

ки волидон майл доранд, ки сатҳи холиснокии кӯдакони ин категорияи синну солро нисбат ба худи кӯдакон каме пасттар арзёбӣ кунанд. Натиҷаҳои бадастомада бори дигар таъсири

омилҳои мухталифи тиббӣ ва иҷтимоиро ба ҚОЛ-и кӯдак тасдиқ мекунанд.

Калимаҳои калидӣ. сифати зиндагӣ, кӯдакони синни томактабӣ, омилҳои хавф.

УДК 616.211.5-089.172

doi: 10.52888/0514-2515-2021-350-11-16

К.П. Артыков^{1,2}, К.Н. Азизов², О.Ф. Солиев¹, Н.М. Мирзоев¹

АНАЛИЗ ПРИЧИН НЕУДАЧНОЙ РИНОПЛАСТИКИ

¹*Кафедра хирургических болезней №2 ТГМУ им. Абуали ибни Сино*

²*ГУ «Республиканский научный центр сердечно сосудистой хирургии МЗиСЗН»*

Азизов Кудратулло Назруллоевич – соискатель ГУ «Республиканский научный центр сердечно-сосудистой хирургии» МЗиСЗН РТ, 734003, Республика Таджикистан, г. Душанбе, ул. Санои 33; тел.: +992988748004; E-mail: saliyev_2019@bk.ru

Цель исследования. Изучить неудачные результаты первичной ринопластики, которые требуют ревизионного вмешательства.

Материал и методы исследования. Обобщен анализ причин неудачной ринопластики у 106 пациентов, которые ранее перенесли первичную септоринопластику в различных ЛПУ Таджикистана в сроки от 1 до 7 лет. Основной причиной обращения была неудовлетворенность ранее перенесенной ринопластики.

Результаты исследования и их обсуждение. После первичной ринопластики у пациентов наиболее часто наблюдались следующие деформации: деформация кончика носа (72 пациента); деформация по типу «клюва попугая» (14 пациентов); деформация по аналогии перевернутого «V» (12 пациентов); деформация контуров спинки носа (13 пациентов); дефекты перегородки носа в нижнекаудальной области (21 пациент). Всем пациентам была показана вторичная ринопластика.

Заключение. Неудачно выполненная первичная ринопластика приводит как к дыхательной дисфункции, так и эстетическим дефектам, которые требуют выполнения более сложных вторичных оперативных вмешательств.

Ключевые слова: ринопластика, перегородка носа, дыхательная дисфункция, деформация кончика носа, эстетические дефекты.

K.P. Artykov^{1,2}, K.N. Azizov², O.F. Soliev¹, N.M. Mirzoev¹

ANALYSIS OF THE CAUSES OF UNSUCCESSFUL RHINOPLASTY

¹*Department of surgical diseases №2 of SEI Avicenna Tajik State Medical University, Dushanbe, Tajikistan*

²*SU “Republican scientific center of cardiovascular surgery» Dushanbe, Tajikistan.*

Azizov Kudratullo Nazrulloevich - applicant for the State Institution Republican Scientific Center of Cardiovascular Surgery, Ministry of Health of Tajikistan, 734003, Republic of Tajikistan, Dushanbe, st. Sanoi 33; Tel.: +992988748004; E-mail: saliyev_2019@bk.ru

Aim. To study results of unsuccessful primary rhinoplasty that require repeated interventions.

Material and methods. The work summarizes the analysis of the causes of unsuccessful rhinoplasty in 106 patients who had previously suffered a primary septorhinoplasty in various health facilities in Tajikistan in the period from 1 to 7 years. The main reason for the visit was dissatisfaction with the previous rhinoplasty.

Results and discussion. After primary rhinoplasty, patients most often had the following deformities: deformity of the tip of the nose (72 patients); deformity of the “parrot beak” type (14 patients); deformation similar to the inverted “V” (12 patients); deformation of the contours of the nasal dorsum (13 patients); defects of the nasal septum in the lower caudal region (21 patients). All patients underwent secondary rhinoplasty.

Conclusion. Unsuccessfully executed as a primary rhinoplasty leads to respiratory dysfunction and aesthetic defects that require more complex secondary surgical operations.

