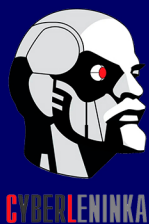


JCPM



Journal of clinical and preventive medicine

FERGHANA MEDICAL INSTITUTE OF PUBLIC HEALTH



eLIBRARY

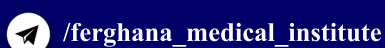


№2

2025 y

ISSN 2181-3531

www.fjsti.uz





JCPM

Journal of clinical and preventive medicine

FERGHANA MEDICAL INSTITUTE OF PUBLIC HEALTH

Год основания – 2021

ISSN - 2181-3531

Свидетельство СМИ (Узбекистан): №01-07/3097

Входит в перечень ВАК РУз с 2023 года

Форма выпуска: электронная

Язык текста: русский, английский

2
—
2025

Фергана

“JOURNAL OF CLINICAL AND PREVENTIVE MEDICINE”

(“Журнал клинической и профилактической медицины”)

НАУЧНЫЙ ЖУРНАЛ

РЕДАКЦИОННАЯ КОЛЛЕГИЯ

Главный редактор: СИДИКОВ АКМАЛ АБДИКАХАРОВИЧ - д.м.н., профессор

Заместитель главного редактора: КАДИРОВА МУНИРА РАСУЛОВНА - д.п.н., профессор

Ответственный секретарь: ВАЛИТОВ ЭЛЬЁР АКИМОВИЧ

2025. №2

РЕДАКЦИОННАЯ КОЛЛЕГИЯ

Ф.Ю.Юлдашов - доктор медицинских наук, профессор

Е.С.Богомоллова - Приволжский исследовательский медицинский университет проректор, д.м.н., профессор

С.Т.Ибодзода - проректор ТДТУ, д.м.н., профессор

А.А.Сухинин - заведующий кафедрой оперативной хирургии и топографической анатомии, кандидат медицинских наук, доцент (КубГМУ)

И.Л.Привалова - д.м.н., профессор

Г.М.Гулзода - ректор Таджикского государственного медицинского университета, д.м.н., профессор

Ахмад Манзур - Индия, профессор

Г.И.Шайхова - д.м.н., профессор

Н.Б.Комилов - д.п.н., профессор

Н.Х.Фаттахов - д.м.н., доцент

Н.О.Ахмадалиева - д.м.н., доцент

О.Е.Гузик - заведующий кафедрой гигиены и медицины экологии Белорусской медицинской академии, д.м.н., доцент

Р. Шерматов - кандидат медицинских наук, доцент

И.Г.Тарутин - д.м.н., профессор (Беларусь)

С.Саторов - профессор кафедры микробиологии, иммунологии и вирусологии ТГМУ Абу Али ибн Сина (Таджикистан)

А.Р.Мурадимова - кандидат медицинских наук, доцент

С.П.Рубникович - Ректор Белорусского государственного университета, д.м.н., профессор

Б.Б.Мирзаев - д.м.н., профессор

Г.Н.Раимов - д.м.н., профессор

Е.М.Гаин - проректор Белорусской медицинской академии, д.м.н., профессор

А.А.Сухинин - Заведующий кафедрой оперативной хирургии и топографической анатомии, кандидат медицинских наук, доцент (КубГМУ)

Д.Н.Колобец - БелМОПО, д.м.н., профессор Халафлы Навруз Гызы Хатира-Азербайджанский медицинский

университет доцент кафедры эпидемиологии, кандидат медицинских наук

Э.А.Валчук - профессор кафедры Белорусской медицинской академии последипломного образования

А.Н.Чиканов - д.м.н., профессор (Беларусь)

И.Н.Мороз - д.м.н., профессор (Беларусь)

В.И.Лазаренко - Ректор Курского ГМУ, доктор медицинских наук, профессор

Г.С.Маль - Заведующий кафедрой фармакологии Курского государственного университета, д.м.н.

