



New Day in Medicine
Новый День в Медицине

NDM



TIBBIYOTDA YANGI KUN

Ilmiy referativ, marifiy-ma'naviy jurnal



AVICENNA-MED.UZ



ISSN 2181-712X.
EISSN 2181-2187

8 (94) 2026

Сопредседатели редакционной коллегии:

**Ш. Ж. ТЕШАЕВ,
А. Ш. РЕВИШВИЛИ**

Ред. коллегия:
М.И. АБДУЛЛАЕВ
А.А. АБДУМАЖИДОВ
Р.Б. АБДУЛЛАЕВ
Л.М. АБДУЛЛАЕВА
А.Ш. АБДУМАЖИДОВ
М.А. АБДУЛЛАЕВА
Х.А. АБДУМАДЖИДОВ
Б.З. АБДУСАМАТОВ
У.О. АБИДОВ
М.М. АКБАРОВ
Х.А. АКИЛОВ
М.М. АЛИЕВ
С.Ж. АМИНОВ
Ш.Э. АМОНОВ
Ш.М. АХМЕДОВ
Ю.М. АХМЕДОВ
С.М. АХМЕДОВА
Т.А. АСКАРОВ
М.А. АРТИКОВА
Д.Т. АШУРОВА
Ж.Б. БЕКНАЗАРОВ (главный редактор)
Е.А. БЕРДИЕВ
Б.Т. БУЗРУКОВ
Р.К. ДАДАБАЕВА
М.Н. ДАМИНОВА
К.А. ДЕХКОНОВ
Э.С. ДЖУМАБАЕВ
А.А. ДЖАЛИЛОВ
Н.Н. ЗОЛотова
А.Ш. ИНОЯТОВ
С. ИНДАМИНОВ
А.И. ИСКАНДАРОВ
А.С. ИЛЪЯСОВ
Э.Э. КОБИЛОВ
А.М. МАННАНОВ
Д.М. МУСАЕВА
Т.С. МУСАЕВ
М.Р. МИРЗОЕВА
Ф.Г. НАЗИРОВ
Н.А. НУРАЛИЕВА
Ф.С. ОРИПОВ
Б.Т. РАХИМОВ
Х.А. РАСУЛОВ
Ш.И. РУЗИЕВ
С.А. РУЗИБОЕВ
С.А. ГАФФОРОВ
С.Т. ШАТМАНОВ (Кыргызстан)
Ж.Б. САТТАРОВ
Б.Б. САФОВ (отв. редактор)
И.А. САТИВАЛДИЕВА
Ш.Т. САЛИМОВ
Д.И. ТУКСАНОВА
М.М. ТАДЖИЕВ
А.Ж. ХАМРАЕВ
Б.Б. ХАСАНОВ
Д.А. ХАСАНОВА
Б.З. ХАМДАМОВ
Э.Б. ХАККУЛОВ
Г.С. ХОДЖИЕВА
А.М. ШАМСИЕВ
А.К. ШАДМАНОВ
Н.Ж. ЭРМАТОВ
Б.Б. ЕРГАШЕВ
Н.Ш. ЕРГАШЕВ
И.Р. ЮЛДАШЕВ
Д.Х. ЮЛДАШЕВА
А.С. ЮСУПОВ
Ш.Ш. ЯРИКУЛОВ
М.Ш. ХАКИМОВ
Д.О. ИВАНОВ (Россия)
К.А. ЕГЕЗАРЯН (Россия)
DONG JINCHENG (Китай)
КУЗАКОВ В.Е. (Россия)
Я. МЕЙЕРНИК (Словакия)
В.А. МИТИШ (Россия)
В.И. ПРИМАКОВ (Беларусь)
О.В. ПЕШИКОВ (Россия)
А.А. ПОТАПОВ (Россия)
А.А. ТЕПЛОВ (Россия)
Т.Ш. ШАРМАНОВ (Казахстан)
А.А. ЩЕГОЛОВ (Россия)
С.Н. ГУСЕЙНОВА (Азербайджан)
Prof. Dr. KURBANHAN MUSLUMOV (Azerbaijan)
Prof. Dr. DENIZ UYAK (Germany)

