



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

2 (88) 2026

Сопредседатели редакционной коллегии:

**Ш. Ж. ТЕШАЕВ,
А. Ш. РЕВИШВИЛИ**

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

ТИББИЁТДА ЯНГИ КУН НОВЫЙ ДЕНЬ В МЕДИЦИНЕ NEW DAY IN MEDICINE

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

УЧРЕДИТЕЛИ:

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

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

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

РЕДАКЦИОННЫЙ СОВЕТ:

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

2 (88)

www.bsmi.uz
https://newdaymedicine.com
E: ndmuz@mail.ru
Тел: +99890 8061882

2026
февраль

УДК 617.713

ДИФФЕРЕНЦИРОВАННЫЙ ПОДХОД К ПЕРВИЧНО РЕКОНСТРУКТИВНО-ПЛАСТИЧЕСКИМ ОПЕРАЦИЯМ ПРИ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ ОПУХОЛЯХ КОЖИ ВЕК

Чулиев Шерзод Бахшуллаевич <https://orcid.org/0009-0007-7670-3051> e-mail: sherka2306@gmail.com
Исламов Зиявуддин Садриддинович <https://orcid.org/0000-0002-4148-5230>

Бухарский государственный медицинский институт имени Абу Али ибн Сины, Узбекистан, г. Бухара, ул. А. Навои. 1 Тел: +998 (65) 223-00-50 e-mail: info@bsmi.uz

✓ Резюме

Ежегодно заболеваемость опухолями органа зрения составляет 100–120 случаев на миллион населения. Разработка дифференцированного подхода к первичной реконструктивной хирургии при лечении опухолей кожи век с учетом их размера, расположения и структурных особенностей кожи (эластичность и наличие избытка кожи) является сегодня актуальной проблемой. Предложенные методы реконструктивно-пластической хирургии должны способствовать улучшению качества жизни пациентов, устранению косметических дефектов, сохранению нормальных анатомических особенностей век и снижению частоты осложнений. Проведение одномоментной реконструктивно-пластической операции после удаления злокачественной опухоли кожи век способствует сохранению анатомо-функционального и косметического состояния век, что приводит к улучшению качества жизни пациентов.

Ключевые слова: аутодермопластика, рецидив, кантомия, эпифора, лагофтальм, эктропион, энтропион, злокачественные опухоли век.

A DIFFERENTIATED APPROACH TO PRIMARY RECONSTRUCTIVE PLASTIC SURGERY FOR MALIGNANT SKIN TUMORS OF THE EYELIDS

Sherzod Bakhshullaevich Chuliev <https://orcid.org/0009-0007-7670-3051>
Ziyavuddin Sadriddinovich Islamov <https://orcid.org/0000-0002-4148-5230>

Bukhara State Medical Institute named after Abu Ali ibn Sina, Uzbekistan, Bukhara, st. A. Navoi. 1 Tel: +998 (65) 223-00-50 e-mail: info@bsmi.uz

✓ Resume

The annual incidence of eye tumors is 100–120 cases per million population. Developing a differential approach to primary reconstructive surgery for the treatment of eyelid skin tumors, taking into account their size, location, and structural features of the skin (elasticity and presence of excess skin), is a pressing problem today. The proposed reconstructive surgery methods should improve patients' quality of life, eliminate cosmetic defects, preserve normal anatomical features of the eyelids, and reduce the incidence of complications. Performing a single-stage reconstructive surgery after removal of a malignant eyelid skin tumor helps preserve the anatomical, functional, and cosmetic condition of the eyelids, resulting in improved quality of life for patients.

Keywords: autodermoplasty, recurrence, canthotomy, epiphora, lagophthalmos, ectropion, entropion, malignant eyelid tumors.

