадних отделов полости носа и доступ к зоне этмоидальных пазух. Затем удаляли полипы из общего и среднего носового ходов и далее вскрывали клетки решетчатой кости, используя при этом, увеличительную оптику.

Наш опыт выполнения эндоскопической полипотомии показал, некоторые её недостатки, связанные с длительностью проведения операции (3-5 часов), чрезмерным расходом наркотических средств и невозможностью продолжать операцию в случае кровотечения, при отсутствии специальных коагулирующих инструментов. В связи с чем, мы разработали методику сочетания традиционной полипотомии носа с эндоскопической полипо- этмоидотомией (рационализаторское предложение №3687 /R378).

Сущность модификации операции заключается в том, что в начале операции, хорошо видимые полипы из полости носа и из передних этмоидальных клеток удаляем традиционным методом, а полипы из средних и задних этмоидальных клеток, которые трудно обозримы без увеличительной оптической системы, удаляли под контролем эндоскопа с помощью щипцов и кусачек. Оценка результата хирургического лечения 12 пациентов с вышеуказанным способом показала его целесообразность и эффективность, т.к. позволила значительно экономит время проведения операции и расход лекарственных средств, а также ускорила ход оперативного вмешательства в носу и в зоне этмоидальных клеток.

Наша практика устранения кист из верхнечелюстной пазухи разной локализации показала некоторые недостатки традиционной гайморотомии по методу Колдуэлл-Люка. В частности, создание традиционного отверстие в области собачьей ямки при нижне-медиальной, латеральной или скуловой локализации кисты гайморовой пазухи не всегда целесообразно, так как поиск и нахождение кисты требует создания довольно большого размера отверстие на передней стенке пазухи, что может привести к травме 2-й ветви тройничного нерва, а в последствии, западению щеки на участке большого отверстия.

В связи с этим, трепанационное отверстие предложили сделать на том участке передней стенке гайморовой пазухи, где по данным КТ ОНП расположена киста. В отличие от традиционного метода, небольшое отверстие можно сделать на любом участке передней стенки пазухи в зависимости от расположения кисты (рац. предложение №3635/R686). Небольшое отверстие, проделанное бором в передней стенке верхне- челюстной пазухи непосредственно над кистой или вблизи кисты дает возможность визуально удалить кисту, расположенную на любом участке пазухи и даже в скуловом кармане. Малая травматизация ткани и минимальная кровопотеря во время операции позволяет не проводить тампонаду полости гайморовой пазухи по окончании операции.

Завершающим этапом выполняли ринопластику. По поводу риносколиоза во всех группах было выполнено 118 (42,1%) операций. В своей работе мы отдавали предпочтение эндоназальному доступу к костной пирамиде носа, используя при этом межхрящевой и вестибулярный разрезы. Для полной мобилизации пирамиды производили медиальную, латеральную и поперечную остеотомию, техника выполнения которых подробно описаны многими авторами.

В плане надежной фиксации костей носа после их мобилизации и репозиции в послеоперационном периоде мы успешно апробировали сконструированное нами устройство (патент №ТJ 71) состоящее из двух пластинок с проушинами и пружинной

системой (рис. 6), позволяющей увеличивать или уменьшать степень давления на стенки носа по мере их необходимости.

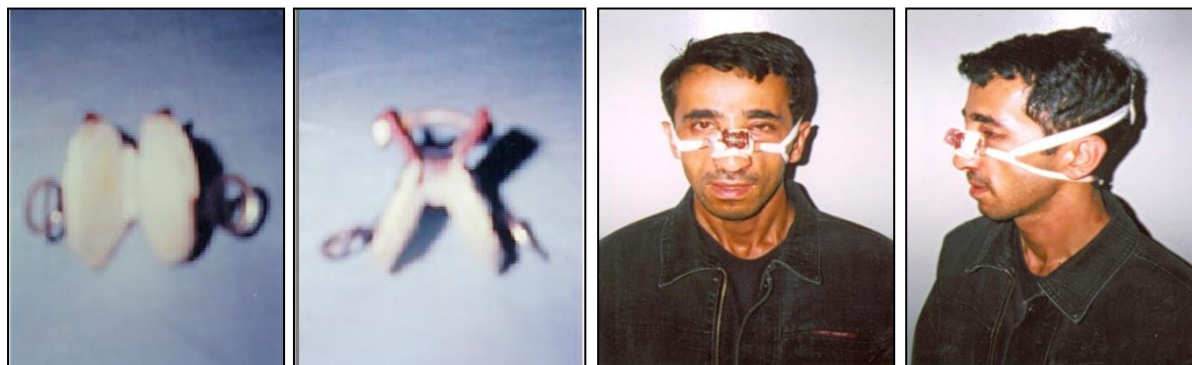


Рисунок 6.- Устройство для фиксации носа и его в рабочее состояние

После окончания остеотомии, мобилизации и редрессации костей носа, устройство с раскрытыми пластинками накладывается на наружный нос и с помощью четырех марлевых тесемок фиксируется по окружности головы и шеи больного. Далее вращением винта подбирается оптимальная степень компрессии на костный отдел носа по ощущениям больного. Преимуществом данного устройства (шины) является возможность регулировать степень давления на костный скелет носа самому больному и шину можно ежедневно снимать и вновь устанавливать после смены мажевой повязки и проверки состояния наружного носа. Аналогов данного устройства в доступной нам литературе мы не встретили

Ринопластика при седловидном носе выполнена 66 (23,6%)– пациентам. 23 (8,2%) больным с ринолордозом, у которых западение находилось в хрящевом отделе спинки носа в качестве трансплантата использовали аутохрящевую пластинку перегородки, в 31(11,1%) случаях - свежие гомохрящи, взятые из перегородки носа у других больных в день операции. 12(4,3%) пациентам с западением спинки носа в костно-хрящевом отделе предложили и успешно использовали смоделированную нами аутокань из кости и хряща задненижних отделов перегородки носа больного, которую брали во время септум-операции (рац. предложение № 3008/Н-223). При этом, для предупреждения возможного смещения имплантата его фиксировали двумя толстыми чрезкожными шелковыми швами на спинке носа на 10-12 суток (рис. 7).



**Рисунок 7. –
Фиксация имплантата
чрезкожными швами**

Практический опыт ринопластики показал, что наиболее пригодной и приемлемой для тканей носа является аутохрящ, аутокость и далее гомохрящ, взятые из разных участков перегородки носа. Однако аутокости носовой перегородки при глубокой седловины носа не всегда достаточны для пластики, а взятые ткани из других участков тела, в частности из ребра представляет определенные трудности для ринопластика, а для больного это связано с дополнительной операцией, на что неохотно соглашаются больные. В этом плане, перспективным в наших условиях является применение гомохряща из перегородки носа, при условии его надежной консервации, тем более, что при выполняемых в ЛОР клинике 6-8 септум-операций ежедневно, особых проблем в создании запаса трансплантата у нас не возникает.

В общей сложности, пациентам всех групп были выполнены 816 хирургических вмешательств на структурах наружного носа, носовой полости и ОНП. При этом пациентам 1-й группы выполнены 468 операций, больным 2-й группы - 348 и пациентам третьей группы - 104 одномоментно выполненными хирургическими вмешательствами.

Следует отметить, что после выполнения одномоментных операций на структурах наружного носа и носовой полости немаловажное значение имеет тщательное наблюдение за состоянием кожного покрова наружного носа, слизистой оболочки носовой полости, носовой перегородки и носовых раковин с целью предотвращения развития послеоперационных осложнений.

Послеоперационное наблюдение. В ходе раннего послеоперационного ухода, у 11(4,3%) больных из общего числа пациентов наблюдалась тенденция к смещению в исходное положение коррегированного четырехугольного хряща или его частей, что приводило к сужению общего носового хода на стороне смещения и затрудняло носовое дыхание. В связи с этим мы предложили и успешно применили методику односторонней пролонгированной тампонады носа (рац. предлож.№ 3170 /Р-472), суть которой заключалась в том, что в зависимости от смещения перегородки влево или вправо, в соответствующую половину носа вставили смоченный в антибиотиком марлевый тампон сразу на 4- 5 суток. Это время позволяла четырехугольному хрящу или его фрагментам прочно фиксироваться к окружающим их тканям носовой перегородки.

В ходе работы мы наблюдали в 4 (1,6%) случаях образование гематомы перегородки носа в раннем послеоперационном периоде. Развитие гематомы возможно связано со склонностью пациентов к артериальной гипертензии и повышенной кровоточивостью во время оперативного вмешательства. Гематому перегородки носа ликвидировали распусканием швов в месте разреза слизистой оболочки и введением резинового дренажа, назначением цефазолина по 1,0 г 2 раза в день в течение 5 суток. Случаев воспаления хряща перегородки не было.

В течение первых 2-3 недель после операции практически у всех пациентов наружный нос оставался чувствительным, несколько уплотненным и слегка набухшим при пальпации. Кровоподтеки вокруг носа обычно наблюдались в течение 2-3 недели и самостоятельно проходили. Реактивные явления слизистой оболочки полости носа, носовой перегородки и носовых раковин исчезали в различные сроки от 1 до 2-х недель, в зависимости от характера и объема оперативного вмешательства.

Таким образом, наш опыт наблюдения за больными, которые перенесли одновременно операции на наружном носу, в полости носа и в ОНП показали, что послеоперационные

реактивно-воспалительные явления существенно не отличается от реакции мягких тканей носа и слизистой носовой полости после обычной риносептопластики, за исключением более выраженной и некоторой продолжительностью реактивных явлений.

В настоящее время, использование лекарственных трав способствует существенному уменьшению частоты употребления антибиотиков, т.к. фитопрепараты обладают большим спектром полезных свойств и являются основной частью профилактических мероприятий при заболеваниях верхних дыхательных путей. К примеру, шалфей лекарственный обладает противовоспалительным, дезинфицирующим, вяжущим и стимулирующим свойствами. С учетом положительных лечебных свойств лекарств растительного происхождения, мы использовали шалфей лекарственный в качестве бактерицидного и противовоспалительного средства для регулярного промывания полости носа в послеоперационном периоде.

Из каждой группы выбирали по пятнадцать человек (всего 45), которым после удаления тампонов из носа активно начали промывать полость носа раствором шалфея лекарственного 3-4 раза в сутки. Промывание и орошение полости носа с шалфеем лекарственным проводили с помощью разработанной нами, модифицированной канюлей. Для сравнения результатов лечения шалфеем лекарственным, аналогичным образом выбрана контрольная группа из 45 человек, которым орошение носовой полости проводили 0,9% раствором натрия хлорида в течение 10 дней.

Оценку функционального состояния носа и характера микрофлоры полости носа на фоне лечения шалфеем лекарственным и 0,9% раствором натрия хлорида проводили на 15-й день и в конце первого месяца послеоперационного наблюдения.

Эндоскопия носа показала, что в группе больных, которые получали шалфей лекарственный, гиперемия, отек слизистой носа, экссудация слизисто-серозных выделений в носу уменьшались намного быстрее, чем в группе, где слизистая полости носа орошалась 0,9% раствором хлорида натрия.

Через месяц после операции, результаты исследования проходимости носовых ходов показали на восстановление носового дыхания у 82,2% больных первой и у 68,9% пациентов контрольной группы с заметной разницей в показателях 13,3% в пользу шалфея лекарственного. Обоняние восстановилось у 91,1% больных первой и у 80,0% пациентов контрольной группы. При этом, число больных с восстановленным обонянием в основной группе было на 11,1% больше чем у пациентов из контрольной группы. За этот период у 84,5% больных первой и у 73,3% пациентов контрольной группы наблюдалось восстановление двигательной активности мерцательного эпителия слизистой полости носа с разницей между группами - 11,2%.

Через месяц после лечения раствором шалфея лекарственного, частота встречаемости микрофлоры в полости носа практически сводилась к минимуму и не представляла опасности для развития воспалительных явлений в носовой полости.

К примеру, часто выявленные до операции стафилококки (золотистый, эпидермальный и пиогенный), после курса промывания полости носа с вышеуказанным растительным препаратом высевались в единичных случаях, что подтверждает бактерицидные и противовоспалительные свойства шалфея лекарственного. В то же время, в контрольной группе пациентов, где в качестве послеоперационной терапии полости носа использовали 0,9% раствор хлорида натрия, часть микрофлоры всё еще присутствовала.

Результаты хирургического лечения. При анализе непосредственных и отдаленных результатов одномоментной хирургии у больных с деформаций наружного носа, сочетанных с патологией внутриносовых структур и околоносовых пазух, учитывали жалобы больных, состояние наружного носа и слизистой оболочки носовой полости, данные риноэндоскопии, ринопневмометрии, ольфактометрии, МЦТ, рН носовой слизи, а также КТ ОНП.

При оценке формы наружного носа, учитывали удовлетворенность пациента результатом проведенной операции. Хорошими результатами считали тогда, когда форма носа удовлетворяла как больного, так и врача ринохирурга.

Первое послеоперационное исследование функционального состояния носа проводили по истечении две недели после хирургических вмешательств. Восстановление носового дыхания отмечено у 15(11,1%) больных 1-й, у 9 (9,8 %) второй и у 11(20,8 %) пациентов 3-й группы, а обоняние - у 28(20,7%), у 13(14,1%) и у 15(28,3%) пациентов, соответ- венно группам. Нормализация активности МЦТ выявлена у 16(11,9%) пациентов первой, у 15(16,3 %) второй и у 18(34,0 %) третьей группы. Однако у большинства пациентов значительного улучшения или восстановления дыхательной, обонятельной и защитной функций носа пока ещё не наблюдалось, которое можно объяснить более выраженной и продолжительной послеоперационной реакцией мягких тканей носа и слизистой носовой полости на сочетанные операции.

Второй этап исследования функционального состояния носа, выполненный через месяц после операции, показали значительное улучшение основных функций носа у абсолютного большинства пациентов всех групп (таблица 2).

К примеру, дыхательная функция полностью восстановилась у 72,6% пациентов 1-й, у 68,4% - 2-й и у 69,8% - третьей группы. Обоняние нормализовалось у 68,2%, у 57,6% и у 66,1% пациентов соответствующих групп, а мукоцилиарный транспорт оказался в пределах нормы у 65,9% больных 1-й, у 63,1% -второй и 71,7% - 3-ей группы.

Нарушение проходимости носовых ходов II степени ещё сохранялось во всех группах, соответственно у 8(6,0%), 11(12,0%) и у 5(9,4%) обследован- ных. Нарушение обоняние в виде гипосмии III степени держалось у 13,3% первой, у 22,8% второй и у 9,4% пациентов третьей группы. Снижение скорости МЦТ II степени наблюдалось у 11,1% больных - 1-й, у 20,8% - 2-й и у 7,5% обследованных третьей группы (таблица 2).

Неполное восстановление функций носа у остальной части больных связано с еще не завершением послеоперационного реактивно-воспалительного процесса в полости носа и околоносовых пазухах.

Таблица 2. -Показатели функционального состояние носа пациентов через 1 месяц после операции (абс, %).

Функциональные методы	Результаты исследований
-----------------------	-------------------------

исследования носа	n= 135	n= 92	n= 53
	1-я группа	2-я группа	3-я группа
Ринопневмометрия (норма – 8-10 мм.водн. ст.)	98(72,6%)	63 (68,4 %)	37(69,8 %)
I степень (11-30 мм.вод.ст.)	29(21,4%)	18(19,6 %)	11(20,8 %)
II степень (31-60 мм.вод.ст.)	8 (6,0%)	11(12,0 %)	5 (9,4 %)
Ольфактометрия (норма- все запахи)	92(68,2%)	53(57,6 %)	35(66,1 %)
гипосмия I ст.слаб. запах	25(18,5%)	18(19,6 %)	13(24,5 %)
гипосмия II ст. средн. запах	18(13,3%)	21(22,8 %)	5 (9,4%)
(норма -14,2+3,5 мин)	89(65,9%)	58(63,1 %)	38(71,7 %)
МЦТ I ст. - 20-30 мин.	31(23,0%)	15(16,3 %)	11(20,8 %)
МЦТ II ст. 31-60 мин.	15(11,1%)	19(20,6 %)	4 (7,5%)

Примечание: * $p < 0,05$; ** $p < 0,01$; *** $p < 0,001$ – статистическая значимость различия показателей между таковыми в 1-ой группе (по критерию χ^2); # $p < 0,05$, ## $p < 0,01$, ### $p < 0,001$ - при сравнении до и после лечения в каждой группе (по критерию МакНемара)

Очередное исследование дыхательной, обонятельной и защитной функций носа, которое проведено через три месяца послеоперационного наблюдения дало следующие результаты, которые указаны в таблице 3.

Таблица 3. - Показатели функционального состояние носа пациентов через 3 месяца после операции (абс, %)

Функциональные методы исследования носа	Результаты исследований		
	n= 135	n= 92	n= 53
	1-я группа	2-я группа	3-я группа
Ринопневмометрия (n – 8-10 мм.водн. ст.)	126(93,3%)	83 (90,2 %)	49(92,4 %)
I степень (11-30 мм.вод.ст.)	9 (6,7%)	7 (7,6 %)	4 (7,6 %)
II степень (31-60 мм.вод.ст.)	-	2 (2,2 %)	-
Ольфактометрия (n- все запахи)	115(85,2%)	78(84,8 %)	45 (84,9 %)
гипосмия I ст.слаб. запах	16(11,9%)	9 (9,8 %)	8 (15,1 %)
гипосмия II ст. средн. запах	4 (2,9%)	5 (5,4 %)	
МЦТ (n -14,2+3,5 мин)	112(83,0%)	75(81,5 %)	47(88,7 %)
МЦТ I ст. - 20-30 мин.	19(14,1%)	10(10,9 %)	6(11,3 %)
МЦТ II ст. 31-60 мин.	4 (2,9%)	7 (7,6 %)	
Ph носовой слизи	7,45	7,54	7,43

Примечание: * $p < 0,05$; ** $p < 0,01$; *** $p < 0,001$ – статистическая значимость различия показателей между таковыми в 1-ой группе (по критерию χ^2); # $p < 0,05$, ## $p < 0,01$, ### $p < 0,001$ - при сравнении до и после лечения в каждой группе (по критерию МакНемара).

В итоге, по истечении 3 месяцев, после проведенных одномоментных операций у 93,3% пациентов 1-й, у 90,2% 2-й и у 92,4% больных 3-й группы полностью восстановилось носовое дыхание. Нормализация обонятельной функции отмечена у 85,2%, 84,8% и 84,9% пациентов соответствующих групп. Транспортная функция мерцательного

эпителия приблизилась к норме у 83,0% пациентов первой, у 81,5% второй и у 88,7% третьей группы.

Через 6 месяцев после проведенных одномоментных оперативных вмешательств по поводу деформаций носа носовой перегородки, сочетанных с патологией полости носа у 132(93,3%) первой, у 87 (90,2 %) второй и у 52 (92,4 %) третьей группы носовое дыхание практически восстановилось. При этом, у 128(85,2%), 81(84,8 %) и 50 (84,9 %) пациентов соответствующих групп нормализовалось обоняние. Что касается показателя мукоцилиарного транспорта, то транспортная функция мерцательного эпителия восстановилась у 129(83,0%), 82(81,5%) и у 49(88,7%) больных соответственно группам. Показатели рН носового секрета во всех группах приблизилась к слабощелочной среде.

Следует отметить, что после 6 месяцев наблюдения только у 6,7% пациентов первой, 7,6% больных второй и третьей группы все ещё имелось место нарушение проходимости носовых ходов 1 степени. Гипосмия 1 степени сохранилась только у 11,9% больных первой, у 9,8% - второй и у 15,1% обследованных больных третьей группы, а снижение активности МЦТ ресничек мерцательного эпителия 1 степени наблюдалось у 14,1% больных первой, у 10,9% - второй и у 11,3% пациентов третьей группы.

В таблице 4 приведены усредненные показатели функционального состояние носа пациентов до и в послеоперационном периоде

Таблица 4 - Показатели функционального состояние носа у пациентов до и в послеоперационном периоде $M \pm m$

Показатели функции носа	1-я гр. (n= 135)		2-я группа (n= 92)		3-я гр. (n=53)	
	До операции	Через 6 мес.	До операции	Через 6 мес.	До операции	Через 6 мес
Ринопневмометрия п- 8-10 мм.водн. ст.	37,4±1,1	9,9±0,6	39,3±1,2	10,3±0,4	40,6±1,1	10,1±0,4
МЦТ -14,2±3,5 мин	42,3 ±0,8	14,3±0,6	45,3±0,7	14,5±0,6	44,3± 0,8	14,6±0,6
Ph носовой слизи	7,9±0,3	7,4±0,2	8,0±0,3	7,5±0,2	7,8±0,3	7,5±0,2
P	< 0,001	< 0,001	< 0,001	< 0,001	< 0,001	< 0,001

Примечание: Данные представлены в виде ($M \pm m$), P - статистическая значимость различия средних показателей между группами (по U-критерию Манна-Уитни) по сравнению с нормой .

Из представленной таблицы видно, что показатели функционального состояния носа постепенно улучшаясь в течении 1 месяца, практически восстанавливались в течении 6 месяцев. Например, показатели ринопневмо-метрии до операции в 1-й группе составили 37,4±1,1, во второй -39,3±1,2, в третьей -40,6±1,12, а через месяц они улучшились до 15,8±1,1 в первой, 19,5±0,9 во второй и 17,4±0,9 в третьей группе. По истечении 6 месяцев, эти же показатели практически нормализовались во всех группах и составили 9,9±0,6, 10,3±0,4 и 10,1±0,4 соответственно. Также, наблюдается постепенная нормализация показателей активности МЦТ и рН носовой слизи полости носа. Если в начале лечения показатели двигательной активности МЦТ в группах составили 42,3 ±0,8 мин, 45,3±0,7 мин

и $44,3 \pm 0,8$ мин, то через 6 месяцев послеоперационного наблюдения, эти показатели приблизились к норме и составили $14,3 \pm 0,6$ мин, $14,5 \pm 0,6$ мин и $14,6 \pm 0,6$ мин, соответственно по группам. Показатели рН носового секрета во всех группах приблизилась к слабощелочной среде, что свидетельствует об эффективности одномоментных операций при деформации наружного носа, сочетанной с патологией внутриносовых структур и ОНП.

Наравне с исследованием показателей функционального состояния носа, проводили мониторинг анатомических результатов в те же сроки послеоперационного наблюдения за пациентами.

Первый итог подводили по истечению 15 дней после операции. К этому времени, практически у всех оперированных рассасывались кровоизлияния и отек мягких тканей в области носа, болевые ощущения при пальпации мест остеотомии еще держались. При риноскопии наблюдалось заметное уменьшение гиперемии и отека слизистой носовой перегородки и носовых раковин. Носовая перегородка практически занимала срединное положение, носовых раковины заметно уменьшились в объеме. Носовое дыхание и обоняние у большинства пациентов постепенно улучшалось.

По истечении 1 месяца после одномоментных операций у некоторой части пациентов все ещё сохранялись умеренная гиперемия и отек, слизистой оболочки перегородки носа и носовых раковин, а также наличие скудного слизисто-серозного отделяемого в общем носовом ходе. Часть этих пациентов временами использовали сосудосуживающие капли в нос.

Через три месяца пациентам проводили повторный ЛОР - осмотр и КТ ОНП по показаниям. При оценке послеоперационного состояния пациента, существенное значение имело улучшение эстетического вида носа и восстановление носового дыхания. Даже при наличии не полностью устраненной деформации наружного носа и носовых структур, было отмечено улучшение воздушной проходимости носовых ходов.

Через 6 месяцев после проведенных единовременных операций и послеоперационного наблюдения из 245 пациентов с деформацией наружного носа у 237 восстановлена эстетическая форма носа, что составила 96,7%. При этом, изменилась не только форма носа, но и улучшились основные показатели функций носа. Неудовлетворительный результат, отмеченный у 8 (3,3%) могут быть связаны с выраженностью отека мягких тканей, затрудняющие определение истинной формы носа пациентов.

Положительный результат септум-операции наблюдался у 251 (98,0%) из 256 больных с деформацией перегородки носа. При этом, недовольными остались 3 (1,2%) пациента из 1-й и 2 (0,8%) из 2-й группы. Гипертрофия носовых раковин устранена у 132 (97,8%) пациентов из 1-й, у 84 (91,3%) из 2-й и у 41 (100%) больных из третьей группы.

Очищение полости носа от патологического содержимого отмечено у 99 (97,1%) пациентов 1-й, у 87 (94,6%) 2-й и у 27 (96,4%) обследованных третьей группы. Полипозно-кистозный синусит устранен у 15 (93,7%) больных из 2-й и у всех 4-х пациентов третьей группы.

При повторных рентгенологических исследованиях наметилась положительная рентгенологическая картина, выражающаяся в восстановлении воздушности ОНП,

сокращение размеров носовых раковин, устранении искривление перегородки носа и изменением формы носа в лучшую сторону.

Анкетирование и балльная оценка полученных результатов широко применяется в медицине и социологических исследованиях (ENT News, 2004). Мы использовали четырехбалльную систему, которая включала ряд вопросов, касающихся результатов хирургического лечения больных.

Для оценки отдаленных результатов лечения использовали метод анкетирования. Мы составили анкету, состоящую из двух частей. Первую часть заполняет больной, где имеются вопросы, касающийся его оценки на формы носа и носового дыхания, а вторую часть анкеты заполнял врач и заносил туда результаты объективного исследования. Пациент оценивал результат лечения по своим субъективным ощущениям изменения носового дыхания, обоняния и формы наружного носа, а хирург оценивал эффективность операции на основании риноэндоскопии и данных функционального исследования носа.

Оценка результатов осуществлялась по балльной системе. При наборе пациентами 3-4 балла, результат считался хорошим, при баллах 1-2 удовлетворительным и при балле 0 –неудовлетворительным. При определении групп по набранным баллам, пациентов набравшие по 3-4 и по 1-2 балла, решили объединить в одну группу, т.к. по характеру жалоб, по картине риноскопии и показателей функционального состояния носа существенного различия между ними не было.

В итоге пациентов, набравших 3-4 баллов в анкете было 184 (65,7%) человека. Результат операции оценивали положительно. Больные были довольны формой носа и свободным носовым дыханием. При эндоскопии полости носа патологических изменений практически не выявлено. Дыхательная, обонятельная и защитная функции носа в пределах нормы. Однако, у некоторых пациентов отмечались эпизоды временного затрудненного носового дыхания, в основном, в результате воздействия внешних факторов.

У 85(30,4%) пациентов, которые набрали по 1-2 балла, к форме носа особых претензий не было, однако жаловались на периодическое затруднение носового дыхания. При риноскопии отмечались признаки хронического катарального ринита, которые подтверждали жалобы больного. Объективные методы обследования дали информацию о незначительном снижении дыхательной и защитной функции носа.

За этими пациентами продолжали динамическое наблюдение. По результатам мониторинга за этой группой больных можно было отметить, что значительное улучшение носового дыхания для себя они оценивали более значимо, чем форму носа. Это вполне понятно с учетом физиологического значения носового дыхания.

Группу больных, которые по анкете получили 0 балла составили 11(3,9%) человек. Жалобы больных получили объективное подтверждение. Следует отметить, что у этих больных была довольно сложная патология, связанной с комбинированной деформацией носа и носовой перегородки в сочетании с заболеваниями полости носа и ОНП.

Таким образом, по данным балльной системы оценки у 96,1% пациентов с деформацией носа, сочетанной с патологией полости носа и ОНП отмечены хорошие функционально-эстетические результаты лечения, что подтверждает целесообразность и эффективность одномоментных операций при сочетанной патологии носа и ОНП, направленных на восстановление дыхательной обонятельной, защитной и эстетической функций носа.

Положительные результаты комплексного лечения такой категории больных во многом обеспечивается использованием современных принципов функциональной ринопластики, технической оснащенности и тщательным послеоперационным уходом.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Основные научные результаты диссертации

1. Риноэндоскопическая картина у больных с деформацией носа, сочетанная с патологией полости носа и ОНП характеризуется более выраженными патологическими изменениями со стороны носа, внутриносовых структур и ОНП, что необходимо учитывать при проведении лечебно-профилактических мероприятий, в том числе, при планировании хирургических вмешательств функционально-эстетического характера. Патология ОНП чаще проявляется в виде пристеночного утолщения и экссудативно-катарального воспаления слизистой оболочки (59,3%) с преимущественным вовлечением в патологический процесс верхнечелюстной пазухи (31,8%) и решетчатой пазух (12,9%), **4-А, 10-А, 12-А, 20-А, 24-А, 28-А, 51-А, 69-А, 70-А**].

2. Данные исследования функционального состояния носа показали, что у больных с сочетанной патологией носа и ОНП наблюдаются значительные нарушения функциональных показателей носа в виде нарушения проходимости носовых ходов, снижения обоняния и двигательной активности мерцательного эпителия слизистой полости носа, что существенно снижает качество жизни пациентов и негативно влияет на их физическую и умственную деятельность **[17-А, 19-А, 24-А, 26-А, 55-А, 63-А, 64-А, 75-А, 77-А]**.

3. Алгоритм предоперационной подготовки больных с деформацией носа, сочетанной с патологией полости носа и ОНП должен включать общеклиническое обследование, лабораторные, физикальные и инструментальные методы исследования. Предварительное обследование больных на догоспитальном этапе позволяет определить тактику лечения и подготовку пациента к плановому хирургическому вмешательству в стационаре. Широкое использование современной гибкой и жесткой риноэндоскопии и КТ ОНП расширяет возможности диагностики патологий носа, внутриносовых структур и ОНП, позволяет установить точный клинический диагноз и планировать одномоментные хирургического вмешательства функционально-эстетического характера на анатомических структурах носа и ОНП **[15-А, 17-А, 20-А, 27-А, 31-А, 70-А]**.

4. Совершенствование тактико-технических аспектов одномоментных хирургических операций на структурах носа и ОНП с применением модифицированного распатора–отсоса, микроножей при септопластике, усовершенствованного способа подслизистой вазотомии при гипертрофии носовых раковин и новый способ фиксации костей носа после ринопластики ускоряют ход операции и повышают её эффективность. Способ односторонней пролонгированной тампонады носа предупреждает смещение четырехугольного хряща или его фрагментам и позволяет фиксироваться к окружающим их тканям носовой перегородки, а способ комбинированной полипозтмоидотомии значительно экономит времени проведения операции и расход лекарственных средств, а также ускоряет ход оперативного вмешательства в полости носа и в зоне этмоидальных клеток **[10-А, 12-А, 13-А, 21-А, 37-А, 56-А, 59-А, 62-А, 68-А, 71-А, 76-А, 78]**.

5. В результате проведенных одномоментных оперативных вмешательств у больных с деформацией носа, сочетанной с патологией полости носа и ОНП во всех трех группах наблюдалось значительное улучшение показателей функционального состояния носа. Восстановление формы наружного носа отмечено у 96,7% пациентов, а хорошие результаты функционального характера получены у 98,0% обследованных. На основании динамического наблюдения за больными, которые перенесли одновременно несколько операций на структурах наружного носа, носовой полости и в ОНП можно сделать вывод о том, что послеоперационные реактивно-воспалительные явления более выраженные, чем реактивные изменения после обычной риносептопластики. [2-А, 18-А, 19-А, 24-А, 26-А, 55-А, 63-А, 68-А, 75-А, 77-А].