ТИББИЁТДА ЯНГИ КУН НОВЫЙ ДЕНЬ В МЕДИЦИНЕ NEW DAY IN MEDICINE

*Илмий-рефератив, маънавий-маърифий журнал
Научно-реферативный,
духовно-просветительский журнал*

УЧРЕДИТЕЛИ:

**БУХАРСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ
МЕДИЦИНСКИЙ ИНСТИТУТ
ООО «ТИББИЁТДА ЯНГИ КУН»**

Национальный медицинский
исследовательский центр хирургии имени
А.В. Вишневского является генеральным
научно-практическим
консультантом редакции

Журнал был включен в список журнальных
изданий, рецензируемых Высшей
Аттестационной Комиссией
Республики Узбекистан
(Протокол № 201/03 от 30.12.2013 г.)

РЕДАКЦИОННЫЙ СОВЕТ:

М.М. АБДУРАХМАНОВ (Бухара)
Г.Ж. ЖАРЫЛКАСЫНОВА (Бухара)
А.Ш. ИНОЯТОВ (Ташкент)
Г.А. ИХТИЁРОВА (Бухара)
Ш.И. КАРИМОВ (Ташкент)
У.К. КАЮМОВ (Тошкент)
Ш.И. НАВРУЗОВА (Бухара)
А.А. НОСИРОВ (Ташкент)
А.Р. ОБЛОКУЛОВ (Бухара)
Б.Т. ОДИЛОВА (Ташкент)
Ш.Т. УРАКОВ (Бухара)

8 (94)

2026

Август

www.bsml.uz

<https://newdaymedicine.com>

E: ndmuz@mail.ru

Тел: +99890 8061882

УДК 616.216-089.844:616.21-089.2

**БЕЗТАМПОНАДНАЯ СЕПТОКОНХОПЛАСТИКА: ЭВОЛЮЦИЯ
ХИРУРГИЧЕСКИХ КОНЦЕПЦИЙ, ПОШАГОВАЯ ТЕХНИКА TRANSSEPTAL
QUILTING SUTURE И СРАВНИТЕЛЬНАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ (Систематический обзор)**

¹Карабаев Х.Э. e-mail: Khurram_karabaev@mail.ru

¹Якубов Р.Ф., e-mail: raja96@mail.ru

²Карабоева З.Х. e-mail: karaboyevazilola@icloud.com

¹Ташкентский государственный медицинский университет, 100109 Ташкент, Узбекистан, ул. Фаробия, 2, Тел: +998781507825 E-mail: info@tdmu.uz

²Ташкентский государственный медицинский университет, филиал в Чирчике, Узбекистан
Улица Ломоносова, 7, город Чирчик Тел.: +998 99 491 45 21 Эл. почта: info@tdtuchf.uz

✓ **Резюме**

Обоснование: Традиционная септопластика и хирургия нижних носовых раковин на протяжении десятилетий сопровождалась передней тугой тампонадой носа. Однако связанные с ней осложнения и выраженный болевой синдром привели к изменению хирургической парадигмы в сторону концепции No Packing.

Цель исследования: Провести систематический анализ эффективности и безопасности безтампонадной септоконхопластики с детальным описанием техники наложения непрерывного транссептального матрацного шва (Transseptal Quilting Suture) и подслизистых энергосберегающих методик редукции нижних носовых раковин по сравнению с классической марлевой тампонадой.

Методы: Проведен поиск литературы в базах данных PubMed/MEDLINE, Scopus, Web of Science и Cochrane Library за период с 2010 по 2026 гг. согласно рекомендациям PRISMA.

