**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 – 2023

**МУНДАРИЖА**

1. Ўқув фанининг мақсади ва вазифалари...........................................................1
2. Офтальмология фанидан маърузалар мавзулари............................................3
	1. Кўрув аъзоларини яллиғланиш касалликлари..........................................3
	2. Глаукома....................................................................................................12
	3. Умумий касалликларда кўз тубидаги ўзгаришлар.................................22
	4. Кўрув аъзолари жароҳатлари...................................................................31
3. Офтальмология фанидан амалий машғулот мавзулари................................42
	1. Кўрув аъзоларини клиник анатомияси...................................................42
	2. Кўрув аъзоларининг вазифалари. Кўрув аъзоларининг текшириш усуллари......................................................................................................45
	3. Клиник рефракция. Аккомодация. Кўз туби офтальмоскопияси.........51
	4. Қовоқ ва кўз ёш аъзолари касалликлари.................................................58
	5. Конъюнктива касалликлари.....................................................................70
	6. Шох парда касалликлари..........................................................................83
	7. Қон томир парда касалликлари. Катаракта............................................90
	8. Глаукома....................................................................................................97
	9. Кўрув аъзолари жароҳатлари.................................................................108
4. Мустақил таълим машғулоти........................................................................116
	1. Мустақил таълим мавзулари..................................................................116
	2. Мустақил таълимнинг мазмуни, мақсади, кутиладиган натижалар..116
	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 холатини текшириш усулларини ва шу орқали организм холатига бахо бера билишни ўргатиш, тиббий муассасаларида офтальмология фанини ўқитиш методикасини ўргатиш.

 Фаниннг вазифалари:

- талабаларга курув аъзоларини текшириш усулларини ва курув вазифаларини аниклашни ургатиш;

- беморларга куз касалликларида биринчи тиббий ердам курсатиш ва куз стационарига еткизишга курсатмаларни билиш;

- талабаларга конъюнктива ва ковок касалликларни даволаш усулларини ургатиш;

- офтальмолог консультациясига курсатмаларни билиш;

- куз касалликларни ва умумий касалликларда куз асоратларини профилактикасини билиш;

- сурункали касалликларда беморларни реабилитация ва диспансеризация килишга ургатиш;

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 кисми ёт жисмлари диагностикаси, даволаш ва профилактикаси;

• кўз туби патологияси асослари;

• шахсий хавфсизлик, атроф муҳит хавфсизлиги ва эпидемияга карши чоралар;

• офтальмопатологияда тезкор ёрдам тўғрисида бўлшии 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 тахлил килиш;

• 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 харакатланишини текшириш;

• кўрув майдонини тахминан аниқлаш;

• бинокуляр ва монокуляр боғлагични кўйишни билиш;

• кўзга томчилар томизиш;

• ковоклар конъюнктивасининг ва кўз олмасининг ташки кўриги;

• кўриш ўткирлигини аниклаш;

• ранг ажратиш;

• кўз тубини кўриш;

• куйишларда 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 режалашти¬рилган клиник ва табиий-илмий (оториноларингология, неврология, инфекцион касалликлар, эндокринология, ички касалликлар, тиббий биология ва генетика, одам анатомияси, биофизика, нормал физиология, биоорганик, биоанорганик ва биологик кимё) фанлардан етарли билим ва кўникмаларга эга бўлишлик талаб этилади.

Соғлиқни сақлаш тизимидаги ўрни

Тиббиёт олий ўқув юртларида умумий амалиёт шифокорлари (УАШ) офтальмология асосларини, чуқур билишлари лозим ва асосий кўз касалликлари профилактика йўлларини чуқур эгаллаши лозим. Шунинг билан бирга бўлажак шифокорлар кўз касалликлари 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 ахамиятга 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, ташҳислаш, даволаш ва профилактикаси билан таништириш, ҳамда тўғри ташҳислаш 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 усул¬ларига ўргатиш.