6. Разработанный алгоритм предоперационной подготовки больных и методы одномоментного хирургического лечения больных с деформацией носа, сочетанной с патологией носовой полости и ОНП, являются эффективным как в плане улучшения функционального состояния слизистой полости носа, так и в восстановлении патологически измененных анатомических структур носа, что позволяет давать научно-практические рекомендации по комплексному обследованию и лечению этой категории больных. Проведение комплексных мер послеоперационного ухода за больными способствует ускорению процессов заживления раны и сокращению сроков послеоперационного периода, а восстановление дыхательной, защитной и обонятельной функций носа значительно улучшает качество жизни пациентов, возвращая их к полноценной жизнедеятельности [18-А, 19-А, 21-А, 28-А, 37-А, 56-А, 64-А, 75-А, 79-А].

РЕКОМЕНДАЦИИ ПО ПРАКТИЧЕСКОМУ ИСПОЛЬЗОВАНИЮ РЕЗУЛЬТАТОВ

1. Для адекватной оценки анатомо-функционального состояния носа и точной диагностики, при деформациях носа, сочетанных с патологией полости носа и ОНП, необходимо широкое использование риноэндоскопии, КТ ОНП и функциональных методов исследования носа.

2. Объем хирургического вмешательства и его последовательность должны решаться индивидуально в каждом конкретном случае в зависимости от вариантов деформации наружного носа, характера искривления носовой перегородки и патологии носовых раковин, а также околоносовых пазух.

3. Наличие катарально-пристеночного или экссудативного (негнойного) синусита вне обострения не является противопоказанием для проведения одномоментных хирургических вмешательств в области наружного носа и в носовой полости. Операции в таких случаях целесообразно проводить на фоне антибактериальной терапии.

4. Одномоментные операции при деформациях носа, сочетанных с патологией полости носа и ОНП целесообразно начинать с коррекции перегородки носа, внутриносовых структур и завершать реконструкцией наружного носа. В случаях выраженной гипертрофии носовых раковин, которые затрудняет анатомический обзор полости носа, создавая сложности для септопластики, первым этапом операции рекомендуем выполнить вмешательство на носовых раковинах, а затем другие последующие вмешательства.

5. Вмешательства на перегородке носа целесообразно выполнить с использованием модифицированного распатора - отсоса, который ускоряет процесс отслойки тканей перегородки и микроножой для минимальной резекции и коррекции 4-х угольного хряща с целью сохранения её опорной функции. При кавернозной формы гипертрофии носовых раковин целесообразно, также использовать усовершенствованный способ подслизистой вазотомии, как более щадящий и эффективный метод хирургического лечения.

6. Одномоментные операции рекомендуем завершить передней марлевой тампонадой, вставленной в резиновые пальчики, которые минимизируют травму слизистой оболочки носа и вставлением в нос воздухопроводящих трубок, обеспечивающие сохранения носового дыхания, что позволяет пациентам легче переносить тяготы перенесенной сложной операции в первые сутки наблюдения. Для ускорения процессов заживления ран и восстановления основных функций носа целесообразно регулярное промывание полости носа настойкой шалфея лекарственного в послеоперационном периоде и тщательный уход за состоянием носа.

СПИСОК ПУБЛИКАЦИЙ СОИСКАТЕЛЯ УЧЕНОЙ СТЕПЕНИ

Статьи в рецензируемых журналах

- [1-А] **Махмудназаров М.И.** Применение сочетанных операций в ЛОР-практике /Махмудназаров М.И. //Здравоохранение Таджикистана.- 2002.-№3. - С. 103 - 104.
- [2-А] **Махмудназаров М.И.** Влияние хирургического метода лечения деформации носа и носовой перегородки в сочетании с лазеротерапией на функциональное состояние носа, иммунный статус и биохимические показатели /Гаффарова М.А., Махмудназаров М.И. //Аллергология и иммунология.- 2004.- Том 5. - № 1. - С. 182-183.
- [3-А] **Махмудназаров М.И.** Клиническая эффективность применения тималина после ринохирургических вмешательств /Гаффарова М.А., Махмудназаров М.И. //Здравоохранение Таджикистана.- 2004.-№3.- С.83 - 84.
- [4-А] **Махмудназаров М.И.** Деформация наружного носа и его перегородки, тактика лечения /Гаффарова М.А., Махмудназаров М.И., Тохирова М.Г. //Здравоохранение Таджикистана.- 2005.- №3.- С. 58 - 59.
- [5-А] **Махмудназаров М.И.** Иммунокорректирующая терапия после риносептопластики /Гаффарова М.А., Махмудназаров М.И. //Аллергология и иммунология.- 2006.- Т. 7, № 3.- С.285-286.
- [6-А] **Махмудназаров М.И.** Щадящая хирургия деформаций перегородки носа /Махмудназаров М.И., Гаффарова М.А. // Здравоохранение Таджикистана.- 2007.- №1.- С. 20-23.
- [7-А] **Махмудназаров М.И.** Сочетание хирургической коррекции наружного носа и перегородки носа с иммунотерапией /Махмудназаров М.И., Гаффарова М.А.//Аллергология и иммунология.- 2007.-Т. 8, №1.- С. 69.
- [8-А] **Махмудназаров М.И.** Функциональная и эстетическая хирургия при деформациях наружного носа, сочетанных с патологией полости носа /Махмудназаров М.И., Туйдиев Ш.Ш. //Здравоохранение Таджикистана.- 2009.- №1.- С.47- 50.
- [9-А] **Махмудназаров М.И.** Устройство для фиксации наружного носа /Махмудназаров М.И.//Здравоохранение Таджикистана.-2009.-№1.-С.204-205.

- [10-А] **Махмудназаров М.И.** Хирургическая коррекция сколиоза наружного носа /Махмудназаров М.И., Туйдиев Ш.Ш. //Здравоохранение Таджикистана.- 2009.- №1.- С.205-207.
- [11-А] **Махмудназаров М.И.** Хирургическое лечение комбинированных деформаций носа /Махмудназаров М.И., Тохирова М.Г. //Среднеазиатский научно-практич. журн. «Стоматология», № 3-4, 2010 (43-44). - Ташкент.- 2010.- С. 195-197.
- [12-А] **Махмудназаров М.И.** Оптимизация методов хирургического лечения деформаций носа, сочетанных с патологией носовой полости и околоносовых пазух /Махмудназаров М.И. //Среднеазиатский научно-практический журнал « Стоматология», № 3-4, 2010 (43-44). Ташкент.- 2010.-С. 197-199.
- [13-А] **Махмудназаров М.И.** Хирургическое лечение деформаций носа, сочетанных с патологией носовой полости и околоносовых пазух /Махмудназаров М.И., Туйдиев Ш.Ш. //Российская оториноларингология.- №6.-2012.- С. 109 – 113.
- [14-А] **Махмудназаров М.И.** Современные методы хирургического лечения деформаций носовой перегородки /Махмудназаров М.И., Туйдиев Ш.Ш. //Вестник Авиценны.- №4.- 2012.- С. 56-61.
- [15-А] **Махмудназаров М.И.** Хирургическое лечение сочетанных патологий полости носа и околоносовых пазух. /Махмудназаров М.И., Туйдиев Ш.Ш., Арипова М.А. // Вестник Кыргызской государственной медицинской академии им. И.К. Ахунбаева.- №3(1).-2014.- С.61-64.
- [16-А] **Махмудназаров М.И.** Послеоперационная реабилитация больных, перенесших эндоскопическую эндоназальную полипозтомоидотомию /Махмудназаров М.И. //Международный журн. Проблемы биологии и медицины.- № 4 (80). 2014.- С. 149-150.
- [17-А] **Махмудназаров М.И.** Послеоперационная реабилитация больных с искривлением перегородки носа. /Махмудназаров М.И., Алиев А.А., Мехмондустов С.Г. //Проблемы биологии и медицины.- № 4 (80). 2014.- С. 150-152.
- [18-А] **Махмудназаров М.И.** Значение компьютерной томографии в диагностике и планировании симультанных операций при сочетанной патологии полости носа и околоносовых пазух. /Махмудназаров М.И.,Туйдиев Ш.Ш., Шоев М.Д., Муродов Ш.Д., Назаров З.Х. //Здравоохранение Таджикистана.- 2018.- №3.- С. 43-48.
- [19-А] **Махмудназаров М.И.** Вопросы оптимизации послеоперационной терапии у больных с сочетанной патологией полости носа. /Махмудназаров М.И., Мусозода С.М., Юсуфи С.Дж., Муродов Ш.Д., Назаров З.Х. //Здравоохранение Таджикистана.- 2018.- №3.- С. 86-93.
- [20-А] **Махмудназаров М.И.** Современное состояние диагностики и комплексного лечения деформаций носовой перегородки, сочетанных с аллергическим ринитом. / Муродов Ш.Д., Махмудназаров М.И., Шоев М.Д., Назаров З.Х. //Здравоохранение Таджикистана.- 2019.- №1.- С. 74-83.
- [21-А] **Махмудназаров М.И.** Современные представления о патогенезе, классификации и хирургическом лечении деформаций носовой перегородки, сочетанных с патологией носовых раковин. / Махмудназаров М.И., Туйдиев Ш.Ш., Шоев М.Д., Назаров З.Х., Юсупов А.Ш. //Здравоохранение Таджикистана.- 2019.- №1.- С. 83-92.
- [22-А] **Махмудназаров М.И.** Послеоперационная динамика показателей функционального состояния носа у больных с деформацией носа, сочетанной с

патологией полости носа и околоносовых пазух. /Махмудназаров М.И. //Вестник Авиценны.- 2022.- №1.- С. 50-58.

[23-А] Махмудназаров М.И. Принсипҳои ҷарроҳии муосири деформатсияи бинии берунии бо этиллолиятҳои якҷояи ковокии бинӣ ва ҷавфҳои наздибинигӣ. /Махмудназаров М.И. //Авҷи Зухал.- 2022.- №3.- С.121-127.

[24-А] Махмудназаров М.И. Эффективность одномоментного хирургического лечения деформаций носа, сочетанных с патологией носовой полости и околоносовых пазух /Махмудназаров М.И.//Медицинский Вестник национальной академии наук Таджикистана.- ТомX11.- №3(43).-2022.-С.50-56.

[25-А] Махмудназаров М.И. Современная хирургия сочетанных патологий носа и околоносовых пазух /Махмудназаров М.И. // Здравоохранение Таджикистана.- 2022.- №3 (354).- С. 96-102.

Статьи и тезисы в материалах съездов и научных конференций

[26-А] Махмудназаров М.И. Клиника и хирургическое лечение при деформациях наружного носа и искривлении перегородки носа /Махмудназаров М.И., Гаффарова М.А. //Сборник научных статей 52-ой годичной конф. ТГМУ с междунар. участием. Душанбе, 2004.- С. 146 - 148.

[27-А] Махмудназаров М.И. Косметическая ринопластика /Махмудназаров М.И., Гаффарова М.А. //Сборник научных статей 52-ой годичной конференции ТГМУ с междунар. участием. Душанбе, 2004. – С. 215 - 216.

[28-А] Махмудназаров М.И. Ринопластика // Махмудназаров М.И., Гаффарова М.А. /Современные вопросы медико-социальной реабилитации больных и инвалидов (сборник статей). Душанбе, 2004.- С. 90 - 92.

[29-А] Махмудназаров М.И. Предоперационная подготовка больных и оперативное вмешательство при деформациях наружного носа /Гаффарова М.А., Махмудназаров М.И. // Сборник статей, посвященный 40-летию РКБ им. А.М. Дьякова. Душанбе, 2004.- С. 208 -211.

[30-А] Махмудназаров М.И. Хирургическое лечение сколиоза носа /Гаффарова М.А., Махмудназаров М.И. //Сборник статей посвященный 40-летию РКБ им. А.М. Дьякова. Душанбе, 2004. – С. 253 – 255.

[31-А] Махмудназаров М.И. Хирургическая тактика при деформации наружного носа и его перегородки /Гаффарова М.А., Махмудназаров М.И.. //Материалы 53-й научно-практической конференции ТГМУ с международным участием. Душанбе, 2005.- С.339.

[32-А] Махмудназаров М.И. Применение иммунокорректирующей терапии после хирургического вмешательства на перегородке носа /Гаффарова М.А., Махмудназаров М.И. //Материалы республиканской научно-практической конференции. Ташкент, 2006.- С. 76 – 77.

[33-А] Махмудназаров М.И. Местный и общий иммунитет у больных хроническим гипертрофическим ринитом, сочетанным с искривлением перегородки носа /Гаффарова М.А., Махмудназаров М.И., Тохирова М.Г. //Материалы 54-й научно-практич. конференции ТГМУ,2006.– С. 67 – 68.

- [34-А] **Махмудназаров М.И.** Новый способ хирургического лечения сколиоза носа /Махмудназаров М.И., Гаффарова М.А. //Материалы республиканской научно-практич. конференции хирургов. Турсунзаде, 2006.- С. 117 – 118.
- [35-А] **Махмудназаров М.И.** Хирургическая коррекция деформаций наружного носа /Махмудназаров М.И., Гаффарова М.А. //Сборник статей с международным участием. Душанбе .-2007 - С. 308-316.
- [36-А] **Махмудназаров М.И.** Осложнения подслизистой резекции носовой перегородки по Киллиану и способы их устранения /Махмудназаров М.И., Туйдиев Ш.Ш. //Материалы республиканской научно-практической конференции хирургов. Турсунзаде.- 2007.- С. 214.
- [37-А] **Махмудназаров М.И.** Наш опыт септопластики при деформациях носовой перегородки с использованием микроножей /Махмудназаров М.И., Туйдиев Ш.Ш., Мехмондустов С.Г. //Материалы 55-й научно-практической конференции ТГМУ. Душанбе . -2007г.- С. 252-254.
- [38-А] **Махмудназаров М.И.** Септум-операция и ультразвуковая дезинтеграция носовых раковин при деформациях носовой перегородки /Махмудназаров М.И., Туйдиев Ш.Ш., Шарипов Х.Х. //Материалы 55-й научно-практической конференции ТГМУ. Душанбе, 2007г.- С. 254-255
- [39-А] **Махмудназаров М.И.** Септопластика по Cottle при искривлении носовой перегородки /Махмудназаров М.И., Гаффарова М.А. //Материалы 55-й научно-практической конференции с международным участием. Душанбе.-2007.- С.115-116.
- [40-А] **Махмудназаров М.И.** Септопластика при вывихе хряща перегородки носа /Махмудназаров М.И., Туйдиев Ш.Ш. //Материалы научно-практической конференции с международным участием. Душанбе.-2007.- С.113 – 114.
- [41-А] **Махмудназаров М.И.** Септум операция с реимплантацией хряща перегородки носа /Махмудназаров М.И. //Актуальные вопросы экспериментальной хирургии, трансплантологии и консервирование трансплантатов. (Сборник статей). Душанбе -2007.- С. 69 –71.
- [42-А] **Махмудназаров М.И.** Коррекция седловидной деформации носа ауто- и гомохрящом носовой перегородки /Махмудназаров М.И., Гаффарова М.А. //Актуальные вопросы хирургии, трансплантологии и консервирование трансплантатов. (Сборник статей). Душанбе -2007.- С. 239 – 241.
- [43-А] **Махмудназаров М.И.** Хирургическая тактика при деформации перегородки носа, сочетанной с гипертрофией носовых раковин у детей /Махмудназаров М.И., Туйдиев Ш.Ш., Мехмондустов С.Г. // Материалы 2- съезда детских хирургов, анестезиологов и реаниматологов Таджикистана. Душанбе - 2008.- С. 264-265
- [44-А] **Махмудназаров М.И.** Хирургическая тактика при деформациях носа, сочетанных с патологией носовой полости и околоносовых пазух /Махмудназаров М.И. //Материалы 56-й научно-практической конференции ТГМУ.- Душанбе .- 2008.- С.317-318.
- [45-А] **Махмудназаров М.И.** Ринопластика при горбатом носе /Махмудназаров М.И., Туйдиев Ш.Ш. //Материалы 56-й научно-практической конференции ТГМУ.- Душанбе .- 2008.- С. 318-319.
- [46-А] **Махмудназаров М.И.** Хирургическая коррекция комбинированных деформаций наружного носа и носовой перегородки /Махмудназаров М.И., Туйдиев Ш.Ш.

//Материалы 57-й научно-практической конференции с международным участием посвященная 70-летию образования ТГМУ. Душанбе -2009.- С. 396-398.

[47-А] **Mahmudnazarov M.I.** Sparing surgery of the nasal septum deformities in children /Mahmudnazarov M.I., Kholikov Z.H. //Abstracts of XI congress of pediatricians of Eurasian countries. 2011, Dushanbe, P. 59-60.

[48-А] **Махмудназаров М.И.** Хирургическое лечение деформаций перегородки носа, сочетанные с гипертрофией носовых раковин у детей /Махмудназаров М.И., Туйдиев Ш.Ш., Мехмондустов С.Г. //Материалы 11-научно-практической конференции оториноларингологов Узбекистана. Ташкент-2012.- С. 31-32.

[49-А] **Махмудназаров М.И.** Функциональное состояние носа у больных с деформацией носовой перегородки /Махмудназаров М.И., Туйдиев Ш.Ш., Мехмондустов С.Г.

//Материалы научно-практической конференции оториноларингологов РТ с международным участием. Душанбе.- 2012.- С.47 -49.

[50-А] **Махмудназаров М.И.** Оптимизация хирургического лечения риносколиоза /Махмудназаров М.И., Арипова М.А., Халимова Т. //Материалы II Петербургского форума оториноларингологов России. //Российская оториноларингология.- №6.- 2013.- С. 268-269.

[51-А] **Махмудназаров М.И.** Хирургическая тактика при сочетанных патологиях наружного носа и носовой полости /Махмудназаров М.И., Тохирова М.Г., Казакова Д.Д., Халимова Т.Р. //Труды 111- конгресса стоматологов Таджикистана. Душанбе, 2013.- С.306-313.

[52-А] **Махмудназаров М.И.** Наш опыт закрытия перфорации носовой перегородки /Махмудназаров М.И., Мехмондустов С.Г., Азизова М.А. //Материалы 61-й научно-практической конференции ТГМУ. Душанбе- 2013.-С.379-381.

[53-А] **Махмудназаров М.И.** Усовершенствованный метод хирургического лечения хронического вазомоторного ринита /Махмудназаров М.И., Туйдиев Ш.Ш., Арипова М.Л. // Материалы 61-й научно-практической конференции ТГМУ имени Абуали ибни Сино. Душанбе- 2013.-С.381-382.

[54-А] **Махмудназаров М.И.** Оптимизация послеоперационного ухода за больными с хроническим полипозным риносинуситом. / Махмудназаров М.И., Арипова М.Л. // Материалы 111 форума оториноларингологов России. Санкт-Петербург. 2014.- С. 268-269.

[55-А] **Махмудназаров М.И.** Сочетание традиционной и эндоскопической полипосинусотомии при хронических полипозных риносинуситах. / Махмудназаров М.И., Арипова М.Л., Мехмондустов С.Г. // Материалы 62-ой годичной научно-практической конференции ТГМУ им. Абуали ибни Сино. Душанбе. 2014.-С.33.

[56-А] **Махмудназаров М.И.** Послеоперационный уход за больными с искривлением перегородки носа /Махмудназаров М.И., Мехмондустов С.Г. //Материалы I V съезда оториноларингологов Узбекистана.- 2015.-С.79.

[57-А] **Махмудназаров М.И.** Функциональное состояние носа у больных с деформацией носовой перегородки /Махмудназаров М.И., Туйдиев Ш.Ш., Азизова М.С // Материалы I V съезда оториноларингологов Узбекистана Ташкент, 2015.-С.80.

[58-А] **Махмудназаров М.И.** Функциональные показатели полости носа у больных с хроническим полипозным риносинуситом до и в послеоперационном периоде. /

- Махмудназаров М.И., Арипова М.Л. // Материалы 63-ей годичной научно-практической конференции ТГМУ с международным участием. 2015. С. С. 359-360.
- [59-А] Махмудназаров М.И.** Симультанная хирургия при сочетанных патологиях полости носа и околоносовых пазух. /Махмудназаров М.И., Туйдиев Ш.Ш., Юсупов А.Ш. // Материалы XIX съезда оториноларингологов России. г.Казань.-2016.- С. 497-498.
- [60-А] Махмудназаров М.И.** Хирургическая коррекция деформаций наружного носа. /Махмудназаров М.И., Рахмонов С.У., Шодмонов Г.Р., Носиров Б. // Материалы 64-й годичной научно-практической конференции ТГМУ с международным участием, посвященной 25-летию Независимости РТ 2016. С.322-324 .
- [61-А] Махмудназаров М.И.** Оптимизация послеоперационного ведения больных с искривлением перегородки носа. /Махмудназаров М.И., Тохирова М.Г., Туйдиев Ш.Ш., Муродов Ш.Д. // Материалы 64-й годичной научно-практической конференции ТГМУ с международным участием, посвященной 25-летию Независимости РТ.- 2016. - С.325-326.
- [62-А] Махмудназаров М.И.** Эффективности применения шалфея лекарственного в послеоперационной терапии у больных с искривлением носовой перегородки и гипертрофией носовых раковин. /Махмудназаров М.И., Шоев М.Д., Туйдиев Ш.Ш., Юсупов А.Ш. // Материалы 65-ой научно-практической конференции ТГМУ с международным участием. Душанбе.- 2017.- С. 88-90.
- [63-А] Махмудназаров М.И.** Клиническая характеристика больных с деформацией носа, сочетанной с патологией полости носа. / Махмудназаров М.И., Тилаков Р.Р., Саидов М.С., Абдухалимов О.С.// Сборник статей научно-практической конференции оториноларингологов Таджикистана с международным участием Душанбе-2018.- С.28-30.
- [64-А] Махмудназаров М.И.** Компьютерная томография в диагностике сочетанных патологий полости носа и околоносовых пазух. /Махмудназаров М.И., Шодмонов Г.Р., Ибрагимов И.С., Тиллоев Ш.Ш. // Сборник статей научно-практической конференции оториноларингологов Таджикистана с международным участием Душанбе-2018.- С.30-33.
- [65-А] Махмудназаров М.И.** Модифицированная подслизистая вазотомия носовых раковин в условиях поликлиники. /Махмудназаров М.И., Ортиков Г.А., Хайдарова У.К., Хакбердиева М.М. // Сборник статей научно-практической конференции оториноларингологов Таджикистана с международным участием Душанбе-2018.- С.33-35.
- [66-А] Махмудназаров М.И.** Варианты септум-операции при различных типах деформации носовой перегородки. /Махмудназаров М.И., Чураев М.Ч., Расулов А.М. // Сборник статей научно-практической конференции оториноларингологов Таджикистана с международным участием Душанбе-2018- .С.35-37.
- [67-А] Махмудназаров М.И.** Эффективность использования бекломила у больных с деформацией перегородки носа, сочетанных с аллергическим ринитом. /Муродов Ш.Д., Махмудназаров М.И., Мехмондустов С.Г. //Сборник статей научно-практической конференции оториноларингологов Таджикистана с международным участием Душанбе-2018.С.43-45.
- [68-А] Махмудназаров М.И.** Шалфей лекарственный в послеоперационной терапии у больных с искривлением перегородки носа и гипертрофией носовых раковин. /Махмудназаров М.И., Шоев М.Д., Муродов Ш.Д., Ахророва З.А. // Сборник статей

научно-практической конференции оториноларингологов Таджикистана с международным участием. Душанбе-2018.- С.64-66.

[69-А] Махмудназаров М.И. Мукоцилиарный транспорт и характер носового секрета у пациентов с сочетанной патологией носа. /Махмудназаров М.И. //Материалы 67-ой международной научно-практической конференции, посвященной 80-летию ТГМУ имени Абуали ибни Сино. Душанбе. -2019. - С. 279-280.

[70-А] Махмудназаров М.И. Усовершенствование хирургического лечения больных с деформацией носовой перегородки, сочетанной с патологией носовых раковин. /Махмудназаров М.И., Туйдиев Ш.Ш. // Материалы 67-ой международной научно-практической конференции, посвященной 80-летию ТГМУ имени Абуали ибни Сино. 2019.- С. 280 – 282.

[71-А] Махмудназаров М.И. Динамика мукоцилиарного клиренса слизистой полости носа в зависимости от послеоперационной фармакотерапии. /Махмудназаров М.И., Шоев М.Д., Мусозода С.М., Шпичак О.С. //XXVII Российский национальный конгресс «Человек и лекарство» Сборник материалов конгресса. Москва.- 2020г.- С.50-51.

[72-А] Махмудназаров М.И. Восстановление функций слизистой оболочки полости носа в послеоперационном периоде у больных с искривлением перегородки носа и хроническим гипертрофическим ринитом /Махмудназаров М.И. Шоев М.Д., Хукумзода М. З. // Фундаментальные основы инновационного развития науки и образования (Материалы междунар. научно-практич. конференции (68) ТГМУ. Том-2. С. 361-362.

[73-А] Махмудназаров М.И. Послеоперационная тампонада полости носа с сохранением носового дыхания у больных с деформацией перегородки носа. /Махмудназаров М.И., Бекназарова Г.М., Туйдиев Ш.Ш. // Материалы 69-й научно-практич конференции с международным участием «Достижение и проблемы фундаментальной науки и клинической медицины» Душанбе. 2021.- Том-2. С. 83-84.

[74-А] Махмудназаров М.И. Совершенствования послеоперационного ухода у больных после хирургической коррекции носового дыхания. /Махмудназаров М.И., Шоев М.Д., Муродов Ш.Д. // Материалы 69-й научно-практич конференции с международным участием «Достижение и проблемы фундаментальной науки и клинической медицины» Душанбе. 2021.- Том-2. С. 138-139.

Монографии и учебно-методические разработки

[75-А] Махмудназаров М.И. Хирургическая коррекция деформаций носа и носовой перегородки. /Махмудназаров М.И. //Монография для студентов, клинических ординаторов и оториноларингологов. Душанбе, 2016.-110 стр.

[76-А] Махмудназаров М.И. Применение галеновых препаратов в оториноларингологии. /Махмудназаров М.И., Шоев М.Д., Мусозода С.М.// Монография для клинических ординаторов и врачей оториноларинго- логов. Душанбе, 2022.- 103с.

[77- А] Махмудназаров М.И. Хирургическая коррекция деформаций носовой перегородки. /Махмудназаров М.И. //Учебно-методическая разработка для студентов, клинических ординаторов и врачей оториноларингологов. Душанбе, 2008.- 53 с.

[78-А] Махмудназаров М.И. Малакаҳои амалӣ аз ринология /Махмудназаров М.И., Ахророва З.А. // Дастурамали таълимӣ методӣ барои табибони интерна, ординаторҳои клиникӣ ва шунавандагони такмили ихтисос. Душанбе, 2018. - 93 с.

- [79-А] **Махмудназаров М.И.** Практические навыки по ринологии. /Махмудназаров М.И., Ахророва З.А. // Учебно-методическое пособие для врачей интерн, клинических ординаторов и курсантов УСО по ринологии. Душанбе, 2018. - 95 с.
- [80-А] **Махмудназаров М.И.** Хирургическое лечение деформаций носовой перегородки, сочетанных с гипертрофией носовых раковин /Махмудназаров М.И., Туйдиев Ш.Ш., Махамадиев А.А.//Учебно- методическое пособие для студентов, интерн и клинических ординаторов. Душанбе, 2020.- 83 с.

Патенты на изобретения

- [81 –А] **Махмудназаров М.И.** Устройство для фиксации наружного носа /Махмудназаров М.И. //Патент на изобретение в РТ №ТJ 71. 22.10.2007.
- [82-А] **Махмудназаров М.И.** Способ ведения послеоперационного периода у больных с септопластикой. /Махмудназаров М.И., Шоев М.Д., Мусозода С.М. //Патент на изобретение в РТ № ТJ 1007, 16.04.2019.
- [83-А] **Махмудназаров М.И.** Распатор – отсос /Махмудназаров М.И., Шоев М.Д., Туйдиев Ш.Ш. //Патент на изобретение в РТ № ТJ 1024, 22.07.2019.

Рационализаторские предложения

- [84-А] **Махмудназаров М.И.** Способ устранения западения спинки носа гомо и аутохрящом /Махмудназаров М.И., Гаффарова М.А. //Рационализаторское предложение № 3008/Р-223. 08.04. 2004г.
- [85-А] **Махмудназаров М.И.** Способ фиксации трансплантата при пластике спинки носа /Махмудназаров М.И., Гаффарова М.А. //№3065/Р-279. 09. 02.2005г.
- [86-А] **Махмудназаров М.И.** Способ поэтапной тампонады носа при риносептопластике /Махмудназаров М.И.// № 3145/Р-447. 16.10. 2006г.
- [87-А] **Махмудназаров М.И.** Способ септопластики с использованием микроножей /Махмудназаров М.И., Гаффарова М.А.//№3154/Р-456. 24.03.2007г.
- [88-А] **Махмудназаров М.И.** Усовершенствованный распатор–отсос для септопластики /Махмудназаров М.И. // № 3158 /Р-460. 24.05. 2007г.
- [89-А] **Махмудназаров М.И.** Способ фиксации носовой перегородки после септопластики /Махмудназаров М.И. //№ 3170 /Р-472. 02. 10.2008г.
- [90-А] **Махмудназаров М.И.** Усовершенствованный способ подслизистой вазотомии носовых раковин. /Махмудназаров М.И., Туйдиев Ш.Ш., Мехмондустов С.Г. // №3260/Р-475. 31.03.2011г.
- [91-А] **Махмудназаров М.И.** Способ одномоментной ультразвуковой дезинтеграции с латеропозицией носовых раковин /Махмудназаров М.И., Мехмондустов С.Г., Туйдиев Ш.Ш.//№3341/Р556. 08.02. 2012г .
- [92-А] **Махмудназаров М.И.** Модифицированная канюля для промывания полости носа и околоносовых пазух /Махмудназаров М.И., Арипова М.Л.- //№3384/Р599. 14.01.2014г.
- [93-А] **Махмудназаров М.И.** Способ субмукозной деструкции носовых раковин модифицированным распатором /Махмудназаров М.И., Туйдиев Ш.Ш. //№3441/Р656. 18.06. 2015г.

