

Минздрава России, [Электронный ресурс] –URL: bogtanmih@mail.ru

3. Душанова Г.А., Набиева Ф.С., Садинова М.Ж., Нурматова Д.М. Анализ взаимосвязей параметров иммунного гомеостаза с состоянием системы ПОЛ-АОС// Вестник науки и образования. № (105) часть 2- 2021, С.63-69

4. Ибрагимова, Н.С. Ибрагимова. Роль гомоцистеина в патогенезе синдрома поликистозных яичников у женщин Б.Ф. //international scientific review. Вып. 3,-2020, С.3

5. Юсупова Н.А.Негмаджонов Б.Б.Бердиярова Ш.Ш. Роль сбалансированной микрофлоры в поддержании гомеостаза влагалища// Достижения науки и образования - № 14. 2020, С. 74-77.

УДК: 617.77-089.844

## СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ ВЫЯВЛЕНИЯ ПРИЧИНЫ ДЕФОРМАЦИИ ВЕК У ЖЕНЩИН РЕПРОДУКТИВНОГО ВОЗРАСТА

*Кодирова М.К. <https://orcid.org/my-orcid?orcid=0009-0003-4432-0217>*

*Бухарский государственный медицинский институт*

*Резюме:* В статье изложены методы хирургической коррекции деформаций и преимущества послеоперационной реабилитации у женщин фертильного возраста, страдающих опущением век с возрастом.

*Ключевые слова:* блефаропластика, фертильный возраст, реконструктивная хирургия, эстетическая хирургия, эффективность реабилитации, деформации век.

## РЕПРОДУКТИВ ЁШДАГИ АЁЛЛАРДА КЎЗ ҚОВОҚЛАРИ ДЕФОРМАСИЯСИ САБАБИНИ АНИҚЛАШНИНГ ҚИЁСИЙ ТАҲЛИЛИ

*Қодирова М.К. <https://orcid.org/my-orcid?orcid=0009-0003-4432-0217>*

*Бухоро давлат тиббиёт институти*

*Резюме* Мақолада деформацияларни жарроҳлик йўли билан тузатиш усуллари ва ёши билан кўз қовоқлари тушишидан азият чекадиган фертил ёшдаги аёлларда операциядан кейинги реабилитациянинг афзалликлари кўрсатилган.

*Калит сўзлар:* блефаропластика, фертил ёш, реконструктив жарроҳлик, эстетик жарроҳлик, реабилитация самарадорлиги, кўз қовоқлари деформацияси

## COMPARATIVE ANALYSIS OF IDENTIFYING THE CAUSE OF EYELID DEFORMATION IN WOMEN OF REPRODUCTIVE AGE

*Kodirova M.K. <https://orcid.org/my-orcid?orcid=0009-0003-4432-0217>*

*Bukhara State Medical Institute*

*Summary:* The article outlines methods of surgical correction of deformities and the advantages of postoperative rehabilitation in women of fertile age suffering from drooping eyelids with age.

*Key words:* blepharoplasty, fertile age, reconstructive surgery, aesthetic surgery, effectiveness of rehabilitation, eyelid deformities.

**Введение.**Основной вопрос реабилитации женщин фертильного возраста с дефектами век связан с необходимостью сохранения или одновременного восстановления формы, функций век, нормальных анатомических соотношений тканей. По этиологии дефекты бывают врожденными и приобретенными, различны по клиническим проявлениям и функциональным нарушениям, но практически во всех случаях влекут за собой психологические проблемы из-за ухудшения внешнего вида человека и снижения качества его жизни [1, 6, 16, 19].

Так, врожденные деформации век и мягких тканей периорбитальной области возникают при косых назоорбитальных или ороорбитальных атипичных расщелинах лица и являются достаточно редкими (1:100 000) пороками развития. Особенностью лечения таких пациентов является невозможность полного устранения сложных деформаций с использованием только челюстно-лицевого или офтальмологического доступа, так как для большинства этих дефектов характерны эктропион, выворот, колобомы век, микро- или анофтальмия, назо-максиллярная гипоплазия, нарушение слезоотводящего аппарата, деформации скулоорбитального комплекса [4, 10, 15].

