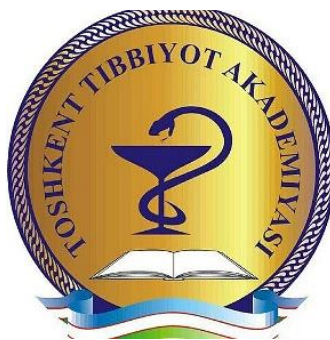


**ЎЗБЕКИСТОН РЕСПУБЛИКАСИ  
ОЛИЙ ВА ЎРТА МАХСУС ТАЪЛИМ ВАЗИРЛИГИ  
ЎЗБЕКИСТОН РЕСПУБЛИКАСИ СОҒЛИҚНИ САҚЛАШ  
ВАЗИРЛИГИ  
ТОШКЕНТ ТИББИЁТ АКАДЕМИЯСИ  
ОФТАЛЬМОЛОГИЯ КАФЕДРАСИ**



**ОФТАЛЬМОЛОГИЯ  
фанидан**

**ЎҚУВ-УСЛУБИЙ МАЖМУА**

Таълим йўналиши: 5510100 – Даволаш иши  
5720300 – Тиббий – профилактика иши  
5111100 – Касбий таълим (5510100 – Даволаш иши)

Тошкент – 2017

Ўқув-услугий мажмуа Ўзбекистон Республикаси Олий ва ўрта махсус таълим вазирлиги 2016 йил 22 январдаги 26 – сонли буйруғининг 2 – иловаси билан тасдиқланган фан дастури асосида тайёрланган.

**“ТАСДИКЛАЙМАН”**  
ўқув ишлари бўйича проректор,  
профессор Ғоимуродов Ш.А.  
\_\_\_\_\_ 2017 й.



**Муаллифлар:**

- Билалов Э.Н. – “Офтальмология” кафедрасининг мудир, т.ф.д., профессор.
- Назирова С.Х. – “Офтальмология” кафедрасининг т.ф.н., доцент.
- Миркомиллов Э.М. – “Офтальмология” кафедрасининг ассистенти.

**Такризчилар :**

- Каримова М.Х. – “Ихтисослаштирилган Кўз Микрохирургия Маркази”нинг илмий ишлари бўйича директор муовини, т.ф.д., профессор.
- Бузруков Б.Т. – ТашПМИ кўз касалликлари кафедраси мудир, т.ф.д.

Ўқув-услугий мажмуа Тошкент тиббиёт академияси Марказий Услугий Кенгашининг 2017 йил 28 июндаги мажлисида кўриб чиқилган ва тасдиқланган (10-сонли баённома)

## МУНДАРИЖА

1. Ўқув фанининг мақсади ва вазифалари.....	1
2. Офталмология фанидан маърузалар мавзулари.....	3
2.1. Кўрув аъзоларини яллиғланиш касалликлари.....	3
2.2. Глаукома.....	12
2.3. Умумий касалликларда кўз тубидаги ўзгаришлар.....	22
2.4. Кўрув аъзолари жароҳатлари.....	31
3. Офталмология фанидан амалий машғулот мавзулари.....	42
3.1. Кўрув аъзоларини клиник анатомияси.....	42
3.2. Кўрув аъзоларининг вазифалари. Кўрув аъзоларининг текшириш усуллари.....	45
3.3. Клиник рефракция. Аккомодация. Кўз туби офталмоскопияси.....	51
3.4. Қовоқ ва кўз ёш аъзолари касалликлари.....	58
3.5. Конъюнктива касалликлари.....	70
3.6. Шох парда касалликлари.....	83
3.7. Қон томир парда касалликлари. Катаракта.....	90
3.8. Глаукома.....	97
3.9. Кўрув аъзолари жароҳатлари.....	108
4. Мустақил таълим машғулоти.....	116
4.1. Мустақил таълим мавзулари.....	116
4.2. Мустақил таълимнинг мазмуни, мақсади, кутиладиган натижалар..	116
4.3. Фойдали адабиётлар.....	118
5. Ўқув-услубий мажмуанинг электрон шакли	

## Ўқув фанининг мақсади ва вазифалари

Амалий офтальмология бўйича дастурнинг асосий мақсади умумий амалиёт шифокорларни (УАШ) кўрув аъзосининг ҳолатини текшириш усулларини ва шу орқали организм ҳолатига баҳо бера билишни ўргатиш, тиббий муассасаларида офтальмология фанини ўқитиш методикасини ўргатиш.

Фанининг вазифалари:

- талабаларга курув аъзоларини текшириш усулларини ва курув вазифаларини аниқлашни ўргатиш;
- беморларга куз касалликларида биринчи тиббий ёрдам курсатиш ва куз стационарига етказишга курсатмаларни билиш;
- талабаларга конъюнктива ва ковок касалликларни даволаш усулларини ўргатиш;
- офтальмолог консултациясига курсатмаларни билиш;
- куз касалликларни ва умумий касалликларда куз асоратларини профилактикасини билиш;
- сурункали касалликларда беморларни реабилитация ва диспансеризация қилишга ўргатиш;

Фан бўйича талабаларнинг билимига, кўникма ва малакасига қўйиладиган талаблар

«Офтальмология» ўқув фанини ўзлаштириш жараёнида амалга ошириладиган масалалар доирасида бакалавр:

- конъюнктивит, блефарит ва говмиччани диагностикаси, даволаш ва профилактикаси;
- глаукома диагностикаси, даволаш ва профилактикаси;
- кўзнинг диабетик зарарланишининг диагностикаси, даволаш ва профилактикаси;
- пресбиопия диагностикаси, даволаш ва профилактикаси;
- кўз ташки қисми ёт жисмлари диагностикаси, даволаш ва профилактикаси;
- кўз туби патологияси асослари;
- шахсий хавфсизлик, атроф муҳит хавфсизлиги ва эпидемияга қарши чоралар;
- офтальмопатологияда тезкор ёрдам тўғрисида бўлши керак;  
– беморларни сўраб суриштириш ва кўздан кечириш (офтальмологик статус);
- амбулатор картани тўлдириш;
- кўз ва унинг ёрдамчи аппарати касалликлари диагностикаси;
- клиник, биохимик, ультратовуш ва рентгенологик текширишлар натижаларини таҳлил қилиш;
- тўғри ва нотўғри офтальмоскоплар билан;
- периметр билан;
- 13,0 Дпт лупа билан;

- Рабкин жадвали билан;
- Сивцев - Головин жадвали билан кўникмага эга бўлиши керак .  
– визометрия, периметрия, тонометрия ўтказиш, кўзойнак танлаш;
- қовоқларни ағдариш;
- кўз ички босимини пальпатор аниқлаш;
- кўз олмасини ҳаракатланишини текшириш;
- кўрув майдонини тахминан аниқлаш;
- бинокуляр ва монокуляр боғлагични кўйишни билиш;
- кўзга томчилар томизиш;
- қовоқлар конъюнктивасининг ва кўз олмасининг ташки кўриги;
- кўриш ўткирлигини аниқлаш;
- ранг ажратиш;
- кўз тубини кўриш;
- кўйишларда конъюнктива бўшлиғини ювиш малакага эга бўлиши керак.

Фаннинг ўқув режадаги бошқа фанлар билан ўзаро боғлиқлиги ва услубий жиҳатдан узвий кетма-кетлиги

Офтальмология фани клиник фан ҳисобланиб, 9-,10-, 11- ва 12- семестрларда ўқитилади. Дастурни амалга ошириш ўқув режасида режалаштирилган клиник ва табиий-илмий (оториноларингология, неврология, инфекция қасалликлар, эндокринология, ички қасалликлар, тиббий биология ва генетика, одам анатомияси, биофизика, нормал физиология, биоорганик, биоанорганик ва биологик кимё) фанлардан етарли билим ва кўникмаларга эга бўлиш талаб этилади.

Соғлиқни сақлаш тизимидаги ўрни

Тиббиёт олий ўқув юрларида умумий амалиёт шифокорлари (УАШ) офтальмология асосларини, чуқур билишлари лозим ва асосий кўз қасалликлари профилактика йўллари чуқур эгаллаши лозим. Шунинг билан бирга бўлажак шифокорлар кўз қасалликлари билан хасталанган беморларни ўз вақтида диспансеризация қила олишлари лозим.

Фанни ўқитишда замонавий ахборот ва педагогик технологиялар талабаларнинг офтальмология фанини ўзлаштиришлари учун ўқитишнинг илғор ва замонавий усулларидан фойдаланиш, янги инфор­мацион-педагогик технологияларни татбиқ қилиш муҳим аҳамиятга эгадир. Фанни ўзлаштиришда дарслик, ўқув ва услубий қўлланмалар, маъруза матнлари, тарқатма материаллар, компьютер дастурлари, электрон материаллар ҳамда замонавий ёруғлик микроскопи, видеотизимлардан фойдаланилади. Маъруза ва амалий дарсларда мос равишдаги илғор педагогик технологиялар қўлланилади.

## **Офтальмология фанидан маърузалар мавзулари**

### **1. Кўрув аъзоларини яллиғланиш касалликлари**

Маъруза даволаш ва тиббий-педагогика факультетининг 5 курс талабалари учун мўлжалланган.

Маърузанинг мақсади: Талабаларни кератит касаллигининг этиологияси, патогенези, ташхислаш, даволаш ва профилактикаси билан таништириш, ҳамда тўғри ташхислаш ва даволаш услубини белгилашга ўргатиш.

Маърузанинг тарбиявий мақсади:

Талабаларни ўз вақтида касалликни аниқлаш ва биринчи шифокор ёрдами кўрсатишга ўргатиш.

Маърузанинг вазифалари:

1. Талабаларни кератитларнинг тарқалиши, учраши ва асоратлари билан таништириш.
2. Кератитларнинг этиологиясини таҳлил этиш.
3. Кератитларнинг патогенезини тушунтириш.
4. Кератитларнинг замонавий классификация (таснифи)ни таҳлил этиш.
5. Кератитларга ҳос шикоятлар, анамнез, объектив клиник белгиларини баён этиш.
6. Талабаларни кератитларнинг асосий турлари билан таништириш.
7. Кератитларнинг асоратларини баён этиш
8. Талабаларни кератитли беморларни патогенетик асосли даволаш усулларига ўргатиш.
9. Талабаларни кератитларнинг профилактикаси усулларига ўргатиш.

Мавзуни қисқача асослаб бериш. Кератитлар кўрув аъзосининг энг кенг тарқалган хасталикларидан биридир. Бунинг сабаби шоҳ парданинг ўзига ҳос жойлашиш натижасида ташқи муҳит билан доимий мулоқатда бўлишидир. Кератитларнинг ўзига ҳос клиник кечиши шакллари ташхислаш касалликнинг кечиш хусусиятлари, кўриниши ва махсус текширувларга асосланади. Уларни даволаш этиологик ва симптоматикдир. Касаллик натижалари даволаш тактикаси тўғрилиги ва ўз вақтида ўтказилишга боғлиқ.

Маърузада кўриб чиқиладиган саволлар ва уларга ажратилган вақт:

1. Кератитларнинг клиникаси ва таснифи
2. Бактериал кератитлар
3. Инфекцион-аллергик кератитлар
4. Вирусли кератитлар
5. Модда алмашинуви бузилиши ва бошқа сабабли кератитлар

Маърузанинг матни: Кератитлар (классификацияси, сабаблари, белгилари, асоратлари, даволаш, олдини олиш)

Кератитларнинг клиникаси ва таснифи.

Шох парда кўзнинг муҳим оптик муҳитларига киради. Шох парда кўз тирқишининг очиқ қисмида жойлашганлиги сабабли ёруғлик, иссиқ, микроорганизмлар, ёт жисмлар таъсирига учрайди ва натижада унда морфофункционал ўзгаришлар вужудга келади. Айниқса, шох парданинг посттравматик ва яллиғланишли хасталиклари оғир кечади, чунки улар кўзнинг бошқа қисмлари билан қон айланиш ва иннервацияси бўйича боғлиқ. Кератитлар (keratitis) кўз касалликлари орасида 0,5% ни ташкил этадилар, лекин ўзидан кейин қолдирувчи хираланишлар сабабли кўришнинг ўта пасайишига олиб келувчи кўрлик ва кўриш сусталашув бўйича 20% ни ташкил этадилар.

Кератитларнинг асосий белгиси – шох парданинг хар хил қисмларида яллиғланиш инфилтрати пайдо бўлишидир. Инфилтратлар турли шаклда, катталиқда, чуқурликда, рангда бўлиши мумкин. Ёар хил сезувчанлик ва васкуляризацияни учратиш мумкин.

Кератитларнинг асосий белгиларига ёруғликдан кўркиш, блефароспазм, ёш оқиши, кўзда ёт жисм ҳисси борлиги, оғриқ ва перикорнеал инъекция киради. Шох парда яллиғланиши унинг хираланишига олиб келиши сабабли кўришнинг турли даражада пасайиши кузатилади. Инфилтрат ранги унинг хужайра таркибига боғлиқ. Агар лейкоцитлар сони кам бўлса инфилтрат кулранг, йиринг миқдори кўпайса – сарик, у сўрилгандан сўнг эса – оқиш тусда бўлади. Янги инфилтратлар чегараси ноаниқ, яллиғланиш қайтишида – аниқ бўлади. Юза кератитларда инфилтрат юзасида эпителий бузилиши, кўчиши ва эрозия ҳосил бўлиши кузатилади. Чуқур жойлашган инфилтратлар эса ярага айланиши мумкин.

Юза томирлар ёрқин қизил рангда бўлиб, шохлайди ва анастамозлар ҳосил қилади. Чуқур томирлар тўқ қизил бўлиб склера ва эписилерадан ўсиб ўтади. Улар тароқсимон бўлиб, тўғри ўсади ва шохламайди. Кератитларнинг асосий асорати – шох парда чуқур қисмларининг қайта тикланмаслиги натижасида бириктирма тўқима билан алмашинувидадир.

Ҳозирги пайтда офтальмологлар кератитларни ташҳислашда қуйидаги этиологик классификациясидан фойдаланадилар:

1. Бактериал кератитлар:

- а) стафило-, пневмо-, дипло-, стрептококкли кератитлар
- б) туберкулез кератитлар
- в) сифилитик кератитлар
- г) малярияли, бруцеллез ва бошқа кератитлар

2. Вирусли кератилар:

- а) аденовирусли кератитлар
- б) герпетик кератитлар
- в) қизамиқли, чўтирли кератитлар

3. Инфекцион (токсико) – аллергияк кератитлар:

- а) фликтенулёз (скрофулез) кератитлар
- б) аллергияк – поллиноз кератитлар

4. Модда алмашувчи бузилиши натижасидаги кератитлар:

- а) аминокислот (оқсил) кератитлар
  - б) авитаминоз кератитлар
5. Бошқа кератитлар:
- а) замбуруғли кератитлар
  - б) нейропаралитик кератитлар
  - в) посттравматик кератитлар.

#### Бактериал кератитлар

Шох парда сурилувчи яраси (*Ulcus sernens*). Ушбу касалликда кўзда кучли, оғриқ, ёш ва йиринг оқиши, ёруғликдан кўрқиш, блефараспазм, аралаш инъекция ва хемоз кузатилади. Шох парда инфилтрати кулранг – сариқ тусда бўлади. Биринчи кунлар давомида у ёрилади ва туби кратерсимон бўлган диксимон шаклда ярага айланади. Яранинг бир қирғоғи регрессияловчи бўлиб, у текис, иккинчи қирғоғи прогрессияловчи бўлиб, у ўйиқ, сарғиш бўлади. Шу жойда шох парданинг инфилтратцияси ва диффуз хираланиши кузатилади. ўсувчи қирғоқ тезда емирилиб, бир кеча кун давомида шох парданинг катта қисмини эгаллайди. Ярага томирлар келмайди. Кўзда оғриқ кучайиб, рангдор парда сарғиш – яшил тус олади, қорачиқ кучли орқа синехиялар ҳисобидан нотўғри шакл олади. Олд камера тубида сариқ рангли суюқ, фибрин ва лейкоцитлардан иборат гипопион пайдо бўлади. Шох парда эриши ва тешилиши мумкин. Агар инфилтрат ушбу тешиқ орқали кўз ичига тушса панофтальмит ривожланади.

Шох парда ярасини даволаш умумий ва маҳаллий равишда кучли миқдорда антибиотиклар ва сульфаниламидлар қўллашдан иборат. Кўздаги оғриқни йўқотиш мақсадида ҳар соатда новокаиннинг 2% ли эритмаси томизилади. Конъюнктива қопчасига антибактериал, нейротрофик, регенератор ва бошқа дорилар томизилади. Дори томизилишдан аввал кўзни дезинфекцияловчи моддалар билан ювилади. Бундан ташқари витамин томчилар ва мидритиклар қўйланилади. Касалликнинг ўта ривожланиши кузатилса. Яранинг прогрессив қирғоғи крио- ва диатермокоагуляция қилинади, парацентез ва олд камерани кенг спектрли антибиотиклар ёрдамида ювилади. Оғриқ кучли бўлса парабульбар новокаинли блокада қилинади. Ичишга салицилатлар ва десенсибилизацияловчи дорилар берилади. Сўрдирувчи дорилардан дионин, лидаза ва бошқалар қўлланилади. Фермент ва кортикостероидлар касалликнинг ўткир даврида ишлатилмайди, регенераця босқичида эса ўта қўл келади. Кейинчалик эса ҳосил бўлган чандиқ кератоластика ёки кератопротез усулида даволанади.

#### Туберкулез кератитлар.

Туберкулез кератитларга гематоген метастатик кератитлар киради. Клиник жихатдан уларнинг иккита асосий тури – чуқур диффуз ва чегараланган кератитлар фарқланади.

Асосан бир кўз хасталанади. Ташҳис клиник-лаборатор текширувлар ва анамнез тафсилотлари асосида қўйилади.

Чуқур диффуз кератит (*keratitis profundus diffusus*) кўз олмаси томирларининг перикорнеал инъекцияси, бир оз ёруғликдан кўрқиш ва ёш оқиши билан кечади. Шох парда полиморф-диффуз хираланган бўлади. Шох парданинг хираланган қисмида алоҳида майда кулранг – сариқ инфилтратлар фарқланади. Лимб томондан ушбу инфилтратларга янги хосил бўлган томирлар келади. Шох парда эндотелийсида кулранг – сарғиш «мойли» преципитлар хосил бўлади. Касаллик узоқ давом этиб, ремиссиялар кузатилади. Шох парда хираланиши ўзгаришсиз қолиб, кўришнинг ўта хираланишига олиб келади.

Чуқур чегараланган (клерозловчи) кератит (*keratitis profundus circumscriptus*) кўзнинг таъсирланиши билан бошланади. Склеранинг ташқи қисмида, лимб олдида гиперемия ва шиш кузатилади. Ушбу жойдан шох парданинг ўрта ва чуқур қисмларига якка ёки кўплаб кулранг – оқиш инфилтратлар тарқалади. Улар устидаги эпителий нотекис кўтарилган. Шох парда васкуляризацияси бошида билинмайди. Касаллик кечиши узоқ, рецидивлар кузатилади. Инфилтратлар урнида диффуз, оқиш, тилсимон хираланишлар қолади. Хираланиш ёнидаги склера юқалашиб, ялтироқ-кулранг тус олади.

Туберкулез метастатик кератитларни окулист фтизиатр билан биргаликда даволайди. Бунда умумий ва маҳаллий равишда махсус антибиотиклар, десенсибилизацияловчи препаратлар ва В гуруҳ витаминлари қўлланилади. Катта каллорияли пархез, углевод в тузларни чеклаш буюрилади. Антибиотиклар билан биргаликда кортикостероидлар, мидриатиклар, салицилатлар ва сульфаниламид даволаш барвақт бошланади. Башорат яхши.

Сифилитик кератит.

*Keratitis syphiliticus* туғма ва орттирилган бўлиши мумкин. Ушбу касаллик жуда кам учрайди ва асосан туғма сифилисда кузатилади. Яллиғланиш паренхиматоз бўлиб, шох парда стромасида вужудга келади. Асосан 5 ёш ва ундан катта бўлган болалар хасталанади. Кератит кўпинча Гетчинсон триадасининг бир белгиси сифатида учрайди.

Паренхиматоз кератит кечишида қуйидаги босқичлар кузатилади:

- 1) Прогрессив босқич ёки инфилтрация босқичи. Бунда лимбда тўсатдан кулранг хираланиш пайдо бўлади. Секин аста хираланиш марказга етади ва шох парда оқиш рангга киради, лекин ярага айланмайди. Таъсирланиш белгилари бошида сезиларсиз, инфилтрация кучайгач ёруғликдан кўрқиш, блефароспазм, ёш оқиши ва оғриқ кузатилади. Касалликка рангдор парда қўшилади ва кўриш пасаяди. Инфилтрация босқичи 3-4 хафта давом этади.
- 2) Васкуляризация босқичида шох пардага чуқур томирлар ўса бошлайди. Улар чуқур жойлашиб, тароқсимон йўналишга эга. Баъзида уларнинг сони шунчалик кўпни, шох парда пишган олчани эслатади. Кўриш ўта пасаяди. Касаллик иридоциклит билан кечиб, 6-8 хафта давом этади.
- 3) Регрессив босқич таъсирланишнинг пасайиши ва яллиғланишининг тугаши билан ифодаланади. Шох парда тиниқланиб, кўрши тикланади. Ушбу давр 1 йилгача давом этади.

Сифилитик кератитда асосан иккала кўз хасталанади.

Ташхислаш мусбат серологик синовларга асосланади (Вассерман, Нонне-Аппельт ва бошқалар). Бундан ташқари бешта асосий клиник белгилар учрайди: 1) даврийлик; 2) икки томонлама хасталаниш; 3) шох пардада яра хосил бўлмаслиги; 4) хамкор иридоциклит; 5) кўришнинг тикланиши.

Орттирилган сифилитик кератит бир томонлама, енгил ўтади ва қисқа муддат кечади. Башорат яхши.

Сифилитик кератитни даволаш тери-таносил диспансерида ўтказилади. Махсус даволашда антибиотиклар, симоб ва мышьякдан фойдаланилади. Махаллий равишда антибиотиклар томизилади, салицилатлар, витаминлар, циклофосфан, атропин қўлланилади. Касалликнинг бошланғич босқичларида кортикостероидлар томизилади. Касаллик тинчий бошлагач сўрдирувчи даволаш ўтказилади.

### Инфекцион-аллергик кератитлар

Фликтенулез кератит туберкулез интоксикацияси натижасида юзага келади. Фликтена носпецифик яллиғланиш субстрати бўлиб, унда касаллик чақирувчи йўқ. У эпителиоид, лимфоид ва гигант хужайралардан иборат бўлиб, папулани эслатади. Пуфакча пролифератив жараёнлар натижасида тугунчага айланади. Фликтенулез натижасида тугунчага айланади. Фликтенулез кератитнинг бир нечта тури фарқланади: юза фликтенали, чуқур инфилтратли, фасцикуляр, панноз, некротик.

Асосан фасцикуляр кератит ёки «жахонгашта фликтена» учрайди. Бунда прогрессив қирғоқли инфилтрат шох парда четида хосил бўлади ва марказга томон сурилади. Унинг ортидан томирлар ўсиб, кометани эслатади. Жараён кучли шох парда синдроми ва сезувчанликнинг ортиши билан кечади. Касаллик мавсумий, давом этиши 1-2 ой. Даволаш аллергия ва яллиғланишига қарши воситалар ёрдамида ўтказилади. Умумий даволаш фтизиатр томонидан ўтказилади (стрептомицин, фтивазид ва бошқалар).

### Вирус кератитлар

Асосан офтальмогерпес касаллиги учрайди. Йилига дунё бўйича 400-500 минг одам ушбу хасталикка чалинади. Уни чақирувчи оддий герпес вирусли (*Herpes simplex*) филтрловчи вируслар сафига кириб, нейротроп хусусиятга эга ва у контакт ҳамда заво йўлларида одам организмига киради.

Умуман, барча инсонлар ушбу вирусни олиб юрувчи ва потенциал юктирувчи бўлишлари мумкин. Вирусни фаоллашуви ва организмнинг қаршилиги пасайиши иситмалаш, совуқ қотиш, эмоционал стресслар, эмлаш, қизиб кетиш, нейронэндокрин ўзгаришлар натижасида келиб чиқади.

Касаллик кўпинча тизим зарарланиши, яъни тери, шиллик қабатлар, марказий ва периферик асаб тизими, жигар ва кўз хасталаниши билан кечади. Герпетик кератитларнинг умум-танланган таснифи 1973-1980 йилда Ю.Ф.Майчук томондан таклиф этилган. Ушбу тасниф бўйича бирламчи герпес – унда

организмда ушбу вирусга антитаналар учрамайди ва бирламчидан кейинги – унда антитаналар учрайди, фарқланади.

Клиник кўринишга қараб:

Везикулез кератит. Бунда шох пардада сероз суюқлик эпителийни кўчириши натижасида якка ёки кўплаб кулранг пуфакчалар пайдо бўлади. Улар кейинчалик ёрилиб ярачалар ҳосил қиладилар. Шох парданинг сезувчанлиги пасаяди. Эпителийнинг регенерацияси трофика бузилиши сабабли секинлашади. Агар ўзгариш олд чегара мембранасини қамраб олса, кейинчалик хираланиш қолади.

Дарахтсимон кератит. Ушбу кератит бирламчи пуфакчалар ҳосил бўлиши билан белгиланади, кейинчалик улар чуқур қаватларга тарқалади. Касаллик нерв толалари бўйича тарқалади ва касалликка томирли парда кўшилиб, эндотелийда преципитатлар ҳосил бўлади. Кўпинча десцемет мембранасининг бурамалари ҳосил бўлади. Агар ўзгариш тарқалиши кучайса шох парда юзаси жуғрофий харита кўринишини олиб «Харитасимон» кератит юзага келади. Бу турдаги кератит чуқур ҳисобланади.

Ушбу кератитда шох парда эпителийси катта қисмининг емирилиши натижасида иккиламчи бактериал ёки замбуруғли инфекциялар кўшилиши мумкин. Кератитларнинг юқоридаги турида қаттиқ оғриқ, блефароспазм кузатилади. Кератитнинг ушбу турларини клиник кўринишига қараб ташҳислаш жуда осон.

Стромал кератитларнинг 3 хилдаги кўриниши учрайди.

Дисксимон кератитда чуқур инфилтрат шох парданинг марказий қисмида бўлиб, дискни эслатади. Баъзан диск олдида шох парда юзасининг нотекислиги ёки эпителий тешиклари ва майда пуфакчалар бўлиши кузатилади. Диск парацентрал жойлашганда касаллик клиникасининг атипик кечиши кузатилади. Бундан ташқари стромал кератитнинг ўчоқли ва диффуз турлари учраши мумкин. Ушбу кератитларда ирит ва ирридоциклитлар кузатилади.

Шох парданинг герпетик яраси асосан дарахтсимон кератитнинг чуқурлашуви натижасида келиб чиқади. Бунга кўпинча нотўғри даволаш сабаб бўлади. Яра аста секин, узоқ вақт давомида, оғриқсиз кечади. Даволашга қарамасдан десцеметоцеле кузатилиши мумкин.

Герпетик кератоувеитларда кератит белгилари билан бирга томирли парда хасталаниши кузатилади. Ушбу хасталикда шох парда турли қисмларида кулранг инфилтратлар учраши, яра бўлиши, десцемет қавати бурмалари, преципитатлар, олд камерада экссудат, рангдор пардада янги томирланиш, орқа синехиялар, буллез кератопатия, кўз ички босими кўтарилиши кузатилади. Касаллик узоқ кечганда шох парданинг юза ва чуқур васкуляризацияси, асоратли катаракта ривожланиши мумкин.

Постгерпетик кератопатия. 2 клиник тур: эпителиопатия ва буллез кератопатия шаклида фарқланади. Бунда шох парда эпителийсининг кўтарилиб туриши, пуфакчалар ҳосил бўлиши, шох парда юзасининг нотекислиги, сезувчанликнинг йўқолиши кузатилади. Пуфакчалар ҳосил бўлиши, ёрилиши ва йўқолиши кузатилиб туради. Оғриқ унча билинмайди,

Касаллик узоқ вақт давом этади ва кўришнинг сезиларли пасайишига олиб келади.

Герпетик кератитларни қиёсий ташхислашда қуйидаги белгилар катта ўрин туттади:

- пуфакча ҳосил бўлиши, инфилтратнинг даҳраҳтсимон ёки нотугри шаклда бўлиши;
- инфилтрат кулранг;
- шоҳ парда сезувчанлиги иккала кўзда пасайган, лекин уч шоҳли нерв невралгияси учраши;
- шоҳ парда томирланмаган;
- кечиши оғир, ўткирлатув ва ремиссиялар билан;
- касаллик ўтказилган юқумли касалликлар ва жароҳатдан сўнг келиб чиқади;
- эпителий қирмасида оддий герпес вируси аниқланади;
- касаллик антибиотик ва сульфаниламид воситаларга резистент;
- хужайрада специфик антитаналари аниқланади
- герпетик полиантигенга тери синовлари мусбат.

Герпетик кератитнинг турлари кўплиги касалликнинг кеч аниқланиши ва даволашнинг кеч бошланишига сабаб бўлади.

Вирусга қарши кимётерапия, махсус патогенетик даволаш усуллари ва микрохирургия усуллари ривожланиши натижасида кератитларни даволашда катта ютуқларга эришилди.

Кератитларни даволаш қуйдагиларни ўз ичига олади:

1. Вирус билан зарарланмаган тўқималар ҳимояси.
2. Вирус билан зарарланган тўқималар ҳимояси.
3. Яллиғланишга қарши кураш.
4. Шоҳ парда стромаси коллаген некрозига қарши кураш.
5. Зарарланган тўқималар чандикланишини олдини олиш.
6. Махсус ҳимоя йўналишларига таъсир
7. Носпецифик резистентлик йўналишларига таъсир.

Даволаш услубини танлаш касалликнинг клиник тури, босқичи ҳамда организмнинг умумий ҳолати, ҳамкор касалликларини ҳисобга олиб ўтказилади.

Вирусга қарши курашда Идоксуридин (ИДУ), Интерферон ва унинг индукторлари, махсус вакцина ва иммуноглобулинлар қўлланилади.

Шуни таъкидлаш лозимки, кўпчилик вирусга қарши препаратлар ўта зарарли ёки таъсири паст бўлиб чиқди. ИДУ кератитларнинг юза турларида ўта таъсирчан, лекин чуқур кератитларда бефойда, бундан ташқари узоқ вақт давомида қўлланилганда шоҳ парда ва конъюнктивга токсик таъсир кўрсатади. Бу ҳолларда Оксолин, Теброфен, Флоренал, Госсипал, Виролекс (Ацикловир) қўллаш мақсадга мувофиқ. Олимлар томонидан Флореналнинг узоқ таъсир этувчи ва конъюнктива ости инъекцияси учун эритмалари таклиф этилган. Бундан ташқари дори воситаларининг узоқ вақт давомида таъсир этиши учун кўз доривор плёнкалари кашф этилган.

Герпетик кератитда концентранган лейкоцитар интерферон ва унинг индукторлари ижобий таъсир кўрсатади. Продигозон, пирогенал ва

интерфероногенларни юбориш ижобий терапевтик таъсир кўрсатади. Герпесга қарши зардобнинг таъсири ўта паст, лекин касаллик рецидивларини олдини олишда у кучли профилактик воситадир. Унга хамкор интерферон индукторлари-дан фойдаланиш мақсадга мувофиқ. Физиотерапия усуллари-дан рентгенотерапия, ультратовуш, дидинамотерапия, дорили электрофорез, фонофорез самарали. Магнитотерапия оғриқ ва ёруғликдаш кўрқишни йўқотиб, шох парда трофикасини тиклаши эвазига герпеснинг оғир турларида ўта самарадор.

Микрохирургиянинг ривожланиши бар вақт керато-пластика ёрдамида касалликни радикал даволашга олиб келди. Вирусга қарши аргонлазеркоагуляция ўзининг кам жароҳатлаши, анестезиясиз қўлланилиши ва ярага тегмаслиги сабабли ижобий таъсир кўрсатади.

Кортизоннинг кичик миқдорда қўлланилиши JgA нинг миқдорини мўътадиллаштириб, касаллик рецидивини олдини олади. Иммунитет пасайганда Левамизол қўллаш мақсадга мувофиқ.

Шундай қилиб касалликнинг биринчи босқичида ИДУ, флоренал, аденин-арабинозид, орторимидин, интерферон қўллаш, иккинчи босқичида эса иммуно-фармологик, яллиғланишига қарши ва патогенетик даволаш мақсадга мувофиқдир. Ностероид яллиғланишга қарши воситалар (бутадион, индометацин, ибупрофен) қўллаш самаралидир. Агарда аллергик ҳолат кўшилса фенкарол ва бошқа антигистамин дорилар қўллаш мақсадга мувофиқ. Организмда интерферон ишлаб чиқариш сусайганида интерферон индукторлари продигиозан, пирогенал, полудан қўлланилади. Шох парда озикланишни тиклаш мақсадида В гуруҳ витаминлар ва тўқима терапияси самарали.

Сўрдирувчи воситаларидан лидаза, лекозим, кукумазим, стрептодеказа каби ферментлар қўлланилиши касалликнинг асоратсиз ўтишига асос бўлади.

Модда алмашинувчи бузилиши натижасидаги ва бошқа кератитлар Авитаминоз кератит. Бунда тери, шиллиқ парда ва кўз томонидан ўзгаришлар кузатилади. Бу касаллик асосан ошқозон-ичак трактининг кучли ўзгаришлари, ўпка касалликлари ва сепсисда юзага келади.

Бирламчи прексероз ҳолати юзага келиб, кўз тирқишида кўз ёши қурийд. Шох парда хираланиб, ялтироқлиги йўқолади ва сирти қурийд.

Эпителиал ксероз даврида кўз тирқиши ойсимон бурмаларида қурук тангачалар ҳосил бўлиб, шох парда эпителийси қуриб, кўча бошлайди (гиперкератоз). Бунда РР, В1, В2 витаминларининг етишмовчилиги кузатилади.

Даволаш учун умумий ва маҳаллий тарзда витаминлар юборилади, асосий касаллик даволанади. Башорат яхши.

Замбуруғли кератитлар ёки кератомикозлар сурункали кечувчи кератоконъюнктивитни эслатиб, секин аста ва бир оз ажралма ҳосил қилиб боради. Ташҳислаш лаборатор усулда замбуруғларни аниқланишига асосланади. Бундай кератитлар аста, корнеал синдром унча ривожланмаган ҳолда ўтади. Шох пардада майда ипсимон ва унсимон бўш – қурилиш

инфильтратлар хосил бўлиб, уларнинг ранги кулранг, чегараси аниқ, сарғиш хошияли. Касаллик узоқ давом этади, даволашга таъсирчанлиги паст. Даволаш антиминокс воситалар (амфотеррамин, трихомицин, нистатин) ва симптоматик дори-дармонлар ёрдамида ўтказилади. Бундан. Ташқари сульфаниламидлар, цинк ва резорцин қўлланилади. Механотерапия, инфильтратларни эфир, Bryll.Gruni спиртли эритмаси, приотерапия усулларида кўйдириш тавсия этилади.

Шундай қилиб, кератитларни тўғри ташхислаш ва ўз вақтида ўринли даволаш ва профилактик муолажалар ушбу касаллик бўйича кўришнинг пасайиши ҳамда кўрликнинг камайишига олиб келади.

#### Амалиётдан намуналар

Бемор 35 ёшда. Икки кун аввал ўнг кўз шох пардасига ёт жисм тушган. Ёт жисм навбатчи шифокор томонидан олиб ташланган. 2 кун кўзга дори томизган, лекин кўз таъсирланиб, қаттиқ оғриқ, ёш оқиши, ёруғликдан кўрқиш кузатилган. Объектив: ОД Блефароспазм, аралаш инъекция. Шох парда марказида тўқима некрози, йиринг дефект, олд камерада 3 мм йирингли кузатилади. Қорачиқ торайган. Кўриш ўткирлиги 0,05.

Текширув натижасида шох парда сурилувчи яраси диагнози қўйилди. Даволаш: махаллий левомецетин, хинин, атропин, мушак орасига катта миқдорда антибиотиклар.

Бемор 21 ёшда. Дарахтсимон герпетик кератит билан 2 йил давомида оғрийди, флоренал билан даволанади. Шифокор дексаметазон томчиларини махаллий буюрган. Объектив: OS кўз таъсирланган. Соат 9 да парацетал шох парда дефекти кузатилади. Йиринг йўқ. Қорачиқ торайган. Шох парда эндотелийсида кулранг майда нуқтасимон преципитатлар бор. Шох парда сезувчанлиги йўқ. Томирланиши йўқ.

Текширув натижасида шох парданинг герпетик яраси диагнози қўйилди. Махаллий даволаш: Ацикловир 3% суртмаси буюрилди.

Бемор 43 ёшда 3 кун аввал ангина ўтказган ва иситмаси кўтарилган. Бир кун олдин ёруғликдан кўрқиш, ёш оқиши, кўз қизариши ва кўзда бир оз оғриқ пайдо бўлган. Даволанмаган.

Объектив: ОД кўз таъсирланган, шох пардада эпителиал қаватида кулранг нуқтасимон инфильтратлар бор. Шох парда сезувчанлиги пасайган. Кўриш ўткирлиги = 0,8. Объектив текширувлар натижасида қуйидаги ташхис қўйилди: ОД нуқтасимон герпетик кератит.

Даволаш учун махаллий равишда Офтан-иду ва Флореналь суртмаси буюрилди.

Маъруза учун демонстрацион материаллар:

1. ўқув плакатлари
2. Слайдлар
3. Муляжлар

## Хулоса

Маъруза давомида талабалар кератитларнинг учраши, клиник турлари билан танишадилар. Кератитларнинг этиологияси ва патогенези чуқур ўрганилади. Кератитларни ташхислаш офтальмологик ва махсус усуллари баён этилади. Кератитли беморларга хос шикоятлар, анамнез ва объектив белгилар, касалликнинг кечиши чуқур таҳлил этилади. Кератитларни даволаш замонавий усуллари ва профилактик муолажалар, ҳамда асоратларни олдини олиш йўллари ўрганиб чиқилади.

### Мулоқат учун аудиторияга саволлар

1. Аҳоли ўртасида кератитларнинг тарқалиши қандай.
2. Кератитларнинг асосий турлари айтиб беринг.
3. Кератитларнинг асосий белгиларини айтиб беринг.
4. Кератитларнинг асосий ташхислаш усулларини келтиринг.
5. Кератитларнинг даволаш йўналишларини айтиб беринг.
6. Кератитларнинг қандай асоратлари учраши мумкин.
7. Кератитларни олдини олиш мақсадида қандай маҳаллий ва умумий профилактик муолажалар ўтказилиши зарур.

### Адабиётлар:

1. Руководство по глазным болезням. Архангельский В.Н., Москва, 1971.
2. Руководство по детской офтальмологии. Аветисов Э.С., Москва, 1987
3. Реконструктивные операции на глазном яблоке. Гундорова Р.А., Москва, 1983.
4. Терапевтическая офтальмология. Краснов М.Л., Шульпина Н.В., Москва, 1985.

## 2. Глаукома.

Даволаш, тиббий-педагогика ва тиббий профилактика факультетлари V курс талабалари учун.

### Маъруза мақсади:

Глаукома кўриш анализатори патологиялари орасида энг оғир, даволаб бўлмайдиган кўрликка ва бунинг оцибатида ногиронликка олиб келувчи касалликлардан биридир. Шунинг учун, бу касалликнинг келиб чиқиш сабаблари, уни текшириш услублари, диагностикаси, бирламчи, иккиламчи ҳамда туғма глаукомалар. глаукоманинг уткир хуружи, уларнинг клиникаси ва даволаш услублари, профилактикаси ушбу маърузанинг мақсадидир.

### Маърузанинг тарбиявий мақсади:

Маъруза талабада ўз мақсадига эришишдаги меҳнатсеварликни, жавобгарликни, қатъийятликни ва шахс сифатида шаклланишни ривожлантиради. Давлат миқёсидаги бу оғир касалликни даволаш ва профилактикасида келажақда врач сифатида унинг мажбуриятлари ва ролининг шаклланишига таъсир этади.

Маърузада кўриладиган масалалар:

1. Глаукома проблемаси тарихи.
2. Глаукомани текшириш услублари.
3. Глаукоманинг асосий турлари.
  - а) туғма глаукома
  - б) иккиламчи глаукоманинг хар хил турлари
  - в) бирламчи глаукома
  - г) глаукоманинг уткир хуружи
  - д) бирламчи глаукома классификацияси
4. Глаукомани даволаш услублари ва унинг профилактикаси.

Мавзуни қисқача асослаб бериш:

Глаукома кўзнинг ўта оғир касалликларидан бири бўлиб у даволаб бўлмайдиган кўрликка олиб келади. Бу кортикосенсор касаллик бўлиб, унинг асосий симптомларидан кўз ички босимини ошиши ва унинг окибатида кўриш нервида глаукоматоз атрофия, кўриш майдонининг торайиши ва адаптациянинг бузилишидир.

Глаукома кўпинча бошқа касалликлар фонида ёки умумий касалликлар сабабли ривожланиши мумкин (атеросклероз, қандли диабет, гипертония ёки иаслий бўлиши). Бу ҳақда бўлажак барча шифокор мутахасислар билишлари шарт.

Бирламчи глаукома асосан 40 ёшдан ошган инсонларда учрайди. Ўзбекистонда кўз касалликлари ногиронлиги бўйича 2-3-уринда туради.

Шунинг учун унинг этиологияси, клиникаси, диагностикаси, даволаш, реабилитацияси ҳамда профилактикасига катта аҳамият бериш зарур.