- [94-А] **Махмудназаров М.И.** Модифицированная игла Куликовского для пункции и катетеризации лобной пазухи /Махмудназаров М.И., Туйдиев Ш.Ш., Юсупов А.Ш. //№3468/R683. – опубл. 20.10.2015г.
- [95-А] **Махмудназаров М.И.** Комбинированный метод удаления кисты гайморовой пазухи /Махмудназаров М.И., Туйдиев Ш.Ш., Юсупов А.Ш.//№3635/R686. 21.05.2019г.
- [96-А] **Махмудназаров М.И.** Способ комбинированной полипэктомию носа при хроническом полипозном этмоидите /Махмудназаров М.И., Туйдиев Ш.Ш., Арипова М.Л. // №3687/R378. 15.02.2020г.
- [97-А] **Махмудназаров М.И.** Способ тампонады носа после эндоназальных операций с сохранением носового дыхания /Махмудназаров М.И., Шоев М.Д., Назаров З.Х.- //№3689/R380. 04.03. 2020г.
- [98-А] **Махмудназаров М.И.** Модификация максилло-премаксиллярного доступа по Cottle при септопластике / Махмудназаров М.И., Муродов Ш.Д. // № 3413/R404. 04.02.2021г.
- [99-А] **Махмудназаров М.И.** Способ коррекции хряща при С-образной девиации перегородки носа /Махмудназаров М.И., Муродов Ш.Д.//Рационализаторское предложение № 3414/R405. 04.02.2021г/

Перечень сокращений и условных обозначений

ДНН- деформация наружного носа
 ДНП – деформация носовой перегородки
 ИНП- искривление носовой перегородки
 ИВЛ - искусственная вентиляция легких;
 КТ - компьютерная томография;
 МЦК- мукоцилиарный клиренс
 МЦТ - мукоцилиарный транспорт;
 НМЦ – национальный медицинский центр
 НП – носовая перегородка
 ОГК – органы грудной клетки.
 ОНП – околоносовые пазухи
 ПН – перегородка носа
 РСП – риносептопластика;
 СКТ - спиральная компьютерная томография;
 ТФМЭ - транспортная функция мерцательного эпителия;
 УЗД – ультразвуковая дезинтеграция;
 ЭКГ – электрокардиография

АННОТАЦИЯ

Махмудназаров Махмадамин Имосович

«Хирургическая коррекция деформаций носа, сочетанных с патологией полости носа»

Ключевые слова: деформация носа, деформация носовой перегородки, патология полости носа, гипертрофия носовых раковин, патология околоносовых пазух, ринопластика, септопластика, сочетанные операции.

Цель работы: Разработка и оптимизация методов одномоментного хирургического лечения больных с деформацией наружного носа, сочетанной с патологией полости носа и околоносовых пазух.

Методы исследования и использованная аппаратура. Объектом исследования были 280 больных с деформацией наружного носа в сочетании с различной патологией полости носа и околоносовых пазух. Из них мужчин было – 185 ((66,1%), женщин – 95 (33,9%). Исследование включало эндоскопию носа с жестким и гибким эндоскопами фирмы Шторц и Olympus. КТ ОНП(*Somatom -16*» фирмы Siemens), ринопневмометрию, ольфактометрию, определение двигательной активности МЦТ и pH носового секрета, бактериологическое и гистологическое исследование слизистой полости носа.

Полученные результаты и их новизна. В результате проведенных одномоментных оперативных вмешательств у больных с деформацией носа, сочетанной с патологией полости носа и ОНП во всех трех группах наблюдалось значительное улучшение показателей функционального состояния носа. Восстановление формы наружного носа отмечено у 96,7% пациентов, а хорошие результаты функционального характера получены у 98,0% обследованных. В условиях Республики Таджикистан, впервые проведено комплексное исследование по изучению клинической характеристики и функционального состояния носа у больных с деформацией носа, сочетанной с патологией носовой полости и ОНП с оптимизацией методов их одномоментного хирургического лечения и послеоперационной терапии.

Усовершенствованы тактико-технические аспекты закрытой риносептопластики. Изобретены новые способы фиксации костей наружного носа после ринопластики и отслойки мукоперихондрия и мукопериоста перегородки носа с применением авторского варианта отсоса-распатора. Разработан модифицированный метод хондротомии 4-х угольного хряща с применением микроножей при септопластике и поэтапной тампонады носа после риносинусо-хирургических операций. Научно обоснован новый способ подслизистой вазотомии носовых раковин без предварительного разреза слизистой носовой раковины и УЗ дезинтеграции с латеропозицией носовой раковины. Оптимизирована тактика послеоперационного ведения больных с применением тампонады носовой полости с сохранением носового дыхания через воздухопроводные трубки.

Рекомендации по использованию: Необходимо широкое использование эндоскопии и КТ ОНП. Объем хирургического вмешательства должен решаться индивидуально в зависимости от вариантов деформации носа, характера патологии полости носа и околоносовых пазух. Целесообразно промывание полости носа настойкой шалфея лекарственного в послеоперационном периоде и тщательный уход за состоянием наружного носа, носовой полости и околоносовых пазух.

Область применения: оториноларингология, ринология.

АННОТАЦИЯ

Маҳмудназаров Маҳмадамин Имомович

«Коррексияи ҷарроҳии деформатсияи бинӣ, дар ҳамҷоягӣ бо этилолиятҳои ковокии бинӣ».

Калимаҳои калидӣ: деформатсияи бинӣ, деформатсияи миёндевори бинӣ, этилолияти ковокии бинӣ, гипертрофияи садафаҳои бинӣ, этилолияти ҷавфҳои наздибинигӣ, ринопластика, септопластика, амалиёти яқҷоя.

Мақсади кор: коркард ва оптимизатсияи усулҳои табобати ҷарроҳии якҷояи беморон зимни деформатсияи бинии беруна, дар якҷоягӣ бо этиллолияти ковокии бинӣ ва ҷавфҳои наздибинигӣ.

Усулҳои тадқиқот ва таҷҳизотҳои истифодашуда. Объекти тадқиқот 280 бемор бо деформатсияи бинии беруна, дар якҷоягӣ бо этиллолияти гуногуни ковокии бинӣ ва ҷавфҳои наздибинигӣ қарор доштанд. Аз онҳо мардон – 185 (66,1%) ва занон бошад 95 (33,9%)-ро ташкил намуданд. Тадқиқот эндоскопияи бинӣ бо дастгоҳи эндоскопи саҳт ва мулоими фирмаи Штортс ва Olympus, ТК ҚНБ («Somatom-16» ташкилоти Siemens), ринопневмометрия, олфактометрия, муайянкунии фаъолияти ҳаракатнокии НМС ва рН-и луоби бинӣ, тадқиқи бактериологӣ ва гистологии луобпардаи ковокии биниро дар бар гирифт.

Натиҷаҳои бадастовардашуда ва навоари онҳо. Дар натиҷаи гузаронидани амалиёти ҷарроҳии якҷоя дар беморон ҳангоми деформатсияи бинӣ дар якҷоягӣ бо этиллолияти ковокии бинӣ ва ҚНБ барқароршавии шакли бинии беруна дар 96,7% беморон қайд гардида, натиҷаи хуби ҳолати функционалидошта дар 98% тадқиқкунандагон ба даст оварда шуд. Дар шароити Ҷумҳурии Тоҷикистон, бори аввал тадқиқоти маҷмӯӣ оид ба омӯзиши тавсифи клиникӣ ва ҳолати функционалии бинӣ дар беморон, зимни деформатсияи бинӣ, дар якҷоягӣ бо этиллолияти ковокии бинӣ ва ҚНБ, бо оптимизатсияи усулҳои табобати ҷарроҳии якҷояи онҳо ва муолиҷаи баъдичарроҳӣ гузаронида шуд. Ҷанбаҳои тактикӣ ва техникаи риносептопластикаи пӯшида тақмил дода шуд. Усулҳои нави мустаҳкамкунии устухонҳои бинии беруна пас аз ринопластика ва ҷудокунии тағоякпарда ва устухонпардаи миёндевори бинӣ бо истифода аз варианти аз ҷониби муаллиф распатори ҷаббанда ихтироъ гардид. Усули тақмилдодаи хондротомияи тағояки чоркунча бо истифодаи микрокордҳо ҳангоми септопластика ва фатилазании зина ба зинаи бинӣ баъди амалиётҳои риносинусочарроҳӣ коркард карда шуд. Усули нави вазотомияи зерилуобии садафаҳои бинӣ бидуни буриши пешакии луобпардаи садафаи бинӣ ва дезинтегратсияи ултрасадоӣ бо латеропазитсияи садафаҳои бинӣ илман татбиқ карда шуд. Тарзи парастории баъдичарроҳии беморон бо истифодаи фатилазании ковокии бинӣ ва нигоҳдории нафаскашӣ тавассути бинӣ бо ёрии найчаҳои ҳавогузар муносибсозӣ карда шуд.

Дастурҳои барои истифодабарӣ: истифодаи васеи эндоскопия ва ТК ҚНБ зарур аст. Ҳаҷми амалиёти ҷарроҳӣ инфиродӣ бояд вобаста аз вариантҳои деформатсияи бинӣ, ҳислати этиллолияти ковокии бинӣ ва ҷавфҳои наздибинигӣ ҳал карда шавад. Шустани ковокии бинӣ бо дамбаи мармараки доругӣ дар марҳилаи баъдичарроҳӣ ва парастории ҷиддии ҳолати бинии беруна, ковокии бинӣ ва ҷавфҳои наздибинигӣ мувофиқи мақсад маҳсуб меёбад.

Самти истифодабарӣ: оториноларингология, ринология.

ANNOTATION

Makhmudnazarov Makhmadamin Imosovich

"Surgical correction of nasal deformities associated with the pathology of the nasal cavity"

Key words: nasal deformity, deformity of the nasal septum, pathology of the nasal cavity, hypertrophy of the turbinates, pathology of the paranasal sinuses, rhinoplasty, septoplasty, combined operations.

Purpose of work: Development and optimization of methods for simultaneous surgical treatment of patients with deformity of the external nose, combined with pathology of the nasal cavity and paranasal sinuses.

Research methods and equipment used. The object of the study were 280 patients with deformity of the external nose in combination with various pathologies of the nasal cavity and paranasal sinuses. Of these, there were 185 men ((66.1%), women - 95 (33.9%). The study included nasal endoscopy with rigid and flexible endoscopes from Storz and Olimpus, . CT PNS (Somatom -16" by Siemens), olfactometry, determination of motor activity of MCT and pH of the nasal secretion, bacteriological and histological examination of the nasal mucosa.

The results obtained and their novelty. As a result of simultaneous surgical interventions in patients with nasal deformity combined with pathology of the nasal cavity and SNP in all three groups, a significant improvement in the functional state of the nose was observed. Restoration of the shape of the external nose was noted in 96.7% of patients, and good functional results were obtained in 98.0% of those examined. In the conditions of the Republic of Tajikistan, for the first time, a comprehensive study was conducted to study the clinical characteristics and functional state of the nose in patients with nasal deformity, combined with the pathology of the nasal cavity and SNPs, with optimization of the methods of their one-stage surgical treatment and postoperative therapy. Tactical and technical aspects of closed rhinoseptoplasty have been improved. New methods of fixing the bones of the external nose after rhinoplasty and detachment of the mucoperichondria and mucoperioste of the nasal septum using the author's version of the suction-raspator have been invented. A modified method of 4-coal cartilage chondrotomy with the use of microknives for septoplasty and staged nasal tamponade after rhinosinus surgery has been developed. A new method of submucosal turbinate vasotomy without a preliminary incision of the turbinate mucosa and ultrasound disintegration with turbinate lateroposition has been scientifically substantiated. The tactics of postoperative management of patients with the use of tamponade of the nasal cavity with the preservation of nasal breathing through the air tubes has been optimized.

Recommendations for use: Widespread use of endoscopy and CT of SNPs is needed. The volume of surgical intervention should be decided individually, depending on the variants of nasal deformity, the nature of the pathology of the nasal cavity and paranasal sinuses. It is advisable to rinse the nasal cavity with a tincture of sage officinalis in the postoperative period and carefully care for the condition of the external nose, nasal cavity and paranasal sinuses.

Scope: otorhinolaryngology, rhinology.

**МДТ «ДОНИШГОҶИ ДАВЛАТИИ ТИББИИ ТОҶИКИСТОН БА НОМИ
АБӮАЛӢ ИБНИ СИНО»**

УДК 616. 36-007.24;
616.212.5.4-089

Бо ҳуқуқи дастнавис

**МАҲМУДНАЗАРОВ
МАҲМАДАМИН ИМОМОВИЧ**

**КОРРЕКСИЯИ ҶАРРОҶИИ ДЕФОРМАТСИЯҶОИ БИНИ БО
ҶАМҶОЯГИИ ЭТИЛОЛИЯТҶОИ КОВОКИИ БИНИ**

АВТОРЕФЕРАТИ

диссертатсия барои дарёфти унвони илмии доктори илмҳои тиб
аз рӯи ихтисоси 14.01.03 – Бемориҳои гӯш, гулӯ ва бинӣ

Душанбе – 2023

Таҳқиқот дар кафедраи оториноларингологияи МДТ «Донишгоҳи давлатии тиббии Тоҷикистон ба номи Абӯалӣ ибни Сино» иҷро карда шудааст.

Мушовири илмӣ:

Ғаффорова Матлуба Абдузуннуновна
доктори илмҳои тиб, профессор

Муқарризони расмӣ:

Ҳасанов Саидакрам Аскарлович-д.и.т., профессори кафедраи оториноларингология,
оториноларингологияи кӯдакона ва стоматологияи
Донишкадаи тиббӣ – педиатрии Тошкент,
Ҷумҳурии Ўзбекистон

Шамсидинов Бобоназар Насридинович – д.и.т., мудири кафедраи
оториноларингологияи Донишкадаи таҳсилоти
баъдидипломии кормандони соҳаи тандурустии ҚТ
Полвонов Шукрулло Бобоевич – д.и.т., мудири кафедраи ҷарроҳии Донишгоҳи
миллии Тоҷикистон

Муассисаи тақриздиханда: Донишгоҳи давлатии тиббии Самарқанд
Ҷумҳурии Ўзбекистон

Ҳимояи диссертатсия «___» _____ соли 2022 соати _____ дар ҷаласаи шӯрои диссертатсионии 6D. КОА-040 МДТ «Донишгоҳи давлатии тиббии Тоҷикистон ба номи Абӯалӣ ибни Сино» баргузор мегардад. Нишонӣ: 734026, ш. Душанбе, ноҳияи Сино, кӯчаи Сино 29-31, dis@tajmedun.tj, тел.

Бо диссертатсия дар китобхонаи МДТ «Донишгоҳи давлатии тиббии Тоҷикистон ба номи Абӯалӣ ибни Сино» шинос шудан мумкин аст.

Автореферат «___» _____ соли 2023 ирсол гардид.

Котиби илмии шӯрои
диссертатсионӣ:
доктори илмҳои тиб

Шарипов А.М.

МУҚАДДИМА

Мубрамӣ ва зарурати баргузории таҳқиқот аз рӯи мавзӯи диссертатсия.

Маълумотҳои адабиётҳои ва таҳқиқотҳои клиникии солҳои охир зиёд шудани миқдори беморони гирифтори деформатсияи бинии берунӣ якҷоя бо бемориҳои ковокии бинӣ ва ҷавфҳои наздибинигиро (ҚНБ) нишон медиҳанд. Дар ин ҳолат, дар бештари мавридҳои деформатсияи бинии беруниро вариантҳои гуногуни қачшавии девораи бинӣ, гипертрофияи садафҳои бинӣ, синуситҳои катаралӣ-назидеволагӣ ва ё полипозӣ ҳамроҳӣ мекунад, ки ба функсияҳои нафаскашӣ, муҳофизатӣ ва эстетикӣ бинӣ таъсири манфӣ мерасонанд.

Тибқи маълумоти муаллифони хориҷӣ, вазни ҳолиси чунин бемориҳо аз 23 то 31%- и ҳамаи ҷарроҳҳои дар статсионари ЛОР аз рӯи нишондодҳои нақшавӣ гузаронидашударо ташкил медиҳанд [А.И. Крюков[и др.], 2017; П.Р. Бибиқ, А.В. Волошина, 2018; М.А. Будковская, 2019; Г.К. Бабаханов, 2020; R. Mladina [et all.], 2015; J. C. Ahn 2016; V.Sriprakash, 2017; K.Gruszka [et all.], 2022].

Тамоюл ба зиёдшавии миқдори беморони дорои деформатсияи бинии берунӣ, ҳамроҳ бо бемориҳои ковокии бинӣ ва ҷавфҳои наздибинигӣ (ҚНБ) дар Тоҷикистон низ ба мушоҳида мерасад. Маълумотҳои оморӣ оид ба шӯъбаҳои ЛОР-и Маркази миллии тиббии ҚТ дар солҳои 2010-2020 нишон доданд, ки дар байни беморони бистаришудаи гирифтори бемориҳои ринологӣ то 36,5% -ро беморони дорои деформатсияи бинии берунӣ, ҳамроҳ бо бемориҳои ковокии бинӣ ва ҷавфҳои параназалӣ ташкил доданд, ки ин низ паҳншавии ин беморию дар кишвари мо тасдиқ мекунад.

Деформатсияи бинии берунӣ, ҳамроҳ бо бемориҳои ковокии бинӣ ва ҷавфҳои параназалӣ ба функсияи роҳҳои поёнии нафаскашӣ, фаъолияти системаи дилу рағҳо ва дигар узвҳо дар маҷмуъ, таъсири манфӣ расонида, бо ин сифати ҳаёти беморонро бад месозад, дар беморон норухатиҳои психологиро ба бор меоварад ва барои паст шудани қобилияти кори ақлониву ҷисмонӣ мусоидат менамояд [А.В. Бицаева [и др.], 2013; У.А. Курбанов [и др.], 2019; Артыков К.П. [и др.], 2021; S.K. Chung [et all.], 2014; A. N. Nilsen [et all.], 2018].

Масъалаҳои табоботи ҷарроҳии беморони мубтало ба бемориҳои бинӣ ва сохторҳои дохилибинигӣ бояд ҳам аз ҷиҳати баргарафсозии косметикӣ ва ҳам бо назардошти барқарорсозии функсияҳои асосии бинӣ мавриди баррасӣ қарор гиранд [Г.А. Гаджимирзаев, 1998; Д. Ю Василенко, 2008; У.А. Курбанов [и др.], 2015; В.М. Эзрохин [и др.], 2015; Д.А. Щербаков, 2019; Артыков К.П. [и др.], 2021; S.M.Houser, 2014; F. Ozdogan [et all.], 2018; A. Vozan [et all.], 2018]. Дар чунин ҳолатҳои зарурати гузаронидани якҷанд амалиётҳои ҷарроҳии якҷаҳзаина ҳам дар ноҳияи бинии берунӣ ва ҳам мумкин аст дар ҚНБ пайдо мешавад.

Дар адабиётҳои оид ба таҳқиқотҳои фундаменталии баҳодихии комплекси тағйиротҳои анатомӣ-функционалӣ дар беморони дорои беморони дорои деформатсияи бинии берунӣ, ҳамроҳ бо бемориҳои ковокии бинӣ ва ҷавфҳои наздибинигӣ маълумотҳои кифоя нестанд. Барои ҳамин ҳам, як қатор саволҳои вобаста ба тактикаи таҳқиқоти бемор, тайёрии пешазҷарроҳӣ, пайдарпайии амалиётҳои ҷарроҳӣ ва мувоқиқати пасазҷарроҳии беморон мавзӯи баҳси олимони ва клиникҳои беморон [А.Д. Морозов, М.М. Кумышева, 2014; А.О. Гюсан, 2014; С.А. Карпищенко и др., 2018; Т. К. Kim, J.Y. Jeong, 2020].

Натиҷаҳои мусбат ва ё дилхоҳи амалиётҳои ҷарроҳӣ дар мавзеи деформатсияи бинии берунӣ, ҳамроҳ бо бемориҳои ковокии бинӣ ва ҷавфҳои параназалӣ, аз бисёр ҷиҳатҳо аз таҳассуснокии ҷарроҳ, дуруст интиҳоб намудани ҳаҷми амалиёти ҷарроҳӣ ва тактикаи муҳоҷибати пас аз ҷарроҳӣ вобаста аст. Особ дидан ҳангоми ҷарроҳӣ боиси пайдо шудани ихтилолҳои морфофункционалии пардаи луобии бинӣ гашта, ба он экссудатсияи бофтаҳо бо тағйир ёфтани хусусиятҳои реологии ифрозоти бинӣ ва суст шудани фаъолнокии ҳаракатии эпители мижгонакдор мегардад [А.О. Гюсан, 2014; М.М. Магомедов, 2016; Д.Ф. Зейналова, 2017; М.А. Будковая, 2018; А.М. Коркмазов, 2018; М.Ҷ Аkyildiz, 2017; U. S. Khasanov [et all.], 2021].

Ҳамин тартиб, дар амал татбиқ намудани усулҳои содда ва объективии ташҳиси параметрҳои бинӣ барои интиҳоб намудани ҳаҷми мақсадноки табобати ҷарроҳӣ зарур аст. Натиҷаҳои ҷарроҳӣҳои якҷаҳзаина аз бисёр ҷиҳатҳо аз дуруст интиҳоб намудани тактикаи ҷарроҳӣ ва назорат кардани ҳолати бинии берунӣ, ковокии бинӣ ва ҚНБ вобаста аст, ки бо мақсади пешгирӣ намудани пайдошавии оризаҳои илтиҳобӣ ва хунравихоии пас аз ҷарроҳӣ, пайдо шудани синехияҳо ва кам шудани муҳлати реабилитатсия иҷро карда мешаванд [М.М. Магомедов, 2017; К.Г. Добрецов, 2018; М.А. Будковая, 2019; М. Camacho, M.Riaz, 2015; K. Gruszka, S. Aksoy, 2022].

Дар табобати бемориҳои илтиҳобии ҷавфи бинӣ ва ҚНБ ҳангоми деформатсияи бинии берунӣ воситаҳои мавзеии антисептикӣ мавқеи асосиро касб мекунад. Бартари асосии препаратҳои мавзей, ки дар оториноларингология истифода мешаванд, тамоси бевоситаи моддаи таъсиррасон ва бофтаи осебдида мебошад. Ба сифати препарати зиддимикробӣ мармарак беҳтар аст, ки дорои таъсирҳои часпакӣ, гандзудой, қувватбахшӣ, мулоимкунӣ ва хунманъкунӣ мебошад. Истифодаи қиёми мармараки табобатӣ дар давраи барвақти пас аз ҷарроҳӣ давомнокии ринити шадиди пасазҷарроҳиро кам мекунад, хатари пайдошавии синуситҳоро кам месозад ва барои тезонидани суръати шифоёбии ҷароҳати ҷавфи бинӣ муосидат мекунад [С.З. Пискунов [и др.], 2013; А.С. Макарова, 2015; С.М. Мусоев [и др.], 2017; А.Д. Морозов, 2018; М.Д. Шоев, 2021].

Таҳқиқотҳои илмии бахшида ба омӯзиши ҷанбаҳои гуногуни проблемаҳои табобати комплекси деформатсияҳои бинии берунӣ ҳамроҳ бо бемориҳои ковокии бинӣ ва ҚНБ дар байни калонсолон дар Ҷумҳурии Тоҷикистон гузаронида нашудаанд. Таҳқиқотҳои олимони ватанӣ ба масъалаҳои ҷудоғонаи омӯзиши ҳолати функционалии бинӣ ҳангоми деформатсияҳои девораи бинӣ, бемориҳои садафи бинӣ ва татбиқи усулҳои ҷарроҳии эндоназалии функционалӣ марбут мешаванд.

Ҳамин тавр, деформатсияи бинии берунӣ, ҳамроҳ бо бемориҳои ковокии бинӣ ва ҚНБ ҳамчун маҷмуи зуҳуроти клиникӣ, аз лиҳози табобати комплексӣ низ бемории мураккаб ба ҳисоб меравад ва муносибатҳои комплекси ташҳис ва коркарди усулҳои табобати ҷарроҳӣ ва реабилитатсияи пас аз ҷарроҳиро талаб мекунад.

Дарачаи азхудшудаи масъалаи илмӣ.

Ҳамин тавр, ихтилолҳои гузаронандагии ҳавоии сӯроҳҳои бинӣ ва дигар тағйиротҳои функционалӣ, ки ба пайдо шудани протсессҳои патологӣ ковокии бинӣ, ҚНБ ва бофтаҳои ба онҳо наздик оварда мерасонанд, мумкин аст, ки дар натиҷаи якҷоя шудани якҷанд омил пайдо шаванд ва инро ҳангоми ба нақша гирифтани ҳаҷми амалиёти ҷарроҳӣ, имконпазирии амалиёти ҷарроҳии комплекси якҷаҳзаинро бо мақсади барқарор намудани функцияҳои асосии сустшуда ва ё

нобудшуда ва баргараф кардани протсессии патологӣ ба эътибор гирифтани зарур аст. Бахшида ба проблемаҳои ҷарроҳии симултанӣ дар ринология пажӯҳишҳои ҷудоғонаи муаллифони ватанӣ ба назар мерасанд.

Дастовардҳои муосири тиб имконият медиҳанд, ки доираи амалиётҳои ҷарроҳии омехта ҳангоми ин беморӣ васеъ карда шавад. Самаранокии нокифояи усулҳои табобати ҷарроҳии мавҷуда ва истифодашаванда ҳангоми деформатсияи бинӣ, ҳамроҳ бо бемориҳои ковокии бинӣ ва ҚНБ, аксар вақт аз номукамал будан ва дорои инвазияи баланд будани амалиётҳои ҷарроҳӣ, мавҷуд набудани нишондодҳо дақиқ барои амалиёти ҷарроҳӣ вобастагӣ доранд, ки ба ин баҳодихии пасти объективӣ ба деформатсияи бинӣ ва сохторҳои дарунии бинӣ, инчунин вазъияти функсияҳои асосии бинӣ, норасоии назорати визуалии ҷарроҳӣ ва пас аз ҷарроҳии дохили бинӣ, бедардсозии номуносиб ҳамроҳ мешаванд [А.О. Гюсан, 2014; А.С. Лопатин [и др.], 2018; А.М. Коркмазов, 2018; Х.Т. Абдулкеримов [и др.], 2018; Е.Л. Савлевич [и др.], 2019; A Tuzuner, 2016].

Деформатсияи бинии берунӣ ва миёндвории бинӣ бо бинӣ нафас кашиданро душвор сохта, барои пайдо шудани протсессии патологӣ дар ковокии бинӣ ва ҚНБ мусоидат менамояд. Вобаста аз ин, бо мақсади барқарор кардани функсияҳои асосии бинӣ ва баргараф намудани протсессии патологӣ дар ҷавфҳои параназалӣ, зарурати дар як лаҳза гузаронидани амалиёти ҷарроҳӣ дар қисми деформатсиядори бинӣ, инчунин дар сохторҳои ковокии бинӣ ба миён меояд. Асоси таҳқиқотро табобати ҷарроҳии яклаҳзаинаи деформатсияи бинӣ ҳамроҳ бо бемориҳои ҷавфи бинӣ ва ҷавфҳои параназалӣ бо таҳия намудани алгоритми ҳаҷми амалиёти ҷарроҳӣ, инчунин мувофиқати беморон дар давраи пеш аз ҷарроҳӣ ва пас аз ҷарроҳӣ ҷиҳати пешгирӣ намудани пайдошавии оризаҳои илтиҳобӣ ташкил медиҳад.

Пойгоҳи назариявии таҳқиқот омӯзиш ва таҳлили пажӯҳишҳои қаблан гузаронидашуда ва нашршудаи муаллифони хориҷаи наздик ва дур ва олимони ватанӣ бахшида ба проблемаҳои ташхис, табобати ҷарроҳӣ ва реабилитатсияи пас аз ҷарроҳии беморони дорои деформатсияи бинӣ, ҳамроҳ бо бемориҳои ҷавфи бинӣ буданд.

Дар таҳқиқот натиҷаҳои таҳқиқотҳои диссертатсионии дар Ҷумҳурии Тоҷикистон ва Федератсияи Россия ҳимояшуда, мақолаҳои илмӣ маҷаллаҳо, конференсияҳо, симпозиумҳо бахшида ба мавзӯи ташхис ва табобати ҷарроҳии бемориҳои омехтаи бинӣ ва ҚНБ омӯхта шудаанд. Таҳқиқот дар пойгоҳи шуъбаи оториноларингологияи МД ММТ ҚТ “Шифобахш” ш. Душанбе гузаронида шудааст.

Мо таҳқиқотҳои на чандон зиёди донишмандони ватанӣ ва миқдори кофӣ таҳқиқотҳои олимони хориҷаи наздик ва дурро, ки онҳо ба масъалаҳои ташхис ва табобати ҷарроҳиву реабилитатсияи пас аз ҷарроҳии беморон бахшида шудаанд, мавриди омӯзиш қарор додем [М.А. Гаффарова, 2008; М.К. Икромов, 2011; У.А. Курбанов, 2019; К.П. Артыков, 2020; Б.Н. Шамсиддинов, 2021; К.Э. Клименко, 2013; И.И. Литовец, 2015; Д.Ф. Зейналова, 2017; А.Д. Морозов, 2018; .H.Stammberger[et al.], 2009; E.C.Cashman [et. all.], 2011; J. C. Ahn, 2016].

Омӯхтани ин масъалаҳо барои оториноларингологҳо вобаста аз татбиқ намудани ҷарроҳии микроскопӣ ва эндоскопӣ дар тиб хеле муҳим аст, вай ба табиб имконият медиҳад, ки сохторҳои анатомии ҷавфи бинӣ ва ҚПН визуалӣ карда шаванд, нақши онҳо дар пайдошавии ҳолатҳои патологӣ пардаи луобии ҷавфи бинӣ ва ҚНБ муқаррар ва протсессҳои патологӣ баргараф карда шавад

Масъалаҳои амалёти ҷарроҳии яклаҳзаина ё ҷарроҳии марҳилавӣ ҳангоми деформатсияҳои гуногуни бинӣ, ҳамроҳ бо бемориҳои сохторҳои даруни бинӣ ва ЧНБ дар категорияҳои гуногуни синнусолӣ ҳанӯз ба қадри кофӣ омӯхта нашудаанд ва ҳаллу фасли ин масъала то имрӯз бахсталаб боқӣ мемонад.

Қайд кардан зарур аст, ки оид ба муайян кардани ҳуди мафҳуми ҷарроҳҳои ҳамзамон фикри ягона мавҷуд нест ва истифода намудани номҳои гуногун барои коркарди мурағабҳои тактикаҳои ҷарроҳӣ ҳалал мерасонанд [А. С. Петров, 2012; М.М. Магомедов, 2016; Е.В.Хрусталева, 2016; О.М. Пустовит, 2017; Т.В. Won, 2012]. .

Дар диссертатсия коркардҳои илмии муаллифони хориҷӣ нисбат ба ташхис, тактикаи омодагии пеш аз ҷарроҳӣ ва пайдарпайии амалиётҳои ҷарроҳӣ дар беморони дорои бемориҳои омехтаи бинӣ ва ЧНБ истифода шудаанд.