Мавзуни қисқача асослаб бериш. Кератитлар кўрув аъзосининг энг кенг тарқалган хасталикларидан биридир. Бунинг сабаби шоҳ парданинг ўзига хос жойлашиш натижасида ташқи мухит билан доимий мулоқатда бўлишидадир. Кератитларнинг ўзига ҳос клиник кечиши шаклларини ташҳислаш 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 инфильтрати пайдо бўлишидир. Инфильтратлар турли шаклда, катталикда, чуқурликда, рангда бўлиши мумкин. £ар хил сезувчанлик ва васкуляризацияни учратиш мумкин.

Кератитларнинг асосий белгиларига ёруғликдан қўрқиш, 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. Инфильтрат ранги унинг хужайра таркибига боғлиқ. Агар лейкоцитлар сони кам бўлса инфильтрат кулранг, йиринг миқдори кўпайса – сариқ, у сўрилгандан сўнг эса – оқиш тусда бўлади. Янги инфильтратлар чегараси ноаниқ, яллиғланиш қайтишида – аниқ бўлади. Юза кератитларда инфильтрат юзасида эпителий бузилиши, кўчиши ва эрозия хосил бўлиши кузатилади. Чуқур жойлашган инфильтратлар 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.

Хозирги пайтда офтальмологлар кератитларни ташҳис¬лашда қуйидаги этиологик классификациясидан фойдаланадилар:

1. Бактериал кератитлар:

 а) стафило-, пневмо-, дипло-, стрептококли 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) – аллергик кератитлар:

 а) фликтенулёз (скрофулез) кератитлар

 б) аллергик – 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, ёруғлиқдан қўрқиш, 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 ўйиқ, сарғиш бўлади. Шу жойда шох парданинг инфильтратцияси 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 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 чандиқ 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» преципитлпр ҳосил 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 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 махаллий 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 лимбда тўсатдан кулранг хираланиш пайдо бўлади. Секин аста хираланиш марказга етади ва шох парда оқиш рангга киради, лекин ярага айланмайди. Таъсирланиш белгилари бошида сезиларсиз, инфильтрация кучайгач ёруғликдан қўрқиш, 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 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 инфильтратли, фасцикуляр, панноз, некротик.

Асосан фасцикуляр кератит ёки «жахонгашта фликтена» учрайди. Бунда прогрессив қирғоқли инфильтрат 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) фильтрловчи вируслар сафига кириб, нейротроп ҳусусиятга эга ва у контакт ҳамда заво йўлларидан одам организмига киради.

Умуман, барча инсонлар ушбу вирусни олиб юрувчи ва потенциал юқтирувчи 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, шиллиқ 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 шоҳ 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 қўшилиб, 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 шоҳ парда эпителийси катта қисмининг емирилиши натижасида иккиламчи бактериал ёки замбуруғли инфекциялар қўшилиши 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 инфилътрат 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 нотуғри 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 шоҳ парда турли кисмларида кулранг инфилътратлар 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 тутади:

- пуфакча ҳосил бўлиши, инфильтратнинг да¬рахтсимон ёки нотуғри шаклда бўлиши;

- инфильтрат 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 керититнинг турлари кўплиги касалликнинг кеч аниқланиши ва даволашнинг кеч бошланишига сабаб бўлади.

Вирусга қарши кимётерапия, махсус патогенетик даволаш усуллари ва микрахирургия усулларининг ривожланиши натижасида кератитларни даволашда кат¬та 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. Шох 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 ту¬ри, 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 конъюнктивага токсик таъсир кўрсатади. Бу холларда 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 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 индуктор¬лари¬дан фойдаланиш мақсадга мувофиқ. Физиотерапия усулларидан рентгенотерапия, ультратовуш, диадинамотерапия, дорили электрофорез, фонофорез самарали. Магнитотерапия оғриқ ва ёруғликдаш қўрқишни 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 кўлланилиши 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 қўшилса фенкарол ва бошқа антигистамин дорилар қўллаш мақсадга мувофиқ. Организмда интерферон ишлаб чиқариш сусайганида интерферон индукторлари продгиозан, пирогенал, полудан қўлланилади. Шох парда озиқланишни тиклаш мақсадида В гурух витаминлар ва тўқима терапияси самарали.

Сўрдирувчи воситталаридан 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 қурийди. Шох парда хираланиб, ялтироқлиги йўқолади ва сирти қурийди.

