



**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

**3 (77) 2025**

**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  
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  
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. ИЛЬЯСОВ  
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. РУЗИБОВЕВ  
С.А.ГАФФОРОВ  
С.Т. ШАТМАНОВ (Кыргызстан)  
Ж.Б. САТТАРОВ  
Б.Б. САФОВЕВ (отв. редактор)  
И.А. САТИВАЛДИЕВА  
Ш.Т. САЛИМОВ  
Д.И. ТУКСАНОВА  
М.М. ТАДЖИЕВ  
А.Ж. ХАМРАЕВ  
Д.А. ХАСАНОВА  
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)

**3 (77)**

**2025**

*март*

www.bsmi.uz

https://newdaymedicine.com E:

ndmuz@mail.ru

Тел: +99890 8061882

Received: 20.02.2025, Accepted: 09.03.2025, Published: 14.03.2025

УДК 531.8:621.01(063)

## ОСОБЕННОСТИ ХИРУРГИЧЕСКОЙ КОРРЕКЦИИ ЛЕФАРОПТОЗОВ У БОЛЬНЫХ С НАРУШЕНИЕМ ПОДВИЖНОСТИ ГЛАЗНЫХ ЯБЛОК

Ахмедов Ш.С. <https://orcid.org/0009-0006-7561-6928>

e.mail: [achmedov196515@gmail.com](mailto:achmedov196515@gmail.com)

Среднеазиатский медицинский университет Узбекистан, г. Фергана,  
ул. Бурхониддина Маргинони, 64 телефон: +998 95 485 00 70 e-mail: [info@camuf.uz](mailto:info@camuf.uz)

### ✓ Резюме

Статья посвящена проблеме хирургической коррекции блефароптозов у больных с одномоментным нарушением подвижности глазных яблок. У больных с такой сочетанной патологией хирургическая коррекция блефароптоза зачастую осложняется развитием кератопатий вплоть до язвенных кератитов, эндофтальмитов, перфораций роговицы глаза. Предложены новые методики хирургической коррекции блефароптозов, с меньшим риском развития послеоперационных осложнений у данной категории больных. Из прооперированных 113 больных с различными формами блефароптозов (131 глаз) у 10 (14 прооперированных глаз 10,7%) больных наблюдалось нарушение подвижности глазного яблока.

**Ключевые слова.** Блефароптоз, офтальмоплегия, верхнее веко, кератопатия, язвенный кератит, лагофтальм.

## FEATURES OF SURGICAL CORRECTION OF LEPHAROPTOSIS IN PATIENTS WITH EYEBALL MOBILITY DISORDERS

Akhmedov Sh.S. <https://orcid.org/0009-0006-7561-6928>

e.mail: [achmedov196515@gmail.com](mailto:achmedov196515@gmail.com)

Central Asian Medical University Uzbekistan, Fergana, Burhoniddin Marginoniy Street 64  
tel:+998 95 485 00 70 e-mail: [info@camuf.uz](mailto:info@camuf.uz)

### ✓ Rezyume

The article is devoted to the problem of surgical correction of blepharoptosis in patients with one-stage impairment of eyeball mobility. In patients with such combined pathology, surgical correction of blepharoptosis is often complicated by the development of keratopathies up to ulcerative keratitis, endophthalmitis, and corneal perforations. New methods of surgical correction of blepharoptosis are proposed, with a lower risk of developing postoperative complications in this category of patients. Of 113 patients with various forms of blepharoptosis (131 eyes) operated on, 10 (14 operated eyes, 10.7%) patients had impaired eyeball mobility.

**Key words:** Blepharoptosis, ophthalmoplegia, upper eyelid, keratopathy, ulcerative keratitis, lagophthalmos.

### Актуальность

Среди больных с птозами верхних век в особую группу можно отнести больных с нарушением подвижности глазных яблок. К таким больным можно отнести больных с нейрогенными формами блефароптозов как центральной, так и периферической этиологии, больных с миастенией (myasthenia gravis, болезнь Эрба Гольдфлама) глазной формы с развитием офтальмоплегии, хронической прогрессирующей наружной офтальмоплегией (миопатия экстраокулярных мышц), миотонической дистрофией, врождёнными блефароптозами 3 степени с постепенным развитием офтальмоплегии, больных с развитием патологических процессов в периорбитальной зоне в виде новообразований, травм, воспалительных процессов с развитием блефароптозов и одномоментной офтальмоплегией. Движения глаз - один из необходимых