Ҳамин тавр, коркарди ташхиси комплекси пешазҷарроҳии сохторҳои анатомӣ, тағйиротҳои эстетикӣ ва функционалӣ ҳангоми деформатсияҳои бинӣ дар якҷоягӣ бо бемориҳои ҷавфи бинӣ ва ҷавфҳои параназалӣ, интиҳоби ҳаҷм ва тактикаи амалиёти ҷарроҳӣ, ки ба истифодаи омехтаи усулҳои гуногуни амалиёти ҷарроҳӣ вобастаанд, проблемаи актуалӣ махсуб шуда, то охир ҳаллу фасли илмии ҳудро наёфтаанд. Бо назардошти гуфтаҳои боло мақсад ва вазифаҳои таҳқиқоти мазкур мурағаб сохта шудааст.

Иртиботи таҳқиқот бо барномаҳо (лоиҳаҳо) ва мавзӯҳои илмӣ.

Таҳқиқоти диссертатсия “Ислоҳи ҷарроҳии деформатсияҳои бинӣ бо якҷоягии бемориҳои ковокии бинӣ” дар доираи корҳои илмӣ-таҳқиқотии кафедраи оториноларингологияи ба номи узви вобастаи АИТР Исҳоқӣ МДТ “ Донишгоҳи давлатии тиббии Тоҷикистон ба номи Абуалӣ ибни Сино” дар мавзӯи «Усулҳои муосири ташхис ва табобати комплекси бемориҳои омехтаи ковокии бинӣ ва ҷавфҳои наздибинигӣ» аз рӯи ихтисоси 14.03.01 –бемориҳои гӯш, гулӯ ва бинӣ иҷро шудааст. Қайди давлатӣ № 0113ТJ 00336. .

ТАВСИФИ УМУМИИ ТАҲҚИҚОТ

Мақсади таҳқиқот: Коркард ва оптимизатсияи усулҳои табобати яклаҳзаинаи ҷарроҳии беморони гирифтори деформатсияҳои бинии берунӣ, ҳамроҳ бо бемориҳои ковокии бинӣ ва ҷавфҳои наздибинигӣ.

Вазифаҳои таҳқиқот

1. Омӯхтани ҳолати клиникӣ-анатомии бинӣ ва сохторҳои дохили бинӣ ҳангоми шаклҳои гуногуни деформатсияҳои бинии берунӣ, ҳамроҳ бо патологияи дохили бинӣ ва ҷавфҳои наздибинигӣ.

2. Баҳогузори ба натиҷаҳои усулҳои гуногуни ташхис барои дақиқ кардани хусусиятҳои патологияҳои сохторҳои дохили бинӣ ва ҳолати морфофункционалии пардаи луобии ковокии бинӣ ҳангоми деформатсияҳои бинӣ ҳамроҳ бо бемориҳои дохили бинӣ ва ЧНБ.

3. Таҳияи алгоритми омодагии пеш аз ҷарроҳии беморон вобаста аз вариантҳои якҷояшавӣ ва хусусиятҳои деформатсияҳои бинӣ ҳамроҳ бо бемориҳои ковокии бинӣ ва ЧНБ.

4. Оптимизатсияи усулҳои табобати ҷарроҳии яклаҳзаинаи деформатсияҳои бинӣ, ҳамроҳ бо патологияи ковокии бинӣ ва ЧНБ ва табобати пас аз ҷарроҳӣ.

5. Таҳқиқоти таъсири қиёми мармараки доругӣ ба ҳолати функционалии бинӣ ва микрофлораи пардаи луобии ҷавфи бинӣ дар беморони дорои деформатсияҳои бинӣ ҳамроҳ бо бемориҳои ковокии бинӣ ва ЧНБ дар давраи пас аз ҷарроҳӣ.

6. Баҳогузорӣ ба натиҷаҳои таҳқиқот ва таҳия намудани тавсияҳо оид ба тактикаи табобати ҷарроҳии яклаҳзаина ва мураккабии пасазҷарроҳии беморони дорои деформатсияҳои бинӣ ҳамроҳ бо бемориҳои ковокии бинӣ ва ҚНБ.

Объекти таҳқиқот. Объекти таҳқиқот 280 бемори гирифтори деформатсияҳои бинии берунӣ ҳамроҳ бо бемориҳои гуногуни ковокии бинӣ ва ҚНБ буд, ки дар шуъбаҳои оториноларингологии Маркази миллии тиббии Ҷумҳурии Тоҷикистон “Шифобахш” таҳқиқ шудаанд. Аз мардҳо – 185 ((66,1%), занҳо – 95 (33,9%) буданд. Синну соли беморон аз 15 то 58 сол.

Таҳқиқот таҳлили клиникӣ-биохимиявии хун, пешоб, таҳқиқоти хун нисбат ба ВИЧ, ба маркерҳои гепатити В,С, гурӯҳ ва резуси мансубияти хун, электрокардиография, флюорографияи узвҳои қафаси сина, рентгенография ва ё ТК-и ҚНБ, муоинаи узвҳои ЛОР, эндоскопияи бинӣ, таҳқиқоти функционалии биниро (ринопневмометрия, олфактометрия, муайян намудани фаъолнокии ҳаракати эпителии мижгонакии пардаи луобӣ ва рН ифрозоти бинӣ, таҳқиқоти бактериологияи пардаи луобии ковокии биниро дар бар гирифт.

Мавзуи таҳқиқот. Мавзуи таҳқиқот муайян кардани таъсири ҳолати клиникӣ-анатомӣ ва функционалии бинӣ дар беморони дорои деформатсияи бинӣ, ҳамроҳ бо бемориҳои ковокии бинӣ бо таҳияи алгоритми омодагии пешазҷарроҳӣ ва усулҳои беҳсозии табобати ҷарроҳии яклаҳзаина ва табобати пасазҷарроҳӣ.

Аҳамияти назариявӣ ва илмӣ-амалии таҳқиқот аз он иборат аст, ки нуқтаҳои асосии таҳқиқот (назариявӣ ва методологӣ) оид ба масъалаҳои ташхис, табобати ҷарроҳӣ ва табобати пасазҷарроҳии беморони дорои деформатсияи бинӣ, ҳамроҳ бо бемориҳои ковокии бинӣ ва ҷавфҳои параназалӣ, ки дар диссертатсия оварда шудаанд, метавонанд дар раванди дарсҳои донишгоҳҳои тиббӣ ва донишкадаҳои таҳсилоти баъдидипломӣ, инчунин курсҳои тақмили ихтисоси табибони ЛОР оид ба риноҷарроҳӣ мавриди истифода қарор дода шаванд.

Басомади вариантҳои гуногуни инкишофи сохторҳои эндоназалии анатомӣ, ки аз шаклҳои деформатсияи бинӣ вобастаанд, муайян карда шуд. Натиҷаҳои таҳқиқоти гузаронидашуда имконият медиҳанд, ки бо вариантҳои гуногуни сохтори анатомии дохилибинигӣ ҳангоми деформатсияҳои бинӣ, ҳамроҳ бо бемориҳои ковокии бинӣ ва ҚНБ амиқтар ва муфассалтар шинос шаванд, ин имкон медиҳад, ки вариантҳои амалиёти ҷарроҳӣ ба нақша гирифта шаванд.

Алгоритми пешниҳоднамудаи таҳқиқоти пеш аз ҷарроҳӣ ва мураттабии амалиёти ҷарроҳии яклаҳзаина вобаста аз вариантҳои деформатсияҳои бинии берунӣ, бемориҳои сохторҳои дохилибинигӣ ва ҚНБ барои табибон – оториноларингологҳо аҳамияти бевоситаи амалӣ дорад.

Усули нави тасбити (фиксатсия) устухонҳои бинии берунӣ пас аз ринопластика ва усули ҷудо кардани мукоперихондрияи девораи бинӣ бо истифода аз отсос-распатор варианти муаллиф, нисбат ба ҳамин гуна усулҳои тасбити (фиксатсия) устухонҳои порчаҳои бинии берунӣ ва ҷудо кардани бофтаҳои девораи бинӣ афзалият дорад.

Оптимизатсияи мураккабии пасазҷарроҳии беморон бо ҳифз кардани нафаскашӣ бо бинӣ аз тарқи найчаҳои ҳавобар ва истифодаи воситаҳои антисептики мармараки доругӣ самаранокии табобати пасазҷарроҳиро хеле баланд мебардорад ва метавонад, ки дар фаъолияти амалии оториноларингология ба таври васеъ ба кор бурда шавад.

Навгони илмӣ.

Дар шароити Ҷумҳурии Тоҷикистон, бори нахуст таҳқиқоти комплекси омӯзиши хусусиятҳои клиникӣ ва функционалии ҳолати бинӣ дар беморони дорои деформатсияи бинии берунӣ, ҳамроҳ бо бемориҳои ковокии бинӣ ва чавфҳои параназалӣ бо оптимизатсияи усулҳои табобати ҷарроҳии яклаҳзаина ва табобати пас аз ҷарроҳӣ гузаронида шуд.

Таҳқиқот муқаррар намуд, ки қараёни клиникии беморони дорои деформатсияи бинии берунӣ, ҳамроҳ бо бемориҳои ковокии бинӣ ва чавфҳои параназалӣ ба таври гуногун ва шикоятҳои зиёд, норасоии возеҳи нафаскашӣ, муҳофизатӣ, шомма ва функсияи эстетикӣ бинӣ зоҳир мегардад.

Манзараи эндоскопии бинӣ ва ТК –и ҶНБ беморони дорои деформатсияи бинии берунӣ, ҳамроҳ бо бемориҳои ковокии бинӣ тағйиротҳои нисбатан возеҳи патологияи анатомии бинии берунӣ ва сохторҳои дохилибинигиро айян намуд, ки онҳоро ҳангоми ба нақша гирифтани амалиётҳои ҷарроҳии яклаҳзаина ба эътибор гирифтани зарур аст.

Таҳқиқоти ҳолати функционалии бинӣ ихтилолҳои возеҳи гузаронандагии суроҳҳои бинӣ, суст шудани функсияи нақлиётӣ эпители мижгонакии пардаи луобии ковокии бинӣ, баланд шудани дамғаҳи шомма ва омехта шудани рН –и луоби бинӣ ба қониби туршӣ аз $7,2 \pm 0,5$ то $6,8 \pm 0,3$ -ро муайян кард, ки аз ихтилолҳои функсияи клиренси мукотсилиарии пардаи луобии чавфи бинӣ дарак медиҳанд.

Таъсири қиёми мармарақ ба микрофлораи пардаи луобии бинӣ дар беморони дорои деформатсияи бинии берунӣ, ҳамроҳ бо бемориҳои чавфи бинӣ ва чавфҳои параназалӣ (наздибинигӣ) дар давраи пас аз ҷарроҳӣ омӯхта шуд.

Таҳқиқоти бактериологӣ муҳтавои микрофлораи чавфи бинӣ нишон дод, ки дар беморони дорои деформатсияи бинии берунӣ, ҳамроҳ бо бемориҳои ковокии бинӣ ва ҶНБ дар пардаи луобии ковокии бинӣ ва чавфҳои наздибинигӣ бештари мавридҳо микрофлораи шартӣ-патогенӣ ва патогенӣ вучуд дорад.

Муқаррар карда шуд, ки дар заминаи шӯстани чавфи бинӣ бо қиёми мармарақи доругӣ дар давраи пас аз ҷарроҳӣ, флораи патогенӣ тақрибан дида нашуд, ки ин аз хосияти бактеритсидии ин препаратҳои доругӣ ва мақсаднок будани истифодаи он дар табобати пас аз ҷарроҳӣ дарак медиҳад.

Алгоритми таҳқиқоти пешазҷарроҳии беморони дорои деформатсияи бинӣ, ҳамроҳ бо патологияи ковокии бинӣ ва чавфҳои наздибинигӣ ва пай дарпайии иҷрои амалиётҳои ҷарроҳии яклаҳзаина вобаста аз вариантҳои деформатсияи бинии берунӣ, миёндевори бинӣ, сохторҳои дохили бинӣ ва ҶНБ пешниҳод гардид.

Ҷанбаҳои тактикӣ ва техникӣ риносептопластикаи пӯшида такмил дода шуд. Усулҳои нави фиксатсияи устухонҳои бинии берунӣ пас аз ринопластика (Патенти хурд барои ихтироъ дар Ҷумҳурии Тоҷикистон №ТҶ 71) ва ҷудо кардани мукопериондрӣ ва мукопериостаи девораи бинӣ бо истифода аз варианти муаллифии отсоса-распатор (Патенти хурд барои ихтироъ дар Ҷумҳурии Тоҷикистон №ТҶ 1024) ихтироъ карда шуд.

Усули модификатсионӣ хондротомияи тағояки чоркунча бо истифода аз микрокорд ҳангоми септопластика (Пешниҳоди ратсионализатории №3154/Р-456) ва тампонадҳои марҳилавии бинӣ пас аз амалиётҳои ҷарроҳии риносинусӣ (Пешниҳоди ратсионализатории №3154/Р-447) таҳия карда шуд.

Усули нави вазотомияи зерлуобии садафҳои бинӣ бидуни пешакӣ буридани пардаи луобии садафҳои бинӣ ва УЗ дезинтегратсия ва латеропозитсияи садафҳои

бинӣ илман асоснок карда шуд (Пешниҳоди ратсионализатории № 3260-P- 475 ва № 3341/R556).

Тактикаи муҳоҷибати пасазҷарроҳии беморон бо истифода аз тампонадҳои ковокии бинӣ бо ҳифз кардани нафаскашӣ аз тариқи найчаи ҳавобар (Пешниҳоди ратсионализатории №3689/ R380) ва истифодаи мармараки доругӣ оптимизатсия карда шуд, ки ин самаранокии табобати пасазҷарроҳиро баланд бардошт (Патенти хурд барои ихтироъ дар Ҷумҳурии Тоҷикистон № ТҶ 1007).

Самаранокии табобати ҷарроҳии яклаҳзаинаи беморони дорои деформатсияи бинии берунӣ, ҳамроҳ бо бемориҳои ковокии бинӣ ва ҷавфҳои наздибинигӣ, ҳам аз ҷиҳати беҳтар кардани ҳолати функционалии ҷавфи бинӣ ва ҳам аз ҷиҳати барқарор намудани сохторҳои анатомии бинӣ исбот карда шуд, ки имконият медиҳад тавсияҳои илмӣ-амалии вобаста ба таҳқиқоти комплексӣ ва табобати ин категорияи беморон дода шавад.

Нуктаҳои асосии ҷимояшавандаи диссертатсия:

1. Истифодаи усулҳои комплексии таҳқиқоти беморони дорои деформатсияи бинии берунӣ, ҳамроҳ бо бемориҳои ковокии бинӣ ва ҷавфҳои наздибинигӣ имконият медиҳанд, ки ба шакли бинии берунӣ, тағйиротҳои сохторҳои дохили бинӣ ва тағйиротҳои руҳдодаи функсияҳои асосии бинӣ баҳои объективӣ дода шавад.

2. Такмил додани ҷанбаҳои техникаи ҷарроҳии яклаҳзаина бо истифода аз распатор – отсоси модификатсияшуда, микрокорд ҳангоми септопластика, усули вазотомияи зерлубӣ ҳангоми гипертрофияи садафҳои бинӣ ва фиксатсияи боэтимоди устухонҳои бинӣ дастгоҳи варианти муаллифӣ пас аз риноластика равиши ҷарроҳиро метезонад ва самаранокии онро баланд мебардорад.

3. Амалиётҳои ҷарроҳии яклаҳзаина ҳангоми деформатсияи бинии берунӣ, ҳамроҳ бо қачшавии миёндевораи бинӣ, гипертрофияи садафҳои бинӣ ва патологияҳои бефасоди ҶНБ муносиб ва мувофиқи мақсад мебошанд, зеро имконият медиҳанд, ки барқароршавии функсияҳои нафаскашӣ, муҳофизатӣ ва шомма барқарор ва ҳамчунин намуди эстетикӣ бинӣ беҳтар карда шавад.

4. Оптимизатсияи муҳоҷибати пасазҷарроҳии беморон бо роҳи шӯстани ҷавфи бинӣ бо маҳлули мармарак муҳлати шифоёбии ҷароҳат ва протсессҳои регенератсияи пардаи лубии ҷави бинӣ ва ҶНБ-ро беҳтар месозад.

Дарачаи эътимоднокии натиҷаҳои диссертатсияро маълумотҳои саҳеҳ, ҳаҷми кофии маводи таҳқиқот, коркарди омории натиҷаҳои таҳқиқоти 280 бемори дорои деформатсияи бинӣ, ҳамроҳ бо бемориҳои ковокии бинӣ ва ҷавфҳои наздибинигӣ, маводи нашршуда дар маҷаллаҳои ватанӣ ва хориҷии тақризишавандаи ҚОА-и Федератсияи Россия ва Ҷумҳурии Тоҷикистон тасдиқ мекунанд.

Хулоса ва тавсияҳо дар заминаи таҳлилҳои илмӣ натиҷаҳои табобати ҷарроҳии яклаҳзаина ва табобати пасазҷарроҳии 280 бемори дорои деформатсияи бинӣ, ҳамроҳ бо бемориҳои ковокии бинӣ ва ҷавфҳои наздибинигӣ асоснок карда шудаанд.

Натиҷаҳои таҳқиқотро шаҳодатномаҳо дар бораи 17 пешниҳоди ратсионализаторӣ ва 4 патент барои ихтироъот тасдиқ мекунанд.

Мувофиқат кардани диссертатсия ба шиносномаи ихтисоси илмӣ; Таҳқиқоти диссертатсия бо ба шиносномаи ҚОА-и назди Президенти Ҷумҳурии Тоҷикистон аз рӯи ихтисоси 14.01.03 – Бемориҳои гӯш, гулӯ ва бинӣ; зербандҳои 3.4. Коркарди эксперименталӣ ва клиникаи усулҳои табобати бемориҳои ЛОР ва татбиқ

намудани онҳо дар амалияи клиникӣ. Коракарди диспансеризатсияи бемориҳои ЛОР мувофиқат мекунад.

Саҳми шахсии довталаби унвони илмӣ. Унвончӯ якҷоя бо мушовири илмӣ мавзуи диссертатсияро интихоб намуда, мақсад ва вазифаҳоро мушаххас кардааст, объекти таҳқиқот, пойгоҳ ва усулҳои таҳқиқоти маводи клиникиро муайян кардааст. Унвончӯ якҷоя бо мушовири илмӣ алгоритмҳои таҳқиқоти беморон ва нақшаи табобати ҷарроҳӣ ва муоинаҳои пасазҷарроҳиро (90%) мурағаб сохтааст. Диссертант шахсан 280 бемори дорои деформатсияи бинӣ, ҳамроҳ бо бемориҳои ковокии бинӣ ва ҷавфҳои параназалиро таҳқиқ кардааст.

Муаллифи рисола шахсан маводи илмиро ҷамъоварӣ, муоинаи беморони ЛОР, ринофиброскопия ва усулҳои функционалии таҳқиқоти бинӣ, амалиётҳои ҷарроҳӣ ва муроқибати пас аз ҷарроҳии беморонро (100%) анҷом додааст. Диссертант дар ҷараёни таҳқиқоти илмӣ усулҳои оптимизатсионии табобати ҷарроҳии яклаҳзаинаи беморони дорои деформатсияи бинӣ, ҳамроҳ бо бемориҳои ковокии бинӣ ва ҷавфҳои параназалиро таҳия ва татбиқ намудааст (100%). Пур кардани таърихи беморӣ, картаи бемори статсионарӣ, систематизатсияи маводи таҳқиқоти диссертатсионӣ аз тарафи диссертант, шахсан (100%) иҷро карда шудааст.

Натиҷаҳои асосии илмиро унвончӯ дар ду монография, дастурҳо ва коркардҳои методӣ, (саҳми шахсии муаллиф – 90%), дар мақолаҳои илмии маҷаллаҳои тақризшавандаи ҚОА Ҷумҳурии Тоҷикистон ва Федератсияи Россия барои нашри натиҷаҳои таҳқиқотҳои диссертатсионӣ (саҳми шахсии муаллиф – 90%), дар мақолаҳои илмии маҷмӯаҳои тақризшаванда, маводҳои конференсияҳои илмӣ-амалии ҷумҳуриявӣ ва байналмилалӣ (саҳми шахсии муаллиф – 90%) инъикос ёфтаанд.

Таъйид ва татбиқи натиҷаҳои рисола.

Нуқтаҳои асосии диссертатсияи мазкур дар мавридҳои зерин пешниҳод ва баррасӣ шудаанд: дар конференсияи ҷумҳуриявии илмӣ- амалии оториноларингологҳои Ӯзбекистон «Масъалаҳои актуалии оториноларингологияи кӯдакон» (Тошкент, 2006); Конференсияи 55-умини МДТ “Донишгоҳи давлатии тиббии Тоҷикистон ба номи Абӯалӣ ибни Сино” бахшида ба 75-солагии Ю.Б. Исҳоқӣ «Масъалаҳои актуалии тиббии оилавӣ» (Душанбе – 2007); дар конференсияи илмӣ- амалии «Масъалаҳои актуалии ҷарроҳии эксперименталӣ ва трансплантология ва консервкунии трансплантатҳо» (Душанбе – 2007); конференсияи ҷумҳуриявии илмӣ- амалии «Масъалаҳои актуалии ҷарроҳии реконструктивӣ ва ҷарроҳии пластикӣ» (Душанбе, 2007); дар съезди 2-юми ҷарроҳони кӯдакон, анестезиолог ва реаниматологҳои Тоҷикистон (Душанбе, 2008); дар конференсияи 56-уми илмӣ-амалии МДТ “Донишгоҳи давлатии тиббии Тоҷикистон ба номи Абӯалӣ ибни Сино” дар мавзуи “Дурнамои рушди тиббии оилавӣ дар Тоҷикистон” (Душанбе, 2008); дар конференсияи 57-уми илмӣ- амалии МДТ “Донишгоҳи давлатии тиббии Тоҷикистон ба номи Абӯалӣ ибни Сино” бо иштироки байналмилалӣ, бахшида ба 70-солагии МДТ “Донишгоҳи давлатии тиббии Тоҷикистон ба номи Абӯалӣ ибни Сино” дар мавзуи “ Саҳми ДДТТ ба номи Абӯалӣ ибни Сино дар тайёр кардани кадрҳои илми тиб ва беҳбуди солимии ҷомеа” (Душанбе, 2009); дар съезди 3-юми оториноларингологҳои Ӯзбекистон» (Тошкент, 2010); дар конференсияи илмӣ-амалии «Ҷанбаҳои муосири таъхис ва табобати бемориҳо дар оториноларингологияи кӯдакон» (Тошкент, 2012); дар конференсияи илмӣ- амалии оториноларингологҳои

ҶТ бо иштироки байналмилалӣ «Масъалаҳои актуалии оториноларингология» (Душанбе, 2012); дар форуми II-ми оториноларингологҳои Россия (Санкт-Петербург, 2013); дар конгресси 4-уми байналмилалии ринологҳо ва ҷарроҳони пластикӣ (Техрон, 2013); дар съезди 4-уми оториноларингологҳои Узбекистон «Самтҳои муосири оториноларингология» (Тошкент, 2015); дар конгресси 37-ум оид ба оториноларингология ва ҷарроҳии сару гардан (Туркия, 2015); 41th Turkish National Otorhinolaryngology and Head and Neck Surgery Congress (Туркия, 2018); дар конференсияи ҷумҳуриявии илмӣ-амалии оториноларингологҳо бо иштироки намоёндагони байналмилалӣ «Ҷанбаҳои муосири таҳҳис ва табобат дар оториноларингология» (Душанбе, 2018); дар конференсияи ҷумҳуриявии илмӣ-амалии на «Оториноларингологияи муосир: масъалаҳои актуалӣ ва дурнамои инкишоф» (Тошкент, 2022); International scientific-practical conference «Modern technologies of diagnostics and treatment in otorhinolaryngology» (Samarqand, 2022).

Таъйиди диссертатсия дар комиссияи муштараки байникафедравии проблемавӣ оид ба фанҳои ҷарроҳӣ стоматология, офталмология ва бемориҳои гӯшу гулӯ ва бинӣ МДТ «ДДТТ ба номи Абуалӣ ибни Сино» (28.08. соли 2020) гузаронида шуд.

Натиҷаҳои таҳқиқот дар ду монография ва чор қорқард ва тавсияи методӣ инъикос ёфтаанд.

1. Ислоҳи ҷарроҳии деформатсияи бинӣ ва миёнедевори бинӣ (2016, 110с.); 2. Истифодаи препаратҳои галеновӣ дар оториноларингология (2022, 103 с.); 3. Ислоҳи ҷарроҳии деформатсияи миёнедевори бинӣ (2007, 53с.); 4. Малақаҳои амалӣ аз ринология (2018, 93с.); 5. Малақаҳои амалӣ аз ринология (2018, 95с.); 6. Табобати ҷарроҳии деформатсияи девораи бинӣ, яқоя бо гипертрофияи садафҳои бинӣ (2020, 83с.).

Натиҷаҳои таҳқиқот дар раванди дарсии кафедраҳои оториноларингологияи МДТ «ДДТТ ба номи Абуалӣ ибни Сино» ва МДТ «Донишкадаи таҳсилоти баъдидипломӣ дар соҳаи тандурустии Ҷумҳурии Тоҷикистон», ҳамчунин дар фаъолияти амалии шуъбаҳои оториноларингологияи Маркази миллии «Шифобахш» ва комплекси табобатӣ-таҳҳисии «Истиқлол» татбиқ шудааст.

Интишори натиҷаҳои диссертатсия. Аз рӯйи натиҷаҳои мавзӯи диссертатсия 80 таълифоти илмӣ, аз ҷумла 25 мақолаи илмӣ дар маҷаллаҳои тақризшавандаи ҚОА назди Президенти Ҷумҳурии Тоҷикистон ва Федератсияи Россия, 2 монография ва 4 дастуру қорқарди методӣ нашр шудааст. Барои 16 пешниҳоди ратсионализаторӣ ва 4 патент барои ихтироёт шаходатнома гирифта шудааст.

Ҳаҷм ва сохтори диссертатсия. Диссертатсия дар ҳаҷми 300 саҳифаи матни компютерӣ таълиф шуда, аз муқаддима, тавсифи умумии таҳқиқот, шарҳи адабиёт, бобҳои усулҳои таҳқиқот, бобҳои таҳлили ретроспективӣ, бобҳои таҳқиқоти худӣ, баррасии натиҷаҳо, муҳокимаи натиҷаҳо, хулоса, тавсияҳо оид ба истифодаи амалии натиҷаҳои таҳқиқот ва феҳристи адабиёти истифодашуда, ки 333 сарчашма (аз кишварҳои ИДМ ва хориҷӣ) иборат аст, таҳқиқот 68 расм ва 25 ҷадвал дорад.

МУҲТАВОИ ТАҲҚИҚОТ

Мавод ва усулҳои таҳқиқот. Таҳқиқоти диссертатсия дар кафедраи оториноларингологияи ба номи узви вобастаи АИТР Исҳоқӣ Ю.Б. МДТ “Донишгоҳи давлатии тиббии Тоҷикистон ба номи Абуалӣ ибни Сино”, дар пойгоҳи Маркази миллии тиббии «Шифобахш» гузаронида шудааст. Дар таҳқиқоти мазкур 280 бемори гирифтори деформатсияҳои бинии берунӣ ҳамроҳ бо бемориҳои гуногуни сохторҳои дохили бинӣ ва ЧНБ дохил карда шудаанд. Аз онҳо мардҳо – 185 (66,1%), занҳо – 95 (33,9%) буданд. Синну соли беморон аз 15 то 58 сол буд.

Беморон ба статсионар барои табobati нақшавии чарроҳӣ аз хусуси деформатсияи бинӣ ва миёнадевораи бинӣ аз минтақаҳои гунгуни ҷумҳурӣ мурочиат кардаанд. Гурӯҳи асосии беморон аз ш. Душанбе -33,2%, ноҳияҳои тобеи ҷумҳурӣ - 30,0% ва аз вилояти Хатлон -24,3% буданд. Аз сабаби хеле дур будани роҳ аз вилояти Суғд - 8,2% ва аз Вилояти мухтори кӯҳистони бадахшон 4,3% мурочиат намудаанд.

Дар ҳамаи беморон таҳқиқоти умумиклиникӣ гузаронида шуд, ки таҳлили клиникӣ ва биохимиявии хуну, пешоб, таҳлили хун барои гепатити В,С, гурӯҳи хун ва резус мансубият, электрокардиография, флюорографияи узвҳои қафаси сина, ТК-и ЧНБ, тадқиқӣ функционалии бинӣ, тадқиқӣ микрофлора ва морфологияи ковокии биниро дар бар мегирифт.

Мувофиқи вазифаҳои дар пеш гузошташудаи таҳқиқот беморон ба 3 гурӯҳ ҷудо карда шуданд. Ба гурӯҳи якум 135 (48,2 %) бемори гирифтори деформатсияи бинии берунӣ ва миёнадевораи бинӣ, ҳамроҳ бо бемориҳои садафҳои бинӣ ва ба гурӯҳи дуюм – 92(32,8%) нафар гирифтори деформатсияи бинӣ ва миёнадевораи бинӣ, ҳамроҳ бо бемориҳои сохторҳои дохили бинӣ ва ЧНБ дохил карда шуда буданд. Гурӯҳи сеюм аз 53 (19,0 %) бемори гирифтори деформатсияи бинӣ бо бемориҳои гуногуни ковокии бинӣ ва ЧНБ иборат буд, ки дар собикаи беморияшон амалиётҳои чарроҳӣ бо усулҳои анъанавӣ иҷро карда шуда буд.

Дар шароити статсионар шикоятҳо ва маълумотҳои анамнези беморон ба таври муфассал омӯхта шуд, муоинаи узвҳои ЛОР сурат гирифта, таҳқиқоти эндоскопӣ ва функционалии бинӣ гузаронида шуд. Муоинаи узвҳои ЛОР риноскопияи пешу ақиб, эндоскопияи ковокии бинӣ ва бинибальум, фарингоскопия, ларингоскопияи ғайримустақим ва отоскопияро дар бар гирифт. Ҳангоми риноскопия ба ҳолати пардаи луобии ковокии бинӣ ва садафҳои бинӣ диққати махсус дода шуд, дар ин маврид намуд ва дараҷаи деформатсияи девораи бинӣ, хусусиятҳо ва ҷойгиршавии ифрозот ба қайд гирифта шуд. Баъдан бинибальум, бальум ва ҳанчарабальум муоина карда шуд.

Эндоскопияи ковокии бинӣ бо ёрии эндоскопҳои дурушти ширкати "Штортс" бо оптикаи 0°, 30°, 70° ва эндоскопи мавзуни ширкати «Olimpus» гузаронида шуд. Ҳангоми гузаронидани таҳқиқоти эндоскопӣ ба ҳолати пардаи луобии ковокии бинӣ, девораи бинӣ, садафҳои поёни ва миёнаи бинӣ ва комплекси остеомеаталӣ диққат дода шуд.

