

УДК: 617.77-089.843-031:611.847.1

КОМБІНОВАНА МЕТОДИКА РЕКОНСТРУКЦІЇ НИЖНЬОЇ ПОВІКИ З ВИКОРИСТАННЯМ РОТАЦІЙНОГО КЛАПТЯ ВЕРХНЬОЇ ПОВІКИ, ХРЯЩОВИХ І СЛИЗОВИХ ТРАНСПЛАНТАТІВ: КЛІНІЧНИЙ ВИПАДОК ФУНКЦІОНАЛЬНОГО ТА ЕСТЕТИЧНОГО ВІДНОВЛЕННЯ

Ігнат'єва А.Г., Юрчишин С.М.

*Національний університет охорони здоров'я України
імені П.Л. Шупіка, Київ, Україна*

Актуальність. Реконструкція великих дефектів нижньої повіки є складною проблемою, що потребує одночасного відновлення структурного каркасу, функції слезовідведення та естетично прийнятної вигляду. Поєднання цих цілей залишається викликом для реконструктивної хірургії.

Мета. Оцінити ефективність комбінованої двоетапної методики реконструкції нижньої повіки з використанням ротаційного клаптя верхньої повіки, ауто трансплантатів слизової оболонки рота та хряща для відновлення функції та естетики у пацієнтки зі складним посттравматичним дефектом.

Матеріали і методи. У роботі представлено клінічний випадок реконструкції у 38-річної пацієнтки з повною відсутністю латеральної частини нижньої повіки. Методика включала два етапи: 1) реконструкція задньої пластинки слизовим трансплантатом з рота та покриття дефекту ротаційним міокутанним клаптем Tripter з верхньої повіки; 2) через 6 місяців – відновлення каркасу нижньої повіки за допомогою хрящових трансплантатів з кінчика носа та піднебіння з одночасною ринопластикою та блефаропластикою контралатеральної повіки. Результати оцінювали за висотою повіки, станом слизової плівки (тест Ширмера, флуоресцеїнове фарбування), здатністю до повного змикання та рівнем суб'єктивної задоволеності пацієнтки. Робота виконана в межах дисертаційного дослідження: «Оптимізація вибору методу хірургічної корекції періорбітальної зони» (2025–2029 рр.).

Етика дослідження. Дослідження відповідає принципам Гельсінської декларації Всесвітньої медичної асоціації (1964–2024). Отримано інформовану згоду пацієнтки на проведення лікування, участь у науковому дослідженні та публікацію клінічних матеріалів і зображень.

Результати. Після завершення реконструкції досягнуто повне функціональне відновлення: нормалізовано висоту та положення повіки, відновлено повне змикання очної щілини, усунуто симптоми сухого ока (пацієнтка припинила використання штучної слюзи). Тест Ширмера показав нормальну продукцію слюзи. Естетичний результат оцінений пацієнткою на 9/10 балів та підтверджений незалежним експертним оглядом.

Висновки. Запропонована комбінована двоетапна методика, що інтегрує ротаційний клапоть, слизові та хрящові трансплантати, є ефективним підходом для комплексного функціонального та естетичного відновлення складних дефектів нижньої повіки. Методика дозволяє відтворити анатомічну структуру, забезпечити стабільність краю повіки та досягти високого рівня задоволеності пацієнта.

Ключові слова: пластична хірургія, міокутанний клапоть, комплексний дефект повіки.

Відповідальний автор: Юрчишин С.М.

✉ 9, вул. Дорогожицька, м. Київ,
04112, Україна.

E-mail: sofiychuk07@gmail.com

Corresponding author: Yurchyshyn S.M.

✉ 9, Dorohozhytska str., Kyiv,
04112, Ukraine.

E-mail: sofiychuk07@gmail.com

© Ігнат'єва А.Г.,
Юрчишин С.М., 2025

CC BY-NC-SA

© Ihnatieva A.G.,
Yurchyshyn S.M., 2025

**Цитуйте українською:** Ігнат'єва АГ, Юрчишин СМ.

Комбінована методика реконструкції нижньої повіки з використанням ротаційного клаптя верхньої повіки, хрящових і слизових трансплантатів: клінічний випадок функціонального та естетичного відновлення.