Keywords: rhinoplasty, nasal septum, respiratory dysfunction, deformity of the tip of the nose, aesthetic defects.

Актуальность. Известно, что количество ринопластики среди эстетических операций растет из года в год [1]. Ринопластика стала одной из востребованных операций во всех странах. Влияние формы носа на психику человека известно давно. Для пластического хирурга важно прогнозировать желание пациента, чтобы после операции не было неудовлетворительного результата. Часто требования пациента от операции завышены и не соответствуют возможностям хирурга. Пациент часто критически относится послеоперационному результату ринопластики, что увеличивает количество ревизионных ринопластик [1, 8].

Среди пациентов, которым показана ринопластика, очень часто встречается невроз, и даже шизофрения. Поэтому при планировании ринопластики необходимо иметь в виду, не имеется ли у пациента дисморфобия [6, 12].

До вторичной ринопластики хирург должен оценить наличие психологического дистресса. Большинство пациентов после первичной ринопластики во время заживления, до спадания отека мягких тканей и рубцевания имеют проявления дистресса. Дистресс очень часто встречается при вторичной ринопластике. Пациенты беспокоятся как по поводу функциональных, так и косметических проблем [2, 3, 7].

При оценке косметического результата ринопластики имеет особое значение устранение недостаточности носового дыхания, т.к. ее устранение может положительно повлиять на результат ринопластики [5, 9, 13].

Ринопластика в реконструктивной хирургии является одной из сложных оперативных вмешательств. Неправильно выполненная ринопластика сочетается как эстетическими дефектами, так и функциональными проблемами, что требует вторичной ринопластики [4, 5, 14].

Носовые клапаны образованы за счет ригидности тканей носа. При ослаблении носовых структур после ринопластики происходит коллапс тканей носа, сужение и обструкция носовых ходов, с нарушением дыхания [3, 15].

После первичной ринопластики проблемы дыхания наблюдаются в 10% случаев. Установлено, что септопластика одновременно с реконструкцией клапанов улучшает дыхание более чем в два раза [2, 11, 16].

Среди причин, которые требуют вторичную ринопластику, является деформация кожи и мягких тканей носа. С целью профилактики мягкотканых

деформаций необходимо выполнять диссекцию мягких тканей при первичной ринопластике. Эти осложнения устраняются при помощи лазера и инъекции триамцинолона. Однако эти деформации не всегда устранимы и требуют повторных вмешательств [1, 10].

Цель исследования. Изучить неудачные результаты первичной ринопластики, которые требуют ревизионного вмешательства.

Материал и методы исследования. Под нашим наблюдением были 106 пациента, которые ранее перенесли первичную септоринопластику в различных ЛПУ Таджикистана в сроки от 1 до 7 лет. Основной причиной обращения была неудовлетворенность ранее перенесенной ринопластики. Все пациенты за период с 2016 по 2021 год прошли клинико-лабораторное, функциональное обследование и хирургическое лечение. Женщин было 77 (73%), мужчин 29 (27%). Возраст пациентов варьировал от 16 до 60 лет. Среди поступивших пациентов одну операцию ринопластику перенесли 90 (84,9%), две - 12 (11,3%), три и более операции - 4 (3,8%) пациента. Из города Душанбе обратились - 64 (60,4%), Согдийской области - 15 (14,2%), Хатлонской области - 20 (18,8%) и ГБАО - 7 (6,6%) пациентов.

В основном 67 (63,2%) пациента перенесли первичную операцию септоринопластику по поводу нарушения функции дыхания. Однако у них после операции не только не было улучшение функции дыхания, но и появились эстетические проблемы. У 24 (22,6%) пациентов были выполнены неудачная ринопластика по поводу посттравматических деформаций носа. По поводу деформаций носа эстетические операции были выполнены 15 (14,2%) пациентам.

Пациенты после первичной ринопластики поступили к нам в различные сроки: через год – 15 обращений; через два года - 26; через три года – 35; через четыре года – 21; через пять лет и более - 9. Все пациенты имели нарушение функции дыхания в той или иной степени, но в основном их не удовлетворяла эстетическая деформация носа.