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

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

Замбуруғли кератитлар ёки кератомикозлар сурункали кечувчи кератоконъюнктивитни эслатиб, секин аста ва бир оз ажралма хосил 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 инфиль¬тратлар хосил бўлиб, уларнинг ранги кулранг, чегараси аниқ, сарғиш хошияли. Касаллик узоқ давом этади, даволашга таъсирчанлиги паст. Даволаш антимикоз воситалар (амфотеррамицин, трихомицин, нистатин) ва симптоматик дори-дармонлар ёрдамида ўтказилади. Бундан. Ташқари сульфани¬ламидлар, цинк ва резорцин қўлланилади. Механоте¬рапия, инфильтратларни эфир, Bryll.Gruni спиртли эритмаси, приотерапия усулларида куйдириш 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.

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 қўрқиш кузатилган. Объектив: OD 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 левомицетин, 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 парацентал шох парда дефекти кузатилади. Йиринг йўқ. Қорачиқ торайган. Шоҳ парда эндотелийсида кулранг майда нуқтасимон преципитатлар бор. Шох парда сезувчанлиги йўқ. Томирланиши йўқ.

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

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

Объектив: OD кўз таъсирланган, шох пардада эпителиал қаватида кулранг нуқтасимон инфильтратлар бор. Шох парда сезувчанлиги пасайган. Кўриш ўткирлиги = 0,8. Объектив текширувлар натижасида қуйидаги ташхис қўйилди: OD 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 ташҳислаш 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, хамда 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 ташҳислаш усулларини келти¬ринг.

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.

1. **Глаукома.**

Даволаш, тиббий-педагогика ва тиббий профилактика факулътетлари 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 максадидир.

Маърузанинг тарбиявий мақсади:

Маъруза талабада ўз мақсадига эришишдаги меҳнатсеварликни, жавобгарликни, қатъийятликни ва шахс сифатида шаклланишни ривожлантиради. Давлат миқёсидаги бу оғир касалликни даволаш ва профилактикасида келажакда 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. Узбекистонда 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 бўлмайди.

1886 йилда рус олими Маклаков жуда оддий ва кулай аппарат-апланацион тонометрни таклиф этди ва бу усулни биз ҳозиргача қўллаб келамиз. £ар 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).

£озирги вақтда кенг миқёсда контактсиз ва лазер тонометрларидан фойдаланилади. £ар 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 университетидаги 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 корачик оркали олдинги камерага ҳаракатланади. Олдинги камерада шох пардани озиқлантириб олд камера бурчагига ва у ерд трабеккуладаш фонтанов оралиғи орқали шлемм каналига келади. У ерда қондаги осмотик босимнинг фарқига 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 курамиз? Ортиқча кўз ички суюқлиғи ташки қобиққа таъсир кўрсатади. Биз биламизки бу қобиқдаги энг нозик ер ғалвирсимон пластинадир, бу пластина орқали қўрув 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: очиқ бурчакли, ёпиқ бурчакли ва аралаш бурчакли глаукомалар кузатилади (Нестеров-Бунин таснифи бўйича).

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

Бунда: Ро-чин кўз ички босими (нормада 9-22 мм сим. уст.) С-суюқликни оқиб чиқиб кетиш кооофиценти (нормада 0,15 дан 0,6 мм3 мин.) ¶-суюқликни ишлаб чиқилиши қуйидаги формула орқали ҳисобланади:

F = ( Po – 10 ) ∙ C ва нормада 1,5-4,0 мм3 ∙ 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 чақалоқдарда 9 мм. га тенг, унинг 1 мм. га катталашиши 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 заҳотиёқ операция қилиш зарур.

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

Иккиламчи глаукома

У ҳар хил этирлогияга эга.

1. Увеал, яллиғланиш окибатидаги 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 врачи 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 булиб қолган эди.

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

1867 йилда козон университета профессори Адамюк покер ўйинида ютқазиб қўйган (ўйинчида) қиморбозда глаукоманинг ўткир хуружини кузатган. Офтальмотонус рефлекси қонуни очилгандан кейин бу касалликни стресс холатларида 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 берила бошланди.