Умумий касалликларда ишлатиладиган баъзи бир дори-дармонларпи глаукомали касалларда бу касалликнинг кечиши ва кўз босимининг ошишига олиб келиши бошқа шифокор мутахасисларнинг диққат марказида бўлиши керак, акс холда бу касалликнинг зўрайишига ҳамда глаукоманинг ўткир хуружига олиб келиши мумкин.

Маърузада кўриладиган масалалар ва уларга ажратилган вақт:

1. Глаукома проблемаси тарихи
2. Глаукомани текшириш услублари
3. Глаукоманинг асосий турлари
  - а) туғма глаукома
  - б) иккиламчи глаукома
  - в) бирламчи глаукома
  - г) глаукоманинг ўткир хуружи
  - д) бирламчи глаукома классификацияси
4. Глаукомани даволаш услублари ва унинг профилактикаси

Глаукома

Глаукома проблемами тарихи

Глаукома- «glaucos» ёки денгиз тўлқини ранги – бу номни касалликка буюк Гиппократ берган, чунки глаукоманинг ўткир хуружидан сўнг кўр бўлиб қолган беморнинг кенг ва ҳаракатсиз қорачиғи шу рангда тусланади. Шу билан бирга у биринчи бўлиб бу касалликни клиникасига таъриф берди ва уни даволаб бўлмайдиган кўрлик деб атади.

Замонавий тушунчада глаукома кортикосенсор касаллик бўлиб у кўз ички босимини ошиши, кўриш майдонининг торайиши, кўриш нерви дискининг глаукоматоз экскавацияси ва атрофияси симптом комплексидан иборатдир.

#### Глаукомани текшириш услублари.

Кўз ички босими – бу кўз олмаси ички қисмларининг унинг ташқи қобиғига бўлган босимидир. У қон томирларининг таранглиги, гавҳар ва шишасимон тана ҳолати (уларнинг шишиси) ва энг муҳими кўз ички суюқлигининг ишлаб чиқилиши ҳамда оқиб чиқиб кетишидан иборатдир.

Нормада у 16 дан 26 мм симоб устунига тенг. Авваллари кўз ички босими пальпатор ўлчанар эди. Бу субъектив усул ва ҳар доим ҳам туғри бўлмади.

1886 йилда рус олими Маклаков жуда оддий ва қулай аппарат-апланацион тонометрни таклиф этди ва бу усулни биз ҳозиргача қўллаб келамиз. Ҳар бир ўлчов қоғозга туширилади ва уни ҳужжат сифатида сақлаш имконияти бор. (Апланацион тонометрнинг тузилиши ҳақида сўзлаб берилади. Кўз ички босимини ўлчаш усули тўғрисида сўзлаб берилади). Шу билан бирга Шиотц плунжерли тонометри ҳам бор. (Унинг тузилиши ҳақида сўзлаб берилади).

Ҳозирги вақтда кенг миқёсда контактсиз ва лазер тонометрларидан фойдаланилади. Ҳар бир инсон кўз ички босимининг индивидуал кўрсаткичларига эга.

1907 йилда Маклаковнинг шогирди Масленников кўз ички босимининг суткалик ўзгариш ҳолати ҳақидаги қонунни очди. Бунинг учун у Москва университетидеги 7 минта талабанинг кўз ички босимини эрталаб ва кечқурун ўлчаб кўрди ва эрталабки ҳамда кечқурунги ўлчовлар орасида 3-4 мм. сим. уст. Фарқ борлигини аниқлади.

1903 йилда Лебер кўз ички суюқлигининг циркуляцияси ҳақидаги қонунни очди. Кўз ички суюқлиги цилиар тана ўсимталарида ишлаб чиқилади. У шишасимон танага сингиб, тўр парда ва шишасимон тана оргалиғида ҳосил бўладиган тирқишлар орқали олдинга цинн бойламларига қараб ҳаракатланади. Цинн бойламларида ҳосил бўладиган Петит- Гоновер капали орқали орқа камерага, у ерда гавҳарни озиклантириб қорачик орқали олдинги камерага ҳаракатланади. Олдинги камерада шох пардани озиклантириб олд камера бурчагига ва у ерд трабеккуладаш фонтанов оралиғи орқали шлемм каналига келади. У ерда қондаги осмотик босимнинг фарқи асосан олдинги цилиар веналарга сўрилиб кетади, унинг олдинги қисми коллектор венулалар деб аталади.

1852 йилда Альберт фон Грефф глаукомали беморнинг кўз тубини изоҳлаб берди. Глаукомали беморнинг кўз тубида биз нимани кураимиз? Ортикча кўз ички суюқлиғи ташқи қобикқа таъсир кўрсатади. Биз биламизки бу қобикдаги энг нозик ер ғалвирсимон пластинадир, бу пластина орқали кўрув нерви

толалари кўз олмасини тарк этади. Босим оқибатида пластина ташкарига бўртиб чиқади, кўрув нерви толалари эса склера четига сиқилади. Бунинг оқибатида астроглия ҳалок бўлади. Кўриш нерви диски трофикаси ва унинг ранги шу оқибатда ўзгаради. Тўр парда перифериясида таёқчали фоторецепторлар ҳалок бўлади, куриш майдони тораяди. Кўриш нерви дискида экскавация чуқурлашади ва у кул ранг тусга киради. Кўриш майдони торая бориб, трубасимон шаклга келади ва адаптация бузилади.

1925 йилда Транкоза олд камера бурчагини текшириш учун оддий гониоскоп таклиф этади. ўша вақтдан бери жуда кўп гониоскоплар вужудга келди: бир кўзгули Краснов, уч ва тўрт кўзгули Бойнинген, Гольдман, Федоров гониоскоп ва гониолинзалари шулар жумласидандир. Бу аппарат олд камера ҳолатини кўришга имкон беради. Бундан шох парда, чегараловчи Швальбе склерал халқаси, Шлемм канали, корнсосклерал трабекула, склерал шпора, цилиар тана қисми, рангдор парда илдизи кўринади.

Рангдор парда илдизи юқорида санаб ўтилган олд камера бурчаги элементларини қанчалик беркитиб туришига қараб: очик бурчакли, ёпик бурчакли ва аралаш бурчакли глаукомалар кузатилади (Нестеров-Бунин таснифи бўйича).

1941 йилда Гранд тонометрия ва юкча орқали босим бериш йули билан 1 минутда қанча кўз ички суюқлиги ишлабчиқилади ва қанча кўз ички суюқлиги оқиб чиқиб кетишини ҳисоблаб чиқди ва бу усулни тонография деб атади.

Бунда:  $P_0$ -чин кўз ички босими (нормада 9-22 мм сим. уст.)  $C$ -суюқликни оқиб чиқиб кетиш кооофициенти (нормада 0,15 дан 0,6 мм<sup>3</sup> мин.)  $\Phi$ -суюқликни ишлаб чиқилиши қуйидаги формула орқали ҳисобланади:

$F = (P_0 - 10) \cdot C$  ва нормада 1,5-4,0 мм<sup>3</sup> · мин. га тенг.

Глаукоманинг асосий турлари.

Барча кўз ички босимининг ошишини врачлар глаукома деб атай бошлашди.

Шу сабабли:

1. туғма
2. ўсмирлик
3. иккиламчи
4. бирламчи глаукомалар бор.

Туғма глаукома ёки гидрофтальм (сувли кўз).

Кўз олмасининг шаклланиши она қорнидаги эмбрионнинг 6-ойида тугалланиб бўлади. Баъзи ҳолларда унинг ривожланишининг бузилиши оқибатида олд камера бурчагидаги мезедерма сўрилмай қолади ва трабекулани қоплаб туради.

Бу эса ўз навбатида кўз ички суюқлигининг оқиб чиқиб кетишига тўсқинлик қилади. Баъзи ҳолларда эса туғилган чақалоқ болаларда шлемм капали бўлмайди. Бунинг оқибатида кўз олмаси катталаша бошлайди, айниқса унинг олдинги қисми ва шох парда. Нормада шох парда диаметри чақалоқларда 9 мм. га тенг, унинг 1 мм. га катталаниши бошлангич глаукоманинг, 2 мм. га

катталашиши – ривожланган, 3 мм. дан ошиқ катталашиши эса терминал глаукома яъни кўр бола туғилганлигини билдиради.

Чуқур афсусларки баъзи акушер-гинекологлар бола туғилганда унинг кўзларига эътибор бермайдилар ва аксинча «катта кўзли», «шахло кўзли» бола туғдингиз - деб қувонч билан оналарига хабар беришади. Туғма глаукомада ҳеч қандай гипотензив препаратлар ёрдам бермайди. Болани дархол операция қилиш зарур. Болани 10 кунлик давридан ёки ташҳис қўйилган захотиёк операция қилиш зарур.

Туғма глаукомада- гониотомия операцияси қилинади. Бунда трабекула мезодермал тўқимадан тозаланиб ташланади, ёки шлемм капали битиб қолган бўлса гониопунктура операцияси қилинади яъни олдинги камера билан конъюнктива оралиғида фистула ҳосил қилинади.

### Иккиламчи глаукома

У ҳар хил этирлогияга эга.

1. Увеал, яллиғланиш оқибатидаги глаукома, у орқа синехиялар қорачиқнинг оклюзия ва секлюзиялари натижасида вужудга келади. Бундай ҳолатларда тезда қорачиқни катталаштириш керак, агар бунинг имконияти бўлмаса базал иридэктомия операциясини ўтказиш зарур.

2. Факоген глаукома - у гавҳарнинг силжиши ёки унинг шишиси оқибатида ҳамда катарактанинг етилиб қтиб кетиши натижасида вужудга келади. Даволаш хирургик – антиглаукоматоз операция.

3. Ийккиламчи қон томирли глаукома – марказий тўр нарда венаси тромбози, гемофтальмда (қандли диабет асорати, гипертония касаллиги оқибатида) вужудга келади. Даволаш: асосий касалликни даволаш, қон сўрдирувчи терапия. Маҳаллий гипотензив препаратлар.

4. Травматик (постконтузион) глаукома олд синехиялар ҳосил бўлиши ёки дренаж системасининг шикастланиши оқибатида вужудга келади. Даволаш: хирургик – антиглаукоматоз операция.

5. Неопластик глаукома – кўз олмасида ўсмалар ўсиши оқибатида. Давоси хирургик. Баъзи ҳолларда ўсма катта ҳажмларда бўлса-энуклеация.

### Бирламчи глаукома.

Глаукома тўғрисидаги биринчи хабар Гипократ томонидан бўлган. Абу Али Ибн Сино ҳам глаукомани даволаб бўлмайдиган кўрликка олиб келувчи касаллик деб таъриф берган.

1347 йилгача бу касалликни фақат кўзда бўладиган жараёнлар билан боғлашган.

1347 йилда араб табиби Сам Се Дин глаукоманили ўткир хуружини нерв системаси билан боғлиқлигини айтди.

1622 йилда инглиз врачлари Бонистр ўзида кечаётган глаукоманинг ўткир хуружини таърифлади ва у ҳам буни марказий нерв системаси билан боғлади, чунки у жуда асабидлашган эди, бунинг сабаби эса у даволаётган қирол касал бўлиб қолган эди.

1852 йилда Альберт Фон Греффе глаукома хуружидан кейинги беморнинг кўз тубини кўриб уни хориоретинит билан, боғлади.

1867 йилда козон университети профессори Адамюк покер ўйинида ютқазиб кўйган (ўйинчида) қиморбозда глаукоманинг ўткир хуружини кузатган. Офтальмотонус рефлекси қонуни очилгандан кейин бу касалликни стресс ҳолатларида марказий нерв системасидаги ўзгаришлар билан боғлай бошлашди.

1925 йилда олд камера бурчаги текширилгандан кейин уни олдинги камера бурчаги билан боғлай бошлашди.

1990 йилда офтальмологларнинг бутуниттифоц съездида глаукомани яна марказий нерв системасида бўладиган ўзгаришлар натижасида келиб чиқадиган касаллик деб таъриф берилди.

Глаукоманинг ўткир хуружи

Глаукоманинг ўткир хуружини келиб чиқиш сабабларини кўриб чиқамиз. Одатда глаукоманинг ўткир хуружи кечқурун ёки тунда стресс ҳолатидан сўнг ёки узоқ вақт бошни эгилган ҳолатда ва қоронғи бинода бўлгандан сўнг бошланади. Эрталабга яқин ёпиқ бурчакли глаукомали беморда кўз ички босими ошади, чунки офтальмотонус рефлекс ишламайди, сабаби стресс ҳолати бу ёрда доминантлик қилади. Кўз ички босими оша боради, унинг ошиши марказий нерв системасида ҳатоликка олиб келади, бунда гипофизар адренал система ишга тушади ва қонга катта миқдорда адреналин келиб тушади. У ўз навбатида артериал системанинг торайиши ва веноз системанинг кенгайишига олиб келади. Биз биламизки системалар кўзда жуда ривожланган. Веналарнинг кенгайиши плазморагияга олиб келади. Тўр парда, шишасимон тана, гавҳар шишади, қорачиқ кенгайди. Гавҳар қорачиқ ва олдинги камера томон силжийди, у ўз навбатида саёзлашади, рангдор парда илдизи эса олдинги камера бурчагини ва трабекуляр аппаратни ёпиб қўяди. Бемор бош оғриғи, кўзда оғриқ, кўнгил айнаш ва қайт қилиш билан уйғонади, баъзида температура ҳам кўтарилиши мумкин.

Тез ёрдам билан келган шифокор кўпинча кўз олмасини, пайпаслаб кўрмайди ва юқоридаги шикоятларга асосланиб беморни инфекцион клиникага ёки терапевтик клиникага госпитализация қилади. Бўлимда ташхис қўйилгунча бемор кўр бўлиб қолади.

Глаукоманинг ўткир хуружида объектив кўрганда цилиар веналарда турғунлик, шох парда шиши ва сезгирлигини камайиши, олд камера саёзлиги қорачиқнинг кенглиги ва ҳаракатсизлиги, гавҳар шишганлиги сабабли кўкимтир рангда қорачиқ тусланиши, кўз тубининг кўринмаслиги чунки шох парда, гавҳар ва шишасимон тана шишган, пайпаслаб кўрганда кўз олмаси тош каби қаттиқ бўлиши кузатилади. Агар бундай беморга ўз вақтида ёрдам берилмаса у кўрув нерви толаларининг атрофияга учраши сабабли кўр бўлиб қолади.

Бундай беморга қандай ёрдам берилади? Умумий амалиёт шифокори бу беморни ёруғ нур олдига ўтказиб қўяди, бу қорачиқни торайишига олиб

келади. Иссиқ оёқ ванналари қилинади, бу организмда қон тақсимланишини тўғрилайди.

Тез ёрдам машинасини чақирилади ва бемор навбатчи офтальмологик шифохонага юборилади. У ерда беморга тез-тез пилокарпин 1%-эритмаси томизилади (хар 15 минутда). Сийдик ҳайдовчи препаратлар (диакарб, фонурит, лазикс) берилади. Қоннинг осмотик босимини ошириш учун ҳамда ортиқча суюқликни чиқариб ташлаш учун глицерол ичишга берилади.

Чакка қисмига тиббий зулук қўйиш ҳам ёрдам беради. Бу кўрилган тадбирлар ёрдам бермаса 24 соат ичида беморни операция қилиш керак. Бунда антиглаукоматоз операция албатта иридэктомия билан бажарилиши керак.

Бирламчи глаукома классификацияси

Нестеров ва Бунин класификацияси бўйича бирламчи глаукома очик бурчакли, ёпиқ бурчакли ва аралаш бурчакли бўлади. Бунда асосан у 4 босқичдан иборат ва у ОБГ ва ЁБГ глаукомада бир хилдир.

I. Бошланғич босқичда кўз ички босимининг кўтарилиши, суткалик тонометрияда ўзгаришлар, тонографияда ўзгаришлар, туширувчи ва ортирувчи синамалар мусбат бўлади.

Туширувчи пилокарпинли синама қуйидагича ўтказилади: Беморнинг кўз ички босими ўлчаниб, 1% ли пилокарпин эритмаси томизилади, сўнгра 1 соатдан кейин яна кўз ички босими ўлчанади. Агар КИБ 5 мм сим. уст. ва ундан ортиқ тушган бўлса бу ёрда гидродинамикани бузилиши ва глаукома борлигини билдиради ва синама мусбат деб айтилади.

Ортирувчи сув ичиш синамаси қуйидагича ўтказилади:

Беморнинг КИБ ўлчаниб, 1 литр микдорида сув ичиш буюрилади. 1 соатдан сўнг эса КИБ ўлчанади. Агар у 5 мм. сим. уст. ва ундан ортиқроқ ошган бўлса бу глаукома борлигини тасдиқлайди ва синама мусбат деб айтилади.

II. Ривожланган босқичда мавжуд бўлган ўзгаришларга кўриш майдонининг бурун тарафдан 15° гача торайиши ва КНД глаукоматоз экскавацияси ва унинг оқариши қўшилади.

III. ўта ривожланган босқичда мавжуд бўлган ўзгаришларга КНДнинг кескин оқариши, қон томирларнинг торайиши, кўриш майдонининг кескин трубасимон торайиши ва қоронғилик адаптациясининг бузилиши қўшилади. Терминал IV босқичда беморнинг кўриш ўткирлиги йўқолади. Кўз тубида КНД кул ранг тус олиб, ривожланган глаукоматоз экскавацияси ва атрофияни кузатиш мумкин.

Кўз ички босими ҳолати бўйича тасниф 3 га булинади.

«а» – нормал КИБ (27 мм. сим. уст. гача),

«в» – юқори КИБ (32 мм. сим. уст. гача ва

«с» – ута юқори КИБ (32 мм. сим. устдан юқори).

Таснифда яна стабиллашган ва ностабил глаукома кузатилади. Агар кўриш анализаторининг функциялари ва КИБ 6 ой давомида узгаришсиз бўлса бу стабиллашган глаукома бўлади аксинча эса ностабил глаукома ҳисобланади.

Глаукомани даволаш услублари ва унинг профилактикаси.

Даволаш.

Глаукома консерватив ва хирургик даволанади. Консерватив даволаш гипотензив терапия ва медикаментоз даволашдан иборат бўлиб, у қон айланишини яхшилаш ҳамда тўқималардаги модда алмашинуви процессларини яхшилашга қаратилгандир.

Консерватив даволаш.

Гипотензив терапия учун миотиклар қўлланилади. Улар холиномиметик ва антихолинэстераз бўладилар. Биринчилари ацетилхолин каби, иккинчилари холинэстеразларга қарши турадилар чунки бу ферментлар ацетилхолинни парчалайдилар. Миотиклар таъсирида қорачик тораяди ва рандор парда олдинги камера бурчагидан тортилиб, унинг ёпиқ қисмлари очилади. Очик бурчакли глаукомада эса улар цилиар мушаклар тонусини ошириш билан шлемм канали ва трабекулаларни очадилар.

Холиномиметиклардан пилокарпин гидрохлорид (1%, 2% ва 4%), карбохолин (0,5%-1%) ва ацекледин (2%, 3% ва 5%) қўлланилади. Уларнинг таъсири 4-6 соат давом этади.

Клиник амалиётда антихолинэстераз миотиклардан фосфакол (0,2% ли эритма), армин (0,01% ли эритма) қўлланилади. Бу препаратлар холиномиметиклардан анча кучли бўлиб уларнинг таъсири сутка давомида бўлади.

Симпатикотроп (адренергик) препаратлардан адреналин ва фетанол глаукомани даволашда ишлатилади. Унинг таъсир механизми суюқликни оқиб чиқиб кетишини яхшилаш ва унинг ишлаб чиқилишини камайтиришдан иборат. Кейинги йилларда кенг қўлланилган препаратлардан бири бу клофелиндир у адренорецепторларга таъсир кўрсатиб, кўз ички суюқлигини ишлаб чиқилишини камайтиради.

Энг яхши гипотензив таъсирга бета-адреноблокаторлар эгадирлар. Бу препаратлар кўз ички суюқлигини ишлаб чиқилишини камайтириш билан кўз ички босимини туширадилар. Бу гуруҳ, препаратларга тимолол, тимоптик, окупресс, оптимол, арутимол (0,25%, 0,5% ли эритма) киради ва улар қорачикнинг кенглигига ва аккомодацияга таъсир кўрсатмайди. Таъсири 12 соат давомида бўлиб, у кунига 1-2 марта томизилади. Гипотензив таъсирни кучайтириш учун улар миотиклар билан бирга ҳам қўлланилади.

Карбоангидраза ингибиторлари кўз ички суюқлигини ишлаб чиқилиши механизмида иштирок этади ва унинг ишлаб чиқилишини ярмига камайтиради. Кенг қўлланиладиган препаратлардан бири ацетазоламиддир у бизда диакарб номи билан кенг тарқалган. Маҳаллий қўлланилганда у таъсир кўрсатмайди шунинг учун таблетка сифатида ичишга буюрилади.

Глаукома учун организмдаги ҳар хил тўқималардаги дистрофик ўзгаришлар характерлидир, айниқса кўриш нерви дискидаги ўзгаришлар. Шунинг учун бу беморларга қон томирларни кенгайтирувчи медикаментлар, ангиопротекторлар, модда алмашинувини яхшиловчи препаратлар, витаминлар тавсия этиш мақсадга мувофиқдир. Шу билан бирга очик ҳавода

кўпроқ бўлиш, асабийлашмаслик зарур. Чекиш ва спиртлик ичимликлардан воз кечиш керак, чунки улар (алкоголь ва никотин) кўриш нерви дискидаги дистрофик ўзгаришларни чуқурлаштириб юборадилар. Яхши ёритилган хоналарда ишлаш зарур. Шу билан бирга суюқликни кам миқдорда истемол қилиш керак.

**Хирургик даволаш.**

Хирургик даволаш усуллари қуйидаги гуруҳларга булинади: иридэктомия, фистула ҳосил қилувчи операциялар, шлемм канали ва трабекулада, цилиар тана ва уни озиклантирувчи қон томирларда қилинадиган операциялар.

Иридэктомия – рангдор парданинг юқори қисмидан бир қисмини олиб ташлаш-қорачиқ блоқини йўқотишга сабаб бўлади. Орқа ва олдинги камерада босим тенглашади, рангдор парда тўғри жойлашув ўрнига ўайтади ва олдинги камера бурчаги очилади.

Фистула ҳосил қилувчи операциялар – энг кенг тарқалгандир. Бу операциялардан мақсад олдинги камерада конъюнктива остига янги суюқлик ўтувчи йўл очишдир. Шлемм канали юқори деворини очиш – синусотомия ва ички деворини очиш трабекулотомия деб аталади.

Цилиар тана ва унинг қон томирларида ўтказиладиган операциялардан мақсад кўз ички суюқлигини ишлаб чиқаришни камайтириш ва уни оқиб чиқиб кетишини яхшилашдир. Бу операциялар: циклодиализ, циклодиатермокоагуляция ва ангио-диатермокоагуляциялардир.

**Лазер даволаш.**

Лазер нури ёрдамида рангдор пардада тешиқ ҳосил қилиш (иридэктомия) мумкин. Шу билан бирга лазер нури ёрдамида шлемм капали деворларини очиш мумкин. Бу операциялар очиқ бурчакли глаукомаларда ўтказилади ва трабекулоспазис, циклотрабекулоспазис, трабекулопластика деб айтилади.

**Профилактикаси.**

Глаукома оғир касаллик бўлиб у социал аҳамиятга эга. Уни тўлиқ даволаб бўлмайди. Лекин эрта аниқлаб ва диспансер назоратига олиб кўрликни олдини олиш мумкин. Бунинг учун барча 40 ёшдан ошган аҳоли профилактик кўрувдан ўтказилади. Профилактик кўрувлар актив ва давомий бўлади. Актив кўрувлар медицина ходимлари томонидан шифохоналар, завод ва фабрикаларга бориб, ҳамда маҳалла ва турар жойлардаги поликлиникаларга, қария ва ишламайдиганларни чақириш йўли билан ўтказилади. Давомий кўрув эса ҳар куни поликлиникаларга бошқа касалликлар билан мурожат қилаётган беморларни кўрикдан ўтказиш йўли билан ўтказилади.

Профилактик кўрув икки этапдан иборат. Биринчи этап глаукомага шубҳа бўлган беморларни ажратиб олиш. Тахминий кўрув максимал қисқа ва оддий бўлиши керак. Бунда врач бемордан глаукомага ҳос бўлган шикоятларни сурайди, кўз олмасининг олд ўйсмларини кўздан кечиради, кўз тубини кўради, кўз ички босимини ўлчайди.

Агар текширилувчида глаукомага хос шикоятлар, олдинги камера саёзлиги, кўз тубида глаукоматоз экскавацияга хос ўзгаришлар, КИБ улчамларининг икки кўзда фарқли бўлиши, КИБ ни 24 мм. сим. уст. дан кўпроқ бўлиши кузатилса, бу глаукомага шубҳа деб каралади ва икинчи этап текширувларга юборилади.

Икинчи этап профилактик кўрувлар олдин поликлиникада кейин глаукоматоз кабинетларда зарур бўлса стационарларда ўтказилади. Бунда глаукомани текшириш учун зарур бўлган барча текширишлар, синамалар ўтказилади.

Диспансеризацияга глаукомали барча беморлар олинади ва улар аниқ графиклар асосида доимий назоратда бўладилар, даволанадилар.

Глаукомали беморлар баъзи бир препаратларни қабул қилишлари мумкин эмас. Булар таркибида атропин, скополамин, кофеин, белладона ва эуфиллин бўлган медикаментлардир. Лекин ҳаёт учун зарур бўлган вақтларда кўзга тез-тез пилокарпин эритмасини томизиш диакарб таблеткасидан ичиб туриш керак. Шу билан бирга КИБ назорат қилиниб туриши керак.

#### Амалиётдан намуналар:

Бемор 50 ёш.

ўнг кўзи соғ. Чап кўз: кўз олдида эрталаблари туман бўлади. Ёниб турган лампочкаларга қараганда камалак ҳосил бўлади. Объектив кўрганда: КИБ 35 мм. сим. уст.

Бемор 3 маҳал 1% ли пилокарпин эритмасини томизишига қарамай кўриш ўткирлиги пасаймоқда ва 0,6 тенг, коррекция қилинмайди кўриш майдони перифериядан 20° га торайган.

Гониоскопия: олд камера бурчаги элементлари қуринмайди. Кўз туби: КНД оқиш, глаукоматоз экскавация.

Ташҳис: OS-Ёпиқ бурчакли II «с» глаукома.

Тавсия: Бу беморга антиглаукоматоз операция қилиш зарур.

Бола 1 ойлик.

Иккала кўз олмалари катталашган. Шох парда диаметри 2 мм. га катталашган. Шох парда енгил хиралашган, олд камера чуқур, қорачиқлар кенг ва уларнинг ёруғликка таъсири сустлашган. КИБ 32 мм. сим. уст. 'Тониоскопия: олдинги камера бурчаги мезодермал тўқима билан қопланган.

Ташҳис: OU-Туғма ривожланган «с» глаукома.

Тавсия: Тезда гониотомия операциясини қилиш зарур.

Бемор 45 ёшда.

Қаттик бош оғриғи, кўнгил айнаши ва қайт қилиши, ўнг кўзининг қиязариши ва оғришига, кўриш ўткирлигининг пасайишига шикоят билаи мурожат қилди. Объектив кўрганда: OD – кўриш ўткирлиги: ёруғликни нотўғри сезиши. Цилиар қон томирларида турғунлик. Шох парда шишган, сезгирлиги йўқ. Олдинги камера саёз. Қорачиқ кўкиш рангда кенгайган ва ёруғликка таъсирчанлиги йўқ. Кўз туби кўринмайди. Кўз олмасини пайпаслаб кўрганда тош каби қаттик.

Ташхис: OD-глаукоманинг ўткир хуружи.

Тавсия: Диакарб, иссиқ оёқ ваннаси, ҳар 15 минутда пилокарпин, глицерол.

Бемор 73 ёшда.

OS-Етилмаган қарилик катарактаси билан диспансер назоратида туради. ўнг кўз тинч.

Беҳосдан чап кўзда оғрик пайдо бўлиб, бош оғриғи, кўнгил айнаш, қайт қилиш, кўриш ўткирлиги ёруғликни нотўғри сезаяпти

Ташхис: OS - Шишаётган катаракта. Иккиламчи глаукома.

Тавсия: OS - Антиглаукоматоз операция.

Демонстрация учун материаллар

1. Маклаков тонометри.
2. Краснов ва Гольдман гониоскоплари.
3. Таблицалар.
4. Слайдлар.
5. Тирқишли лампа.
6. Периметр.
7. Глаукомали беморлар.

## ХУЛОСА

Хулоса қилиб шуни айтиш керакки, глаукома бу даволаб бўлмайдиган кўрликка олиб келувчи касалликдир. Шунинг учун уни эрта аниқлаш ягона ва тўғри усул профилактика ҳисобланади.

Глаукомали беморларни диспансер назоратга олиб, касалликнинг кечиш жараёнини кўз остида олиб туриш, вақти билан стационар ёки амбулатория шароитларида консерватив даволаб туриш керак. Шу билан бирга агар КИБ нормага келмаса хирургик даво ўтказиш керак. Ана шунда даволаб бўлмайдиган кўрлик ва ногиронликни олдини олинган бўлади.

Аудиторияга ўзлаштирганликни аниқлаш учун бериладиган саволлар.

1. Бирламчи глаукома ташхисини ўрнатиш учун зарур бўлган текшириш услубларини айтиб беринг.
2. Туғма глаукомани даволашнинг принципи ва икки даволаш тури.
3. Иккиламчи глаукома турлари.
4. Глаукоманинг ўткир хуружидаги шикоятлар.
5. Глаукома ўткир хуружини даволаш усули.
6. Глаукомани эрта аниқдашдаги этаплар.

### 3. Умумий касалликларда кўз тубидаги ўзгаришлар

Маъруза тиббий-профилактика факультетининг 5 курс талабалари учун мўлжалланган.

Маърузанинг мақсади:

Талабаларни умумий касалликларда кўз тубини ўзгариши, уларнинг белгилари ва олдини олиш услублари билан таништириш. Шу билан бирга

кенг тарқалган умумий касалликларда (терапевтик, эндокрин, коллагеноз ва қон касалликлари) кўрув аъзосида учрайдиган ўзгаришлар ва уларнинг диагностик аҳамиятларига тўхтаб ўтиш. Бундан ташқари энг асосий мақсад – бўлажак шифокорларга умумий касалликларда кўз тубини ўзгаришиш, кўриш ўткирлигини пасайишини, ногиронликга чиқишни олидини олишни ўргатиш. Маърузанинг тарбиявий мақсади. Талабаларни умумий касалликларда кўз тубини ўзгаришларини, асоратларини билган ҳолда, уларни олдини олишни билишлари муҳим тарбиявий аҳамиятга эга. Маъруза талабада ўз мақсадига эришишдани меҳнат-севарликни, жавобгарликни ва шахс сифатида шаклланишни ривожлантиради. Давлат миқёсидаги бу оғир касалликларни даволаш ва профилактикасида келажакда шифокор сифатида унинг мажбуриятлари ва ролини шаклланишга таъсир этади.

#### Маърузанинг вазифалари:

1. Талабаларни гипертония, атеросклероз, қандли диабет, қон ва буйрак касалликларида кўз тубидаги ўзгаришлар, уларни даволаш ва олдинги олиш билан таништириш.
2. Хомиладорлар токсикозида кўз тубидаги ўзгаришлар, хомиладорликни тўхтатишга мутлоқ ва нисбий кўрсатмалар билан таништириш.
3. Ревматизм, сурункали гепатит ва падагра касалликларида кўз тубидаги ўзгаришларни ёритиб бериш.
4. Кўрув нервининг касалликлари билан таништириб ўтиш.

Мавзуни қисқача асослаб бериш. Инсон организмда кечадиган жуда кўп умумий касалликлар, жумладан; умумий атеросклероз, гипертония касаллиги, қандли диабет, қон ва буйрак касалликлари, падагра, коллагенозлар, жигар хасталиклари кўпгина ҳолларда кўз тубидаги қон томирлар, тўр парда, рагндор парда, оптик қисмлар ва кўрув нервига таъсир қилиши билан камаён бўлади. Баъзи ҳолларда кўрши анализаторидаги ўзгаришлар эрта намаён бўлади ёки коллагенозларда, синдромал касалликларда симптом сифатида тўлтириб туради. Тунинг учун бўлажак шифокорлар қандай мутахассисликни эгаллашларидан қатъий назар юқорида қайд этилган умумий касалликлар ва уларнинг кўриш анализаторида намаён бўладиган ўзгаришларни билишлари зарур.

Маърузада кўриб чиқиладиган саволлар ва уларга ажратилган вақт:

1. Гипертония, умумий атеросклероз, қон ва буйрак касалликлари, қандли диабетда кўз тубининг ўзгариш белгилари, даволаш, олдини олиш
2. Хомиладорлар токсикозида кўз тубининг ўзгаришини гипертония касаллигидаги ўзгаришни солиштирма ташхис қилиш ва шу ўзгаришга қараб хомиладорликни тўхтатиш (кесерево сечение) учун мутлоқ ва нисбий кўрсатмалар бериш
3. Ревматик касалликларда, сурункали гепатитларда ва падагра кўз тубини ўзгаришлари

#### 4. Кўрув нервнинг касалликлари, уларнинг сабаблари, белгилри даволаш, олдини олиш

Маърузанинг матни: Умумий касалликларда кўз тубининг ўзгариши.

Гипертония, умумий атеросклероз, қон ва буйрак касалликлари, қандли диабетда кўз тубининг ўзгариш белгилари, даволаш, олдини олиш

Ретинопатия - бу тўр парда тўқималарида ва унинг қон томир деворларида бўладиган функционал ва органик ўзгаришлар. Яллиғланиш процесслари бўлмайди.

Ретинопатия гипертония, умумий атеросклероз, қон ва буйрак касалликлари, қандли диабет ва хомиладорлар токсикозида учрайди.

Проф. М.М.Краснов таснифи бўйича гипертонияни 3 фазасига қараб кўз тубидаги ўзгаришлар 3 босқичга бўлинади.

1 босқич – тўр парданинг гипертоник ангиопатияси. Гипертония касаллигининг 1-фазасида қон босими доимий кўтарилмастан, ўзгариб турган ҳолатида, қон томирларининг функционал ўзгариши ҳисобига бўлади.

Белгилари: тўр парданинг артериялари торайган, веналари кенгайган эгрибугри, доимий бўлмаган Гвист белгиси бўлади. Бемор кўз олдида туман бўлишига шикоят қилади. Агар қон босими туширилса ангиопатия қайтиб кетади.

2 босқич – тўр парданинг гипертоник ангиосклерози. Гипертониянинг 2-фазасида – қон босимини доимий кўтарилиб туришида прекапиллярлар ва артериолалар склерозига ҳисобига бўлади.

Белгилари: юқоридаги белгилар қайтарилади. Ундан ташқари тўр парда артерия деворларида склероз бўлиши ҳисобига қон ўтадиган йўл торайиб, артерия деворлари ёнида сарғиш чизик пайдо бўлади. Буни «миссим» белгиси деб аталади. Склероз кучайши ҳисобига артериялардан қон ўтмай қолиб, уларнинг атрофида оқ чизик пайдо бўлади. Буни «кумуш сим» белгиси деб аталади. Гунн-Салюс белгиси келиб чиқади – бу артерия ва веналарнинг кесишиб ўтишидир. Тўр пардага кўп миқдорда қон қўйилади – геморрагия. Оқсил моддаларининг эксудацияси ҳисобига тўрли хил шаклда оқ ўчоқчалар пайдо бўлади. Буни плазморрагия дейилади. Бу ўчоқчаларни жойланишига қараб, кўрув ўткирлиги пасаяди.

3-босқич – гипертоник ретинопатия ёки невроретинопатия, хавфли гипертониянинг 3-фазасида, МАС, юрак ва буйраклар томонидан оғир анатомик ўзгаришлар ҳисобига бўлади.

Белгилари: юқоридаги белгиларнинг ҳаммаси қайтариланади, лекин бу босқичда геморрагияларга нисбатан плазморрагик ўчоқчалар кўп бўлади. Кўз тубида оқ пахтасимон фокуслар кўпайиб кетади. Охири гемофтальм ёки тўр пардани кўчиши ёки кўрув нерви дискида димланиш бўлиб, атрофияга ўтади ва кўрликка олиб келади. Гипертоник ретинопатия бўлган беморларни терапия бўлимида окулистлар ҳамкорлигида даволанади.

Олдини олиш: гипертония касаллиги бўлган кишиларни систематик равишда даволаб, умрбод диспансер кўрувидан ўтказиб туриш лозим.

Макулострофия – тўр парданинг сариқ доғ қисмини умумий атеросклерозда бўладиган ўзгариш белгилари. Тўр парда марказида геморрагия, қора рангда пигментлик ўчоқлар ва кул ранг ёки сарғиш экссудатив ўчоқлар пайдо бўлади. Кўрув ўткирлиги 0,1 ва ундан ҳам пасайиб кетади.

Даволаш: бўлиб турган кўрув ўткирлигини сақлаш учун. Илгариги кўриш қобиляти қайтмайди. Витаминотерапия, тўқималитерапия. Кўзга парабульбар 0,5 мл. 1% Эмоксипин ёки Тауфон, ёки Трентал юборилади.

Қон касалликларидан асосан анемия ва лейкозда шишасимон танага ва тўр пардага қон қуйилади. Унда асосий касалликни ва қонни сурдирувчи даволаш усуллари ўтказилади.

Буйрак касалликларида ҳам гипертонияга ўхшаш ретинопатия бўлади, лекин бунда тўр пардани ва кўрув нерви дискини димланиши кучли бўлади. Даволаш асосий касалликка қаратилган.

Қандли диабетда кўз тубини ўзгариши 3 босқичга бўлинади.

1 босқич – диабетик ангиопатия.

Белгилари: кўз нинг куришида ўзгариш йўқ. Тўр парда веналари кенгаяди, эгри-бугри бўлиб қолади, аневризм пайдо бўлади. Бемор кўз олдида туман бўлишига шикоят қилади. Қондаги қанднинг миқдори камайтирилса ангиопатия камаяди.

2 босқич – оддий диабетик ретинопатия.

Белгилари: юқоридаги ўзгаришлардан ташқари тўр пардада хар хил ҳажмда ва шаклада кул ранг ёки сарғиш ўчоқлар ва геморрагик ўчоқлар пайдо бўлади. Кўрув ўткирлиги пасайиб кетади.

3 босқич – пролифератив диабетик ретинопатия – қандли диабетнинг энг оғир формасида учрайди.

Белгилари: юқорида кўрсатилган белгилар чуқурлашиб гемофтальм, тўр парданинг кўчиши ёки кўрув нервининг атрофиясига учраб, охирида кур бўлиб қолади.

Даволаш:

1) қандли диабетни даволаш;

2) қонни сўрдирувчи: аскарутин 0,02 г кунига уч марта овқатданг сунг ичилади, доксиум, дицинон 1таблеткадан кунига 3 марта. Парабульбар эмоксипин, трентал юборилади.

Олдини олиш. Қандли диабетни систематик даволаб, беморларни умрбод диспансер назоратга олиш.

Хомиладорлар токсикозида кўз тубининг ўзгаришини гипертония касаллигидаги ўзгаришни солиштирма ташхис қилиш ва шу ўзгаришга қараб хомиладорликни тўхтатиш (кесерево сечение) учун мутлоқ ва нисбий кўрсатмалар

Хомиладорлар токсикоз бўлган алларнинг 47% да кўз тубининг ўзгариши бўлади. Уларнинг 90% хомиладорликнинг тўққизинчи ойига тўғри келади.

Гестозда ҳам қон босим 200 мм. ст ошиб кетиши мумкин. Шунинг учун бунда ҳам гипертонияга ўхшаш ўзгариш бўлади. Гипертония касаллиги билан гестозда бўладиган кўз тубининг ўзгаришини фарқи:

1. Гипертония касаллигида тўр парда артерияларининг торайиши доимий бўлиб, улар деворида склероз бўлади, гестозда эса артерияларнинг торайиши ўзгарувчан бўлади, склероз бўлмайди.

2. Гипертонияда тўр парда артерияларининг ўткир ишемияси ёки марказий вена тромбози кўп учрайди, гестозда эса кам учрайди.

3. ўз вақтида хомиладорликдан халос қилиб токсикозни яхши даволаса кўз тубидаги ўзгаришлар қайтиб, кўрув ўткирлиги қисман ёки бутунлай тикланади. Акс ҳолда кўр бўлиш мумкин. Кўз тубидаги ўзгаришга қараб, хомиладорликдан халос қилиш учун мутлоқ ва нисбий кўрсатмалар бўлади.

Мутлоқ кўрсатмага қуйидагилар киради:

1. Агар токсикоз бўлган аёлда гипертоник ретинопатия белгилари ривожланган бўлса;

2. Аёл кўз ида токсикоз ҳисобига тўр парда кўчиб кетса:

3. Кўрув нервини яллиғланиши бўлса

4. Кўрув нерви дискида димланиш бўлса

5. Тўр пардани марказий венасида тромбоз пайдо бўлса

6. Токсикозли аёлни ёлғиз кўрадиган кўз ида юқори даражали миопия бўлса.

Токсикоз бўлган аёлда юқорида келтирилган ўзгаришнинг бирортаси топилса, тезлик билан кесарево сечение қилиш лозим.

Нисбий кўрсатмаларга қуйидагилар киради:

1. Токсикоз бўлган аёлда гипертоник ретинопатияни бошлангич белгилари кўринса.

2. Агар анамнезида аниклансаки, олдинги хомиладорлигида гипертоник ретинопатия ёки тўр парда кўчган бўлса;

3. Кўрув нервининг қисман атрофияси бўлса;

4. Агар иккала кўзида тўр парданинг миопик дегенерацияси бўлса;

5. Кўрув ўткирлиги пасайган лекин 0,5 дан кам бўлмаса, кўрув майдони торайган, лекин 35 градусдан кам бўлмаса.