Всем пациентам проводили цифровую рентгенографию и по показаниям компьютерную томографию носа.

Для оценки функционального состояния дыхания мы использовали опросник NOSE (Nasal Obstruction Symptom Evaluation), который широко используется среди ринохирургов. Систему анкетирования ROE (Rhinoplasty outcome evaluation)

используется для оценки удовлетворенности пациентов полученными результатами после проведенной ринопластики. Эти два опросника позволяют одновременно дать оценку, как эстетики, так и функции. Эти опросники считаются наиболее признанными.

Полученные в ходе исследования результаты были подвергнуты статистической обработке, данные которых представлены в виде средней (М) и отклонение среднего (m). Достоверность различий проводилась по t критерию Стьюдента.

Результаты исследования и их обсуждение. При оценке неудовлетворительных результатов первичной ринопластики нами учитывались как медицинские, так и психоэмоциональные факторы. Наиболее часто встречалась истерическая личность. На втором и третьем месте по частоте встречаемости были депрессивная и параноидальная личности соответственно.

По мнению пластических хирургов не всегда понятна мотивация пациентов, которые идут на эстетическую ринопластику. Не до конца понятно мнение людей, которые наблюдают за пациентами, которые перенесли ринопластику. Изменяется ли психоэмоциональное состояние пациента с изменением внешности. В наших случаях мотивация была обусловлена желанием понравиться другим (17), карьерным ростом (19), занижением самооценки (21) и нежеланием состариться (9).

Во всех наших случаях была ранее неудачно проведенная ринопластика, которая оказалось фактором негативного влияния на психоэмоциональное состояние и нарушения личности. Следует отметить, что послеоперационный дистресс синдром нормализуется после четырех недель и достигает послеоперационного уровня через 12 недель. Поэтому результат ринопластики необходимо оценивать через три месяца после операции. В наших случаях оценка результата ринопластики была проведена через год и более.

Дисморфофобия была выявлена у 41 (38,7%) пациента. Однако, по нашим оценкам дисморфофобия была легкой и средней степени и всем этим пациентам была показана повторная операция.

После первичной ринопластики у пациентов наиболее часто были следующие деформации:

1. Деформация кончика носа (72 пациента)
2. Деформация по типу «клюва попугая» (14 пациента)
3. Деформация по аналогии перевернутого «V» (12 пациента)

4. Деформация контуров спинки носа (13 пациента)

5. Дефекты перегородки носа в нижнекаудальной области (21 пациента)

Эти деформации сочетались друг с другом, и их количество не совпадает с количеством наблюдаемых пациентов.

Деформация верхней трети носа встречались из-за недостаточной резекции спинки носа и деформаций после остеотомии.

Деформация средней трети носа проявлялись в виде «клюва попугая», седловидного носа и деформации перевернутого «V». Эти деформации развились при чрезмерной резекции хрящей спинки носа и медиализации верхних латеральных хрящей.

Деформация нижней трети носа проявились в виде ротационных деформаций носа, таких как нарушение проекции носа: «piggy nose» – поросчий нос, когда основание носа было расширено, а кончик носа деформирован. Деформации кончика носа были в виде выпячивания хрящей, ретракции крыла, свисания калумеллы и вестибулярного стеноза.

Проблемы с внутренним носовым клапаном были при медиализации верхних латеральных хрящей, после устранения горба. При чрезмерном стачивании горба рашпилем был отрыв верхних латеральных хрящей и их коллапс. Чрезмерное удаление перегородки в верхней части, низко проведенная латеральная остеотомия, сильное сужение костей спинки носа и при медиализации нижней носовой раковины была нарушена функция внутреннего носового клапана.

Проблемы после ринопластики с наружным носовым клапаном были при узком основании носа, выраженной проекции кончика, узких ноздрей, щелевидных и слабых боковых стенок носа. Резекция основания крыльев с целью уменьшения ноздрей привели к стенозу и обструкции дыхания у 2-ух пациентов. Рубцовые стенозы ноздрей были после маргинальных разрезов у трех пациентов. Обструкция нижнего носового клапана была из-за птоза кончика носа у одного пациента. Деформация каудального края перегородки в области нижней носовой раковины привела к обструкции у 3-ех пациентов.