Медицина сьогодні і завтра. 2025;94(3):9с. In press.

<https://doi.org/10.35339/msz.2025.94.3.ihy>**Cite in English:** Ihnatieva AG, Yurchyshyn SM.

Combined technique of lower eyelid reconstruction using a rotational upper eyelid flap, cartilage and mucosal grafts: a clinical case of functional and aesthetic restoration.

Medicine Today and Tomorrow. 2025;94(3):9p. In press.

<https://doi.org/10.35339/msz.2025.94.3.ihy> [In Ukrainian].

Вступ

Пошкодження нижньої повіки, особливо при значних травматичних дефектах, створює серйозну клінічну проблему як з функціональної, так і з естетичної точки зору. Враховуючи складну анатомічну будову цієї ділянки та важливу роль повіки у зволоженні, захисті та комфорті очного яблука, її реконструкція вимагає комплексного підходу з використанням багатокомпонентних технік. Розробка методик, які дозволяють одночасно досягти функціонального відновлення та гармонійного зовнішнього вигляду, є актуальним напрямом сучасної реконструктивної хірургії [1–7].

Метою дослідження була оцінка ефективності комбінованої методики реконструкції нижньої повіки з використанням ротаційного клаптя верхньої повіки, хрящових трансплантатів (хрящі кінчика носа та піднебіння), слизової оболонки ротової порожнини та інших сучасних хірургічних технік для відновлення анатомічної структури, досягнення естетичних результатів у пацієнтів із комплексними дефектами нижньої повіки.

Матеріали та методи

У роботі представлено клінічний випадок пацієнтки віком 38 років із комплексним дефектом нижньої повіки, який виник внаслідок онкології. У пацієнтки спостігалася повна відсутність латеральної частини нижньої повіки, часткове збереження медіальної частини та збережена лінія росту вій, яку необхідно було інтегрувати у реконструкцію. Дефект супроводжувався функціональними порушеннями, включаючи неповне змикання повік, симптоми сухості ока та потребу в постійному

застосуванні штучної сльози. Крім того, наявна деформація обличчя викликала асиметрію середньої третини, що суттєво впливало на естетичний вигляд і психологічний комфорт пацієнтки.

Для корекції дефекту було запропоновано двоетапну комбіновану методику реконструкції нижньої повіки, яка передбачала відновлення анатомічної структури, функції сльозового апарату та досягнення естетичного балансу з урахуванням індивідуальних потреб пацієнтки. Для виконання оперативного втручання використовували: хрящові трансплантати з кінчика носа та піднебіння для відновлення каркасу нижньої повіки [4; 5]; слизову оболонку ротової порожнини для відновлення внутрішньої поверхні повіки [3]; ротаційний міокутанний клапоть верхньої повіки, що забезпечив додатковий об'єм тканин для реконструкції [1; 2; 6].

Результати реконструкції нижньої повіки оцінювалися за кількома параметрами. Першим параметром була оцінка висоти нижньої повіки, де визначалося адекватне анатомічне положення повіки для забезпечення захисту очного яблука. Проводилися вимірювання мінімальної ефективної висоти нижньої повіки за допомогою цифрової фотографії та порівняння з контралатеральною стороною, а також аналіз симетрії висоти повік відносно середньої лінії обличчя. Другим параметром був стан сльозового обігу. Оцінювалася наявність або відсутність симптомів сухості ока, включаючи зменшення або повне зникнення потреби у використанні штучної сльози. Для виявлення сухих ділянок на роговці та оцінки стану сльозової плівки було проведено тест Ширмера, тест флуоресцеїнового

фарбування та проаналізована необхідність використання штучної сльози на основі опитування пацієнтки.