В.Т.Минченян - д.м.н., профессор

Д.Хасилова - доктор философии в медицинских науках (США)

Ф.Х.Расулов - кандидат медицинских наук, доцент

Ш.С.Шонмова - кандидат психологических наук, доцент (ТПМИ)

Т.З.Хамрокулов - кандидат медицинских наук, доцент

Подготовили к публикации: Э.А.Валитов - Руководитель центра информационных технологий



FARG'ONA JAMOAT SALOMATLIGI TIBBIYOT INSTITUTI
ФЕРГАНСКИЙ МЕДИЦИНСКИЙ ИНСТИТУТ ОБЩЕСТВЕННОГО ЗДОРОВЬЯ

“JOURNAL OF CLINICAL AND PREVENTIVE MEDICINE”

(“Журнал клинической и профилактической медицины”)

SCIENTIFIC JOURNAL

EDITORIAL BOARD

Editor-in-chief: AKMAL ABDUKAKHAROVICH SIDIKOV - d.m.s., professor

Deputy Editor-in-Chief: KADIROVA MUNIRA RASULOVNA - DSc., professor

Executive Secretary: ELYOR AKIMOVICH VALITOV

2025. №2

EDITORIAL BOARD

F.Y.Yuldashov - Doctor of Medical Sciences, Professor

E.S.Bogomolova - Volga Research Medical University Vice-Rector, Doctor of Medical Sciences, Professor

S.T.Ibodzoda - Vice-Rector of TDTU, Doctor of Medical Sciences, Professor

A.A.Sukhinin - Head of the Department of Operative Surgery and Topographic Anatomy, Candidate of Medical Sciences, Associate Professor (KubSMU)

I.L.Privalova - Doctor of Medical Sciences, Professor

G.M.Gulzoda - Rector of the Tajik State Medical University, Doctor of Medical Sciences, Professor
Ahmad Manzoor - India, Professor

G.I.Shaikhova - Doctor of Medical Sciences, Professor

N.B.Komilov - Doctor of Pedagogical Sciences, Professor

N.X.Fattakhov - Doctor of Medical Sciences, Associate Professor

N.O.Akhmadaliev - Doctor of Medical Sciences, Associate Professor

O.E.Guzik - Head of the Department of Hygiene and Medical Ecology of the Belarusian Medical Academy, Doctor of Medical Sciences, Associate Professor

R.Shermatov - Candidate of Medical Sciences, Associate Professor

I.G.Tarutin (Belarus) - Doctor of Medical Sciences, Professor

S.Satorov - Professor of the Department of Microbiology, Immunology and Virology of TSMU Abu Ali ibn Sina (Tajikistan)

A.R.Muradimova - Candidate of Medical Sciences, Associate Professor

S.P.Rubnikov - Rector of the Belarusian State University, Doctor of Medical Sciences, Professor

B.B.Mirzaev - Doctor of Medical Sciences, Professor

G.N.Raimov - Doctor of Medical Sciences, Professor

E.M.Gain - Vice-rector of the Belarusian Medical Academy, Doctor of Medical Sciences, Professor

A.A.Sukhinin - Head of the Department of Operative Surgery and Topographic Anatomy, Candidate of Medical Sciences, Associate Professor (KubSMU)

D.N.Kolobets - BelMOPO, Doctor of Medical Sciences, Professor

Khalaf y Navruz Gizi Khatira - Azerbaijan Medical University Associate Professor of the Department of Epidemiology, Candidate of Medical Sciences
E.A.Valchuk - Professor of the Department of the Belarusian Medical Academy of Postgraduate Education

A.N.Chikanov - Doctor of Medical Sciences, Professor (Belarus)

I.N.Moroz - Doctor of Medical Sciences, Professor (Belarus)

V.I.Lazarenko - Rector of Kursk State Medical University, Doctor of Medical Sciences, Professor

G.S.Mal - Head of the Department of Pharmacology of Kursk State University, Doctor of Medical Sciences

V.T.Minchenyan - Doctor of Medical Sciences, Professor

D.Khasilova - Ph.D. in Medical Sciences, (USA)

F.X.Rasulov - Candidate of Medical Sciences, Associate Professor

Sh.S.Shaimova - Candidate of Psychological Sciences, Associate Professor (TPMI)

T.Z.Khamrokulov - Candidate of Medical Sciences, Associate Professor

Prepared for publication: E.A.Valitov - Head of Information Technology Center



ФЕРГАНСКИЙ МЕДИЦИНСКИЙ ИНСТИТУТ ОБЩЕСТВЕННОГО ЗДОРОВЬЯ
FERGANA MEDICAL INSTITUTE OF PUBLIC HEALTH

ILMIY-TADQIQOT BO'LIMI / RESEARCH SECTION / НАУЧНО-ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКИЙ РАЗДЕЛ

Yo.I.Yoldoshev.