составляющих работы зрительного анализатора. Они осуществляются координированными движениями глазных мышц. Потеря или ограничение подвижности глазных яблок приводят к нарушению фиксации зрения, нарушению бинокулярного зрения, косоглазию. Движения глаз вместе с миганием век необходимы также для увлажнения поверхности глаз, защиты от механических повреждающих факторов, попадания инородных тел. Таким образом, послеоперационное нарушение, даже временное, смыкания век при хирургической коррекции блефароптоза у больных с нарушением подвижности глазных яблок приводит к одномоментному нарушению двух факторов защиты глазных яблок, что приводит к таким тяжёлым осложнениям, как сухой кератит роговицы, развитие язвенного кератита, перфорации роговицы, эндофтальмита, панфтальмита, ухудшению и, даже потере зрения. Именно потеря этих двух факторов защиты глаз является препятствием к полноценной хирургической коррекции верхних век при блефароптозах. В литературе такая сочетанная патология глаз освещается редко. К критериям риска развития этих осложнений особенно после подвешивающих операций у больных с неудовлетворительной функцией леватора века можно отнести также слабый феномен Белла (2). По данным некоторых авторов у больных с такой сочетанной патологией в послеоперационном периоде в результате развития кератита роговицы, которое не купировалось применением медикаментозных средств производилась реоперация, заключающаяся в удалении подвешивающего материала. После реоперации состояние роговицы улучшалось (4).

**Цель исследования:** Изучить эффективность и безопасность хирургической коррекции блефароптозов у больных с офтальмоплегиями различной этиологии с учётом основных принципов, которыми должен руководствоваться хирург при хирургической коррекции блефароптозов:

1. Операции должны быть малотравматичными и легко выполнимыми;
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. С расслаблением тарзальной пластинки путём её поперечного пересечения (1).

#### Материал и методы

Операции произведены за период с 2014 года по 2022 год включительно в клиниках “Fartuna YUR”, “Biotest medical”, “Focus medico center”, “Нурли хаёт”, “Меридиан”. Среди прооперированных 113 больных с различными формами блефароптозов (131 глаз) у 10 (14 прооперированных глаз 10,7%) больных наблюдалось нарушение подвижности глазного яблока. По нозологии больные с нарушенной подвижностью глазного яблока были распределены следующим образом (таб. 1): 6 больных (9 глаз 64,3%) случаях имело место глазная форма миастении, 4 больных (4 глаза) прооперированы с нейрогенным блефароптозом (28,6%), у 1 больной с двусторонним врождённым блефароптозом, осложнённым офтальмоплегией и косоглазием операцию по коррекции блефароптоза провели только на левом веке в связи с возрастом и отсутствием зрения на правом глазе (7,1%). Блефароптоз 2 степени диагностирован в 3 случаях (28,6%), блефароптоз 3 степени наблюдался в 11 случаях (71,4%). Птоз правого верхнего века наблюдался нами в 3 случаях (21,4%), птоз левого верхнего века наблюдался в 4 случаях (28,6%), птоз обеих век встречался у 3 больных (6 глаз 42,9%). Возраст больных варьировал от 12 лет до 69 лет. Всем больным проводили предварительное обследование у окулистов, проводились общеклинические и лабораторные исследования. 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.

Во время хирургической коррекции блефароптоза всем больным производились операции с предварительным расслаблением тарзальной пластинки. Методика операции выбиралась исходя из функции леватора века. При хорошей и удовлетворительной функции леватора века производилась коррекция путём создания дубликатуры леватора века, при неудовлетворительной функции леватора века производилась коррекция путём подшивания тарзальной пластинки к

лобной мышце. 3 больным (3 глаза 2,3%) произведена коррекция птоза век путём создания дубликатуры, 7 больным (10 глаз 7,6%) после предварительного расслабления тарзальной пластинки произведено её подшивание к лобной мышце.