Глаукоманинг ўткир хуружи

Глаукоманинг ўткир хуружини келиб чикиш 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 кенгаяди. 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 ташҳис қўйилгунча бемор кўр бўлиб қолади.

Глаукоманинг ўткир хуружида объектив кўрганда цилиар веналарда турғунлик, шох парда шиши ва сезгирлигини камайиши, олд камера саёзлиги корачикнинг кенглиги ва ҳаракатсизлиги, гавҳар шишганлиги сабабли кўкимтир рангда қорачик 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 қодади.

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 бемории операция қилиш керак. Бунда антиглаукоматоз операция албатта иридэктомия билан бажарилиши керак.

Бирламчи глаукома классификацияси

Нестеров ва Бунин класификацияси бўйича бирламчи глаукома очиқ 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 миқдорида 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 тораиищи 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» – юкори 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. Очиқ 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 таркалган. Маҳаллий қулланилганда 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 мувофивдир. Шу билан бирга очиқ 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 суюкликни 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 озиқлантирувчи қон томирларда килинадиган операциялар.

Иридэктомия – рангдор парданинг юқори қисмидан бир қисмини олиб ташлаш-қорачиқ блокини 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 тарқалган¬дир. Бу операциялардан мақсад олдинги камерадан 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 ўтказиладигап 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 тешик 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 тўлик даволаб бўлмайди. Лекин эрта аниклаб 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 чакириш йўли билан ўтказилади. Давомий кўрув эса ҳар куни поликлиникларга бошқа касалликлар билан мурожат килаётган 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 ўисмларини 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 кўпрок бўлиши кузатилса, бу глаукомага шубҳа деб каралади ва икинчи этап текширувларга юборилади.

Иккинчи этап профилактик кўрувлар олдин поликлиникада кейин глаукоматоз кабинетларда зарур бўлса стационарларда ўтказилади. Бунда глаукомани текшириш учуи 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 пасаймокда ва 0,6 тенг, коррекция қилинмайди кўриш майдони перифериядан 20 га торайган.

Гониоскопия: олд камера бурчаги элементлари куринмайди. Кўз туби: КНД окиш, 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 ёрўғликка 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 қиазариши 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 қаттиқ.

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

Ташҳис: 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.

1. **Умумий касалликларда кўз тубидаги ўзгаришлар**

Маъруза тиббий-профилактика факуль¬тетининг 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 (терапевтлик, 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 организмида 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

солимтирма ташхҳис 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 нервининг 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 униниг 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 кўтарилмасдан, ўзгариб турган ҳолатида, қон томирларининг функционал ўзгариши ҳисобига бўлади.

Белгилари: тўр парданинг артериялари торайган, веналари кенгайган эгри-бугри , 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 чизиқ пайдо бўлади. Буни «миссим» белгиси деб аталади. Склероз кучайши ҳисобига артериялардан қон ўтмай қолиб, уларнинг атрофида оқ чизиқ пайдо бўлади. Буни «кумуш сим» белгиси деб аталади. Гунн-Салюс белгиси келиб чиқади – бу артерия ва веналарнинг кесишиб ўтишидир. Тўр пардага кўп миқдорда қон қуйилади – 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 тўриш лозим.

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

Даволаш: бўлиб тўрган кўрув ўткирлигини сақлаш учун. Илгариги кўриш қобилияти 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 солимтирма ташхҳис 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. Гепертония касаллиги билан гестозда бўладиган кўз тубининг ўзгаришини фарқи:

1. Гипертония кассалигида тўр парда артерияларининг торайши 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, хомладорликдан халос қилиш учун мутлоқ ва нисбий кўрсатмалар бўлади.

Мутлоқ кўрсатмалага қуйидагилар киради:

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

2. Аёл кўз ида токсикоз ҳисобига тўр парда кўучиб 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 хар хафтада 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 ривозжланиши билан кечади. Кўзда оғрик пайдо бўлади ва у кўз косаси, пешонга тарқалади, хамда кўз харакатланганида кучаяди. Қовоқлар салқиши, конбюнктива хемози ва унинг оч саргиш 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 транссудатив (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 ёркин авж олади. Бемор кўзида қаттиқ оғриқ пайдо бўлади. Кўз ёшлананиши, ёруғликдан қўрқиш кузатилади. Ковоқлар 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 қорачик бўйича конуссимон, кенг, пигментли орқа синехиялар хосил бўлади.

