

## ОСОБЕННОСТИ ХИРУРГИЧЕСКОЙ КОРРЕКЦИИ РЕЦИДИВНЫХ БЛЕФАРОПТОЗОВ

Ш.С.Ахмедов.

*Среднеазиатский медицинский университет. г.Фергана., Узбекистан.*

Для цитирования: © Ахмедов Ш.С.

ОСОБЕННОСТИ ХИРУРГИЧЕСКОЙ КОРРЕКЦИИ РЕЦИДИВНЫХ БЛЕФАРОПТОЗОВ. ЖКМП.-2025.-Т.2.-№2.-С

Поступила: 20.04.2025

Одобрена: 20.05.2025

Принята к печати: 05.06.2025

**Аннотация:** в статье рассматривается актуальность лечения больных с рецидивными блефароптозами. Показаны варианты диагностики и выбора тактики оперативного лечения данной категории больных. Всего из 197 глаз с рецидивными блефароптозами прооперировано 27 глаз (13,7%). Из них верхняя блефаропластика проведена в 1 глазу (3,7%), резекция леватора века и тарзальной пластинки в 3 случаях (3 глаза, 11,1%), рассечение тарзальной пластинки с созданием дубликатуры – 8 глаз (29,6%), рассечение тарзальной пластинки с подшиванием к лобной мышце – 15 глаз (55,6%).

**Ключевые слова:** блефароптоз, рецидивный блефароптоз, лобная мышца, леватор верхнего века, функция леватора века, ширина глазной щели, создание дубликатуры леватора века.

## QAYTALANGAN BLEFAROPTOZNI JARROHLIK YO‘LI BILAN KORREKTSIYALASH

Sh.S.Axmedov.

*Markaziy Osiyo Tibbiyot Universiteti. Farg‘ona sh., O‘zbekiston.*

Izoh: © Axmedov Sh.S.

QAYTALANGAN BLEFAROPTOZNI JARROHLIK YO‘LI BILAN KORREKTSIYALASH. KPTJ.-2025-N.2.-№2-M

Qabul qilindi: 20.04.2025

Ko‘rib chiqildi: 20.05.2025

Nashrga tayyorlandi: 05.06.2025

**Annotatsiya:** Maqolada qaytalangan blefaroptoz bilan og‘rigan bemorlarni davolashning dolzarbligi muhokama qilingan. Ushbu toifadagi bemorlarni diagnostikasi va jarrohlik davolash taktikasini tanlash imkoniyatlari ko‘rsatilgan. Jami jarrohlik amaliyoti o‘tkazilgan 197 ko‘zdan 27 ko‘zda blefaroptoz qaytalangan (13,7%). Shulardan 1 ta bemorda tepa qovog‘i blefaroplastikasi 1 ko‘z (3,7%), 3 ta bemorda (3 ko‘z, 11,1%) ko‘z qovog‘i levatorini va tarzal plastinkasini rezeksiyasi, 8 ta ko‘zda tarzal plastinkasini kesib ko‘z qovog‘ining levatoridan dublikatura yasash amaliyoti bajarildi (29,6%), 15 ta ko‘zda (55,6%) tarzal plastinkasini kesib frontal mushakka tikish amaliyoti o‘tkazildi.

**Kalit so‘zlar:** blefaroptoz, takroriy blefaroptoz, peshona mushak, yuqori qovog‘ning levatori, ko‘z qovog‘ining levatorini funksiyasi, ko‘z yoriqlarining kengligi, ko‘z qovog‘ining levatoridan dublikatura yasash.

## FEATURES OF SURGICAL CORRECTION OF RECURRENT BLEPHAROPTOSIS

Akhmedov Sh.S.

*Central Asian Medical University. Fergana., Uzbekistan.*

For situation: © Akhmedov Sh.S.

FEATURES OF SURGICAL CORRECTION OF RECURRENT BLEPHAROPTOSIS. JCPM.-2025.P.2.№2-A

Received: 20.04.2025

Revised: 20.05.2025

Accepted: 05.06.2025

**Abstract:** The article discusses the relevance of treating patients with recurrent blepharoptosis. In particular, diagnostic options and the choice of surgical treatment tactics for this category of patients are described. A total of 27 (13.7%) out of 197 cases with recurrent blepharoptosis resulted in surgical intervention. Of these, upper blepharoplasty was performed in 1 patient (1 eye, 3.7%), resection of the levator palpebralis and tarsal plate was conducted in 3 cases (3 eyes, 11.1%), dissection of the tarsal plate with creation of a duplication was performed on 8 eyes (29.6%), dissection of the tarsal plate with suturing to the frontal muscle - on 15 eyes (55.6%).