Третім параметром була оцінка задоволеності пацієнта зовнішнім виглядом. Суб'єктивну оцінку естетичного результату визначали шляхом анкетування пацієнтки за шкалою від 1 до 10 балів, де оцінювалась її задоволеність зовнішнім виглядом повіки та обличчя в цілому. Також оцінювався естетичний результат незалежним експертом (пластичним хірургом) на основі фотографій до та після операції. Четвертим параметром оцінювали наявність симптомів сухості ока. Здійснювався моніторинг змін у дискомфорті, пов'язаному із сухістю ока, зокрема печіння, подразнення чи почервоніння. Проводилося опитування пацієнтки до початку лікування та після операцій щодо наявності таких симптомів, як сухість, печіння, подразнення, почервоніння. П'ятим параметром було замикання повік, тобто функціональна оцінка герметичності та повноти закриття повік у стані спокою або під час сну. Проводилися фізикальні огляди пацієнтки для визначення повноти закриття повік у стані спокою та під час сну. Додатково аналізувалися фотографії та відеозаписи для оцінки рухливості повік.

Етика дослідження

Дослідження відповідає принципам Гельсінської декларації Всесвітньої медичної асоціації (1964–2024). Отримано інформовану згоду пацієнтки на проведення лікування, участь у науковому дослідженні та публікацію клінічних матеріалів і зображень.

Обґрунтування методу

Запропонована двоетапна методика реконструкції нижньої повіки була обрана з огляду на складність дефекту, що включав повну відсутність латеральної частини повіки, часткове збереження медіальної частини та наявність інтактної лінії росту вій. Особливу увагу було приділено саме збереженню цієї лінії та її переміщенню вгору з метою досягнення як функціонального, так і естетичного результату. Першим етапом лікування стало відновлення

масиву м'яких тканин. На цьому етапі (*рис. 1*) основним завданням було створення тканинного покриття дефекту з адекватним кровопостачанням, необхідним для подальших реконструктивних втручань. Для цього був застосований ротаційний клапоть верхньої повіки (*рис. 2*), що завдяки збереженій васкуляризації забезпечив оптимальні умови для загоєння. Внутрішню поверхню повіки заміщено слизовою оболонкою ротової порожнини, яка за структурними характеристиками наближена до кон'юнктиви. Це дозволило зберегти фізіологічні властивості слизової, уникнути формування рубцевої тканини та стягнення. Збережена лінія росту вій стала важливою анатомічною орієнтирною точкою, яку інтегрували в реконструкцію з максимальною точністю. Одночасне введення хрящових трансплантатів на цьому етапі не розглядалося через відсутність сформованої фіброзної платформи та недостатнє кровопостачання тканин для підтримки трансплантата. Другим етапом, що був проведений через шість місяців (*рис. 3*), стало хрящове відновлення каркасу нижньої повіки. Основу каркасу сформували за допомогою хряща кінчика носа, який надав необхідну жорсткість і стабільність (*рис. 4*). Додатково використовувався хрящ із піднебіння для посилення внутрішнього шару повіки та компенсації тканинного дефіциту. Обидва трансплантати були фіксовані нерозсмоктувальними швами з урахуванням анатомії повіки, а клапоть надійно закріплено до латерального краю орбіти для стабільного положення. Паралельно з другим етапом проведено ринопластику, що дозволило отримати достатній об'єм хрящової тканини. Окрім того, виконана кругова блефаропластика контрлатеральної повіки сприяла досягненню симетрії обличчя. Завдяки комплексному підходу вдалося анатомічно точно відтворити лінію вій, забезпечити функціональність і досягти бажаного естетичного ефекту. Загалом, обрана двоетапна методика продемонструвала високу ефективність у лікуванні

складних дефектів нижньої повіки, що підтверджується позитивними функціональними і візуальними результатами. Післяопераційне ведення включало моніторинг стану слізозового апарату, контроль адаптації трансплантатів, оцінку естетичних параметрів і повноцінну реабілітацію.



Рис. 1. Анатомічний дефект нижньої повіки до реконструкції.

Зображення демонструє початковий стан пацієнтки з повною відсутністю латеральної частини нижньої повіки, частковим збереженням медіальної частини та видимим кістковим краєм орбіти.



Рис. 2. Результат першого етапу реконструкції нижньої повіки на операційному столі.