Обструкция носового дыхания из-за: деформации межхрящевой зоны была у 2-ух пациентов; чрезмерной резекции крыльных хрящей, когда была слабость медиальных ножек нижних лате-

ральных хрящей - у одного пациента; низко проведенной латеральной остеотомии, при которой углубилась межхрящевая зона - у двух пациентов. Обструкция нижнего носового клапана была за счет вогнутости латеральной ножки нижнего латерального хряща.

Проблемы носового дыхания были при не устранённой гипертрофии нижней носовой раковины или при не устранении его нарушенного положения, т.е. не была выполнена подслизистая резекция и латерализация нижней носовой раковины у 12 пациентов.

Наиболее часто среди наших пациентов была неправильно проведенная септопластика по Киллиан (21 случаев). Этим пациентам была выполнена чрезмерная резекция каудальной части перегородки носа. В результате которого произошло западение кончика носа и дыхательная обструкция за счет наружного носового клапана. Помимо дыхательной дисфункции у пациентов появились и эстетические проблемы.

Проблемы были у пяти пациентов после гиперрезекции слабых латеральных ножек нижних латеральных хрящей. Вследствие этого произошли: дисфункция наружного носового клапана (1), прищемленный кончик носа (2), отсутствие «определенности» кончика носа (1), и нарушение проекции кончика носа (1). Все это развилось из-за разрушения опорной конструкции наружного носового клапана, что привело к нарушению дыхания и эстетической деформации носа. Это осложнение усугубилось при наличии толстой кожи.

Эстетические и функциональные проблемы были у 13 пациентов, когда при первичной операции ринопластики не были учтены короткие носовые кости, длинные и слабые верхние латеральные хрящи. Верхние латеральные хрящи находятся со своими каудальными краями в сочленении с цефалическими краями медиальных ножек нижних латеральных хрящей. Необоснованная резекция медиальных ножек ослабляет верхние латеральные хрящи. Все это приводит к ослаблению и медиализации верхних латеральных хрящей, что проявляется пролапсом в сторону внутреннего носового клапана. Остеотомия при этих случаях повышает риск осложнений на уровне средней трети носа.

«Синдром узкого носа» было у шести пациентов с чрезмерной проекцией носа, тонкой кожей, короткими носовыми костями, узким средним сводом у которых имеется высокий риск обструкции носового клапана и деформации перевернутого «V».

При тонкой коже носа после первичной ринопластики у четырех пациентов были различные осложнения. Гематома, некроз кожи, фиброз и атрофия привели к деформации структур носа.

При толстой коже носа у девяти пациентов также были проблемы при пластике кончика носа. Не следует выполнять гиперрезекцию латеральных ножек при толстой коже кончика носа для ее сужения, т.к. это приводит к нарушению эстетики и функции носа (дисфункция клапана, прищемление кончика носа, асимметрия кончика носа, ретракция крыльев).

При первичной ринопластике у 11 пациентов недооценивался носолобный угол. При этом необходимо учитывать глубокий носолобный угол носа, низкую спинку носа, выраженную проекцию и горб спинки носа.

При увеличении носолобного угла уменьшается необходимость в редукции спинки носа и происходит профилактика развития седловидного носа. Позиция латеральных ножек имеет значение для предупреждения деформаций кончика носа после операции. Для сужения кончика носа необходимо учитывать цефалическую ориентацию проекции латеральных ножек.

Не следует сшивать купола нижних латеральных хрящей для сужения кончика носа, т.к. возможен коллапс и смещение каудального края латеральной ножки книзу. Все это может привести к прищемлению кончика носа, нарушению опоры и несостоятельности наружного носового клапана. В этих случаях для контроля формы кончика носа, увеличения или уменьшения проекции кончика носа, необходимо выполнить диссекцию латеральной ножки от кожи и армирование полосками хрящевыми аутоотрансплантатами.