Таҳқиқоти рентгенологияи бинӣ ва ЧНБ дар ҳучраи рентгении ММТ ҚТ гузаронида шуд. Рентгенографияи ЧНБ дар проексияҳои биниву занаҳ ва биниву пешонӣ дар 124 (44,3%) бемор дар даврае гузаронида шуд, ки томографияи компютерӣ дастраси аксари бештари беморони мо набуд. Томографияи компютерӣ (ТК) бинӣ ва ЧНБ дар маркази таҳқиқотҳои компютерӣ ММТ ҚТ дар дастгоҳи «ASTION» ширкати TOSHIBA ва дар ТК дастгоҳи «Somatom -16» ширкати Siemens

дар маркази ташхисии «Нурафзо» ба 156 (55,7%) бемор дар проексияҳои аксиалӣ ва коронарӣ гузаронида шуд. Қадами томограф 4 мм, ғафсии қабати ифрозот - 4мм буд, дар мавриди зарурӣ қадами томография ва ғафсии бурриш то 2 мм кам шудааст.

Усулҳои функционалии таҳқиқоти бинӣ (ринопневмометрия, ольфактометрия, муайян намудани суръати ҳаракати мукоцилиарӣ (МЦТ) ва Рн луоби ковокии бинӣ ҳангоми ба статсионар дохил шудани беморон ва муҳлатҳои гуногуни давраи пас аз ҷарроҳӣ гузаронида шуд.

Таҳқиқоти микрофлораи ковокии бинӣ то ва дар давраи пас аз ҷарроҳӣ бо мақсади муайян намудани таъсири бактеритсидӣ ва бактериостатикӣ мармараки доругӣ таҳқиқ карда шуд. Тампонҳоро ва маводро ба пробиркаи дорои муҳити ангиштии нақлиётӣ ширкати «Сорап», (Италия) гузошта, ба лабораторияи бактериологияи ММТ ҶТ «Шифобахш» фиристода шуд, ки дар ин ҷо кишт ба муҳити ғизоӣ, баъдан идентификатсияи бактерияҳо гузаронида шуд.

Ба сифати макропрепарат барои таҳқиқоти морфологӣ сегменти пардаи луобии қисми пеши садафи поёнии гипертрофии бинӣ, бофтаи полипозӣ аз ҷавфҳои этмоидалӣ, порчаҳои киста аз ҷавфи ҷоғи болоӣ ҳангоми амалиёти ҷарроҳӣ гирифта шуданд. Дар таҳқиқоти гистологӣ ҳолати эпителии бисёрқабатаи цилиндрии миҷгонакӣ, вучуд доштани метаплазии эпителий, гиперплазияи ғадудҳои худӣ, қабати зерлуобӣ, мавзъҳои фиброз ва серхунии рағҳо дар қабати зерлуобии эпителий баҳогузорӣ карда шуданд.

Коркарди омории маълумотҳои рақамии таҳқиқоти диссертасия мазкур бо истифода аз бастаи барномаи «Statistica-10» ширкати StatSoft (ИМА) анҷом дода шуданд. Муътадил будани тақсимои намунаҳоро бо ёрии меъёри Шапиро-Уилк ва Колмогоров-Смирнов муайян карданд. Ифодаҳои миқдорӣ дар шакли $M \pm m$ нишон дода шудаанд, ки дар ин ҷо M – ифодаи миёна ва m – ғалати стандартӣ буданд, нишондиҳандаҳои сифатӣ дар шакли нишондиҳандаҳои мутлақ бо ҳисоб кардани фоизҳо тасвир шудаанд.

Муқоисаҳои ҷуфт байни гурӯҳҳо мувофиқи аломатҳои миқдорӣ бо ёрии меъёрҳои Манн-Уитни ва Вилкоксон, аз рӯи аломатҳои сифатӣ – бо меъёри χ^2 ва меъёри дақиқи Фишер, вобаста – бо меъёри МакНемар анҷом дода шуданд. Фарқияти нишондиҳандаҳо ҳангоми $p < 0,05$ будан аз ҷиҳати омории муҳим ҳисобида шуданд.

Натиҷаҳои таҳқиқоти ретроспективӣ

Дар марҳалаи аввали таҳқиқот мо таҳлили ретроспективии таърихи бемории 90 бемори синну солшон аз 17-то 52-соларо, ки деформатсияи бинӣ, қачшавии девораи бинӣ, ринити музмини гипертрофикӣ ва риносинуситҳои полипозӣ доштанд ва дар давраи солҳои 2000 - 2006 ба шӯъбаи оториноларингологияи Маркази миллии тиббии Ҷумҳурии Тоҷикистон «Шифобахш» барои муолиҷаи ҷарроҳӣ дохил шуда буданд, гузаронидем.

Маълумотҳои анамнези беморон нишон доданд, ки новобаста аз рӯзи муроҷиати аввалин ба оториноларинголог, беморон дар муҳлатҳои гуногуни баъди саршавии беморӣ ба ЛОР статсионар барои муолиҷаи ҷарроҳӣ фиристода шудаанд. Масалан 35,5%-и беморон аз хусуси деформатсияи девораи бинӣ ба ЛОР-табиб ханӯз дар даврони кӯдакӣ муроҷиат карданд, аммо ба онҳо муолиҷаи ҷарроҳӣ баъди ба сини 16-18-солагӣ расидан тавсия карда шудааст, ки аз нуқтаи назари донишҳои муосир дар бораи муҳлатҳои инкишофи девораи бинӣ ғалат ҳисобида мешавад.

Таҳлили сабабҳои беморӣ нишон дод, ки дар беморони гирифтори деформатсияи бинӣ ва девораи бинӣ сабаби зиёд дучоршаванда садамаҳои маишӣ дар синни кӯдакӣ ва наврасӣ (59,1%) ва садамаҳои варзишӣ (25,2%) буданд. Дар 10,5 %-и ҳолатҳо сабаби беморӣ рахити дар синни кӯдакӣ аз сар гузаронидашуда буд. Беморони мубтало ба ринити музмини гипертрофикӣ ва риносинусити полипозӣ дар 87,8%-и ҳолатҳо сабаби беморӣ зуд-зуд гирифтор шудан ба бемориҳои шамолхӯрӣ, ринити шадид ва синуситҳои шадидро номбар карданд. Шароити номусоиди моддиву маишӣ ва омилҳои иқлимӣ дар 12,2%-и таҳқиқшудагон сабаби бемории чавфи бинӣ ва ЧНБ шудаанд.

Таҳлили рентгенографии ЧНБ дар беморони гирифтори деформатсияи бинӣ ва миёндевораи бинӣ бо гипертрофияи садафҳои бинӣ муайян кард, ки дар 18,9% ҳолат, далели мавҷуд будани тағйироти ЧНБ -ро ҷарроҳ пеш аз иҷро кардани амалиёти риноҷарроҳӣ ба ҳисоб нагирифтааст.

Дар мавриди табобати ҷарроҳии беморони гирифтори деформатсияи бинӣ ва девораи бинӣ бо ринити гипертрофӣ ва риносинусити полипозӣ асосан амалиётҳои ҷарроҳии анъанавӣ, ба монанди резексияи зерлуобии девораи бинӣ бо усули Киллиан, галванокаустика ва криотаъсиррасонии садафҳои бинӣ ва полипотомияи бинӣ иҷро карда шуд. Дар 23,3 % -и ҳолатҳо ҳангоми вучуд доштани деформатсияи миёндевори бинӣ ва гипертрофияи садафҳои бинӣ амали ҷарроҳӣ фақат бо гузаронидани септум-ҷарроҳӣ бидуни амалиёт дап садафҳои бинӣ маҳдуд шуд.

Дар 26,6% -и ҳолатҳо, ҳангоми якҷоя шудани гипертрофияи садафҳои бинӣ бо риносинусити полипозӣ, ҷарроҳӣ бо нест кардани полипҳо аз чавфи бинӣ бидуни тоза кардани ҳучайраҳои чавфи (синуси) галбершакл ва бидуни даҳолат кардан ба садафҳои бинӣ маҳдуд шуд. Аз ин метавон чунин хулоса баровард, ки ду ё зиёда ҷарроҳии якҷаҳзаина хеле кам иҷро карда шудааст.

Ҳамин тавр, таҳлили ретроспективи таърихи бемории беморони гирифтори деформатсияи бинӣ ва миёндевораи бинӣ, ринити музмини гипертрофӣ ва риносинусити полипозӣ зарурати муносибатҳои нав дар таҳқиқ, омӯзиши зухуроти клиникӣ, ҳолати функционалии бинӣ ва коркарди усулҳои муосири амалиёти ҷарроҳӣ бо оптимизатсияи мушоҳидаҳои пасазҷарроҳиро талаб мекунад.

Хусусиятҳои умумии беморон

Дар шароити шӯъбаи оториноларингологияи ММТ мо таҳқиқ ва табобати ҷарроҳии 250 бемори дорои деформатсияи бинӣ, девораи бинӣ, ҳамроҳ бо бемориҳои ковокии бинӣ ва ЧНБ -ро гузаронидем. Дар натиҷаи таҳқиқот мо муқаррар кардем, ки миқдори бештари бемороне, ки гирифтори деформатсияи биниберунӣ ва миёндевораи бинӣ ба синну соли 15 то 36 солагӣ рост меояд, ки 79%-и миқдори умумии беморони таҳқиқшударо ташкил медиҳад.

Ин, ба андешаи мо, ба тарзи ҳаёти нисбатан ғаёли ҷавонон вобаста аст, ки онҳо зиёдтар ба садамаҳои гуногуни варзиши ва маиши, ҳамчунин дорои талаботи бештар ба зоҳири худ ҳастанд.

Таҳлили шикоятҳои беморони дорои бемориҳои омехтаи бинӣ ва ЧНБ сершуморӣ ва гуногунии онҳоро нишон дод, дар муқоиса аз беморони гирифтори як бемории ринологӣ. Дар ин маврид шикоятҳои асосӣ дар беморони таҳқиқшуда тағйири шакли бинӣ, душвории нафаскаши бо бинӣ, ҳалалдор шудани шомма,

ифрочот аз бинӣ. Аз миқдори умумии бемороне, ки нафаскашиашон бо бинӣ душвор буд, дар 121 (43,2 %) яктарафа, 155 (59,4%)- дутарафаи душвории нафаскаши бо бинӣ дида шуд ва 4 (1,4%) аз набудани нафаскаши бо бинӣ шикоят доштанд. Вайрон шудани шоммаи 245 (87,5%) беморон, ки 8 (2,9%)-и онҳо аз набудани он шикоят доштанд. Аз хусуси ифрочоти бинӣ 267(95,4%)-и беморон шикоят доштанд.

Мо муқаррар намудем, ки ғайр аз шикоятҳои асоси, зуд монда шудан ҳангоми сарбории ҷисмонӣ дар 198(70,7%) ба мушоҳида расид, хуроккашии шабона ва ихтилоли хоб дар 227(81,1%) бемори таҳқиқшуда ба назар расид. Шикоят аз дарди сар дар 197(70,4%) бемор дар назар расид. Вобаста будан аз истифодаи доимии катраҳои рагтанкунанда ба бинӣ дар 259(92,5%) бемор дида шуд. Қисми бештари беморон аз хоболудагӣ дар вақти рӯзона суст шудани хотира ва қобилияти корӣ, маҳкамшудани гӯш ва таҳрирот шикоят доштанд. Дар ниҳояти қор, шикоятҳои беморон аз деформатсияи бинӣ, якҷоя бо бемориҳои ковокии бинӣ, гуногуни ва сершумор буданд, ки ба сифати ҳаёти онҳо хеле саҳт таъсир расонид.

Натиҷаҳои таҳқиқот. Маълумотҳои риноскопия нишон доданд, ки вайрон шудани шакли бинӣ дар намуди риносколиоз 118 (42,1%) бемор дар байни беморони гурӯҳҳои якум ва дуҷум бартарӣ дорад. Ринолордоз дар 66 (23,6%), ринокифоз - дар 39(14,0%) ва деформатсияи бинӣ дар 35 (12,5%) бемор ба мушоҳида расид. Якҷоя шудани қачшавии девораи бинӣ бо сколиоз дар 45,0% ҳолат, бо ринолордоз дар 23,6% ҳолат ва бо ринокифоз дар 18,9% ҳолат ба қайд гирифта шуд. Якҷоя шудани қачшавии девораи бинӣ бо деформатсияи омехтаи бинии берунӣ дар 12,5% бемор ба қайд гирифта шуд.

Ҳангоми ринофиброскопия вариантҳои гуногуни деформатсияи девораи бинӣ ба қайд гирифта шуд, бартарии деформатсияи С-шакли, қачшавии девораи бинӣ дар намуди теғайи устухонӣ-тағоякӣ ва ҳамчунин гечиш ва бечошавии тағояки чоркунҷаи девораи бинӣ дида шуд. Дар аксари зиёди беморон (95,7%) гипертрофияи садафҳои бинӣ ба қайд гирифта шуд. Дар ин маврид, гипертрофияи садафҳои поёнии бинӣ дар 187 (66,8%), гипертрофияи садафҳои миёнаи бинӣ дар 81 (28,9%) бемор ба назар расид. Ҳамин тавр, гипертрофияи садафҳои поёнии бинӣ бештар дар тарафи муқобили қачшавии девораи бинӣ ба мушоҳида расид. Муҳтавои патологияи луобӣ ва луобиву серозии ковокии бинӣ дар 276 (98,6%) бемор дида шуд. Салилаҳои бинӣ ва полипҳои этмоидалӣ дар 32 (11,4%) бемор муайян карда шуд.

Дар рентгенография ва ТК-и бинӣ ва ЧНБ деформатсияҳои қисмҳои гуногуни бинии берунӣ ва девораи бинӣ бо муайян намудани ҷойгиршавии дақиқи онҳо дида шуд. Патологияи ЧНБ дар 166 (59,3%) бемор мавҷуд буд. Дар ин ҳолат, патологияи чавфи чоғи боло дар 89 (31,8%), чавфи ғалбершакл дар 36 (12,9%), чавфи пешонӣ дар 28(10,0%) ва бемории омехтаи ЧНБ – дар 13 (4,6%) бемор ба қайд гирифта шуд. Ғайр аз ин, дар 22 (7,8%) бемор риносинусити полипозӣ, дар 10 (3,6%) – кистаи чавфҳои Ҳайморӣ дида шуд. Тағйиротҳои патологӣ дар намуди ғафсшавӣ ва илтиҳоби экссудативӣ-катаралии пардаи луобӣ асосан дар чавфҳои наздидеворагӣ, Ҳайморӣ ва чавфи ғалбершакл дида шуд.

Натиҷаҳои таҳқиқоти ҳолати функционалии бинӣ дар ҳама гурӯҳҳо вайрон шудани функсияҳои нафаскашӣ, муҳофизатӣ, нақлиётӣ дида шуд, ки дар гурӯҳи дуҷуми клиникаи беморон нисбатан возеҳтар буд (ҷадвали 1).

Ҷадвали 1. – Нишондиҳандаҳои ҳолати функционалии бинии беморон то табобат (мутлақ %).

Усулҳои функционалии таҳқиқоти бинӣ	Натиҷаҳои таҳқиқот		
	n= 135	n= 92	n= 53
	Гурӯҳи 1	Гурӯҳи 2	Гурӯҳи 3
Ринопневмометрия (меъёр – 8-10 мм. сут. обӣ)	-	-	-
Дараҷаи I (11-30 мм. сут. обӣ)	45 (33,3%)	13 (14,1%)	27 (50,9%)
Дараҷаи II (31-60 мм. сут. обӣ)	67 (49,6%)	31 (33,7%)	15(28,3%)
Дараҷаи III (61-90 мм. сут. обӣ)	23 (17,1%)	48 (52,2%)	11(20,8%)
Олфактометрия (меъёр – ҳамаи бӯйҳо)	-	-	-
Гипосмияи дар. I –бӯйи суст.	65 (48,1%)	13 (6,5%)	26 (49,1%)
Гипосмияи дар. II –бӯйи миёна	53 (39,3%)	31(38,1%)	18 (34,0%)
Гипосмияи дар. III –бӯйи сахт	17 (12,6%)	48(55,4%)	9 (16,9%)
Нақлиёти мукосилиарӣ (НМС) (меъёр –14,2+3,5 дақ.)	-	-	-
НМС дар. I - 20-30 дақ.	43 (31,9%)	38(41,3%)	28(52,8%)
НМС дар. II. 31-60 дақ.	56 (41,5%)	35(38,0%)	19(35,9%)
НМС дар. III - 60 дақ. бештар	36 (26,6%)	19(20,7%)	6 (11,3%)

Эзоҳ: * $p < 0,05$; ** $p < 0,01$; *** $p < 0,001$ – аҳамияти омори фарқиятҳои ҳамаин гуна нишондиҳандаҳо дар байни байни гурӯҳҳо (мувофиқи меъёри χ^2); # $p < 0,05$, ## $p < 0,01$, ### $p < 0,001$ – дар муқоисаи то ва пас аз табобат дар ҳар як гурӯҳ (мувофиқи критерияи Мак Немар).

Ҳамин тавр, ихтилоли гузаронандагии дараҷаҳои II-III сӯроҳҳои бинӣ дар 90 (66,7%) бемори гурӯҳи якум, дар 79(85,9%) – гурӯҳи дуюм ва 26 (49,1%) гурӯҳи сеюм ба мушоҳида расид. Натиҷаҳои таҳқиқоти суръати клиренси мукотселиарӣ ихтилоли возеҳи функсияи нақлиётии эпителии мижгонакиро дар ҳама гурӯҳҳои беморон нишон дод, аммо он дар беморони гирифтори деформатсияи бинӣ, яққоя бо бемориҳои ковокии бинӣ ва ҷавфҳои наздибинигӣ возеҳтар буд. Дар ин маврид нишондиҳандаҳои миёнаи НМС дар гурӯҳи якум аз 24,3 то 45,5 дақ., дар гурӯҳи дуюм – аз 32,5 то 75,2 дақ., дар гурӯҳи сеюм – аз 30,5 то 58,2 дақ., буда, дар меъёр 15-25 дақ. аст. Ихтилоли шомма дараҷаҳои II-III мутаносибан 70(51,8%), 57(61,9%) ва дар 27 (50,9%) беморони гурӯҳи 1, 2 ва 3 ба назар расид.

Таҳқиқотҳои бактериологии пардаи луобии ҷавфи бинӣ мавҷуд будани микрофлораҳои шартан патогенӣ ва патогениро дар пардаи луобии ҷавфи бинӣ ҳамаи гурӯҳҳо муайян кард. Барои намуна. *Staphylococcus epidermidis* дар 23 (25,6%), *Staphylococcus aureus* – дар 10 (11,1%), *Streptococcus haemolyticus* – дар 15 (16,7%), *Staphylococcus pyogenes* – дар 9 (10,0%) ва *Candidia* – дар 6 (6,6%)и беморон. *Staphylococcus saprophyticus* дар 27 (30,0 %) ҳолат ба ҷашм расид.

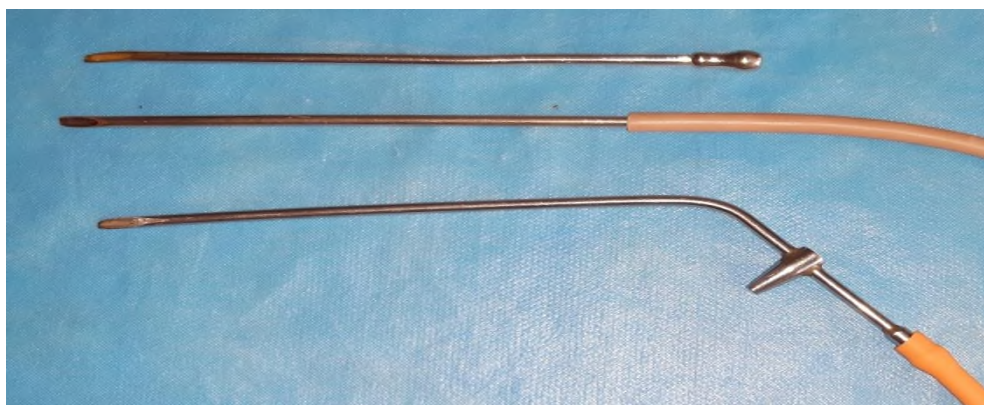
Табобати ҷарроҳии беморон. Нишондод барои ислоҳи яқлаҳзаинаи ҷарроҳии бинии берунӣ, сохторҳои дохили бинӣ ва ЧНБ ихтилолҳои возеҳи ҳолати функционалӣ ва эстетикӣ бинӣ буданд. Барои беморони гурӯҳи сеюм нишондод ҷиҳати гузаронидани ҷарроҳии такрорӣ дарёфтҳои муайянкардашудаи патологӣ

аз бинӣ, ковокии бинӣ ва ЧНБ, ҳамчунин шаклҳои ғайри қаноатбахши ҳолати бинӣ, душвории нафас кашидан бо бинӣ ва ихтилоли шомма буданд.

Зиддинишондод барои амалиёти ҷарроҳии яклаҳзаинаи сохторҳои бинии берунӣ, ковокии бинӣ ва ЧНБ бемориҳои фасодӣ-илтиҳобӣ, бронхити музмини обструктивӣ ва астмаи бронхиалӣ дар намуди шиддатгирӣ мебошанд. Таъмини анестезиологии ҷарроҳии омехта ба таври инфиродӣ вобаста аз намуд ва мураккабии деформатсияи бинии берунӣ ва миёндевораи бинӣ, бо назардошти хоҳиши бемор ҳаллу фасл карда шуд. Дар баробари бедардкунии умумӣ, бо мақсади ба ҳадди минимум расонидани талафшавии хун ва сабук шудани ҷудокунии мукоперихондрия ва мукопериост хангоми ҷарроҳӣ, иловатан анестезияи мавзееи инфилтратсионии пардаи луобии девораи бинӣ бо маҳлули 1%-и новокаин истифода карда шуд.

Ислоҳи яклаҳзаинаи ҷарроҳии бинӣ ва сохторҳои дохили бинӣ таҳти бедардкунии омехтаи мавзей дар 102 (36,4%) бемор ва таҳти наркози эндотрахеалӣ дар якҷоягӣ бо анестезияи инфилтратсионӣ дар 178 (63,6%) бемор сурат гирифт.

Пайдарпайии амалиёти ҷарроҳӣ дар ҳамаи гурӯҳҳо аз ҷарроҳии девораи бинӣ бо истифода аз вариантҳои гуногуни бурриши эҳтиёткоронаи девораи бинӣ ва баъдан бартараф намудани бемориҳои ковокии бинӣ ва ЧНБ сар карда мешавад. Марҳалаи ниҳии ҷарроҳӣ вариантҳои гуногуни ринопластика буд. Дар равиши кор мо распатор-отсоси такмилёфттаро сохтем, ки дарозӣ ва қутри найчаи металлиаш мутаносибан 15 - 16 см ва 3-5мм буда, нӯги кориаш қач ва тез аст (**Патент №ТJ 1024**). Истифодаи ин дастгоҳ дар 250 бемори дорои бемориҳои омехтаи бинӣ дар муқоиса аз распатор-отсоси анъанавӣ, ки дарозияш 8-10 см ва қутри он 2мм буд, бартарӣ ва қулай будани онро нишон дод, зеро ин дастгоҳ хангоми иҷрои ҷарроҳӣ зуд-зуд бо лахтаҳои хун маҳкам мешуд (расми 1).



Расми 1.- Варианти муаллифии распатор барои ҷарроҳии бинӣ.

Распатор – отсоси такмилдодаи мо бо васеъгии кофии қутри найчааш, хангоми ҷарроҳӣ тақрибан бо лахтаҳои хун маҳкам намешавад, дарозӣ ва вазни найча бошад, имконият медиҳад, ки бе мушкิลӣ устухонпарда аз қисмҳои амиқи девораи бинӣ таҳти назорати ҷашм ҷудо карда шавад, чунки хун аз ҷавфи ҷароҳат дар равиши ҷудо кардани бофтаҳои девораи бинӣ зуд ҷаббида мешавад, ин ҷараёни амалиёти ҷарроҳиро метезонад ва талафи хун ба ҳадди минималӣ расонида мешавад.

Дар мавриди такмил додани техникаи хондротомия хангоми септуп- ҷарроҳӣ, мо микрокордхоро аз дастаи асбобҳо барои микроҷарроҳии гӯшро бомуваффақият истифода намудем (пеешниҳоди ратсионализатории №3154/P-456). Мушоҳидаҳои

клиникӣ нишон доданд, ки барои бурида чудо кардани тағояк аз пластикаи перпендикулярӣ устухони ғарбелшакл корд барои китф қулайтар аст, барои чудо кардани тағояки чоркунҷа аз асоси устухони бинӣ ва гузаронидани бурришҳои горизонталӣ ва гирд – микрокорди мустақим ва найзашакл беҳтар аст (расми 2).



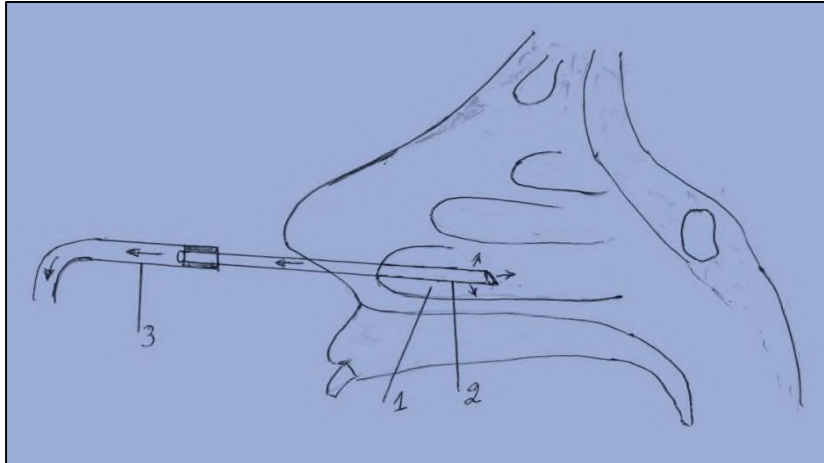
Расми 2. – Микрокорд барои хондротомия ҳангоми септопластика

Таҷрибаи истифодаи микрокорд барои септопластика ва беҳтарияти он ҳангоми кор дар майдони танги амалиётӣ, беҳатари ва хубнатиҷагии бофтаҳои тағоякӣ бо микрокордҳо, ки дар охир қори риночаррохро осон мегардонад ва вақти гузаронидани чарроҳиро кам менамояд, нишон медиҳад.

Дар амалияи клиникӣ таҷрибаи мо ҷиҳати истифодабарии вазотомияи зерилуобӣ баъзе норасогҳои муҳими усули мазкурро ошкор намуд. Хусусан, баъди гузаронидани бӯрриши қисми пеши суфраҳои бинӣ хунравии бисёр мушоҳида мегардад ва дар бештари ҳолатҳо гузаронидани фатилазании қидомии ковокии бинӣ зарур мешавад. Канорҳои чарроҳат дар натиҷаи фатилазании ковокии бинӣ бештар ба кандашавӣ ва осебпазирӣ дучор гардад, ки ин дар навбати худ сиҳатшавии баъдичарроҳии захмро дар садафаи бинӣ дарозмуддат месозад.

Барои бартаррафсозии норасогҳои дар боло зикргардида мо гузаронидани вазотомияи зерилуобии садафаҳои поёнии биниро бе бурриши қаблии луобпарда бо распатори эндоназалӣ, ки ба электроотсос пайваст карда шудааст, пешниҳод менамоем (пешниҳоди ратсионализаторӣ №3260/ Р-475). Ҳангоми дастамал, распатор, ки ба электроотсос пайваст карда шудааст, бе бурриши пешакии луобпарда ба қисмати пеши садафаи бинӣ ворид карда шуда, ҷудокунии бофтаҳо, инчунин вайронсозии бофти шараёну варидаи ва қисмҳои гипертрофияшудаи суфраҳои бинӣ гузаронида мешавад (расми 3).

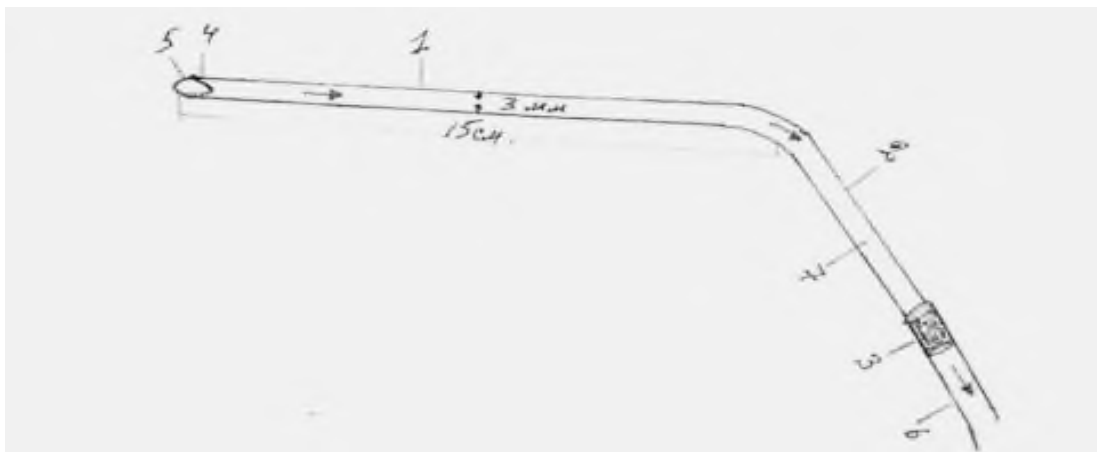
Қайд кардан ба маврид аст, ки усули модификатсионии вазотомияи зерилуобии садафаҳои бинӣ нисбат ба усулҳои анъанавӣ бартарӣ дорад, зеро ҳангоми истифода намудани ин усул дар 71 бемор, ягон ҳолати хунравии возеҳ аз чароҳати чарроҳишударо мо мушоҳида накардем, шояд ин аз андозаи хурди чароҳати чарроҳӣ ва муносибати эҳтиёткорона нисбат ба бофтаҳои садафаҳои бинӣ вобаста бошад.



Расми 3. – Схемаи гузаронидани вазотомияи зерлуобии садафҳои поёнии бинӣ бо распатори эндоназалӣ.

1. Садафи поёнии бинӣ. 2. Распатор -отсос. 3. Найчаи электроотсос.

Аз лиҳози такмили техникии дастгоҳ барои вазотомияи зерлуобии садафҳои бинӣ мо низ аз распатори модификацияшудаи худро таҳти кунҷи 90°, бо нӯги кориаш тез истифода кардем (патент №ТJ 1024 от 22.07.2019). Распатор аз найчаи оҳанини кутраш 3—5 миллиметр ва дарозияш 15 сантиметр сохта шуда буд, ки нӯги он якбора тез карда шудааст. Распатор-отсос дар расми 4 нишон дода шудааст, ки аз рӯи он аломатҳои зерин пешниҳод шудааст: 1- найчаи оҳанини қисми қорӣи распатор-отсос, 2- дастак ва 3- гиреҳи конусшакли пайвандкунанда, 4- нӯги тамосии найчаи распатор-отсос, 5- нӯги поёнии найчаи распатор-отсос, 6-мачрои қорӣ, 7-найчаи силиконӣ (резинӣ) барои пайваستсозӣ бо электроотсос.