**Таблица 1**

**Распределение прооперированных глаз по нозологии и степени птоза.**

Нозология	блефароптоз 2 степени		блефароптоз 3 степени	
	абс.	%	абс.	%
нейрогенный	1	7,1	3	21,5
миастения	2	14,3	7	50
врождённый			1	7,1
Итого:	3	21,4	11	78,6

Больным в конце операции с целью защиты глазного яблока производилась временная блефарорафия до 7 суток. Основные швы снимали также на 7 сутки после операции. В послеоперационном периоде основную рану обрабатывали раствором фурацилина и накладывали мазь с антибиотиком. Повязка не накладывалась. После снятия швов для защиты глазного яблока больным проводили ограничительный режим, носились солнцезащитные очки, рекомендовалось увлажнение помещений, запрещалось нахождение больных в пыльных и сухих помещениях. В глаза закапывали корнергель (декспантенол 5%) по 1 капле 4 раза в день. Больные находились под постоянным наблюдением окулистов. В случае развития язвенного кератита или эндофтальмита больные госпитализировались в отделения офтальмологии, где им проводилось консервативное лечение до выздоровления. Больные наблюдались до 1 года после операции.

### Результат и обсуждение

Результаты операций определялись по следующим критериям (3): в случае одностороннего птоза результат считался хорошим, если глазные щели были равными, удовлетворительным – если птозированное 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 нарушенной подвижностью глазного яблока (таб. 2).

**Таблица 2**

**Результаты хирургической коррекции блефароптозов век у больных с нарушением подвижности глазных яблок**

Результат Нозология	Хорошая		Удовлетворение		Неудовлетворительный	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%
нейрогенный	4					
миастения	8				1	
врождённый	1					
итого:	13	92,9			1	7,1

Из 14 прооперированных глаз в 13 (92,9%) случаях удалось произвести хорошую коррекцию блефароптоза. В 1 случае (7,1%) результат оказался неудовлетворительным и потребовал дополнительного оперативного вмешательства.

Таблица 3

**Послеоперационные исходы и осложнения после хирургической коррекции блефароптозов у больных с нарушением подвижности глазных яблок**

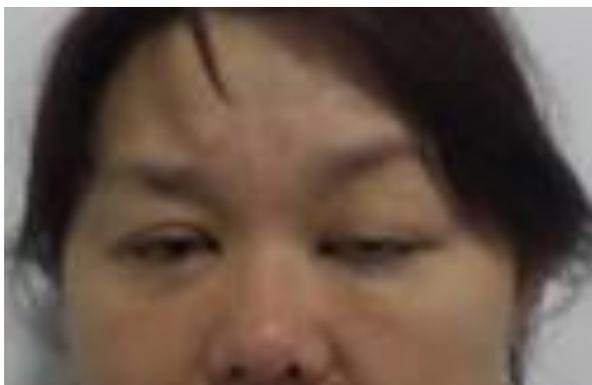
	Нейрогенный		Миастенический		Врождённый	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Лагофтальма нет	1	7,1	7	50	1	7,1
Лагофтальм 1-2мм	3	21,4	2	14,3	-	-
Язвенный кератит	2	14,3	-	-	-	-
Энтропион	-	-	1	7,1	-	-
Пролапс конъюнктивы	-	-	1	7,1	-	-

Из всех прооперированных больных в 9 случаях в послеоперационном периоде лагофтальм не наблюдался (64,3%), приемлемый временный лагофтальм (1-2 мм) от 2 недель до 1,5 месяцев наблюдался у 5 (35%) больных из них в 2 случаях (14,2%) с миастенией глазной формы и в 3 случаях (21,4%) у больных с нейрогенным блефароптозом (таб. 3). Развитие язвенного кератита наблюдалось нами в 2 (14,2%) случаях у больных с нейрогенным блефароптозом у которых развился временный лагофтальм, причём в одном случае у больной с созданием дубликатуры леватора века, во втором случае у больной с подшиванием расслабленной тарзальной пластинки к лобной мышце.