Агар шу ўзгаришлардан бирортаси бўлса кўз шифокори шу аёлни ҳар ҳафтада назорат қилиб тўриши, гинекологлар токсикозини яхши даволаши лозим. Агар кўз тубидаги ўзгаришлар оғирлашмаса табиий йўл билан тўғишга олиб борилади, агар ёмонлашса – мутлоқ кўрсатмага ўтиб сунъий йўл билан туғдириш лозим.

Ревматик касалликларда, сурункали гепатитларда ва падагра кўз тубини ўзгаришлари

Ревматик касалликлар ичида биринчи уринда ревматизм туради. Бу бириктирма тўқиманинг системали яллиғланиш бўлиб, асосан юрак-қонтомир системасининг патологик ўзгаришлари тарзида кечади.

Ўткир ревматик тенокит барча касаллик белгиларининг тез ривожланиши билан кечади. Кўзда оғрик пайдо бўлади ва у кўз косаси, пешонга тарқалади, ҳамда кўз харакатланганида кучаяди. Қовоқлар салқиши, конъюнктива хемози ва унинг оч сарғиш тус олиши кузатилади.

Ўткир бўлмаган ревматик сероз тенонитда касаллик белгилари юқоридагида нисбатан камроқ билинган, лекин узоқ вақт давом этади.

Склерит ва эписклеритларда касаллик белгилари аниқ ва ёрқин кўринади, шунинг учун уларни аниқлаб олиш осон.

Склеритлар нисбатан оғирроқ кечади. Асосан уларнинг олд-тугунсимон, ангуляр ва гиперпластик турлари учрайди.

Увеит ва хориоренитлар ревматизмда хилма хил бўлиши мумкин. Бунда олд увеитлар, периферик увеитлар, орқа увеитлар ва панувеит кузатилиши мумкин. Касаллик экссудатив ёки трансудатив (сероз) бўлиб, баъзан ўткир, кўпинча эса сурункали кечади.

Ревматик пластик олд увит ўткир конъюнктивитдан бошланади. 2-5 кундан сўнг конъюнктивит ўтиб, конъюнктивал инъекция цилиар инъекцияга ўтади, қорачиқ торайиб (миоз), иридоциклит белгилари бошланади. 2-3 кун ичида касаллик белгилари ёрқин авж олади. Бемор кўзида қаттиқ оғрик пайдо бўлади. Кўз ёшлананиши, ёруғликдан қўрқиш кузатилади. Қовоқлар салқиб, кўзнинг қаттиқ таъсирланиши, конъюнктива хемози пайдо бўлади. Биомикроскопик текширувда десцемет мембранасининг бурмалари кўринади. Ушбу бурмалар бир бири билан кесишиб, тўр хосил қилади ва бу «тўр симптоми» сифатида ревматизмга хос ҳисобланади. Рангдор парда ранги ўзгариб, расми хираланади ва қорачиқ бўйича конуссимон, кенг, пигментли орқа синехиялар хосил бўлади.

Ревматик паувеит кечиши юқорида келтирилган олд увеитларнинг бирор тури сифатида, аммо хориодея яллиғланиши кўшилган холда бўлади. Бунда янги ўчоқлар сарғиш, бўртиб турувчи, чегараси ноаниқ доғларни эслатади. Эски ўчоқлар эса оқ рангдаги, чегараси аниқ, қисман пигментланган доғ холида бўлади. Уларнинг атрофида тўқималарнинг депигментацияси кузатилади. Бундан ташқари касаллик бошланғич ва авж олган босқичларида кўрув нерви дискининг гиперемия кузатилади. Касаллик ревматизм натижаси эканлиги сабабли тўр парда ва хориодеёя томирлари васкулити кузатилади.

Периферик ревматик увеит олд ва орқа увеитларнинг бир-бирига ўтиш тури ҳисобланади, чунки бунда яллиғланиш киприксимон тананинг юпқа қисмидан бошланади. Касалликнинг бошланғич босқичида бемор кўз олдини туман тўсиши, чивинсимон доғчалар учиб туриши безовта қилади. Объектив текширувда қорачиқ таъсирланишининг сусайганлиги, шишасимон танада яллиғланиш аломатлари борлиги, тўр парда периферик қисмида халқасимон, чегараси «шокилдали», унча юқори бўлмаган цилиар кўчиш кузатилади.

Орқа ревматик увеитлар ревматизми бўлган беморларда олд увеитларга нисбатан кўпроқ учрайди.

Ревматик ёйилган хориоретинит кўпинча бир кўзда учрайди, салик-аста ва узоқ вақт давом этади. У оптик зонага ўтмаслиги сабабли кеч аниқланади.

Ревматик диффуз хориоренитинит панувеитни эслатади, лекин бунда олд увеит белгилари бўлмайди. Тўр парда, хориоидея салқиши, шишасимон танага экссудат шимилиши натижасида кўриш функциялари сусаяди.

Кўрув нервнинг ревматизмда касалланиши камдан-кам учрайди. Мия ревматик яллиғланиб, босими ошганда кўрув нерви диски димланиши кузатилади. Церебрал ревматизм натижасида хиазма, кўрув йўллари ва марказлари касалланиши мумкин. Бухолда невропатолог ва нейроофтальмолог шифокор даволаш ўтказадилар.

Сурункали гепатитларда кўзнинг специфик ва носпецифик ўзгаришлари кузатилади. Маълумки бу касалликда пигмент ва оксил алмашинувчи, жигар детоксикацион функцияси ва юрак-қонтомир системаси фаолиятининг бузилиши кузатилади. Албатта бу ўзгаришлар ўз навбатида кўзнинг патологик жараёнга қўшилишига олиб келади.

Гепатитларда кўз холати ўзгаришларини баён этишда 1992 йилда Х.Х.Жалилов ва Т.Г.Ильина томонидан таклиф этилган таснифдан фойдаланиш қулай. Бу тасниф қуйидагича:

Кўзнинг олд қисми ўзгаришлари:

1. Эпibuльбар ангиопатия.
2. Эпibuльбар пигментли склеропатия

Кўзнинг тубининг ўзгаришлари:

1. Тўр парда ангиопатияси
2. Ангиоретинопатия
  - а) оддий пигментли ретинопатия
  - б) транссудатив ретинопатия
3. Нейроангиоретинопатия

Эпibuльбар ангиопатияда эпibuльбар ва конъюнктивал веналарнинг «илонизи» йўналишда бўлиши, ампуласимон кенгайиши, капиллярларнинг тўрсимон шакл олиши, артерио-веноз анастомозлар хосил бўлиши, периваскуляр шиш, томир ичида қоннинг ивиши, сладжлар пайдо бўлиши кузатилади. Бу ўзгаришлар сурункали персистент гепатитларга хос.

Эпibuльбар пигментли склеропатияда юқорида келтирилган томир ўзгаришлари билан биргаликда лимб атрофида пигмент халқа хосил бўлиши, склерада хар хил катталиқдаги ола-чипор пигментли ўчоқлар пайдо бўлиши билан кечади. Бундай ўзгаришлар асосан сурункали актив гепатит ва жигар циррозларида учрайди ва пигмент алмашинувининг бузилганидан далолат беради.

Транссудатив ретинопатияда томир ўзгаришлари билан биргаликда томирлар шохлаган ерларида периваскуляр шиш ва хар хил катталиқдаги тўр парда салқиши кузатилади. Бунинг натижасида кўриш хараланади. Асосан бунда ўзгаришлар сурункали актив гепатитга хос бўлиб, асцитик синдром бирга учрайди.

Гепатит натижасидаги нейроангиоретинопатияда кўрув нерви дискигиперемияси, салқиши, чегарасининг ноаниқлиги, неоваскуляризация ва нуқтасимон геморрагиялар хосил бўлиши кузатилади. Бу ўзгаришлар оғир энцефалопатия билан биргаликда кечиб, касалликнинг терминал боскичида

учрайди. Бунда кўз гемо- ва гидродинамикасининг бузилиши, кўриш ўткирлигининг пасайиши ва кўрув майдонининг торайиши кузатилади. Подагра хасталигида уратлар алмашинувчи бузилиб, уларнинг туқималарда ушланиб қолиши кузатилади. Кўпинча кўз олмаси ва қовоқ конъюнктивасида оқиш-кулранг бўртиб турувчи, қаттиқ, сўксимон ўчоқлар – тофуслар ҳосил бўлиши кузатилади. Бунда беморлар кўзига қум қадалиши, конъюнктивит белгиларининг сурункали давом этишига шикоят қиладилар. Ушбу тофуслар гистологик текширилганда уратлардан ва пролифератив тўқимадан иборат эканлиги аниқланди. Баъзида тофуслар кўз тубида ҳам учрайди. Кўз туби синчиклаб текширилганида ушбу касалликда кўз микроциркуляциясининг бузилганлиги, веноз саккуляциялар ҳосил бўлиши аниқланади. Агар патологик ўчоқлар тўр парда марказида ёки унга яқин жойлашган бўлса, кўриш ўткирлигининг пасайиши – катаракта ҳам учрайди. Подагрик катарактанинг ўзига хослиги шундан иборатки, бунда хираланишлар нуқтасимон, сочилган ҳолда, асосан олд кортикал қисмларда жойлашган. Ўйлаймизки юқорида баён этилган кўз ўзгаришлари шифокорларга касалликни ўз вақтида аниқлаб олиш ва даволаш давомида динамик кузатув ишларидаёрам беради. Тавсияномада келтирилган патологик ҳолатлар этиологик даволашни талаб этади.

Кўрув нервининг касалликлари, уларнинг сабаблари, белгилри даволаш, олдини олиш

Кўрув нервининг яллиғланиши этиологияси: грипп, менингит, лептоменингит, бурун бўшлиғининг касалликлари, сепсис.

Белгилари: кўрув нерви диски қизаради, артериялари тораяди, веналари кенгайиб, эгри–бугри бўлиб қолади. Майда майда қон қуйилиши мумкин. Кўрув ўткирлиги тез пасайиб кетади, кўрув майдони тез торайиб қолади.

Оқибати: вақтида даволанса тузалади. Кечкиб даволанса, атрофияга ўтиб кўрликга ўтиб кетади.

Даволаш: катта дозада антибиотиклар ичишга ва мушакка юборилади, 40% уротропин венага юборилади, тўрли витаминлардан мушакка юборилади.

Кўрув нерви дискининг димланиши – бу яллиғланишсиз кўрув нерви дискининг шишиши.

Сабаблари – 4 гуруҳга бўлинади.

1. Бош мия ўсмаси жароҳатланиши.
2. Юрак, буйрак қон томир касалликлари.
3. Кўз олмаси ва кўз қосасини касалликлари.
4. Бош суякнинг деформацияси.

Белгилари: кўрув нерви диски шишади, катталашади, чегараси чаплашган, артериялари тораяди, веналари кенгайиб эгри-бугри бўлади, кул ранг бўлади. Майда қон қуйилиши мумкин. Кўрув ўткирлиги секин – аста пасаяди, кўрув майдони секин аста тораяди. Вақтида даволанмаса, атрофияга ўтиб, кўрликга олиб келади.

Даволаш невропатологлар ҳамкорлигида ўтказилади. Дегидротация ва витаминлар берилади.

Оптико-хиазмал лептоменингит – бу кўрув нервнинг тўрқ эгари қисмининг яллиғланиши.

Сабаблари: грипп. Бурун бўшлиғи касаллиги, бош миянинг ўткир ёки ўтмас жароҳатланиши.

Белгилари: 3 гуруҳга бўлинади.

1-гуруҳда умумий харорати кўтарилади, қувватсизланади, бутун бадан қаҳшаб оғрийди.

2-гуруҳда кўз дағи белгилар – кўрув ўткирлиги пасаяди, кўрув майдони тораяди, битемпорал гемианопсия бўлади. Кўз тубида 70% кўрув нервнинг яллиғланиши, 30% кўрув нерви дискининг димланиши кўринади.

3-гуруҳ – неврологик белгилар. Каттиқ бош оғрийди, асабланади, озиб кетади. Бош миядан чиқадиган нервлар фалажланади. Оқибати оғир, кўрликка олиб келиши мумкин.

Даволаш невропатологлар ҳамкорлигида катта дозада антибиотиклар, дегидротация, витаминлар юборилади.

Кўрув нервнинг атрофияси. Бирламчи ва иккиламчи бўлади. Бирламчи атрофия бош миянинг жароҳатланиши, ўсмаси, абсцесси ва метил спирти билан захарланса бўлади.

Иккиламчи атрофия – ретинопатия, кўрув нервнинг яллиғланиши ёки димланиши, ботулизмда, кўп қон йўқотилса бўлади.

Белгилари: кўрув нерви диски оқариб қолади, қон томирлари, айниқса артериялари торайиб, ипдек бўлиб қолади. Фарқи бирламчи атрофияда кўрув нерви диски чегараси аниқ, иккиламчисида чаплашган бўлади. Қисман ва бутунлай атрофия бўлади. Қисман атрофияда кўрув нерви дискининг ярми оқариб ярми пушти рангда бўлади. Кўрув ўткирлиги 0,1 гача пасаяди, кўрув майдони торайиб – 10-20 градусгача бўлиб қолади. Бутунлай атрофияда кўрув нерви диски диффуз оқариб, кўрув ўткирлиги бутунлай йўқолади. Тузатиб бўлмайдиган кўрликка олиб келади.

Даволаш. Қисман атрофияда симптоматик, витамин В1, В2, В12 лардан 15-20 инъекция. Филатов усулида тўқимали терапия бир йилда 2-3 курс. Электрофорез, ультразвук, фонофорез ва бошқалар.

#### Амалиётдан намуналар

Бемор 2-3 йил давомида иккала кўзининг кўришини секин – аста оғриқсиз пасайишига шикоят қилади. Кўз тубининг қурилганда геморрагик ва оқ рангдаги плазморагик ўчоқлар топилади. Шикоят бўйича катаракта деб ўйланса ташхис диабетик ретинопатия бўлиб чиқади.

Бемор иккала кўз ида секин – аста кўришни пасайишига шикоят қилади. Кўз ининг ташки кўринишида ўзгариш йўқ. Кўрув нерви диски катталашган, кул ранг, чегараси чаплашган, артерияларари торайган, веналари кенгайган, майда-майда қон қуйилган. Кўрув нерви дискини димланиши деб ташхис қуйиш мумкин.

Бемор 60 ёшда. Бир ойлар мобайида иккала кўзларининг кўришининг пасайишига шикоят қилади. Вақти-вақти билан бош оғриғи ва қон босилининг ошиши кузатилади.

Объектив кўрганда: ОУ-тинч. Оптик муҳитлар тиниқ. Кўз туби: КНД – нушти рангда, чегаралари аниқ. Артериялар торайган, веналар кенгайган, эгри-бугри. Қон томирлар бўйлаб ва тўр парда марказий зоналарида қон қуйилиш ўчоқлари бор.

Ташҳис: ОУ – гипертоник ретинопатия.

Тавсия: 1. Терапия бўлимида даволаниш. 2. Умумий ангиопротекторлар, маҳаллий эмоксипин инъекцияларни парабульбар соҳага қилиш.

Маъруза учун демонстрацион материаллар:

1. Таблицаалар
2. Слайдлар
3. Атласдаги расмлар
4. Беморларни кўрсатиш.

Хулоса

Ҳалқ орасида гипертония, умумий атеросклероз, қандли диабет кўп тарқалганлиги ва ҳар йили грипп эпидемияси бўлиб асорат бериши ҳисобига кўплаб кишиларда ногиронлик даражасигача кўрув ўткирлиги пасайиб кетади. Шунинг учун бакалавр талабалар умумий касалликларда кўз тубини ўзгаришини пухта билишлари ва олдини олишлари муҳимдир.

Мулоқат учун аудиторияга саволлар

1. Ретинопатия нима?
2. Гипертония касаллиги ва қандли диабетдаги кўз туби ўзгаришини қандай фарқи бор.
3. Гестоз бўлган аёлларда мутлоқ ва нисбий кўрсатмалар бўлса гинеколог қандай йўл тўтиш керак?
4. Кўрув нерви яллиғланишини кўрув нерви димланишидан фарқи.
5. Оптикохиазмал лептоменингит билан огриган беморлар қаерда ва қандай даволанишлари лозим?

Адабиётлар:

1. Учебник глазных болезней. Бочкарева А.А. 1990.
2. Кўз касалликлари. Хамидова М.Х., Болтаева З.К., 1995.
3. Нейроофтальмология. Трон А.А., 1990.

#### **4. Кўрув аъзолари жароҳатлари**

Маъруза даволаш, тиббий-педагогика ва тиббий-профилактика факультетининг 5 курс талабалари учун мўлжалланган.

Маърузанинг мақсади:

Кўз касалликлари орасида кўз олмаси ва ён атроф тўқималарининг жароҳатлари 5 дан 10 фоизни ташкил қилади.

Қуйидаги жароҳатланишлар турлари мавжуд механик, у ўз навбатида очик ва ёпиқ жароҳатларга бўлинади: Термик, кимёвий ва ёруғлик энергияси таъсирида бўладиган жароҳатлар.

Юқорида кўрсатилганларга асосан, ушбу маърузалардан мақсад, талабаларга кўриш аъзоларининг шикастланишини этиопатогенези, клиникаси, ташхислаш, даволаш ва олдини олиш муаммоларини ёритиб беришдир.

Маърузанинг тарбиявий мақсади. Ўзбекистон ҳукумати ва ўзР ССВ томонидан халқимизни соғломлаштириш йўналишида қилинаётган ишлари ичида офтальмологик хизматни яхшилаш ва ривожлантириш ҳам бор. ўзР Вазирлар Маҳкамасининг охириги қарорларидан бири соғлиқни сақлашдаги реформалар ҳақида бўлиб, унда соғлиқни сақлаш муассасаларида офтальмологик касалликларни, шу жумладан, жароҳатларни ҳам олдини олиш йўналишида қилинаётган ишларни кучайтириш назарда тутилган.

Маърузанинг вазифалари:

1. Кўрув аъзосини шикастланишининг асосий классификацион формаларини ёритиб бериш.
2. Кўрув аъзоси шикастланишининг этиология ва патогенез асосларини ёритиб бериш.
3. Кўрув аъзоси шикастланишини ташхислашдаги ва клиника-сидаги зарур усулларни келтириш.
4. Кўрув аъзоларининг шикастланишини олдини олиш ва даволашдаги асосий ҳолатларни ёритиб бериш.

Мавзунини қисқача асослаб бериш. Кўз шундай тузилишга эга-ки, ҳатто жуда кичик бўлган жароҳатлар ҳам кўриш функциясининг бузилишига ёки кўрликка олиб келиши мумкин.

ўз вақтида кўрсатилган малакали ёрдам оғир асоратларни олдини олиши мумкин. Кўриш аъзоларининг жароҳатлари бўлган беморларда кўрликни ва ногиронликни камайтириш йўлида олиб борилаётган комплекс ишлар муҳим аҳамиятга эга.

Кўз жароҳатлари натижалари устида олиб борилган анализлар шуни кўрсатадики, 40 фоиздан ортиқроқ ҳолларда, оғир асоратлар беморларни нотўғри эвакуация қилишдан келиб чиқар экан. (Гундорова Р.А., Гришина В.С., Полякова М.К., Камиллов М.К., Ходжимухамедов Х.И.) Бу беморларни рентгенологик ва ультратовуш техникалари булган, микроскоплари, микроускуналари (инструментлар), факофрагментаторларни бўлган маҳсус кўз жароҳатлари билан шуғулланадиган йирик офтальмологик марказларга юбориш мақсадга мувофиқ.

Кўрув аъзоларининг шикастланиши жуда кам ҳолларда яқка ҳолда бўлади, кўпинча эса шикастланиш бош мия шикастланиши билан бирга, ЛОР аъзолари ва бошқа аъзолар шикастланиши билан бирга кечади.

Шунга қарамай, тери ва тананинг бошқа қисмларига аҳамиятга эга бўлмаган шикастланишлар ҳам, кўз учун жуда жиддий оқибатларга олиб келиши

мумкин. Бу кўзни жуда кичиклиги ва тузилиши жуда нозиклиги билан тушунтирилади.

Кўз бир қатор касалликларда шикастланувчан бўлиши мумкин, электр тармоғи билан ишлайдиган слесарларда, механикларда, трактористларда, кўрувчи ва бошқаларда.

Ишлаб чиқариш ва қишлоқ хўжалигидаги шикастланишлар билан бир қаторда харбий шикастланишга ҳам алоҳида аҳамият бериш керак. Ота-оналарининг бефарқлиги ва айби туфайли юзага келадиган болалардаги кўрув органларининг шикастланишини ҳам аҳамиятсиз қолдириш мумкин эмас. Охириги вақтда сотувда байрам тантаналарида (фейерверклар) ишлатиш учун ҳар ҳил буюмлар пайдо бўлди ва жуда ҳам кенг тарқалди, улар болаларнинг кўлларида вақтдан илгари портлаб, кўзнинг оғир шикастланишларига олиб келмоқда.

Кўриш аъзоларининг шикастланиши мавзусига алоҳида бўлинма ажратилган, чунки кўзнинг шикастланиши кўп ҳолларда жуда оғир бўлиб, уларнинг ташқи кўринишлари яширин бўлиши мумкин ва кўриш фаолияти қандайдир даражада ёмонлашиб, хатто курликка ҳам олиб келиши мумкин.

Маърузада кўриб чиқиладиган саволлар ва уларга ажратилган вақт:

Кўрув аъзоларининг тўмтоқ шикастланишлари (контузиялар). (Ташҳис, клиника, даволаш ва уларнинг асоратлари)

Кўрув аъзоларини тешиб ўтувчи ва тешиб ўтмайдиган шикастланишлари. (Ташҳис, клиника, даволаш ва уларнинг асоратлари)

Кўрув аъзоларининг термик ва химик зарарланиши

Кўрув аъзоларининг шикастланишини олдини олиш

Маърузанинг матни: Кўрув аъзоларининг жароҳатлари.

Кўрув аъзоларининг шикастланишини, атроф тўқималар шикастланишига ва кўз олмаси шикастланишига бўлиниши кўп даражада ширтлидир, чунки ковоқлар, кўз ёш аъзоларининг ва конъюнктиванинг, мушак ва кўз соққасининг бошқа тузилмаларини шикастланиши кўзни ҳар ҳил даражада зарарланишига олиб келиши мумкин. Кўз олмасининг, шунингдек, атрофидаги тўқималарини шикастланиши тўмтоқ (контузиялар), тешиб кирувчи, тешиб кирмайдиган, шунингдек қўйишларга бўлинади. Шунини таъкидлаш керакки, маълум шароитларда шох пардани ҳамма моддалари билан совуқ уриши мумкин (Кўйишга ўхшаш).

Шунини таъкидлаш керакки, ўзР ССВ нинг кўрсаткичлари бўйича тез ёрдам касалхоналарига бирламчи мурожаат қилувчиларнинг ичида, кўз шикастланиши бўйича 50 фоиздан ортигининг кўз олмаси микротравмалари ҳосил қилади, улар биринчи шифокорларгача ва шифокорлар ёрдамидан сўнг изсиз ўтиб кетади. Лекин ҳар қандай кўз шикастланиши қанчалик аҳамиятсиз бўлмасин, офтальмологнинг кечиктириб бўлмас ва шартли кўрувини талаб қилади. Кўзнинг шикастланиши республиканинг ҳамма регионларида ҳар ҳил ва бўлиб 1000 та одамга 1-4тагача учрайди. Кўз шикастланишининг даражаси аҳоли ёши, жинси, йил фасли ва яшаш жойига асосан олдини олиш

тадбирларига ҳам боғлиқ. Шаҳар аҳолией ичида қишлоқ аҳолисига нисбатан кўз шикастланиши 2 мартаба кўпроқ учрайди.

Кўз шикастланишлари ичида микротравмаларнинг 80 фоизи ўтмас шикастланишлар, 10 фоизи кесиб ўтмайдиган ва 2 фоизи кесиб ўтадиган, 6 фоизини кўйишлар ташқил қилади. Болалар кўз касалликлари касалхоналарида 60 фоизини ўтмас, 30 фоизини кесиб ўтмайдиган, 10 фоизини кўйишлар ҳосил қилади. (Е.И.Ковалевский)

Кўз шикастланиши билан беморларнинг асосий қисмини микротравмалардан ташқари тезкор кўрсатма билан касалхоналарнинг ёки диспансерларнинг офтальмология бўлимларига ётқазилади. Кўзни кесиб ўтувчи шикастланишлари билан ҳамма беморларни тезлик билан госпитализация қилиниши шарт.

Кўз шикастланиши билан ҳар бир беморга тезкор ҳабарнома тузилади ва яшаш жойидаги соғлиқни сақлаш бўлимининг статистика бўлимига юборилади. Бундан ташқари шикастланиш содир бўлган хўжалиқ бошлиқларига ҳабар юборилади.

Кўз олмасининг ва атроф тўқималарининг тўмтоқ шикастланиши (контузиялар)

Кўз олмасининг ва атроф тўқималарининг тўмтоқ шикастланиши гиперемия, шиш, қон қуйилиш, эрозиялар, кўзни тегишли кўшимча аппаратларини шикастланиши ва фаолиятини бузилиши (птоз, ёш оқиши ва бошқалар) билан характерланади. Тўмтоқ шикастланишларни 4 оғирлик даражасига ажратиш қабул қилинган: 1-енгил, 2-ўрта, 3-оғир, 4-жуда оғир. Деярли ҳар бир тўмтоқ шикастланиш, ҳар ҳил давомийликдаги, кўп ёки кам даражадаги оғриқ билан намоён бўлади. Кўз соққаси соҳасидаги тўмтоқ шикастланишларда ретробульбар бўшлиққа қон қуйилиши, кўз косаси ва бурун деворлари суяқларининг синиши юзага келиши мумкин. Бунинг натижасида, кўз олмасининг бўртиб чиқиши ва сурилиши, иккиланиш, қовоқлар эмфиземаси каби симптомлар юзага келиши мумкин. Кўзни ҳаракатлантирувчи мушакларнинг шикастланиши натижасида, кўзни ҳар ҳил йуналишда силжиши ва шикастланган мушак томонида ҳаракатчанликни чекланганлиги ёки бўлмаслиги кузатилиши мумкин.

Кам ҳолларда кўз соққасини оғир тўмтоқ шикастланиши кўзни юқори тирқишини шикастланишига ва бу кейинчалик ташқи ҳамда ички офтальмоплегияга олиб келади.

Кўз атроф тўқималарини шикастланишидаги биринчи ёрдам, шикастланган жойга 1-2 с.га совуқ қўйишдан (ях, нам салфеткалар) иборат. Шифокор тезкорлик билан қонни ивувчанлигини оширадиган ва қон томирларни торайтирадиган прерапатларни (викасол, витамин К, аскорутин, кальций хлориднинг 10 фоизли эритмаси, супрастин) бериши керак.

Кўз атроф тўқималарини шикастланишини оғирлик даражаси, жойланиши, тарқалишдан катъий назар бемор кечиктирилмасдан офтальмологга юборилиши керак.

Тўмтоқ шикастланишлар оқибати: 1-даражали шикастланишда – тузалиб кетиш; 2-даражали шикастланишда – кўз фаолияти деярли ўзгармасдан, кичик қолдиқли ўзгаришларни бўлиши; 3-даражали – катта морфологик ва функционал ўзгаришлар; 4-даражали – купол морфологик ўзгаришлар, фаолиятини йўқолиши.

Кўз олмасининг тўмтоқ шикастланиши оғирлик даражаси буича 3 даражага бўлинади: енгил, ўрта ва оғир. Кўпроқ 1-даражали, яъни енгил шикастланиш учрайди, улар даволангандан сўнг 3-5 кунда изсиз ўтиб кетади (90 фоиз ҳолатда). Тўмтоқ шикастланишларни ташҳислаш ва оғирлик даражасини баҳолаш мураккаб эмас ва биринчи навбатда кўриш фаолиятини ўзгариши (кўриш ўткирлиги, кўриш), кўзни олд қисмидаги ўзгариш (Шох парда, олд камеранинг чуқурлиги, суюқлигининг тиниқлиги, рангдор парда ва қорачиқ соҳасини ҳолати), офтальмотонуснинг катталиги, шунингдек, пайпастлаганда оғриқ бўлиши. Тўмтоқ шикастланишнинг энг кўп тарқалган кўриниши ёки асорати – шох парда эрозияси. У эрозия соҳасида тиниқликнинг йўқолиши ва шох парданинг (хиралашиши) нурсузлиги билан характерланади. Айниқса, шох пардани эпителийсини 1 фоизли натрий флюоресцеин билан инетилляция қилинганда, натижаси қандайлиги (дефектлари) яққол кўринади, бунда улар оч яшил тусни оладилар.

Контузиянинг биринчи кўп учрайдиган белгиларидан бири рангдор ва шох парда бурчагидаги қон томирларнинг дилатацияси ва ёрилишидир, бунинг натижасида олдинги камерада ҳар ҳил интенсивликдаги қон қуйилишлар – рангдор пардада қон излари ва камера суюқлигидаги биров қон қўшимасидан рангдор парда ҳам қорачиқ ҳам кўринмайдиган гифема ва тотал қон қуйилишигача бўлиши мумкин. Иккинчи белги – қон қуйилиш шишасимон танада (гемофтальм) ва кўзнинг бошқа бўлимларида ҳам бўлишидан иборат. Қон қуйилишининг локализацияси катталигига кўра, кўриш фаолияти ҳар ҳил даражада пасаяди.

Тўмтоқ шикастланишнинг учинчи, кўп учрайдиган белгиси – рангдор пардани ва киприксимон тананинг контузиясидир, бу рангдор пардани пирпираши (иридодонез), қорачиқнинг кенгайиши, нотўғри шаклни опиши ва ёруғликка реакциясининг сусайиши, олдинги камера чуқурлигининг нотекислиги, аккомадациянинг бузилиши ва узоқ-яқинни кўришни пасайишидан иборат. Агар шикастланиш натижасида цинн боиламлари узилиб кетса, гавҳарнинг ярим силжиши ва умуман силжиб кетишига, бу эса кўриш қобилиятини кескин пасайишига олиб келади.

Кескин контузия билан намоён бўлган тўмтоқ шикастланиш қон қуйилишидан ташқари рангдор пардани ёрилиши ёки узилиши (иридодиалих), хориоидея ва тўр парданинг ёрилиши ёки узилиши, тўр парданинг кўчиши, кўрув нервининг ерилиши ва умуман узилишига олиб келиши мумкин.

Бу патологиянинг ҳамма кўринишлари шикастланишнинг катталиги ва локализациясига кўра биринчи навбатда марказий ва периферик кўриш ҳолатига таъсир қилади, хатто кўз кўрмай қолишига ҳам олиб келади. Кўз олмасининг тўмтоқ шикастланишидаги биринчи шифокор ёрдами қуйидагилардан иборат:

Кўз атроф тўқималари контузиясидаги кўрсатилган биринчи ёрдамдан ташқари, конъюнктивал қопчага антибиотик ёки сульфаниламид эритмаси, агар бўлса, офриксизлантирувчилар (новокаин, дикаин, лидокаин) ҳам томизиш керак. Енгил асептик боғлам қўйилади ва беморни кечиктирмасдан офтальмологга юборилади.

Офтальмологнинг вазифасига замонавий усуллар билан шикастланишнинг оғирлик даражасини аниқлаш ва кейинги амбулатор ёки стационар шароитда даволанишни давом эттириш муаммосини ечиш киради.

Касалхонада сўйимтоматик, яллиғланишга қарши, реге-нератор, нейротрофик ва сўрилтирувчи даволашлар қилинади.

Кўз атроф тўқималари ва кўз олмасининг яраланиши

Кўз атроф тўқималарининг яраланиши аввалом бор, кўзга кўринадиган яра юзаси, қон қуйилиши, қон кетиши, шиш ва тегишли аъзо фаолиятининг бузилиши, шунингдек кескин офрикс синдроми билан характерланади.

Биринчи шифокоргача бўлган ёрдам тезлик билан иложи борича асептик босмайдиган боғлам қўйиш ва тезда маҳсус клиникага юборишдан иборат.

Биринчи шифокор ёрдами қоқшолга қарши анатоксинни юбориш, дезинфекцияловчи эритмалар билан ярани ювиш, антибиотик эритмаларини томизиш, антибиотикларни мушак остига юбориш, асептик боғлам қўйиш. Морфологик ва фаолият натижалари яраланишнинг локализацияси, шунингдек жарроҳлик ишловларини ўз вақтида ва тўлақонлик билан иложи борича пластика ва реконструкция билан қилина олишига боғлиқдир.

Кўз олмасининг яраланиши кесиб ўтувчи ва кесиб ўтмайдиган бўлиши мумкин. Кесиб ўтмайдиган яраланиш кўз капсулалари яраланиши билан тўмтоқ шикастланиш орасидаги ҳолатни эгаллайди. Унинг ташҳисланиши тўмтоқ шикастланиши каби усуллар билан амалга оширилади. Шунингдек, биринчи шифокор ёрдамини ва маҳсус офтальмологик ёрдамни кўрсатишда, кейинчалик даволашда ҳам принципиал фарқлик йўқ. Лекин ярани жойлашиши ва ярани характерида фарқлик бор. Унинг четлари мослашган бўлади ва бирламчи битиш билан чоклар қўйилмасдан тузалади. Кўрсатма: беморни тезлик билан кўз шифохонасига ётқизиш.

Даволаш оқибати одатда яхши, лекин катта кесиб ўтмайдиган яраланишда шох пардани кескин хиралашиши ва нотўғри астигматизм кўзатилиши мумкин, булар кўриш ўткирлигини пасайтиради ва коррекцияга берилмайди.

Кўз олмасини кесиб ўтувчи ҳар қандай катталиқдаги ва локализацияли яраланиши, оғир ва инфекцияланган ҳисобланади. Шикастланиши чуқурлиги бўйича оддий ва мураккаб – кўзни ички тузилмаларини шикастланиши ёки ярага тушиб қолиши, ҳамда кўзга бегона жисм тушганда ёки тез иккиламчи инфекция юзага келганда асоратланган бўлади.

Кўз олмасини яраланишини ташҳислаш одатда оддий, ҳамма қила олади ва яраланиш кесиб ўтадиганми ёки кесиб ўтмайдиганми, деган саволга жавоб бериш имконини беради. Кўзни кесиб ўтадиган яраланишининг асосий белгиси, очилиб қолган яра ёки мослашган ярадир. Агар у шох парда зонасида жойлашган бўлса, унда деярли доим кўзнинг олдинги камераси йўқ ёки саёз

бўлади ва унда қон бўлиши мумкин. Бундан ташқари, ярада кўзни ички тузилмалари, рангдор парда, гавҳар, шишасимон тана қисилиб қолиши мумкин, бироз пайпаслаганда, кўзни кескин гипотонияси аниқланади.

Кўриш ўткирлиги катта ёшдаги болаларда аниқланиши мумкин бўлса, жуда ҳам паст бўлади. Агар, яра склера зонасида жойлашган бўлса, унда склера атрофида деярли доим қон қуйилишлар бўлади. Ярада кўзни ички тузилмалари: киприксимон тана, хориоидея, тўр парда, шишасимон тана, гавҳар қисилиб қолиши мумкин. Склерал шикастланишда олдинги камера нормадан чуқурроқ, кўзни пайпаслаганда гипотоник. Кўриш ўткирлиги сезиларли ўзгармаслиги мумкин. Кўзни капсулаларини ҳар хил бўлимларидаги кесилган ярага шубҳаланишда асосан шикастланиш анамнези беради. Анамнестик кўрсатмалар кўзни орқа бўлимидаги кесиб ўтувчи яраларни аниқлашда ҳам асосий ролни ўйнайди.

Уларнинг белгилари: офтальмотонусни пасайиши, олдинги камерага қон қуйиши, қорачиқ соҳасида хираланиш, кўз тубидан рефлексни пасайиши. Кўз олмасини ҳар қандай кесиб ўтувчи яраланиши корнеал синдром билан бирга кечади.

Биринчи шифокоргача бўлган ёрдам, кўзни бошқа шикастланишлари каби, факат бойлаш кўзни ҳаракатчанлигини пасайтириш учун бинокуляр қўйилади. Кўз касалликлари шифохонасида офтальмолог бирламчи жарроҳлик амалиётини ўтказиши керак. Ундан кейин. албатта, орбитанинг обзор рентгеноскопияси кўзни ичида ёт жисм бор-йўқлигини аниқлаш учун қилинади. Агар ёт жисм бўлса, кўзни Комберг-Балтин бўйича рентгенлокализация усули билан текширилади. Ҳар қандай ёт жисм олиб ташланиши керак ва ҳамма реконструктив-кайта тиклаш амалиётлари микрожарроҳлик комплекслари ўтказилиши керак. Операциядан сўнг, кенг спектрда таъсир қиладиган антибиотиклар билан антибиотикотерапия ўтказилади. Шунга қарамай, кесиб ўтувчи яраланишнинг энг оғир асоратларидан: эндофтальмит, панофтальмит, симпатик офтальмия (процесс соғ кўз кўшилиши) кузатилади. Одатда, симпатик офтальмия кесиб ўтувчи яраланишдан сўнг биринчи ҳафтада ривожланади ва тез авж олади, кўришни тўхтовсиз пасайиб бориши, ҳаттоки кўрликкача ривожланиб боради. Кўп йиллик офтальмологик тажриба шуни кўрсатадики, морфофункционал ярамайдиган, шикастланган кўзни ўз вақтида олиб ташлаш, симпатик офтальмияни ривожлантирмайди.

Кесиб ўтадиган яраланишдан сўнг ҳамма беморлар доим махсус реабилитацион диспансер ҳизматида бўлишлари шарт.

Термик ва кимёвий қўйишлар.

Қовоқ ва конъюнктивнинг қўйишлари бошқа локализациядаги қўйишлар сингари оғирлик даражаси бўйича гиперемия ва шиш (I-даража), пуфакчалар ҳосил бўлиши (II-даража) эрозия (III-даража), некроз (IV-даража)га бўлинади. Кўз олмаси ва атроф тўқималари қўйишидаги биринчи шифокоргача бўлган ёрдам - тезда келтириб чиқарган моддани олиб ташлаш ва қуйган қовоқларни ҳамда конъюнктивал қопчани узоқ вақт (10-15 дақиқа) ювишдан иборат. Сўнг

ковоқларга ёғли эритмалар сурилади ва куйиб куйилади. Биринчи ёрдам кўрсатилганидан сўнг, бемор тезлик билан офтальмологик шифохонага ёткизилиши керак. Шифохонада қандай ҳолат бўлмасин, куйган сохаларга мазли аппликациялар, шунингдек, антибиотиклар, сульфаниламидлар, витаминлар, димексид ва анестетикларнинг эритмалари билан тез инстиляция қилиш кўрсатилган. Кўп ҳолларда субконъюнктивал ёки парабульбар ўз қонини инъекциялари ҳам кўрсатилган.

I-даражали кўйиш оқибати – тузалиб кетиш, II-даражали кўйишдан сўнг нозик чандиқлар фаолиятни бузмасдан қолиши мумкин, III-даражали кўйишдан сўнг – қаттиқ чандиқлар ва фаолиятнинг бузилиши, IV-даражали кўйишдан сўнг эса – кескин косметик ва функционал бузилишлар кузатилади.

Кўз олмаси кўйишлари 4 та даражали бўлади. 1-даражада кўйиш асосан, кўз тўқималари гиперемияси, шиш, шох пардани юзаки эрозияси билан; 2-даражали кўйиш чуқур эрозия, шиш ва пуфакчалар билан; 3-даражали кўйиш – ҳамма кўрсатилган учта белги ва еекроз билан; 4-даражали кўйиш шох парда ёки склера тўқималарини парчаланиши ва перфорацияси билан массив некроз орқали намоён бўлади.

Ҳар қандай даражадаги кўйиш кескин блефароспазм ва оғриқ синдромини чақиради.

Кўз олмасининг кўйишини ташҳислаш қийин эмас. Биринчи навдатда енгил блефароспазм, кўз олмасининг конъюнктивасини шишира қизариши аниқланади. Шох парда ҳар ҳил сохаларда сувлатоқ ойна кўринишида бўлиши мумкин, ҳар ҳил интенсивликдаги ва локализациядаги эрозиялар бўлиши мумкин. Оғир кўйишларда пуфакчалар ҳосил бўлади ва улар парчланади. Баъзи ҳолларда, катта чуқур некрозни, баъзан кўз олмасини тешилиб ҳосил бўлган дефектида кўз ички тузилмаларини (кўпроқ рангдор пардани) қисилишини кўриш мумкин. Ташҳислаш процессида кўзда (конъюнктивал қопчада; шох пардада, склерада) ёт куйган таначаларни (қалам, кристаллар, калий пермонганат, клей ва бошқалар) бор-йўқлигини яхшилаб ва тезликда аниқлаш керак. Боладан, ота-онасидан шикастланган жойни кўриши мумкин бўлган атрофидагилардан кўзга қандай модда ёки предмет тушганлигини сўраш керак. Кўйишлар одатда хўжалик мақсадларида қўлланиладиган кислота ва ишқорлар билан нотўғри ишлаш оқибатида юзага келади. Бир қатор ҳолларда, кўйишлар, иссиқ овқатлар, сут, ёғ, қайнаган сув билан эҳтиётсизлик қилиш ҳисобига бўлади. Кўп ҳолларда кўзга оҳак бўлакчаларини, анилинли қалам бўлакчаларини, калий пермонганат кристаллари, нашатыр спирти ва бошқаларни тушиши оқибатида ривожланади. Ундан ташқари, эл.сварка вақтида, метални арралаш ва бошқа вақтларда кўзатиб турилганда, майда қисмчалари кўзга тушиши мумкин. Кўзни олдинги қисмини, айниқса шох пардани ишқорлар билан кўйиши, айниқса оғир кечади. Ишқорлар тўқима ичига кириб борувчи, колликоацион некроз деб аталувчи шикастланишни чақиради. Кислотали кўйиш коагуляцияон, яъни нисбатан юза некроз чақиради. Ишқорлар билан кўйишда биринчи куни енгилга ўхшайди, лекин иккинчи куни ва кечроқ тўқималар кучли некрозга айланиб, кўзни нобуд бўлишига олиб келиши мумкин.