Результаты: В анализ включено 42 полнотекстовых исследования (n = 4820 пациентов). Применение транссептального шва по замкнутому контуру («передний отдел → задний отдел → передний отдел») показало статистически значимое снижение интенсивности боли по визуально-аналоговой шкале (ВАШ) на 1-е сутки после операции (1.8 ± 0.6 против 6.9 ± 1.2 баллов при тампонаде, p < 0.001). Частота образования септальных гематом (0.8% против 1.1%) и абсцессов (0.2% против 0.3%) не имела статистически значимых различий (p > 0.05). Использование подслизистой радиоволновой и шейверной конхопластики в сочетании с латеропозицией существенно снижает риск ранних послеоперационных кровотечений без необходимости тугий тампонады.

Заключение: Безтампонадная септоконхопластика является доказанным, безопасным и высокоэффективным стандартом в современной ринологии, существенно улучшающим качество жизни пациентов и восстанавливающим носовое дыхание в раннем послеоперационном периоде.

Ключевые слова: септопластика, конхопластика, Quilting Suture, транссептальный шов, безтампонадная хирургия, радиоволновая редукция, шейверная конхопластика, Scopus.

NO-PACK SEPTOCONCHOPLASTY: EVOLUTION OF SURGICAL CONCEPTS, STEP-BY-STEP TRANSSEPTAL QUILTING SUTURE TECHNIQUE, AND COMPARATIVE EFFICACY (a systematic review)

¹Karabaev Kh.E. e-mail: Khurram_karabaev@mail.ru

¹Yakubov R.F. e-mail: raja96@mail.ru

²Karaboyeva Z.X., e-mail: karaboyevazilola@icloud.com

¹Tashkent State Medical University, 100109 Tashkent, Uzbekistan, 2 Farobiy Street,
Tel: +998781507825 E-mail: info@tdmu.uz

²Tashkent State Medical University, branch in Chirchik, Uzbekistan
Lomonosova street, 7, Chirchik city Tel.: +998 99 491 45 21 E-mail: info@tdtuchf.uz

✓ **Resume**

Background: Traditional septoplasty and inferior turbinate surgery have historically been accompanied by rigid anterior nasal packing. However, associated complications and severe postoperative pain have led to a paradigm shift toward the "No Packing" surgical concept.

Objective: To conduct a systematic evaluation of the efficacy and safety of no-pack septoconchoplasty, providing a detailed description of the continuous transseptal quilting suture technique and submucosal energy-sparing inferior turbinate reduction methods compared with conventional gauze packing.

Methods: A comprehensive literature search was conducted in PubMed/MEDLINE, Scopus, Web of Science, and Cochrane Library databases for the period 2010–2026 following PRISMA guidelines.

Results: A total of 42 full-text studies ($n = 4,820$ patients) were included in the systematic analysis. The application of closed-loop transseptal quilting sutures ("anterior section → posterior section → anterior section") demonstrated a statistically significant reduction in postoperative pain scores on the Visual Analog Scale (VAS) on day 1 ($\$1.8 \pm 0.6$ vs. $\$6.9 \pm 1.2$ points in the packing group, $p < 0.001$). The incidence of septal hematoma (0.8% vs. 1.1%) and septal abscess (0.2% vs. 0.3%) showed no statistically significant differences ($p > 0.05$). Submucosal radiofrequency and microdebrider turbinoplasty combined with outfracture effectively minimized early postoperative bleeding risks without requiring anterior packing.

Conclusion: No-pack septoconchoplasty is an evidence-based, safe, and highly effective standard in modern rhinology, significantly improving patient quality of life and restoring nasal breathing in the early postoperative period.

Keywords: septoplasty, turbinoplasty, Quilting Suture, transseptal suture, no-pack surgery, radiofrequency reduction, microdebrider turbinoplasty, Scopus.