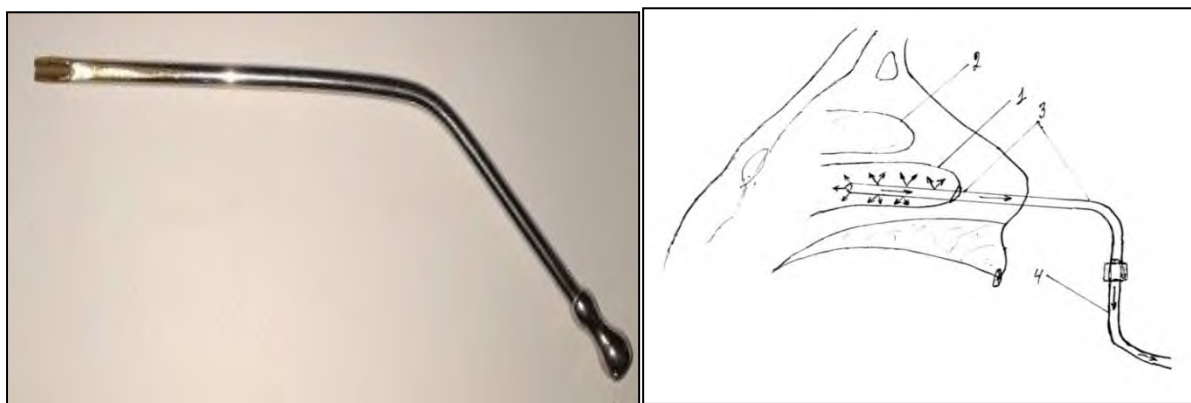


Расми 4. – Нақшаи сохтори отсос-распатор

1- қисми қорӣи найчаи оҳанини распатор-отсос; 2- дастак ва 3-гиреҳи конусшакли пайвандкунанда; 4-нӯги тамосии найчаи распатор-отсос; 5- сутуни поёнии найчаи распатор-отсос; 6-мачрои қорӣ; 7- найчаи силиконӣ (резинӣ) барои пайвасткунӣ бо отсоси электрикӣ.

Барои кулай шудани кор мо ду распатор – бо тарафҳои чап ва рости нӯги кориаш тез кардашуда ро истифода намудем. Дар ин маврид, барои деструксияи садафи чапи бинӣ распатор-отсоси найчаи тарафи чапаш тез кардашуда ва барои садафи рости бинӣ, распатор-отсоси найчаи тарафи росташ тез кардашударо ба кор бурдем (расми 5).

Санҷиши клиникӣ дар 76 бемор бартарӣ ва кулай будани усули пешниҳоднамудаи мо, яъне вазотомияи зерлуобии садафҳои бинӣ бо истифода аз распатори модификатсионӣшуда назар ба усулҳои анъанавиро нишон дод.



Расми 5.- Распатор – отсоси модификатсионӣ ва схемаи деструксияи субмукозии садафҳои бинӣ.

Қайд кардан ба маврид аст, ки масъалаҳои амалиёти ҷарроҳӣ дар беморони гирифтори деформатсияи бинӣ ва миёндевораи бинӣ, якҷоя бо беморҳои садафҳои бинӣ ва ҳамзамон протсессҳои ғайрифасодии музмину илтиҳобӣ дар ҷавфҳои параназалӣ таваҷҷуҳи махсусро меҷаҳад.

Дар беморони гирифтори деформатсияи бинӣ ва миёндевораи он, беморҳои садафҳои бинӣ ва этмоидитҳои полипозӣ ҷарроҳиро мувофиқи усули дар боло зикршуда аз ислоҳи миёндевораи бинӣ сар мекунанд, ки расидан ба ҳуҷайраҳои этмоидалиро аз тариқи сӯроҳи мобайнии бинӣ беҳтар месозад. Баъдан амалиёти ҷарроҳии садафи бинӣ иҷро карда шуд, то ин ки манзараи қисмҳои ақибу болоии ҷавфи бинӣ ва дастраскунии минтақаи ҷавфҳои этмоидалӣ беҳтар карда шавад. Баъди ин полипҳо аз сӯроҳҳои мобайнӣ ва умумии бинӣ нест карданд, пас аз ин ҳуҷайраҳои устухони ғарбелшаклро боз карданд, дар ин маврид аз оптикаи бузургкунанда истифода намуданд.

Таҷрибаи мо аз хусуси истифода намудани полипотомияи эндоскопӣ баъзе камбудҳои ба давомнокии ҷарроҳӣ алоқаманд (3-5 соат), хароҷоти зиёд барои воситаҳои наркотикӣ ва ҳангоми хунравӣ, дар сурати набудани асбобҳои махсуси коагулятсионӣ номумкин будани ҷарроҳиро нишон дод. Вобаста аз ин, мо усули якҷоя намудани полипотомияи анъанавии бинӣ бо полипо- этмоидотомияи эндоскопиро коркард намудем (пешниҳоди ратсионализатории №3687 /R378).

Моҳияти модификатсияи ҷарроҳӣ аз он иборат аст, ки дар оғози ҷарроҳӣ полипҳои хуб дидашаванда аз ҷавфи бинӣ ва аз ҳуҷайраҳои этмоидалии пешро бо усули анъанавӣ нест мекунем, полипҳои ҳуҷайраҳои этмоидалии мобайнӣ ва ақибро, ки бидуни системаи оптикӣ бузургкунанда диданашон душвор аст, таҳти назорати

эндоскоп бо ёрии қапақҳои махсус нест мекунем. Баҳодихии натиҷаҳои табобати чарроҳӣ дар 12 бемор бо усулҳои дар боло зикршуда мақсаднок ва самаранокии онҳоро нишон дод, зеро имконият фароҳам сохт, ки вақти гузаронидани чарроҳӣ ва хароҷоти доруҳо кам карда, дар баробари ин равиши чараёни амалиёти чарроҳӣ дар бинӣ ва минтақаи ҳучайраҳои этмоидалӣ тезонида шавад.

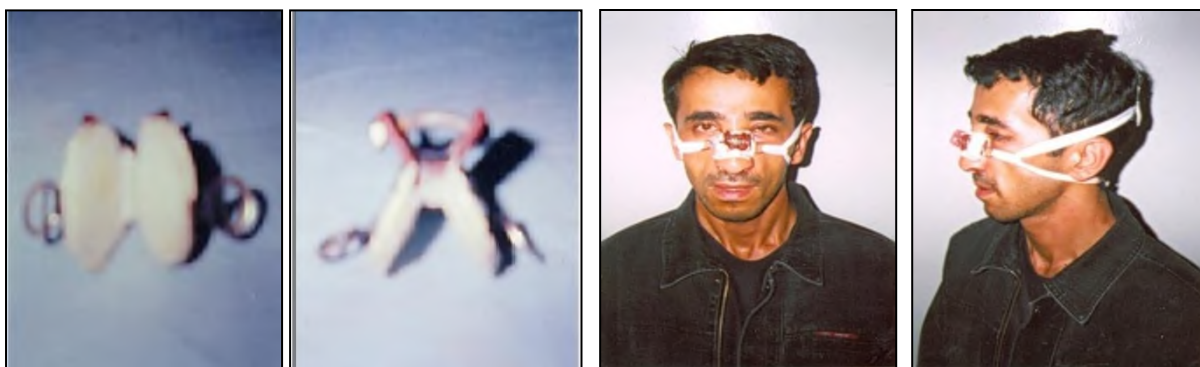
Таҷрибаи мо дар хусуси бартараф намудани кистаҳо аз ҷавфи ҷоғи болоии мавқеашон гуногун як қатор норасоихои гайморотомияи анъанавӣ бо усули Колдуэлл-Люкро нишон дод. Аз ҷумла сохтани сӯроҳӣ дар мавзеи ҳуфраи сағ (*fossa canina*) дар вақти ба таври поёни медиалӣ, латералӣ, поёнии латералӣ ё устухони рухсора ҷойгир шудани киста на ҳамеша мувофиқи мақсад мебошад, чунки ҷустуҷӯ ва пайдо намудани кистаи ҷавфи гайморӣ дар девораи пеши ҷавф сохтани сӯроҳии андозааш хеле калонро талаб мекунад, ки ин метавонад ба садамаи шоҳаи дуҷоми асаби сегона ва дар мавзеи сӯроҳии калон ба ретраксияи (кашидашавии) рухсора оварда расонад.

Вобаста аз ин, пешниҳод кардаанд, ки сӯроҳии трепанатсияро дар он мавзеи девораи пеши ҷавфи гайморӣ кардан лозим аст, ки дар он ҷо мувофиқи маълумоти ТК ҚНБ киста ҷойгир шуда бошад. Дар муқоиса аз усулҳои анъанавӣ, сӯроҳии на чандон калонро мумкин аст, ки дар ҳар қадом мавзеи пеши ҷавф вобаста аз ҷойгиршавии киста сохтан мумкин аст (пешниҳоди рационализатории №3635/R686).

Сӯроҳии на чандон калон, ки бо ёрии бор дар девораи пеши ҷавфи ҷоғи болоӣ бевосита дар болои киста ё дар наздикии киста иҷро карда шудааст, имконият медиҳад, ки ба таври визуалӣ дар қадом мавзеи ҷавф, ҳатто дар ҷавфи рухсора бошад, нест карда шавад. Травматизатсияи кам бофтаҳо ва талафи минималии хун хангоми чарроҳӣ имконият медиҳад, ки баъди тамои шудани чарроҳӣ дар ҷавфи гайморӣ фатилазанӣ (тампонада) гузошта нашавад.

Марҳалаи хотимаӣ иҷро кардани ринопластика аст. Аз хусуси риносколиоз дар ҳамаи гурӯҳҳо 118 (42,1%) чарроҳӣ гузаронида шуд. Дар пажӯҳиши худ, мо ба дастраскунии эндоаналӣ ба устухони аҳроми (пирамидаи) бинӣ афзалият додем, дар ин маврид аз бурришҳои байнитағоякӣ ва вестибулярӣ истифода намудем. Барои пурра ҷалб намудани пирамида остеотомияи медиалӣ, латералӣ ва кундалангро гузаронидем, ки техникаи иҷро кардани онро муаллифони зиёд тавсиф кардаанд.

Нисбат ба мустаҳкам намудани (фиксатсияи) боэътимоди устухонҳои бинӣ пас аз ҷалбкунии онҳо ва репозитсия дар давраи пас аз чарроҳӣ мо дастгоҳи сохташудаи ҳудамонро бомуваффақият аз санчиш гузаронидем (патент №ТҶ 71), ки аз ду пластинкаи чашмақдор ва системаи пружинӣ(расми б) иборат аст, имконият медиҳад, ки дараҷаи фишор ба девораи бинӣ ба қадри зарурӣ кам ё зиёд карда шавад.



Расми 6.- Дастгоҳ барои фиксатсияи бинӣ ва ҳолати кории вай.

Пас аз ба анҷом расидани остеотомия, мобилизатсия (чалб кардани) ва редрессатсияи устухонҳои бинӣ, дастгоҳро бо пластинкаҳои кушода ба бинии берунӣ мегузоранд ва бо ёрии 4 тасмачаи докагӣ дар гирди сар ва гардани бемор маҳкам мекунанд. Баъдан бо тоб додани винт дараҷаи оптималии фишор ба қисми устухонии бинӣ то ҳис кардани бемор интиҳоб карда мешавад. Бартарии ин дастгоҳ (шина) имконпазир будани аз тарафи худӣ бемор танзим кардани дараҷаи фишор ба скелети устухони бинӣ аст, шинаро ҳар рӯз гирифта ва баъди захмбандӣ ва санҷидани ҳолати бинии берунӣ, боз аз нав гузоштан мумкин аст. Дастгоҳҳои ба ин монандро мо дар адабиётҳои дастрас дучор нашудем.

Ринопластика ҳангоми бинии зиншакл дар 66 (23,6%) бемор иҷро карда шуд. Дар 23 (8,2%) бемори дорои ринолордоз, ки дар онҳо хамидагӣ дар қисми тағоякии пушти бинӣ қарор дошт, ба сифати трансплантат аз пластинкаи аутоағоякии девора ва дар 31(11,1%) ҳолат аз гомотағоякҳои дар рӯзи чарроҳӣ, аз девораи бинии беморони дигар нав гирифташуда, истифода карда шуд. Дар 12(4,3%) бемори дорои хамидагии бинӣ дар қисми тағоякӣ-устухонӣ аутобофтаи моделсозишудаи моро, ки аз устухон ва тағояки қисмҳои ақибиву поёнии девораи бинии бемор, ҳангоми септум-чарроҳӣ (пешниҳоди ратсионализатории № 3008/Н-223) гирифта шудаанд, пешниҳод ва бомуваффақият истифода намуданд. Дар ин ҳолат, бо мақсади пешгирӣ кардани бечошавии имплантат вайро бо ду кӯки ғафси абрешимии дохилипӯстӣ ба пушти бинӣ маҳкам карданд (расми 7).



Расми 7. - Фиксатсия имплантат бо дарзҳои дохилипӯстӣ.

Таҷрибаи мо дар соҳаи ринопластика нишон дод, ки барои бофтаҳои бинӣ бештар аутоағояк, аутоустухон ва баъдан гомотағояк, ки аз мавзъҳои гуногуни девораи бинӣ гирифта шудаанд, қобили қабул ва муносиб мебошанд. Аммо аутобофтаи девораи бинӣ ҳангоми зиншаклии амиқи бинӣ на ҳамеша барои пластика

кофӣ ҳаст, бофтаҳои аз дигар қисмҳои бадан, аз ҷумла аз қабурға, гирифташуда, барои риночарроҳ мушкилоти муайянро пеш меоранд, барои бемор ин ҷарроҳии иловагӣ мебошад, ки беморон бо дили ноҳолам розӣ мешаванд. Дар ин маврид, дар шароити мо истифодаи гомотағояк аз девораи бинӣ, дар сурати консерватсияи боэътимоди он ояндадор мебошад, ки ҳангоми дар ЛОР-клиника ҳамарӯза иҷро кардани 6-8 септум-ҷарроҳӣ дар сохтани захираи трансплантат пайдо намешавад.

Дар маҷмуъ, барои беморони ҳамаи гурӯҳҳо 816 амалиёти ҷарроҳии сохторҳои берунии бинӣ, ковокии бинӣ ва ЧНБ иҷро карда шудааст. Дар ин ҳолат дар беморони гурӯҳи 1-ум 468 ҷарроҳӣ, дар беморони гурӯҳи 2-юм - 348 ва гурӯҳи 3-юм - 104 амалиёти ҷарроҳии яклаҳзаина иҷро карда шудааст.

Муоинаҳои пасазҷарроҳӣ. Дар ҷараёни мувоқиқати барвақти пасазҷарроҳӣ аз миқдори умумии беморон дар 11(4,3%) бемор тамоюли ба мавқеи аввалааш рафтани тағояки чоркунча ва қисмҳои он, ки ислоҳ карда шуда буданд, дида шуда боиси танг шудани сӯроҳи умумии бинӣ дар тарафи бечошавии он ва душвор гаштани нафаскашӣ бо бинӣ гашт. Вобаста аз ин мо усули тампонади яктарафаи дарози биниро (пешниҳоди ратсионализатории № 3170 /P-472) пешниҳод ва бомуваффақият истифода кардем, ки моҳияти он аз он иборат буд, ки вобаста аз бечошавии девора ба тарафи чап ё рост, дар қисми дахлдори бинӣ дарҳол барои 3-4 рӯз тампонади докагии дар антибиотикҳо тар кардашуда гузошанд. Ин вақт барои тағояки чоркунча ва ё порчаҳои он имконият дод, ки ба бофтаҳои девораи бинии онро ихотакарда саҳт фиксатсия шаванд.

Дар ҷараёни кор мо дар 4 (1,6%) ҳолат дар девораи бинӣ дар давраи барвақти пас аз ҷарроҳӣ пайдо шудани хуномос (гематома)-ро мушоҳида намудем. Пайдо шудани хуномос мумкин аст, ки аз майл доштани бемор ба фишорбандии шарёнӣ ва хунравии фаровон ҳангоми амалиёти ҷарроҳӣ вобаста бошад. Хуномоси девораи биниро бо кушодани дарзҳо дар ҷойи бурриши пардаи луобӣ ва ворид кардани дренажи резинӣ, таъйин кардани сефазолин 1,0 x 2 маротиба дар як рӯз дар давоми 5 шабонарӯз аз байн мебаранд. Ҳолатҳои илтиҳоби тағояки девора ба қайд гирифта нашуд.

Дар давоми 2-3 ҳафтаи авали пас аз ҷарроҳӣ тақрибан дар ҳамаи беморон бинии берунӣ ҳисқунанда боқӣ монд, каме саҳт ва ҳангоми палмосидан каме варам буд. Қабудӣ дар атрофии бинӣ тақрибан дар давоми 2-3 ҳафта дида ва худ ба худ нест мешаванд. Зухуроти реактиви пардаи луобии ҷавфи бинӣ, девораи бинӣ ва садафи бинӣ дар муҳлатҳои гуногун - аз 1 то 2 ҳафта, вобаста аз хусусиятҳо ва ҳаҷми амалиёти ҷарроҳӣ нест шуданд.

Бо назардошти хусусиятҳои мусбати табобатии доруҳои рустанигӣ мо, мармараки доругиро ба сифати воситаи бактеритсидӣ ва зиддиилтиҳобӣ барои мунтанзам шӯстани ковокии бинӣ дар давраи пас аз ҷарроҳӣ истифода намудем.

Аз ҳар як гурӯҳ 15 нафарро (ҳамагӣ 45 нафар) интиҳоб кардем, ки пас аз биниашон гирифтани тампонҳо шӯстани биниро муддати 3-4 маротиба дар як шабонарӯз бо маҳлули мармараки доругӣ, фаъолон сар карданд. Шӯстан ва обёрӣ кардани ковокии бинӣ бо мармараки доругӣ бо ёрии канюлаи модификатсияшуда аз тарафи мо коркардшуда гузаронида шуд. Бо мақсади муқоиса кардани натиҷаҳои табобат бо мармараки доругӣ, ҳамон таври қаблӣ гурӯҳи назоратӣ аз 45 нафар интиҳоб карда шуд, ки дар онҳо обёрӣ кардани ҷавфи бинӣ бо маҳлули 0,9%-и хлориди натрий дар муддати 10 рӯз сурат гирифт.

Баҳодиҳӣ ба ҳолати функционалии бинӣ ва хусусиятҳои микрофлораи чавфи бинӣ дар заминаи табобат бо мармараки доругӣ ва маҳлули 0,9%-и хлориди натрий, дар рӯзи 15-ум ва охири моҳи якуми пас аз муоинаи ҷарроҳӣ гузаронида шуд.

Эндоскопияи бинӣ нишон дод, ки дар гурӯҳи бемороне, ки мармараки доругӣ қабул кардаанд, гиперемия, варами пардаи луобии бинӣ, экссудатсияи ифрозоти луобӣ-мухотӣ (серозӣ) аз бинӣ назар ба гурӯҳе, ки дар онҳо пардаи луобии чавфи бинӣ бо маҳлули 0,9%-и хлориди натрий обёрӣ гаштааст, хеле зуд кам шудааст.

Баъди як моҳи ҷарроҳӣ, натиҷаҳои таҳқиқоти гузаронандагии роҳҳои бинӣ нишон доданд, ки барқароршавии нафаскашӣ бо бинӣ дар 82,2%-и беморони гурӯҳи якум ва 68,9% -и беморони гурӯҳи назоратӣ бо фарқияти назарраси нишондиҳандаҳо 13,3% ба фоидаи мармараки доругӣ будааст.

Дар ин маврид, миқдори бемороне, ки дар онҳо шомма барқарор шудааст, дар гурӯҳи асосӣ 11,1% бештар назар ба беморони гурӯҳи назоратӣ буд. Дар ин давра дар 84,5%-и беморони гурӯҳи якум ва 73,3%-и беморони гурӯҳи назоратӣ барқароршавии фаъолнокии ҳаракати эпителии миҷгонакии пардаи луобии ковокии бинӣ бо фарқияти 11,3% дар байни гурӯҳҳо ба мушоҳида расид.

Баъди як моҳи табобат бо мармараки доругӣ, басомади дучоршавии микрофлораҳо дар ковокии бинӣ тақрибан ба минимум расонида шуд ва барои пайдо шудани зухуроти илтиҳобӣ дар дохили бинӣ ҳатронок набуд.

Барои мисол, стафилококкҳои то ҷарроҳӣ зиёд муайянкардашуда (тиллоранг, эпидермалӣ, пиогенӣ), баъди як курси шӯстани ковокии бинӣ бо маводи доругии зикршуда танҳо дар ҳолатҳои чудоғона паҳн шудаанд, ки ин хосиятҳои бактеритсидӣ ва зиддиилтиҳобии мармараки доругиро тасдиқ мекунад. Дар айни замон, дар гурӯҳи назоратии беморон, ки дар он ҷо ба сифати табобати пас аз ҷарроҳии чавфи бинӣ маҳлули 0,9%-и хлориди натрийро истифода намудаанд, як қисми микрофлора ҳанӯз боқӣ мондаанд.

Натиҷаҳои табобати ҷарроҳӣ. Ҳангоми таҳлили бевосита ва дури ҷарроҳии яклаҳзаина дар беморони дорои деформатсияи бинии берунӣ, яқоя бо бемориҳои сохторҳои дохили бинӣ ва чавфҳои наздибинигӣ, шикоятҳои беморон, ҳолати бинии берунӣ ва пардаи луобии ковокии бинӣ, маълумотҳои риноэндоскопия, ринопневмометрия, олфактометрия, НМС, рН луоби бинӣ, ҳамчунин ТК ЧНБ ба эътибор гирифта шуд. Натиҷаҳои хуб дар ҳолате шуморида мешаванд, ки агар шакли бинӣ ҳам бемор ва ҳам ҷарроҳро қаноатманд созад.

Таҳқиқоти аввалини пас аз ҷарроҳии ҳолати функционалии бинӣ пас аз 2 ҳафтаи ҷарроҳӣ гузаронида шуд. Барқарор шудани нафаскашӣ бо бинӣ дар 15(11,1%) бемори гурӯҳи 1, дар 9 (9,8 %) гурӯҳи 2 ва 11(20,8 %) беморони гурӯҳи 3 ба мушоҳида расид, шомма - дар 28(20,7%), дар 13(14,1%) ва дар 15(28,3%) и беморон мувофиқи гурӯҳҳо ба мушоҳида расид. Муътадил шудани фаъолнокии НМС дар 16(11,9%) –и беморони гурӯҳи якум, дар 15(16,3 %)–и гурӯҳи дуюм ва дар 18(34,0 %) гурӯҳи сеюм ба қайд гирифта шуд.

Аммо дар бештари беморон бехтаршавии назаррас ва ё барқароршавии функцияҳои нафаскашӣ, шомма, муҳофизатии бинӣ ҳанӯз ба мушоҳида нарасид, ки инро бо ақсуламали возеҳ ва тӯлонии пасазҷарроҳии бофтаҳои нарми бинӣ ва пардаи луобии чавфи бинӣ бар ҷарроҳҳои омехта вобаста доништан мумкин аст.

Марҳалаи дуҷуми таҳқиқоти ҳолати функционалии бинӣ, ки баъди як моҳи ҷарроҳӣ гузаронида шуда буд, хеле беҳтар шудани функсияҳои асосии биниро дар аксари мутлақи беморони ҳамаи гурӯҳҳо нишон дод (ҷадвали 2).

Барои мисол, функсияи нафаскашӣ дар 72,6% -и беморони гурӯҳи якум, дар 68,4% - гурӯҳи 2 ва дар 69,8%-и гурӯҳи 3 пурра барқарор шуд. Шомма дар мутаносибан 68,2%, ва 57,6% ва дар 66,1% -и беморони гурӯҳҳо мутаносибан ва нақлиёти мукотсилиарӣ дар 65,9% беморони гурӯҳи 1, дар 63,1% -и гурӯҳи 2 ва дар 71,7% -и гурӯҳи 3 дар ҳудуди меъёр қарор дошт.

Ихтилоли кушодагии маҷрои бинӣ дараҷаи II дар ҳамаи гурӯҳҳо, мутаносибан 8(6,0%), 11(12,0%) ва 5(9,4% хифз карда шуд. Ихтилоли шомма дар намуди гипосмияи дараҷаи III дар 13,3%-и гурӯҳи якум, дар 22,8% -и гурӯҳи дуҷум ва дар 9,4%-и беморони гурӯҳи сеҷум нигоҳ дошта шуд. Паст шудани суръати нақлиёти мукотсилиарӣ (НМС) дараҷаи II дар 11,1%-и беморони гурӯҳи 1, дар 20,8% -и гурӯҳи 2 ва дар 7,5%-и гурӯҳи сеҷуми таҳқиқшудагон дида шуд (ҷадвали 2).

Ҷадвали 2. – Нишондиҳандаҳои ҳолати функционалии бинии беморон пас аз як моҳи ҷарроҳӣ (мутлақ %).

Усулҳои функционалии таҳқиқот	Натиҷаҳои таҳқиқот		
	n= 135	n= 92	n= 53
	Гурӯҳи 1	Гурӯҳи 2	Гурӯҳи 3
Ринопневмометрия (меъёр – 8-10 мм.сут. обӣ)	98(72,6%)	63 (68,4 %)	37(69,8 %)
Дараҷаи I (11-30 мм. сут. обӣ)	29(21,4%)	18(19,6 %)	11(20,8 %)
Дараҷаи II (31-60 мм. сут. обӣ)	8 (6,0%)	11(12,0 %)	5 (9,4 %)
Олфактометрия (меъёр ҳамаи бўйҳо)	92(68,2%)	53(57,6 %)	35(66,1 %)
Гипосмияи др. I бўйи сушт	25(18,5%)	18(19,6 %)	13(24,5 %)
Гипосмия др. II бўйи миёна	18(13,3%)	21(22,8 %)	5 (9,4%)
(меъёр -14,2+3,5 дақ.)	89(65,9%)	58(63,1 %)	38(71,7 %)
НМС др. I - 20-30 дақ.	31(23,0%)	15(16,3 %)	11(20,8 %)
НМС др. II 31-60 дақ.	15(11,1%)	19(20,6 %)	4 (7,5%)

Эзоҳ: * $p < 0,05$; ** $p < 0,01$; *** $p < 0,001$ – аҳамияти омории фарқияти ҳамин гуна нишондиҳандаҳои байни гурӯҳи 1-ум (мувофиқи критерияи χ^2); # $p < 0,05$, ## $p < 0,01$, ### $p < 0,001$ – хангоми муқоиса кардан то ват пас аз табобат дар ҳар як гурӯҳ(мувофиқи критерияи Мак Немар).

Таҳқиқоти навбатии функсияҳои нафаскашӣ, шомма ва муҳофизатии бинӣ, ки пас аз се моҳи муоинаҳои пас аз ҷарроҳӣ гузаронида шуда буд, натиҷаҳои зеринро нишон дод, ки дар ҷадвали 3 оварда мешаванд.

Ҷадвали 3. – Нишондиҳандаҳои функционалии ҳолати бинӣ дар беморон пас аз 3 моҳичарроҳӣ (мутлақ %)

Усулҳои функционалии таҳқиқоти бинӣ	Натиҷаҳои таҳқиқот		
	n= 135	n= 92	n= 53
	Гурӯҳи 1	Гурӯҳи 2	Гурӯҳи 3
Ринопневмометрия (n – 8-10 мм. сут. обӣ)	126(93,3%)	83 (90,2 %)	49(92,4 %)
Дараҷаи I (11-30 мм. сут. обӣ)	9 (6,7%)	7 (7,6 %)	4 (7,6 %)
Дараҷаи II (31-60 мм. сут. обӣ)	-	2 (2,2 %)	-
Олфактометрия (n- ҳамаи бӯйҳо)	115(85,2%)	78(84,8 %)	45 (84,9 %)
Гипосмияи др. I бӯйи суст	16(11,9%)	9 (9,8 %)	8 (15,1 %)
Гипосмия др. II бӯйи миёна	4 (2,9%)	5 (5,4 %)	
НМС (n -14,2+3,5 дақ.)	112(83,0%)	75(81,5 %)	47(88,7 %)
НМС др. I - 20-30 дақ.	19(14,1%)	10(10,9 %)	6(11,3 %)
НМС др. II 31-60 дақ.	4 (2,9%)	7 (7,6 %)	
Ph луоби бинӣ	7,45	7,54	7,43

Эзоҳ: * $p < 0,05$; ** $p < 0,01$; *** $p < 0,001$ – аҳамияти омории фарқияти ҳамин гуна нишондиҳандаҳои байни гурӯҳи 1-ум (мувофиқи критерияи χ^2); # $p < 0,05$, ## $p < 0,01$, ### $p < 0,001$ – ҳангоми муқоиса кардан то ва пас аз табобат дар ҳар як гурӯҳ (мувофиқи критерияи Мак Немар).

Дар ниҳояти қор, баъди 3 моҳ, пас аз гузаронидани ҷарроҳии яклаҳзаина дар 93,3%-и бемори гурӯҳи 1-ум, дар 90,2% -и бемори гурӯҳи 2-юм ва дар 92,4%-и бемори гурӯҳи 3-юм нафаскашӣ бо бинӣ пурра барқарор шуд. Муътадил шудани функсияи шомма мутаносибан дар гурӯҳҳои 85,2%, 84,8% ва 84,9% барқарор гардид. Функсияи нақлиётии эпителии мижгонакӣ дар 83,0% -и бемори гурӯҳи 1-ум, дар 81,5% -и бемори гурӯҳи 2-юм ва дар 88,7% и бемори гурӯҳи 3-юм ба меъёр наздик шуд.

Баъди 6 моҳи гузаронидани амалиёти ҷарроҳии яклаҳзаина аз хусуси деформатсияи девораи бинӣ яқоя бо бемориҳои ковокии бинӣ дар 132(93,3%) -и бемори гурӯҳи 1-ум, дар 87 (90,2 %) -и бемори гурӯҳи 2-юм ва дар 52 (92,4 %) - и бемори гурӯҳи 3-юм нафаскашӣ бо бинӣ пурра барқарор гашт. Дар ин маврид, мутаносибан дар гурӯҳҳои дахлдор шомма муътадил гашт 128(85,2%), 81(84,8 %) ва 50 (84,9 %). Дар нишондиҳандаҳои НМС бошад, функсияи эпителии мижгонакӣ мутаносибан дар гурӯҳҳои беморон 129(83,0%), 82(81,5%) ва 49(88,7%) барқарор тшудааст. Нишондиҳандаҳои рН ифрозоти бинӣ дар ҳамаи гурӯҳҳо ба муҳити ишқориаш суст наздик шуданд.