Биринчи шифокоргача, шунингдек, шифокор ёрдами кўз кўйиши билан болаларнинг кўз тўқималаридан куйдирувчи моддаларни олиб ташлаш ва оқар сув билан конъюнктивал копчани узок вақт ювишдан иборат. Унинг кетидан анестетиклар, шунингдек, сульфаниламидлар ва антибиотиклар эритмалари билан инстиляция қилиш мақсадга мувофиқдир. Ёғли эритмаларни юбориш шарт (Витаминн А нинг ёғли эритмаси, писта ёғи). Агар кўзга тушган модда аниқ бўлса, шифокор нейтраллайдиган моддаларни қўллаши мумкин.

Одатда кўзни кўйишида, шунингдек, тўқималарни бутунлай бузилиши билан кечадиган тўмтоқ; шикастланишида ва яраланишида қоқшолга қарши анатоксинни юбориш шарт. Енгил марляли асептик ёғли (антибиотикли, сульфаниламидли, витаминли мазь) монокуляр боғлам кўйиш мумкин. Махсус офтальмологик ёрдам тезлик билан яллиғланишга қарши, антибактериал, регенератор ва сурилувчи моддаларни (димексид, антибиотиклар, сульфацил-натрий, хинсен, этилморфин, облепиха мойи ва бошқалар) ва ҳар соатда анестетикларни (новокаин, ликаин, тримикаин) инстиляция қилишдан иборат. I ва II-даражали кўйишларни оқибатлари коникарли. III ва IV-даражали кўйишлардан сўнг кўпинча пластик жарроҳликни талаб қиладиган чандики ўзгаришлар қолади. III ва IV-даражали кўйишдан сўнгги асоратланган болаларни кўз патологиясини профилактикаси гуруҳига киритилади ва узок вақт актив диспансер назоратида (реабелитация) кузатилиши керак.

Кўрув аъзолари шикастланишининг профилактикаси

Биринчи даражада кўзни шикастланиши ва яллиғланиш касалликларини даражасини пасайтириш, структураларини яхшилашда, уларнинг актив, массив ва систематик профилактикаси туради. Кўзнинг шикастланишини профилактикаси фақатгина ДЭЗ ишчиларини ва бошлиқларини, транспорт, қурилиш ташкилотларини иши эмас, балки одамларнинг ўзини, она-оналарини, ўқитувчи ва тарбиячиларнинг ҳам вазифасидир.

Кўз шикастланишини профилактикаси ўзига 2 та этапни олади. Биринчи этап – бирламчи профилактикага қаратилган, яъни кенг жамоа билан бирга уйда, кўчада, мактабда болалар кўз шикастланишини олдини оладиган комплекс тадбирларни ўтказишдан иборат. Бу ишлар хокимият қошидаги шикастланиш бўйича комиссия орқали тасдиқланадиган ва тарқатиладиган ишларни конкрет ва аниқ режалаштиришдан иборат. Режаларни амалга ошириш, шикастланишга қарши курашиш оyi ёки декадаликлар кўринишида вилоят миқёсида, туманлар ва шаҳарлар шароитида ўтказилади. Бундай ўтказилган тадбирлардан бири, систематик умумжамоа профилактика туғрисида гапирилса ҳам бўлади. Бундай тадбирлар кўз шикастланишини 2-3 марта пасайтиришга ва биринчи навбатда кесиб кирувчи шикастланишларни учраш даражасини камайтиради.

Профилактиканинг иккинчи этап, яъни иккиламчи профилактика эрта ташҳислаш ва тезлик билан актив комплекс медикаментоз-хирургик даволаш асосида, кесиб кирувчи шикастланишнинг куйидаги асоратларини: йирингли ва факоген увеитлар, металлозлар, кўз гипотонияси ва симпатик офтальмияни

олдини олишга ёрдам беради. Шу иккиламчи профилактика ёрдамида охириги йилларда асоратларнинг сонини камайтириш ва асосийси бирламчи энуклеацияни 5 марта камайтиришга (0,5% гача) эришилди.

#### Амалиётдан намуналар

Бемор 55 ёшда тош билан ўнг кўз шикастланишини олган. Тез ёрдам орқали шифохонага келтирилганда қуйидагилар аниқланди: шиш, юқори қовоқнинг тери остига қон қуйилиши ва биров шиши, пайпаслаганда крепитация симптоми.

Пастки қовоғининг ўрта қисмида вертикал жойлашган, ҳамма қаватлардан ўтадиган узунлиги 5 мм бўлган яра. Кўз туби ўзгаришсиз, шикастланган кўзда кўриш қобиляти 1,0 га тенг.

Шифохонада қуйидаги ташҳис қўйилган: ўнг кўз қовоқларини 2-даражали контузияси. Юқори қовоқ эмфиземаси, пастки қовоқ кесилган яраси. Яра фурацилин эритмаси 1:5000 билан ювилди, пастки қовоқ, ярасига икки қаватли чоклар қўйилди, кўзга босиб турувчи боғлам қўйилди.

Шарх: Анамнезда тўмтоқ жисм билан кўзни шикастланиши, юқори қовоқда крепитациянинг борлиги ва пастки қовоқни кесилган яраси, юқори қовоқни эмфиземаси ва пастки қовоқни тўмтоқ шикастланиши билан қовоқларининг 2 - даражали контузияси хақида гапиради. Пастки қовоқнинг деформациясини олдини олиш мақсадида икки қаватли чоклар, биринчи конъюктивага, сўнг пастки қовоқ терисига қўйилади.

Бемор 50 ёш, ўнг кўзни шикастланиши юзасидан 3 йил олдин шифохонада даволанган. Бу ерда ўнг кўзга чоклар қўйилган ва ўтган вақт давомида шикастлари бўлмаган. 10 кун олдин бирданига ёруғликдан кўрқиш, кўз ёшини оқиши, иккала кўзни қизариши пайдо бўлган. Кўзга томчилар томизилмаган, даволанишлар ўтказилмаган. Обьектив: ўнг кўзда ёруғликдан кўрқиш, кўз ёшини оқиши, блефароспазм, қон томирларнинг аралаш инъекцияси. Корнеосклерал соҳасининг 3-соатида 6-7 мм узунликдаги чандиқ. Шох парданинг орқа юзасида преципитатлар. Рангдор парда ранги ўзгарган, рельефи текисланган, қорачиқ торайган, нотуғри шаклда, орқа синехиялар пайдо бўлган. Пайпаслаганда Т-2 га тенг, кўриш нолга тенг. Чап кўзда ёруғликдан кўрқиш, кўз ёши оқиши, кўз тирқиши торайган, қон томирларнинг перикорнеал инъекцияси. Рангдор парда ранги ўзгарган, қорачиқ торайган, нотуғри шаклда, орқа синехиялар пайдо бўлган, Т-1 га пайпаслаганда кўриш=0,5.

Ташҳис: Чап кўзни симпатик яллирланишини пластик шакли. Шифохонада унг кўзни энуклеацияси ўтказилган, чап кўз антибиотиклар ва кортикостероидлар билан кучли даволанди.

Шархлар: 3 йил олдин ўнг кўзни шикастланиши бўлганлигини ҳисобга олиб, чап кўзни симпатик офтальмия белгилари билан яллиғланиш пайдо бўлган, чап кўзни сақлаб қолиш мақсадида унг кўзни энуклеацияси қилинган ва чап кўзни массив яллиғланишга қарши муолажалар ўтказилган.

Бемор 25 ёш, 1 соат олдин ишда чап кўзига оҳак эритмаси тушган ва тез ёрдам орқали кўз шифохонасига келтирилган. Объектив чап кўзда кескин ёруғликдан кўрқиш, кўз ёши оқиши, блефароспазм. Қовоқ териси шишган, склера конъюнктиваси кир – оқ рангда. Шох парда шишган, диффуз хиралашган, фарфор рангда, чуқур некроз, сезгирлиги йўқолган, рангдор парда ва қорачиқ кўринмайди. Кўриш ёруғликни сезишга тенг. Конъюнктивал қопчада оҳак қолдиқлари.

Шифохонада қуйидаги ташҳис қўйилди: Кўзнинг шох пардаси ва склерасининг 4-даражали кимёвий қўйиши.

Кўзни оқар сув билан ювиш, 5 фоизли глюкоза суюқлиги, қон плазмаси, кунжут ёғи ва бошқалар томизиш. Кўз конъюнктиваси остига беморнинг ўз қонини юбориш.

Бемор 45 ёш. Соат 5 да темирга қайта ишлов бераётганда, ўнг кўзи жароҳатланди.

Объектив: Чап кўзи соғ. ўнг кўзида ёруғликдан кўрқиш, кўз ёшланиши, блефароспазм. Кўзнинг шах пардасида соат 11 дан 5 гача 7 мм жароҳат излари жойлашган. Олдинги камера йўқ. Қорачиқ нотўғри формада. Пальпация қилинганда Т-2; кўриш 0,5 га тенг. Кўзнинг обзор рентгенограммасида кўзда ёт жисм, метал зичликда.

Ташҳис: Кўз олмасининг кесиб кирувчи жароҳати. Ёт жисм кириши.

Шифохонада Комберг-Балтин методи бўйича рентгенлокализация қилинди. Ёт жисм диасклерали олиб ташланди ва шох парда тикилди. Яллиғланиш аломатларини олдини олиш мақсадида антибиотикотерапия қилинди.

Маъруза учун демонстрацион материаллар:

1. Жадваллар.
2. Слайдлар.
3. Кўз касалликлари атласи (А.Е. Ковалевский)

Хулоса

Маъруза вақтида асосан кўзнинг жароҳатида биринчи ёрдам кўрсатишга тўхталиб ўтиш керак. Талабалар кўз жароҳатини клиник кўринишини аниқ кўз олдиларига келтиришлари ва кўзда ёт жисм борлигини аниқлаш учун рентгенологик текширув ўтказишлари керак.

Шуни эсда тутиш лозимки, шикастланиш натижасида кўриш органининг операциясидан кейинги ҳолати ўзгариши мумкин, бунга сабаб, тиббиёт ходимлари ва беморнинг совуққонлигидир.

Мулоқат учун аудиторияга саволлар

1. Кўз қовоқ контузиясини 4 та асосий белгиси.
2. Кўз шох пардасининг кесиб ўтувчи жароҳатидаги асосий белгилар.
3. Яллиғланиш белгиси.
4. Кўз олмасини энуклеацияси учун кўрсатма.

#### Адабиётлар:

1. Терапевтик офтальмология. М.Л.Краснов, 1985.
2. Болаларда паст кўриш ва курликнинг олдини олиш. Ковалевский Е.И., 1991.
3. Кўз касалликлари. М.Х.Хамидова, З.К.Болтаева. 1998.
4. Ўзбекистон иқтисодиёт реформаларини чуқурлаштириш йўлида. И.А.Каримов, 1995.

### Офтальмология фанидан амалий машғулот мавзулари

#### №1 Амалий машғулот

#### Кўрув аъзоларининг клиник анатомияси.

1. Машғулот ўтказиш жойи, жихозланиши
  - кўз касалликлари кафедраси;
  - муляж, янги ахборот технологиялар воситалари, кўргазмали қуроллар (кўз олмасини схематик тузилиши, уни қон томирлари, ёрдамчи аппарати ), слайдлар.
2. Машғулотнинг давомийлиги
  - 6,0 соат
3. Машғулотнинг мақсадлари
  - одамнинг кўрув аъзосини тузилиши ва фаолиятларини умумий билиб олиш;
  - кўз олмаси, уни қон билан тъаминлаши ва асабланиши;
  - кўриш фаолиятини физиологияси;

#### Вазифалар

Талаба билиши керак:

1. кўз олмани тузилишини;
2. кўз ёрдамчи аъзоларини тузилишини;ни
3. кўз қосани тузилишини;
4. кўз олмани ва уни ёрдамчи аппаратини қон ва асаб томирлари билан тъаминлаши.

#### 4. Мавзуни асослаш

Кўз органи анатомик а физиологик хусусиятларни билиш, офтальмология фани ассосидир. Кўз олманинг тузилиши ва фхусусиятларини, утказувчи аппаратини ваз ёрдамчи аппаратининг анатомио-физиологик хусусиятларни биоиш қассалилқарини ривожланишини ва уни қандай даволашини чунишига ёрдам беради.

#### 5.Фанлараро ва фан ичида боғлиқлик

Уш бу мавзау талабаларни нормал анатомия, нормал ва патологик физиология, биокимё ва физика билимида асосланган.

#### 6. Машғулот мазмуни:

##### 6.1 Назарий қисми

1. Кўз косасининг тузилиши талабалардан сўроқ ва муаллимнинг тўлдиришида шаклида ўрганилади:

- а) кўз косасини деворлари ва уларни ташкил этувчи суяклар
- б) кўз косасини тешиклари ва улардан ўтувчи нервлар
- в) кўрув нерви канал ива ундан ўтувчи кўрувнерви ҳамда кўз артерияси
- г) кўзкосасининг юқори тирқиши, ундан ўтувчи кўзнинг ҳаракалантириш нервлари: олиб кетувчи, ғалтак нервлар, учлик нервнинг биринчи шохчаси ва ассосийвена коллектори
- д) кўз косасининг псткки тирқиши ва ундан ўтувчитомирлар ва нерв
- е) кўз косаси билан чегарадош бўлган бурун ёрдамчи бўшлиқлар ва уларнинг кўз косаси ҳасталикларидаги аҳамияти
- ж) кўз косаси билан ченардош бўлган бош чаноғи чуқ кўз косаси ҳасталикларидаги аҳамияти.

Кўз косаси ичида жойлашган ва унинг аҳамияти:

- а) кўз олмаси ортидаги ёғ қатламлари ва унинг аҳмияти
- б) теннон халтаси ва бўшлиғи, уларнинг аҳмияти
- в) кўзни ҳаракатлантирувчи мускуллар, уларнингбошланиш ва бирикиш жойлари, ҳаракат схемаси, нерв ва қон томирлари

Кўз олмаси: шакли, катталиғи, орбитада жойлашиши, олдинги ва орқа кўтблари, экватори ва параллеллари.

Кўз пардалари (қаватлари):

1) Фиброз парда ва унинг тузилиши, вазифалари. Склера – ранги, қалинлиғи, озиқланиши, нервлари, вазифаси. Шох парда ва лимб, уларнинг анатомио-гистологик тузилиши, нервлари, озиқланиши, вазифалари – нурни синдириш, химоя.

2) Томирли парда – унинг учга бўлиниши:

а) рангдор парда – тузилиши, расми, рельефи, ранги; қорачик, унинг реакциялари, мускуллари, нервлари, қон томирлари, вазифалари – кўз ички суюқлигини ишлаб чиқариш ва чиқиб кетишидаги иштироки, кўзга тушувчи нурларнинг фокусланишидаги ўрни;

б) киприксимон тана – тузилиши, вазифаси, мускуллари ва уларнинг жойлашиши, нервлари, киприксимон ўсимталар – уларнинг тузилиши, қон билан таъминланиши, вазифаси – аккомодация иштироки, кўз ички суюқлигини ишлаб чиқариши;

в) хириоидея – тузилиши, тўр парда билан алоқаси, вазифасиқон билан таъминлаши – икки система ва уларнинг келиб чиққандаги ва тарқалишидаги ўрни

3) Тўр парда – тузилиши. Кўрув нерви элементлари. Қабул қилувчи системаси (таёқчалар, колбачалар). Ўтказувчи система (ганглиоз толали хужайралар). Тўр парданинг 3 нейрони ва уларнинг вазифаси. Сарик доғ, унинг тузилиши. Тўр парда озиқланиши (марказий артерия, хориоидея орқали), вазифаси. Кўрув нерви диски, тузилиш, озиқланиши.

4) Кўз олмаси ичининг тузилиши. Олди ва орқа камералари, уларнинг деворлари, чуқурлиғи; кўз ички суюқлигининг таркиби, мода алмашинувда

аҳамияти. Олд камера бурчаги, унинг тузилиши: шлемм канали, кўз ички суюқлиги чиқиб кетиш йўллари.

Кўз гавхари – тузилиши, пайлари, озиқланиши, вазифаси. Шишасимон тана – тузилиши, таркиби, вазифаси.

Шисасимон тана – тузилиши, таркиби, вазифаси.

Кўзнинг химоя аппарати: қошлар, киприклар, қовоклар.

а) қовокларнинг шакли, жойлашиши, вазифаси;

б) қовоклар четлари

в) кипоиклар, уларнинг жойлашиши

г) қовоклар терисининг тузилиши

д) қовокнинг сезувчанлиги, нерв ва қон томирлари

е) қовок мускуллари: айланма, ҳамда юқори қовокни кўтарувчи мускул, уларнинг нервлари ва қон билан таъминланиши

ж) қовок тоғайи

з) мейбомий безлари, уларнинг вазифаси

и) конъюнктива – тузилиши, нерв ва қон томирлари, вазифаси

Кўз ёши аъзолари:

а) кўз ёши ишлаб чиқарувчилар – ёш беи, унинг жойлашиши. Тузилиши, вазифаси, нервлари, қон билан таъминланиши. Ёрдамчи Краузе безчалари

б) кўз ёшининг кетиш йўллари – ёш ариқчаси, қўли, ёш нукталари, уларнинг жойлашиши, кенглиги, ёш каналлари ва уларнинг йўналиши, ёш ҳалтаси ва унинг жойлашиши, катталиги, шакли; кўз ёши – бкрун канали, унинг пастки йўллага очилиши; бурун шилиқ пардаси ва унинг қон билан таъминланиши.

«ЎРГИМЧАК ИНИ» УСУЛИНИ ҚЎЛЛАШ

1. Талабаларга ўтган дарслардан саволлар тайёрлаш учун вақт берилади.

2. Иштирокчилар доира бўлиб ўтиришади.

3. Иштирокчиларнинг бирига ип билан боғланган коптокча берилади, у хоҳлаган талабага ўзи олдиндан тайёрлаган саволни ( жавобни ўзи билиши шарт) бериб, коптокчани топширади.

4. Коптокчани олган талаба саволга жавоб беради (савол берган иштирокчи жавобни шарҳлаб туради) ва саволни бошқа иштирокчига беради. Бу мусобака ҳамма иштирокчилар “”ўргимчак ини”га ўралгунча давом этади.

5. Ҳамма талабалар савол бериб бўлгач, охирига талаба кўлидаги коптокчани биринчи савол берган иштирокчига қайтаради ва унга савол беради ва х.к., бу ҳол чигал ечилгунга қадар давом этади.

Эслатма: талабалардан ҳар бир жавобга эътиборли бўлиш талаб қилинади, чунки олдиндан қайси талабага коптокча берилиши номаълум.

6.2. Тахлилий қисми

Ситуационн массалари ўрни тест саволлари берилади

6.3. Амалий қисми

Кўз олмасини қаватларни ва ички қаватларни урганиш учун муляж, расмлар ва схемалар ишлатилади. Муаллим буқанинг кўзи кесади.

10. Назорат учун саволлар

1. Кўз олмасини пардаларни ва уни қисмларини узлаб Беринг?

2. Тўр пардани тузилиши?

3. Сарик доғни ва кўрув нерв дискни тузилиши, жойланиши ва вазифалари?
4. Томирли пардани тузилиши ва вазифалари?
5. Ташки қаватни тузилиши ва вазифалари?
6. Кўз олмаси ичининг тузилиши?
7. Кўз олмасини қон билан тъаминланиши?
8. Кўз олмасини асаб билан тъаминланиши?
9. Қовоқни анатомияси ва физиологияси?
10. Кўз ёш аъзоларни анатомияси ва физиологияси?
11. Шиллик қаватни анатомияси ва физиологияси?
12. Шох пардани ва склерасини тузилиши, физиологияси ва вазифалари?
13. Рангдор пардани, киприксимон танани ва хориоидеяни тузилиши ва фаолиятлари?
14. Кўз косасини анатомияси ва физиологияси?

## 11. Адабиётлар

### Асосий

1. Ерошевский Т.И., Бочкарева А.И. «Глазные болезни», 1989г., 263с.
2. Хамидова М.Х. «Куз касалликлари», 1996 й.,334 с.
3. Ковалевский Е.И. «Глазные болезни» 1995 г., 280 с.
4. Федоров С.Н.и др. «Глазные болезни» М. 2000г., 125 с.
5. Jack J. Kanski. /Clinical Ophthalmology. A systematic Approach. Atlas/ “Butterworth Heineman”, Oxford, UK 2005 у., 372 с.
6. Jack J. Kanski. /Clinical Ophthalmology. A systematic Approach./ “Butterworth Heineman”, Oxford, UK 2005 у., 404 с.
7. Маърузалар материаллари.
- Кўшимча
8. Сидоренко Е.И. «Офтальмология», М. 2003г., 404 б.
9. Капаева Л.А. «Глазные болезни», М. 2002 г., 512 б.
10. Ченцова О.Б. «Туберкулез глаз». М. Медицина 1990г., 255б.
11. Астахов Ю.С. «Глазные болезни», справочное пособие, 2004, 183 б.
12. Ковалевский Е.И., “Глазные болезни”, Атлас, Москва, “Медицина” 1985 г., 273 б.
13. M.N. Emerah, “Fundamentals of ophthalmology”, Egypt, 1994., 497 б.
14. Нестеров А.П. “Глаукома” 1995 г, 168 б.
15. Интернет маълумотлари куйидаги сайтлардан олинди:  
[www.ophtalmology.ru/articles/120\\_html](http://www.ophtalmology.ru/articles/120_html),  
[www.nedug.ru/ophtalmology/34art.html](http://www.nedug.ru/ophtalmology/34art.html)  
[www.eyenews.ru/html-67](http://www.eyenews.ru/html-67),  
[www.helmholtzeyeinstitute.ru/articles/1.2html](http://www.helmholtzeyeinstitute.ru/articles/1.2html)  
[www.eyeworld.com/ophtth.articles/html-89](http://www.eyeworld.com/ophtth.articles/html-89),  
[www.scientific-vision.com/html-ophtth](http://www.scientific-vision.com/html-ophtth)

## №2 Амалий машғулот

### Кўрув аъзоларини функцияси. Клиник текширувлари

#### Машғулот ўтказиш жойи, жихозланиши

- кўз касалликлари кафедраси;

- расмлар, плакатлар, 13 Дпт лупа, стол лампаси, офтальмоскоп, яллиғланишга қарши дори воситалари, антибиотиклар, янги ахборот технологиялар воситалари, кўргазмалар куруллар, слайдлар, видеофилмлар

### **Машғулотнинг давомийлиги**

- 6,0 соат

### **Машғулотнинг мақсадлари**

- кўриш аъзосининг вазифаларини билим олиш
- кўриш аъзосининг вазифаси текшириш усуллари ва булиш мумкин патологиялар билим олиш
- ассосий текшириш усулларини билиш
- УАШ учун зарур булган текширув усулларини фойдаланишига ўргатиш
- кўрув аъзосининг статус локалисни ёзишни ўрганиш

### **Вазифалар**

#### ***Талаба билиши керак:***

- кўриш аъзосининг вазифаси
- кўриш аъзосининг вазифасиларни текшириш усуллари
- кўриш органларини текшириш усуллари
- касаллик тарихини схемаси ва кўрув аъзосининг статус локалисни ёзиш қоидасини ўрганиш

#### ***Талаба қила олиши керак:***

Кўриш органларини текшириш усуллари қилиш: хар бир кўрув аъзосининг вазифасини текшириш усулини қилишни билиш (кўзнинг ўткирлигини текшириш, кўриш майдонини, рангларни ажратиш, чирокни ажратиш, бинокуляр кўришни текшириш), ён томонидан текширув усули, ўтувчан ёруғликни усули, шох пардани сезирлигини, кўзнинг ички босимини пальпатор текшириш ва бошқалар.

### **Мавзунини асослаш**

Кўриш аъзосининг вазифаларни ва уни текшириш усуларини билиш ушбу функциялар бузилишни этиологиясини чуниб олишида ёрдам беради. Диагнозни туғри қуйишда ушбу усулларини билиш УАШ учун жуда зарур.

### **Фанларо ва Фан ичида боғлиқлик**

Уш бу мавзау талабаларни нормал анатомия, нормал ва патологик физиология, биокимё ва физика билимида асосланган. Талабалар дарс ичида олган билимларни кўз касаликларни аниқлашида ёрдам беради

## **6. Машғулот мазмуни:**

### **6.1 Назарий қисми**

#### **КЎРИШ ОРГАНЛАРИНИНГ ВАЗИФАСИ**

Кўриш қобилияти – бу атрофдаги нарсаларни сезиш, билиш.

Кўриш қобилияти бешта элементладан иборат: централ кўриши периферик кўриши, рангларни ажратиш, чирокни ажратиш, бинокуляр кўриш.

Кўз ўткирлиги.

Муалим кўз ўткирлиги тушунчасига таъриф беради. Жадвалларни тузиш принципларини, уларни ҳисоблашни, Снеллен формуласини тушунтиради. Головин-Сивцева, Ландоль оптопти, Орлова болалар учун тузган жадваллари, уларнинг ўзига хосликларини тушунтиради. Жадваллардан фойдаланишга қўйиладиган талаблар, уларнинг Ротт аппаратидаги фойдаланиш чоғида қандай ёртилиши ҳақида тушунтиради. Талабалар кўз ўткирлигининг касаллик тарихида ўнликлар, ҳамда юзликлар ўлчамида қайд қилинишини, нурнинг тўғри ва нотўғри проекциясида ёруғликни сезиш аниқлашни ўрганадилар. Кўз ўткирлиги «О» нима эканлигини тушунтириб берадилар. «О» - дан паст бўлган кўриш қобилиятини ўлчаш бўйича ҳисоб-китоблар қилинади (юзликлар, ёруғликни сезиш ва унинг проекцияси, кўрликни белгилаш).

Периферик кўриш.

Инсон ҳаёти ва фаолиятида, унинг борлиқ оламда зўзини – ўзи идора қилиши учун периферик кўришнинг аҳамияти беқиёс эканлиги таҳлил этилади. Кўз тўрларининг қайси элементлари периферик кўриш функциясини бажариши масаласи ойдинлаштирилади. Шундан сўнг талабалар кўриш майдони ёки эътибор маркази тушунчасига таъриф берадилар, меъёрий кўриш майдонининг оқ ранга, рангли объектларга (қизил, яшил, кўк) рангларга нисбатан чизхмасини таҳлил қиладилар. Назорат усули ҳамда периметр усули билан бир-бирларининг кўриш майдонларини аниқлайдилар. Бунда уларпериметрнинг ёруғлик манбасига, беморга, врачга нисбатан жойлашувига, ҳамда периметрда фойдаланилаётган объектининг ҳахмига асосий эътиборни қаратадилар.

Ранглани ажратиш – бу рангли спектрни фарқлаш. Бу фаолиятни текшириш учун Рабкин жадвали ишлатилади.

Ёруғликни ҳис қилиш – бу кўрув анализаторни ёруғликни сезиш ва уни даражаларни аниқлаш.

Бинокуляр кўриш – бу бир пайтнинг ўзида ҳар икала кўз билан кўра олиш қобилиятидир, у туфайли инсон атрофдаги, оламни уч ўлчамда кўра олади.

## КЎРИШ ОРГАНЛАРИНИ ТЕКШИРИШ УСУЛЛАРИ. КАСАЛЛИК ТАРИХИНИ СХЕМАСИ.

Кўз ва уни вазифалари текшириш:

1. Бемор шикоятлари.
2. Касаллик анамнези, хаёт анамнези, эпидимиологик ва аллергик анамнез; бунда сурункали касалликларга, наслийлигига, хамрох касалликларга, шунингдек,
  - а) қачон касалланган ва агар икала кўзи касал бўлса, қайси кўзи олдин касалланган.
  - б) касаллик бошланиши
  - в) даволанганми ёки йўқми, агар операция булган булса, қачон, қанака операция.

Кўрув органи текшириш усуллари:

- қовоқни, шиллик пардани, кўз ёш йўллари курие;
- кўз олмасини куриш, уни шаклини, ката-кичиклиги, кўз косасида жойланиши
- кўз ички босимини пальпатор ва танометр орқали текшириш
- ён томонидан ёритилган ҳолатдан кўздан кечириш усули
- ўтувчан ёруғликни усули билан текшириш
- офтальмоскопия
- рефрактометр, офтальмометр, щелевой лампа билан ва бошқа текширув.

### «КЛАСТЕР» УСУЛИНИ ҚЎЛЛАШ

1. Талабаларга ўтган дарслардан саволлар тайёрлаш учун вақт берилади.
2. Иштирокчилар доира бўлиб ўтиришади.
3. Иштирокчиларнинг бирига ип билан боғланган коптокча берилади, у хоҳлаган талабага ўзи олдиндан тайёрлаган саволни ( жавобни ўзи билиши шарт) бериб, коптокчани топширади.
4. Коптокчани олган талаба саволга жавоб беради (савол берган иштирокчи жавобни шарҳлаб туради) ва саволни бошқа иштирокчига беради. Бу мусобака ҳамма иштирокчилар “ўргимчак ини”га ўралгунча давом этади.
5. Ҳамма талабалар савол бериб бўлгач, охирга талаба кўлидаги коптокчани биринчи савол берган иштирокчига қайтаради ва унга савол беради ва х.к., бу хол чигал ечилгунга қадар давом этади.

Эслатма: талабалардан хар бир жавобга эътиборли бўлиш талаб қилинади, чунки олдиндан қайси талабага коптокча берилиши номаълум.

## 6.2. Тахлилий қисми

Ситуационн массалалари ўрни тест саволлари берилади

## 6.3. Амалий қисми

### Мавзу бўйича амалий кўникма

#### Биноккуляр кўришни текшириш усули (соколов усули)

**Мақсад:** биноккуляр кўриш мавжудлигини аниқлаш

**Махсус мосламалар:** диаметри 2-5 см булган най

№	Бажариш босқичлари	Бажарилмади (0 балл)	Тўлиқ тўғри бажарди
1	Бемор ўтирган холда кўлига най берилади (диаметри 2-5 см).	0	15
2	Бир кўз билан най орқали қараб, иккинчи очик кўз томонидан кўл кафтининг найга кўндаланг теккизиб турилади.	0	15
3	Текширилучидан иккала очик кўз билан узокка қараш сўралади.	0	15
4	Кўзларнинг ҳамкорликдаги баравар кўриши нормал муносабатда бўлганида най бўшлиғи кўл кафтидаги тешикка ўхшаб кўринади ва кафт марказига жойлашади.	0	15
5	Бир вақтдаги кўришда – тешик кафтнинг марказига тушмайди.	0	20
6	Монокуляр кўришда – кўл кафтида текшик бўлмайди	0	20
	<b>ЖАМИ:</b>	0	100

## 10. Назорат учун саволлар

1. Кўрув органни вазафаларини айтиб беринг?
2. Марказий кўриш ва уни текшириш усулларини айтиб беринг?
3. Периферик майдони нима, уни текшириш усуллари ва патологик узгаришлар?
4. Рангларни фарқлаш ва ёруғликни ҳис қилиш вазифалар, ва уларни текшириш усуллари?
5. Бинокулар кўриш, текшириш усуллари?

6. Кўзнинг олдинги қисмини қанақа уссуллар билан текширса булади?
7. Кўз патология билан беморларни текшириш қоидаси?
8. Қовоқни, шилик пардани ва кўз олмасини кўриш?
9. Ён томонидан ёритилган ҳолатдан ва ўтувчан ёруғликни усули билан текшириш?
10. Туғри ва нотуғри офтальмоскопияни курсатинг.

## 11. Адабиётлар

### Асосий

1. Ерошевский Т.И., Бочкарева А.И. «Глазные болезни», 1989г., 263с.
2. Хамидова М.Х. «Куз касалликлари», 1996 й., 334 с.
3. Ковалевский Е.И. «Глазные болезни» 1995 г., 280 с.
4. Федоров С.Н.и др. «Глазные болезни» М. 2000г., 125 с.
5. Jack J. Kanski. /Clinical Ophthalmology. A systematic Approach. Atlas/ “Butterworth Heineman”, Oxford, UK 2005 у., 372 с.
6. Jack J. Kanski. /Clinical Ophthalmology. A systematic Approach./ “Butterworth Heineman”, Oxford, UK 2005 у., 404 с.
7. Маърузалар материаллари.

### Қўшимча

8. Сидоренко Е.И. «Офтальмология», М. 2003г., 404 б.
9. Капаева Л.А. «Глазные болезни», М. 2002 г., 512 б.
10. Ченцова О.Б. «Туберкулез глаз». М. Медицина 1990г., 255б.
11. Астахов Ю.С. «Глазные болезни», справочное пособие, 2004, 183 б.
12. Ковалевский Е.И., “Глазные болезни”, Атлас, Москва, “Медицина” 1985 г., 273 б.
13. M.N. Emerah, “Fundamentals of ophthalmology”, Egypt, 1994., 497 б.
14. Нестеров А.П. “Глаукома” 1995 г, 168 б.
15. Интернет маълумотлари куйидаги сайтлардан олинди:  
[www.ophtalmology.ru/articles/120.html](http://www.ophtalmology.ru/articles/120.html), [www.nedug.ru/ophtalmology/34art.html](http://www.nedug.ru/ophtalmology/34art.html) [www.eyenews.ru/html-67](http://www.eyenews.ru/html-67), [www.helmholtzeyeinstitute.ru/articles/1.2.html](http://www.helmholtzeyeinstitute.ru/articles/1.2.html)  
[www.eyeworld.com/opht.articles/html-89](http://www.eyeworld.com/opht.articles/html-89), [www.scientific-vision.com/html-opht](http://www.scientific-vision.com/html-opht)

### №3 амалий машғулот

#### Клиник рефракция. Аккомодация. Кўз туби офтальмоскопияси

1. Машғулот ўтказиш жойи, жихозланиши
  - кўз касалликлари кафедраси;
  - мавзуга оид касаллар, 13 Дпт лупа, стол лампаси, офтальмоскоп, скиаскопик линейка, лин-залар тўплами, синамали оправа, янги ахборот технологиялар воситалари, кўргазмалар курул-лар, слайдлар, видеофилмлар
  - ЎТВ: слайдоскоп, TV-видео.
2. Машғулотнинг давомийлиги
  - 6,0 соат
3. Машғулотнинг мақсадлари
  - Талабаларни кўзнинг оптик системаси билан таништириш
  - Талабаларни клиник рефракция турлари билан таништириш.
  - Рефракцияни аниқлашни объектив ва субъектив усулларини ўргатиш
  - кўзойнак танлашни ўргатиш.

#### Вазифалар

Талаба билиши керак:

- Эмметропия
- гиперметропия,
- миопия ва унинг сабаблари,
- рефракция даражаларини,
- асоратлар ва кўзойнак билан коррекция,
- пресбиопия.

Талаба қила олиши керак

Амалий кўникмаларни бажариш – Кўриш ўткирлигини текшириш

#### 4. Мавзуни асослаш

Талабаларни кузнинг оптик системаси билан таништириш ва клиник рефракциянинг турлари, гиперметропия, миопия, ацегматизмларни даражаларини изоҳ қилиб, талабаларга бе-морларни вақтида шифокорга мурожат қилиб очки билан коррекция қилиш кераклигини ту-шунтириш. Талабаларни рефракцияни субъектив ва объектив аниқлаш ва очки танлаш юллари билан таништириш .

#### 5. Фанлараро ва фан ичидаги боғлиқлик

Шу мавзу буйича талабаларнинг билими чуқурлиги ва кенглиги, шунингдек офтальмологияга боғлиқ бўлган баъзи фанлар билан “вертикал ва горизонтал” равишда узвий боғлиқлиги билан характерланиши лозим. Мавзу вертикал буйича анатомиянинг “нерв системаси ва сезги органлари” бўлими билан, физиологиянинг “нерв системаси ва сезги органлари” бўлими билан, гистологиянинг “нерв системаси ва сезги органлари онтогенези ва гистологияси” бўлими билан, деонтологияда шифокорларнинг бемор ва ходимлар билан ўзаро муносабати вазифалари билан, тиббиёт тарихида – офтальмология тарихи билан, фармакотерапия билан боғланган.

Горизонтал буйча офтальмология куйидагилар билан боғланган:

- оториноларингологик касалликлар - бурун ва унинг ёндош бўшлиқлари, томоқ анатомияси, уларнинг ёшга хос узгаришлари ва яллиғланиш касалликлари;
- инфекциян касалликлар, уларнинг кўрув аъзосига берадиган асоратлари;
- ички касалликлар (қон босими патологияси, буйрак ва қон касалликлари, коллагенозлар ва кўрув аъзосининг зарарланиши билан кечадиган бошқа синдромлар).

6. Машғулот мазмуни:

6.1 Назарий қисми

Фокус нукта - параллел нурларнинг

Фокус масофа - линзадан фокус нуктагача булган масофа

1. Диоптри - линзанинг нур синдириш кучи масофаси 1 метрга тенг.

қанчалик фокус масофа узун булса, линзанинг нур синдириш кучи ҳам шунчалик кам булади.

Масалан: Агар ФМ 2 метрга тенг булса, ЛНСК 0.5 Дга тенг булади.

ФМк0.5 М, ЛНСКк0.2 Д

Рефракция аномалиясини даражаси диоптрий билан ҳам аниқланади. Кузда оптик система мавжуд (куз ёши, шоҳ парда, олд ва орқа камера, куз гавҳари, қисман шишасимон тана) ва куз ол-маси ҳажми-рефракцияда алоҳида рол уйнайди.

Рефракция лотинча суздан олинган булиб, "repringere"-синдирмоқ маъносини англатади. Бу кузнинг оптик линзаларининг синдириш кучини физикавий аниқловчиси. Профессор П.Ф. Архангельский айтишича, клиник рефракция деганда кузнинг анатомио-физиологик тузилишини, у параллел йўналувчи нурларнинг синдириш

хусусияти билан тур пардада предметнинг тузилишини ҳосил қилади. Бу кузнинг синдириш хусусиятига ва диаметрига, олдинги орқа уқларига боғлиқ.. Клинк рефракция мутоносиб – эмметропик нормал ва номутоносиб – амметропик аномал бўлиши мумкин.

Куришнинг аниқ булиши учун аввлам бор тур пардада аниқ тасвир булиши керак. Нормал куз-да бу иккианатомик тузилмага боғлиқ булади: оптик системанинг нур синдириш кучига ва куз-нинг оптик укига. Бу қусаткичлар хар кимники индивидуал булади. Шу сабабдан куз рефракциясини икки хил тури тафовут этилади, яъни физик рефракция – куз оптик системасининг нур синдириш кучи билан характерланади, ва клиник рефракция – оптик системанинг бош фокуси-нинг тур пардага нисбатан олинишидир.

Катта ешдаги одамнинг кузининг физик рефракцияси 52 дан 71 дптр гача булган чегарада бу-лади. Рефракция бола кузнинг усиши билан боғлиқ булиб, кейинчалик у узгармайди

Офтальмолог шифокор уз практикаси давомида факатгина клиник рефракцияни аниқлайди, яъни куз физик рефракциясининг кузнинг анатомик укига мутоносиблиги. Клинк рефракция бош фокуснинг тур пардага нисбатан характерланади. Агарда бош фокус тур пардада жойлаш-са – бундай

рефракция мутаносиб хисобланади - эмметропия (E') дейилади. Агар бош фокус тур пардага тушмаса – бундай рефракция номутаносиб хисобланади, аметропия дейилади. Куз улчамларига нисбатан оптик системанинг нур синдириш кучи кучли булса, бунда параллел тушаётган нурлар тур парданинг олдида йигилади. Бундай номутаносиб рефракция тури якиндан куриш – миопия деб аталади (M)'. Агар куз улчамларига нисбатан оптик системанинг нур синдириш кучи кучсиз булса, бунда параллел тушаётган нурлар тур парданинг орқасида йигилади. Бундай номутаносиб рефракция тури узокдан куриш – гиперметропия (H)2 деб аталади. Агар куз оптик системасининг сатхнинг турли – вертикал, горизонтал еки бошкаэгри йуналишдаги меридианларда нур синдириш бир хил эмас, бошка-бошка кучга эга булса, бу аметропиянинг учинчи хили – астигматизм дейилади. Бунга купинча шох парда сатхи ва кмдан – кам холатларда гавхар икки перпедикуляр меридиани киялиги радиусининг бир хил эмаслиги сабаб булади.

Кузнинг рефракция тури аниқлашда ва аметропияни коррекция қилишда оптик ойналардан фойдаланилади.

Аккомодация. Киши хаёти учун куз узок ва якин масофадан кура билишнинг ахамияти ката бу вазифани куздаги физиологик механизм – аккомодация бажаради. Аккомодация ердамида тур пардада узокдаги еки якиндаги нарсалар шакли уз аксини топади. Кузнинг аккомодацион ху-сусияти ешга караб узгариб боради. Агар янги тугилган чакалокнинг гавхари олинса у даров шарсимон куринишга эга булиб қолади, аммо 60 яшар инсоннинг гавхари эса яссилигича қола-ди. Киши еши улгайган сари куз гавхари эластиклигининг камайиб бориши натижасида илгари кузга энг якиндан хам яккол куришиб турган нуктанинг аста – секин узоклашиб боришидир.