MICROSCOPIC CHANGES IN THE BRAIN OF CHILDREN WHO DIED OF CEREBRAL PALSY..... 4-8

Каттаханова Р.Ю.

СОВРЕМЕННЫЕ МЕТОДЫ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ХЕЛИКОБАКТЕРНОЙ ИНФЕКЦИИ..... 9-13

Расулов У.М., Рузалиев К.Н., Расулов Ф.Х.

ТИП АЦЕТИЛИРОВАНИЯ И ИЗУЧЕНИЕ ВЛИЯНИЯ РАСТИТЕЛЬНЫХ ПРЕПАРАТОВ НА КЛЕТКИ ИММУННОЙ СИСТЕМЫ..... 14-17

Расулов Ф.Х., Расулов У.М., Борецкая А.С., Хасанов Н.Ф.

ИЗУЧЕНИЕ ВЛИЯНИЯ ПРЕПАРАТОВ РАСТИТЕЛЬНОГО ПРОИСХОЖДЕНИЯ НА ИММУНОГЕНЕЗ У ЖИВОТНЫХ С ТИПОМ АЦЕТИЛИРОВАНИЯ ПРИ ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОЙ ГЕМОЛИТИЧЕСКОЙ АНЕМИИ..... 18-21

Тиллаева З.У., Шайхова Г.И., Максудова Д.Ш., Зокирхонова Ш.А.

ГИГИЕНИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА РАЗВИТИЯ И ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ДЕТЕЙ В ДОШКОЛЬНЫХ ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫХ УЧРЕЖДЕНИЯХ..... 22-27

Турдалиева П.К., Игамбердиева О.О.

ИССЛЕДОВАНИЕ АНТИОКСИДАНТНЫХ СВОЙСТВ ЛЕКАРСТВЕННЫХ РАСТЕНИЙ ЮЖНОЙ ФЕРГАНЫ..... 28-32

Турдиматов Д.С., Холматов И.Х., Хатамов Р.И.

СОСТОЯНИЕ ПЕРИНАТАЛЬНЫХ СМЕРТЕЙ ПО ФЕРГАНСКОЙ ОБЛАСТИ В ТЕЧЕНИЕ 2024 ГОДА И ИХ ОСОБЕННОСТИ..... 33-36

KLINIK TIBBIYOT / CLINICAL MEDICINE / КЛИНИЧЕСКАЯ МЕДИЦИНА

Ахмедов Ш.С.

ОСОБЕННОСТИ ХИРУРГИЧЕСКОЙ КОРРЕКЦИИ РЕЦИДИВНЫХ БЛЕФАРОПТОЗОВ..... 37-41

Valitov E.A., Qodirov M.I., Marozikov N.K.

INTEGRATION OF RADIOLOGICAL METHODS AND INFORMATION TECHNOLOGIES IN THE EARLY DIAGNOSIS OF ONCOLOGICAL DISEASES..... 42-45

Mamasaidov J.T., Yoldoshev Yo.I., Sodikov U.M., Yigitaliev U.G.

ULTRASTRUCTURAL CHANGES IN DIFFERENT FORMS OF INFANTILE CEREBRAL PALSY..... 46-50

Shermatov R.M.

FEATURES OF THE CLINICAL COURSE OF PERIODIC DISEASE IN CHILDREN..... 51-55

AMALIYOTDAN KUZATUVLAR / OBSERVATIONS FROM PRACTICE / НАБЛЮДЕНИЯ ИЗ ПРАКТИКИ

Akhunbaev O.

TREATMENT OF UROGENITAL FORM OF DIABETIC AUTONOMIC NEUROPATHY IN PATIENTS WITH TYPE 2 DIABETES MELLITUS..... 56-59

Gofurov J.A.

PRINCIPLES OF REHABILITATION AND THE ROLE OF DOSED PHYSICAL ACTIVITY IN CHILDREN WITH BRONCHIAL ASTHMA..... 60-63

Исмоилова М.И.