**Keywords:** blepharoptosis, recurrent blepharoptosis, frontal muscle, levator of the upper eyelid, the function of the levator of the eyelid, the width of the eye fissure, creation of a duplicate of the levator of the century.

**Актуальность:** Показатели рецидивов блефароптозов после их хирургической коррекции находятся на очень высоком уровне. Согласно данным исследователей процент рецидивов после хирургической коррекции блефароптозов составляет от 5% до 40% (Захарова Т.А. и др., 2008, Потёмкин В.В., Гольцман Е.В., 2019), а при осложнённых формах достигают до 44% (Захарова Т.А., 2016). В случаях хирургических коррекций блефароптозов с использованием подвесок ни одна из существующих методик не даёт гарантированного пожизненного результата и согласно многим авторам рецидив со временем достигает 100% (Катаев М.Г. и др., 2023, Alon Skaat and oth., 2013). Согласно данным авторов из 275 пациентов, обратившихся к ним пациентов 89 больных ранее оперированы (32,4%) от 1 до 4 раз (Филатова И.А., Шеметова С.А., 2016). Таким образом, с возрастанием количества хирургических коррекций блефароптозов увеличится количество больных с рецидивными блефароптозами и перед хирургами будет стоять вопрос о повторном хирургическом вмешательстве на изменённых предыдущими операциями элементах верхних век. Степень сложности повторной операции в верхнем веке зависит от объёма предыдущей операции и степени травматизации элементов век, от количества проведённых оперативных вмешательств на веках и наличия послеоперационных осложнений. Перед хирургом в таких случаях будут стоять задачи по хирургической коррекции птозированных верхних век с анатомически изменёнными элементами, с рассечением рубцовых сращений, устранением возможных послеоперационных осложнений после предыдущих оперативных вмешательств (Ахмедов Ш.С., 2023) [1,2].

**Цель исследования:** Нами поставлена цель разработки наиболее оптимальных методик оперативного лечения рецидивных блефароптозов с учётом анатомических изменений в верхних веках и ятрогенных осложнений.

**Материалы и методы:** Операции произведены в клиниках “Fartuna YUR”, “Biotest medical”, “Focus medico center”, “Нурли хаёт”, “Меридиан”. За период от 2014 год по 2022 годы включительно из 155 прооперированных больных (197 глаз) с рецидивными блефароптозами нами было прооперировано 23 больных (27 глаз 13,2%). Более низкий процент рецидивных больных объясняется

не хорошей эффективностью оперативного лечения блефароптозов, а незначительным количеством прооперированных больных по поводу блефароптозов в нашем регионе. Из числа прооперированных больных с рецидивным блефароптозом 4 больных (17,4%) обратились с патологией обеих глаз, у 7 больных (30,4%) был птоз правого верхнего века, у 12 больных (52,2%) был птоз левого верхнего века. Детей с рецидивным блефароптозом прооперировано нами 9 (39%), женщин прооперировано 11 (47,8%), мужчин прооперировано 3 (13%). 20 больных поступили с врождённым блефароптозом (87%), 2 больных поступили с нейрогенным блефароптозом (8,7%), 1 больная поступила с миастеническим блефароптозом (4,3%).

Рецидивный блефароптоз 1 степени наблюдался в 2 случаях (2 глаза 7,4%), блефароптоз 2 степени наблюдался нами в 13 случаях (14 глаз 48%), рецидивный блефароптоз 3 степени наблюдался нами в 8 (11 глаз 44,4%) случаях. Ранее больным были проведены следующие операции (таб1): у 13 (56,5%) больных ранее хирургическая коррекция была произведена с подвешиванием верхнего века к брови, причём у 1 из них подвесная технология была произведена 5 раз, у 1 больной операция с подвешиванием века к брови произведена 3 раза, у 1 больной - 2 раза. У 1 больного после подвешивания верхнего века к брови в последующем с целью повторной коррекции блефароптоза произведена верхняя блефаропластика без ожидаемого эффекта, у 7 больных (30,4%) ранее была произведена хирургическая коррекция блефароптоза с созданием дубликатуры леватора века, у 3 больных (13%) были произведены операции с резекцией леватора верхнего века.