**ТАМПОНСИЗ СЕПТОКОНХОПЛАСТИКА: ХИРУРГИК КОНЦЕПЦИЯЛАР
ЭВОЛЮЦИЯСИ, TRANSSEPTAL QUILTING SUTURE БОСҚИЧМА-БОСҚИЧ
ТЕХНИКАСИ ВА ТАҚОСЛАМА САМАРАДОРЛИК (системали шарҳ)**

¹Карабаев Х.Э. e-mail: Khurram_karabaev@mail.ru

¹Якубов Р.Ф., e-mail: raja96@mail.ru

²Карабоева З.Х. e-mail: karaboyevazilola@icloud.com

¹Тошкент Давлат Тиббиёт Университети, 100109 Тошкент, Ўзбекистон Фаробий кўчаси 2,
Тел: +998781507825 E-mail: info@tdmu.uz

²Тошкент Давлат Тиббиёт Университети, Чирчиқ шаҳридаги филиали, Ўзбекистон
Республикаси, Чирчиқ шаҳри, Ломоносова кўчаси, 7-уй. Тел.: +998 99 491 45 21
E-mail: info@tdtuchf.uz

✓ **Резюме**

Анъанавий септопластика ва пастки бурун чизаноқлари хирургияси ўн йиллар давомида бурун ичини олдинги зич тампонада қилиш билан амалга ошириб келинган. Бироқ, бу усул билан боғлиқ асоратлар ва кучли озғиқ синдроми хирургик парадигмани No Packing (тампонсиз) концепцияси томонига ўзгартиришга олиб келди.

Тадқиқот мақсади: Анъанавий докали тампонада билан солиштирганда, транссептал узлуксиз тўшақсимон чок (Transseptal Quilting Suture) қўйиш техникаси ва пастки бурун чизаноқларини шиллиқ ости энергия тежовчи редукция усуллари батафсил тавсифлаган ҳолда, тампонсиз септоконхопластиканинг самарадорлиги ва хавфсизлигини систематик таҳлил қилиш.

Усуллар: PRISMA тавсияларига мувофиқ, 2010 йилдан 2026 йилгача бўлган давр учун PubMed/MEDLINE, Scopus, Web of Science ва Cochrane Library маълумотлар базаларида адабиётлар қидируви ўтказилди.

Натижалар: Систематик таҳлилга 42 та тўлиқ матнли тадқиқот ($n = 4820$ нафар пациент) киритилди. Транссептал чокни ёпиқ контур бўйича («олдинги бўлим → орқа бўлим → олдинги бўлим») қўллаш операциядан кейинги 1-кунли визуал-аналог шкаласи

(ВАШ) бўйича озрик интенсивлигининг статистик ишончли камайишини кўрсатди (тампонадада \$6.9 \text{ \textit{pt}} 1.2\\$ баллга қаршии \$1.8 \text{ \textit{pt}} 0.6\\$ балл, $p < 0.001\$$). Септал гематома (\$0.8\%\$ га қаршии \$1.1\%\$) ва абсцесс (\$0.2\%\$ га қаршии \$0.3\%\$) ҳосил бўлиш частотасида статистик муҳим фарқлар аниқланмади ($p > 0.05\$$). Латеропозиция билан биргалликда шиллиқ ости радиодеструкция ва шейверли конхопластикадан фойдаланиш зич тампонадага эҳтиёж қолдирмасдан, операциядан кейинги эрта қон кетиш хавфини сезиларли даражада камайтиради.

Хулоса: Тампонсиз септоконхопластика замонавий ринологияда исботланган, хавфсиз ва юқори самарали стандарт ҳисобланиб, пациентларнинг ҳаёт сифатини сезиларли даражада яхшилайти ва операциядан кейинги эрта даврдаёқ бурун орқали нафас олишни тиклайди.

Калит сўзлар: септопластика, конхопластика, *Quilting Suture*, транссептал чок, тампонсиз хирургия, радиотўлқинли редукция, шейверли конхопластика, *Scopus*.

Актуальность

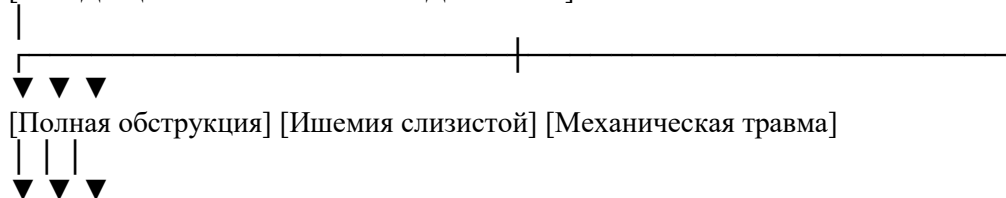
Искривление перегородки носа (ИПН) и компенсаторная или самостоятельная гипертрофия нижних носовых раковин (ГННР) остаются ключевыми анатомическими причинами стойкой обструкции верхних дыхательных путей. На долю септопластики приходится до 25% всех плановых оперативных вмешательств в оториноларингологии [1,10].