Пресбиопия – бу аккомодациянинг инсон еши 40 га якинлашганда пайдо буладиган узгариши, яъни аккомодациянинг сусайишидир. Натижада укишезиш еки бичиш тикишдек майда машгу-лотларни бажариш кийинлашиб, кузойнак тақишга эхтиёж пайдо булади.

Эмметропия. Эммитропияда одата параллел нурлар синиб, тур пардада фокус пайдо қилади ва бунда кузнинг куриш даражаси жуда юкори, юз фозга тенг булади. Куз жуда уокда турган нук-тани куришга мослашган булади. эммитроплар якинни хам, узокни хам яхши крадилар. Унга аккомодация ердам беради.

Гиперметропия

Гиперметропия – нур синдириш кучининг камлигидан еки куз соккасининг калталигидан ву-жудга келади. Гиперметропия (дальнозоркость) является слабым видом рефракции, когда даже для зрения вдаль требуется напряжение аккомодации. Эта аномалия рефракции характеризуется не всегда отчетливо выраженными симптомами функционального несовершенства оптической системы глаза (снижение остроты зрения, расстройства аккомодации и бинокулярного зрения), к которому могут присоединяться изменения в других отделах глаза. Усмир ва ешларда куз ги-перметропиясини тулик аниқлаш мумкин эмас, чунки уларда аккомодация кучли. Шунинг учун бу холла гиперметропия икки хила булинади, яширин ва яккол куринадиган

гиперметропия. Агр ешларда яширин гиперметропия уз вақтида аникланиб, улар кузойнакдан фойдаланмаса-лар кузлар чарчайди ва укиганда харфлар куинмайди. Аккомодотив мускулчалар чарчашидан кузда огрик ва бош огриги пайдобулади.бу холатни аккомодотив астиопия дейилади. Агр еш болаларда гиперметропия кучли булса, улар уз вақтида кузойнакдан фойдаланмасалар хамда аккомодацияга зур келса кучли аккомодация кетидан конвергенция хам зурайиб, кузлар йиги-луви гилайликка учрайди.

Гиперметропия уч даражага булинади: биринчи даражаси – 2,0 дптр гача, иккинчи даражаси 5,0 дптр гача ва учинчи даражаси 5,0 дптр тридан ошиб кетишидир.

Учинчи даражадаги гиперметропияли одамларда куз соккаси бироз кичикрок, корачиги бироз торрок ва олдинги камераси меъериан саезрок, шох прада гардиши кичикрок булиши мумкин. Уларнинг куз тубини текширганда курув нерви дискининг ранги бироз кзгишрок, чегараси ноаникрок, кон томирлари бироз кенгайган булиб, бу холат енвритни эслатиши мумкин. Лекин бу гиперметропияга хос сохта невритдир. Буни ьафовут килиш учун рефракцияни текшириб, коррекциялаш зарур. Куриш кобилияти яхшиланиб, куриш майдони ок ва рангли объектлар би-лан текширганда нормал холатда булса, демак бу неврит эмас, балки кучли гиперметропияга таалукли булади.

Гиперетропияни коррекция килиш. Енгил ва урта даражадаги гиперметропияни коррекция килиш еш болаларда зарурият тугдирмайди. Кузда астеопик шикоятлар булганда еки битта кузда булса хам куришнинг емонлашганида кузойнак танлашга курсатма булиб хисобланади. Бундай холатларда йигувчи (+) линзалардан фойдаланилади ва доимий тулик коррекция кили-нади.

Гиперметропия кучи 3 дптр дан юкори булган болаларда 1 дптр га кам булган доимий коррек-ция, циклоплегия холоатида объектив усул билан танланиб кейин белгиланади бу эса уз навба-тида болаларда бинокуляр куришнинг бузулишини олдини олишга ва гилайликни даволани-шига олиб келади.

#### Миопия

Миопия (якиндан куриш) кучли рефракция тури хисобланиб, узокка куриш емон булади

Миопиянинг уч даражаси бор – паст даражаси – 3 дптр гача, урта даражаси – 6 дптр гача ва юкори даражаси 6 дптр дан юкори.

Клиник кечиши буйича миопия ривожланувчи (прогрессирующая) ва стационар (ривожлан-майдиган) турларига булинади

Миопиянинг ривожланиши секин – асталик билан кечиб, боланинг балогатга етганда тухташи мумкин. Баъзи холатларда миопия жадал ривожланиб (то 30—40 дптр), куриш уткирлигини анча пасайтириб, бир катор асоратларга олиб келиши мумкин. Бундай миопия емонсифатли булиб – миопик касаллик дейилади. Ривожланмайдиган миопия рефракция аномалияси хисо-бланиб, куриш уткирлигини узокка емонлашуви билан кечи, тулик коррекция килинади ва да-воаш талаб килмайди

Миопиянинг олдини олиш елго миопиянинг даволаниши ва хакикий миопиянинг усишини олидини олишга каратилиши лозим. Куйидагилар миопиянинг профилактик чораларига кира-ди:

1. Миопия билан касаллананларни вақтли аниклаш ва уларни диспансер назоратига олиш, шу-нингдек мактабгача ва мактаб ешидаги болаларни мунтазам диспансер назоратидан утказиб ту-риш.
2. Миопияни коррекция килиш. Дарсларда болалара сангигиеник холатни яхшилаб бериш (синф хоналарни, дарс столларини яхшилаб еритиш.)
3. Болаларни ешлигидан чиниктириш.
4. Кузнинг зурикишини камайтириш ва дарс ва дам олиш вақтини тугри таксимлаш.
6. Уз вақтида склеропластик операцияларни утказиш.

#### Астигматизм

Астиматизимда пайдо булган фокуслардан бири тур пардада булса, иккинчиси унинг олдида еки оркасида булишига караб оддий миопия еки гиперметропия астигматизми дейилади. Вери-тикал йуналишдаги нур синдириши горизонталдагидан кучлирок булса, тугри астигматизм, бунинг акси - горизонталдаги вертикалдан кучлирок булса тескари астигматизм дейилади.

Астигматизмни коррекциялаш учун нур йигувчи ва нур ёювчи цилиндр линзалар ишлатилади. Бундай кузойнак ясаш учун шишадан ясалган бир бутун куйма цилиндрнинг буртик сатхидан узунасига унинг бир кисми кесиб олинса, буртик кузойнак ясалади. Демак, сатхи буртик ци-линдр (йигувчи) линза куйма шиша эса, уша бутун цилиндр шаклидаги шиша деворига куйиб ясалган булади. Цилиндрда кузойнаклар нури бир укида синдиради. Цилиндр кузойнак шиша-ларнинг укига параллел тушган нурлар синмайди. Агар нурлар цилиндр укига перпендикуляр (кундаланг) тушса синдирилади.

Коррекцияни яна бир тури – бу контакли линзалар билан коррекция килиниши.

Пресбиопиа - гавхарнинг ёшга боғлиқ хусусиярлари туфайли аккомодациянинг физио-логик сусайиши. Агар кўзз эмметропик бўлса, куйидаги очкилар тайинланади:

35 ёш + 0,5 Д  
40 ёш + 1,0 Д  
50 ёш + 2,0 Д  
60 ёш + 3.0 Д

Агар кўз гиперметроп бўлса, пресбиопик очки кучига гиперметропия даражаси кўшилади, ми-опияда эса миопия даражаси айрилади.Кўзойнаклар бўлиши мумкин: сферик, цилиндрик, би-фокал, контакт, телескопик.

Машғулотда қўлланиладиган янги педагогик технологиялар:

«Ўргимчак ини»

«Вандер шарт» усулини қўллаш

1. Талабаларга ўтган дарслардан саволлар тайёрлаш учун вақт берилади.

2. Иштирокчилар доира бўлиб ўтиришади.
  3. Иштирокчиларнинг бирига ип билан боғланган коптокча берилади, у хоҳлаган талабага ўзи олдиндан тайёрлаган саволни ( жавобни ўзи билиши шарт) бериб, коптокчани топширади.
  4. Коптокчани олган талаба саволга жавоб беради (савол берган иштирокчи жавобни шарҳлаб туради) ва саволни бошқа иштирокчига беради. Бу мусобака ҳамма иштирокчилар “ўргимчак ини”га ўралгунча давом этади.
  5. Ҳамма талабалар савол бериб бўлгач, охирга талаба кўлидаги коптокчани биринчи савол берган иштирокчига қайтаради ва унга савол беради ва х.к., бу хол чигал ечилгунга қадар давом этади.
- Эслатма: талабалардан ҳар бир жавобга эътиборли бўлиш талаб қилинади, чунки олдиндан қайси талабага коптокча берилиши номаълум.

## 6.2. Тахлилий қисми

Вазиятли масала:

Ситуационные задачи:

1. Бемор 30 ёш. Кўришнинг пасайишига, ўқиганда чакка қисмдаги оғрикларга, ҳарфларни кўшилиб кетишига шикоят қилади. Ўзини бир неча ой давомида касал деб билади. Коррекцияловчи кўзойнак тақмайди.

Объектив белгилар:

$$\text{Vis} \begin{array}{l} \text{OD} \quad 0,3 \\ \text{OS} \quad 0,3 \end{array} \quad \text{с} + 4,0 \text{ D} = \begin{array}{l} 1,0 \\ 1,0 \end{array}$$

Кўз туби: КНД гиперемик, чегараси ноаниқ.. Қон томирлар йўналиши ва калибри ўз-гаришсиз. Кўриш майдони ўзгаришсиз. Ранг ажратиш ўзгаришсиз.

Ташҳис.

Асоратлар.

Жавоб. Ўрта даражали гиперметропия. Аккомодатив астиопия. Сохта неврит.

2. Бемор 25 ёш. Икала кўз хиралашишига шикоят қилади. Ёшлигидан кўриши паст. Коррекцияловчи кўзойнак тақиб юради. Бир йил аввал (-)7,0 Д ли кўзойнак буюрилган. Объектив:

$$\text{Vis} \begin{array}{l} \text{OD} \quad 0,08 \\ \text{OS} \quad 0,08 \end{array} \quad \text{с} - 9,0 \text{ D} = \begin{array}{l} 0,9 \\ 1,0 \end{array}$$

Кўз туби: КНД гиперемик, чегараси аниқ.. Миопик конус. Тўр парда юпкалашган, «паркетсимон» типда.

Ташҳис.

Асоратлар.

Жавоб. Юқори даражали миопия, тўр парда миопик дегенерацияси.

## 6.3. Амалий қисми

**Амалий кўникма**  
**ТЎҒРИ ОФТАЛЬМОСКОПИЯ ЎТКАЗИШ**

**Мақсад:** кўз тубини текшириш

**Махсус мосламалар:** электр офтальмоскоп, мидриатик кўз томчиси

№	Бажариш босқичлари	Бажарилмади (0 балл)	Тўлиқ тўғри бажарди
1	Қоронғи хонада электрик офтальмоскоп билан ўтказилади. Лозим бўлса мидриатиклар билан қорачиқ кенгайтирилади.	0	20
2	Кнопкани босиш билан электрофтальмоскопни ишлашлигини текширилади.	0	20
3	Айлана ҳалқа буралиши билан бемор ва шифокорни рефракциясини мослаштирилади	0	20
4	Электрофтальмоскопни бемор кўзига яқинлаштириб ёруғликни бемор қорачиғига юборилади	0	20
5	Кўрув нерв диски кўрилади	0	10
6	Сўнг сариқ доғ қисми ва тўр пардани периферик қисми кўрилади	0	10
	<b>ЖАМИ:</b>	0	100

10. Назорат учун саволлар

1. Аҳоли ўртасида кератитларнинг тарқалиши қандай.
2. Кератитларнинг асосий турлари айтиб беринг.
3. Кератитларнинг асосий белгиларини айтиб беринг.
4. Кератитларнинг асосий ташхислаш усулларини келтиринг.
5. Кератитларнинг даволаш йўналишларини айтиб беринг.
6. Кератитларнинг қандай асоратлари учраши мумкин.
7. Кератитларни олдини олиш мақсадида қандай маҳаллий ва умумий профилактик муолажалар ўтказилиши зарур.

## 11. Адабиётлар

### Асосий

1. Ерошевский Т.И., Бочкарева А.И. «Глазные болезни», 1989г., 263с.
2. Хамидова М.Х. «Куз касалликлари», 1996 й.,334 с.
3. Ковалевский Е.И. «Глазные болезни» 1995 г., 280 с.
4. Федоров С.Н.и др. «Глазные болезни» М. 2000г., 125 с.
5. Jack J. Kanski. /Clinical Ophthalmology. A systematic Approach. Atlas/ “Butterworth Heineman”, Oxford, UK 2005 у., 372 с.
6. Jack J. Kanski. /Clinical Ophthalmology. A systematic Approach./ “Butterworth Heineman”, Oxford, UK 2005 у., 404 с.
7. Маърузалар материаллари.

### Кўшимча

8. Сидоренко Е.И. «Офтальмология», М. 2003г., 404 б.
9. Капаева Л.А. «Глазные болезни», М. 2002 г., 512 б.
10. Ченцова О.Б. «Туберкулез глаз». М. Медицина 1990г., 255б.
11. Астахов Ю.С. «Глазные болезни», справочное пособие, 2004, 183 б.
12. Ковалевский Е.И., “Глазные болезни”, Атлас, Москва, “Медицина” 1985 г., 273 б.
13. M.N. Emerah, “Fundamentals of ophthalmology”, Egypt, 1994., 497 б.
14. Нестеров А.П. “Глаукома” 1995 г, 168 б.
15. Интернет маълумотлари куйидаги сайтлардан олинди: [www.opthmology.ru/articles/120\\_html](http://www.opthmology.ru/articles/120_html), [www.nedug.ru/opthmology/34art.html](http://www.nedug.ru/opthmology/34art.html) [www.eyenews.ru/html-67](http://www.eyenews.ru/html-67), [www.helmholtzeyeinstitute.ru/articles/1.2html](http://www.helmholtzeyeinstitute.ru/articles/1.2html) [www.eyeworld.com/opth.articles/html-89](http://www.eyeworld.com/opth.articles/html-89), [www.scientific-vision.com/html-opth](http://www.scientific-vision.com/html-opth)

## №4 Амалий машғулот

### Қовоқ ва кўз ёш аъзолари касалликлари

#### 1. Машғулот ўтказиш жойи, жихозланиши

- кўз касалликлари кафедраси;
- мавзуга оид касаллар, 13 ДпТ лупа, стол лампаси, офтальмоскоп, яллиғланишга қарши дори воситалари, антибиотиклар, янги ахборот технологиялар воситалари, кўрғазмали куроллар, слайдлар, видеофилмлар
- ЎТВ: слайдоскоп, TV-видео.

#### 2. Машғулотнинг давомийлиги

- 6,0 соат

#### 3. Машғулотнинг мақсадлари

Бўлажак шифокорлар, улар қайси мутахасисликни эгаллашларидан қатъий назар кўз ёрдамчи аппаратида кўп учрайдиган касалликларни билишлари зарур. Бу қовоқ ва ёш беши, ёш ўтказувчи йўллари касалликларидир. Ҳозирги талабаларнинг аксари кўпчилиги бўлажак умумий амалиёт шифокорлигига тайёрланаётганлари сабабли бу турдаги

касалликларга ўз вақтида ташхис қўйиш, даволаш, профилактика ишларини олиб бориш ва учрайдиган асоратларнинг олдини ола билишлари керак, чунки бу касалликларнинг кўпчилиги амбулатория шароитида даволанадилар ва уларнинг бевосита назоратида бўладилар.

## **Вазифалар**

### **Талаба билиши керак:**

- қовоқ ва кўз ёши аъзолари касалликлари таснифини;
- қовоқ ва кўз ёши аъзолари касалликлари этиопатогенези ва диагностикаси;
- қовоқ ва кўз ёши аъзолари касалликлари клиникаси ва даволаш;
- қовоқ ва кўз ёши аъзолари касалликлари асоратлари ва профилактикаси.

### **Талаба қила олиши керак:**

Амалий кўникмаларни бажариш – ён томондан ёритиб кўриш, қовоқларни ағдариб кўриш.

## **4. Мавзуни асослаш**

Кўз касалликлари умумий структурасининг 10% ини қовоқ касалликлари, 3-6% ини ёш аъзолари патологияси ташкил этади. Қовоқлар морфологик тузилиши жиҳатларининг ўзига хослиги уни патологиясини ҳам ўзига хослигини кўрсатади. Қовоқ териси ва қирралари, тоғай безлари, мушак-нерв аппарати касалликлари алоҳида ажралиб туради. Патологик процесс қовоқ тўқималарининг ҳамма қаватларига тарқалиши мумкин. Сабаби ва ривожланиш механизмига қараб, қовоқ касалликлари яллиғланиш, дистрофик, инфекцион, аллергик ва усмалар бўлиши мумкин. Ёш органи касалликларида эса ёш ўтказувчи йўллар патологияси кўпроқ учрайди. Унинг доимий симптомларидан бири кўздан бетиним ёш оқишидир ва бу ҳол кўришга, меҳнат қобилиятини пасайишига, соҳа танлашда чегараланишларга сабабчи бўлади.

## **5. Фанлараро ва фан ичидаги боғлиқлик**

Шу мавзу буйича талабаларнинг билими чуқурлиги ва кенглиги, шунингдек офтальмологияга боғлиқ бўлган баъзи фанлар билан “вертикал ва горизонтал” равишда узвий боғлиқлиги билан характерланиши лозим. Мавзу вертикал буйича анатомиянинг “нерв системаси ва сезги органлари” бўлими билан, физиологиянинг “нерв системаси ва сезги органлари” бўлими билан, гистологиянинг “нерв системаси ва сезги органлари онтогенези ва гистологияси” бўлими билан, деонтологияда шифокорларнинг бемор ва ходимлар билан ўзаро муносабати вазифалари билан, тиббиёт тарихида – офтальмология тарихи билан, фармакотерапия билан боғланган.

Горизонтал буйича офтальмология куйидагилар билан боғланган:

- оториноларингологик касалликлар - бурун ва унинг ёндош бўшлиқлари, томоқ анатомияси, уларнинг ёшга хос узгаришлари ва яллиғланиш касалликлари;

- инфекцион касалликлар, уларнинг кўрув аъзосига берадиган асоратлари;

- ички касалликлар (қон босими патологияси, буйрак ва қон касалликлари, коллагенозлар ва кўрув аъзосининг зарарланиши билан кечадиган бошқа синдромлар).

## **6. Машғулот мазмуни:**

### **6.1 Назарий қисми**

**Қовок шиши** жуда кўп учрайди ва факат маҳаллий эмас, балки кўпгиа умумий касалликлар сабабли ҳам бўлади. У яллиғланиш оқибатида ва яллиғланишсиз бўлади. Яллиғланиш оқибатидаги шиш терининг кескин қизариши, маҳаллий температура бўлиши ва пайпасланганда оғрик бўлиши билан характерлидир. Баъзида пайпаслаб кўрганда қаттиқлашиш бўлган соҳаларни (говмичча, фурункул) сезиш мумкин. Яллиғланишсиз шишлар юрак-қон – томир, буйрак касалликларида учрайди ва у иккиёклама бўлиб, эрталаблари кучаяди ҳамда кўпинча оёқ шишиси ва асцит билан биргаликда бўлади.

Аллергик қовок шиши Квинке ангионевротик шиши кўринишида бўлиб, бирдан пайдо бўлиб бирдан йўқолиши характерлидир. Оғрик ва субъектив туйғулар булмайди. Асосида аллергия реакция ётади

Даволаш: асосий сабабчини йўқотиш, аллергияда эса антигистамин препаратлар, маҳаллий эса кортикостероидлар томчи ва суртма сифатида берилади.

### **Блефаритлар**

Блефарит – қовок, қирғоқларининг яллиғланиши бўлиб, кўп учрайдиган ва узоқ давом этадиган кўз касалликларидандир. Касалликнинг оддий, кипиксимон ва яралли турлади бор.

*Оддий блефаритда* қовок қирғоқларининг қизариши кўзатилади. Беморлар кичиш, кўзларининг тикилиши тез-тез юмилиб-очирилиши, кўз тирқиши четларида кипиксимон ажралма бўлиши кўзларининг ўқиш-ёзиш ва айниқса кечкурунлари сунъий ёруғликда тез чарчашига шикоят қиладилар.

Кипиксимон блефарит ёки қовок себореясида қовок қирғоқлари доимо қизил бўлиб дағаллашади. Тери киприк илдизлари атрофида майда оқ-кул ранг кипиклар билан қопланган бўлиб, улар бошдаги қазғоқларни эслатади. Агар уларни олиб ташланса тагидаги тери ўта қизарганлиги ва юпкалашганлигини кўриш мумкин. Беморлар қовокларининг кучли, қийноқли қичишига, ёруғлик ва чангга ута сезгирлигига шикоят қиладилар. Кечкурунлари ёзиш, ўқиш мумкин бўлмай қолади.

*Ярали блефарит* узоқ ва оғир кечадиган қовоқ яллиғланиш касалликларидан биридир. Асосан болалар ва ўсмирларда учрайди. Беморнинг шикоятлари ва маҳаллий ўзгаришлар қовоқ себореясидек, аммо ўта кучли ва ривожлангандир. Характерли хусусиятларидан қовоқ қирғоқлари ва киприк илдизларида сариқ йирингли, киприкларни бирлаштириб ёпиштирувчи пўстлоқчаларнинг борлигидадир. Бу пўстлоқчалар қовоқ ёғ безчаларининг куриб қолган йирингли секретидир. Уларни олиб ташлаш қийин ва оғриқлидир. Улар билан киприклар ҳам чиқиб келадилар ва урнида қонаб турувчи яралар ҳосил бўлади. Агар йирингли яллиғланиш бўлса киприклар олиб ташланиши билан улар ўрнида йиринг пайдо бўлади. Бу жойларнинг кейинчалик битиши натижасида чандиклар ҳосил бўлиб, киприкларни нотўғри ўсишига олиб келади. Баъзида киприкларнинг тўкилиб кетиши, бошқа ўсмаслиги, қовоқ кирроқларининг деформацияси гипертрофияси йўғонлашиши ва ичкарига қайрилишига олиб келади. Блефаритлар одатда сурункали конъюнктивитлар билан биргаликда учрайди. Қовоқдаги дағал ўзгаришлар шох парда томонидан асоратларга олиб келиши мумкин

#### *Этиология ва патогенези.*

Блефаритни келиб чиқиш сабаблари кўп ва турлидир. Умумий сабаблардан витаминлар етишмаслиги, анемия, ошқозон-ичак касалликлари, гижжа, эндокрин ва модда алмашинувининг бўзилиши, аллергия касалликлар алоҳида аҳамиятга эгадилар. Кўпгина ҳолларда тонзиллит, бурун полипи, аденоидлар, рефракция аномалияси ҳам сабабчи бўладилар, Балоғатга етиш вақтида нейроэндокрин ўзгаришлар тоғай ва ёр безларининг функциясининг бузилишига олиб келади. Бу дисфункция бир тарафдан гиперсекреция, иккинчи тарафдан секретни керакли миқдорда чиқиб кетишини таъминлай олмаслигидир. Конъюнктивал бўшлиқдаги микрофлора қовоқ ёғ безчалари, киприк илдизи қочаларига ва тоғай безларига кириб аутоиммун сенсбилизация оқибатида уларнинг яллиғланишига олиб келади.

Даволаш: Блефаритларни даволаш умумий ва маҳаллий тадбирлардан иборатдир. Аввало касалликни келиб чиқиш сабаблари аниқлаб уларни йўқотиш. Организмни соғломлашириш ва чиниқтириш. Маҳаллий даво: оддий ва чираноксимон блефаритларда тоғай ва ёғ безларининг функциясини яхшилаш учун қовоқларни шиша таёқчалар ёрдамида массаж қилиш, антибактериал суртма дорилар ва томчилар бериш. Қовоқ қирғоқларини 1% ли бриллиант яшилнинг спиртли эритмаси билан суртиб чиқиш керак. Ярали блефаритларда эса қовоқларни олдин йирингли пўстлоқлардан тозалаш ва 1% бриллиант яшил билан суртиб туриш керак.

#### **Қовоқ нерв-мушак аппарати касалликлари.**

Аиланма мушак спазми – блефароспазм, шох парда касалликларида учрайдиган рефлектор ҳолатдир. Ёруғликдан кўрқиш оқибатида қовоқлар юмилиб қолган, бемор кўзларини очолмайди. Шох пардадаги процесслар даволаниб бўлгандан сўнг бу ҳолат йўқолади.

Аиланма мушак параличида қовоқлар тўлиқ ёпилмайди ва бу ҳолат – лагофталъм деб айтилади. Юз нерви иннервация қиладиган бошқа мушаклар параличи билан бир вақтида кузатилади. Бу касалликда паралич томонда кенгроқ, пастки қовоқ атонияси ва кўз олмасига тегиб турмаслиги, кўздан ёш оқиш кузатилади. Кўзни юлишга ҳаракат қилинганда кўз тирқиши очик қолади. Кўз тирқиши уйқу вақтида ҳам очик қолади ва кўз олмаси қуриши, доим қизариб туриши, конъюнктивит ва шох парда яллиғланиши мумкин.

#### Лагофталъм.

Шу билан бирга қовоқларнинг туғма қисқаришида, травмадан кейин чандикли контрактура оқибатида ҳам учрайди. Даволаш: Юз нерви параличини невропатологлар даволайдилар. Офтальмологик ёрдам кўзни қуриб қолишидан ва инфекцияланишидан сақлашдир. Бунинг учун кунига бир неча марта 0,25%ли левомецитин эритмаси, стерил вазелин ёғи ёки таркибида антибиотик бўлган суртма дорилар томизилади. Кечқурун уйқудан олдин қовоқлар лейкопластир ёрдамида тортиб кўнилади. Агар лагофталъм узок сақланадиган бўлса, қовоқларни бир-бирига қисман тортиб қўйиш операцияси (блефарография) ёки атоник пастки қовоқни пластика йўли билан қўтариш операцияси ўтказилади.

#### **Юқори қовоқни пастга тушиб туриши – птоз деб аталади.**

Птоз туғма ва ортирилган бўлади. Туғма птозга асосан юқори қовоқни кўтарувчи мушакни яхши ривожланмаганлиги сабаб бўлади. Ортирилган птозга сабаб юқори қовоқни кўтарувчи мушакнинг парези ёки параличидир. У кўпинча кўзни ҳаракатга келтирувчи нерв иннервацияси доирасидаги мушаклар парези билан биргаликда учрайди. Птоз бўйин симпатик нерви параличида ҳам учрайди, чунки юқори қовоқни кўтаришда шу нерв иннервация қиладиган силлик мушаклар ҳам иштирок этади. Бунда птоз билан биргаликда, кўз олмасининг орқага сурилиши (энофталъм) ва қорачикни торатиши кўзатилади. Птоз, миоз, энофталъмдан иборат бу симптом комплексга – Горнер синдроми деб аталади. Даволаш: даволаш птозни келтириб чиқарган сабабларга қаратилан бўлиши керак. Агар юқори қовоқ қорачик соҳасини беркитиб турса ва кўришга ҳалақит борса уни хирургик даволаш зарур. Тери орасида ип ўтказиб, юқори қовоқни пешона мушакларига тортиш ва юқори қовоқни кўтарувчи мушакларни қисқартириш энг кенг тарқалган операциялардандир.

#### **Қовоқни ичкарига бурилиши.**

Қовоқнинг киприкли қиррасини кўз олмаси томонга қайрилиши касаллигида киприклар шох пардани қириб шикастлантирадилар ва яра ҳосил қилинлари ҳам мумкин. Қовоқни ичкарига бурилиш спастик (яъни айланма мушакнинг қовоқ қисмини спастик қисқариши) ва чандикли (яъни тоғайни травма, трахома, қуйиш оқибатида кийшайиши) бўлиши мумкин. Спастик қовоқни ичкарига бурилиш кўпинча кератит ва конъюнктивит бўлган карияларда ҳам учрайди. Даволаш: қовоқни спастик ичкарига бурилишини

даволашда аввал келтириб чиқарувчи сабабларни йўқотиш зарур. Хирургик даволаш: қовоқ терисининг бир қисми олиб ташланади ва қовоқни ташқарига қаратувчи ишлар қўйилади. Чандиқли қовоқни ичкарига бурилиши пластика қилиш йўли билан тўғриланади.

Қовоқни ташқарига буралиши спастик, паралитик, атоник ва чандиқли бўлади.

Қовоқни спастик ташқарига бурилиши сурункали блефароконъюнктивитларда юзага келади.

Қовоқни паралитик ташқарига бурилиши юз нерви параличида кўзатилади. Қовонни атоник ташқарига бурилишни одатда қарияларда айланма мушакнинг атрофияси ва терининг эластиклигининг йўқолиши оқибатида бўлади.

Қовоқни чандиқли ташқарига бурилиши травма, қўйиш натижасида юзага келади. Клиник кўринишда қовоқ кўз олмасидан ажралиб ва пастга осилиб туради. Оғир ҳолатларда қовоқ конъюнктиваси ташқарига ағдарилиб туради ва доимий ташқи таъсирга дучор бўлгани учун гипертрофияланади ҳамда дағаллашади. Қовоқни ташқарига бурилиши ёш нуқталарнинг ҳам ташқарига бурилиши билан биргаликда бўлади, шунинг учун доимий кўз ёшланиши кўзатилади. Даволаш, асосан хирургикдир. Кенг қўлланиладиган усуллардан бири Кунит-Шимановский операциясидир.

### **Қовоқнинг туғма аномалиялари.**

Блефарофимоз – кўз тирқишининг қисқариши ва қисилиб туриши. Баъзи ҳолларда узунлиги 10 мм ва эни 4 мм. гача бўлади. Бу аномалия эпикантус ва микрофтальм билан биргаликда ҳам учраши мумкин.

### **Эпикантус.**

Кўз тирқишининг ички бурчагига ярим ойсимон тери бурмасининг бўлиши. Тери бурмаси юқори қовоқдан пастки қовоққа бирикиб, кўз тирқиши ички бурчаги қисман ёпиб туради ва деформация килади. Эпикантус ҳар доим икки тарафлама бўлиб у монголоид қиёфасини бериб туради.

### **Колобома.**

Қовоқ киррасининг учбурчак ёки ярим думалоқ шаклда дефекти борлигидир. Кўпинча юқори қовоқда бўлиб, юз соҳасидаги бошқа аномалиялар билан бирга учраши мумкин.

Даволаш. Юқорида кўрсатилган ҳамма аномалиялар пластик операция қилиш йўли билан даволаниб, яхши натижаларга эришиш мумкин.

### **Ёш ўтказувчи йўллар касалликлари.**

Ёш нуқтасининг торайиши-ёш оқишининг кўп сабабларидан биридир. Баъзида ёш нуқтасини бинокуляр лупа билан топиш ҳам қийим. Даволаш: ёш

нуктасини учли зонд билан кенгайтириш керак. Агар бу ёрдам бермаса хирургик усул билан ёш нуктасини кенгайтириш керак.

### **Ёш каналчаларининг структураси**

Сурункали конъюнктивитларда каналчаларнинг яллиғланиши оқибатида бўлади. Кузнинг доимий ёшланиб туриши сабабчиларидан биридир.

Даволаш: каналчага зонд ёрдамида эҳтиёкорлик билан кириб уни аста-секин кенгайтириш ва у ерда кетгуд, пластмасса ип ёки бошка материалларни бир неча ҳафтага қолдириш зарур. Агар ёрдам бермаса конъюнктиводакриоцистостомия операцияси қилинади.

### **Ёш қопчаси касалликлари касалликлари**

#### **Ўткир дакриоцистит**

Ёш қопчасининг атрофдаги тўқималари билан ўткир яллиғланиши ёки флегмонаси. У сурункали дакриоцистит, бурун шиллиқ каватларининг яллиғланиши, бурун атрофи бушликларининг йирингли яллиғланиши натиржасида юзага келади.

#### **Сурункали дакриоцистит.**

Бурун ёш каналининг стенози ёш қопчасида ёшнинг туриб қолниши ва йиринглашига сабаб бўлиб, сурункали дакриоцистит касалини келтириб чиқаради. Ёш қопчаси деворлари аста-секин чузилади. Унда тўпланувчи кўз ёши суюқлиги патоген микрофлоралар (стрептококк, пневмококк ва бошқалар) ривожланишига қулай шароит ҳисобланади. Беморлар доимий кўз ёшланишига шикоят қиладилар. Объектив қурганда кўз тирқишининг ички бурчагида халқобланиб турганини кўриш мумкин. Ёш қопчаси проекциясидаги терида нўхатсимон шиш бўлиб, уни босилганда ёш нуктасидан шиллиқ ёки йирингли ажралма чиқади. Кўз ёши йўллари ювиб кўрилганда, суюқлик бурун бўшлиғига ўтмайди ва орқага юқори кўз ёши нуктасидан кайтиб чиқади. Сурункали дакриоцистит кўз олмасига катта хавф туғдиради, чунки кўпинча шох парданинги йирингли яллиғланишига сабаб бўлади. Сурункали дакриоциститнинг давоси фақат хирургик усул биландир. Бунда ёш қопчаси ва бурун бўшлиғи орасида йўл ҳосил қилинади. Бу операция дакриоцисториностомия деб аталади.

### **Машғулотда қўлланиладиган янги педагогик технологиялар:**

#### **«Қора қутича, ўргимчак ини»**

##### **«Кластер» усулини қўллаш**

Ушбу усул машғулот давомида ҳамкорликда ишлаш ва ҳар бир талабанинги фаол қатнашишини кўзда тутуди, ўқитувчи бутун гуруҳ билан ишлайди.

Хар бир талаба қора қутичадан касалнинг шикоят ва объектив белгиси ёзилган карточкани олади. Талабалар ўз жавобларини асослаган ҳолда ушбу препаратни аниқлаши керак.

Талабага жавоб бериш учун 3 дақиқа берилади. Сўнгра жавоблар муҳокама қилинади, касалликнинг клиникаси ва даволаш принциплари тўғрисида маълумот тўлдирилади тўлдирилади. Усулнинг охирида ўқитувчи берилган жавобларни муҳокама қилади ва талабаларнинг фаоллигини аниқлайди.

Ушбу усул талаба нутқи, фикрлаш қобилиятини ривожлантиради ва талабада мустақил фикрлаш, мулоҳаза юритишни шакллантиради.

Карточкалар турлари:

1. Касалликни аниқлаш: Оддий кипикли блефарит.  
Даволаш. Маҳаллий антибиотикотерапия, қовоқлар массажи.

2. Касалликни аниқлаш: Птоз.  
Даволаш. Жарроҳлик усулида.

«Вена диаграмма» УСУЛИНИ ҚЎЛЛАШ

6. Талабаларга ўтган дарслардан саволлар тайёрлаш учун вақт берилади.

7. Иштирокчилар доира бўлиб ўтиришади.

8. Иштирокчиларнинг бирига ип билан боғланган коптокча берилади, у хоҳлаган талабага ўзи олдиндан тайёрлаган саволни ( жавобни ўзи билиши шарт) бериб, коптокчани топширади.

9. Коптокчани олган талаба саволга жавоб беради (савол берган иштирокчи жавобни шарҳлаб туради) ва саволни бошқа иштирокчига беради. Бу мусобака ҳамма иштирокчилар “ўргимчак ини”га ўралгунча давом этади.

10. Ҳамма талабалар савол бериб бўлгач, охирга талаба қўлидаги коптокчани биринчи савол берган иштирокчига қайтаради ва унга савол беради ва х.к., бу ҳол чигал ечилгунга қадар давом этади.

Эслатма: талабалардан ҳар бир жавобга эътиборли бўлиш талаб қилинади, чунки олдиндан қайси талабага коптокча берилиши номаълум.

## 6.2. Тахлилий қисми

### Вазиятли масала:

1. Бемор 32 ёшда. Қовоқларининг қийноқли кичишидан, ёруғликдан кўрқишидан шикоят қилади. Бемор сурункали гастрит билан хасталанган. Объектив кўрганда қовоқ қирралари қизарган, йўғонлашган. Киприк илдизи атрофида майда оқ-кул ранг, қуруқ, қазғоқни эслатувчи қопламалар бор. Улар олиб ташланганда остидаги тери юпқалашиб, қизарган.

Ташҳис қўйинг.

Тавсия беринг.

Жавоб. Қипиксимон блефарит

1. Гастроэнтерологда даволаниш.

2. Қовоқларни массаж қилиш. Дезинфекцияловчи томчилар. Антибактериал суртмалар. Кортикостероид томчилар. Қовоқ четларини 1%ли бриллиант яшилнинг спиртли эргитмаси билан суртиб чиқиш.

2. Бемор 38 ёшда. Ўнг кўздан тинмай ёш оқишидан шикоят қилади. Обьектив кўрганда: ОД- кўз тирқишининг ички бурчаги ёш халқоб бўлиб турибди. Ёш қопчасининг проекциясидаги тери нухатдек шишиб қолган. Уни бармоқ билан босганда ёш нуқтасидан сарғиш йирингли ажралма чиқди. Ёш йўлини ювиб кўрганда суюқлик бурун бўшлиғига ўтмади.

Ташҳис кўйинг.

Тавсия беринг.

Жавоб. ОД-Сурункали дакриоцистит

1. Бурун атроф бўшлиқларининг рентгенографияси

2. Оториноларинголог консультацияси.

3. Стоматолог консультацияси.

4. Дакриоцисториностомия операцияси.

3. Бемор 68 ёшда. Чап кўзининг ёшланиб туриши, йирингли ажралма бўлишидан шикоят қилади. Обьектив кўрганда чап кўз пастки қовоғи ёш нуқтаси билан биргаликда кўз олмасида ажралиб пастга осилиб турибди. Конъюнктива дағаллашган ва қизарган. Ёш қопчаси проекциясига босилганда ёш нуқтасидан йирингли ажралма чиқмади.

Ташҳис кўйинг.

Тавсия беринг.

Жавоб. ОS-Пастки қовоқни атоник ташқарига бурилиши. Сурункали конъюнктивит.

1. Кўзга дезинфекцияловчи томчиларни тез-тез томизиб туриш.

2. Қовоқни хирургик усул билан тўғрилаш яъни Кунит-Шимановский операциясини ўтказиш зарур.

4. Бемор 16 ёш. Шикоятлари: чап кўзнинг юқори қовоғи соҳасида оғриқ ва шишга.

Анамнез: бемор ўзини 2 кундан бери касал деб ҳисоблайди, касаллигини шамоллаш билан боғлайди.

Ташҳис кўйинг.

Даволаш принципини кўрсатинг.

Жавоб. OS- юқори қовоқ говмиччаси, йирингли бошчани ёриш, антибактериал терапия (махаллий ва умумий)

### 6.3. Амалий қисми

#### АМАЛИЙ КЎНИКМА

#### ЮҚОРИ ВА ПАСТКИ ҚОВОҚЛАРНИ АҒДАРИШ

Мақсад: **Юқори ва патки қовоқ конъюнктива холатини баҳолаш**

№	Бажариш босқичлари	Бажарилмади (0 балл)	Тўлик тўғри бажарди
1	Пастки қовоқларни текшириш учун беморни юқорига қарашга сўралади	0	20
2	Ўнг ёки чап қўлнинг бош бармоғи билан пастки қовоқнинг терисини пастга тортилади	0	20
3	Юқориги қовоқни текшириш учун беморни пастга қарашга сўралади	0	10
4	Ўнг ёки чап қўлнинг бош бармоғи билан қовоқ териси оркага тортилади	0	10
5	Ўнг қўлнинг бош ва кўрсаткич бармоқлари билан қовоқ терисини пастга ва олдинга тортилади	0	10
6	Чап қўлнинг бош бармоғи билан тери бурмаси хосил қилинади	0	10
7	Юқориги қовоқ тоғайига босилиб ва ўнг қўл билан қовоқнинг пастки чегараси юқорига кўтарилади	0	10
8	Бу усул билан қовоқ конъюнктивасини, склера конъюнктивасини ва гумбазларини кўриш мумкин.	0	10
	<b>ЖАМИ:</b>	0	100

## АМАЛИЙ КЎНИКМА

### КОНЪЮНКТИВА БЎШЛИҒИГА ТОМЧИЛАР ТОМИЗИШ ВА МАЛҲАМЛАР СУРТИШ

**Мақсад:** конъюнктива бўшлиғига томчилар томизиш ва малҳамлар суртиш усулини билиш

**Махсус мосламалар:** кўз томчилари, малҳамлари, пахта, шишали таёкча

№	Бажариш босқичлари	Бажарилмади (0 балл)	Тўлиқ тўғри бажарди
1	Кўзга томчи томзилаётган вақтда бемор юқорига қараши керак шу вақтда юқори қовоқ тепага кутарилади пастки қовоқ бармоқлар билан пастга тортилади ва очилган пастки конъюнктива гумбазига пипетка билан томчи томизмлади.	0	40
2	Кўзга малҳам сураётган пайтда беморга юқорига қараш буюрилади ва бармоқлар билан пастки қовоқни тортиб махсус шиша таёкчалар ёрдамида малҳам бўлаги суртилади (пастки конъюнктива гумбазига).	0	40
3	Керакли қоидалар: инфекция тарқалишидан сақланиш учун пипетка ва малҳам тубиклари беморни кўзига тегмаслиги керак.	0	20
	<b>ЖАМИ:</b>	0	100

#### 10. Назорат учун саволлар

1. Қовоқлар, тузилиши, қон билан таъминланиши, иннервацияси, вазифалари
2. Кўз ёш аъзолари, қон билан таъминланиши, иннервацияси, текшириш усуллари
3. Қовоқ нерв-мушак аппаратининг касалликлари, клиникаси, диагностика, даволаш ва асоратлари.

4. Қовоқ қирраси касалликлари, таснифи, клиникаси, диагностикаси, даволаш ва асоратлари.
5. Қовоқда яллиғланиш билан кечадиган касалликларни даволаш принцип лари.
6. Қовоқни ташқарига бурилиши касаллигининг сабаблари ва турлари
7. Ўткир дакриoadенитнинг клиникаси ва даволаш.
8. Ўткир дакриоцистит, унинг клиникаси ва даволаш усуллари.
9. Қовоқнинг нерв-мушак аппарати касалликлари, уларнинг келиб чиқиш сабаблари.