Зображення демонструє стан нижньої повіки одразу після виконання першого етапу оперативного втручання, спрямованого на відновлення передньої пластинки, що охоплює 2/3 нижньої повіки. Використано міокутанний клапоть Tripiier orbicularis (одноніжковий), піднятий під площу кругового м'яза з фіксацією на ніжці збоку від кругового м'яза. Клапоть транспортували донизу для закриття дефекту, забезпечуючи

належне покриття тканинним масивом із збереженим кровопостачанням. Плановий розріз було виконано на верхній повіці, що дозволило ефективно транспонувати клапоть і створити основу для подальших етапів реконструкції.



Рис. 3. Стан нижньої повіки після першого етапу реконструкції.

Зображення демонструє добре приживлення трансплантованих тканин після першого етапу реконструкції. Проте, у зв'язку з відсутністю хрящового каркасу, спостерігається опущення нижньої повіки, що не забезпечує повного закриття очного яблука. На підставі естетичної незадоволеності пацієнтки зовнішнім виглядом носа було прийнято рішення провести ринопластику для забору хрящового графта з метою відновлення каркасу нижньої повіки правого ока.

Після першого етапу реконструкції пацієнтка відзначила суттєве покращення функціонального стану: сухість ока значно зменшилася, зникло відчуття «піску в очах», і майже повністю відновилися здатність до змикання повік. Пацієнтка також повідомила про зменшення дискомфорту та помітне покращення естетичного вигляду.



Рис. 4. Інтраопераційний вигляд хряща крила носа та його імплантація під міокутанний клапоть.

Зображення демонструє інтраопераційно отриманий великий хрящ крила носа та процес його встановлення під міокутанний клапоть. На латеральній частині зовнішнього верхнього кута очної орбіти виконано відсепаровку тканин до рівня окістя. Для стабілізації та укріплення м'яких тканин нижньої повіки було проведено фіксацію за допомогою нерозсмоктуючого шва Пролен 4.0, прикріпивши їх до окістя латерального верхнього краю очної орбіти. Ця техніка дозволила створити стабільний структурний каркас для підтримки тканин нижньої повіки.

Результати

Реконструкція нижньої повіки у пацієнтки показала позитивні функціональні та естетичні результати (рис. 5) за всіма оцінюваними параметрами:

- висота нижньої повіки: після операції мінімальна ефективна висота нижньої повіки була відновлена до фізіологічної норми та відносно симетрична з контралатеральною стороною (дефект висоти до 2 мм). Нижня повіка повністю закриває край орбіти, забезпечуючи захист очного яблука.

- стан слезового обігу: тест Ширмера показав нормальну продукцію слюзи з обох сторін, що не потребує додаткового застосування штучної слюзи. Тест флуоресцеїнового фарбування виявив стабільність слезової плівки та відсутність сухих зон на рогиці.

- суб'єктивна оцінка естетичного результату: пацієнтка високо оцінила свій зовнішній вигляд після операції, поставивши 9 із 10 балів за задоволення результатом. Незалежні експерти підтвердили гармонійність естетичного вигляду обличчя, включаючи симетричність обох повік та природність результату.

- відчуття симптомів сухості ока: пацієнтка повідомила про відсутність дискомфорту, зокрема такого як сухість, печіння чи подразнення.

- замикання повік: повіки повністю закриваються як у стані спокою, так і під час сну. Герметичність повік підтверджена фізикальним оглядом.

Загалом, пацієнтка досягла повного функціонального відновлення нижньої повіки із забезпеченням нормального стану слезового обігу та значного естетичного покращення зовнішності. Це підтверджує ефективність запропонованої двоетапної комбінованої методики.



Рис. 5. Стан нижньої повіки після завершення другого етапу реконструкції.

Зображення демонструє результати реконструкції нижньої повіки через 10 днів після другого етапу оперативного втручання. Завдяки встановленню стабільного хрящового каркасу нижньої повіки очне яблуко стало повністю захищеним, що забезпечило повне змикання повік. Пацієнтка повністю позбулася симптомів сухості очей, включаючи відчуття стороннього тіла та дискомфорт. Суб'єктивно пацієнтка відзначила значне покращення функціонального стану та зовнішнього вигляду обличчя, а також повідомила про комфорт і задоволення результатом лікування.