Бояд зикр кард, ки пас аз 6 моҳи муоина танҳо дар 6,7% -и бемори гурӯҳи 1-ум, дар 7,6% -и бемори гурӯҳи 2-юм ва дар 7,6% - и бемори гурӯҳи 3-юм ҳанӯз ҳам ихтилоли дараҷаи якуми кушодагии маҷрои бинӣ дида мешуд. Гипосмияи дараҷаи I танҳо дар 11,9% -и бемори гурӯҳи 1-ум, дар 9,8% -и бемори гурӯҳи 2-юм ва дар 15,1% - и бемори таҳқиқшудаи гурӯҳи 3-юм боқӣ мондааст, паст шудани фаъолнокии мижгонакҳои эпителии мижгонакӣ дараҷаи якум дар 14,1% -и бемори гурӯҳи 1-ум, дар 10,9% -и бемори гурӯҳи 2-юм ва дар 11,3% - и бемори гурӯҳи 3-юм ба мушоҳида

расид. Дар чадвали 4 нишондиҳандаҳои миёнаи ҳолати функционалии бинӣ дар беморон дар давраи то ва пас аз ҷарроҳӣ оварда мешавад.

Чадвали 4.- Нишондиҳандаҳои миёнаи ҳолати функционалии бинӣ дар беморон дар давраи то ва пас аз ҷарроҳӣ $M \pm m$

Нишондиҳандаҳои функцияи бинӣ	Гур.1- (n= 135)		Гур.2 (n= 92)		Гур.3 (n=53)	
	То ҷарроҳӣ	Баъди 6 моҳ.	То ҷарроҳӣ	Баъди 6 моҳ.	То ҷарроҳӣ	Баъди 6 моҳ.
Ринопневмометрия n- 8-10 мм. сут. обӣ.	37,4±1,1	9,9±0,6	39,3±1,2	10,3±0,4	40,6±1,1	10,1±0,4
НМС -14,2±3,5 дақ.	42,3 ±0,8	14,3±0,6	45,3±0,7	14,5±0,6	44,3±0,8	14,6±0,6
Ph луоби бинӣ	7,9±0,3	7,4±0,2	8,0±0,3	7,5±0,2	7,8±0,3	7,5±0,2
P	< 0,001	< 0,001	< 0,001	< 0,001	< 0,001	< 0,001

Эзоҳ: Маълумотҳо дар шакли ($M \pm m$), P оварда шудаанд – аҳамияти оморӣ дар фарқиятҳои миёнаи байни гурӯҳҳо (мувофиқи U-критерияи Манн-Уитни) дар муқоиса бо меъёр.

Дар чадвали овардашуда дида мешавад, ки ҳолати функционалии бинӣ дар давоми як моҳ тадричан беҳтар шуда, дар давоми 6 моҳ тақрибан барқарор мешавад. Масалан, нишондиҳандаҳои ринопневмометрия то ҷарроҳӣ дар 37,4±1,1 бемори гурӯҳи 1-ум, дар 39,3±1,2 бемори гурӯҳи 2-юм ва дар 40,6±1,12 бемори гурӯҳи 3-юм буда, баъди як моҳ онҳо дар 15,8±1,1 бемори гурӯҳи 1-ум, дар 19,5±0,9 бемори гурӯҳи 2-юм ва дар 17,4±0,9 бемори гурӯҳи 3-юм беҳтар шудааст. Баъди гузаштани 6 моҳ ин нишондодҳо дар ҳамаи гурӯҳҳо тақрибан муътадил шуда, мутаносибан 9,9±0,6, 10,3±0,4 ва 10,1±0,4-ро ташкил доданд.

Ҳамчунин, тадричан муътадил гаштани нишондиҳандаҳои фаъолнокии НМС ва рН луоби ҷавфи бинӣ ба назар мерасад. Агар дар оғози муолиҷа нишондиҳандаҳои фаъолнокии ҳаракатии НМС дар гурӯҳҳо 42,3 ±0,8 дақ., 45,3±0,7 дақ. ва 44,3±0,8 дақ.-ро ташкил дода бошад, пас баъди 6 моҳи муоинаи пасазҷарроҳӣ вай ба меъёр наздик шуда, мутаносибан дар гурӯҳҳо 14,3±0,6 дақ., 14,5±0,6 дақ., 14,6±0,6 дақ.-ро ташкил дод. Нишондиҳандаҳои рН ифрозоти бинӣ дар ҳамаи гурӯҳҳо ба муҳити сусти ишқорӣ наздик шудааст, ки аз самаранокии ҷарроҳии яклаҳзаинаи бинии берунӣ, ҳамроҳ бо бемориҳои сохторҳои дохили бинӣ ва ҚНБ гувоҳӣ медиҳанд.

Дар баробари таҳқиқоти нишондиҳандаҳои ҳолати функционалии бинӣ, инчунин мониторинги натиҷаҳои анатомӣ дар ҳамон муҳлатҳои муоинаҳои пасазҷарроҳии беморон гузаронида шуд.

Ҷамъбасти аввалинро баъди гузаштани 15 рӯзи ҷарроҳӣ гузарониданд, дар ин вақт, тақрибан дар ҳамаи беморони ҷарроҳишуда хунравиҳо ва варами бофтаҳои нарм дар мавзеи бинӣ баргараф шуданд, эҳсосоти дарднок ҳангоми палмосидани ҷойҳои остеотомия ҳанӯз боқӣ мондаанд. Ҳангоми риноскопия хеле кам шудани гиперемия ва варами луоби девораи бинӣ ва садафҳои бинӣ ба назар расид. Девораи бинӣ тақрибан мавқеи миёнаро ишғол намуд, садафҳои бинӣ бошад, ҳаҷман хурд шуданд. Нафаскашӣ бо бинӣ ва шомма дар аксари бештари беморон тадричан беҳтар шуд.

Пас аз як моҳи ҷарроҳии яклаҳзаина дар баъзе қисмҳои беморон ҳоло ҳам гиперемия ва варами муътадил дар пардаи луобии девораи бинӣ ва садафҳои бинӣ, инчунин ифрозоти тираи луобӣ-мухотӣ дар маҷрои умумии бинӣ боқӣ мондааст. Як қисми ин беморон вақт-вақт аз қатраҳои рагтангкунандаи бинӣ истифода мекарданд.

Баъди 3 моҳ дар беморон аз рӯйи нишондод муоинаи такрории ЛОР ва ТК-и ЧНБ гузаронида шуд. Ҳангоми баҳогузурӣ кардани ҳолати пасазҷарроҳии беморон, беҳтаршавии намуди эстетикӣ бинӣ ва барқароршавии нафаскашӣ бо бинӣ аҳамияти муҳим дошт. Ҳатто ҳангоми пурра бартараф нашудани деформатсияи бинии берунӣ ва сохторҳои бинӣ беҳтаршавии ҳавогузаронии маҷрои бинӣ дида мешавад.

Пас аз 6 моҳи гузаронидани ҷарроҳҳои яклаҳзаина ва муоинаҳои пас аз ҷарроҳӣ аз 245 бемори дорои деформатсияи бинии берунӣ дар 237 бемор намуди эстетикӣ бинӣ барқарор шудааст, ки 96,7%-ро ташкил медиҳад. Дар ин маврид на танҳо шакли бинӣ тағйир кардааст, балки нишондиҳандаҳои асосии функсияи бинӣ низ беҳтар гаштааст. Натиҷаи ғайри қаноатбахш, ки дар 8 (3,3%) ба қайд гирифта шудааст, мумкин аст, ки аз возеҳии варами бофтаҳои нарм вобаста бошад, ки муайян кардани шакли ҳақиқии бинии беморонро душвор месозад.

Натиҷаҳои мусбати септум-ҷарроҳӣ дар 251 (98,0%) нафар аз 256 бемори дорои деформатсияи миёндевораи бинӣ дида шуд. Дар ин маврид шахсони норозӣ 3 (1,2%) бемор аз гурӯҳи 1, 2 (0,8%) бемор аз гурӯҳи 2 буданд. Гипертрофияи садафҳои бинӣ дар 132 (97,8%) бемор аз гурӯҳи 1, дар 84 (91,3%) бемор аз гурӯҳи 2 ва дар 41 (100%) бемор аз гурӯҳи 3 бартараф карда шуд.

Тозашавии ковокии бинӣ аз муҳтавои патологӣ дар 99 (97,1%) бемор аз гурӯҳи 1, дар 87 (94,6%) бемор аз гурӯҳи 2 ва дар 27 (96,4%) бемор аз гурӯҳи 3 сурат гирифт.

Ҳангоми таҳқиқотҳои такрории рентгенологӣ манзараи мусбати рентгенологӣ дида шуд, ки дар барқароршавии ҳавогузаронии ЧНБ, хурд шудани андозаи садафҳои бинӣ, бартараф намудани қачшавии девораи бинӣ ва ба тарафи мусбат тағйир ёфтани шакли бинӣ зоҳир гаштааст.

Анкетагузаронӣ ва баҳодихӣ бо балл ба натиҷаҳои ба даст овардашуда дар тиб ва дар таҳқиқотҳои иҷтимоӣ (ENT News, 2004) ба таври васеъ истифода мешаванд. Мо системаи чорбалларо истифода намудем, ки як дар он қатор масъалаҳои ба натиҷаҳои таъоботи ҷарроҳии беморон дахлдорро дохил намудем.

Барои баҳо додан ба натиҷаҳои дури таъобот аз усули анкетаронӣ истифода шуд. Мо анкетаро тартиб додем, ки аз ду қисм иборат аст. Қисми якумро бемор пур мекунад, дар ин ҷо баҳои вай ба шакли бинӣ ва нафаскашӣ бо бинӣ дарҷ мегардад, қисми дуюмро табиб пур мекунад, дар ин ҷо натиҷаҳои таҳқиқоти объективӣ қайд карда мешаванд. Бемор натиҷаҳои таъоботро миувофиқи эҳсосоти субъективӣ тағйироти нафаскашӣ бо бинӣ, шомма ва шакли бинии берунӣ баҳо додааст, ҷарроҳ бошад, самаранокии ҷарроҳиро дар асоси риноэндоскопия ва маълумотҳои таҳқиқоти функционалии бинӣ баҳогузурӣ кардааст.

Баҳогузурӣ ба натиҷаҳо тибқи системаи баллӣ сурат гирифт. Ҳангоми 3-4 балл гирифтани беморон, натиҷа хуб, 1-2 балл – қаноатбахш ва ҳангоми 0 балл – ғайриқаноатбахш интиҳоб Ҳиобида шуд. Ҳангоми аз рӯйи балли гирифтагӣ беморонро гурӯҳбандӣ кардан, бемороне, ки 3-4 ва 1-2 балл гирифтаанд, ба ҳулосае омаданд, ки дар як гурӯҳ муттаҳид созанд, зеро аз ҷиҳати хусусиятҳои шикоятҳо, манзараи риноскопия ва нишондиҳандаҳои ҳолати функционалии бинӣ дар байни онҳо фарқи қобили таваҷҷуҳ дида намешавад. Дар охир, бемороне, ки дар анкетаашон 3-4 балл гирифтаанд, 184 (65,7%) буданд. Натиҷаи ҷарроҳӣ мусбат

бахогузори карда шуд. Беморон аз шакли бинӣ ва нафаскашии озод бо бинӣ қаноатманд буданд. Ҳангоми эндоскопияи ковокии бинӣ тағйироти патологӣ тақрибан муайян карда нашуд. Функсияҳои нафаскашӣ, шомма ва муҳофизатӣ дар доираи меъёр буданд. Аммо дар баъзе беморон лаҳзаҳои душвории нафаскашӣ бо бинӣ дида шуд, ки асосан дар зери таъсири омилҳои берунӣ ба амал омадаанд.

Дар 85(30,4%) бемор, ки 1-2 балл гирифта буданд, аз шакли бинӣ чандон шикоят надоштанд, аммо аз гоҳ-гоҳ душвор шудани нафаскашӣ шикоят мекарданд. Ҳангоми риноскопия аломатҳои ринити музмини катаралӣ дида мешуд, ки шикоятҳои беморон инро тасдиқ мекарданд. Усулҳои объективӣ таҳқиқот аз хусуси каме суст шудани функсияи нафаскашӣ ва муҳофизатӣ хабар медиҳанд.

Ин беморон таҳти муоинаи динамикӣ қарор гирифтаанд. Мувофиқи натиҷаҳои мониторинги ин гурӯҳи беморон мушоҳида кардан мумкин аст, ки хеле беҳтар гаштани нафаскашӣ бо бинӣ барои онҳо аз шакли бинӣ муҳимтар аст. Инро бо назардошти аҳамияти физиологии нафаскашӣ бо бинӣ фаҳмидан мумкин аст.

Гурӯҳи бемороне, ки дар анкеташон 0 балл гирифтаанд, 11(3,9%) нафарро ташкил дод. Шикоятҳои беморон ба таври объективӣ тасдиқ шуданд. Бояд зикр кард, ки дар ин беморон патологияи хеле мураккаб дида мешуд, ки аз деформатсияи омехтаи бинӣ ва девораи бинӣ дар якҷоягӣ бо бемориҳои ковокии бинӣ ва ҚНБ алоқаманд буданд.

Ҳамин тавр, тибқи маълумоти системаи баллӣ дар 96,1%-и беморони гирифтори деформатсияи бинӣ якҷоя бо патологияи ковокии бинӣ ва ҚНБ натиҷаҳои хуби функционалӣ-эстетикӣ таъбабат дида шуд, ки мақсаднок ва самаранок будани ҷарроҳии яклаҳзаинаро ҳангоми бемориҳои омехтаи биниро тасдиқ мекунад, ки ба барқароршавии нафаскашӣ бо бинӣ, функсияҳои муҳофизатӣ ва эстетикӣ бинӣ нигаронида шудаанд.

Хулосаҳо

1. Манзараи риноэндоскопии беморони дорои деформатсияи бинӣ, якҷоя бо бемориҳои ҷавфи бинӣ ва ҚНБ дорои хусусиятҳои тағйиротҳои возеҳи патологияи бинӣ, сохторҳои дохили бинӣ ва ҚНБ мебошад, ки ҳангоми гузаронидани ҷорабиниҳои таъбабатӣ-профилактикӣ, аз ҷумла ҳангоми ба нақша гирифтани амалиёти ҷарроҳии функционалӣ-эстетикӣ ба ҳисоб гирифтани онҳо зарур аст. Патологияи ҚНБ аксаран дар намуди ғафсшавии наздидеворагӣ ва илтиҳоби экссудативӣ-катаралии пардаи луобӣ (59,3%) доштани ба протсессии патологӣ ҷалб кардани ҷавфи ҷоғи болоӣ (31,8%) ва ҷавфи ғалбершакл (12,9%) муайян карда мешавад **4-А, 10-А, 12-А, 20-А, 24-А, 28-А, 51-А, 69-А, 70-А**.

2. Маълумотҳои таҳқиқоти ҳолати функционалии бинӣ нишон доданд, ки дар беморони дорои бемориҳои омехтаи бинӣ ва ҚНБ ихтилолҳои зиёди нишондиҳандаҳои функционалии бинӣ дар намуди ихтилолҳои кушодагии маҷрои бинӣ, суст шудани шомма ва фаъолнокии ҳаракатии эпителии миҷгонакӣ ба мушоҳида мерасад, ки ин сифати ҳаёти беморонро ниҳоят паст мекунад ва ба фаъолияти ҷисмониву ақлонии онҳо таъсири манфӣ мерасонад **[17-А, 19-А, 24-А, 26-А, 55-А, 63-А, 64-А, 75-А, 77-А]**.

3. Алгоритми омодагии пешазчарроҳии беморони гирифтори деформатсияи бинӣ, якҷоя бо бемориҳои ковокии бинӣ ва ҚНБ бояд усулҳои умумиклиникӣ, лабораторӣ, физикалӣ ва инструменталии таҳқиқотро дар бар гиранд. Таҳқиқоти пешакии беморон дар давраи то беморхонагӣ имконият медиҳад, ки тактикаи табобат ва тайёр кардани беморон ба амалиёти чарроҳии нақшавӣ дар статсионар муайян карда шавад. Истифодаи васеи риноэндоскопияи чандирӣ ва дурушт ва ТК-и ҚНБ имкониятҳои ташҳиси бемориҳои бинӣ, сохторҳои даруни бинӣ ва ҚНБ-ро васеъ месозад, имконият медиҳад, ки ташҳиси дақиқи клиникӣ гузошта ва амалиётҳои чарроҳии яклаҳзаинаи бинӣ ва ҷавфҳои наздибинигиро ба нақша гирифта шаванд [15-А, 17-А, 20-А, 27-А, 31-А, 70-А].

4. Такмил додани ҷанбаҳои тактикӣ-техникии амалиётҳои чарроҳии яклаҳзаина дар сохторҳои бинӣ ва ҚНБ бо истифода аз распатора–отсоси модификатсионӣ, микрокордҳо ҳангоми септопластика, усули такмилёфтаи вазотомияи зерлуобӣ ҳангоми гипертрофияи садафҳои бинӣ ва усули нави фиксатсияи устухонҳои бинӣ пас аз риноластика равиши чарроҳиро метезонад ва самаранокии онро баланд мебардорад. Усули яктарафаи фатилазании дарози бинӣ бечошавии тағояки чоркунҷа ва порчаҳои онро пешгирӣ мекунад ва имконият медиҳад, ки бо бофтаҳои онро ихотакардаи девораи бинӣ маҳкам карда шавад, усули полипозтмоидотомияи омехта (анъанавӣ+ эндоскопӣ) вақти гузаронидани чарроҳӣ ва хароҷоти воситаҳои доругиро кам, ҳамчунин суръати равиши амалиёти чарроҳиро дар ҷавфи бинӣ ва минтақаи ҳуҷайраҳои этмоидалӣ метезонад [10-А, 12-А, 13-А, 21-А, 37-А, 56-А, 59-А, 62-А, 68-А, 71-А, 76-А, 78].

5. Дар натиҷаи амалиётҳои чарроҳии яклаҳзаинаи гузаронидашудаи беморони гирифтори деформатсияи бинӣ, якҷоя бо патологияи ковокии бинӣ ва ҚНБ дар ҳар се гурӯҳ хеле беҳтар шудани нишондиҳандаҳои ҳолати функционалии бинӣ ба мушоҳида расид. Барқарор шудани шакли бинии берунӣ дар 96,7%-и беморон ва натиҷаҳои ҳуби функционалӣ дар 98,0%-и беморони таҳқиқшуда ба назар расид. Дар асоси муоинаҳои динамики бемороне, ки ҳамзамон якҷанд чарроҳии сохторҳои бинии берунӣ, ковокии бинӣ ва ҚНБ-ро аз сар гузаронидаанд, ҳулоса баровардан мумкин аст, ки зуҳуроти реактивнӣ-илтиҳобӣ назар ба тағйиротҳои реактивии пас аз риносептопластикаи маъмулӣ нисбатан возеҳтар аст [2-А, 18-А, 19-А, 24-А, 26-А, 55-А, 63-А, 68-А, 75-А, 77-А].

6. Алгоритми таҳиякардашудаи оmodасозии пешазчарроҳии беморон ва усулҳои табобати чарроҳии яклаҳзаинаи беморони гирифтори деформатсияи бинӣ, якҷоя бо патологияи ковокии бинӣ ва ҚНБ, ҳам аз ҷиҳати беҳтар шудани ҳолати функционалии пардаи луобии бинӣ ва ҳам барқароршавии тағйиротҳои патологияи сохторҳои анатомии бинӣ самаранок аст, ки ин имконият медиҳад барои таҳқиқоти комплексӣ ва табобати ин категорияи беморон тавсияҳои илмӣ-амалӣ дода шавад. Гузаронидани чорабиниҳои комплекси пасазчарроҳии беморон барои тезонидани протсессҳои шифо ёфтани ҷароҳат ва кӯтоҳ шудани муҳлати давраҳои пасазчарроҳӣ мусоидат мекунад, барқароршавии функцияҳои нафаскашӣ, муҳофизатӣ ва шоммаи бинӣ сифати ҳаёти беморонро хеле беҳтар месозад ва онҳоро ба фаъолияти ҳаётии мукамал бармегардонад [18-А, 19-А, 21-А, 28-А, 37-А, 56-А, 64-А, 75-А, 79-А].

Тавсияҳо оид ба истифодаи амалии натиҷаҳо

1. Барои баҳои муносиб додан ба ҳолати анатомӣ-функционалии бинӣ ва ташҳиси дақиқ, ҳангоми деформатсияи бинӣ, яқоя бо патологияи ковокии бинӣ ва ЧНБ, истифодаи васеи риноэндоскопия, ТК-и ЧПН ва усулҳои функционалии таҳқиқоти бинӣ зарур аст.

2. Ҳаҷми амалиёти ҷарроҳӣ ва натиҷаҳои он бояд ба таври инфиродӣ дар ҳар як ҳолати ҷудогона вобаста аз вариантҳои деформатсияи бинии берунӣ, хусусиятҳои қашавии девораи бинӣ ва патологияҳои садафҳои бинӣ, ҳамчунин ЧНБ ҳаллу фасл карда шавад.

3. Мавҷуд будани синусити катаралӣ-наздидеворагӣ ё экссудативӣ (ғайрифасодӣ) дар ҳолати шадид набудан барои гузаронидани амалиёти ҷарроҳии яклаҳзаина дар мавзеи бинии берунӣ ва ковокии бинӣ зиддинишондод надорад. Ҷарроҳиро дар ҷунин маврид дар заминаи табобати антибактериалӣ гузаронидан мувофиқи мақсад аст.

4. Ҷарроҳҳои яклаҳзаинаи деформатсияи бинӣ, яқоя бо патологияи ковокии бинӣ ва ЧНБ-ро аз ислоҳи сохторҳои даруни бинӣ сар карда, бо реконструксияи бинии берунӣ анҷом додан мувофиқи мақсад аст. Дар ҳолати гипертрофияи возеҳии садафҳои бинӣ, ки манзараи анатомии ҷавфи биниро душвор сохта, барои септопластика мушқилӣ эҷод мекунад, дар марҳалаи аввали ҷарроҳӣ иҷро кардани ҷарроҳии садафҳои бинӣ ва баъдан дигар амалиётҳои минбаъдаро тавсия мекунем.

5. Амалиёти ҷарроҳӣ дар девораи биниро бо истифода аз распатор – отсоти модификатсионӣ, ки протесси ҷудошавии бофтаҳои девораро метезонад ва бо микрокорд барои бурриши минималӣ ва ислоҳ кардани тағояки чоркунҷа бо мақсади ҳифз кардани функцияи тақягоҳии он, иҷро кардан мувофиқи мақсад аст. Ҳангоми шакли кавернозии гипертрофияи садафҳои бинӣ истифода намудани усули такмилёфтаи вазотомияи зерлуобӣ, ба сифати усули нисбатан камосеб ва самараноктари муолиҷаи ҷарроҳӣ мақсаднок аст.

6. Тавсия мекунем, ки ҷарроҳҳои яклаҳзаинаро бо тампонади пеши докагӣ, ки дар ҷӯбчаҳои резинӣ гузошта шудаанд, анҷом диҳанд, вай садамаи пардаи луобии бинӣ ва ба найчаи ҳавобари бинӣ гузоштанро ба ҳадди минимум мерасонад, ҳифз кардани нафаскашӣ бо биниро таъмин мекунад, имконият медиҳад, ки дар шабонарӯзҳои аввали муоина вазнинҳои ҷарроҳии аз сар гузаронидаашро сабук гузаронад. Барои тезонидани протсессҳои шифоёбии ҷароҳат ва барқарор шудани функсияҳои бинӣ дар давраи пасазҷарроҳӣ мунтазам шӯстани ковокии бинӣ бо мармараки доругӣ ва нигоҳубини ҷиддии ҳолати бинӣ мувофиқи мақсад мебошад.

Фехристи интишороти довталаби дарёфти дараҷаи илмӣ

Мақолаҳо дар маҷаллаҳои тақризшаванда

- [1-А] Махмудназаров М.И. Применение сочетанных операций в ЛОР-практике /Махмудназаров М.И. //Здравоохранение Таджикистана.- 2002.-№3. - С. 103 - 104.
- [2-А] Махмудназаров М.И. Влияние хирургического метода лечения деформации носа и носовой перегородки в сочетании с лазеротерапией на функциональное состояние носа, иммунный статус и биохимические показатели /Гаффарова М.А., Махмудназаров М.И. //Аллергология и иммунология.- 2004.- Том 5. - № 1. - С. 182-183.
- [3-А] Махмудназаров М.И. Клиническая эффективность применения тималина после ринохирургических вмешательств /Гаффарова М.А., Махмудназаров М.И. //Здравоохранение Таджикистана.- 2004.-№3.- С.83 - 84.
- [4-А] Махмудназаров М.И. Деформация наружного носа и его перегородки, тактика лечения /Гаффарова М.А., Махмудназаров М.И., Тохирова М.Г. //Здравоохранение Таджикистана.- 2005.- №3.- С. 58 - 59.
- [5-А] Махмудназаров М.И. Иммунокорректирующая терапия после риносептопластики /Гаффарова М.А., Махмудназаров М.И. //Аллергология и иммунология.- 2006.- Т. 7, № 3.- С.285-286.
- [6-А] Махмудназаров М.И. Щадящая хирургия деформаций перегородки носа /Махмудназаров М.И., Гаффарова М.А. // Здравоохранение Таджикистана.- 2007.- №1.- С. 20-23.
- [7-А] Махмудназаров М.И. Сочетание хирургической коррекции наружного носа и перегородки носа с иммунотерапией /Махмудназаров М.И., Гаффарова М.А.//Аллергология и иммунология.- 2007.-Т. 8, №1.- С. 69.
- [8-А] Махмудназаров М.И. Функциональная и эстетическая хирургия при деформациях наружного носа, сочетанных с патологией полости носа /Махмудназаров М.И., Туйдиев Ш.Ш. //Здравоохранение Таджикистана.- 2009.- №1.- С.47- 50.
- [9-А] Махмудназаров М.И. Устройство для фиксации наружного носа /Махмудназаров М.И.//Здравоохранение Таджикистана.-2009.-№1.-С.204-205.
- [10-А] Махмудназаров М.И. Хирургическая коррекция сколиоза наружного носа /Махмудназаров М.И., Туйдиев Ш.Ш. //Здравоохранение Таджикистана.- 2009.- №1.- С.205-207.
- [11-А] Махмудназаров М.И. Хирургическое лечение комбинированных деформаций носа /Махмудназаров М.И., Тохирова М.Г. //Среднеазиатский научно-практич. журн. «Стоматология», № 3-4, 2010 (43-44). - Ташкент.- 2010.- С. 195-197.
- [12-А] Махмудназаров М.И. Оптимизация методов хирургического лечения деформаций носа, сочетанных с патологией носовой полости и околоносовых пазух /Махмудназаров М.И. //Среднеазиатский научно-практический журнал «Стоматология», № 3-4, 2010 (43-44). Ташкент.- 2010.-С. 197-199.
- [13-А] Махмудназаров М.И. Хирургическое лечение деформаций носа, сочетанных с патологией носовой полости и околоносовых пазух /Махмудназаров М.И., Туйдиев Ш.Ш. //Российская оториноларингология.- №6.-2012.- С. 109 – 113.
- [14-А] Махмудназаров М.И. Современные методы хирургического лечения деформаций носовой перегородки /Махмудназаров М.И., Туйдиев Ш.Ш. //Вестник Авиценны.- №4.- 2012.- С. 56-61.

- [15-А] **Махмудназаров М.И.** Хирургическое лечение сочетанных патологий полости носа и околоносовых пазух. /Махмудназаров М.И., Туйдиев Ш.Ш., Арипова М.А. // Вестник Кыргызской государственной медицинской академии им. И.К. Ахунбаева.- №3(1).-2014.- С.61-64.
- [16-А] **Махмудназаров М.И.** Послеоперационная реабилитация больных, перенесших эндоскопическую эндоназальную полипоэтомидотомию /Махмудназаров М.И. //Международный журн. Проблемы биологии и медицины.- № 4 (80). 2014.- С. 149-150.
- [17-А] **Махмудназаров М.И.** Послеоперационная реабилитация больных с искривлением перегородки носа. /Махмудназаров М.И., Алиев А.А., Мехмондустов С.Г. //Проблемы биологии и медицины.- № 4 (80). 2014.- С. 150-152.
- [18-А] **Махмудназаров М.И.** Значение компьютерной томографии в диагностике и планировании симультанных операций при сочетанной патологии полости носа и околоносовых пазух. /Махмудназаров М.И., Туйдиев Ш.Ш., Шоев М.Д., Муродов Ш.Д., Назаров З.Х. //Здравоохранение Таджикистана.- 2018.- №3.- С. 43-48.
- [19-А] **Махмудназаров М.И.** Вопросы оптимизации послеоперационной терапии у больных с сочетанной патологией полости носа. /Махмудназаров М.И., Мусозода С.М., Юсуфи С.Дж., Муродов Ш.Д., Назаров З.Х. //Здравоохранение Таджикистана.- 2018.- №3.- С. 86-93.
- [20-А] **Махмудназаров М.И.** Современное состояние диагностики и комплексного лечения деформаций носовой перегородки, сочетанных с аллергическим ринитом. / Муродов Ш.Д., Махмудназаров М.И., Шоев М.Д., Назаров З.Х. //Здравоохранение Таджикистана.- 2019.- №1.- С. 74-83.
- [21-А] **Махмудназаров М.И.** Современные представления о патогенезе, классификации и хирургическом лечении деформаций носовой перегородки, сочетанных с патологией носовых раковин. / Махмудназаров М.И., Туйдиев Ш.Ш., Шоев М.Д., Назаров З.Х., Юсупов А.Ш. //Здравоохранение Таджикистана.- 2019.- №1.- С. 83-92.
- [22-А] **Махмудназаров М.И.** Послеоперационная динамика показателей функционального состояния носа у больных с деформацией носа, сочетанной с патологией полости носа и околоносовых пазух. /Махмудназаров М.И. //Вестник Авиценны.- 2022.- №1.- С. 50-58.
- [23-А] **Махмудназаров М.И.** Принсипҳои ҷарроҳии муосири деформатсияи бинии беруни бо этиллолятҳои якҷояи ковокии бинӣ ва ҷавфҳои наздибинигӣ. /Махмудназаров М.И. //Авҷи Зухал.- 2022.- №3.- С. 121- 127.
- [24-А] **Махмудназаров М.И.** Эффективность одномоментного хирургического лечения деформаций носа, сочетанных с патологией носовой полости и околоносовых пазух /Махмудназаров М.И.//Медицинский Вестник национальной академии наук Таджикистана.- ТомX11.- №3.-2022.-С..
- [25-А] **Махмудназаров М.И.** Современная хирургия сочетанных патологий носа и околоносовых пазух /Махмудназаров М.И. // Здравоохранение Таджикистана.- 2022.- №3(354).-С. 96-102.