Всем больным до операции провели следующие методы обследования: производился забор общеклинических и биохимических анализов, коагулограмма. Всем больным провели обследование офтальмолога на наличие осложнений птоза (снижение зрения, наличие косоглазия, астигматизма, амблиопии и др.). В случае необходимости больных обследовали и другие специалисты в зависимости от сопутствующих заболеваний. Больным измеряли ширину глазной щели, функцию леватора века, MRD1, MCD, выраженность складки века, симптом Бела, подвижность глазных яблок, подвижность бровей. За период с 2015 год по 2019 годы

при хирургической коррекции блефароптозов мы провели хирургическую коррекцию блефароптозов у 3 больных (4 глаза 14,8%) без учёта векторных сил движений века и без расслабления тарзальной пластинки. В дальнейшем при хирургической коррекции рецидивных блефароптозов мы руководствовались основными принципами, выработанными нами для хирургической коррекции блефароптозов (Ахмедов Ш.С., 2023):

1. Операции должны быть малотравматичными и легковыполнимыми;
2. Вектор подъёма при корригирующих операциях должен в основном состоять из динамической составляющей при возможно минимальном статическом компоненте;
3. Статический вектор сопротивления тарзальной пластинки должен быть снижен с целью облегчения подъёма века;
4. При снижении смыкательной функции века необходимо усилить его смыкательную силу и увеличить, таким образом, динамическую составляющую, направленную книзу.

Для снижения статического сопротивления тарзальной пластинки мы применяли её поперечное пересечение. У больных с удовлетворительной или хорошей функцией леватора верхнего века мы применяли разработанную нами методику с созданием дубликатуры леватора века с расслабленной тарзальной пластинкой. При неудовлетворительной функции леватора верхнего века мы подшивали расслабленную тарзальную пластинку к лобной мышце в подбровной части (таб.1).

**Таблица.1. Проведенные операции больным с рецидивными блефароптозами.**

Наименование операции	Прооперировано глаз	%
Верхняя блефаропластика	1	3,7
Резекция леватора века и тарзальной пластинки	3	11,1
Расщепление тарзальной пластинки с созданием дубликатуры	8	29,6
Расщепление тарзальной пластинки с подшиванием к лобной мышце	15	55,6

**Обсуждение результатов:** Результаты операций определялись по следующим критериям (Захарова Т.А., 2008): в случае одностороннего птоза результат считался хорошим, если глазные щели были равными, удовлетворительным – если птозированный веко после коррекции было ниже на 1-1,5мм, слабым – если разница со здоровой стороной составляла

2-3мм. При двустороннем блефароптозе результат считался хорошим если зрачок был полностью открыт, удовлетворительным – если веки прикрывали зрачки на 1/3, слабым – если зрачки были прикрыты на 2/3. Процент выводился из учёта всех прооперированных глаз с рецидивным блефароптозом (таб. 3). Как видно из таблицы из 26 прооперированных глаз в 19 случаях результат оказался хорошим (73,1%), в 7 случаях коррекция птоза была неудовлетворительной [3,4,5].

В случаях, когда производились операции без расслабления тарзальной пластинки (4 глаза), в 3 случаях результат оказался неудовлетворительным. Более хороший результат оказался у больных при коррекции птозированных век путём расслабления тарзальной пластинки с созданием дубликатуры с леватором века. Из 8 оперированных глаз у 5 наблюдался хороший результат (62,5%), в 3 случаях результат был неудовлетворительный (37,5%). Причём, все неудовлетворительные результаты были вначале наших работ. Все случаи были связаны с тем, что мы не учитывали функцию леватора века.

Пример: Больная А. 1982 г. р., д. ист. №196. Дата поступления: 21.07.2022г. Дата выписки: 21.07.2022г. Диагноз при поступлении: Врождённый неосложнённый птоз правого верхнего века 2 степени. Со слов больной заболевание у него с рождения. С рождения у больной правое верхнее веко плохо открывалось. Больная с детства получала консервативное лечение. Однако эффекта от проводимого лечения не было. В 1986 году больная оперирована в Республиканском глазном центре г. Ташкента. Больной провели коррекцию блефароптоза путём подвешивания за бровь. Птоз рецидивировал. Обратилась к нам и госпитализирована для оперативного лечения. Общее состояние больной относительно удовлетворительное. Больная правильного телосложения удовлетворительного питания. Кожные покровы и видимые слизистые чистые. В лёгких везикулярное дыхание. Рс-76 в мин. АД -115/70 мм.рт.ст. Язык влажный, живот мягкий, стул и диурез не нарушены [6,7].