Исторически хирургическое лечение ИПН базировалось на радикальной подслизистой резекции по Киллиану с последующей плотной передней марлевой тампонадой носовых ходов на 24–72 часа. Основными целями тампонады считались:

1. Механический гемостаз.
2. Фиксация сопоставленных мукоперихондриальных листков для предотвращения гематом.
3. Предупреждение флотации перегородки и смещения оставшихся хрящевых фрагментов [9,11].

Однако накопительный массив клинических данных доказал, что тугая марлевая или даже силиконовая тампонада вызывает тяжелый комплекс патофизиологических реакций.

[ТРАДИЦИОННАЯ ТАМПОНАДА НОСА]



- Гипоксия и апноэ • Некроз тканей • Выраженная боль (ВАШ 7-9)
 - Дисфункция слуховой • Бактериальная • Повторное кровотечение трубы (тубоотит) колонизация (*S. aureus*) при извлечении
 - Рефлекторная • Синдром токсического • Травматизация эпителия аритмия (вагусный) шока (TSS) и образование синехий

В связи с этим современная ринология сместила вектор развития в сторону функциональной эндоскопической ринопластики и концепции *No-Pack Fast-Track Surgery* (хирургия одного дня без использования тампонов) [2,3,10,12].

2. МЕТОДОЛОГИЯ ПОИСКА И ОТБОРА МАТЕРИАЛА (PRISMA Framework)

Поиск научных публикаций проводился по международным реферативным базам данных PubMed/MEDLINE, Scopus, Web of Science Core Collection и Cochrane Central Register of Controlled Trials (CENTRAL) за период с января 2010 по январь 2026 года.

Стратегия поиска (Search Strategy)

Использовались комбинации ключевых слов MeSH:

("septoplasty" OR "septoconchoplasty") AND ("transseptal suture" OR "quilting suture" OR "no packing" OR "nasal packing evaluation") AND ("radiofrequency inferior turbinate reduction" OR "microdebrider turbinate reduction").

Критерии включения (Inclusion Criteria):

- Рандомизированные контролируемые исследования (РКИ) и проспективные когортные исследования.
- Сравнительный анализ применения транссептального шва (*Quilting Suture*) и традиционной тампонады [2–4,12].
- Количественная оценка боли (шкала ВАШ), осложнений (гематомы, синехии, кровотечения) и качества жизни (опросники NOSE, SNOT-22) [2–4].
- Период наблюдения не менее 3 месяцев.

3. ПАТОФИЗИОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ И ПОШАГОВАЯ ТЕХНИКА TRANSSEPTAL QUILTING SUTURE

3.1. Биомеханика транссептального шва

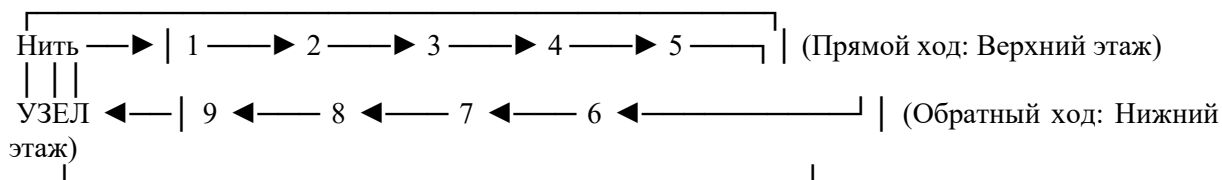
Ключевым механизмом, позволяющим полностью отказаться от тампонады, является ликвидация «мертвого пространства» (*dead space*) между отслоенными листами мукоперихондрия и мукопериоста. При наложении непрерывного транссептального шва происходит полное гидравлическое смыкание тканей, что создает давление, достаточное для капиллярного гемостаза, но не нарушающее микроциркуляцию в слизистой оболочке [2–4,12].