Ревматик паувеит кечиши юқорида келтирилган олд увеитларнинг бирор тури сифатида, аммо хориодея яллиғланиши қўшилган холда бўлади. Бунда янги ўчоқлар сарғиш, бўртиб турувчи, чегараси ноаниқ догларни эслатади. Эски ўчоқлар эса оқ рангдаги, чегараси аниқ, қисман пигментланган дог 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 хориодеея томирлари васкулити кузатилади.

Периферик ревматик увеит олд ва орқа увеитларнинг бир-бирига ўтиш тури хисобланади, 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 теъсирланишининг 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 нервининг ревматизмда касалланиши камдан-кам учрайди. Мия ревматик яллиғланиб, босими ошгада 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 оқсил алмашинувчи, жигар детоксикацион фукцияси 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. Эпибульбар ангиопатия.

2. Эпибульбар пигментли склеропатия

Кўзнинг тубининг ўзгаришлари:

1. Тўр парда ангиопатияси

2. Ангиоретинопатия

 а) оддий пигментли ретинопатия

 б) транссудатив ретинопатия

3. Нейроангиоретинопатия

Эпибульбар ангиопатияда эпибульбар 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.

Эпибульбар пигментли склеропатияда юқорида келтирилган томир ўзгаришлари билан биргаликда лимб атрофида пигмент халқа хосил бўлиши, склерада хар хил катталикдаги 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 катталикдаги тўр парда салқиши кузатилади. Бунинг натижасида кўриш хараланади. Асосан бундац 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 биргалиқда 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 хосил 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 хам учрайди. Кўз туби синчиклаб текширилганида ушбу касалликда кўз микроциркуляциясининг бузилганлиги, веноз саккуляциялар хосил бўлиши аниқланади. Агар патологик ўчоқлар тўр парда марказида ёки унга яқин жойлашган бўлса, кўриш ўткирлигининг пасайиши – катаракта хам учрайди. Подагрик катарактанинг ўзига хослиги шундан иборатки, бунда хираланишлар нуқтасимон, сочилган холда, асосан олд кортикал қисмларда жойлашган.

ўйлаймизки юқорида баён этилган кўз ўзгаришлари шифокорларга касалликни ўз вақтида аниқлаб олиш ва даволаш давомида динамик кузатув ишларидаёрдам беради. Тавсияномада келтирилган патологик холатлар 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.

Окибати: 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 косасини 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 тўрк 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 даги белгилар – кўрув ўткирлиги пасаяди, кўрув майдони тораяди, битемпорал гемианапсия бўлади. Кўз тубида 70% кўрув нервининг 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 нервининг яллиғланиши ёки димланиши, ботулизмда, кўп қон йўқотилса бўлади.

Белгилари: кўрув нерви диски оқариб қолади, қон томирлари, айникса 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 кўрликга 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 бошкалар.

Амалиётдан намуналар

Бемор 2-3 йил давомида иккала кўзининг кўришини секин – аста оғриқсиз пасайишига шикоят қилади. Кўз тубининг курилганда геморрагик ва оқ рангдаги плазморагик ўчоқлар топилади. Шикоят бўйича катаракта деб ўйланса ташҳис 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, артериялалари торайган, веналари кенгайган, майда-майда қон қуйилган. Кўрув нерви дискини димланиши деб ташҳис 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: OU-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: OU – гипертоник ретинопатия.

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

Маъруза учун демонстрацион материаллар:

1. Таблицалар

2. Слайдлар

3. Атласдаги расмлар

4. Беморларни кўрсатиш.

Хулоса

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

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. Нейроофталмология. Трон А.А., 1990.

1. **Кўрув аъзолари жароҳатлари**

Маъруза даволаш, тиббий-педагогика ва тиббий-профилактика факуль¬тетининг 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 очиқ ва ёпиқ жароҳатларга бўлинади: Термик, кимёвий ва ёруғлик энергияси таъсирида бўладиган жароҳатлар.