В общей структуре травматизма травмы челюстно-лицевой области составляют около 40 % и имеют тенденцию к росту в среднем на 2 % в год, причем большинство пострадавших в возрасте от 20 до 50

лет, то есть в период наибольшей трудоспособности. емкость [3, 9, 12,]. Среди больных с поражением костей лицевого скелета на скулоорбитальный комплекс приходится 37,5%. Переломы сочетаются с повреждением глазного яблока в 6,6% случаев [2, 8, 18, 20].

Посттравматические дефекты век представляют определенную сложность реконструкции [7, 13, 17]. Практически не освещены в литературе методы профилактики этих дефектов и методы восстановительного лечения после операций блефаропластики. Остаются открытыми вопросы рационального выбора донорской зоны для забора тканей или выкраивания лоскутов с точки зрения достаточности объема, жизнеспособности, эстетического соответствия, возможности одновременного использования различных имплантатов или трансплантатов для воссоздания или укрепления опорных структур век. [5, 11, 14].

Таким образом, все вышеизложенное послужило основанием для проведения исследований и разработки системы комплексной реабилитации больных с приобретенными и врожденными дефектами век.

**Цель исследования.** Повышение эффективности методов реабилитации после хирургической коррекции деформации век у женщин репродуктивного возраста.

**Материалы и методы исследования.** Исследование основано на анализе клинических наблюдений и результатов хирургического и восстановительного лечения 55 больных с врожденными и приобретенными деформациями и дефектами век. Все больные были разделены на 2 группы в зависимости от клинических проявлений и наличия тканевой недостаточности. Перед операцией всем больным проводили общеклиническое обследование, которое включало: рентгенографию органов грудной клетки, ЭКГ, общий и биохимический анализы крови, анализ мочи.

**Результаты исследования.** Отмечено, что при поверхностных дефектах век у больных первой группы (28 человек) независимо от площади повреждения эффективна аутоотрансплантация свободного кожного лоскута с последующей ранней механической дермабразией.

Наиболее сложными для реконструкции были пациенты с краевыми дефектами век (2,9%), которым требовалось восстановление всех слоев века и цилиарного края. Благодаря применению усовершенствованного метода устранения краевого дефекта во всех

случаях удалось устранить лагофталм, добиться правильной формы, хорошего прилегания травмированного века к главному яблоку в 2-3 этапа, включающее укрепление нижнего века и бесплатная аутотрансплантация волосяных фолликулов без осложнений.

При тотальных, субтотальных и больших дефектах брови оптимальным оказалось использование классического височного артериализованного лоскута на скрытой сосудистой ножке и аутотрансплантации малых лоскутов трансплантата, содержащих 1-2 волосяных фолликула.

Преимуществом специалистов, совместная работа с офтальмологом и сочетание различных операций (дакриоцисториностомия с репозицией и/или пластикой внутреннего угла глаза, устранение лагофталма с коррекцией симблефарона) позволили сократить количество этапов и, соответственно, реабилитационный период у больных с функциональными нарушениями органа зрения.

У пациенток 2-й группы (27 женщин) с инволюционными деформациями век после различных видов в раннем и позднем послеоперационном периоде и/или броупексии отрицательных изменений анатомо-оптических параметров глаза не выявлено. Применение усовершенствованного метода ЭБВ у 22,9% пациентов улучшило распределение кожи после ее иссечения и сформировало естественную «мягкую» складку верхнего века. Дополнительная резекция мышечного участка у наружного угла глаза способствует идеальному распределению тканей без образования наружных конусов.

У пациентов с деформацией, гипоплазией или аплазией складки верхнего века удалось получить оптимальные результаты при сочетании методик: 1) улучшенной ЭБВ, 2) щадящей резекции тканей; 3) септо-апоневротическая фиксация при формировании складки; 4) рассечение косых волокон тарзоорбитальной фасции. Однако при блефарохалазисе прочные связи после подобных приемов сохранялись только в течение 6-8 мес, затем несколько уменьшались глубина и четкость складки, а через 1, 3 и 5 лет складки имели характерные признаки гипоплазии.