ОКСИДАТИВНЫЙ СТРЕСС В ПАТОГЕНЕЗЕ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ ЖЕЛУДКА..... 64-69

Юлдашов Ф.Ю., Хайдаралиев С.А., Саминов Т.Т.

ЦЕЛЕСООБРАЗНОСТЬ ОПЕРАЦИИ ВАРИКОЦЕЛЕ У ДЕТЕЙ: ФАКТЫ И РЕКОМЕНДАЦИИ ВРАЧА..... 70-75

BIZNING MEXMONLAR / OUR GUESTS / НАШИ ГОСТИ

Ceylan A.

DIGITAL HEALTH COMMUNICATION: DISSEMINATION AND RELIABILITY OF HEALTH INFORMATION ON SOCIAL MEDIA..... 76-80

TAJIRIBA ALMASHISH / EXCHANGE OF EXPERIENCE / ОБМЕН ОПЫТОМ

Ахмедова Е.А.

ИНТЕГРАТИВНЫЙ ПОДХОД В ПРЕПОДАВАНИИ ПЕДИАТРИИ С АКЦЕНТОМ НА КЛИНИЧЕСКИЕ СЛУЧАИ: ПУТИ СОВЕРШЕНСТВОВАНИЯ МЕТОДИКИ..... 81-85

NAZARIY VA EKSPERIMENTAL TIBBIYOT / ТЕОРЕТИЧЕСКАЯ И ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНАЯ МЕДИЦИНА / THEORETICAL AND EXPERIMENTAL MEDICINE

Абдулхакимов А.Р., Фаттахов Н.Х., Хайдаров Г.М., Хомидчонова Ш.Х., Саккизбоев И.

СОВРЕМЕННЫЕ МЕТОДЫ ПРОФИЛАКТИКИ ГНОЙНЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ У ДЕТЕЙ ПОСЛЕ АБДОМИНАЛЬНЫХ ОПЕРАЦИЙ..... 86-91

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 глазе (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 blefaroptyoz 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 blefaroptyoz qaytalangan (13,7%). Shulardan 1 ta bemorda tepa qovoq 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: blefaroptyoz, takroriy blefaroptyoz, peshona mushak, yuqori qovoqning levatori, ko'z qovog'ining levatorini funktsiyasi, 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
Рассечение тарзальной пластинки с созданием дубликатуры	8	29,6
Рассечение 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 неудовлетворительным (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 неё 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 оптика» 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

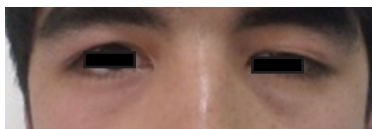
№	Мышцы глаза	справа	слева
1.	Степень птоза		2
2.	MRD1 мм	+4,5	+1,0
3.	Функция леватора мм	12	3
4.	Высота складки века МСД3 мм	5	отсутствует
5.	Выраженность складки века	выраженная	
6.	Ширина глазной щели	11	6
7.	Положение века при взгляде вниз		ретракция
8.	Феномен Белла	выраж.	выраж.
9.	Подвижность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

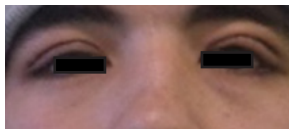


Рисунок. 3-4. Больной А. 2000 г.р., ист. бол. №453 до и на 7 сутки после операции.

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 kafedrası 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>

К СВЕДЕНИЮ АВТОРОВ

К публикации принимаются статьи, касающиеся всех аспектов организации и оказания медицинской помощи, соответствующие следующим требованиям:

1. Статьи могут быть на русском или английском языках.
2. Статьи должны быть набраны в текстовом редакторе, таком как Microsoft Word, с использованием шрифта Times New Roman размером 12 пунктов, с полуторным межстрочным интервалом, с полями по 2 см, с выравниванием по ширине и в ориентации «книжная» («портрет»). Интервалы между абзацами должны отсутствовать. Первая строка абзаца – отступ на 15 мм.
3. Статьи должны быть отпечатаны в 2-х экземплярах на одной стороне листа формата A4 (210 x 297 мм).
4. Объем статьи не должен превышать 8 страниц (одна страница не более 2500 знаков с пробелами), включая таблицы (не более 3), рисунки (не более 5) и список литературы (не более 30 источников для оригинальной статьи и 50 – для обзора литературы).
5. Обязательным является дублирование статьи на любом электронном носителе.
6. Направление в редакцию работ, которые уже посланы в другие издания или напечатаны в них, не допускается.
7. На 1-й странице указывается название, инициалы, фамилия автора, полное название учреждения, из которого выходит статья, звание и ученая степень руководителя учреждения. Если авторы статьи работают в разных организациях, необходимо с помощью меток соотнести каждого автора с его организацией. В конце статьи обязательны подписи всех авторов с координатами того из них, с которым редакция может вести переписку (адрес, эл.почта и телефон).
8. Структура статьи (IMRAD): введение, материал и методы, результаты и обсуждение, выводы или заключение, список литературы. Введение должно быть ясным и сжатым. Особое внимание необходимо уделить разделу «Результаты и обсуждение», в котором необходимо провести анализ результатов собственных исследований. Желательно сравнение полученных результатов с данными других авторов.
9. Библиографические ссылки в тексте статьи следует давать в квадратных скобках в соответствии с нумерацией в списке литературы. Список

литературы на опубликованные работы составляется в алфавитном порядке – сначала отечественные, затем зарубежные авторы. Список литературы должны быть написаны по требованию транслитерации. За точность приведенных литературных источников и правильность их оформления ответственность несет автор:

Формулирования (APA) литературы:

1. Goodwin GM, Aaronson ST, Alvarez O, Arden PC, Baker A, Bennett JC, et al. Single dose psilocybin for a treatment-resistant episode of major depression. *N Engl J Med*. 2022; 387:1637–48.
2. Wagemann, J. & Weger, U. (2021). Perceiving the other self: An experimental first-person account of nonverbal social interaction. *The American Journal of Psychology*, 134(4), 441-461. <https://doi.org/10.5406/amerjpsyc.134.4.0441>
3. World Health Organization. Depressive disorder (depression), 31 March 2023, <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/depression>.
4. Глобальная стратегия сектора здравоохранения по инфекциям, передаваемым половым путем, 2016–2021 гг. ВОЗ; 2016. [Global health sector strategy on Sexually Transmitted Infections, 2016 - 2021] (Available at: <https://www.who.int/reproductivehealth/publications/rtis/ghss-stis/ru/>)
5. Кубанова А.А., Сехин С.В., Якушин С.Б., Кубанов А.А. Анти-бактериальная терапия гонореи в свете последних международных рекомендаций. Клиническая микробиология и антимикробная химиотерапия. 2002;4(4):364 - 378. [Kubanova A.A, Sekhin S.V, Yakushin S.B, Kubanov A.A. Antimicrobial therapy of gonococcal infections according to recent international guidelines. *Klinicheskaa Mikrobiologia i Antimikrobnaya Himioterapiya*. 2002;4(4):364 - 378 (In Russ.)]
10. Таблицы должны иметь заголовки и четко обозначенные графы, удобные для чтения. Данные таблиц должны соответствовать цифрам в тексте. Не следует повторять в тексте все данные из таблиц.

11. При возможности размер рисунка должен соответствовать ширине одной колонки текста (82 мм). В случае необходимости каких-либо обозначений они должны быть сделаны на втором экземпляре рисунка. Рисунки не должны повторять материалов таблиц и должны быть представлены в виде отдельных файлов исключительно в форматах *.jpg, *.gif или *.png с разрешением не менее 600 dpi. Все цветные рисунки необходимо сохранять в CMYK (но не RGB) формате: это является гарантией того, что печатный вариант рисунков будет наиболее точно соответствовать представленному. Имена файлам рисунков присваиваются по аналогии с именами файла текста статьи. **Например: Usmanov_2_ris_4.jpg.**

12. К рукописи необходимо приложить сопроводительное письмо учреждения, из которого выходит работа, с визой руководителя на первой странице.

13. Объем аннотации на русском, английском и узбекском языках (Аннотация, Аннотация, Abstract) не должен превышать 100 слов и отражать наиболее существенные фактические данные без употребления аббревиатур.

14. Все присланные работы подвергаются научному рецензированию. Редакция оставляет за собой право редактирования статей, а также изменения стиля оформления, не оказывающих влияния на содержание, для адаптации их к рубрикам журнала.