Обговорення результатів

Отримані результати підтверджують ефективність запропонованої комбінованої методики та узгоджуються з даними сучасної літератури. Двоетапний підхід, обраний у нашому випадку, дозволив поєднати переваги класичних технік, описаних різними авторами. Cheng J.X. et al. (2015) також підкреслювали роль ротаційних клаптів та трансплантатів піднебінної слизової для відновлення великих повнотовщинних дефектів, що забезпечує стабільну основу та гладку внутрішню поверхню [1]. Згодом, використання хрящового каркасу, аналогічно техніці, описаної Yamamoto N. et al. (2017) для «сандвіч»-графтів зі слизової та хряща, вирішило проблему опущення повіки після першого етапу [3]. Однак, на

відміну від одноетапних реконструкцій, як у Rajabi M.T. et al. (2014), наш вибір на користь двох етапів був обумовлений необхідністю створення васкуляризованого ложа для надійного приживлення хрящових трансплантатів, що мінімізує ризик їх резорбції або відторгнення [5].

Естетичний успіх методики, зокрема досягнення симетрії, підтримується принципами, викладеними в огляді McCord C.D. & Nunery W.R. (2020), які акцентують на важливості відновлення анатомічних шарів повіки та латеральної підтримки [7]. Суттєве поліпшення стану слізозової плівки після відновлення задньої пластинки слизовим трансплантатом повністю узгоджується з довгостроковими результатами Miyamoto J. et al. (2009), які продемонстрували життєздатність та функціональність таких трансплантатів [2]. Новаторський підхід Ozgur E. & Alacamli G. (2023), який використовує композитний графт хряща та мукоперихондрію з носа, підтверджує актуальність застосування носових структур для реконструкції повік [4]. Важливість фіксації клаптя до стабільного латерального якоря для запобігання ектропіону підкреслюється також у роботі Santos G. & Goulão J. (2014) [6].

Високу суб'єктивну задоволеність пацієнта можна пояснити комплексним підходом, що одночасно вирішив функціональні проблеми та естетичні деформації сусідніх зон. Отже, запропонована методика є логічним розвитком наявних технологій, адаптованих для лікування найскладніших дефектів. Вона інкорпорує ключові принципи класичних методик, такі як напівкруглий ротаційний клапоть, детально описаний Tenzel R.R. & Stewart W.B. (1978) [8], а також біпедикульований міокутанний клапоть для корекції лагофталму та ектропіону, принципи використання якого окреслені Levin M.L. & Leone C.R. (1990) [9]. Модифікація клаптя Tripier, подібна до описаної Machado W.L. et al. (2015), залишається надійним інструментом для відновлення дефектів нижньої повіки та була успішно інтегрована в наш протокол [10].

Висновки

Запропонована двоетапна комбінована методика реконструкції нижньої повіки з використанням ротаційного клаптя верхньої повіки, слизової оболонки ротової порожнини та хрящових трансплантатів (хряща кінчика носа та піднебіння) продемонструвала високу ефективність у лікуванні складного дефекту нижньої повіки. Такий підхід дозволив забезпечити повне функціональне відновлення повіки, включаючи нормалізацію слізозового обігу, повне змикання повік і захист очного яблука.

Естетичні результати реконструкції були позитивно оцінені як пацієнткою, так і незалежними експертами. Значне покращення зовнішнього вигляду обличчя, включаючи гармонізацію пропорцій та симетрії, позитивно вплинуло на психологічний стан пацієнтки.

Результати цього клінічного випадку свідчать про доцільність використання багатокомпонентного підходу у реконструкції складних дефектів повік, який враховує індивідуальні анатомічні особливості пацієнта, функціональні потреби та естетичні цілі. Запропонована методика може бути рекомендована для широкого впровадження у практику реконструктивної та естетичної хірургії.

Декларації

Конфлікт інтересів відсутній.

Усі автори дали згоду на публікацію статті на умовах ліцензії Creative Commons BY-NC-SA 4.0 International License та публічного договору з редакцією, на обробку та публікацію їхніх персональних даних.