Пример 1: Больная К. 35 лет. История болезни № 1578. Диагноз: Приобретённый нейрогенный птоз левого верхнего века 3 степени. Vis OD-0,9. Vis OS-0,4. Дата поступления: 01.06.2022 г. Дата выписки: 02.06.2022 г. Из анамнеза: болеет около 15 лет. В детстве больная перенесла воспалительный процесс мягких тканей лица после чего болезнь осложнилась птозом левого века. Больная неоднократно безрезультатно лечилась по поводу заболевания у невропатологов и окулистов. В 2011 году в частной клинике «Visus» больной произведена операция на веках по поводу заболевания. Болезнь рецидивировала. Больная обратилась к нам и госпитализирована для оперативного лечения. Общее состояние относительно удовлетворительное. Больная правильного телосложения удовлетворительного питания. Кожные покровы и видимые слизистые чистые. В лёгких везикулярное дыхание. Рс-76 в мин. АД -110/70 мм.рт.ст. Язык влажный, живот мягкий, стул и диурез не нарушены. Местно: При осмотре глаз отмечается полное перекрытие левым верхним веком зрачка. Ширина правой глазной щели 9 мм. Ширина левой глазной щели 3 мм. Функция леватора левого верхнего века по Verke 5 мм. MRD1 слева - -4,0. МСД слева – 6 мм. Складка слева невыраженная. Феномен Бела слева отрицательный. Глазное яблоко справа подвижное, слева глазное яблоко малоподвижно, имеется только отведение глаза наружу (рис.1). Лабораторные обследования: Общий анализ крови: Эр.- 3,7; Hb-118; гематокрит-31,9; цв.пок.-0,95; лей.-5,6; пал.-2; сегм.-59; эоз-3; лимф.-30; мон-4; баз.-2; тром.-155 тыс.; СОЭ-6. Коагулограмма: АЧТВ-24; Фибриноген-3,2; ПТИ-92; МНО-0,95; Протромбиновое время-14,4сек.; время кровотечения по Дюке-103с. Биохимические исследования: глюкоза крови-5,5; мочевины-6,6; креатинин-82,5; билирубин общий-14,6; свободный-2,2; связанный-12,4; АЛТ-0,6; АСТ-0,5; общий белок-61. Другие исследования: Hbs ag отр.; HCV ag отр.

Больной 1.06.22г произведена операция: Хирургическая коррекция птоза левого верхнего века путём поперечного рассечения тарзальной пластинки и создания дубликатуры леватора века. Произведена блефароррафия на 3 сутки. Опер. лист №1689. Швы сняты на 7 сутки. Результат операции: ширина левой глазной щели после операции 9 мм. Коррекция птоза хорошая. Имеется лагофтальм 2 мм. В послеоперационном периоде больной закапывались корнеопротекторы,

проводилась защита глазного яблока. Несмотря на проводимые мероприятия у больной развился язвенный кератит, потребовавший стационарного лечения в отделении офтальмологии. В результате проводимого лечения состояние больной улучшилось. Лагофтальм прошёл через 1,5 месяца после операции. Язва роговицы глаза зажила. Больная выписана в удовлетворительном состоянии (рис.2).



**Рис. 1.** Больная до операции **Рис.2.** Больная на 9 сутки после операции. Развился язвенный кератит



**Рис.3.** Больная на 30 сутки после лечения **Рис.4.** Больная На 30 сутки с кератита закрытыми глазами

Пример 2: Больная С. 12 лет. История болезни №1003/107. Дата поступления: 07.07.22 г. Дата выписки: 10.07.22 г. Диагноз: Паралич правого глазодвигательного нерва. Паралич левого глазодвигательного нерва. Приобретённый нейрогенный осложнённый птоз левого верхнего века 3 степени. Паралич верхней внутренней и нижней прямых мышц глаза. Мидриаз слева. Некорректируемый астигматизм слева. Vis OD-(1,0), Vis OS-(0,1). Жалобы: На невозможность открыть левый глаз, плохую подвижность левого глаза, ухудшение зрения слева. Со слов родителей в 2 года у больной был диагностирован геморрагический инсульт. Больная длительное время лечилась у невропатологов. Исходом перенесенного заболевания больной явился нейрогенный птоз правого века с параличом прямых мышц глаза. Консервативное лечение было неэффективным. Со временем ухудшилось зрение левого глаза. Общее состояние относительно удовлетворительное. Больная правильного телосложения удовлетворительного питания. Кожные покровы и видимые слизистые чистые. В лёгких везикулярное дыхание. Ps-76 в мин. АД -110/70 мм.рт.ст. Язык влажный, живот мягкий, стул и диурез не нарушены. Местно: При взгляде прямо имеется аномально низкое расположение левого верхнего века с полным перекрытием зрачка. Ширина глазной щели справа 9 мм, слева – 3 мм. Функция леватора слева 4 мм. MRD1 слева - - 2мм. МСД слева – 6мм. Складка левого верхнего века невыраженная. Феномен Бела слева отрицательный. Движения левого глазного яблока: сохранено только отведение наружу. Подвижность бровей сохранена. Лабораторные обследования: Общий анализ крови: Эр.- 3,9; Нб-94; гематокрит-32; цв.пок.-0,87; лей.-10,2; пал.-1; сегм.-62; эоз-1; лимф.-34; мон-2; баз.-0; тром.-208 тыс.; СОЭ-6. Коагулограмма: Фибриноген-2,2; ПТИ-106; МНО-1,32; Протромбиновое время-