## **11. Адабиётлар**

### **Асосий**

4. Ерошевский Т.И., Бочкарева А.И. «Глазные болезни», 1989г., 263с.
5. Хамидова М.Х. «Куз касалликлари», 1996 й.,334 с.
6. Ковалевский Е.И. «Глазные болезни» 1995 г., 280 с.
4. Федоров С.Н.и др. «Глазные болезни» М. 2000г., 125 с.
5. Jack J. Kanski. /Clinical Ophthalmology. A systematic Approach. Atlas/ “Butterworth Heineman”, Oxford, UK 2005 у., 372 с.
6. Jack J. Kanski. /Clinical Ophthalmology. A systematic Approach./ “Butterworth Heineman”, Oxford, UK 2005 у., 404 с.
7. Маърузалар материаллари.

### **Қўшимча**

8. Сидоренко Е.И. «Офтальмология», М. 2003г., 404 б.
9. Капаева Л.А. «Глазные болезни», М. 2002 г., 512 б.
10. Ченцова О.Б. «Туберкулез глаз». М. Медицина 1990г., 255б.
11. Астахов Ю.С. «Глазные болезни», справочное пособие, 2004, 183 б.
12. Ковалевский Е.И., “Глазные болезни”, Атлас, Москва, “Медицина” 1985 г., 273 б.
13. М.Н. Emerah, “Fundamentals of ophthalmology”, Egypt, 1994., 497 б.
14. Нестеров А.П. “Глаукома” 1995 г, 168 б.
15. Интернет маълумотлари куйидаги сайтлардан олинди:  
[www.opthmology.ru/articles/120.html](http://www.opthmology.ru/articles/120.html),  
[www.nedug.ru/opthmology/34art.html](http://www.nedug.ru/opthmology/34art.html)  
[www.eyenews.ru/html-67](http://www.eyenews.ru/html-67),  
[www.helmholtzeyeinstitute.ru/articles/1.2.html](http://www.helmholtzeyeinstitute.ru/articles/1.2.html)  
[www.eyeworld.com/opth.articles/html-89](http://www.eyeworld.com/opth.articles/html-89),  
[www.scientific-vision.com/html-opth](http://www.scientific-vision.com/html-opth)

## **№5 амалий машғулот** **Конъюнктива касалликлари**

### **1. Машғулот ўтказиш жойи, жихозланиши**

- кўз касалликлари кафедраси;
- мавзуга оид касаллар, 13 Дпт лупа, стол лампаси, офтальмоскоп, яллиғланишга қарши дори воситалари, антибиотиклар, янги ахборот технологиялар воситалари, кўрғазмали қуроллар, слайдлар, видеофилмлар
- ЎТВ: слайдоскоп, TV-видео.

### **2. Машғулотнинг давомийлиги**

- 5 соат

### **3. Машғулотнинг мақсадлари**

Ахолини конъюнктивит ва трахомадан соғломлаштириш учун талабаларга шу касалликларнинг белгиларини ва олдини олишни ургатиш. Шу билан бирга уткир таркалган конъюнктивитларнинг келиб чиқиш сабабларини, белгиларини ва даволашни талабаларга чуқур ургатиш. Энг оғир ва юқумли касаллик – трахомани келтирадиган оғир асоратлари ва унинг оқибатида ногиронликга олибкелувчи ушбу касалликни белгилари, даволаш усуллари ва олдини олишни ургатиш. Трахомага ухшаш ва адаштириш мумкин булган доначалик конъюнктивитлар – фолликулёз, фолликуляр катар, бахорги катар, аденовирусли конъюнктивитларни килиш ва даволашни талабарнинг ургатиш.

#### **Вазифалар**

##### ***Талаба билиши керак:***

- конъюнктивитлар таснифини;
- конъюнктивитлар этиопатогенези ва диагностикаси;
- конъюнктивитлар клиникаси ва даволаш;
- конъюнктивитлар асоратлари ва профилактикаси.

##### ***Талаба қила олиши керак:***

Амалий кўникмаларни бажариш – ён томондан ёритиб кўриш, конъюнктиваларни ағдариб кўриш.

### **4. Мавзуни асослаш**

Кўз касалликлари умумий структурасининг 10% ини конъюнктива касалликлари, 3-6% ини ёш аъзолари патологияси ташкил этади. Қовоклар морфологик тузилиши жиҳатларининг ўзига хослиги уни патологиясини ҳам ўзига хослигини кўрсатади. Конъюнктива териси ва қирралари, тоғай безлари, мушак-нерв аппарати касаликлари алоҳида ажралиб туради. Патологик процесс конъюнктива тўқималарининг ҳамма қаватларига таркалиши мумкин.

Сабаби ва ривожланиш механизмига қараб, конъюнктивит касалликлари яллиғланиш, дистрофик, инфекцион, аллергия ва усмалар бўлиши мумкин. Ёш органи касалликларида эса ёш ўтказувчи йўллар патологияси кўпроқ учрайди. Унинг доимий симптомларидан бири кўздан бетиним ёш оқишидир ва бу ҳол кўришга, меҳнат қобилиятини пасайишига, соҳа танлашда чегараланишларга сабабчи бўлади.

## **5. Фанлараро ва фан ичидаги боғлиқлик**

Шу мавзу буйича талабаларнинг билими чуқурлиги ва кенглиги, шунингдек офтальмологияга боғлиқ бўлган баъзи фанлар билан “вертикал ва горизонтал” равишда узвий боғлиқлиги билан характерланиши лозим. Мавзу вертикал буйича анатомиянинг “нерв системаси ва сезги органлари” бўлими билан, физиологиянинг “нерв системаси ва сезги органлари” бўлими билан, гистологиянинг “нерв системаси ва сезги органлари онтогенези ва гистологияси” бўлими билан, деонтологияда шифокорларнинг бемор ва ходимлар билан ўзаро муносабати вазифалари билан, тиббиёт тарихида – офтальмология тарихи билан, фармакотерапия билан боғланган.

Горизонтал буйича офтальмология куйидагилар билан боғланган:

- оториноларингологик касалликлар - бурун ва унинг ёндош бўшлиқлари, томоқ анатомияси, уларнинг ёшга хос узгаришлари ва яллиғланиш касалликлари;
- инфекцион касалликлар, уларнинг кўрув аъзосига берадиган асоратлари;
- ички касалликлар (қон босими патологияси, буйрак ва қон касалликлари, коллагенозлар ва кўрув аъзосининг зарарланиши билан кечадиган бошқа синдромлар).

## **6. Машғулот мазмуни:**

### **6.1 Назарий қисми**

#### **Таркалган уткир ва сурункали конъюнктивитлар**

Конъюнктивитлар учун куйидаги умумий белгилар характерли: кузда кизариш, шиш булиши, куз тиркиши юмилиб, йирингли ва бошқа ажралмалар чиқиши. Ажралмани бактериологик текширганда касалликнинг тури аниқланиб, керакли даволаш мумкин бўлади.

Конъюнктивитларнинг таснифи:

1. Таркалган.
2. учокли.
3. Доначалик.

Таркалган конъюнктивитлар уткир ва сурункали бўлади.

Таркалган уткир конъюнктивитларга дифтерияли, уткир эпидемик ва гонорейлик конъюнктивитлар киради.

Доначалик конъюнктивитларга фолликулёз, фолликуляр катар, аденовирусли конъюнктивитлар ва трахома киради.

учокли конъюнктивитлар сифилис ва сил касалликларида булиб ва жуда кам учрайди.

*Дифтерияли конъюнктивит* – уткир юкумли касаллик булиб, Леффлер таёкчалари билан чакирилади.

Белгилари: ковок териси шишади, кукимтир булиб кизаради, каттик булиб колади, куз тиркиши юмилади, йирингли фибриноз ажралма чикади.

Конъюнктива кизаради, шишади, устида кир кул ранг парда тупланади, буни кучирилса конайдиган яра куринади.

Даволаш: Кузга кунига беш-олти мартадан левомецетин 0,25% ва бошка дезинфекцияловчи томчилар, дифтерияга карши зардоб томизилади, мушакка дифтерияга карши зардобдан 6000-10000 АЕ юборилади.

*Офтальмогонобленнорея* – бу конъюнктивинг уткир йирингли касаллиги булиб, Нейссер таёкчалари билан чакирилади.

Патогенези: гонококкларни кузга тушишида 4 йул бор: 1. Гонорея билан огриган аёлнинг бола тугилиши вактида; 2. Ифлосланган кул оркали; 3. Касал ишлатган умумий сочик ва ёстик оркали; 4.Тиббиёт ходимлари маска тутмасдан, беморнинг жинсий аъзоларини ювганда суюклик сачраши хисобига.

Белгилари: белгилари турт даврга булинади.

Биринчи даври – инкубацион давр 1-3 кун – давом этади

Иккинчи даврда ковок териси шишади, кукимтир булиб кизаради, каттиклашади. Конъюнктива кизаради, шишади. Бу даврда куз тиркишидан серозли – конли ажралма чикади ва 2-3 кун давом этади

Учинчи давр йиринг окиш деб аталиб, иккала куздан тинмай йиринг окади ва 3-4 хафта давом этади.

Туртинчи даврда конъюнктивинг аденоид каватида гипертрофия булиш хисобига фолликуллар пайдо булиб, трахома билан адаштириш мумкин.

Гонобленореяни белгилари аник булганда ташхис куйиш кийин эмас, агар гумон булса бактериологик текшириш билан тасдиклаш мумкин.

Асоратлари:

1. Шох пардани йирингли яраси. булиб, тешилиб куз ички кисмлари окиб тушади ва кур булади.

2. Ковокни ташкарисига агдарилиб колиши.

Олдини олиш: Матвеев-Креде (1884) усули буйича бола тугилиши билан иккала кузи тозалаб артилиб, бир томчидан 2% ляпис томизилади. П.Ф.Архангельский усули буйича 20% протаргол эритмаси томизилади.

Хозирги замонда проф. Джамалова З.А. усули буйича чакалокни иккала кузи тозалаб артилиб, куйидаги таркибдаги дори икки томчидан томизилади.: пенициллин 500000 ЕД магний сульфат 0,08 г, кастор мойи 10 г.

Даволаш: Биринчи уринда беморни кузини йирингдан тозалаш учун кунига 8-10 марта 1:5000 фурациллин, 1:3000 калий перманганат билан ювилади.

Кузни хар гал ювгандан сунг дезинфекциловчи дорилар томизилади: альбуцид 30%, левомецетин 0,25%, пенициллин 200000 ЕД- 10,0 сувда, протаргол 4%.

Кузга кунига 3 мартадан Альбуцид ёки Пенициллин порошоги сепилади, ичишга сульфаниламид препаратлари, мушакка антибиотиклар юборилади.

**Уткир эпидемик конъюнктивит** – бу конъюнктиванинг уткир юкумли касаллиги булиб, Кох-Уикс таёкчалари билан чакирилади. Бу микроблар сог кишилар конъюнктивасида сапрофит холда учраши мумкин. Бу микроблар ташки мухитда харорат 30-35 даражадан ошик булса купаядилар. Бу касаллик асосан Узбекистонда, иссик иклимлик республикаларда учраб, ижтимоий-оилавий касаллик хисобланади. Бу касаллик асосан антисанитария шароитида, ахлат пашша куп жойда учрайди. Эпидемияси иссик кунларда, яъни май ойларидан сентябрь ойларигача давом этади, энг таркалган вакти август ойига тугри келади.

Эпидемиология: Касаллик юкиши мумкин ифлосланган кўл орқали, умумий сочиқ ва ёстиқ орқали.

Белгилари: Касаллик тўсатдан бошланади, инкубация даври бир икки кун. Қовоқ териси шишган, қизарган, конъюнктива жуда қизарган, склера устига кўп миқдорда қон қуйилган, киприклар кўп ажралган йиринг билан ёпишиб, кўз тиркиши юмилиб қолади. Бемор кўзга қум тикилиб қолгандек хис қилади.

Аниқ белгилари бўлганда ва бактериологик текширганда ташхис кўйиш қийин эмас.

Асоратлари: Қовоқларни ташқарига спастик ағдарилиб қолиши, шох пардани яраланиши.

Даволаш: Маҳаллий ва умумий. Аввало кўзни йирингдан тозалаш учун кунига 8-10 мартта 1:5000 фурациллин, 1:3000 калий перманганат ёки уй шароитида аччиқ чой. Ҳар ювилганданг сўнг дезинфекцияловчи дорилар томизилади – альбуцид, протаргол, гентамицин, колларгол, биомицин, софрадекс.

Касаллик оғир кечса антибиотик таблеткалари берилади. Кўздан доим йиринг чикиб турган вақтида кўзни боғлаш ёки мой дорилари кўйиш мумкин эмас.

Олдини олиш: Иссик кунлар бошланиши билан ясли, болалар боғчаси,

мақтаб ва бошқа уюшган жойларда иккала кўзига икки томчидан кунига 5 мартадан 5 кун, 5 кун танаффус қилиб яна 5 кун дезинфекцияловчи дорилар томизилади. Пашша ва ахлатларни йўқотиш лозим. Бемор ишлатган сочиқ ва ёстиқдан фойдаланмаслик керак.

**Сурункали конъюнктивит.** Моракс-Аксенфельд таёкчалари билан чақирилади.

Белгилари: Конъюнктива бир оз қизаради, шишади, кўз тирқишининг ички ва ташқи қисмида оқ кўпиксимон ажратма чиқади, бемор кўзни қичиши ёки кўзга кум тиқилганига шикоят қилади.

Даволаш: 0,5%, 1% , 2% ли цинк сульфат ёки 10% ли хинин эритмаларидан икки томчидан кунига 3-4 марта томизилади.

### **Трахоманинг этиологияси, белгилари, бўладиган оғир қолдиқлари, асоратлари, даволаш ва олдини олишни ўрганиш**

*Трахома* – конъюнктиванинг сурункали юқумли касаллиги бўлиб, конъюнктивада гиперемия, инфильтрация ва фолликуллар пайдо бўлиши ва парчаланиб ўрнида чандиқ пайдо бўлиши билан тугайдиган касаллик.

Трахома филгерли вирус билан чақирилади. Чидамсиз, 32 даражагача 30 минут қиздирилса вирулентлиги йўқолади. 50 градусда 30 минут қиздирилса парчаланиб кетади. Сувда 5-6 соат яшайди. Трахомани тарқатувчи ўчоғ фақат касал одам. Трахома ҳеч қандай ҳайвонда бўлмайди.

Трахомани юқиш йўллари:

1. Ифлосланган кўл орқали.
2. Умумий сочиқ ва ёстиқ орқали.
3. Сув орқали.

Трахома сезилмасдан узоқ давом этиб, бемор тасодифан шифокорларга борганда ёки аҳолини оммавий текширганда топилади.

Белгилари: 4 босқичга бўлинади.

1-босқичда конъюнктивада гиперемия, инфильтрация ва кўп миқдорда фолликуллар пайдо бўлади.

2-босқичда гиперемия, инфильтрация кўп миқдорда, фолликулалар оз миқдорда, чандиқлар пайдо бўлади.

3-босқичда гиперемия, инфильтрация оз миқдорда, фолликулалар кўп миқдорда, чандиқлар пайдо бўлади.

4-босқичда гиперемия, инфильтрация, фолликулалар йўқолади, фақат чандиқлар пайдо бўлади.

1-2 ва 3 босқичлари юқумли бўлиб, ойлаб йиллаб давом этади. 4 босқичи тузалган, юқумсиз ҳисобланади.

Бошқа фолликулали конъюнктивитлардан трахоманинг фарқи шуки,

бунда фолликулалар лойқа кул ранг конъюнктивада бетартиб ва чуқур ўтиради ва чандик қолдиради.

Асоратлари: Конъюнктивит, кератит, каналикулит. Булар трахоманинг даволанишини кийинлаштиради. Трахома вақтида даволанмаса оғир оқибатларга олиб келади:

1. Симблефарон – қовоқлар конъюнктивасини склера конъюнктивасига ёпишиб қолиши ва кўз олмаси ҳаракатини чегараланиши

2. Қовоқни ичкарига қайрилиб қолиши.

3. Трихиаз – киприк чандик бўлиши ҳисобига киприклар кўз томонга тескари усади.

4. Ксерофтальмия – шох парда ва конъюнктивани қуриб қолиши. Чандик бўлиш ҳисобига кўз ёши безининг найчалари беркилиб қолиб ёш чикмасдан кўз олмаси юзаси бутунлай қуриб қолади. У эпидермисга ухшаб қолади ва кўрув ўткирлиги йўқолади. Бемор кўзни оғришига шикоят қилади. Кўзга мой дориси томизилади ёки жарроҳлик усули билан даволанади.

*Паннус* бу шох парданинг трахомадаги қон томирли яллиғланиши бўлиб, 4 босқичли бўлади.

1. Юпқа паннус – шох парданинг юқори сегментида инфильтрация ва майда қон томирлар пайдо бўлади, кўриш пасаймайди.

2. Қон томирли паннус – шох парда бутунлай лойқаланиб, ҳар томондан қон томирлар усиб келади, кўриш ўткирлиги пасаяди.

3. Қалин паннус – шох парда лойқаланган, юпқа эт ва қон томирлар билан қопланиб қолади. Кўрув ўткирлиги бутунлай йўқолади.

4. Саркоматоз паннус – шох парда бутунлай лойқаланган ўсмага ўхшаш эт билан қопланади, бутунлай кўр бўлади. Даволашда трахомани даволаш усули ва кортизон препаратлари ишлатилади, ёки жарроҳли усули қўлланилади.

*Трахомани даволаш.* Махаллий ва умумий бўлади.

*Махаллий* – дори-дармон билан, механик ва жарроҳлик усули. Замонавий даволашда тетрацилин, биомицин, эритромицин, дибиомицинларнинг 1% мази ишлатилади. Кунига 5-6 мартадан иккала кўзга шу мазлардан бири қуйилади. Бир вақтда ҳар 15 кунда ҳаммаси бўлиб 4-5 марта фолликулалари экспрессия қилинади.

Умумий ичишга кунига 3 мартадан 10 кун сўнг 15 кун танаффус қилиб антибиотик таблеткалари берилади.

Шу усулда узлуксиз даволанса 60-70% беморлар тузалади. Агар даволаниш бўлинса, даволаниш муддати чўзилиб кетади. Вирус ўрганиб қолмаслиги ёки дорига аллергия бўлмаслиги учун ҳар ойда дорини алмаштириш керак. Масалан: февралда кўзга тетрацилин мази, ичишга тетрацилин таблеткаси берилган бўлса, март ойида эритромицин берилади.

1959 йилда янги препарат 1% дибиомицин мази ишлатила бошланди. Трахомада буни кунига 1 мартадан кўйилса бошқа, дориларни 5-6 марта кўйилган натижасини беради. Трахома 4 – тузалган босқичига ўтгандан сўнг 1 йил рецидивга қарши даволаш ўтказилади, уч ой кунига бир мартадан биомицин ёки тетрациклин мази қуйилади, иккинчи 3 ой кунига бир мартадан альбуцид ёки левомецетин томизилади. Кейинги 6 ой бемор дорисиз назоратда бўлади. Шу ўтган бир йил ичида трахома қайталанмаса бемор ҳисобдан чиқарилади.

Олдини олиш: Санитария гигиена қоидаларига риоя қилиш, оиладаги касални дарҳол шифохонага ётқизиш, умумий сочиқ ва ёстикдан фойдаланмаслик.

Трахомага қарши курашни ташқил қилиш. Трахома юқишининг олдини олиш бу касалликни тугатишнинг асосий шарт-шароитларидан биридир. Касаллик эрта аниқланиб ва қолган барча касаллар даволанса ва соғлом кишилар зарур профилактик тадбирларга риоя қилсагина бунга эришиш мумкин.

Аҳолининг моддий фаровонлиги, унинг маданий даражасининг ошиши, даволаш-профилактика тадбирларининг бутун системаси, янги бирмунча эффектив дорилар билан даволаш усулларининг яхшиланиши курашда асосий ҳал қилувчи роль ўйнайди.

Бу соҳада қишлоқ врачлик участкаси асосий роль ўйнайди, чунки у ўз участкасидаги беморларни аниқлаш ва даволаш бўйича комплекс тадбирларни амалга оширади. Аниқланган беморни участка врачига, сўнгра окулистга кўрсатилади ва диагноз тасдиқлангач, бемор учун маҳсус карточка-хабарнома тўлдирилади. Бундай карточка шу йили тиббиёт ёрдамига биринчи марта мурожаат қилган ҳар бир бемор учун, у илгари диспансер назоратига олинганми – йўқлигидан қатъий назар, тўлдирилади.

Касалланиш динамикасини назоратга олиш учун карточкада касаллик босқичи кўрсатилади.

Ҳар бир даволаш муассасида, жумладан трахоматоз пунктида трахома билан оғриган ҳар бир бемор учун амбулатория карточкаси бўлиши керак; унга даволаш муддатлари ва қўлланилаётган тадбирларнинг эффективлиги ёзиб борилади.

Аҳолини, айниқса ўқувчиларни, харбий хизматга чақирилувчилар, ҳамда оиласида бемор бор одамларни мунтазам суратда, кам деганда йилига икки марта профилактик кўздан кечириб туриш керак. Тиббиёт ходимлари аҳолининг умумий ва санитария маданиятини ошириш, трахомани профилактика қилиш учун шахсий гигиена қоидаларига амал қилиш бўйича катта ишларни бажаришлари керак. Трахоманинг тарқалиш йўлларида доир эпидемиологик маълумотларни назарда тутиб, трахомали бемор бор оилада шахсий гигиенага ниҳоятда риоя қилиш билан кузатиб бориш зарур. Шунингдек пашшаларга қарши кураш ҳам муҳим ўрин тутади.

Тиббиёт ходимлари аҳолини трахома, унинг кўз учун хавфи ва тарқалиш йўллари ҳар куни таништиришлари, шу мақсадда санитария маориф ишларини тинмай амалга оширишлари керак.

Шундай қилиб, трахомани тугатишнинг энг муҳим чоралари – даволаш – профилактика ёрдами аҳолига имкон борича яқинлаштириш ҳисобланади. Бу ёрдамнинг асосини диспансер назорати, яъни трахомали беморларни эрта аниқлаш, уларнинг ҳисобини пухта олиб бориш ва самарали даволаш, аҳолини профилактик текширувлардан ўтказиш ва санитария ишларини олиб боришни ташқил этади.

Ҳозирги вақтда трахома оммавий касаллик сифатида тугатилган, фақат айрим жойларда асосан III босқичдаги кам сонли беморлар сақланиб қолган ҳолос. Халқаро соғлиқни сақлаш ташқилоти (ВОЗ) маълумотларига кўра жаҳонда, асосан мустамлака ва ярим мустамлака мамлакатларда 500 млн га яқин трахомали беморлар ва қарийиб 20 млн трахомадан кўр бўлиб қолган кишиларнинг борлиги, бу касалликда социал-маиший шароитларнинг аҳамиятини яна бир марта таъкидлайди. Ана шулар назарда тутилмаган бўлса, бизнинг мамлакатимизда бу соҳада қўлга киритилаётган ютуқларнинг кўлами яққол сезилади.

### **Доначали (фолликулали) конъюнктивитнинг сабаблари, белгилари, даволаш ва олдини олиш. Трахома билан солиштирма ташҳис қилиш**

*Фолликулез ва фолликуляр катар.* Бўларда ҳам конъюнктивада трахомага ўхшаш фолликулалар бўлади. Фарқи шуки, бўларда фолликулалар 3 рангда, конъюнктивада юза ва маржонга ухшаб бир теккис жойлашадилар. Ўзидан сўнг чандиқ ва оғир оқибатлар қолдирмайдилар. Трахома юқумли вирус билан чақирилади. Фолликулёз ва фолликуляр катар юқмайди. Асосан мактаб ешидаги анемия, гижжа, гиперметропияси бўлиб кўз ойнак тақмайдиган болаларда учрайди.

Фолликулёзда фолликулалар соғлом конъюнктивада, фолликуляр катарда эса қизарган, шишган конъюнктивада учрайди. Бемор кўзга қум тикилгандай ҳис қилади.

Даволаш. Келтириб чиқарган сабабларини йўқотиш, кўзга цинк еки хинин томчиларини томизиш.

*Баҳорги катар* конъюнктиванинг аллергик касаллиги ҳисобланиб, асосан Марказий Осиё республикаларида кўш радиациясининг таъсири оқибатида ва эндокрин безларининг касалликлари ҳисобига бўлади, асосан ўғил болаларда учрайди. Касаллик ҳар йили баҳор – ёз ойларида кучайиб, кўз киш ойларида тинчийди ва юқумсиз бўлади. Бунда ҳам трахомага ўхшаш конъюнктивада гиперемия, инфильтрация ва фолликулалар пайдо бўлади. Фарқи: баҳорги катарда фолликулалар оқ сут рангида ҳар хил ҳажмда бир бирига ёпишиб туради, ўзидан сўнг чандиқ ёки оқибатлар қолдирмайди. Бемор доимий, чидаб бўлмайдиган кўзини қичишига шикоят қилади.

Даволаш: аллергияга қарши димедрол, тавегил, пипольфен ва бошқалар. Иккала кўзга ёз бўйи кунига 5-6 марта кортизон томизилади, қора кўз ойнак тақиш лозим.

**Аденовирусли конъюнктивит** (фарингоконъюнктивал иситма) – касаллик кўпинча 3 ва 7 та типдаги аденовируслар билан, кам ҳолларда 6 ва 10 типдаги аденовируслар билан чақирилади. Касаллик ўткир бошланади. Кўздаги ўзгаришлар билан бир қаторда, юқори нафас йўлларининг катарити, танаҳароратининг кўтарилиши, бош оғриқ, кулоқ атрофидаги лимфатик безларнинг катталаниши кузатилади. Олдин бир кўз, 2-3 кун ўтгандан кейин иккинчи кўз касалланади.

Аденовирусли конъюнктивитнинг 3 хил тури бор:

1. Катарал.
2. Фолликуляр.
3. Пленкали.

Катарал турида кўздан ёш оқиш, ёруғликдан қўрқиш, қовоқларни шишиши, қизариши, блефароспазм, кам шиллиқли ажралма, конъюнктиванинг гиперемияси ва инфильтрацияси кузатилади.

Фолликуляр турида юқоридаги ўзгаришлар билан бир қаторда, конъюнктивада юзаки жойлашган майда фолликуляр бўлади.

Пленкали тури асосан болаларда учраб, катарал турдаги ўзгаришлар билан бир қаторда конъюнктивада юпқа пленкалар ҳосил бўлиши билан намаён бўлади.

Аденовирусли конъюнктивитларда кўпинча туқтасимон эпителиал кератитларни кузатиш мумкин. Улар яхши ўтказилган даводан сўнг, из қолдирмай сўрилиб кетади.

Даволаш: Махаллий вирусга қарши препаратлар қўлланилади. Интерферон (150-200 ЕД) кунига 6-8 мартагача инстиляция қилиш буюрилади. Шу билан бирга 0,1% дезоксирибонуклеаза эритмаси ва полудан (0,2 мг 2,0 мл дист. сувда эритилади) кунига 5-6 мартагача томизилади. Теброфен, флореналь, бонафтон 0,25-0,5 % ли мазлари ҳам қўлланилади. Улар қовоқ ортига пунига 3-4 маҳал, 7-10 кун давомида қўйилади.

Иккиламчи бактериал инфекцияни бартараф этиш учун 0,25% левомецитин эритмаси ҳам томизилади.

*Трахомани фолликулёз ва фолликуляр конъюнктивит билан дифференциал диагноз қилиш.*

Трахома диагнози конъюнктивани, айниқса, унинг ўтувчи бурмасини ва шох пардани синчиклаб кўздан кечирганда ва яққол юзага чиққан процессда, хусусан ямоқчалар пайдо бўлгач, қийинчилик туғдирмайди. Бироқ, трахомани кам учрайдиган фолликулёз ва фолликуляр конъюнктивит каби касалликлардан фарқлашга тўғри келади.

**Конъюнктивна фолликулёзи** шу билан характерланадики, қовоқлар шиллиқ пардасидаги ўтувчи бурмада, кўпинча пасткисида, ўзгармаган тўқимада тиниқ моддаси бўлган майда юза фолликулалар тўғри қаторлар ҳосил қилиб жойлашади. Касаллик охирида фолликулалар ямоқча ҳосил қилмай бутунлай сўрилиб кетади. Фолликулез трахомадан шу билан фарқланадики, бунда трахомага мос инфильтрация, асоратлар ва ямоқчалар пайдо бўлмайди, шунингдек фолликулалар шакли бошқача ва процесс пастки ўтувчи бурма соҳасида (трахомада аксарият устки бурмада) жойлашади.

**Фолликулляр конъюнктивит** ёки катар шиллиқ парданинг гиперемияси, шиллиқ парда ости тўқимасида бир оз инфильтрат пайдо бўлиши билан юзага чиқади; фолликулалар йирик, қатор-қатор, асосан пастки ўтувчи бурмада жойлашади, баъзан конъюнктивани бутунлай эгаллайди; шиллиқли ёки шиллиқ – йирингли суюқлик чиқади. Трахомдаги каби асоратлар рўй бермайди, касаллик охирида ямоқчалар ҳосил бўлмайди. Фолликулалар конъюнктивитни баъзан трахомадан тезда фарқлаш қийин ва шу сабабли бир оз вақт кузатиб боришга тўғри келади. Бундай қийинчиликлар мактаб ёшидаги болаларни кўздан кечиришда шиллиқ парданинг ёшга оид ўзгариши - қовоқлар шиллиқ пардасида фолликулалар тошиб, аденоид тўқиманинг тез ўсишида келиб чиқади.

Диагноз қўйиш қийин бўлган ҳолларда эпидемиологик маълумотлар: мазкур районда, болалар муассасида, ётоқхонада, оилада трахома билан касалланиш, шунингдек трахома кўзғатувчиси – Провачек-Гальберштедтер таначаларини ҳар эҳтимолга кўра тоғли учун конъюнктивадан қирма олиб текшириш ҳисобга олинади.

Трахоманинг чандиқли даврида уни дифтерия, конъюнктивна қўйишдан сўнг қоладиган ўзгаришлардан фарқлаш керак. Бунда шунга аҳамият бериш керакки, қўйишдан сўнг чандиқлар пастки қовоқ шиллиқ пардасида, ўтувчи бурмадагига қараганда яққолроқ кўзга ташланади. Дифтерия ўтувчи бурмада эмас, аксарият қовоқ шиллиқ пардасига чандиқ ҳосил қилиши билан характерланади ва чандиқлари бирмунча дағал бўлади. Дифтерияда кўпинча битта, трахомада эса иккала кўз зарарланади.

**Птеригиум** – қанотли парда. Иссиқ иқлимли Марказий Осиё республикаларида куёш радиациясини таъсирида шамол ва чанг кўп бўлган ерда учрайди.

Белгилари: Кўпинча бурун томонида склера устидан шох пардага қараб парда ўсиб боради. Уч босқичли бўлади: 1. Парданинг боши лимбдан 3-4 мм ўсиб боради. 2. 5-6 мм ўсади. 3. Шох пардани марказидан ўтиб, қорачиғни тўсиб қолади.

Даволаш: Фақат жаррохлик усули билан: Шох пардадаги қисмни кесиб, лимб қисмига 2-3 ип қўйилади, кўзга дезинфекцияловчи томчилар ва кортизон томизилади.

**Машғулотда қўлланиладиган янги педагогик технологиялар:**

## «Қора қутича, ўргимчак ини»

### «ҚОРА ҚУТИЧА» УСУЛИНИ ҚЎЛЛАШ

Ушбу усул машғулот давомида ҳамкорликда ишлаш ва ҳар бир талабанинг фаол қатнашишини кўзда тутаяди, ўқитувчи бутун гуруҳ билан ишлайди.

Ҳар бир талаба қора қутичадан касалнинг шикоятлари ва объектив белгиси ёзилган карточкани олади. Талабалар ўз жавобларини асослаган ҳолда ушбу препаратни аниқлаши керак.

Талабага жавоб бериш учун 3 дақиқа берилади. Сўнгра жавоблар муҳокама қилинади, касалликнинг клиникаси ва даволаш принциплари тўғрисида маълумот тўлдирилади тўлдирилади. Усулнинг охирида ўқитувчи берилган жавобларни муҳокама қилади ва талабаларнинг фаоллигини аниқлайди.

Ушбу усул талаба нутқи, фикрлаш қобилиятини ривожлантиради ва талабада мустақил фикрлаш, мулоҳаза юритишни шакллантиради.

Карточкалар турлари:

3. Касалликни аниқлаш: Йирингли конъюнктивит.  
Даволаш. Маҳаллий антибиотикотерапия.
4. Касалликни аниқлаш: Баҳорги катар.  
Даволаш. Десенсибилизацияловчи препаратлар, глюкокортикостероидлар ва қора кўзойнак тақиш.

### «ЎРГИМЧАК ИНИ» УСУЛИНИ ҚЎЛЛАШ

11. Талабаларга ўтган дарслардан саволлар тайёрлаш учун вақт берилади.
12. Иштирокчилар доира бўлиб ўтиришади.
13. Иштирокчиларнинг бирига ип билан боғланган коптокча берилади, у хоҳлаган талабага ўзи олдиндан тайёрлаган саволни (жавобни ўзи билиши шарт) бериб, коптокчани топширади.
14. Коптокчани олган талаба саволга жавоб беради (савол берган иштирокчи жавобни шарҳлаб туради) ва саволни бошқа иштирокчига беради. Бу мусобақа ҳамма иштирокчилар “ўргимчак ини”га ўралгунча давом этади.
15. Ҳамма талабалар савол бериб бўлгач, охирига талаба кўлидаги коптокчани биринчи савол берган иштирокчига қайтаради ва унга савол беради ва х.к., бу ҳол чигал ечилгунга қадар давом этади.  
Эслатма: талабалардан ҳар бир жавобга эътиборли бўлиш талаб қилинади, чунки олдиндан қайси талабага коптокча берилиши номаълум.

## 6.2. Тахлилий қисми

### Вазиятли масала:

1. Бемор 20 ёшда. 3 кун мобайнида кўзни қизаришга, ёшланишга ва йиринг

чиқишига шикоят қилади. Қовоқ ва кўз олма конъюнктиваси қизарган. Шох парда тиник, қорачиқ қора, думалоқ шаклда.

Ташҳис қўйинг.

Тавсия беринг.

Жавоб: Ўткир эпидемик Кох-Уикс конъюнктивити, кўзларни дезинфекцияловчи томчилар – левомецетин 0,25%; натрий сульфацил 30% билан ювиш.

2.. Бемор 12 ёшда. Бир ҳафта олдин касал бўлди. Иккала кўзида кучли қичиши, ёруғликдан қўрқиш, кўз ёшланиши кузатилади. Бу белгилар қуёшда кучаяди. Текширилганда: қовоқлар бироз шишган, склера конъюнктивасининг гиперемияси, қовоқ конъюнктивасида «тошқўприк» кўринишида жойлашган, қовоқ ички конъюнктиваси оқсут рангда.

Ташҳис қўйинг.

Тавсия беринг.

Жавоб: Баҳорги катар, анестетиклар, гидрокортизон 1:4000 инстилляцияси, ҳар соатда ичишга: супрастин, димедрол, кальций қора кўзойнак тақиб юриш.

### 6.3. Амалий қисми

#### АМАЛИЙ КЎНИКМА

#### ЁН ТОМОНДАН ЁРИТИБ ТЕКШИРИШ

**Мақсад:** Кўз олди қисми муҳитларини текшириш (қовоқлар, конъюнктива, шох парда, олд камера, рангдор парда, қорачиқ)

**Махсус мосламалар:** стол лампаси, 13D ли лупа.

№	Бажариш босқичлари	Бажарилмад и (0 балл)	Тўлиқ тўғри бажарди
1	Лампа беморни ён томонида ва бироз олдида жойлашиши керак, лупа бемор кўзи ва ёруғлик манбаи орасида ушлаб турилиши керак	0	30
2	Бу усул кўзнинг олдинги қисми соғ ёки касалликларини кўрсатиб аниқлайди.	0	30
3	Яъни: бу усул билан қовоқ териси шиллиқ парда, киприklar, кўз ёш нуқталари, склера, конъюнктиваси, шох парда, склера, олдинги камера,	0	40

	рангдор парда, қорачиқ ва унинг реакцияси ва гавхар текширилади.		
	<b>ЖАМИ:</b>	0	100

## 7. Малака, кўникма ва билимни текшириш усуллари

- оғзаки;
- ёзма;
- вазиятли масала;
- ўзлаштирилган амалий кўникмаларни намойиш этиш.

## 8. Назорат учун саволлар

1. Конъюнктивалар тузилиши, қон билан таъминланиши, иннервацияси, вазифалари
2. Конъюнктива касалликлари, клиникаси, диагностика, даволаш ва асоратлари.
3. Конъюнктивада яллиғланиш билан кечадиган касалликларни даволаш принциплари.
4. Бола кўзини қизариши, баҳор-ёз ойларида чидаб бўлмайдиган кўзнинг қичишига шикоят қилади. мандай касаллик ҳақида ўйлаш мумкин?
5. Даволанмаган трахома касаллиги қандай оғир оқибатларга олиб келиши мумкин?
6. Фолликулёз ва аденовирусли конъюнктивитни трахомадан қандай солиштирма ташҳис қилиши мумкин?

## 9. Адабиётлар

### Асосий

7. Ерошевский Т.И., Бочкарева А.И. «Глазные болезни», 1989г., 263с.
8. Хамидова М.Х. «Куз касалликлари», 1996 й., 334 с.
9. Ковалевский Е.И. «Глазные болезни» 1995 г., 280 с.
4. Федоров С.Н.и др. «Глазные болезни» М. 2000г., 125 с.
5. Jack J. Kanski. /Clinical Ophthalmology. A systematic Approach. Atlas/ “Butterworth Heineman”, Oxford, UK 2005 у., 372 с.
6. Jack J. Kanski. /Clinical Ophthalmology. A systematic Approach./ “Butterworth Heineman”, Oxford, UK 2005 у., 404 с.
7. Маърузалар материаллари.

### Қўшимча

8. Сидоренко Е.И. «Офтальмология», М. 2003г., 404 б.

- 9.Капаева Л.А. «Глазные болезни», М. 2002 г., 512 б.
- 10.Ченцова О.Б. «Туберкулез глаз». М.Медицина 1990г., 255б.
- 11.Астахов Ю.С. «Глазные болезни», справочное пособие, 2004, 183 б.
- 12.Ковалевский Е.И., “Глазные болезни”, Атлас, Москва,“Медицина”1985 г.,273 б.
13. М.N.Emerah, “Fundamentals of ophthflmology”, Egypt,1994., 497 б.
14. Нестеров А.П. “Глаукома” 1995 г, 168 б.
15. Интернет маълумотлари куйидаги сайтлардан олинди:  
[www.opthalmology.ru/articles/120\\_html](http://www.opthalmology.ru/articles/120_html),[www.nedug.ru/opthalmology/34art\\_html](http://www.nedug.ru/opthalmology/34art_html) [www.eyenews.ru/html- 67](http://www.eyenews.ru/html-67),[www.helmholtzeyeinstitute.ru/articles/1.2html](http://www.helmholtzeyeinstitute.ru/articles/1.2html)  
[www.eyeworld.com/opth.articles/html-89](http://www.eyeworld.com/opth.articles/html-89),[www.scientific-vision.com/html-opth](http://www.scientific-vision.com/html-opth)

## **№6 Амалий машғулот**

### **Шох парда касалликлари**

#### **1. Машғулот ўтказиш жойи, жихозланиши**

- кўз касалликлари кафедраси;
- мавзуга оид касаллар,13 Дпт лупа, стол лампаси, офтальмоскоп, яллиғланишга қарши дори воситалари, антибиотиклар, янги ахборот технологиялар воситалари, кўрғазмали қуроллар, слайдлар, видеофилмлар
- ЎТВ: слайдоскоп, TV-видео.

#### **2. Машғулотнинг давомийлиги**

- 6 соат

#### **3. Машғулотнинг мақсадлари**

- Талабаларни кератитларнинг тарқалиши, учраши ва асоратлари билан таништириш.
- Кератитларнинг этиологиясини таҳлил этиш.
- Кератитларнинг патогенезини тушунтириш.
- Кератитларнинг замонавий классификация (таснифи)ни таҳлил этиш.
- Кератитларга ҳос шикоятлар, анамнез, объектив клиник белгиларини баён этиш.
- Талабаларни кератитларнинг асосий турлари билан таништириш.
- Кератитларнинг асоратларини баён этиш

- Талабаларни кератитли беморларни патогенетик асосли даволаш усулларига ўргатиш.

- Талабаларни кератитларнинг профилактикаси усулларига ўргатиш.

## **Вазифалар**

### ***Талаба билиши керак:***

- шох парданинг ўзига ҳос тузилиши;
- кератитлар таснифини;
- кератитлар этиопатогенези
- кератитлар диагностикаси;
- кератитлар асоратлари ва натижалари.

### ***Талаба қила олиши керак:***

Амалий кўникмаларни бажариш – ёруғликни сезишни аниқлаш.

## **4. Мавзуни асослаш**

Кератитлар кўрув аъзосининг энг кенг тарқалган хасталикларидан биридир. Бунинг сабаби шох парданинг ўзига ҳос жойлашиш натижасида ташқи муҳит билан доимий мулоқатда бўлишидадир. Кератитларнинг ўзига ҳос клиник кечиши шакллари ташҳислаш касалликнинг кечиш хусусиятлари, кўриниши ва махсус текширувларга асосланади. Уларни даволаш этиологик ва симптоматикдир. Касаллик натижалари даволаш тактикаси тўғрилиги ва ўз вақтида ўтказилишга боғлиқ.