15. Представляющую интерес статью редколлегия может вернуть автору с замечаниями для доработки. Кроме того, редакция может потребовать от автора предоставления исходных данных, с использованием которых были получены описываемые в статье результаты, для оценки редактором или рецензентом степени соответствия исходных данных содержанию статьи. Датой поступления статьи считается день получения от автора окончательно подготовленной к печати статьи.

16. В одном номере может быть напечатана только одна статья от первого автора.

17. Статьи, оформленные с нарушением правил, к рассмотрению не принимаются и авторам не возвращаются. К публикации принимаются статьи, касающиеся всех аспектов организации и оказания медицинской помощи, соответствующие следующим требованиям:

Статьи следует направлять по адресу:

150100, Республика Узбекистан, город Фергана,
улица Янги Турон, дом 2-а.

Е-mail: info@jcpm.uz

Сайт журнала: www.fjsti.uz

MUALLIFLAR DIQQATIGA

Quyidagi talablarga javob beruvchi, barcha tashkiliy va tibbiy yordam ko'rsatishga taalluqli maqolalar nashrga qabul qilinadi:

1. Maqola rus yoki ingliz tilida bo'lishi mumkin.
2. Maqola kompyuter matnida terilgan, Microsoft Wordda, shrifti Times New Roman, o'lchami 12, xat orasi 2 va 1,5 sm intervalli, eniga to'g'rilangan holda, kitobga o'xshash (portret) bo'lishi kerak. Abzas orasida interval bo'lishi kerak emas. Birinchi abzas xati – 15 mm dan so'ng.
3. Maqola 2 nusxada, A4 formatda (210 x 297 mm) taqdim etilishi kerak.
4. Maqola hajmi jadval, sxema, rasm va adabiyot ro'yxatini (original maqola uchun 30 ta va obzor maqola uchun 50 ta manba) qo'shgan holda 8 varaqdan (1 bet ochiq joy bilan birga 2500 belgidan) oshmasligi kerak.
5. Maqolaning albatta elektron nusxasi bo'lishi kerak.
6. Boshqa jurnallarga yuborilgan, lekin chop etilma gan maqolalar qabul qilinmaydi.
7. Maqolaning birinchi betida maqola nomi, muallif ismi-sharifi, tashkilotning to'liq nomi, tashkilot rahbarining unvoni va ilmiy darajasi ko'rsatilishi kerak. Agar maqola mualliflari har xil tashkilotda ishlasalar, unda har bir muallif qaysi tashkilotdan ekanligi maxsus belgi bilan ko'rsatilishi kerak. Qo'lyozmadamualliflarimzosi va ular bilan bog'lanish yo'llari (manzil, elektron pochta va telefon) bo'lishi kerak.
8. Maqola tuzilishi: (IMRAD) kirish qismi, material va usullar, natija va muhokama, xulosa va nihoyat, adabiyotlar ro'yxati. Kirish qismi aniq va qisqa bo'lishi kerak. Xususiyl izlanishlarning natijasi berilgan "natija va muhokama" bo'limiga ko'proq ahamiyat berilishi lozim. Olingan natijalar boshqa mualliflar ma'lumotlari bilan solishtirilgan bo'lgani ma'qul.
9. Bibliografik manba maqola matnida adabiyot ro'yxati bo'yicha raqamlangan tartibda kvadrat qavs ichida berilishi kerak. Adabiyot ro'yxati chop etiladigan ishda alifbo bo'yicha tuziladi – avval mahalliy, keyin chet el mualliflari. Adabiyotlar transliteratsiya shaklida yozilishi talab etiladi. Berilgan adabiyotlarning aniqligi va uning tuzilishining to'g'riligiga muallif javobgar:

**Adabiyotlarni (APA) formatda
rasmilashtirish:**

1. Goodwin GM, Aaronson ST, Alvarez O, Arden PC, Baker A, Bennett JC, et al. Single dose psilocybin for a treatment-resistant episode of major depression. *N Engl J Med*. 2022; 387:1637–48.
2. Wagemann, J. & Weger, U. (2021). Perceiving the other self: An experimental first-person account of nonverbal social interaction. *The American Journal of Psychology*, 134(4), 441-461. <https://doi.org/10.5406/amerjpsyc.134.4.0441>
3. World Health Organization. Depressive disorder (depression), 31 March 2023, <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/depression>.
4. Глобальная стратегия сектора здравоохранения по инфекциям, передаваемым половым путем, 2016 - 2021 гг. ВОЗ; 2016. [Global health sector strategy on Sexually Transmitted Infections, 2016 - 2021] (Available at: <https://www.who.int/reproductivehealth/publications/rtis/ghss-stis/ru/>)
5. Кубанова А.А., Сехин С.В., Якушин С.Б., Кубанов А.А. Анти-бактериальная терапия гонореи в свете последних международных рекомендаций. Клиническая микробиология и антимикробная химио-терапия. 2002;4(4):364 - 378. [Kubanova A.A, Sekhin S.V, Yakushin S.B, Kubanov A.A. Antimicrobial therapy of gonococcal infections according to recent international guidelines. *Klinicheskaya Mikrobiologiya i Antimikrobnaya Himioterapiya*. 2002;4(4):364 - 378 (In Russ.)]
10. Jadvalning sarlavhasi va kataklari aniq ko'rsatilgan, o'qish uchun qulay bo'lishi kerak. Jadval ma'lumotlari matndagi raqamlarga to'g'ri kelishi kerak. Jadvaldagi hamma ma'lumotlar matnda takrorlanmasligi lozim.
11. Rasmlar alohida faylda, *jpg, *gif yoki *png formatida 600 dpi dan kam bo'lmasligi kerak – bu rasmning aniq ko'rsatilishiga kafolat beradi. Rasm faylining nomi maqola matnining nomi bilan ataladi: masalan, Usmanov_2_ris_4.jpg.

12. Qo'lyozmada tashkilotning yo'llanmasi bo'lishi shart, bunda rahbarning imzosi birinchi betiga qo'yiladi.
13. Annotatsiya hajmi 150 ta so'zdan oshmasligi kerak va abbreviaturasiz aniq bo'lishi, bir abzasdan rus, ingliz va o'zbek tillarida yozilishi kerak (Annotatsiya, Annotatsiya, Abstract).
14. Hamma yuboriladigan ishlar ilmiy taqrizdan o'tadi. Tahririyat maqolalarni tahrirlash huquqini o'ziga qoldiradi, maqola sarlavhasiga muvofiq ravishda hamda mazmuniga ta'sir qilmaydigan holda o'zgartirish huquqiga ega.
15. Tahrir hay'ati maqolani qayta ishlash uchun tanqidiy mulohazalari bilan muallifga qaytarishi mumkin. Bundan tashqari, muharrir yoki taqrizchi talabiga ko'ra muallifdan birlamchi ma'lumotlarni ko'rsatishni talab qilishi mumkin. Maqolani qabul qilish sanasi ushbu maqolaning oxirgi o'zgartirilgan nusxasi kelib tushgan kun hisob lanadi.
16. Bir sonda birinchi muallifning faqat bitta maqolasi chop etiladi.
17. Qoida bo'yicha tuzilmagan maqolalar qabul qilinmaydi va muallifga qaytarilmaydi. Quyidagi talablarga javob beruvchi, barcha tashkiliy va tibbiy yordam ko'rsatishga taalluqli maqolalar nashrga qabul qilinadi:

Maqolani quyidagi manzilga yuborish mumkin:

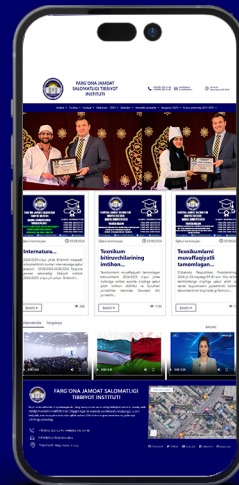
150100, O'zbekiston Respublikasi, Farg'ona shahri,
Yangi Turon ko'chasi, 2-a uy.

E-mail: info@jcpm.uz.

Sayt jurnali: www.fjsti.uz



JICPM



Farg'ona jamoat salomatligi
tibbiyot instituti rasmiy veb sayti



Farg'ona jamoat salomatligi
tibbiyot instituti ilmiy konferensiyalar sahifasi



Farg'ona jamoat salomatligi
tibbiyot instituti ilmiy jurnal sahifasi



Farg'ona jamoat salomatligi
tibbiyot instituti ijtimoiy gazetasi



Farg'ona jamoat salomatligi
tibbiyot instituti kutubxona veb sayti