Заключение. Таким образом, повсеместно признано, что ринопластика является одной из наиболее сложных и часто выполняемых эстетических операций. Ринопластика выполняется пластическими хирургами, ЛОР-врачами, челюстно-лицевыми хирургами результаты которых часто бывают неудовлетворительными и требуют повторных вмешательств и коррекций. На сегодня в нашей стране нет протоколов выполнения первичной ринопластики. Квалификация ринохирургов, которые выполняют ринопластику, на достаточно низком уровне, и требует сертификации. Поэтому нами проведено выявление и систематизация причин неудачной ринопластики с целью их профилактики и разработки хирургических методов вторичной ринопластики.

ЛИТЕРАТУРА

(пп. 12-16 см. в REFERENCES)

1. Белоусов А.Е. Функциональная ринопластика. Очерки пластической хирургии / А. Е. Белоусов // СПб.: Изд-во Политехн. ун-та. – 2010. – Т. 2. – С. 512.
2. Диденко В.В. Эволюция морфофункциональных проявлений флотации перегородки носа после коррекции ее деформации / В.В. Диденко, А.Д. Гусаков, В.И. Диденко // Рос. оториноларингология. – 2011. – № 3. – С. 40-46.
3. Зайченко Б.С. Коррекция деформаций носового клапана как важный этап хирургического вмешательства по поводу нарушения носового дыхания. / Б.С. Зайченко // Российская ринология. – 2011. – № 2. – С.35-36.
4. Иванов С.А. Реконструкция крыла носа пластическим материалом на основе модифицированного пазл-loskuta / С. А. Иванов, Ю.Н. Савенко // Российская ринология. — 2017. — Т.25, №4. — С. 30–34.
5. Икромов М.К. Эстетические и функциональные аспекты риносептопластики при различных патологиях носа. / М.К. Икромов, Д.И. Холматов, М.И. Махмудназаров // Вестник Авиценны. — 2011. — №2 — С. 29-35.
6. Лопатин А.С. Ринит [Текст]: руководство для врачей / А.С. Лопатин. - М.: Литтерра, 2010. - 424 с.
7. Пискунов Г. З. Руководство по ринологии/ Г. З. Пискунов, С. З. Пискунов // М.: Литтерра. – 2011. – С. 438-439.
8. Пшениснгов К.П. Курс пластической хирургии: Руководство для врачей в 2 т / Пшениснгов К.П. Ярославль, Рыбинск: Рыбинский дом печати. – 2010. – 628 с.
9. Курбанов У.А. Редукционная ринопластика / У.А. Курбанов [и др.] // Вестник Авиценны. – 2016. – Т. 69, №4. – С. 29-33.
10. Курбанов У.А. Современный подход к диагностике и хирургическому лечению искривлений перегородки носа / У.А. Курбанов, И.Х. Махмудов, С.М. Джаноилова, Ш.И. Холов, Ж.Ю. Дадоджонов // Вестник Авиценны. - 2019. - №1(21). - С. 77-82.
11. Муродов Ш.Д. Современное состояние диагностики и комплексного лечения деформаций носовой перегородки, сочетанных с аллергическим ринитом / Ш.Д. Муродов [и др.] // Здравоохранение Таджикистана. – 2019. – №1. – С. 74-83.