Лабораторные обследования: Общий анализ крови: Эр. - 4,2; Нб- 128; гематокрит-36,2; цв. пок. -0,91; лей. -3,2; пал.-1; сегм.-64; эоз-2; лимф.-30; мон-3; баз.-0; тром.-192 тыс.; СОЭ-8. Коагулограмма: Фибриноген-2,45; ПТИ-86,4; МНО-1,22;

Протромбиновое время-13,4сек.; время кровотечения по Дюке-124с.

### Местный статус

№	Мышцы глаза	справа	слева
1.	Степень птоза	2	
2.	MRD1 мм	+1	+4,5
3.	Функция леватора мм	7	11
4.	Высота складки века МСД мм	5	4
5.	Выраженность складки века	невыраженная	выраженная
6.	Ширина глазной щели	7,5	10
7.	Положение века при взгляде вниз	ретракция	
8.	Феномен Белла	положительный	положительный
9.	Подвижность глазного яблока	хорошая	хорошая
10.	Подвижность бровей	подвижная	подвижная

Биохимические исследования: глюкоза крови-4,8; мочевины-5,7; креатинин-52,4; билирубин общий-12,5; свободный-2,2; связанный-10,3; АЛТ-0,18; АСТ-0,23; общий белок-62,8. Другие исследования: Hbs ag отр.; HCV ag отр. Vis OD-(1,0), Vis OS-(1,0). Больной 21.07.22г. произведена операция: Хирургическая коррекция птоза правого верхнего века путём поперечного рассечения тарзальной пластинки и создания дубликатуры с леватором века. Опер. лист № 258. Послеоперационный период гладкий. Заживление раны первичным натяжением. Швы сняты на 7 сутки. Ширина правой глазной щели 10 мм. Достигнута хорошая коррекция блефароптоза (Рис.1,2).

### Фотографирование до операции.



Рисунок.1. Больная А. 1982 г. р., д. ист. №196.

### После операции при взгляде прямо



Рисунок. 2. Больная А. ч-з 5 мес. после операции.

Самые лучшие результаты нами были достигнуты у больных с подшиванием к лобной мышце. Из 14 глаз в 13 случаях нами получен хороший результат (92,85%).

Пример: Больной А. 2000 г.р., ист. бол. №453, дата пост.16.12.2021г. Диагноз: Врождённый осложнённый птоз левого верхнего века 2 степени. Состояние после хирургической коррекции левостороннего косоглазия. Со слов больного болеет с рождения. С рождения у больного левое веко было ниже правого. Обзор левым глазом был ограничен. Со временем появилось ухудшение

зрения. Больной неоднократно обращался к окулисту и невропатологу. В 2003 году оперирован по поводу птоза верхнего века и косоглазия в СанПИ г. Ташкента. Применялась подвесная технология. Птоз рецидивировал. В марте 2021 года повторно оперирован по поводу птоза в частной клинике «Сайф Оптима» г. Ташкент. Операция-резекция кожи левого века. Эффекта от лечения не было. Обратился к нам и госпитализирован для оперативного лечения. Общее состояние относительно удовлетворительное. Больной правильного телосложения удовлетворительного питания. Кожные покровы и видимые слизистые чистые. В лёгких везикулярное дыхание. Ps-76 в мин. АД -120/80 мм.рт.ст. Язык влажный, живот мягкий, стул и диурез не нарушены. Vis OD-1,0; Vis OS-1,0.

### Местный статус

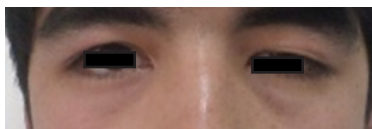
№	Мышцы глаза	справа	слева
1.	Степень птоза		2
2.	MRD1 мм	+4,5	+1,0
3.	Функция леватора мм	12	3
4.	Высота складки века МСД3 мм	5	отсутствует
5.	Выраженность складки века	выраженная	
6.	Ширина глазной щели	11	6
7.	Положение века при взгляде вниз		ретракция
8.	Феномен Белла	выраж.	выраж.
9.	Подвижность глазного яблока	хорошая	хорошая
10.	Подвижность бровей	подвижная	подвижная

Лабораторные обследования: Общий анализ крови: Эр.- 4,5; Нб-120; гематокрит-43; цв.пок.-0,8; лей.-6,1; пал.-2; сегм.-64; эоз-4; лимф.-30; мон-0; тром.-390 тыс.; СОЭ-4. Коагулограмма: АЧТВ-57,6; Фибриноген-1,7; ПТИ-92; МНО-1,37; Протромбиновое время-13,7сек.; свёртываемость по Фонио: начало-4 мин. 00 сек., конец-4 мин. 35 сек; время кровотечения по Дюке-231. Биохимические исследования: глюкоза крови-3,5; мочевины-4,9; креатинин-62; билирубин общий-17; свободный-3; связанный-14; АЛТ-0,18; АСТ-0,3; общий белок-62,2.