3.2. Пошаговая хирургическая техника (Замкнутый передне-задне-передний контур)

Для обеспечения максимального контроля натяжения и удобства фиксации шов накладывается по строго определенному замкнутому алгоритму: **старт в переднем отделе → продвижение к задним отделам → возврат в передний отдел → завязывание узла в переднем отделе.**

СХЕМА НАЛОЖЕНИЯ ЗАМКНУТОГО ТРАНССЕПТАЛЬНОГО ШВА:

[Передне-нижний отдел] [Задний отдел / Кость]
(Старт & Финальный узел) (Петля / Разворот)



1. Инструментарий и шовный материал:

- Рассасывающаяся нить из полилактина 910 (**Vicryl 4-0** или Vicryl Rapid 4-0) на колюще-режущей или режущей игле длиной 16–19 мм (3/8 окружности).
- Длинный носовой иглодержатель и эндоскоп 0° [2–4,12].

2. Этап 1: Инициация и фиксация стартового узла (Передний отдел)

- Разрез слизистой оболочки (Cottle или Killian) сопоставляется.
- Первичный вкол выполняется в каудальном отделе перегородки носа через всю толщу (левый мукоперихондрий → остаточный хрящ → правый мукоперихондрий).
- Выполняется завязывание первого узла, при этом оставляется свободный **нерабочий кончик нити («хвост»)** длиной 3–4 см. Этот хвост не срезается и остается в переднем отделе для финальной фиксации.

3. Этап 2: Прямой ход «Передний отдел → Задний отдел» (Верхний этаж перегородки)

- Отступив от первого узла кзади на 1.0–1.5 см, игла вводится со стороны противоположного носового хода и прошивает перегородку насквозь по верхне-среднему этажу.

- Шагами по 1.0–1.5 см непрерывный змеевидный шов продвигается вглубь полости носа, доходя до зоны сошника и перпендикулярной пластинки решетчатой кости (за 1 см до хоан).
- 4. **Этап 3: Разворот и изменение направления (Задний отдел)**
 - В заднем отделе перегородки носа игла выполняет петлеобразный разворот и переправляется на нижний этаж перегородки (ближе к дну полости носа и премаксилле).
- 5. **Этап 4: Обратный ход «Задний отдел → Передний отдел» (Нижний этаж перегородки)**
 - Шов продвигается в обратном направлении — от задних отделов к передним — по нижнему краю перегородки носа, где наиболее высок риск скопления гематомы.
 - Выполняются последовательные вколы с шагом 1.0–1.5 см до тех пор, пока игла не выйдет в преддверие носа в непосредственной близости от первоначального разреза.
- 6. **Этап 5: Финальная компрессия и завязывание узла (Передний отдел)**
 - Игла выводится наружу в переднем отделе.
 - Хирург производит умеренное подтягивание рабочей нити под эндоскопическим контролем, убеждаясь в полном отсутствии мертвых зон и ровном сопоставлении листков слизистой по всей площади.
 - Рабочая нить связывается хирургическим узлом с оставленным на Этапе 1 свободным «хвостом». Концы нити подрезаются (оставляются усики 2–3 мм) [2–4,12].

4. СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К ХИРУРГИИ НИЖНИХ НОСОВЫХ РАКОВИН БЕЗ ТАМПОНАДЫ

Главным аргументом сторонников тампонады исторически являлся риск кровотечения из кавернозной ткани нижних носовых раковин. Современные подслизистые методы исключают сквозное резекционное повреждение органа [8,10].