## **5. Фанлараро ва фан ичидаги боғлиқлик**

Шу мавзу буйича талабаларнинг билими чуқурлиги ва кенглиги, шунингдек офтальмологияга боғлиқ бўлган баъзи фанлар билан “вертикал ва горизонтал” равишда узвий боғлиқлиги билан характерланиши лозим. Мавзу вертикал буйича анатомиянинг “нерв системаси ва сезги органлари” бўлими билан, физиологиянинг “нерв системаси ва сезги органлари” бўлими билан, гистологиянинг “нерв системаси ва сезги органлари онтогенези ва гистологияси” бўлими билан, деонтологияда шифокорларнинг бемор ва ходимлар билан ўзаро муносабати вазифалари билан, тиббиёт тарихида – офтальмология тарихи билан, фармакотерапия билан боғланган.

Горизонтал буйича офтальмология куйидагилар билан боғланган:

- оториноларингологик касалликлар - бурун ва унинг ёндош бўшлиқлари, томоқ анатомияси, уларнинг ёшга ҳос узгаришлари ва яллиғланиш касалликлари;
- инфекцион касалликлар, уларнинг кўрув аъзосига берадиган асоратлари;

- ички касалликлар (қон босими патологияси, буйрак ва қон касалликлари, коллагенозлар ва кўрув аъзосининг зарарланиши билан кечадиган бошқа синдромлар).

## **6. Машғулот мазмуни:**

### **6.1 Назарий қисми**

#### **Кератитларнинг клиникаси ва таснифи.**

Шох парда кўзнинг муҳим оптик муҳитларига киради. Шох парда кўз тирқишининг очиқ қисмида жойлашганлиги сабабли ёруғлик, иссиқ, микроорганизмлар, ёт жисмлар таъсирга учрайди ва натижада унда морфофункционал ўзгаришлар вужудга келади. Айниқса, шох парданинг посттравматик ва яллиғланишли хасталиклари оғир кечади, чунки улар кўзнинг бошқа қисмлари билан қон айланиш ва иннервацияси бўйича боғлиқ.

*Кератитлар* (keratitis) кўз касалликлари орасида 0,5% ни ташкил этадилар, лекин ўзидан кейин қолдирувчи хираланишлар сабабли кўришнинг ўта пасайишига олиб келувчи кўрлик ва кўриш сусталашув бўйича 20% ни ташкил этадилар.

Кератитларнинг асосий белгиси – шох парданинг хар хил қисмларида яллиғланиш инфилтрати пайдо бўлишидир. Инфилтратлар турли шаклда, катталиқда, чуқурликда, рангда бўлиши мумкин. Ҳар хил сезувчанлик ва васкуляризацияни учратиш мумкин.

Кератитларнинг асосий белгиларига ёруғликдан кўрқиш, блефароспазм, ёш оқиши, кўзда ёт жисм ҳисси борлиги, оғриқ ва перикорнеал инъекция киради. Шох парда яллиғланиши унинг хираланишига олиб келиши сабабли кўришнинг турли даражада пасайиши кузатилади. Инфилтрат ранги унинг хужайра таркибига боғлиқ. Агар лейкоцитлар сони кам бўлса инфилтрат кулранг, йиринг микдори кўпайса – сарик, у сўрилгандан сўнг эса – оқиш тусда бўлади. Янги инфилтратлар чегараси ноаниқ, яллиғланиш қайтишида – аниқ бўлади. Юза кератитларда инфилтрат юзасида эпителий бузилиши, кўчиши ва эрозия ҳосил бўлиши кузатилади. Чуқур жойлашган инфилтратлар эса ярага айланиши мумкин.

Юза томирлар ёрқин қизил рангда бўлиб, шохлайди ва анастамозлар ҳосил қилади. Чуқур томирлар тўқ қизил бўлиб склера ва эписилерадан ўсиб ўтади. Улар тароксимон бўлиб, тўғри ўсади ва шохламайди. Кератитларнинг асосий асорати – шох парда чуқур қисмларининг қайта тикланмаслиги натижасида бириктирма тўқима билан алмашинувидадир.

**Хозирги пайтда офтальмологлар кератитларни ташҳислашда қуйидаги этиологик классификациясидан фойдаланадилар:**

1. Бактериал кератитлар:
  - а) стафило-, пневмо-, дипло-, стрептококкли кератитлар
  - б) туберкулез кератитлар
  - в) сифилитик кератитлар
  - г) малярияли, бруцеллез ва бошқа кератитлар
2. Вирусли кератилар:
  - а) аденовирусли кератитлар
  - б) герпетик кератитлар
  - в) қизамиқли, чўтирли кератитлар
3. Инфекцион (токсико) – аллергияк кератитлар:
  - а) фликтенулёз (скрофулез) кератитлар
  - б) аллергияк – поллиноз кератитлар
4. Модда алмашувчи бузилиши натижасидаги кератитлар:
  - а) аминокислот (оқсил) кератитлар
  - б) авитаминоз кератитлар
5. Бошқа кератитлар:
  - а) замбуруғли кератитлар
  - б) нейропаралитик кератитлар
  - в) посттравматик кератитлар.

### **Бактериал кератитлар**

*Шох парда сурилувчи яраси (Ulcus sernens).* Ушбу касалликда кўзда кучли, оғриқ, ёш ва йиринг оқиши, ёруғликдан кўрқиш, блефараспазм, аралаш инъекция ва хемоз кузатилади. Шох парда инфильтрати кулранг – сариқ тусда бўлади. Биринчи кунлар давомида у ёрилади ва туби кратерсимон бўлган диксимон шаклда ярага айланади. Яранинг бир қирғоғи регрессияловчи бўлиб, у текис, иккинчи қирғоғи прогрессияловчи бўлиб, у ўйик, сарғиш бўлади. Шу жойда шох парданинг инфильтратцияси ва диффуз хираланиши кузатилади. 'сувчи қирғоқ тезда емирилиб, бир кеча кун давомида шох парданинг катта қисмини эгаллайди. Ярага томирлар келмайди. Кўзда оғриқ кучайиб, рангдор парда сарғиш – яшил тус олади, қорачиқ кучли орқа синехиялар ҳисобидан нотўғри шакл олади. Олд камера тубида сариқ рангли суюқ, фибрин ва лейкоцитлардан иборат гипопион пайдо бўлади. Шох парда эриши ва

тешилиши мумкин. Агар инфильтрат ушбу тешик орқали кўз ичига тушса панофтальмит ривожланади.

Шох парда ярасини даволаш умумий ва маҳаллий равишда кучли миқдорда антибиотиклар ва сульфаниламидлар қўллашдан иборат. Кўздаги оғриқни йўқотиш мақсадида ҳар соатда новокаиннинг 2% ли эритмаси томизилади. Конъюнктива қопчасига антибактериал, нейротрофик, регенератор ва бошқа дорилар томизилади. Дори томизилишдан аввал кўзни дезинфекцияловчи моддалар билан ювилади. Бундан ташқари витамин томчилар ва мидритиклар қўйланилади. Касалликнинг ўта ривожланиши кузатилса. Яранинг прогрессив қирғоғи крио- ва диатермокоагуляция қилинади, парацентез ва олд камерани кенг спектрли антибиотиклар ёрдамида ювилади. Оғриқ кучли бўлса парабульбар новокаинли блокада қилинади. Ичишга салицилатлар ва десенсибилизацияловчи дорилар берилади. Сўрдирувчи дорилардан дионин, лидаза ва бошқалар қўлланилади. Фермент ва кортикостероидлар касалликнинг ўткир даврида ишлатилмайди, регенераця босқичида эса ўта қўл келади. Кейинчалик эса хосил бўлган чандик кератопластика ёки кератопротез усулида даволанади.

#### *Туберкулез кератитлар.*

Туберкулез кератитларга гематоген метастатик кератитлар киради. Клиник жихатдан уларнинг иккита асосий тури – чуқур диффуз ва чегараланган кератитлар фарқланади.

Асосан бир кўз хасталанади. Ташҳис клиник-лаборатор текширувлар ва анамнез тафсилотлари асосида қўйилади.

*Чуқур диффуз кератит* (keratitis profundus diffusus) кўз олмаси томирларининг перикорнеал инъекцияси, бир оз ёруғликдан қўрқиш ва ёш оқиши билан кечади. Шох парда полиморф-диффуз хираланган бўлади. Шох парданинг хираланган қисмида алоҳида майда кулранг – сариқ инфильтратлар фарқланади. Лимб томондан ушбу инфильтратларга янги хосил бўлган томирлар келади. Шох парда эндотелийсида кулранг – сарғиш «мойли» преципитлар хосил бўлади. Касаллик узоқ давом этиб, ремиссиялар кузатилади. Шох парда хираланиши ўзгаришсиз қолиб, кўришнинг ўта хираланишига олиб келади.

*Чуқур чегараланган (клерозловчи) кератит* (keratitis profundus circumscriptus) кўзнинг таъсирланиши билан бошланади. Склеранинг ташқи қисмида, лимб олдида гиперемия ва шиш кузатилади. Ушбу жойдан шох парданинг ўрта ва чуқур қисмларига яқка ёки кўплаб кулранг – оқиш инфильтратлар тарқалади. Улар устидаги эпителий нотекис кўтарилган. Шох парда васкуляризацияси бошида билинмайди. Касаллик кечиши узоқ, рецидивлар кузатилади. Инфильтратлар урнида диффуз, оқиш, тилсимон хираланишлар қолади. Хираланиш ёнидаги склера юқалашиб, ялтироқ-кулранг тус олади.

Туберкулез метастатик кератитларни окулист фтизиатр билан биргаликда даволайди. Бунда умумий ва маҳаллий равишда махсус антибиотиклар, десенсибилизацияловчи препаратлар ва В гуруҳ витаминлари қўлланилади. Катта каллорияли пархез, углевод в тузларни чеклаш буюрилади. Антибиотиклар билан биргаликда кортикостероидлар, мидриатиклар, салицилатлар ва сульфаниламид даволаш барвақт бошланади. Башорат яхши.

#### *Сифилитик кератит.*

*Keratitis syphiliticus* туғма ва орттирилган бўлиши мумкин. Ушбу касаллик жуда кам учрайди ва асосан туғма сифилисда кузатилади. Яллиғланиш паренхиматоз бўлиб, шох парда стромасида вужудга келади. Асосан 5 ёш ва ундан катта бўлган болалар хасталанади. Кератит кўпинча Гетчинсон триадасининг бир белгиси сифатида учрайди.

Паренхиматоз кератит кечишида қуйидаги босқичлар кузатилади:

1) Прогрессив босқич ёки инфильтрация босқичи. Бунда лимбада тўсатдан кулранг хираланиш пайдо бўлади. Секин аста хираланиш марказга этади ва шох парда оқиш рангга киради, лекин ярага айланмайди. Таъсирланиш белгилари бошида сезиларсиз, инфильтрация кучайгач ёруғликдан кўрқиш, блефароспазм, ёш оқишиш ва оғриқ кузатилади. Касалликка рангдор парда қўшилади ва кўриш пасаяди. Инфильтрация босқичи 3-4 хафта давом этади.

2) Васкуляризация босқичида шох пардага чуқур томирлар ўса бошлайди. Улар чуқур жойлашиб, тароқсимон йўналишга эга. Баъзида уларнинг сони шунчалик кўпни, шох парда пишган олчани эслатади. Кўриш ўта пасаяди. Касаллик иридоциклит билан кечиб, 6-8 хафта давом этади.

3) Регрессив босқич таъсирланишининг пасайиши ва яллиғланишининг тугаши билан ифодаланади. Шох парда тиниқланиб, кўрши тикланади. Ушбу давр 1 йилгача давом этади.

Сифилитик кератитда асосан иккала кўз хасталанади.

Ташхислаш мусбат серологик синовларга асосланади (Вассерман, Нонне-Аппельт ва бошқалар). Бундан ташқари бешта асосий клиник белгилар учрайди: 1) даврийлик; 2) икки томонлама хасталаниш; 3) шох пардада яра хосил бўлмаслиги; 4) ҳамкор иридоциклит; 5) кўришнинг тикланиши.

Орттирилган сифилитик кератит бир томонлама, енгил ўтади ва қисқа муддат кечади. Башорат яхши.

Сифилитик кератитни даволаш тери-таносил диспансерида ўтказилади. Махсус даволашда антибиотиклар, симоб ва мышьякдан фойдаланилади. Маҳаллий равишда антибиотиклар томизилади, салицилатлар, витаминлар, циклофосфан, атропин қўлланилади.

Касалликнинг бошланғич босқичларида кортикостероидлар томизилади. Касаллик тинчий бошлагач сўрдирувчи даволаш ўтказилади.

### **Инфекцион-аллергик кератитлар**

*Фликтенулез кератит* туберкулез интоксикацияси натижасида юзага келади. Фликтена носпецифик яллиғланиш субстрати бўлиб, унда касаллик чакирувчи йўқ. У эпителиоид, лимфоид ва гигант хужайралардан иборат бўлиб, папулани эслатади. Пуфакча пролифератив жараёнлар натижасида тугунчага айланади. Фликтенулез натижасида тугунчага айланади. Фликтенулез кератитнинг бир нечта тури фарқланади: юза фликтенали, чуқур инфилтратли, фасцикуляр, панноз, некротик.

Асосан *фасцикуляр кератит* ёки «жахонгашта фликтена» учрайди. Бунда прогрессив қирғоқли инфилтрат шох парда четида ҳосил бўлади ва марказга томон сурилади. Унинг ортидан томирлар ўсиб, кометани эслатади. Жараён кучли шох парда синдроми ва сезувчанликнинг ортиши билан кечади. Касаллик мавсумий, давом этиши 1-2 ой. Даволаш аллергия ва яллиғланишига қарши воситалар ёрдамида ўтказилади. Умумий даволаш фтизиатр томонидан ўтказилади (стрептомицин, фтивазид ва бошқалар).

### **Вирус кератитлар**

Асосан офтальмогерпес касаллиги учрайди. Йилига дунё бўйича 400-500 минг одам ушбу хасталикка чалинади. Уни чакирувчи оддий герпес вирусли (*Herpes simplex*) филтёрловчи вируслар сафига кириб, нейротроп хусусиятга эга ва у контакт ҳамда заво йўлларида одам организмига киради.

Умуман, барча инсонлар ушбу вирусни олиб юривчи ва потенциал юктирувчи бўлишлари мумкин. Вирусни фаоллашуви ва организмнинг қаршилиги пасайиши иситмалаш, совуқ қотиш, эмоционал стресслар, эмлаш, қизиб кетиш, нейронэндокрин ўзгаришлар натижасида келиб чиқади.

Касаллик кўпинча тизим зарарланиши, яъни тери, шиллик қабатлар, марказий ва периферик асаб тизими, жигар ва кўз хасталаниши билан кечади. Герпетик кератитларнинг умумтанланган таснифи 1973-1980 йилда Ю.Ф.Майчук томондан таклиф этилган. Ушбу тасниф бўйича бирламчи герпес – унда организмда ушбу вирусга антитаналар учрамайди ва бирламчидан кейинги – унда антитаналар учрайди, фарқланади.

Клиник кўринишга қараб:

*Везикулез кератит*. Бунда шох пардада сероз суюқлик эпителийни кўчириши натижасида якка ёки кўплаб кулранг пуфакчалар пайдо бўлади. Улар кейинчалик ёрилиб ярачалар ҳосил қиладилар. Шох парданинг сезувчанлиги пасаяди. Эпителийнинг регенерацияси трофика бузилиши сабабли секинлашади. Агар ўзгариш олд чегара мембранасини қамраб олса, кейинчалик хираланиш қолади.

*Дарахтсимон кератит.* Ушбу кератит бирламчи пуфакчалар ҳосил бўлиши билан белгиланади, кейинчалик улар чуқур қаватларга тарқалади. Касаллик нерв толалари бўйича тарқалади ва касалликка томирли парда кўшилиб, эндотелийда преципитатлар ҳосил бўлади. Кўпинча десцемет мембранасининг бурамалари ҳосил бўлади. Агар ўзгариш тарқалиши кучайса шох парда юзаси жуғрофий харита кўринишини олиб «Харитасимон» кератит юзага келади. Бу турдаги кератит чуқур ҳисобланади.

Ушбу кератитда шох парда эпителийси катта қисмининг емирилиши натижасида иккиламчи бактериал ёки замбуруғли инфекциялар кўшилиши мумкин. Кератитларнинг юқоридаги турида қаттиқ оғриқ, блефароспазм кузатилади. Кератитнинг ушбу турларини клиник кўринишига қараб ташхислаш жуда осон.

Стромал кератитларнинг 3 хилдаги кўриниши учрайди.

*Дисксимон кератитда* чуқур инфилтрат шох парданинг марказий қисмида бўлиб, дискни эслатади. Баъзан диск олдида шох парда юзасининг нотекислиги ёки эпителий тешиклари ва майда пуфакчалар бўлиши кузатилади. Диск парацентрал жойлашганда касаллик клиникасининг атипик кечиши кузатилади. Бундан ташқари стромал кератитнинг *ўчоқли* ва *диффуз* турлари учраши мумкин. Ушбу кератитларда ирит ва ирридоциклитлар кузатилади.

*Шох парданинг герпетик яраси* асосан дарахтсимон кератитнинг чуқурлашуви натижасида келиб чиқади. Бунга кўпинча нотўғри даволаш сабаб бўлади. Яра аста секин, узоқ вақт давомида, оғриқсиз кечади. Даволашга қарамадан десцеметоцеле кузатилиши мумкин.

*Герпетик кератоувеитларда* кератит белгилари билан бирга томирли парда хасталаниши кузатилади. Ушбу хасталикда шох парда турли қисмларида кулранг инфилтратлар учраши, яра бўлиши, десцемет қавати бурмалари, преципитатлар, олд камерада экссудат, рангдор пардада янги томирланиш, орқа синехиялар, буллез кератопатия, кўз ички босими кўтарилиши кузатилади. Касаллик узоқ кечганда шох парданинг юза ва чуқур васкуляризацияси, асоратли катаракта ривожланиши мумкин.

*Постгерпетик кератопатия.* 2 клиник тур: эпителиопатия ва буллез кератопатия шаклида фарқланади. Бунда шох парда эпителийсининг кўтарилиб туриши, пуфакчалар ҳосил бўлиши, шох парда юзасининг нотекислиги, сезувчанликнинг йўқолиши кузатилади. Пуфакчалар ҳосил бўлиши, ёрилиши ва йўқолиши кузатилиб туради. Оғриқ унча билинмайди, Касаллик узоқ вақт давом этади ва кўришнинг сезиларли пасайишига олиб келади.

Герпетик кератитларни қиёсий ташхислашда қуйидаги белгилар катта ўрин тутаяди:

- пуфакча ҳосил бўлиши, инфилтратнинг дарахтсимон ёки нотуғри шаклда бўлиши;

- инфилтрат кулранг;

- шоҳ парда сезувчанлиги иккала кўзда пасайган, лекин уч шоҳли нерв невралгияси учраши;

- шоҳ парда томирланмаган;

- кечиши оғир, ўткирлатув ва ремиссиялар билан;

- касаллик ўтказилган юқумли касалликлар ва жароҳатдан сўнг келиб чиқади;

- эпителий қирмасида оддий герпес вируси аниқланади;

- касаллик антибиотик ва сульфаниламид воситаларга резистент;

- хужайрада специфик антитаналари аниқланади

- герпетик полиантигенга тери синовлари мусбат.

Герпетик кератитнинг турлари кўплиги касалликнинг кеч аниқланиши ва даволашнинг кеч бошланишига сабаб бўлади.

Вирусга қарши кимётерапия, махсус патогенетик даволаш усуллари ва микрохирургия усулларининг ривожланиши натижасида кератитларни даволашда катта ютуқларга эришилди.

Кератитларни даволаш қуйдагиларни ўз ичига олади:

1. Вирус билан зарарланмаган тўқималар ҳимояси.

2. Вирус билан зарарланган тўқималар ҳимояси.

3. Яллиғланишга қарши кураш.

4. Шоҳ парда стромаси коллаген некрозига қарши кураш.

5. Зарарланган тўқималар чандиқланишини олдини олиш.

6. Махсус ҳимоя йўналишларига таъсир

7. Носпецифик резистентлик йўналишларига таъсир.

Даволаш услубини танлаш касалликнинг клиник тури, босқичи ҳамда организмнинг умумий ҳолати, ҳамкор касалликларини ҳисобга олиб ўтказилади.

Вирусга қарши курашда Идоксуридин (ИДУ), Интерферон ва унинг индукторлари, махсус вакцина ва иммуноглобулинлар қўлланилади.

Шуни таъкидлаш лозимки, кўпчилик вирусга қарши препаратлар ўта зарарли ёки таъсири паст бўлиб чиқди. ИДУ кератитларнинг юза турларида ўта таъсирчан, лекин чуқур кератитларда бефойда, бундан ташқари узоқ вақт

давомида қўлланилганда шох парда ва конъюнктивага токсик таъсир кўрсатади. Бу холларда Оксолин, Теброфен, Флоренал, Госсипал, Виролекс (Ацикловир) қўллаш мақсадга мувофиқ. Олимлар томонидан Флореналнинг узок таъсир этувчи ва конъюнктива ости инъекцияси учун эритмалари таклиф этилган. Бундан ташқари дори воситаларининг узок вақт давомида таъсир этиши учун кўз доривор плёнкалари кашф этилган.

Герпетик кератитда концентрланган лейкоцитар интерферон ва унинг индукторлари ижобий таъсир кўрсатади. Продгиозон, пирогенал ва интерфероногенларни юбориш ижобий терапевтик таъсир кўрсатади. Герпесга қарши зардобнинг таъсири ўта паст, лекин касаллик рецидивларини олдини олишда у кучли профилактик воситадир. Унга хамкор интерферон индукторларидан фойдаланиш мақсадга мувофиқ. Физиотерапия усулларидан рентгенотерапия, ультратовуш, диадинамотерапия, дорили электрофорез, фонофорез самарали. Магнитотерапия оғриқ ва ёруғликдаш кўрқишни йўқотиб, шох парда трофикасини тиклаши эвазига герпеснинг оғир турларида ўта самарадор.

Микрохирургиянинг ривожланиши бар вақт кератопластика ёрдамида касалликни радикал даволашга олиб келди. Вирусга қарши аргонлазеркоагуляция ўзининг кам жароҳатлаши, анестезиясиз қўлланилиши ва ярага тегмаслиги сабабли ижобий таъсир кўрсатади.

Кортизоннинг кичик миқдорда қўлланилиши JgA нинг миқдорини мўътадиллаштириб, касаллик рецидивини олдини олади. Иммунитет пасайганда Левамизол қўллаш мақсадга мувофиқ.

Шундай қилиб касалликнинг биринчи босқичида ИДУ, флоренал, аденин-арабинозид, орторимидин, интерферон қўллаш, иккинчи босқичида эса иммуно-фармологик, яллиғланишига қарши ва патогенетик даволаш мақсадга мувофиқдир. Ностероид яллиғланишга қарши воситалар (бутадион, индометацин, ибупрофен) қўллаш самаралидир. Агарда аллергия ҳолат кўшилса фенкарол ва бошқа антигистамин дорилар қўллаш мақсадга мувофиқ. Организмда интерферон ишлаб чиқариш сусайганида интерферон индукторлари продгиозан, пирогенал, полудан қўлланилади. Шох парда озикланишни тиклаш мақсадида В гуруҳ витаминлар ва тўқима терапияси самарали.

Сўрдирувчи воситаларидан лидаза, лекозим, кукумазим, стрептодеказа каби ферментлар қўлланилиши касалликнинг асоратсиз ўтишига асос бўлади.

### **Модда алмашинувчи бузилиши натижасидаги ва бошқа кератитлар**

*Авитаминоз кератит.* Бунда тери, шиллик парда ва кўз томонидан ўзгаришлар кузатилади. Бу касаллик асосан ошқозон-ичак трактининг кучли ўзгаришлари, ўпка касалликлари ва сепсисда юзага келади.

Бирламчи прексероз ҳолати юзага келиб, кўз тирқишида кўз ёши қурийд. Шох парда хираланиб, ялтироқлиги йўқолади ва сирти қурийд.

Эпителиал ксероз даврида кўз тирқиши ойсимон бурмаларида қурук тангачалар ҳосил бўлиб, шох парда эпителийси қуриб, кўча бошлайди (гиперкератоз). Бунда РР, В<sub>1</sub>, В<sub>2</sub> витаминларининг етишмовчилиги кузатилади.

Даволаш учун умумий ва маҳаллий тарзда витаминлар юборилади, асосий касаллик даволанади. Башорат яхши.

*Замбуруғли кератитлар* ёки кератомикозлар сурункали кечувчи кератоконъюнктивитни эслатиб, секин аста ва бир оз ажралма ҳосил қилиб боради. Ташҳислаш лаборатор усулда замбуруғларни аниқланишига асосланади. Бундай кератитлар аста, корнеал синдром унча ривожланмаган ҳолда ўтади. Шох пардада майда ипсимон ва унсимон бўш – қурилиш инфилтратлар ҳосил бўлиб, уларнинг ранги кулранг, чегараси аниқ, сарғиш хошияли. Касаллик узоқ давом этади, даволашга таъсирчанлиги паст. Даволаш антиминокоз воситалар (амфотеррамицин, трихомицин, нистатин) ва симптоматик дори-дармонлар ёрдамида ўтказилади. Бундан. Ташқари сульфаниламидлар, цинк ва резорцин қўлланилади. Механотерапия, инфилтратларни эфир, Bryll.Gruni спиртли эритмаси, приотерапия усулларида қўйдириш тавсия этилади.

Шундай қилиб, кератитларни тўғри ташҳислаш ва ўз вақтида ўринли даволаш ва профилактик муолажалар ушбу касаллик бўйича кўришнинг пасайиши ҳамда кўрликнинг камайишига олиб келади.

### **Машғулотда қўлланиладиган янги педагогик технологиялар:**

#### **«Ўргимчак ини»**

#### **«ЎРГИМЧАК ИНИ» УСУЛИНИ ҚЎЛЛАШ**

16. Талабаларга ўтган дарслардан саволлар тайёрлаш учун вақт берилади.
17. Иштирокчилар доира бўлиб ўтиришади.
18. Иштирокчиларнинг бирига ип билан боғланган коптокча берилади, у хоҳлаган талабага ўзи олдиндан тайёрлаган саволни ( жавобни ўзи билиши шарт) бериб, коптокчани топширади.
19. Коптокчани олган талаба саволга жавоб беради (савол берган иштирокчи жавобни шарҳлаб туради) ва саволни бошқа иштирокчига беради. Бу мусобака ҳамма иштирокчилар “ўргимчак ини”га ўралгунча давом этади.
20. Ҳамма талабалар савол бериб бўлгач, охирга талаба қўлидаги коптокчани биринчи савол берган иштирокчига қайтаради ва унга савол беради ва х.к., бу ҳол чигал ечилгунга қадар давом этади.  
Эслатма: талабалардан ҳар бир жавобга эътиборли бўлиш талаб қилинади, чунки олдиндан қайси талабага коптокча берилиши номаълум.

### **6.2. Тахлилий қисми**

### **Вазиятли масала:**

1. Бемор 35 ёшда. Икки кун аввал ўнг кўз шох пардасига ёт жисм тушган. Ёт жисм навбатчи шифокор томонидан олиб ташланган. 2 кун кўзга дори томизган, лекин кўз таъсирланиб, қаттиқ оғриқ, ёш оқиши, ёруғликдан кўрқиш кузатилган. Объектив: OD Блефароспазм, аралаш инъекция. Шох парда марказида тўқима некрози, йиринг дефект, олд камерада 3 мм йирингли кузатилади. морачиқ торайган. Кўриш ўткирлиги 0,05.

Текширув натижасида диагноз қўйинг.

Даволаш.

Жавоб. Шох парда сурилувчи яраси, махаллий левомецетин, хинин, атропин, мушак орасига катта миқдорда антибиотиклар.

2. Бемор 21 ёшда. Дарахтсимон герпетик кератит билан 2 йил давомида оғрийди, флоренал билан даволанади. Шифокор дексаметазон томчиларини махаллий буюрган. Объектив: OS кўз таъсирланган. Соат 9 да парацетал шох парда дефекти кузатилади. Йиринг йўқ. морачиқ торайган. Шох парда эндотелийсида кулранг майда нуктасимон преципитатлар бор. Шох парда сезувчанлиги йўқ. Томирланиши йўқ.

Текширув натижасида диагноз қўйинг.

Даволаш.

Жавоб. Шшох парданинг герпетик яраси , махаллий ацикловир 3% суртмаси буюрилди.

3. Бемор 43 ёшда 3 кун аввал ангина ўтказган ва иситмаси кўтарилган. Бир кун олдин ёруғликдан кўрқиш, ёш оқиши, кўз қизариши ва кўзда бир оз оғриқ пайдо бўлган. Даволанмаган.

Объектив: OD кўз таъсирланган, шох пардада эпителиал қаватида кулранг нуктасимон инфилтратлар бор. Шох парда сезувчанлиги пасайган. Кўриш ўткирлиги = 0,8.

Объектив текширувлар натижасида диагноз қўйинг.

Даволаш.

Жавоб. OD нуктасимон герпетик кератит, махаллий Офтан-иду ва Флореналь суртмаси буюрилди.

### **6.3. Амалий қисми**

#### **АМАЛИЙ КЎНИКМА №4**

## ЁРУҒЛИК СЕЗИШНИ АНИҚЛАШ

**Мақсад:** предмет кўриш йўқлигида ёруғлик сезиш қобилиятини аниқлаш

**Махсус мосламалар:** стол лампаси, офтальмоскоп

№	Бажариш босқичлари	Бажарилмади (0 балл)	Тўлиқ тўғри бажарди
1	Хар бир кўзни алоҳида текширилади. Бир кўзни тўсиқ ёрдимида ёпилади.	0	15
2	Лампа беморни чап томонида орқасида ўрнатилади.	0	15
3	Қавариқ кўзгу ёрдамида лампадан ёруғлик текширилаётган кўзга нисбатан хар ҳил томондан (тепадан, пастдан, ўнг ва чап) юборилади.	0	15
4	Агар текширилувчи ёруғликни ва уни қайси томонидан тушаётганини тўғри аниқласа шу томонидан кўриш қобилиятини ёруғликни тўғри проекцияда сезади деб баҳоланади:  $Vis = \frac{1}{\infty} \text{pr. l. certa}$	0	20
5	Агар текширилувчи ёруғликни ва уни қайси томонидан тушаётганини сезмаса ёки нотўғри аниқласа унда кўриш қобилиятини ёруғликни нотўғри проекцияда сезади деб баҳоланади:  $Vis = \frac{1}{\infty} \text{pr. l. incerta}$	0	20
6	Агар текширилувчи умуман ёруғлик сезмаса кўриш қобилияти нольга тенг ҳисобланади ( $Vis=0$ ).	0	15
	<b>ЖАМИ:</b>	0	100

## 10. Назорат учун саволлар

1. Аҳоли ўртасида кератитларнинг тарқалиши қандай.
2. Кератитларнинг асосий турлари айтиб беринг.
3. Кератитларнинг асосий белгиларини айтиб беринг.
4. Кератитларнинг асосий ташхислаш усулларини келтиринг.
5. Кератитларнинг даволаш йўналишларини айтиб беринг.
6. Кератитларнинг қандай асоратлари учраши мумкин.
7. Кератитларни олдини олиш мақсадида қандай маҳаллий ва умумий профилактик муолажалар ўтказилиши зарур.

## 11. Адабиётлар

### Асосий

- 10.Ерошевский Т.И., Бочкарева А.И. «Глазные болезни», 1989г., 263с.
- 11.Хамидова М.Х. «Куз касалликлари», 1996 й.,334 с.
- 12.Ковалевский Е.И. «Глазные болезни» 1995 г., 280 с.
4. Федоров С.Н.и др. «Глазные болезни» М. 2000г., 125 с.
5. Jack J. Kanski. /Clinical Ophthalmology. A systematic Approach. Atlas/ “Butterworth Heineman”, Oxford, UK 2005 у., 372 с.
- 6.Jack J. Kanski. /Clinical Ophthalmology. A systematic Approach./ “Butterworth Heineman”, Oxford, UK 2005 у., 404 с.
7. Маърузалар материаллари.

### Қўшимча

- 8.Сидоренко Е.И. «Офтальмология», М. 2003г., 404 б.
- 9.Капаева Л.А. «Глазные болезни», М. 2002 г., 512 б.
- 10.Ченцова О.Б. «Туберкулез глаз». М.Медицина 1990г., 255б.
- 11.Астахов Ю.С. «Глазные болезни», справочное пособие, 2004, 183 б.
- 12.Ковалевский Е.И., “Глазные болезни”, Атлас, Москва,“Медицина”1985 г.,273 б.
13. М.N.Emerah, “Fundamentals of ophthflmology”, Egypt,1994., 497 б.
14. Нестеров А.П. “Глаукома” 1995 г, 168 б.
15. Интернет маълумотлари куйидаги сайтлардан олинди:  
[www.opthmology.ru/articles/120.html](http://www.opthmology.ru/articles/120.html),[www.nedug.ru/opthmology/34art.html](http://www.nedug.ru/opthmology/34art.html)  
[www.eyenews.ru/html-67](http://www.eyenews.ru/html-67),[www.helmholtzeyeinstitute.ru/articles/1.2html](http://www.helmholtzeyeinstitute.ru/articles/1.2html)  
[www.eyeworld.com/opth.articles/html-89](http://www.eyeworld.com/opth.articles/html-89),[www.scientific-vision.com/html-opth](http://www.scientific-vision.com/html-opth)

## №8 АМАЛИЙ МАШҒУЛОТ

### ГЛАУКОМА

#### 1. Машғулот ўтказиш жойи, жихозланиши

- кўз касалликлари кафедраси;
- мавзуга оид касаллар, 13 Дпт лупа, стол лампаси, офтальмоскоп, яллиғланишга қарши дори воситалари, антибиотиклар, янги ахборот технологиялар воситалари, кўргазмали қуроллар, слайдлар, видеофилмлар
- ЎТВ: слайдоскоп, TV-видео.

#### 2. Машғулотнинг давомийлиги

- 5 соат

#### 3. Машғулотнинг мақсадлари

Мавзуни асослаш ва ушбу машғулотнинг нимага қаратилганлиги қрсатиш

##### Вазифалар

*Талаба билиши керак:*

1. Глаукома хавф факторларини
2. Ёпиқ ва очиқ бурчакли глаукома клиникасини
3. Глаукома ўткир хуружи клиникасини
4. Глаукома ўткир хуружи дифференциал диагностикасини
5. Биринчи ёрдам кўрсатишни (ўткир хуружни бартараф қилишни)
6. Шу патологияли беморлар кун тартибини
7. Глаукоманинг профилактикасини

*Талаба қила олиши керак:*

1. Кўз олмаси тонусини аниқлаш (норма, ошиши, пасайиши)
2. Кўриш ўткирлигини аниқлаш
3. мочрачикларни ёруғликка сезгирлигини аниқлаш

#### 4. Мавзуни асослаш

Назла касаллиги - қайтмас кўрликка олиб келувчи кўзнинг оғир касалликлари гуруҳига киради. Ҳар қандай ихтисосдаги бўлажак шифокорлар глаукома тананинг умумий касалликлари фонида келиб чиқишини билишлари жуда муҳимдир (атеросклероз, қандли диабет, гипертония).

Ўзбекистонда кўрлик бўйича ногиронлик сабаблари ичида назла 2-3 ўринда туради. Шу туфайли унинг этиологияси, клиникаси, диагностикаси ва ихтисослашмаган ҳамда ихтисослашган тиббий ёрдам беришга ката ёрдам берилиши лозим.

##### 4. Фанлараро ва Фан ичида боғлиқлик

Бўлажак умумий амалиёт шифокорлари ўзларининг иш фаолиятлари давомида кўпинча назла муаммоси билан учрашиб турдилар.

Оммавий профилактик кўриклар натижасига кўра, 40 ва ундан юқори ёшдаги соғлом аҳоли орасида касаллик 12% холларда учрайди, глаукоманинг ижтимоий аҳамияти ҳам юқори бўлиши Ушбу касалликнинг меҳнатга лаёқатли аҳоли орасида учрашига бориб тақалади.

Глаукома туфайли келиб чиққан кўрликка қарши курашиш нафақат кўз шифокорларининг муаммоси, балки умум тиббий аҳамиятга эга бўлган глобал муаммодир. Шу туфайли барча мутахассисликдаги шифокорлар бу касалликнинг белгиларини, айниқса, эртанги симптомларни билшлари шарт, ҳамда уларининг Яна бир вазифаси актив профилактик кўриклар ўтказиш орқали касалликни иложи борича эртароқ аниқлаб, тезроқ даволашни йўлга қўйиш ва у тадбирлар орқали глаукома сабаби бўлган кўрликни олдини олишдир.

## **6. Машғулот мазмуни:**

### **6.1 Назарий қисми**

Кўз касалликлари орасида бирламчи назла энг оғир кўрликка олиб келувчи, шу сабабли чуқур ногиронликка олиб келувчи, баъзида тузатиб бўлмайдиган касалликка киради. Бу кортико-сенсор касаллик бўлиб, кўз ички босимини кўтарилиши, кўрув майдонини торайиши, адаптацияни бузулиши, кўрув нерви ва кўз олмасида органик ўзгаришларнинг тараққий этиши асосий белгиларидан ҳисобланади. Буларга кўрув нерви дискининг (КНД) экскавацияси ва рангини ўзгариши, қон томирларини силжиб қолиши ва яна олд камера бурчагидаги трабекуляр аппаратда, шлеммов каналда бўладиган ўзгаришлар киради.

майси касбда бўлмасин келажакда бўладиган врачлар бирламчи назлани баъзи умумий касалликлар (атеросклероз, қандли диабет, гипертония касаллиги) билан боғлиқ холда ёки насл орқали ўтишини билишлари керак.

Назла касаллиги 40 ёшдан ошган кишиларда пайдо бўлиши мумкин. Бу касаллик Ўзбекистонда кўрлик бўлиши сабаблари орасида 2-3 ўринни эгаллайди. Шунинг учун назланинг келиб чиқиш сабаблари, белгилари, солиштирма ташҳиси, касбсиз врачлик ёрдамини кўрсатиш ( айниқса ёпиқ бурчакли ўткир хуружли назлада ) диспансер кўригидан ўтказиш ва назланинг беморларни реабилитация қилиш (консерватив ва жарроҳлик даволаш)га катта аҳамият берилади.

Офтальмолог бўлмаган врачлар бошқа касалликларда умумий таъсир қилувчи баъзи дориларни, назланинг кечишига патологик таъсир кўрсатиб, кўз ички босимини кўтариб, ўткир хуружга олиб келиши кўп холларда ёлғиз кўрадиган кўздаги кўришни йўқолишига олиб келишини билишлари зарур.

А.П. Нестеров ва А.Я. Бунин бўйича бирламчи назланинг классификацияси:

1. Этиологияси.
2. Назланинг шакли:

**А. Ёпиқ бурчакли**

Б. Очиқ бурчакли

**В. аралаш**

Г. гиперсекрецияли

3. Босқичи бўйича

А. 1 бошланғич

Б. 2 ривожланган

В. 3 узоқ давом этган     Г. 4 терминал

4. Кўз ички босими ҳолати бўйича:

А. «а» нормал ИБ билан

Б. «в» меёрида ошган ИБ билан

В. «с» баланд ИБ билан

5. Кечиш ҳолати бўйича:

А. Стабиллашган

Б. Стабиллашмаган

1. Ёпиқ бурчакли назланинг ўткир хуружи.

**Назланинг ўткир хуружи.**

1. Субъектив белгилари- кўп вақт бошланиши мумкин: эрталабга яқин, эмоционал ҳолатдан кейин, узоқ вақт қоронғида бўлганда ёки бошни энгаштириб ишлаганда, алкоголь ёки атропин, платифиллин, скополамин, беладонна, кофеин препаратларини истеъмол қилинса:

**А) бемор кўзи оғриган томонда бошни қаттиқ оғришидан уйғонади**

Б) кўзда қаттиқ оғрик бўлиши

В) кўнгил айнаш

**Г) кўсиш**

Д) баъзида ҳарорати ёки қон босмини кўтарилиши

Е) кўришнинг пасайиши.

2. Объектив белгилари:

**А) қовоқлар шишган**

Б) кўз тирқиши торайган

В) цилиар веналар димланган

Г) шох парда шишган, хиралашган, сезгирлиги йўқ

Д) олд камера саёзлашган

Е) рангдор парда шишган, қорачиқ максимал кенгайган, реакцияси йўқ, яшилроқ рангда

Ж) нарсаларни кўриш пасайган ёки йўқ.

Даволаш.

1.Маҳаллий - кўзга тез-тез (ҳар 15 мин.) 1-6 % ли пилокарпин томизиш.

2.Умумий --- сийдик ҳайдовчи – диакарб, тузли сурги; осмотерапия – монитол, глицерин, глицерол, қонни тарқатиб юбориш учун оёққа иссиқ ванна, касал кўз томон чаккасига зулук қўйиш.

3.Жароҳлик: агар консерватив даволаш 24 соат ичида ҳуружни қолдирмаса жарроҳлик йўли билан даволаши зарур.

### ЭСКТРЕМАЛ ҲОЛАТЛАР.

Умумий практика врачлари назланинг ўткир ҳуружи ва тинч кўзда тўсатдан оғриқсиз кўришни пасайган касалларда тўғри ташҳис қўйиб, биринчи шифокор ёрдамларини беришлари керак, касалликни вақтида аниқлаб, ёрдам бериш тезлигига унинг ривожланиши ва беморнинг кейинги тақдири боғлиқ.