3. Zaychenko B.S. Korrektsiya deformatsiy nosovogo klapanakak vazhnyy etap khirurgicheskogo vmeshatelstva po povodu narusheniya nosovogo dykhaniya [Correction of nasal valve deformities as an important step in surgery for nasal breathing disorders]. *Rossiyskaya rinologiya – Russian rhinology*, 2011, No. 2, pp. 35-36.
4. Ivanov S.A. Rekonstruktsiya kryla nosa plasticheskim materialom na osnove modifitsirovannogo pazl-lo-skuta [Reconstruction of the nasal wing with plastic material based on a modified jigsaw puzzle flap]. *Rossiyskaya rinologiya - Russian rhinology*, 2017, Vol. 25, No. 4, pp. 30-34.
5. Ikromov M.K. Esteticheskie i funktsionalnye aspekty rinoseptoplastiki pri razlichnykh patologiyakh nosa [Aesthetic and functional aspects of rhinoseptoplasty in various nasal pathologies]. *Vestnik Avitsenny – Avicenna Bulletin*, 2011, No. 2, pp. 29-35.
6. Lopatin A. S. *Rinit: rukovodstvo dlya vrachey* [Rhinitis: a guide for physicians] Moscow, Litterra Publ., 2010. 424 p.
7. Piskunov G. Z. *Rukovodstvo po rinologii* [A Guide to Rhinology]. Moscow, Litterra Publ., 2011. pp. 438-439.
8. Pshenisnov K. P. *Kurs plasticheskoy khirurgii: Rukovodstvo dlya vrachey v 2 t* [A Course in Plastic Surgery: A Manual for Physicians in 2 Volumes]. Rybinsk, Rybinskiy dom pechati Publ., 2010. 628 p.
9. Kurbanov U.A. Reduktsionnaya rinoplastika [Reduction rhinoplasty]. *Vestnik Avitsenny – Avicenna Bulletin*, 2016, Vol. 69, No. 4, pp. 29-33.
10. Kurbanov U.A. Sovremennyy podkhod k diagnostike i khirurgicheskomu lecheniyu iskrivleniy peregorodki nosa [Modern approach to the diagnostic and surgical treatment of the nasal septum curvature]. *Vestnik Avitsenny - Avicenna Bulletin*, 2019, Vol. 21, No. 1, pp. 77-82.
11. Murodov Sh.D. Sovremennoe sostoyanie diagnostiki i kompleksnogo lecheniya deformatsiy nosovoy peregorodki, sochetannykh s allergicheskim rinitom [Current state of diagnosis and complex treatment of septal deformities combined with allergic rhinitis]. *Zdravookhranenie Tadjikistana – Healthcare of Tajikistan*, 2019, No. 1, pp. 74-83.
12. Bagheri S.C. An analysis of 101 primary cosmetic rhinoplasties. *Journal of Oral and Maxillofacial Surgery*, 2012, Vol. 70, No. 4, pp. 902-909.
13. Ors S. Comparison of various rhinoplasty techniques and long-term results. *Aesthetic Plastic Surgery*, 2015, Vol. 39, No. 4, pp. 465-473.
14. Neaman K.C. Cosmetic rhinoplasty: revision rates revisited. *Aesthetic Surgery Journal*, 2013, Vol. 33, No. 1, pp. 31-37.
15. Delaney S.W. Evolution of the septoplasty: Maximizing functional and aesthetic outcomes in nasal surgery. *Mathews Journal of Otolaryngology*, 2018, No. 1, pp. 1-9.
16. Spataro E. Revision Rates and Risk Factors of 175842 Patients Undergoing Septorhinoplasty. *JAMA Facial Plastic Surgery* 2016, Vol. 18, No. 3, pp. 212-219.