Автори рукопису заявляють, що під час проведення досліджень, підготовки та редагування цього рукопису вони не використовували жодні інструменти чи сервіси генеративного штучного інтелекту (ШІ) для виконання завдань, перелічених у Таксономії делегування генеративного ШІ (Generative AI Delegation Taxonomy, GAIDeT, 2025). Усі етапи роботи (від розробки дослідницької концепції до фінального редагування) виконувалися авторами особисто.

Внесок авторів

Внесок Автори	A	B	C	D	E	F
Ігнат'єва А.Г.	+				+	+
Юрчишин С.М.		+	+	+	+	+

Примітки: А – концепція;

В – дизайн;

С – збір даних;

Д – статистична обробка та інтерпретація даних;

Е – написання або критичне редагування статті;

Ф – схвалення фінальної версії до публікації та згода нести відповідальність за всі аспекти роботи.

Фінансування та подяки

Робота виконана в межах дисертаційного дослідження: «Оптимізація вибору методу хірургічної корекції періорбітальної зони» (2025–2029 рр.), тема якого затверджена Вченою радою Національного університету охорони здоров'я України імені П.Л. Шупіка, Київ, Україна.

Література

1. Cheng JX, Zuo L, Huang XY, Cui JZ, Wu S, Du YY. Extensive full-thickness eyelid reconstruction with rotation flaps through "subcutaneous tunnel" and palatal mucosal grafts. *Int J Ophthalmol.* 2015;8(4):794-9. DOI: 10.3980/j.issn.2222-3959.2015.04.27. PMID: 26308255.
2. Miyamoto J, Nakajima T, Nagasao T, Konno E, Okabe K, Tanaka T, et al. Full-thickness reconstruction of the eyelid with rotation flap based on orbicularis oculi muscle and palatal mucosal graft: long-term results in 12 cases. *J Plast Reconstr Aesthet Surg.* 2009;62(11):1389-94. DOI: 10.1016/j.bjps.2008.05.040. PMID: 18784003.
3. Yamamoto N, Ogi H, Yanagibayashi S, Takikawa M, Nishijima A, Kiyosawa T. Eyelid reconstruction using oral mucosa and ear cartilage strips as sandwich grafting. *Plast Reconstr Surg Glob Open.* 2017;5(4): e1301. DOI: 10.1097/GOX.0000000000001301. PMID: 28507862.
4. Ozgur E, Alacamli G. The reconstruction of the lower eyelid defect with lower lateral nasal cartilage and mucoperichondrium composite graft: A new technique. *Med J Mugla Sitki Kocman Univ.* 2023;10(2):120-2. DOI: 10.47572/muskutd.1087367.
5. Rajabi MT, Bazvand F, Hosseini SS, Makateb A, Rajabi MB, Tabatabaie SZ, Abrishami Y. Total lower lid reconstruction: Clinical outcomes of utilizing three-layer flap and graft in one session. *Int J Ophthalmol.* 2014;7(3):507-11. DOI: 10.3980/j.issn.2222-3959.2014.03.22.
6. Santos G, Goulao J. One-stage reconstruction of full-thickness lower eyelid using a Tripiier flap lining by a septal mucochondral graft. *J Dermatol Treat.* 2014;25(5):446-7. DOI: 10.3109/09546634.2013.768329.
7. McCord CD, Nunery WR. Eyelid reconstruction: current strategies and techniques. *Clin Plast Surg.* 2020;47(2):213-23. DOI: 10.1016/j.cps.2019.11.001. PMID: 32115044.
8. Tenzel RR, Stewart WB. Eyelid reconstruction by the semicircle flap technique. *Ophthalmology.* 1978;85(11):1164-9. DOI: 10.1016/s0161-6420(78)35578-0. PMID: 733166.
9. Levin ML, Leone CR Jr. Bipedicled myocutaneous flap repair of cicatricial ectropion. *Ophthalmic Plast Reconstr Surg.* 1990;6(2):119-21. DOI: 10.1097/00002341-199006000-00007. PMID: 2285661.
10. Machado WL, Gurfinkel PC, Gualberto GV, Sampaio FM, Melo ML, Treu CM. Modified Tripiier flap in reconstruction of the lower eyelid. *An Bras Dermatol.* 2015;90(1):108-10. DOI: 10.1590/abd1806-4841.20153181. PMID: 25672307.