QOVOQ TERISI XAVFLI O'SMALARINING BIRLAMCHI REKONSTRUKTIV PLASTIK JARROHLIK DAVOLASHGA DIFFERENSIAL YONDASHUV

Sherzod Baxshullaevich Chuliev <https://orcid.org/0009-0007-7670-3051>
Ziyavuddin Sadriddinovich Islomov <https://orcid.org/0000-0002-4148-5230>

Abu Ali ibn Sino nomidagi Buxoro davlat tibbiyot instituti, O'zbekiston, Buxoro sh. A. Navoiy kochasi 1 Tel: +998 (65) 223-00-50 e-mail: info@bsmi.uz

✓ Rezyume

Ko'z o'smalarining yillik tarqalishi million aholiga 100–120 holatni tashkil qiladi. Ko'z qovog'i terisi o'smalarini davolash uchun ularning o'lchami, joylashuvi va terining strukturaviy xususiyatlarini (elastikligi va ortiqcha terining mavjudligi) hisobga olgan holda birlamchi rekonstruktiv jarrohlikka differentsial yondashuvni ishlab chiqish bugungi kunda dolzarb muammo hisoblanadi. Taklif etilayotgan rekonstruktiv jarrohlik usullari bemorlarning hayot sifatini yaxshilashi, kosmetik nuqsonlarni bartaraf etishi, ko'z qovoqlarining normal anatomik xususiyatlarini saqlab qolishi va asoratlar paydo bo'lishini kamaytirishi kerak. Xavfli ko'z qovoqlari terisi o'smasini olib tashlaganidan keyin bir bosqichli rekonstruktiv jarrohlik amaliyotini o'tkazish ko'z qovoqlarining anatomik, funktsional va kosmetik holatini saqlashga yordam beradi, natijada bemorlarning hayot sifati yaxshilanadi.

Kalit so'zlar: avtodermodplastika, qaytalanish, kantotomiya, epifora, lagofthalmos, ektropion, entropion, xavfli ko'z qovoqlari o'smalari.

Актуальность

На сегодняшний день, наряду с быстрым ростом численности населения в мире, наблюдается также увеличение числа онкологических заболеваний, что вызывает серьезное беспокойство. Согласно данным Всемирной организации здравоохранения, за последние десятилетия отмечается устойчивый рост заболеваемости злокачественными новообразованиями кожи [8,9]. По данным отечественных и зарубежных исследований, рак кожи составляет до 15% всех диагностируемых онкологических заболеваний, при этом ежегодный прирост заболеваемости достигает не менее 5% [8,10].

Рак кожи век составляет 5–5,6% от всех случаев рака кожи и занимает лидирующую позицию среди опухолей органа зрения [1,8]. Ежегодная заболеваемость опухолями органа зрения достигает 100–120 случаев на 1 млн населения, при этом среди первичных опухолей на первом месте находятся опухоли вспомогательного аппарата глаза (8–15 случаев на 100 тыс. населения), на втором — внутриглазные опухоли, на третьем — опухоли глазного яблока [1,10,11]. Около 75% всех злокачественных опухолей органа зрения приходится на рак кожи век [8,11]. Заболевание преимущественно встречается у лиц в возрасте от 46 до 85 лет [3,8].

Морфологическая структура злокачественных опухолей кожи век представлена преимущественно базальноклеточной карциномой (до 94,7%), значительно реже выявляются плоскоклеточная и метатипическая карциномы (около 4%), аденокарцинома мейбомиевой железы (0,7%) и меланома кожи (0,6%) [2,8,12].

Разработка дифференцированного подхода к первичной реконструктивной хирургии при лечении опухолей кожи век с учётом их размера, локализации и структурных особенностей кожи (эластичность, наличие кожного избытка) является актуальной задачей современной офтальмоонкологии [5–7,11,13]. Применение современных методов реконструктивно-пластической хирургии направлено на улучшение качества жизни пациентов, устранение косметических дефектов, сохранение анатомо-функциональных особенностей век и снижение частоты послеоперационных осложнений [2,5,6,14].

Целью исследования является изучить дифференцированный подход к первично реконструктивно-пластическим операциям при злокачественных опухолях кожи век.

Материал и методы

В период с 2018 по 2024 годы в отделениях онкоофтальмологии и нейроонкологии опухолей головы и шеи Бухарского филиала Республиканского специализированного научно-практического медицинского центра Онкологии и Радиологии были проанализированы медицинские записи 40 пациентов (40 глаз) с эпителиальными злокачественными опухолями кожи век. В исследование включены только пациенты, которым была выполнена резекция поражённого века с последующим проведением реконструктивно-пластических операций.