Как показал анализ полученных результатов, у 37,5% пациентов, у которых имелся риск развития ретракции века, потребовалось изменение хирургической тактики. Применение

усовершенствованной НЭБ у этих пациентов значительно улучшило эстетический результат и позволило избежать послеоперационной ретракции века, несмотря на то, что в раннем послеоперационном периоде в 11% случаев отмечались хемоз и лимфостаз. Укрепление нижнего века с помощью имплантата Ecoflon PTFE или аутологичного хряща ушной раковины позволило сохранить стабильное положение века и хорошее прилегание к главному яблоку при гиперэластичности тканей и гипотензии век. Обязательными были миопексия и кантопексия. этапы, а щадящая резекция тканей была основным условием. Подобный доступ был эффективно применен у всех 19,7% больных с инволюционными деформациями век в сочетании с контурированием скуловой клетчатки, в том числе с ее частичной плоскостной резекцией. У 1,9% больных с инволюционными изменениями нижних век II или III степени без жировых «грыж» оптимальный результат достигнут при применении механической дермабразии. В этих случаях этот метод можно считать альтернативой НЭБ и незаслуженно забыть.

У 9,6% больных с тенденцией роста гипертрофического рубцов на коже, болезненностью и зудом наиболее эффективной оказалась Букка-терапия, которую применяли однократно в 3,9% случаев, двукратно у 7,9% больных. На основании результатов собственных наблюдений и данных литературы считаем целесообразным применение Букка-терапии в раннем послеоперационном периоде: 1) как самостоятельный вид лечения; 2) в качестве профилактической процедуры или 3) в качестве завершающего этапа реабилитационных мероприятий. У всех больных с подвижными рубцами на веках полная реабилитация достигнута через 1,5-2 месяца после операции.

При рубцовых контрактурах и незначительно смещенных патологических рубцах (11,6%) сочетанное применение местных инъекций стероидного препарата «Дипроспан» или препарата «Лонгидаза 3000 ME» с ультрафонофорезом и/или местной компрессионной терапией силиконовыми подушечками «Цика-уход», миогимнастика и самомассаж. Комплексное реабилитационное лечение позволило полностью ликвидировать рубцовые контрактуры более чем у 2/3 больных за 2-3 мес, а у больных, отказавшихся от восстановительного лечения, реабилитация занимала 4-6 мес.

По разработанным критериям хорошие результаты получены в 90,3% случаев, удовлетворительные - у 8,5% больных и

неудовлетворительные - у 1,2% больных. Ограниченные результаты характеризуются незначительными деформациями контура, заметными рубцами на лице и частичным рецидивом дистопии углов глаза без функционального нарушения органа зрения. Неудовлетворительные результаты связаны с некрозом свободного кожного лоскута, сохранением резидуальных или появлением вторичных рубцовых деформаций, которые впоследствии устранялись при повторных операциях.

**Заключение.** Подводя итог, можно кратко сформулировать составляющие хорошего результата комплексной реабилитации больных с врожденными и приобретенными деформациями век и мягких тканей периорбитальной области: планирование хирургической коррекции с учетом анатомо-функциональных особенностей, факторов риска формирования ретракции век, 3) патогенетический подход к выбору хирургической техники, позволяющий максимально устранить все причины деформации; 4) точное выполнение хирургической техники с тенденцией к сохранению и восполнению объема тканей, опорных структур век и 5) дифференцированный подход к восстановительному лечению и применение эффективных методов с учетом гемомикроциркуляторных нарушений.

УДК: 617.77-089.844

## **ЭФФЕКТИВНОСТЬ КОМПЛЕКСНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ПАЦИЕНТОВ С ПРИОБРЕТЕННЫМИ ДЕФЕКТАМИ ВЕК**

*Кодирова М.К. <https://orcid.org/my-orcid?orcid=0009-0003-4432-0217>*

*Бухарский государственный медицинский институт*

**Резюме** В статье описаны методы хирургического восстановления исходной формы век и периорбитальных областей при их деформации у женщин детородного возраста. Предполагается, что проблема лечения пациентов связана с необходимостью сохранения или одновременного восстановления формы и функции век, нормальных анатомических взаимоотношений тканей и эстетически приемлемых контуров лица.