Мақола ва фишурдаҳои дар маҷмӯаҳои конференсияҳо нашршуда

- [26–А] **Махмудназаров М.И.** Клиника и хирургическое лечение при деформациях наружного носа и искривлении перегородки носа /Махмудназаров М.И., Гаффарова М.А. //Сборник научных статей 52-ой годичной конф. ТГМУ с междунар. участием. Душанбе, 2004.- С. 146 - 148.
- [27–А] **Махмудназаров М.И.** Косметическая ринопластика /Махмудназаров М.И., Гаффарова М.А. //Сборник научных статей 52-ой годичной конференции ТГМУ с междунар. участием. Душанбе, 2004. – С. 215 - 216.
- [28–А] **Махмудназаров М.И.** Ринопластика // Махмудназаров М.И., Гаффарова М.А. /Современные вопросы медико-социальной реабилитации больных и инвалидов (сборник статей). Душанбе, 2004.- С. 90 - 92.
- [29–А] **Махмудназаров М.И.** Предоперационная подготовка больных и оперативное вмешательство при деформациях наружного носа /Гаффарова М.А., Махмудназаров М.И. // Сборник статей, посвященный 40-летию РКБ им. А.М. Дьякова. Душанбе, 2004.- С. 208 -211.
- [30–А] **Махмудназаров М.И.** Хирургическое лечение сколиоза носа /Гаффарова М.А., Махмудназаров М.И. //Сборник статей посвященный 40-летию РКБ им. А.М. Дьякова. Душанбе, 2004. – С. 253 – 255.
- [31–А] **Махмудназаров М.И.** Хирургическая тактика при деформации наружного носа и его перегородки /Гаффарова М.А., Махмудназаров М.И.. //Материалы 53-й научно-практической конференции ТГМУ с международным участием. Душанбе, 2005.- С.339.
- [32–А] **Махмудназаров М.И.** Применение иммунокорректирующей терапии после хирургического вмешательства на перегородке носа /Гаффарова М.А., Махмудназаров М.И. //Материалы республиканской научно-практической конференции. Ташкент, 2006.- С. 76 – 77.
- [33–А] **Махмудназаров М.И.** Местный и общий иммунитет у больных хроническим гипертрофическим ринитом, сочетанным с искривлением перегородки носа /Гаффарова М.А., Махмудназаров М.И., Тохирова М.Г. //Материалы 54-й научно-практич. конференции ТГМУ,2006.– С. 67 – 68.
- [34–А] **Махмудназаров М.И.** Новый способ хирургического лечения сколиоза носа /Махмудназаров М.И., Гаффарова М.А. //Материалы республиканской научно-практич. конференции хирургов. Турсунзаде, 2006.- С. 117 – 118.
- [35–А] **Махмудназаров М.И.** Хирургическая коррекция деформаций наружного носа /Махмудназаров М.И., Гаффарова М.А. //Сборник статей с международным участием. Душанбе .-2007 - С. 308-316.
- [36–А] **Махмудназаров М.И.** Осложнения подслизистой резекции носовой перегородки по Киллиану и способы их устранения /Махмудназаров М.И., Туйдиев Ш.Ш. //Материалы республиканской научно-практической конференции хирургов. Турсунзаде.- 2007.- С. 214.
- [37–А] **Махмудназаров М.И.** Наш опыт септопластики при деформациях носовой перегородки с использованием микроножей /Махмудназаров М.И., Туйдиев Ш.Ш., Мехмондустов С.Г. //Материалы 55-й научно-практической конференции ТГМУ. Душанбе . -2007г.- С. 252-254.
- [38–А] **Махмудназаров М.И.** Септум-операция и ультразвуковая дезинтеграция носовых раковин при деформациях носовой перегородки /Махмудназаров М.И.,

Туйдиев Ш.Ш., Шарипов Х.Х. //Материалы 55-й научно-практической конференции ТГМУ. Душанбе, 2007г.- С. 254-255

[39-А] Махмудназаров М.И. Септопластика по Cottle при искривлении носовой перегородки /Махмудназаров М.И., Гаффарова М.А. //Материалы 55-й научно-практической конференции с международным участием. Душанбе.-2007.- С.115-116.

[40-А] Махмудназаров М.И. Септопластика при вывихе хряща перегородки носа /Махмудназаров М.И., Туйдиев Ш.Ш. //Материалы научно-практической конференции с международным участием. Душанбе.-2007.- С.113 – 114.

[41-А] Махмудназаров М.И. Септум операция с реимплантацией хряща перегородки носа /Махмудназаров М.И. //Актуальные вопросы экспериментальной хирургии, трансплантологии и консервирование трансплантатов. (Сборник статей). Душанбе - 2007.- С. 69 –71.

[42-А] Махмудназаров М.И. Коррекция седловидной деформации носа ауто- и гомохрящом носовой перегородки /Махмудназаров М.И., Гаффарова М.А. //Актуальные вопросы хирургии, трансплантологии и консервирование трансплантатов. (Сборник статей). Душанбе -2007.- С. 239 – 241.

[43-А] Махмудназаров М.И. Хирургическая тактика при деформации перегородки носа, сочетанной с гипертрофией носовых раковин у детей /Махмудназаров М.И., Туйдиев Ш.Ш., Мехмондустов С.Г. // Материалы 2- съезда детских хирургов, анестезиологов и реаниматологов Таджикистана. Душанбе -2008.- С. 264-265

[44-А] Махмудназаров М.И. Хирургическая тактика при деформациях носа, сочетанных с патологией носовой полости и околоносовых пазух /Махмудназаров М.И. //Материалы 56-й научно-практической конференции ТГМУ.- Душанбе .- 2008.- С.317-318.

[45-А] Махмудназаров М.И. Ринопластика при горбатом носе /Махмудназаров М.И., Туйдиев Ш.Ш. //Материалы 56-й научно-практической конференции ТГМУ.- Душанбе .- 2008.- С. 318-319.

[46-А] Махмудназаров М.И. Хирургическая коррекция комбинированных деформаций наружного носа и носовой перегородки /Махмудназаров М.И., Туйдиев Ш.Ш. //Материалы 57-й научно-практической конференции с международным участием посвященная 70-летию образования ТГМУ. Душанбе -2009.- С. 396-398.

[47-А] Mahmudnazarov M.I. Sparing surgery of the nasal septum deformities in children /Mahmudnazarov M.I., Kholikov Z.H. //Abstracts of XI congress of pediatricians of Eurasian countries. 2011, Dushanbe, P. 59-60.

[48-А] Махмудназаров М.И. Хирургическое лечение деформаций перегородки носа, сочетанные с гипертрофией носовых раковин у детей /Махмудназаров М.И., Туйдиев Ш.Ш., Мехмондустов С.Г. //Материалы 11-научно-практической конференции оториноларингологов Узбекистана. Ташкент-2012.- С. 31-32.

[49-А] Махмудназаров М.И. Функциональное состояние носа у больных с деформацией носовой перегородки /Махмудназаров М.И., Туйдиев Ш.Ш., Мехмондустов С.Г. //Материалы научно-практической конференции оториноларингологов РТ с междунар. участием. Душанбе.- 2012.- С.47 -49.

[50-А] Махмудназаров М.И. Оптимизация хирургического лечения риносколиоза /Махмудназаров М.И., Арипова М.А., Халимова Т. //Материалы II Петербургского форума оториноларингологов России. //Российская оториноларингология.- №6.- 2013.- С. 268-269.

- [51-А] **Махмудназаров М.И.** Хирургическая тактика при сочетанных патологиях наружного носа и носовой полости /Махмудназаров М.И., Тохирова М.Г., Казакова Д.Д., Халимова Т.Р. //Труды 111- конгресса стоматологов Таджикистана. Душанбе, 2013.- С.306-313.
- [52-А] **Махмудназаров М.И.** Наш опыт закрытия перфорации носовой перегородки /Махмудназаров М.И., Мехмондустов С.Г., Азизова М.А. //Материалы 61-й научно-практической конференции ТГМУ. Душанбе- 2013.-С.379-381.
- [53-А] **Махмудназаров М.И.** Усовершенствованный метод хирургического лечения хронического вазомоторного ринита /Махмудназаров М.И., Туйдиев Ш.Ш., Арипова М.Л. // Материалы 61-й научно-практической конференции ТГМУ имени Абуали ибни Сино. Душанбе- 2013.-С.381-382.
- [54-А] **Махмудназаров М.И.** Оптимизация послеоперационного ухода за больными с хроническим полипозным риносинуситом. / Махмудназаров М.И., Арипова М.Л. // Материалы 111 форума оториноларингологов России. Санкт-Петербург. 2014.- С. 268-269.
- [55-А] **Махмудназаров М.И.** Сочетание традиционной и эндоскопической полипосинусотомии при хронических полипозных риносинуситах. / Махмудназаров М.И., Арипова М.Л., Мехмондустов С.Г. // Материалы 62-ой годичной научно-практической конференции ТГМУ им. Абуали ибни Сино. Душанбе. 2014.-С.33.
- [56-А] **Махмудназаров М.И.** Послеоперационный уход за больными с искривлением перегородки носа /Махмудназаров М.И., Мехмондустов С.Г. //Материалы I V съезда оториноларингологов Узбекистана.- 2015.-С.79.
- [57-А] **Махмудназаров М.И.** Функциональное состояние носа у больных с деформацией носовой перегородки /Махмудназаров М.И., Туйдиев Ш.Ш., Азизова М.С // Материалы IV съезда оториноларингологов Узбекистана Ташкент, 2015.- С.80.
- [58-А] **Махмудназаров М.И.** Функциональные показатели полости носа у больных с хроническим полипозным риносинуситом до и в послеоперационном периоде. / Махмудназаров М.И., Арипова М.Л. // Материалы 63-ей годичной научно-практической конференции ТГМУ с международным участием. 2015. С. С. 359-360.
- [59-А] **Махмудназаров М.И.** Симультанная хирургия при сочетанных патологиях полости носа и околоносовых пазух. /Махмудназаров М.И., Туйдиев Ш.Ш., Юсупов А.Ш. // Материалы XIX съезда оториноларингологов России. г.Казань.-2016.- С. 497-498.
- [60-А] **Махмудназаров М.И.** Хирургическая коррекция деформаций наружного носа. /Махмудназаров М.И., Рахмонов С.У., Шодмонов Г.Р., Носиров Б. // Материалы 64-й годичной научно-практической конференции ТГМУ с международным участием, посвященной 25-летию Независимости РТ 2016. С.322-324 .
- [61-А] **Махмудназаров М.И.** Оптимизация послеоперационного ведения больных с искривлением перегородки носа. /Махмудназаров М.И., Тохирова М.Г., Туйдиев Ш.Ш., Муродов Ш.Д. // Материалы 64-й годичной научно-практической конференции ТГМУ с международным участием, посвященной 25-летию Независимости РТ.- 2016. - С.325-326.
- [62-А] **Махмудназаров М.И.** Эффективности применения шалфея лекарственного в послеоперационной терапии у больных с искривлением носовой перегородки и гипертрофией носовых раковин. /Махмудназаров М.И., Шоев М.Д., Туйдиев Ш.Ш.,

Юсупов А.Ш. // Материалы 65-ой научно-практической конференции ТГМУ с международным участием. Душанбе.- 2017.- С. 88-90.

[63-А] **Махмудназаров М.И.** Клиническая характеристика больных с деформацией носа, сочетанной с патологией полости носа. / Махмудназаров М.И., Тилаков Р.Р., Саидов М.С., Абдухалимов О.С.// Сборник статей научно-практической конференции оториноларингологов Таджикистана с между-народным участием Душанбе-2018.- С.28-30.

[64-А] **Махмудназаров М.И.** Компьютерная томография в диагностике сочетанных патологий полости носа и околоносовых пазух. /Махмудназаров М.И., Шодмонов Г.Р., Ибрагимов И.С., Тиллоев Ш.Ш. // Сборник статей научно-практической конференции оториноларингологов Таджикистана с международным участием Душанбе-2018.- С.30-33.

[65-А] **Махмудназаров М.И.** Модифицированная подслизистая вазотомия носовых раковин в условиях поликлиники. /Махмудназаров М.И., Ортиков Г.А., Хайдарова У.К., Хакбердиева М.М. // Сборник статей научно-практической конференции оториноларингологов Таджикистана с международным участием Душанбе-2018.- С.33-35.

[66-А] **Махмудназаров М.И.** Варианты септум-операции при различных типах деформации носовой перегородки. /Махмудназаров М.И., Чураев М.Ч., Расулов А.М. // Сборник статей научно-практической конференции оториноларингологов Таджикистана с международным участием Душанбе-2018- .С.35-37.

[67-А] **Махмудназаров М.И.** Эффективность использования бекломила у больных с деформацией перегородки носа, сочетанных с аллергическим ринитом. /Муродов Ш.Д., Махмудназаров М.И., Мехмондустов С.Г. //Сборник статей научно-практической конференции оториноларингологов Таджикистана с международным участием Душанбе-2018.С.43-45.

[68-А] **Махмудназаров М.И.** Шалфей лекарственный в послеоперационной терапии у больных с искривлением перегородки носа и гипертрофией носовых раковин. /Махмудназаров М.И., Шоев М.Д., Муродов Ш.Д., Ахророва З.А. // Сборник статей научно-практической конференции оториноларингологов Таджикистана с международным участием. Душанбе-2018.- С.64-66.

[69-А] **Махмудназаров М.И.** Мукоцилиарный транспорт и характер носового секрета у пациентов с сочетанной патологией носа. /Махмудназаров М.И. //Материалы 67-ой международной научно-практической конференции, посвященной 80-летию ТГМУ имени Абуали ибни Сино. Душанбе. -2019. - С. 279-280.

[70-А] **Махмудназаров М.И.** Усовершенствование хирургического лечения больных с деформацией носовой перегородки, сочетанной с патологией носовых раковин. /Махмудназаров М.И., Туйдиев Ш.Ш. // Материалы 67-ой международной научно-практической конференции, посвященной 80-летию ТГМУ имени Абуали ибни Сино. 2019.- С. 280 – 282.

[71-А] **Махмудназаров М.И.** Динамика мукоцилиарного клиренса слизистой полости носа в зависимости от послеоперационной фармакотерапии. /Махмудназаров М.И., Шоев М.Д., Мусозода С.М., Шпичак О.С. //XXVII Российский национальный конгресс «Человек и лекарство» Сборник материалов конгресса. Москва.- 2020г.- С.50-51.

[72-А] **Махмудназаров М.И.** Восстановление функций слизистой оболочки полости носа в послеоперационном периоде у больных с искривлением перегородки носа и

хроническим гипертрофическим ринитом /Махмудназаров М.И. Шоев М.Д., Хукумзода М. З. // Фундаментальные основы инновационного развития науки и образования (Материалы междунар. научно-практич. конференции (68) ТГМУ. Том-2. С. 361-362.

[73-А] **Махмудназаров М.И.** Послеоперационная тампонада полости носа с сохранением носового дыхания у больных с деформацией перегородки носа. /Махмудназаров М.И., Бекназарова Г.М., Туйдиев Ш.Ш. // Материалы 69-й научно-практич конференции с международным участием «Достижение и проблемы фундаментальной науки и клинической медицины» Душанбе. 2021.- Том-2. С. 83-84.

[74-А] **Махмудназаров М.И.** Совершенствования послеоперационного ухода у больных после хирургической коррекции носового дыхания. /Махмудназаров М.И., Шоев М.Д., Муродов Ш.Д. // Материалы 69-й научно-практич конференции с международным участием «Достижение и проблемы фундаментальной науки и клинической медицины» Душанбе. 2021.- Том-2. С. 138-139.

Монография ва дастурҳои таълимӣ-методӣ

[75-А] **Махмудназаров М.И.** Хирургическая коррекция деформаций носа и носовой перегородки. /Махмудназаров М.И. //Монография для студентов, клинических ординаторов и оториноларингологов. Душанбе, 2016.-110 стр.

[76-А] **Махмудназаров М.И.** Применение галеновых препаратов в оториноларингологии. /Махмудназаров М.И., Шоев М.Д., Мусозода С.М. // Монография для клинических ординаторов и врачей оториноларинго- логов. Душанбе, 2022.- 103с.

[77- А] **Махмудназаров М.И.** Хирургическая коррекция деформаций носовой перегородки. /Махмудназаров М.И. //Учебно-методическая разработка для студентов, клинических ординаторов и врачей оториноларингологов. Душанбе, 2008.- 53 с.

[78-А] **Махмудназаров М.И.** Малакаҳои амалӣ аз ринология /Махмудназаров М.И., Ахророва З.А. // Дастурамали таълимӣ методӣ барои табибони интерна, ординаторҳои клиникӣ ва шунавандагони такмили ихтисос. Душанбе, 2018. - 93 с.

[79-А] **Махмудназаров М.И.** Практические навыки по ринологии. /Махмудназаров М.И., Ахророва З.А. // Учебно-методическое пособие для врачей интерн, клинических ординаторов и курсантов УСО по ринологии. Душанбе, 2018. - 95 с.

[80-А] **Махмудназаров М.И.** Хирургическое лечение деформаций носовой перегородки, сочетанных с гипертрофией носовых раковин /Махмудназаров М.И.,Туйдиев Ш.Ш., Махамадиев А.А.//Учебно- методическое пособие для студентов, интерн и клинических ординаторов. Душанбе, 2020.- 83 с.

Патентҳо барои ихтироот

[81 –А] **Махмудназаров М.И.** Устройство для фиксации наружного носа /Махмудназаров М.И. //Патент на изобретение в РТ №ТJ 71. 22.10.2007.

[82-А] **Махмудназаров М.И.** Способ ведения послеоперационного периода у больных с септопластикой. /Махмудназаров М.И., Шоев М.Д., Мусозода С.М. //Патент на изобретение в РТ № TJ 1007, 16.04.2019.

[83-А] **Махмудназаров М.И.** Распатор – отсос /Махмудназаров М.И., Шоев М.Д., Туйдиев Ш.Ш. //Патент на изобретение в РТ № TJ 1024, 22.07.2019.

Пешниходҳои ратсионализаторӣ

- [84-А] Махмудназаров М.И. Способ устранения западения спинки носа гомо и аутохрящом /Махмудназаров М.И., Гаффарова М.А. //пешниходи ратсионализаторӣ № 3008/P-223. 08.04. 2004г.
- [85-А] Махмудназаров М.И. Способ фиксации трансплантата при пластике спинки носа /Махмудназаров М.И., Гаффарова М.А. //№3065/P-279. 09. 02.2005г.
- [86-А] Махмудназаров М.И. Способ поэтапной тампонады носа при риносептопластике /Махмудназаров М.И.// № 3145/P-447. 16.10. 2006г.
- [87-А] Махмудназаров М.И. Способ септопластики с использованием микроножей /Махмудназаров М.И., Гаффарова М.А.//№3154/P-456. 24.03.2007г.
- [88-А] Махмудназаров М.И. Усовершенствованный распатор–отсос для септопластики /Махмудназаров М.И. // № 3158 /P-460. 24.05. 2007г.
- [89-А] Махмудназаров М.И. Способ фиксации носовой перегородки после септопластики /Махмудназаров М.И. //№ 3170 /P-472. 02. 10.2008г.
- [90-А] Махмудназаров М.И. Усовершенствованный способ подслизистой вазотомии носовых раковин. /Махмудназаров М.И., Туйдиев Ш.Ш., Мехмондустов С.Г. // №3260/P-475. 31.03.2011г.
- [91-А] Махмудназаров М.И. Способ одномоментной ультразвуковой дезинтеграции с латеропозицией носовых раковин /Махмудназаров М.И., Мехмондустов С.Г., Туйдиев Ш.Ш.//№3341/R556. 08.02. 2012г .
- [92-А] Махмудназаров М.И. Модифицированная канюля для промывания полости носа и околоносовых пазух /Махмудназаров М.И., Арипова М.Л.- //№3384/R599. 14.01.2014г.
- [93-А] Махмудназаров М.И.. Способ субмукозной деструкции носовых раковин модифицированным распатором /Махмудназаров М.И., Туйдиев Ш.Ш. //№3441/R656. 18.06. 2015г.
- [94-А] Махмудназаров М.И. Модифицированная игла Куликовского для пункции и катетеризации лобной пазухи /Махмудназаров М.И., Туйдиев Ш.Ш., Юсупов А.Ш. //№3468/R683. – опубл. 20.10.2015г.
- [95-А] Махмудназаров М.И. Комбинированный метод удаления кисты гайморовой пазухи /Махмудназаров М.И., Туйдиев Ш.Ш., Юсупов А.Ш.//№3635/R686. 21.05.2019г.
- [96-А] Махмудназаров М.И.. Способ комбинированной полипэтомидотомии носа при хроническом полипозном этмоидите /Махмудназаров М.И., Туйдиев Ш.Ш., Арипова М.Л. // №3687/R378. 15.02.2020г.
- [97-А] Махмудназаров М.И.. Способ тампонады носа после эндоназальных операций с сохранением носового дыхания /Махмудназаров М.И., Шоев М.Д., Назаров З.Х.- //№3689/R380. 04.03. 2020г.
- [98-А] Махмудназаров М.И. Модификация максилло-премаксилларного доступа по Cottle при септопластике / Махмудназаров М.И., Муродов Ш.Д. // № 3413/R404. 04.02.2021г.
- [99-А] Махмудназаров М.И. Способ коррекции хряща при С-образной девиации перегородки носа /Махмудназаров М.И., Муродов Ш.Д.//пешниходи ратсионализаторӣ № 3414/R405. 04.02.2021г.

АННОТАТСИЯ

Маҳмудназаров Маҳмадамин Имомович

«Коррекция чарроҳии деформатсияи бинӣ, дар ҳамҷоягӣ бо эйтилолиятҳои ковокии бинӣ».

Калимаҳои калидӣ: деформатсияи бинӣ, деформатсияи миёндевори бинӣ, эйтилолияти ковокии бинӣ, гипертрофияи садафаҳои бинӣ, эйтилолияти чавфҳои наздибинигӣ, ринопластика, септопластика, амалиёти якҷоя.

Мақсади кор: коркард ва оптимизатсияи усулҳои табобати чарроҳии якҷояи беморон зимни деформатсияи бинии беруна, дар якҷоягӣ бо эйтилолияти ковокии бинӣ ва чавфҳои наздибинигӣ.

Усулҳои тадқиқот ва таҷҳизотҳои истифодашуда. Объекти тадқиқот 280 бемор бо деформатсияи бинии беруна, дар якҷоягӣ бо эйтилолияти гуногуни ковокии бинӣ ва чавфҳои наздибинигӣ қарор доштанд. Аз онҳо мардон – 185 (66,1%) ва занон бошад 95 (33,9%)-ро ташкил намуданд. Тадқиқот эндоскопияи бинӣ бо дастгоҳи эндоскопи саҳт ва мулоими фирмаи Штортс ва Olympus, ТК ҚНБ («Somatom-16» ташкилоти Siemens), ринопневмометрия, олфактометрия, муайянкунии фаъолияти ҳаракатнокии НМС ва рН-и луоби бинӣ, тадқиқи бактериологӣ ва гистологии луобпардаи ковокии биниро дар бар гирифт.

Натиҷаҳои бадастовардашуда ва навоариҳои онҳо. Дар натиҷаи гузаронидани амалиёти чарроҳии якҷоя дар беморон ҳангоми деформатсияи бинӣ дар якҷоягӣ бо эйтилолияти ковокии бинӣ ва ҚНБ барқароршавии шакли бинии беруна дар 96,7% беморон қайд гардида, натиҷаи хуби ҳолати функционалидошта дар 98% тадқиқкунандагон ба даст оварда шуд. Дар шароити Ҷумҳурии Тоҷикистон, бори аввал тадқиқоти маҷмӯӣ оид ба омӯзиши тавсифи клиникӣ ва ҳолати функционалии бинӣ дар беморон, зимни деформатсияи бинӣ, дар якҷоягӣ бо эйтилолияти ковокии бинӣ ва ҚНБ, бо оптимизатсияи усулҳои табобати чарроҳии якҷояи онҳо ва муолиҷаи баъдичарроҳӣ гузаронида шуд. Ҷанбаҳои тактикӣ ва техникаи риносептопластикаи пӯшида такмил дода шуд. Усулҳои нави мустаҳкамкунии устухонҳои бинии беруна пас аз ринопластика ва ҷудокунии тағоякпарда ва устухонпардаи миёндевори бинӣ бо истифода аз варианти аз ҷониби муаллиф распатори чаббанда ихтироъ гардид. Усули такмилдодаи хондротомияи тағояки чоркунча бо истифодаи микрокордҳо ҳангоми септопластика ва фатилазани зина ба зинаи бинӣ баъди амалиётҳои риносинусочарроҳӣ коркард карда шуд. Усули нави вазотомияи зерилуобии садафаҳои бинӣ бидуни буриши пешакии луобпардаи садафаи бинӣ ва дезинтегратсияи ултрасадоӣ бо латеропазитсияи садафаҳои бинӣ илман татбиқ карда шуд. Тарзи парастории баъдичарроҳии беморон бо истифодаи фатилазани ковокии бинӣ ва нигоҳдории нафаскашӣ тавассути бинӣ бо ёрии найчаҳои ҳавогузар муносибсозӣ карда шуд.

Дастурҳои барои истифодабарӣ: истифодаи васеи эндоскопия ва ТК ҚНБ зарур аст. Ҳаҷми амалиёти чарроҳӣ инфиродӣ бояд вобаста аз вариантҳои деформатсияи бинӣ, ҳислати эйтилолияти ковокии бинӣ ва чавфҳои наздибинигӣ ҳал карда шавад. Шустани ковокии бинӣ бо дамбаи мармараки доругӣ дар марҳилаи баъдичарроҳӣ ва парастории чиддии ҳолати бинии беруна, ковокии бинӣ ва чавфҳои наздибинигӣ мувофиқи мақсад махсуб меёбад.

Самти истифодабарӣ: оториноларингология, ринология.

АННОТАЦИЯ

Махмудназаров Махмадамин Имосович

«Хирургическая коррекция деформаций носа, сочетанных с патологией полости носа»

Ключевые слова: деформация носа, деформация носовой перегородки, патология полости носа, гипертрофия носовых раковин, патология околоносовых пазух, ринопластика, септопластика, сочетанные операции.

Цель работы: Разработка и оптимизация методов одномоментного хирургического лечения больных с деформацией наружного носа, сочетанной с патологией полости носа и околоносовых пазух.

Методы исследования и использованная аппаратура. Объектом исследования были 280 больных с деформацией наружного носа в сочетании с различной патологией полости носа и околоносовых пазух. Из них мужчин было – 185 ((66,1%), женщин – 95 (33,9%). Исследование включало эндоскопию носа с жестким и гибким эндоскопами фирмы Шторц и Olimpus. КТ ОНП(*Somatom -16*) фирмы *Siemens*), ринопневмометрию, ольфактометрию, определение двигательной активности МЦТ и рН носового секрета, бактериологическое и гистологическое исследование слизистой полости носа.

Полученные результаты и их новизна. В результате проведенных одномоментных оперативных вмешательств у больных с деформацией носа, сочетанной с патологией полости носа и ОНП во всех трех группах наблюдалось значительное улучшение показателей функционального состояния носа. Восстановление формы наружного носа отмечено у 96,7% пациентов, а хорошие результаты функционального характера получены у 98,0% обследованных. В условиях Республики Таджикистан, впервые проведено комплексное исследование по изучению клинической характеристики и функционального состояния носа у больных с деформацией носа, сочетанной с патологией носовой полости и ОНП с оптимизацией методов их одномоментного хирургического лечения и послеоперационной терапии. Усовершенствованы тактико-технические аспекты закрытой риносептопластики. Изобретены новые способы фиксации костей наружного носа после ринопластики и отслойки мукоперихондрия и мукопериоста перегородки носа с применением авторского варианта отсоса-распатора. Разработан модифицированный метод хондротомии 4-х угольного хряща с применением микроножей при септопластике и поэтапной тампонады носа после риносинусо-хирургических операций. Научно обоснован новый способ подслизистой вазотомии носовых раковин без предварительного разреза слизистой носовой раковины и УЗ дезинтеграции с латеропозицией носовой раковины. Оптимизирована тактика послеоперационного ведения больных с применением тампонады носовой полости с сохранением носового дыхания через воздухопроводные трубки.

Рекомендации по использованию: Необходимо широкое использование эндоскопии и КТ ОНП. Объем хирургического вмешательства должен решаться индивидуально в зависимости от вариантов деформации носа, характера патологии полости носа и околоносовых пазух. Целесообразно промывание полости носа настойкой шалфея лекарственного в послеоперационном периоде и тщательный уход за состоянием наружного носа, носовой полости и околоносовых пазух.

Область применения: оториноларингология, ринология.

ANNOTATION

Makhmudnazarov Makhmadamin Imosovich

"Surgical correction of nasal deformities associated with the pathology of the nasal cavity"

Key words: nasal deformity, deformity of the nasal septum, pathology of the nasal cavity, hypertrophy of the turbinates, pathology of the paranasal sinuses, rhinoplasty, septoplasty, combined operations.

Purpose of work: Development and optimization of methods for simultaneous surgical treatment of patients with deformity of the external nose, combined with pathology of the nasal cavity and paranasal sinuses.

Research methods and equipment used. The object of the study were 280 patients with deformity of the external nose in combination with various pathologies of the nasal cavity and paranasal sinuses. Of these, there were 185 men ((66.1%), women - 95 (33.9%). The study included nasal endoscopy with rigid and flexible endoscopes from Storz and Olimpus, . CT PNS (Somatom -16" by Siemens), olfactometry, determination of motor activity of MCT and pH of the nasal secretion, bacteriological and histological examination of the nasal mucosa.

The results obtained and their novelty. As a result of simultaneous surgical interventions in patients with nasal deformity combined with pathology of the nasal cavity and SNP in all three groups, a significant improvement in the functional state of the nose was observed. Restoration of the shape of the external nose was noted in 96.7% of patients, and good functional results were obtained in 98.0% of those examined. In the conditions of the Republic of Tajikistan, for the first time, a comprehensive study was conducted to study the clinical characteristics and functional state of the nose in patients with nasal deformity, combined with the pathology of the nasal cavity and SNPs, with optimization of the methods of their one-stage surgical treatment and postoperative therapy. Tactical and technical aspects of closed rhinoseptoplasty have been improved. New methods of fixing the bones of the external nose after rhinoplasty and detachment of the mucoperichondria and mucoperioste of the nasal septum using the author's version of the suction-raspator have been invented. A modified method of 4-coal cartilage chondrotomy with the use of microknives for septoplasty and staged nasal tamponade after rhinosinus surgery has been developed. A new method of submucosal turbinate vasotomy without a preliminary incision of the turbinate mucosa and ultrasound disintegration with turbinate lateroposition has been scientifically substantiated. The tactics of postoperative management of patients with the use of tamponade of the nasal cavity with the preservation of nasal breathing through the air tubes has been optimized.

Recommendations for use: Widespread use of endoscopy and CT of SNPs is needed. The volume of surgical intervention should be decided individually, depending on the variants of nasal deformity, the nature of the pathology of the nasal cavity and paranasal sinuses. It is advisable to rinse the nasal cavity with a tincture of sage officinalis in the postoperative period and carefully care for the condition of the external nose, nasal cavity and paranasal sinuses.

Scope: otorhinolaryngology, rhinology.