13,7сек.; время кровотечения по Дюке-126 с. Биохимические исследования: глюкоза крови-4,8; мочеви́на-5,1; креатинин-62; билирубин общий-12,5; свободный-2,2; связанный-10,3; АЛТ-0,13; АСТ-0,19; общий белок-74. Другие исследования: Hbs ag отр.; HCV ag отр. Больной 08.07.2022г. произведена операция хирургическая коррекция птоза века путём расслабления тарзальной пластинки в центральной части с подшиванием к лобной мышце в подбровной области. Операция завершилась наложением блефароррафических швов на 7 суток. После снятия швов больной проводились мероприятия по защите глазного яблока. Закапывался Корнергель по 2 капли 3 раза в день накладывалась тетрациклиновая глазная мазь. Результат операции: ширина глазной щели слева после операции 9мм. Левый зрачок открыт. Достигнута хорошая коррекция птоза. Имеется лагофтальм 2 мм. В послеоперационном периоде у больной в оперированном глазу развился язвенный кератит, потребовавший стационарного лечения в отделении офтальмологии. Больной проводилась антибиотикотерапия, местно закапывался Тауфон 4%, проводилась витаминотерапия. Через 2 недели лагофтальм исчез. В результате проведенного лечения состояние больной улучшилось. Воспалительные явления левого глаза исчезли. Больная выписана в удовлетворительном состоянии.



**Рис.3.** Больная до операции **Рис.4.** Больная на 10 сутки развился язвенный кератит



**Рис.5** Больная на 30 сутки после **Рис.6** с закрытыми глазами. операции

Из всех прооперированных больных ни у одной повторных операций с целью распускания швов не было.

### Выводы

Исходя из результатов операций у больных с блефароптозами с нарушенной подвижностью глазных яблок можно сделать следующие выводы:

1. Риск развития кератопатий у больных с нарушенной подвижностью глазных яблок остаётся высоким и требует дальнейших исследований.

2. При выполнении оперативного лечения блефароптозов у больных с сочетанным нарушением подвижности глазных яблок с соблюдением тех принципов с учётом изменений векторных сил с расслаблением тарзальной пластинки у больных с сочетанной патологией глаз дают меньший риск осложнений со стороны глазного яблока и проходят после консервативного лечения.

3. Снижается вероятность вынужденного распускания швов с целью купирования осложнений со стороны глазного яблока.

#### СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Ахмедов Ш.С. Улучшение эффективности хирургической коррекции птоза верхних век путём расслабления тарзальной пластинки. // Central Asian Medical University, г. Фергана, Республика Узбекистан, Азербайджанский медицинский журнал, 2023;1:17-22.
2. Джарула-заде И.Ч.К вопросу хирургии птоза верхнего века, Центральная больница нефтяников, г. Баку, Азербайджан, Офтальмология, 2016;1(20):63-67.
3. Захарова Т.А., Коротких С.А., Степанова Е.А. Результаты хирургического лечения врождённого птоза у детей // Ж. Клиническая медицина, системная интеграция в здравоохранении 2008;1(1):42-44.
4. Иволгина И.В., Фабрикантов О.Л. Птоз верхнего века. Хирургическое лечение. Выбор метода операции Тамбовский филиал «НМИЦ МНТК «Микрохирургия глаза» им. акад. С.Н. Федорова» Минздрава РФ Медицинский институт Тамбовского государственного университета им. Г.Р. Державина 2020.

**Поступила 20.02.2025**