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

Маърузанинг тарбиявий мақсади. Ўзбекистон ҳукумати ва ўзР ССВ томонидан халқимизни соғломлаштириш йўналишида қилинаётган ишлари ичида офтальмологик ҳизматни яхшилаш ва ривожлантириш ҳам бор. ўзР Вазирлар Маҳкамасининг охирги қарорларидан бири соғлиқни сақлашдаги реформалар ҳакида 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 ташҳислашдаги ва клиника¬сидаги зарур усулларни келтириш.

4. Кўрув аъзоларининг шикастланишини олдини олиш ва даволашдаги асосий ҳолатларни ёритиб бериш.

Мавзуни 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 беъморларда 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., Камилов М.К., Ходжимухамедов Х.И.) Бу беморларни рентгенологик ва ультратовуш техникалари булган, микроскоплари, микроускуналари (инструментлар), факофрагмен¬татор¬лари бўлган маҳсус кўз жароҳатлари билан шуғулланадиган йирик офтальмологик марказларга юбориш максадга мувофиў.

Кўрув аъзоларининг шикастланиши жуда кам ҳолларда якка 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 қишлок 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. Оҳирги вақтда сотувда байрам тантаналарида (фейерверклари) ишлатиш учун ҳар ҳил буюмлар пайдо бўлди ва жуда ҳам кенг тарқалди, улар болаларнинг қўлларида 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 қовоқлар, 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. Шуни таъкидлащ керакки, маълум шароитларда шох пардани ҳамма моддалари билан совуқ уриши мумкин (Қўйишга ўхшаш).

Шуни таъкидлаш керакки, ўзР ССВ нинг кўрсатгичлари бўйича тез ёрдам касалхоналарига бирламчи мурожаат қилувчиларнинг ичида, кўз шикастланиши бўйича 50 фоиздан ортиғининг 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 боғлик. Шаҳар аҳолией ичида қишлок аҳолисига нисбатан кўз шикастланиши 2 маротаба кўпроқ учрайди.

Кўз шикастланишлари ичида микротравмаларнинг 80 фоизи ўтмас шикастланишлар, 10 фоизи кесиб ўтмайдиган ва 2 фоизи кесиб ўтадиган, б фоизини қўйишлар ташқил қилади. Болалар кўз касалликлари касалхоналарида 60 фоизини ўтмас, 30 фоизини кесиб ўтмайдиган, 10 фоизини қўйишлар 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 соғликни сақлаш бўлимининг статистика бўлимига юборилади. Бундан ташқари шикастланиш содир бўлган хўжалик 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 қўшимча 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 суякларининг 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 буиича 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) яккол кўринади, бунда улар оч яшил тусни оладилар.

Контузиянинг биринчи кўп учрайдиган белгиларидан бири рангдор ва шох парда бурчагидаги қон томирларнинг дилятацияси ва ёрилишидир, бунинг натижасида олдинги камерада ҳар ҳил интенсивликдаги қон куйилишлар – рангдор пардада қон излари ва камера суюқлигидаги бироз 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 кўрсаттилган биринчи ёрдамдан ташқари, конъюнкивал қопчага антибиотик ёки сульфаниламид эритмаси, агар бўлса, оғриқсизлантирувчилар (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 сймптоматик, 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 оғриқ 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 боғликдир.

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 катталикдаги 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 ҳил 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 қуйииши, 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. £ар 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 ҳафталарда 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 маҳсус реабелитацион 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 куйган қовоқларни ҳамда конъюнктивал қопчани узоқ вақт (10-15 дақиқа) ювишдан иборат. Сўнг қовоқларга ёғли эритмалар сурилади ва куйиб куйилади. Биринчи ёрдам кўрсатилганидан сўнг, бемор тезлик билан офтальмологик шифохонага ёткизилиши керак. Шифохонада қандай ҳолат бўлмасин, куйган сохаларга мазли апликациялар, шунингдек, антибиотиклар, сульфаниламидлар, витаминлар, димексид ва анестетикларнинг эритмалари билан тез инстилляция қилиш кўрсаттилган. Кўп ҳолларда субконъюнктивал ёки парабульбар ўз қонини инъекциялари ҳам кўрсатлган.