Среди пациентов было 16 мужчин (40%) и 24 женщины (60%). Распределение по стадиям заболевания: 9 пациентов (22,5%) имели диагноз T1N0M0, 16 пациентов (40%) — T2N0M0, 10 пациентов (25%) — T3N0M0 и 5 пациентов (12,5%) — T4N0M0. Всем пациентам до операции проводился цитологический анализ, подтвердивший наличие злокачественных клеток. После операции гистологический анализ показал следующие результаты: у 30 пациентов (75%) был диагностирован базальноклеточный рак, у 10 пациентов (25%) — плоскоклеточный рак.

Локализация опухоли распределялась следующим образом: у 25 пациентов (62,5%) поражалась кожа нижнего века, у 7 пациентов (17,5%) — кожа внутреннего угла глаза, у 6 пациентов (15%) — кожа верхнего века, у 2 пациентов (5%) — кожа внешнего угла глаза.

Средний возраст пациентов составлял от 38 до 79 лет (в среднем 58,8 года).

Всем пациентам проводились стандартные офтальмологические обследования, предоперационные клинические исследования, включая УЗИ регионарных лимфатических узлов. Послеоперационный мониторинг осуществлялся каждые 3 месяца. Критерии оценки результатов лечения включали: Функциональность и анатомическое состояние век (отсутствие лагофтальма, эверсии, энтропиона, эпифоры и других осложнений).

2. Косметический результат (контур век, наличие или отсутствие рубцовых изменений, структура края века).

Результат и обсуждение

У всех пациентов была выполнена резекция опухоли с захватом 3 мм здоровой ткани по краям поражённого участка. Одновременно проводилась пластическая хирургия для устранения дефекта. Выбор метода реконструктивно-пластической операции основывался на размере и локализации опухоли, а также на структурных характеристиках тканей пациента (эластичность, наличие избыточной кожи и др.).

На основе указанных факторов пациентам были проведены реконструктивно-пластические операции, распределённые по трём группам:

1. I группа (18 пациентов, 45%) Проведена клиновидная (V-образная) резекция верхнего или нижнего века. У 7 пациентов (38,9%) с I стадией опухоли выполнена простая клиновидная резекция. У 11 пациентов (61,1%) с опухолями II-III стадии клиновидная резекция дополнялась латеральной кантотомией.

2. II группа (13 пациентов, 32,5%) Для устранения дефекта использовался кожно-фасциальный ротационный лоскут на питающей ножке. В 8 случаях (61,5%) дефект устранялся лоскутом, перемещённым с верхнего века. В 4 случаях (32,8%) использовался лоскут, перемещённый с нижнего века. В 1 случае (5,7%) дефект закрывали ротационным лоскутом, перемещённым из области лба. Этот метод применялся в основном при латеральной или медиальной локализации опухоли.

3. III группа (9 пациентов, 22,5%). Для устранения дефектов после удаления опухолей II-III стадии в области медиального угла глаза применялась аутодермопластика свободным кожным лоскутом, взятым с внутренней поверхности плеча. Этот метод использовался, если избыточной кожи для закрытия дефекта не было, и другие два способа пластики оказались невозможны.

Средний период наблюдения за пациентами составил $30,5 \pm 9,2$ месяца (от 8 до 64 месяцев). Результаты наблюдений показали, что реконструктивно-пластические операции, проведённые на всех стадиях (I, II, III, IV), практически у всех пациентов устранили косметические дефекты. У пациентов, перенёсших операции на I–II–III стадиях, не было выявлено рецидивов, лагофтальма, эпифоры, энтропиона, энтропиона или деформаций в нормальной анатомической структуре век. При устранении дефектов в медиальном углу глаза с использованием кожно-фасциального ротационного лоскута, перемещённого из области лба с сохранением сосудистой ножки, через 8 месяцев после операции был отмечен контраст между лоскутом и кожей века. Это связано с большей толщиной кожи в области лба. У одного пациента, перенёсшего операцию на IV стадии, через 5 лет был выявлен рецидив опухоли размером 2 мм. У другого пациента в послеоперационном периоде наблюдался паралитический лагофтальм нижнего века, который полностью восстановился в течение 6 месяцев. У пациентов с поражением более чем 1/3 верхнего или нижнего века в послеоперационном периоде в течение 1,5–2 месяцев использовались давящие монокулярные повязки или фиксирующие пластыри. Это помогло уменьшить напряжение в мягких тканях и предотвратить осложнения в области швов.