REFERENCES

1. Belousov A.E. *Funktsionalnaya rinoplastika. Ocherki plasticheskoy khirurgii* [Functional Rhinoplasty. Essays on plastic surgery]. St. Petersburg, Politekhnikheskiy unstitut Publ., 2010. Vol. 2, 512 p.
2. Didenko V.V. *Evolutsiya morfofunktsionalnykh proyavleniy flotatsii peregorodki nosa posle korrektsii ee deformatsii* [Evolution of morphofunctional manifestations of nasal septal flotation after correction of septal deformity]. *Rossiyskaya otorinolaringologiya – Russian otolaryngology*, 2011, No. 3, pp. 40-46.

ХУЛОСА

К.П. Артиков, К.Н. Азизов, О.Ф. Солиев,
Н.М. Мирзоев

ТАҲЛИЛИ НОБАРОР ГУЗАШТАНИ РИНО-ПЛАСТИКА

Мақсади тадқиқот. Омӯзиши натиҷаҳои номуваффақи ринопластикаи ибтидоӣ, ки даҳолати таҷдиди назарро талаб мекунад.

Усулҳои модӣ ва тадқиқотӣ. Таҳлили сабабҳои ринопластикаи номуваффақ дар 106 беморе, ки қаблан дар муассисаҳои гуногуни тиббии Тоҷикистон септоринопластикаи аввалияро дар давоми аз 1 то 7 сол аз сар гузаронида буданд, ҷамъбаст карда шудааст. Сабаби асосии ташриф норизой аз ринопластикаи қаблӣ буд. Ҳамаи беморон дар давраи аз соли 2016 то 2021 аз муоинаи клиникӣ, лабораторӣ, функционалӣ ва табобати ҷарроҳӣ гузаронида шуданд. 77 нафаро занҳо (73%) ва 29 нафаро мардҳо (27%) буданд. Синну соли беморон аз 16 то 60-соларо ташкил меод. Дар байни беморони қабулшуда 90 нафар бемор

як маротиба (84,9%), ду нафар - 12 (11,3%), се ва зиёда амалиёт - 4 (3,8%) бемор ҷарроҳии ринопластика гузаронида буданд. Аз шаҳри Душанбе - 64 (60,4%), вилояти Суғд - 15 (14,2%), вилояти Хатлон - 20 (18,8%) ва ВМКБ - 7 (6,6%) бемор мурочиат намуданд.

Натиҷаҳои таҳқиқот ва муҳокимаи онҳо.

Пас аз ринопластикаи ибтидоӣ, беморон аксар вақт чунин иллатҳо доштанд: деформатсияи нӯги бинӣ (72 бемор); деформатсияи навъи «нули тӯй» (14 бемор); деформатсияи шабех ба «V» -и чаппа (12 бемор); деформатсияи контурҳои пуштаки бинӣ (13 бемор); нуксонҳои миёнадевори бинӣ дар минтақаи каудалии поён (21 бемор). Ба ҳама беморон нишондод барои ринопластикаи дуюмдараҷа гузошта шуд.

Хулоса. Ринопластикаи ибтидоии номуваффақ ба мушкилиҳои нафастанги ва нуксонҳои эстетикӣ оварда мерасонад, ки даҳолатҳои мураккаби ҷарроҳии дуюмдараҷаро талаб мекунад.

Калимаҳои асосӣ: ринопластика, миёнадевори бинӣ, ҳалалдор шудани нафас, деформатсияи нӯги бинӣ, нуксонҳои эстетикӣ.

УДК 613:613.8(075.8)

doi: 10.52888/0514-2515-2021-350-16-21

М.О. Бобоходжаева

СТРУКТУРА СОМАТИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ МОЛОДЕЖИ В РЕСПУБЛИКЕ ТАДЖИКИСТАН И ИХ РАНЖИРОВАНИЕ ПО ПОЛУ

ГУ «Научно-исследовательский институт акушерства гинекологии и перинатологии» РТ

Бобоходжаева Масуда Облокуловна - к.м.н., научный сотрудник ГУ «Научно-исследовательский институт акушерства гинекологии и перинатологии» Республики Таджикистан; E-mail: masuda_10@mail.ru; Тел.: (+992)919037523

Цель исследования. Изучить структуру соматической заболеваемости молодежи по данным обращаемости.

Материалы и методы исследования. Материалы исследования основаны на данных Республиканского центра медицинской статистики и информации МЗиСЗН РТ и отраслевых отчетах медико-консультативных кабинетов и отделений дружественные к молодежи при Центрах здоровья.

Результаты исследования и их обсуждение. Всего по всем регионам Таджикистана в течение двух лет (2018-2019 гг) обратились 58103 человека, в том числе юношей - 18070 (31,1%) и девушек - 40033 (68,9%). Соматические заболевания выявлены 1030 случаев среди юношей (55,1%) и 840 случаев – среди девушек (44,9%). Среди молодежи, наиболее часто встречающиеся соматические заболевания - болезни мочеполовой системы (35,3%), болезни эндокринной системы (24,1%), анемии (17,6%), гельминтозы (14,4%), и болезни органов пищеварения (10,2%).

Сочетание двух и более вышеперечисленных заболеваний выявлено преимущественно у юношей (71,4%), у девушек 28,6% соответственно. Выявлены гендерные различия в структуре заболеваемости.

Заключение. Таким образом, полученные нами данные свидетельствуют о низком индексе соматического здоровья молодежи, что безусловно, отражается на качестве жизни молодежи и создает неблагоприятный