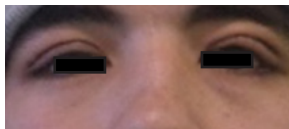
**Другие исследования:** Hbs ag отр.; HCV ag отр. Больному 16.12.2021г. произведена операция: Хирургическая коррекция птоза левого верхнего века путём рассечения тарзальной пластинки в центральной части и подшивания к лобной мышце. Опер. лист № 478. Результат операции: Ширина левой глазной щели 11мм. Левый зрачок полностью раскрыт. Вывод: хорошая коррекция птоза века.

Рана зажила первичным натяжением. Швы сняты на 7 сутки (рис.3,4).

#### Фотографирование до операции.



#### После операции при взгляде прямо



**Рисунок. 3-4. Больной А. 2000 г.р., ист. бол. №453 до и на 7 сутки после операции.**

Неудовлетворительные результаты в основном были в случаях, когда производились операции, не предусматривающие коррекцию блефароптоза (верхняя блефаропластика), в случаях, когда производилась хирургическая коррекция блефароптоза без расслабления тарзальной пластинки, когда при неудовлетворительной функции леватора верхнего века после расслабления тарзальной пластинки производилось укорочение леватора путём создания дубликатуры с тарзальной пластинкой, а не подшивание к лобной мышце.

#### Выводы:

1. При хирургической коррекции рецидивных блефароптозов необходимо учитывать объём проведенной предыдущей операции, степень рубцовых изменений и наличие подвешивающего материала в мягких тканях верхнего века.
2. При удовлетворительной или хорошей функции леватора века после расслабления тарзальной пластинки производится хирургическая коррекция с созданием дубликатуры леватора века.
3. При неудовлетворительной функции леватора века после расслабления тарзальной пластинки хирургическую коррекцию следует провести путём подшивания тарзальной пластинки к лобной мышце в подбровной части.
4. Больным с блефароптозами нельзя с целью хирургической коррекции проводить верхнюю блефаропластику, резекцию кожи века или другие операции, не предусматривающие коррекцию птоза века.

#### Информация об авторах:

© АХМЕДОВ Ш.С. - доцент кафедры Хирургии, Среднеазиатского медицинского университета. г. Фергана., Узбекистан.

#### Muallif haqida ma'lumot:

© AXMEDOV Sh.S.- Markaziy Osiyo Tibbiyot Universiteti Xirurgiya kafedrasida dotsenti. Farg'ona sh., O'zbekiston.

#### Information about the authors:

© AKHMEDOV Sh.S.- Associate Professor, Department of Surgery, Central Asian Medical University. Fergana., Uzbekistan.

#### СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Ахмедов, Ш. С. (2023). Улучшение эффективности хирургической коррекции птоза верхних век путём расслабления тарзальной пластинки. *Азербайджанский медицинский журнал*, (1), 17–22. Central Asian Medical University, Фергана, Республика Узбекистан.
2. Захарова, Т. А. (2016, 19 октября). *Развитие хирургической реабилитации детей с врожденным птозом верхнего века* [Диссертация в виде научного доклада на соискание учёной степени кандидата медицинских наук].
3. Захарова, Т. А., Коротких, С. А., & Степанова, Е. А. (2008). Результаты хирургического лечения врождённого птоза у детей. *Системная интеграция в здравоохранении*, 1(1), 42–44.
4. Катаев, М. Г., & Захарова, М. А. (2023). Метод подвешивания при птозе верхнего века тяжелой степени: преимущества техники скользящей восьмёрки. *Офтальмохирургия*, (2), 70–78.
5. Потёмкин, В. В., & Гольцман, Е. В. (2019). Алгоритм объективного осмотра пациента с блефароптозом. *Офтальмологические ведомости*, 12(1), 45–51.
6. Филатова, И. А., & Шеметов, С. А. (2016). Анализ осложнений из-за неверной тактики хирургического лечения птоза верхнего века. *Российская педиатрическая офтальмология*, 11(2), 89–92.
7. Skaat, A., Fabian, D., Spierer, A., Rosen, N., Rosner, M., & Ben Simon, G. J. (2013). Congenital ptosis repair—surgical, cosmetic, and functional outcome: A report of 162 cases. *Canadian Journal of Ophthalmology*, 48(2), 93–98. <https://doi.org/10.1016/j.jcjo.2012.09.010>