Для демонстрации подхода к лечению сложных онкологических поражений кожи век в клинической практике приводятся три клинических случая с результатами реконструктивно-пластического лечения.

Клинический случай №1:

Пациент М., 58 лет, обратился в Бухарский филиал РИО и РИАТМ с жалобами на наличие язвенного образования в области медиального угла правого глаза. Цитологическое исследование и гистологический анализ после операции подтвердили диагноз злокачественной опухоли. Пациенту

была проведена широкая резекция опухоли с захватом здоровых тканей и диатермокоагуляция образовавшегося дефекта. Было установлено, что устранить дефект с помощью местных тканей невозможно. После измерения вертикальных и горизонтальных размеров дефекта для его закрытия был использован кожно-фасциальный ротационный лоскут, перемещённый с верхнего века с сохранением сосудистой ножки (рисунок №1). В течение 3-летнего периода наблюдения у пациента не выявлено рецидива опухоли, эпифоры или признаков косметического дефекта.

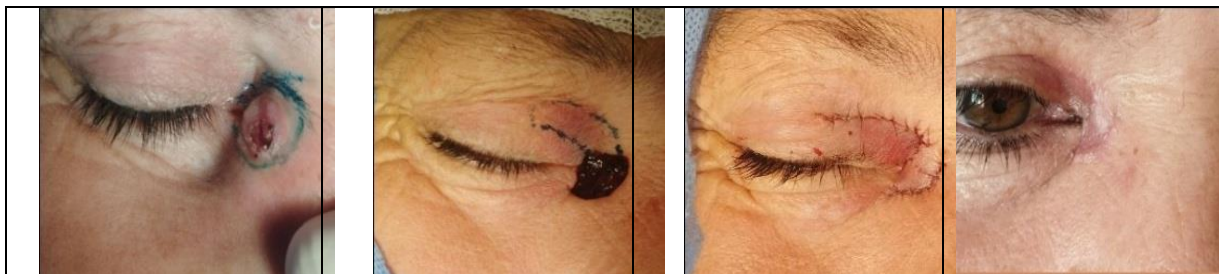


Рисунок 1. Изображения до удаления базальноклеточной опухоли кожи медиального угла и через 1 год после операции.

Клинический случай №2:

Пациент М., 34 года, обратился в Бухарский филиал РИО и РИАТМ с жалобами на язвенное образование в области медиального угла нижнего века левого глаза. Цитологическое исследование и гистологический анализ после операции подтвердили диагноз злокачественной опухоли. Учитывая большой размер опухоли, отсутствие избыточной кожи для пластики и повреждение слёзных каналов верхнего и нижнего век, было принято решение об аутодермопластике с использованием свободного кожного лоскута. Под микроскопом опухоль была иссечена с захватом здоровых тканей электрокоагуляционным методом, и образовавшийся дефект обработан диатермокоагуляцией. Местные ткани оказались непригодными для устранения дефекта. Выполнена зондирование слёзных каналов верхнего и нижнего век для восстановления их проходимости. Дефект был измерен, после чего из внутренней поверхности плеча был взят свободный кожный лоскут толщиной 1 мм. Лоскут был подшит и зафиксирован под микроскопом непрерывным швом с использованием нерасасывающий шовный материал 6-0. На рану был нанесён бальзам Винолин, наложена давящая монокулярная повязка (рисунок №2). В течение 4 лет после операции рецидив опухоли не наблюдался. Однако в первые 6 месяцев отмечалась транзиторная эпифора (слезотечение), которая затем исчезла.