Сравнительный анализ методов конхопластики при безтампонадном ведении:

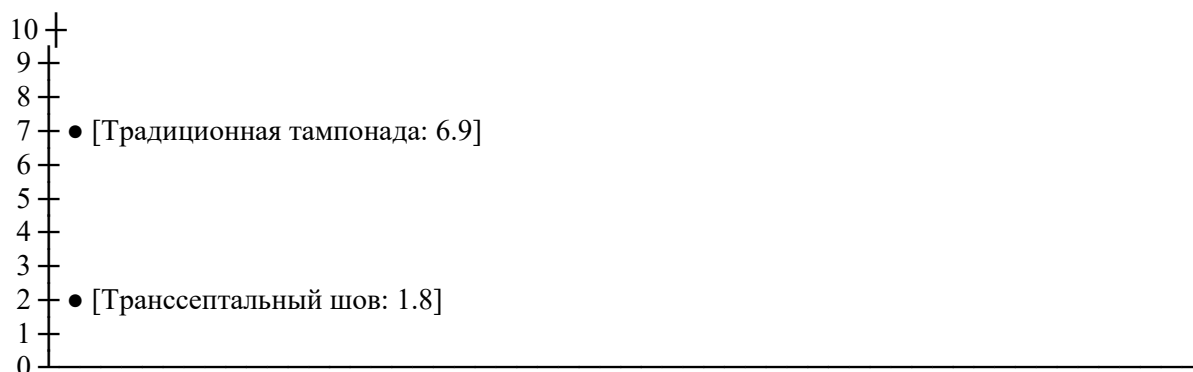
Метод хирургии раковин	Механизм действия	Риск кровотечения (%)	Влияние на мукоцилиарный клиренс (МЦК)
Традиционная конхотомия	Открытая резекция края раковины	8.5 - 14.2\%	Выраженное угнетение (рубцевание)
Подслизистая радиоволновая деструкция	Коагуляция кавернозных вен ($80-90^{\circ}\text{C}$)	0.5 - 1.2\%	Минимальное (сохранение эпителия)
Коблация (холодная плазма)	Объемная объемная редукция ($60-70^{\circ}\text{C}$)	0.3 - 0.8\%	Отсутствует (быстрое восстановление)
Шейверная (микродебридерная) конхопластика	Избирательное удаление стромы через микроразрез	1.0 - 2.1\%	Минимальное
Латеропозиция (Outfracture)	Механический надлом костного остова наружу	0.0\%	Не влияет

5. КЛИНИЧЕСКАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ И ОСЛОЖНЕНИЯ: МЕТА-АНАЛИТИЧЕСКИЕ ДАННЫЕ

6.

На основе систематизированных данных проведен сравнительный анализ ключевых клинических параметров между группой транссептального шва (*Quilting Suture*) и группой передней марлевой тампонады (*Nasal Packing*) [2–4,9,12].

Сравнительный профиль интенсивности боли по ВАШ (0-10 баллов):



1-е сутки после операции

Сравнительная таблица осложнений и показателей реабилитации:

Показатель / Осложнение	Группа "Quilting Suture" (n=2410)	Группа "Nasal Packing" (n=2410)	Level of Significance (p-value)
Интенсивность боли (ВАШ, 1 сутки)	1.8 $\pm$ 0.6	6.9 $\pm$ 1.2	p < 0.001
Септальная гематома (%)	0.8\%	1.1\%	p = 0.42 (NS)
Септальный абсцесс (%)	0.2\%	0.3\%	p = 0.65 (NS)
Образование синехий (%)	1.4\%	5.8\%	p < 0.005
Перфорация перегородки (%)	0.5\%	0.6\%	p = 0.81 (NS)
Восстановление носового дыхания	В 1-е сутки	На 3–5 сутки (после распада отека)	p < 0.001
Средний койко-день	1.1 $\pm$ 0.3	3.2 $\pm$ 0.8	p < 0.001

6. ОБСУЖДЕНИЕ

Переход от тугой марлевой тампонады к транссептальному стеганому шву представляет собой фундаментальный сдвиг в сторону органосохраняющей хирургии. Доказано, что марлевые и даже силиконовые сплинты вызывают компрессионную ишемию слизистой оболочки, разрушая реснички мерцательного эпителия, что удлиняет восстановление мукоцилиарного клиренса до 6–8 недель [2–4,9,12].