Ihnatieva A.G., Yurchyshyn S.M.

COMBINED TECHNIQUE OF LOWER EYELID RECONSTRUCTION USING A ROTATIONAL UPPER EYELID FLAP, CARTILAGE AND MUCOSAL GRAFTS: A CLINICAL CASE OF FUNCTIONAL AND AESTHETIC RESTORATION

Background. Reconstruction of large lower eyelid defects is a complex problem that requires simultaneous restoration of the structural framework, lacrimal drainage function, and an aesthetically acceptable appearance. Combining these goals remains a challenge in reconstructive surgery.

Aim. To evaluate the effectiveness of a combined two-stage technique for lower eyelid reconstruction using a rotational flap from the upper eyelid, autografts of oral mucosa and cartilage, for functional and aesthetic restoration in a patient with a complex post-oncological defect.

Materials and Methods. The paper presents a clinical case of reconstruction in a 38-year-old female patient with a complete absence of the lateral part of the lower eyelid. The technique involved two stages: 1) reconstruction of the posterior lamella with an oral mucosal graft and coverage of the defect with a rotational Tripiier myocutaneous flap from the upper eyelid; 2) after 6 months – restoration of the lower eyelid framework using cartilage grafts from the nasal tip and palate, combined with simultaneous rhinoplasty and blepharoplasty of the contralateral eyelid. Results were assessed based on eyelid height, tear film status (Schirmer's test, fluorescein staining), ability for complete closure, and the patient's subjective satisfaction. This work was conducted as part of the dissertation research "Optimization of the method selection for surgical correction of the periorbital zone" (2025–2029).

Research Ethics. The study complies with the principles of the World Medical Association's Declaration of Helsinki (1964–2024). Informed consent was obtained from the patient for the treatment, participation in the scientific study, and publication of clinical materials and images.

Results. After completing the reconstruction, full functional restoration was achieved: eyelid height and position were normalized, complete closure of the palpebral fissure was restored, and symptoms of dry eye were eliminated (the patient discontinued the use of artificial tears). Schirmer's test showed normal tear production. The aesthetic result was rated by the patient as 9/10 and confirmed by an independent expert evaluation.

Conclusions. The proposed combined two-stage technique, integrating a rotational flap, mucosal and cartilage grafts, is an effective approach for comprehensive functional and aesthetic restoration of complex lower eyelid defects. The method allows for the recreation of anatomical structure, ensures stability of the eyelid margin, and achieves a high level of patient satisfaction.

Keywords: *plastic surgery, myocutaneous flap, complex eyelid defect.*

Надійшла 13.01.2025

Прийнята для опублікування: 29.09.2025

Опублікована: 30.09.2025

Відомості про авторів

Ігнат'єва Анастасія Геннадіївна – пластичний та реконструктивний хірург ТОВ «Міжнародна клініка пластичної та реконструктивної хірургії», Київ, Україна; аспірант кафедри хірургії, комбустіології та пластичної хірургії Національного університету охорони здоров'я України імені П.Л. Шупіка, Київ, Україна.

Поштова адреса: 9, вул. Дорогожицька, м. Київ, 04112, Україна.

E-mail: doctorignatieva@icloud.com

ORCID: 0000-0002-1598-2508.

Юрчишин Софія Миколаївна – пластичний хірург ТОВ «Міжнародна клініка пластичної та реконструктивної хірургії», Київ, Україна; аспірант кафедри хірургії, комбустіології та пластичної хірургії Національного університету охорони здоров'я України імені П.Л. Шупіка, Київ, Україна.

Поштова адреса: 9, вул. Дорогожицька, м. Київ, 04112, Україна.

E-mail: sofiychuk07@gmail.com

ORCID: 0000-0002-1225-1638.