Рисунок 2. Удаление злокачественного новообразования кожи нижнего века левого глаза и медиального угла с одновременной аутодермопластикой. Состояние до операции и через 3 года после.

Клинический случай №3:

Пациент Г., 68 лет, поступил в Бухарский филиал РИО и РИАТМ с жалобами на объёмное образование в области кожи нижнего века левого глаза размером 2.0 x 1.5 см, которое полностью проросло толщу века, имело экзофитный рост и кровоточило при контакте. На основании цитологического исследования был установлен диагноз: злокачественная опухоль кожи (T3N0M0). Выполнена V-образная (клиновидная) резекция нижнего века с латеральной кантотомией (кантолизисом). Опухоль иссекли под микроскопом с переходом на здоровую ткань по всей толщине века. Образовавшийся дефект обработан диатермокоагуляцией. Из-за размера дефекта была

выполнена латеральная кантотомия и кантолизис для восстановления целостности нижнего века. Рана ушита с формированием анатомической структуры века (рисунок №3). В течение 5 лет наблюдения рецидив опухоли не выявлен. Восстановлены анатомическая целостность и функция нижнего века, косметический результат удовлетворительный.



Заключение

Таким образом, в заключении можно отметить, что проведение одномоментной реконструктивно-пластической операции после удаления злокачественной опухоли кожи века способствует сохранению анатомо-функционального и косметического состояния века, что приводит к улучшению качества жизни пациентов.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Апрельев АЕ. Распространенность новообразований глаза, его придаточного аппарата и орбиты по данным офтальмологического отделения № 2 ГБУЗ «Оренбургская областная клиническая больница № 1». Оренбургский медицинский вестник. 2019;7(3):5–9.
2. Аракелян АЭ. Качество жизни пациентов с рецидивирующим течением базально-клеточного рака кожи века. Вестник Совета молодых учёных и специалистов Челябинской области. 2015;2(4):11–13.
3. Аракелян АЭ. Рецидивирующее течение злокачественных новообразований кожи века в Челябинской области. Медицинский вестник Башкортостана. 2015;10(2):91–94.
4. Балаева РН. Фибросаркома нижнего века (клинический случай). Oftalmologiya. 2015;(3):98–101.
5. Бочкарева АН. Повышение эффективности хирургического лечения злокачественных новообразований века эпителиального происхождения при использовании метода аутофлуоресценции. Саратовский научно-медицинский журнал. 2020;16(2):587–591.
6. Бочкарева АН. Первые результаты применения аутофлуоресценции в диагностике границ злокачественных новообразований века эпителиального происхождения. Современные технологии в офтальмологии. 2020;(2):243–247.
7. Сафроненкова ИА. Лечение злокачественных опухолей кожи века с прорастанием в передний отдел орбиты. Офтальмология. Восточная Европа. 2014;(1):70–74.
8. Бровкина АФ. Рак кожи века: эпидемиология, прогноз. Опухоли головы и шеи. 2017;7(1):81–85.
9. Гельфонд МЛ. Дифференциальная диагностика опухолей кожи в практике дерматологов и косметологов. Практическая онкология. 2012;13(2):69–79.
10. Голованова МА. Эпидемиология офтальмоонкологических заболеваний взрослого населения Нижегородской области. Опухоли головы и шеи. 2019;9(4):43–48.
11. Груша ЯО. Хирургическое лечение злокачественных новообразований века эпителиального происхождения. Опухоли головы и шеи. 2012;(2):24–29.
12. Драгомирецкая ЕИ. Профили молекулярных маркеров (p53, BCL-2, CD95, Ki-67) как предикторы развития рецидивов у больных злокачественными эпителиальными опухолями кожи века. Офтальмологический журнал. 2013;(2):61–67.
13. Енгибарян МА. Проблемы хирургического лечения опухолей орбитальной локализации. Фундаментальные исследования. 2014;(7-1):56–60.
14. Корепанов АВ. Диагностика и лечение офтальмоонкопатологии. В: Труды Ижевской государственной медицинской академии. Ижевск; 2017. С. 54–55.

Поступила 20.01.2026