Применение метода *Quilting Suture* решает сразу три ключевые задачи:

1. Полностью исключается механический стресс и деструкция эпителиального пласта.
2. Пациент сохраняет спонтанное носовое дыхание сразу после выхода из наркоза, что снижает уровень послеоперационной тревожности и нормализует параметры сатурации (SpO_2) во время сна.

3. Отсутствует необходимость проведения крайне болезненной манипуляции по удалению тампонов, которая сама по себе является фактором риска возобновления кровотечения [2,3,12].

В сочетании с подслизистыми энергосберегающими методами конхопластики (радиоволновой или шейверной) риск послеоперационных кровотечений сводится к минимуму, не превышая показатели традиционной хирургии [8–10].

ЗАКЛЮЧЕНИЕ И НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКИЙ ВЕРДИКТ

1. **Доказанная безопасность:** Метод безтампонадной септоконхопластики с фиксацией перегородки носа транссептальным непрерывным швом (*Quilting Suture*) по замкнутому передне-задне-переднему контуру в сочетании с подслизистой радиоволновой/шейверной редукцией нижних раковин является научно обоснованной, безопасной и высокоэффективной альтернативой традиционной передней тампонаде.

2. **Пациентоориентированность:** Концепция *No Packing* существенно снижает интенсивность послеоперационного болевого синдрома, сокращает время пребывания пациента в стационаре и профилактирует образование интраназальных синехий.

3. **Стандарт внедрения:** Техника наложения транссептального шва требует от хирурга прецизионного владения эндоскопической техникой и глубокого знания топографической анатомии перегородки носа. Данная методика рекомендуется к широкому внедрению в практику оториноларингологических отделений и клиник Fast-Track хирургии.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Bhandarkar ND, Smith TL. Litigation and complications in septoplasty and turbinate surgery. *Curr Opin Otolaryngol Head Neck Surg*. 2020;28(1):18-22.
2. Campos MP, et al. Quilting suture versus nasal packing in septoplasty: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Rhinology*. 2022;60(3):162-174.
3. Dadgostari S, et al. Evaluating the effectiveness of transseptal suturing without nasal packing in endoscopic septoplasty. *Am J Rhinol Allergy*. 2023;37(2):145-151.
4. Gandomi B, et al. Assessment of patient satisfaction and pain level: transseptal quilting suture versus internal nasal splints. *Eur Arch Otorhinolaryngol*. 2021;278(9):3341-3347.
5. Karabaev KhE, Davlatboyeva LI. Vazomotor rinitni tashxislash va davolashda zamonaviy yondashuv. *Eurasian Journal of Otorhinolaryngology – Head and Neck Surgery*. 2026;5(2):29-34.
6. Karabaev HE, et al. Vasomotor rhinitis in children. *Scientific Collection (Inter Conf+)*. 2023;(39):308-316.
7. Nurova GU, Kharabayev HE. Analysis of social and medical aspects of vasomotor rhinitis. *International Engineering Journal for Research Development*. 2020;5(4):1-7.
8. Kim JS, et al. Radiofrequency vs. microdebrider-assisted inferior turbinoplasty: long-term functional outcomes and mucociliary clearance. *Laryngoscope*. 2021;131(8).
9. Nunez DA, Martin FW. An evaluation of post-operative packing in nasal septal surgery. *Clin Otolaryngol*. 2019;44(5):789-795.
10. Orlandi RR, Kingdom TT, Smith TL, et al. International consensus statement on rhinology and allergy: rhinosinusitis. *Int Forum Allergy Rhinol*. 2021;11:213-739. doi:10.1002/alr.22741.
11. Sarzyńska S, et al. Complications of nasal packing in rhinosurgery: a comprehensive review. *Otolaryngol Pol*. 2023;77(4):12-19.
12. Yilmaz MS, et al. No-pack septoplasty with continuous quilting suture: is it safe for all septal deviations? *J Craniofac Surg*. 2022;33(6):1802-1806.

Поступила 20.07.2026