### НАЗЛАНИНГ ЎТКИР ҲУРУЖИ.

Одатда назланинг ўткир ҳуружи асабга таъсир қилувчи ҳолатларни ўтказгандан сўнг эрталаб , қоронғи ҳонада ёки бошни энгаштириб узоқ ишлагандан сўнг, олд камера бурчаги анатомик тор бўлган шахсларда ривожланади. Беморлар бош, кўзда, эпигастрал ва юрак соҳасида қаттиқ оғриқ бўлаётганига шикоят қиладилар. Кўпинча кўнгил айнаш ва қусиш, қон босимини ошиши ҳам бўлиши мумкин, бу эса беморни терапевтик ва юқумли касалликлар бўлимларига дислокация этилишига сабаб бўлади.Бундай беморларни кўрганда- ковоқларида шиш, кўз олмаси томирларини димланган инъекцияси, шох пардада шиш ва сезувчанликни йўқолиши, олд камера саёзлиги, қорачиқни кенг ва яшил тусда бўлиши, чироққа реакцияси бўлмаслиги кузатилади. Пальпация қилганда кўз тошдек қаттиқ бўлади. Кўрув ўткирлиги “”0” гача пасайиши мумкин. Кўз ички босимининг ошиши кўрув нерви атрофияси ва кўришни қайтариб бўлмайдиган кўрликка олиб келиши мумкинлиги учун назланинг ўткир ҳуружи ҳолатидаги беморлар офтальмология бўлимида тез ёрдам берилишига муҳтождирлар.

ДАВОЛАШ. Назланинг ўткир ҳуружини олиш учун 1-6 %ли пилокарпин ҳар 15 минутда қорачиқни торайтириш учун томизиш тавсия этилади. Миядан ортиқча суюқликни чиқариш учун , сийдик ҳайдовчи диакарб 0,25 (диамокс ёки фонурит) , ҳамда организмдан суюқликни чиқарувчи тузли юритгувчилар, қонни организмда қайта ўрин алмашинувчи оёқларга иссиқ ванна ва қондаги осмотик босимни ошириш учун глицерол ёки мочевина ичиши буюрилади. Агарда 1 кун (24 соат) давомида ҳуруж олинмаса беморга антиглаукоматоз операция--- базал иридэктомия қилиниши керак.Назлани ўткир ҳуружини умумий касалликилардан гипертоник криз, овқат билан заҳарланиш, ҳамда

Ўткир иридоциклит билан солиштириши керак. Иридоциклитда шох парда тиник, олд камера ўрта чуқурликда, қорачиқ тор, кўпинча нотўғри шаклда, кўз олмаси пальпация қилинганда оғрийдиган, кўз ички босими нормада ёки паст бўлади.

### **Машғулотда қўлланиладиган янги педагогик технологиялар:**

"Муаммони хол килиш усули".

Мавзу: "Назла"

Утказув жойи: Уқув аудиторияси.

Зарур: Уқитувчи ва талабалар.

Утказув вақти: 40 дакика.

Уқитувчи:

"Бирламчи ва иккиламчи назла" хақидаги билимларни мустахкамлаш учун муаммони хол килиш усулидан фойдаланамиз.

Топширик мавзуси: "Ўткир назла хуружи"

Уқитувчи:

3 кишидан иборат 3 гуруҳга булинг. Биринчи гуруҳ 'А' иккинчиси- 'Б' учинчиси 'В'.

Талабалар гуруҳларга булинадилар.

Уқитувчи:

Энди 'А', 'Б', 'В' гуруҳидаги ҳар бир талаба 1,2,3-нашр буйича булинадилар.

Уқитувчи:

Бир хил номерли талабалар бирлашиб 1,2,3 гуруҳларга йигилинг.

Талабалар 1,2,3 гуруҳларни ҳосил қиладилар.

Уқитувчи:

1 гуруҳга топширик: ўткир назла хуружи клиникаси:

2 гуруҳга топширик. Ўткир назла хуружида биринчи ердам курсатиш.

3 гуруҳга топширик: ўткир назла хуружини ихтисослашган офтальмологик клиникада даволаш.

Муҳокама учун вақт-15 дакика

Талабалар берилган вақт давомида топширикни муҳокама қиладилар.

Уқитувчи:

Вақт тугади. Энди 1,2,3 гуруҳлардан аввалги а,б,в гуруҳларга кайтинг ва уз гуруҳингизда 1-гуруҳ талабалари “Уткир назла хуружи клиникаси”ни 2-гуруҳ талабалари “уткир назла хуружида” биринчи ердан курсатишни 3-гуруҳ талабалари “ихтисослашган офтальмологик клиникада уткир назла хуружини даволаш” хақида гапириб беринг. Муҳокама учун вақт-15 дақиқа.

“1”, “2”, “3” гуруҳ талабалари, узгариши бошлангич “А”, “Б”, “В” гуруҳларига кайтадилар, 15 дақиқа давомида таҳлил қилинади.

Уқитувчи:

–Вақт тугади. 1 гуруҳдан битта талаба назлани уткир хуружи клиникаси хақида бизга маълумот беринг, шу гуруҳдан 2та талаба уни жавобини тулдиринг.

1 гуруҳдаги битта талаба назлани уткир хуружи хақида маълумот беради, шу гуруҳдан 2та талаба жавобга қушимчалар киритади. Доклад вақти-5 дақиқа.

Уқитувчи:

2 гуруҳдан битта талаба назлани уткир хуружида биринчи ердан хақида гапириб беради, шу гуруҳдан 2та талаба жавобни тулдиради. 2 гуруҳдан талаба назлани уткир хуружида биринчи ердан хақида маълумот беради, қолган 2та талаба жавобга қушимча киритилади. Доклад ва жавобга тулдириш киритиш вақти-5 дақиқа.

Уқитувчи:

3 гуруҳдан битта талаба назлани уткир хуружини ихтисослашган офтальмологик клиникада даволаш хақида гапириб беради, шу гуруҳдан 2та талаба тулдириш киритади. 3 гуруҳдан битта талаба назлани уткир хуружини

ихтисослашган офтальмологик клиникада даволаш хакида маълумот беради, колган 2та талаба кушимчалар киритади –5 дакика мобайнида.

Доклад вақти –15 дакика.

Докладни таҳлил қилиш ва тулдириш киритишда “а”, “б”, “в” ва “1”, “2”, “3” гуруҳ талабалари катнашиши мумкин.

Уқитувчи жавоб натижаларини баҳолаб, узи кушимчалар киритади.

“Назла” мавзуси буйича “Қор учқуни услуги”.

Утказув жойи:

Уқув хонаси.

Қерак:

Уқитувчи, талабалар, доска, мел

Утказиш вақти:

20 дакика

Уқитувчи:

Назла уткир хуружи клиникасини мустаҳкамлаш учун назла уткир хуружи дифференциал диагностикаси ва уткир иридоциклит мавзулари услубида таҳлил қиламиз.

Масалани таҳлил қилиш учун 2та гуруҳга булинг.

Талабалар 1 ва 2 гуруҳларига булинади.

Уқитувчи доскани 2га булади ва 1, 2 гуруҳларини езади. Топширикни тушунтиради.

Уқитувчи:

2та гуруҳда биттадан талаба навбатма-навбат назла уткир хуружи клиникаси, дифференциал диагностикаси ва иридоциклит уткир хуружи клиникаси ва диф. диагностикаси айтади. Жавоб тугри булса шу гуруҳга 1 еки 2 қор парчаси қуринишида белгилайман.

Иккала гуруҳда талаба назла уткир хуружи ва уткир иридоциклит дифференциал диагностика мезонларини

купрок тугри жавоблар туплаш макседида навбатма-навбат айтади. Талаба нотугри жавоб берса, уша гурухга кор парчаси берилмайди.

Хар бир тугри жавоб уша гурухга кор парчаси куринишида укитувчи томонидан балл сифатида берилади.

Утказиш вакти:

10 дакика.

Укитувчи:

Иккала гурухда кор парчаси куринишидаги олинган балларни хисоблайди купрок балл йиккан гурухга укитувчи аъло бахо куяди.

Укитувчи машгулотни якунлайди - 10 дакика.

## 6.2. Тахлилий қисми

### Вазиятли масала:

- 1) Бемор 50 ёшда. Ўнг кўзи соғлом. Чап кўзи: эрталаб кўз олдида туман ва чироққа караганда айланма пайдо бўлади. Объектив кўрганда КИБ 35 мм. сим. уст. Пилокарпин 1% эритмасини 3 маҳал томизилганига карамасдан кўз фаолиятлари ёмонлашди, кўриш ўткирлиги 0,6 тўғирланмайди. Кўрув майдони 20° га торайган. Гониоскопия: бурчакнинг хама қисмлари рангли парданинг илдизи билан бекилган. Кўз туби: кўрув нерви дискининг ранги оқиш, назла экскавацияси.

Ташҳисингиз: Ёпиқ бурчакли II «с» назла

Даволаш тавсиялари: назлага қарши операция

- 2) Бола, ёши 1 ой. Чап кўзи соғлом. Ўнг кўзи: кўз олмаси катталашган. Шох парда диаметри норма ҳолатидан 2 мм га катталашган. Шох парда бир оз хиралашган, олдинги камера чуқур, қорачиқ кенгайган ва унинг ёруғликка реакцияси секинлашган, КИБ 32 мм сим. уст. Гониоскопия қилганда: олдинги камера бурчаги мезодермал тўқималар билан бекилган.

Ташҳисингиз: Туғма ривожланган «с» назла

Даволаш тавсиялари: Ташҳис қўйилгандан кейин гониотомия операцияси

- 3) Эркак 50 ёшда. Профкўригида КИБ кўзида 30 мм сим. уст. кўтарилган. Ўнг кўзи соғлом. Бемор кўз томонидан шикоят қилмайди.

Дастлабки ташҳис: Очиқ бурчакли «в» назла

матъий ташҳис қўйиш учун зарур бўлган усуллар: гониоскопия, периметрия, офтальмоскопия.

### **6.3. Амалий қисми**

Глаукома таҳлил қилиб бўлингандан сўнг, бошлангич, ўта ривожланган ва терминал глаукома босқичидаги беморлар намоиш қилинади. Бошлангич босқичида ОБГ да касаллик диагностикаси қийинлигига урғу бериб, симптомлар ва шикоятлар камлигига эътибор қаратилади. ЁБГ ни шубҳа қилишга туртки бўладиган шикоятлар таҳлил қилинади (кўз олдида туман бўлишига, бош оғриши). Асосий эътибор назланинг эрта диагностикасига қаратилади: суткалик тонометрия, гониоскопия, тонография ўтказиш принциплари ўрганилади.

Ўта ривожланган ва терминал босқичлардаги назла билан оғриган беморни намоиш қилишда кўз ички суюқлиги циркуляциясининг бузилиши, алмашинув бузилиши ва асосан КИБнинг ошиши кўрув нерви дистрофияси ва кейинчалик атрофиясига олиб келишини тушунтириш олиб борилади.

Кўз олдинги бўлимидаги томирларда димланиш бўлиши, шох парда десквамацияси ва инфилтратлар пайдо бўлиши, атрофик рангдор парда манзараси кенг, ҳаракатсиз қорачиқ, хира гавҳарлар намоиши қилинади.

Терминал назлани кўзнинг паталогоанатомик препарати намйиш қилинар экан, бу босқичда глаукома оғриқли формага ўтишини ва беморга ягона ёрдам – кўз олмасини олиб ташлаш эканлигини таъкидлаш лозим. Хулосада, талабаларга назла туфайли келиб чиқадиган кўрликнинг ягона профилактикаси – бу окулист кабинетида ёки кўз касалликлари бўлимларида тонометрия, кампиметрия, синамалар, тонография, суткалик КИБ ўлчаш, гониоскопия усуллари орқали эрта ташҳис қўйиш эканлиги таъкидланади.

Систематик тарзда мутахассиснинг ҳар 3 ойда кузатувчи ва беморларнинг махсус кун тартибига риоя қилиш, актив диспансеризация – назла касаллиги туфайли вужудга келадиган кўрлик профилактикаси ҳисобланади.

Шу билан биргаликда антиглаукоматоз операция демонстрация қилинади.

### **Мавзу бўйича Амалий кўникмалар**

#### **АМАЛИЙ КЎНИКМА №7**

#### **КЎЗ ИЧКИ БОСИМИНИ ПАЛЬПАТОР ТЕКШИРИШ**

**Мақсад:** кўз ички босимини субъектив баҳолаш

№	Бажариш босқичлари	Бажарилмади (0 балл)	Тўлиқ тўғри бажарди
1	Бемор кўзини юмиб пастга қараши сўралади	0	20
2	Кўз ички босимини пальпатор аниқлаш учун икала кўз олмасини кўрсаткич бармоқлар билан галмагалдан босиб кўрилади	0	20
3	Агар пальпация қилинганда енгил флюктуация аниқланса унда КИБ=N ҳисобланади	0	20
4	Агар флюктуация бўлмаса унда кўз ички босими (КИБ) юқори (Т+1 дан то Т+3) гача деб ҳисобланади	0	20
5	Агар пальпацияда ҳаракатчан флюктуация ва бармоқ кўз ичига ботиб кираётгандек ҳис қилса унда КИБ паст ҳисобланади (Т-1 дан то Т-3 гача)	0	20
	<b>ЖАМИ:</b>	0	100

### АМАЛИЙ КЎНИКМА №11

#### КЎРУВ МАЙДОНИНИ ТАҲМИНИЙ АНИҚЛАШ

**Мақсад:** кўрув майдонини субъектив аниқлаш

**Махсус мосламалар:** текширув объекти (ручка ёки офтальмоскоп)

№	Бажариш босқичлари	Бажарилмад и (0 балл)	Тўлиқ тўғри бажарди
1	Бемор шифокорнинг қарама-қарши томонида 1 метр масофада ўтиради.	0	20

2	Беморни ўнг кўзи ёпилади, шифокор эса чап кўзини ёпган ҳолда текшириш бошланади.	0	10
3	Бунда шифокорнинг кўрсаткич бармоғи ёки кўлидаги кўрсаткич объект ўнг, чап, юқори ва пастги томонидан аста секин марказ томонга яқинлаштириб кўрсатилади. Бемор фақат шифокорга қараб туради.	0	20
4	Бемор объектни аниқлаган вақтини шифокорга дарҳол айтади ва шифокор ўзини натижалари билан баҳолаб, беморнинг кўрув майдони ҳақида маълумотга эга бўлади.	0	20
5	Бу текширувнинг асосий талабларидан бири бу – шифокорнинг кўрув майдонини нормал кўрсаткичларга эга бўлиши.	0	30
	<b>ЖАЪМИ:</b>	0	100

## 10. Назорат учун саволлар

1. Бирламчи назла нима?
2. Назлани қандай классификацияси бор?
3. Ёпиқ бурчакли ва очик бурчакли назлани қандай ташҳислаш лозим?
4. Ўткир хуружли ёпиқ бурчакли назлани гипертоник криз ва ошқозон – ичак касалликларидан қандай ташҳислаш керак?
5. Ўткир хуружли назлани ўткир иридоциклитдан қандай ташҳислаш керак?
6. Очик бурчакли назлани қарилик катарактасидан қандай ташҳислаш керак?
7. Ўткир хуружли назлада қандай биринчи ёрдам кўрсатиш усуллари бор?
8. Ёпиқ бурчакли ва очик бурчакли назлаларда қандай даволаш усуллари қўлланилади?
9. Атропин, скополамин, кофеин, платифилин, белладонна сақловчи препаратлар билан даволанганда ўткир назла хуружи профилактикаси қандай ўтказилади?
10. Назлани беморлар диспансеризацияси.

## 11. Адабиётлар

### Асосий

- 13.Ерошевский Т.И., Бочкарева А.И. «Глазные болезни», 1989г., 263с.
- 14.Хамидова М.Х. «Куз касалликлари», 1996 й.,334 с.
- 15.Ковалевский Е.И. «Глазные болезни» 1995 г., 280 с.
4. Федоров С.Н.и др. «Глазные болезни» М. 2000г., 125 с.
5. Jack J. Kanski. /Clinical Ophthalmology. A systematic Approach. Atlas/ “Butterworth Heineman”, Oxford, UK 2005 у., 372 с.
- 6.Jack J. Kanski. /Clinical Ophthalmology. A systematic Approach./ “Butterworth Heineman”, Oxford, UK 2005 у., 404 с.
7. Маърузалар материаллари.

### Қўшимча

- 8.Сидоренко Е.И. «Офтальмология», М. 2003г., 404 б.
- 9.Капаева Л.А. «Глазные болезни», М. 2002 г., 512 б.
- 10.Ченцова О.Б. «Туберкулез глаз». М.Медицина 1990г., 255б.
- 11.Астахов Ю.С. «Глазные болезни», справочное пособие, 2004, 183 б.
- 12.Ковалевский Е.И., “Глазные болезни”, Атлас, Москва,“Медицина”1985 г.,273 б.
13. М.Н.Emerah, “Fundamentals of ophthflmology”, Egypt,1994., 497 б.
14. Нестеров А.П. “Глаукома” 1995 г, 168 б.
15. Интернет маълумотлари куйидаги сайтлардан олинди:  
[www.opthalmology.ru/articles/120.html](http://www.opthalmology.ru/articles/120.html),[www.nedug.ru/opthalmology/34art.html](http://www.nedug.ru/opthalmology/34art.html) -  
[www.eyenews.ru/html-67](http://www.eyenews.ru/html-67),[www.helmholtzeyeinstitute.ru/articles/1.2html](http://www.helmholtzeyeinstitute.ru/articles/1.2html)  
[www.eyeworld.com/opthth.articles/html-89](http://www.eyeworld.com/opthth.articles/html-89),[www.scientific-vision.com/html-opth](http://www.scientific-vision.com/html-opth)

## №9 Амалий машғулот

### Кўрув аъзоларини жароҳатлари

#### 1. Машғулот ўтказиш жойи, жихозланиши

- кўз касалликлари кафедраси;
- мавзуга оид касаллар,13 Дпт лупа, стол лампаси, офтальмоскоп, яллиғланишга қарши дори воситалари, антибиотиклар, янги ахборот технологиялар воситалари, кўргазмали қуроллар, слайдлар, видеофилмлар
- ЎТВ: слайдоскоп, TV-видео.

#### 2. Машғулотнинг давомийлиги

- 4 соат

### **3. Машғулотнинг мақсадлари**

Талабалар, умумий амалиёт шифокори (УАШ) сифатида, кўрув аъзоларининг жароҳатланиши характери, жойланиши, текширишнинг Янги усулларини ва биринчи тиббий ёрдамни кўрсата билишлари керак. Вақтида кўрсатилган тез ёрдам оғир асоратларни олдини олишга ва касални кўриш ўткирлигини сақлашга имконият беради.

#### **Вазифалар**

##### *Талаба билиши керак:*

8. Ўтмас жароҳатлар клиникаси ва даволаш усулларини (контузиялар)
9. Тешиб ўтувчи жароҳатлар клиникасини, асоратларини, даволаш ва профилактикасини
10. Термик ва кимёвий куйишларни клиник белгиларини ва биринчи тиббий ёрдамни.
11. Симпатик яллиғланишни белгилари ва профилактикасини
12. Эндофталъмит ва панофталъмитда УАШ тактикаси ва клиникасини.

##### *Талаба қила олиши керак:*

5. Шох парда сезгирлигини аниқлаш
6. Шох парда юза ет жисмларини олиб ташлаш
7. Пастки ва тепа қовоқ аъғдариш
8. Кўз олмаси ҳаракатчанлигини аниқлаш
9. Кўз олди қисмини ён бошдан ёритиб тешириш
10. КИБ ни аниқлаш.

### **4. Мавзуни асослаш**

Мавзуни билиш талабалар учун умумий амалиёт шифокори (УАШ) нинг иш жараёнида зарур.

Кўрув аъзоларининг жароҳатланиши кўрлик ва нигиронликка олиб келлишда асосий сабаб бўлганлиги учун, ўз вақтида даволаш муҳим аҳамиятга эга.

Шу сабабли ушбу машғулотнинг асосий мақсади кўрув аъзоларининг жароҳатланиш сабабларини, белгиларини, даволашни ва олдини олишни талабалар онгига сингдириш.

#### **5. Фанлараро ва Фан ичида боғлиқлик**

Амалий машғулот давомида кўрув аъзоларининг жароҳатланишида биринчи тиббий ёрдам кўрсатишга асосий аҳамият бериш зарур. Талабаларга кўз жароҳатланишининг белгиларини, кўз ичида бўлган ёт жисмларни жойлашган ўрнини билишлари ва уларга керакли тиббий ёрдам кўрсатишлари зарурлигини тушунтириш.

Кўрув аъзоларининг жароҳатланишини жарроҳлик йўли билан даволаганда баъзи вақтда бўладиган асоратларини талабаларга эслатиб ўтиш ва бунда

тиббий ходимларнинг бўлиши мумкин ҳатоларини ҳам тушунтириш керак. Ушбу мавзу бўйича олинган билимлар билан қишлоқ хўжаликда, саноатда ва барча болалар муассасаларида фойдаланиш мумкин. Фанлараро интеграция: нейрохирургия, ЛОР, гигиена.

## **6. Машғулот мазмуни:**

### **6.1 Назарий қисми**

Кўз касалликлари орасида кўз ва унинг ёрдамчи қисмларини жароҳатланиши олдинги ўринни эгаллайди. Кўз шифохоналарида ётган касалларнинг ярмига яқинини кўрув аъзоларининг жароҳатланганлиги ташкил қилиб, шулардан: 60% - ўтмас жароҳатланиш, 15%- куйиш, 25% - ўткир жароҳатланиш.

қандай касбда бўлмасин, бўлажак врачлар тўғри ташҳис қўйиб, вақтида ёрдам кўрсата билиб, тезда шифохонага ётқиза билсалар кўз шаклини сақлаб, унинг вазифаларини тикланишига сабабчи бўладилар. Кўзи жароҳатланган бемор қанчалик тез шифохонага ётқизилса, шунчалик унинг тузалишига кўп имконият туғилади.

Жароҳатланишга қарши курашиш ҳозирги вақтда офтальмологиянинг асосий муаммоларидан ҳисобланади.

Классификацияси: яраланиш, контузия, куйиш.

Жароҳатланиш

Белгилари: 1. довоқ ва ёш аъзолариники.

2. Кўз олмасини юза

чуқур ёт жисм билан

ёт жисмсиз

а) шох пардани

б) лимбани

в) склерани

3. Куйиш: I «даражали»

II «даражали»

III «даражали»

IV «даражали»

Жароҳатланганда биринчи ёрдам: дезинфекцияловчи томчи томизиш, бинокуляр боғлам қўйиш, кўз бўлимига ётган ҳолда жўнатиш. Ярани жарроҳлик ишлаш.

Куйганда биринчи ёрдам: конъюнктива бўшлиғини сув билан ювиш, оҳак парчаларини олиб ташлаш, дезинфекцияловчи томчи ва мазъ тайинлаш. II-

Индаражали куйган беморлар шифохонага ётқизиблиб, кўз бўлимида даволаниши лозим.

Асоратлари Жароҳатланганда	куйганда
1) кўз ичига қон қуйилиш	1) симблефарон
2) травматик катаракта	2) шох парданинг лойқаланиши
3) кўз ичидаги ёт жисм	
4) йирингли инфекция	
5) симпатик яллиғланиш	

Машғулотда қўлланиладиган янги педагогик технологиялар:  
Мавзу: “Курув аъзоси жароҳатланиши”

Ўқазув жойи: аудитория, ўқув хонаси  
Зарур:

Укитувчи, талабалар, номерланган топшириклар, езилган варакалар, ручкалар.

Утказув вақти: 40 дақиқа  
Укитувчи:

Куз жароҳатидан сунги асоратлари хақидаги билимларни мустахкамлаш учун ротация усулида симпатик яллиғланиш мавзусини куриб чикамиз. Бунинг учун сиз 3 кишидан иборат 3 гуруҳга булинишингиз керак. (1, 2, 3 гуруҳ).

Укитувчи:

Биринчи гуруҳга 1-топширик: симпатик яллиғланишнинг клиник белгилари. Жавобни езма равишда тайерланг. Укитувчи 1-гуруҳга топширик езилган варақни беради.

Укитувчи:

Иккинчи гуруҳга 2-топширик: симпатик яллиғланишнинг даволаш. Жавобни езма равишда тайерланг. Укитувчи 2-гуруҳга топширик езилган варақни беради.

Укитувчи:

Учинчи гуруҳга 3-топширик: симпатик яллиғланиш профилактикаси. Жавобни езма равишда тайерланг. Укитувчи 3-гуруҳга топширик езилган варақни беради.

Укитувчи:

Хар бир топширикни муҳокама қилиш ва езишга гуруҳларга 10 дақиқадан вақт берилади.

Талабалар топширикларни муҳокама қилиб, уз жавоб вариантларини ездилар.

Укитувчи:

Вақт тугади. Энди гуруҳлар узаро топширикларингизни алмаштиринг. Олдини гуруҳ томонидан езилган жавобларни тулдилинг ва хатоларини тугирланг. Муҳокама учун вақт – 10 дақиқа.

Гуруҳлар узаро топширикларни алмаштирадилар ва олдрғни гуруҳ томонидан езилган жавобларни 10 дақиқа давомида муҳокама қилиб, уз қушимчаларини қушадилар.

Укитувчи:

Вақт тугади. Сизлардан яна бир марта бошқа гуруҳлар билан узаро топширик алмаштириб, берилган жавобларни тулдириб, хатоларни тугирлашингизни сурайман. Муҳокама учун вақт – 10 дақиқа.

Укитувчи:

Вақт тугади. Энди 1-гуруҳ, 1-топширикни қайтиб олади 2-гуруҳ, 2-топширикни, 3-гуруҳ, 3-топширикни. 1-гуруҳ талабаси 1-топширикка тайерлаган жавоб вариантингизни укинг.

1-гуруҳ талабаси 1-топширикка тайерлаган жавоб вариантини айтиб беради.

Укитувчи:

2 ва 3-гуруҳ талабалари берилган жавобга қушимча нима дейсиз?

2 ва 3-гуруҳ талабалари жавобни тулдирадилар.

Укитувчи:

1 ва 3-гуруҳ талабалари берилган топширик жавобларини тулдилинг. Тулдирадилар.

Укитувчи:

2-гуруҳ талабаси 2-топширикка тайерланган жавоб вариантингизни укинг. Уқийди.

Укитувчи

3-гурух талабаси 3-топширикка тайерлаган жавоб вариантгинизни укинг. Укийди.

Укитувчи:

2 ва 3-гурух талабалари берилган жавобга кушимчалар килинг. Талабалар жавобни тулдирадилар.

Укитувчи ва талабалар биргаликда жавоб вариантларини мухокама киладилар. Оптимал вариантни танлаб, дафтарга езиб оладилар. Энг яхши жавобга максимал бахо берилади.

## 6.2 Вазиятли масала:

4) Бемор 55 ёшда тош билан ўнг кўзига жароҳат олган. Стационарга келганда: юқори терисида кизариш, шиш, қон қуйилиш ва пайпаслаганда крепитация белгиси қайд қилинган. Пастки қовоқнинг ўртасида вертикал 5 мм узунликда ҳамма қаватнинг яраси кўринади. Кўз тубида ўзгариш йўқ. Кўрув ўткирлиги 1.0 га тенг.

Ташҳисингиз: қовоқнинг II даражали контузияси. Юқори қовоқэмфиземаси Пастки қовоқнинг елвизакли яраси.

Даволаш тавсиялари: ярани фурациллин 1:5000 билан ювиб, пастки қовоқ ярасига икки қаватли ип қўйиш, кўзни сиқиб боғлаш.

5) Бемор 35 ёшда, инженер, бир йил илгари чап кўзи жароҳатланиши жароҳатланиб шифохонада даволанган. Икки ой илгари шу кўз билан кўрмай қолган. Кўрилганда: ўнг кўз соғлом, кўз олмасини олдинги қисми ўзгаришсиз. морачиқ нормал кенгликда, кул ранг, ёруғликка реакцияси жонли, КИБ 23 мм сим. устунига тенг. Кўз туби офтальмоскоп билан кўринмайди.

Ташҳисингиз: Чап кўзнинг травматик катарактаси

Даволаш тавсиялари: ЭЭК + ИОЛ

6) Бемор 45 ёшда. 5 соат аввал химоя кўзойнаксиз ишлаётган вақтда ўнг кўзига темир билан жароҳат олган. Кўрилганда: чап кўзи соғ, кўрув ўткирлиги 1.0га тенг. Ўнг кўзда: ёруғликдан кўрқиш, ёш оқиши, блефароспазм, склерада аралаш қон томир инъекцияси. Шох пардада соат 11 дан 5 гача қирғоқлари ёпишган узунлиги 7 мм яра. Олд камера йўқ, қорачиқ нотўғри шаклда. Пайпаслаганда КИБ (-) 2 га тенг, кўрув ўткирлиги 0,1. Рентген – расмда металл ёт жисм бор.

Дастлабки ташҳис: Шох парданинг чуқур жароҳатланиши кўз ичига ёт жисмни кириш билан.

Стационарда шох пардани тикиш, ёт жисмни Комберг-Балтин усулида рентгенлокализация қилиш ва уни диасклерал усулда олиб антибиотиклар билан

Даволаш.

### 6.3. Амалий қисми

Ушбу машғулотнинг қисмида талабаларга кўз жароҳатланиши билан оғриган беморлар беъморлар кўрсатилади ва курация қилинади. Талабаларга кўз олмаси ичида жойлашган ёт жисмли «Rg» - симптомлар кўрсатилади ва уларинг «Rg» - локализация қилиши ўргатилади.

Кимёвий куйишларда конъюнктивал бўшлиқни ювиш йўллари ўрганилади

#### Мавзу бўйича амалий кўникмалар

#### АМАЛИЙ КЎНИКМА №2

#### КЎЗ ОЛМАСИ ХАРАКАТЧАНЛИГИНИ АНИҚЛАШ

**Мақсад:** кўз ҳаракатлантирувчи мушакларни ҳаракатини аниқлаш

**Махсусмосламалар:** ручка, калам ёки бошқа объект

№	Бажариш босқичлари	Бажарилмади (0 балл)	Тўлиқ тўғри бажарди
1	Касал шифокорга қарома қарши ҳолатда ўтиради	0	20
2	Касалдан максимал олдин ўнга ва чапга қараш сўралади	0	20
3	Касалдан максимал олдин юқорига ва пастга қараш сўралади	0	20
4	Беморни кўз олмасини максимал конвергенция бирор объект ёрдамида қилинади (масалан ручка, офтальмоскоп)	0	20
5	Бу ҳаракатларда қайси бир кўз олмасини орқада қолиши шу кўз мушак аппаратини дисбалансини билдиради	0	20
	<b>ЖАМИ:</b>	0	100

### 10. Назорат учун саволлар

- 11.Кўрув аъзоларининг ўтмас жароҳатланишининг (контузии), ташҳис кўйиш, белгилари, давола.
- 12.Кўз олмасининг юзаки ва ўткир чуқур жароҳатланиши (белгилари, асоратлари, даволаш, олдини олиш)?
- 13.Кўрув аъзоларининг термик ва кимёвий моддалар и билан куйиши (белгилари, асорати, даволаш ва олдини олиш)?
- 14.Симпатик яллиғланиш, сабаблари, белгилари, даволаш ва олдини олиш.
- 15.Ўткир хуружли назлани ўткир иридоциклитдан қандай ташҳислаш керак?
- 16.Эндодфальмит ва панофтальмит (сабаблари, белгилари оқибати даволаш ва олдини олиш)?
- 17.Орбита ичидаги ёт жисмларининг «Rg» - локализацияси?
- 18.**Кўз олмаси орқа қисмининг ўтмас ва кириб ўтувчи жароҳатлари клиникаси ва даволаниш?**
- 19.**Орбита ва ёрдамчи аппарат жароҳатлари**
- 20.**Жароҳатларнинг профилактикаси**
- 21.**Адабиётлар рўйхати:**

#### **Асосий**

- 16.Ерошевский Т.И., Бочкарева А.И. «Глазные болезни», 1989г., 263с.
- 17.Хамидова М.Х. «Куз касалликлари», 1996 й.,334 с.
- 18.Ковалевский Е.И. «Глазные болезни» 1995 г., 280 с.
4. Федоров С.Н.и др. «Глазные болезни» М. 2000г., 125 с.
5. Jack J. Kanski. /Clinical Ophthalmology. A systematic Approach. Atlas/ “Butterworth Heineman”, Oxford, UK 2005 у., 372 с.
- 6.Jack J. Kanski. /Clinical Ophthalmology. A systematic Approach./ “Butterworth Heineman”, Oxford, UK 2005 у., 404 с.
7. Маърузалар материаллари.

#### **Кўшимча**

- 8.Сидоренко Е.И. «Офтальмология», М. 2003г., 404 б.
- 9.Капаева Л.А. «Глазные болезни», М. 2002 г., 512 б.
- 10.Ченцова О.Б. «Туберкулез глаз». М.Медицина 1990г., 255б.
- 11.Астахов Ю.С. «Глазные болезни», справочное пособие, 2004, 183 б.
- 12.Ковалевский Е.И., “Глазные болезни”, Атлас, Москва,“Медицина”1985 г.,273 б.
13. М.N.Emerah, “Fundamentals of ophthflmology”, Egypt,1994., 497 б.
14. Нестеров А.П. “Глаукома” 1995 г, 168 б.

15. Интернет маълумотлари куйидаги сайтлардан олинди:  
[www.ophtalmology.ru/articles/120.html](http://www.ophtalmology.ru/articles/120.html), [www.nedug.ru/ophtalmology/34art.html](http://www.nedug.ru/ophtalmology/34art.html), [www.eyenews.ru/html-67](http://www.eyenews.ru/html-67), [www.helmholtzeyeinstitute.ru/articles/1.2.html](http://www.helmholtzeyeinstitute.ru/articles/1.2.html)  
[www.eyeworld.com/opht.articles/html-89](http://www.eyeworld.com/opht.articles/html-89), [www.scientific-vision.com/html-opht](http://www.scientific-vision.com/html-opht)

### **Мустақил таълим машғулоти**

**5-курс даволаш, тиббий-профилактика ва тиббий-педагогика факультети талабалари учун мустақил иш мавзулар руйхати:**

1. Офтальмологияда замонавий текшириш усуллари
2. Курув аъзосининг аллергик касалликлари
3. Курув аъзосининг куйиши
4. Глаукоманинг замонавий консерватив ва хирургик даволаш усуллари
5. Катарактанинг замонавий консерватив ва хирургик даволаш усуллари
6. Курув аъзосининг усмалари
7. Умумий касалликларда курув аъзосининг узгариши
8. Шошилинич холатлар

### **Талаба мустақил ишининг ташкилий шакллари**

1. Талаба мустақил ишини ташкил этиш муайян фаннинг хусусиятларини, шунингдек, ҳар бир талабанинг академик ўзлаштириш даражаси ва қобилиятини ҳисобга олган ҳолда куйидаги шакллардан фойдаланилади:

- айрим назарий мавзуларни ўқув адабиётлари ёрдамида мустақил ўзлаштириш;

- берилган мавзу бўйича ахборот (реферат) тайёрлаш;

- семинар ва амалий машғулотларга тайёргарлик кўриш;

- лаборатория ишларини бажаришга тайёргарлик кўриш;

- малакавий битирув иши ва магистрлик диссертациясини тайёрлаш;

- режавий материал қисмини мустақил ўрганиш бўйича қандай маъруза машғулотлари чегарасида бўлса, худди шундай лаборатория ишлари ёки амалий машғулотларга тайёргарликда ахборотни электрон ўқув адабиётлари, Интернет ва бошқаларни қўллаш;

- фаннинг бўлимлари ёки мавзулари устида махсус ёки илмий адабиётлар (монографиялар, мақолалар) бўйича ишлаш;

- квалификациян амалиёт ўтаётган вақтда мутахассислар раҳбарлигида янги техника ва асбобларни, илмий технология ва жараёнларни ўрганиш;

- илмий мақола, анжуманга маъруза тезисларини тайёрлаш.

Ўқитилаётган фаннинг хусусиятларидан келиб чиқан ҳолда, талаба мустақил ишини ташкил этишда бошқа шакллардан ҳам фойдаланилиши мумкин.

2. Ўқув фанлари бўйича намунавий ва ишчи дастурларда талаба мустақил ишининг шакли, мазмуни ва қажми ифода этилади.

3. Талаба мустақил иши учун ажратилган вақт бюджетга мос равишда ҳар бир фан бўйича тегишли кафедраларда мустақил ишнинг ташкилий шакллари, топшириқлар вариантлари ишлаб чиқилади ва факультет илмий-услубий кенгашида тасдиқланади.

4. Мустақил ишни бажариш учун фанлар бўйича талабаларга зарурий методик қўлланма, кўрсатма ва тавсиялар ишлаб чиқилади.

### **Талаба мустақил ишнинг ахборот таъминоти**

1. Талаба учун муайян фан бўйича мустақил иш топшириқлари тегишли кафедра профессори (ёки етакчи доценти) томонидан ўқув машғулотларини бевосита олиб борувчи ўқитувчи билан биргаликда тузилади ҳамда кафедра мудирини томонидан тасдиқланади. Талабага берилган топшириқда мустақил ишни бажариш бўйича дастлабки кўрсатма ва тавсиялар қайд этилади.

2. Мустақил ишни бажариш учун талабага ахборот манбаси сифатида дарслик ва ўқув қўлланмалар, методик қўлланма ва кўрсатмалар, маълумотлар тўплами ва банки, илмий ва оммавий даврий нашрлар, Интернет тармоғидаги тегишли маълумотлар, берилган мавзу бўйича аввал бажарилган ишлар банки ва бошқалар хизмат килади.

3. Кафедра мудирини ва тегишли факультет декани такдимномаси асосида олий таълим муассасаси раҳбарияти талабаларга мустақил ишларни бажариш учун зарурий ахборот манбаа ва воситаларини белгилайди, талабаларга турли кутубхоналар, музейлар, тармоқ муассасалари ва корхоналаридан мустақил иш учун зарурий маълумотлар тўплаш юзасидан сўровнома хатларини расмийлаштириб беради.

4. Академия раҳбарияти томонидан талабаларга мустақил ишларни ўз вақтида бажариш учун компьютер техникаси ва Интернет тармоғидан самарали фойдаланиш учун шарт-шароитлар яратиб берилади.

### **Талаба мустақил ишини назорат қилиш ва баҳолаш**

1. Ҳар бир фан бўйича талаба мустақил ишига раҳбарлик қилиш юкламаси (ўқитувчи шахсий иш режасининг ташкилий-услубий бўлимида - 15 соат, 1540 соат доирасидан) қайд этилади.

2. Талаба мустақил ишига раҳбарлик қилиш кафедрада тузиладиган ва факультет декани томонидан тасдиқланадиган консультациялар жадвали асосида амалга оширилади.

3. Талаба мустақил ишини назорат қилиш ўқув машғулотларини бевосита олиб борувчи ўқитувчи томонидан амалга оширилади.

4. Талабанинг мустақил иши ТМИ учун ажратилган балл ҳисобидан баҳоланади ва натижаси фан бўйича талабанинг умумий рейтингига киритилади.

5. Талабанинг рейтинг кўрсаткичлари, шу жумладан мустақил иши бўйича, анъанавий гуруҳ рейтинг ойнасида ва (ёки) факультетнинг махсус электрон тармоғида ёритиб борилади.

6. Талаба мустақил ишини назорат қилиш турлари ва уни баҳолаш мезонлари

тегишли кафедра томонидан белгиланади ва факультет Илмий кенгашида тасдиқланади. Мустақил ишларни баҳолаш меъзонлари талабаларга ўқув йили (семестри) бошланиш олдидан методик материаллар билан биргаликда тарқатилади.

7. Мустақил иш бўйича белгиланган максимал рейтинг баллининг 55%дан кам балл тўплаган талаба фан бўйича якуний назоратга қўйилмайди.

8. Фанлар кесимида талабаларнинг мустақил ишлари бўйича ўзлаштириши мунтазам равишда талабалар гуруҳларида, кафедра йиғилишлари ва факультет Илмий кенгашларида муҳокама этиб борилади.

9. Талабанинг мустақил иши кафедра архивида рўйхатга олинади ва икки йил мобайнида сақланади.

## **Фойдали адабиётлар**

### **Асосий**

19. Сидоренко Е.И. «Офтальмология», М. 2003г.

20. Капаева Л.А. «Глазные болезни», М. 2002 г.

21. Жек Каннский «Офтальмология», 2005г.

22. Ерошевский Т.И., Бочкарева А.И. «Глазные болезни», 1989г.

23. Ковалевский Е.И. «Глазные болезни» 1995 г.

24. Хамидова М.Х. «Куз касалликлари», 1996 й.

25. Федоров С.Н. и др. «Глазные болезни» М. 2000г.

### **Кўшимча**

26. Водовозов А.М. «Световые рефлексы глазного дна», Атлас, Москва, «Медицина», 1980 г.

27. Ченцова О.Б. «Туберкулез глаз». М. Медицина 1990г.

28. Астахов Ю.С. «Глазные болезни», справочное пособие, 2004

29. Егоров Е.А., Муратова Н.В. «Аллергические заболевания глаз» Справочное руководство, Москва 1998 г.

30. Калинин А.П. и др. Офтальмоэндокринология.. М. Медицина. 1998г.

31. Ковалевский Е.И. «Руководства к практическим занятиям по детской офтальмологии», 1983 г.

32. Ковалевский Е.И., «Глазные болезни», Атлас, Москва, «Медицина» 1985 г.

33. Нестеров А.П. «Глаукома» 1995 г

34. M.N. Emerah, «Fundamentals of ophthalmology», Egypt, 1994.

D. John Bullock and all, «Update on General Medicine», USA, 1996-1997.