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

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

£ар қандай даражадаги қўйиш кескин блефароспазм ва оғриқ синдромини чақиради.

Кўз олмасининг қўйишини 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 қўйишларда пуфакчалар ҳосил бўлади ва улар парчаланади. Баъзи ҳолларда, катта чуқур некрозни, баъзан кўз олмасини тешилиб ҳосил бўлган дефектида кўз ички тузилмаларини (кўпроқ рангдор пардани) кисилишини 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. Қуйишлар одатда хўжалик мақсадларида қўлланиладиган кислота ва ишқорлар билан нотўғри ишлаш оқибатида юзага келади. Бир қатор ҳолларда, қўйишлар, 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 қўйиши, айниқса оғир кечади. Ишқорлар тўқима ичига кириб борувчи, колликоацион некроз деб аталувчи шикастланишни чақиради. Кислотали қўйиш коагуляцион, яъни нисбатан юза некроз чақиради. Ишқорлар билан қўйишда 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 қўйиши билан болаларнинг қўз тўқималаридан куйдирувчи моддаларни олиб ташлаш ва оқар сув билан конъюнктивал копчани узок вақт ювишдан иборат. Унинг кетидан анестетиклар, шунингдек, сульфаниламидлар ва антибиотиклар эритмалари билан инстилляция 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 қўйишида, шунингдек, тўқималарни бутунлай бузилиши билан кечадиган тўмтоқ; шикастланишида ва яраланишида қоқшолга карши анатоксинни юбориш шарт. Енгил марляли асептик ёғли (антибиотикли, сульфаниламидли, витаминли мазь) монокуляр боғлам қўйиш мумкин. Маҳсус 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) инстилляция қилишдан иборат. I ва II-даражали қўйишларни оқибатлари қоникарли. III ва IV-даражали қўйишлардан сўнг кўпинча пластик жарроҳликни талаб қиладиган чандиқи ўзгаришлар қолади. III ва IV-даражали қўйишдан сўнгги асоратланган болаларни кўз патологиясини профилактикаси гуруҳига киритилади ва узоқ 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 профилак¬тикаси туради. Кўзнинг шикастланишини профилактикаси фақатгина ДЭЗ ишчиларини ва бошлиқларини, транспорт, қурилиш ташқилотларини иши эмас, балки одамларнинг ўзини, ота-оналарини, ўқитувчи ва тарбиячиларнинг ҳам вазифасидир.

Кўз шикастланишини профилактикаси ўзига 2 та этапни олади. Биринчи этапи – 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 ойи 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 этапи, яъни иккиламчи профилактика эрта ташҳислаш ва тезлик билан актив комплекс медикаментоз-хирургик даволаш асосида, кесиб кирувчи шикастланишнинг қуйидаги асоратларини: йирингли ва факоген увеитлар, металлозлар, кўз гипотонияси ва симпатик офтальмияни олдини олишга ёрдам беради. Шу иккиламчи профилактика ёрдамида охирги йилларда асоратларнинг сонини камайтириш ва асосийси бирламчи энуклеацияни 5 марта камаитиришга (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 бироз шиши, пайпаслаганда крепитация симптоми.

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

Шифохонада қуйидаги ташҳис қуйилган: ўнг кўз қовоқларини 2-даражали контузияси. Юқори қовоқ эмфизиемаси, 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 хакида гапиради. Пастки қовоқнинг деформациясини олдини олиш мақсадида икки каватли 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 қўрқиш, кўз ёшини окиши, иккала кўзни қизариши пайдо бўлган. Кўзга томчилар томизилмаган, даволанишлар ўтказилмаган. Объектив: ўнг кўзда ёруғликдан қўрқиш, кўз ёшини оқиши, блефароспазм, қон томирларнинг аралаш инъекцияси. Корнеосклерал соҳасининг 3-соатида 6-7 мм узунликдаги чандиқ. Шох парданинг орка 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 қўрқиш, 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 қўрқиш, 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 қўрқиш, 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 рентгенлока¬лизация 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. Ковалевсквий)

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 шоҳ 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 кон 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 тузилиши;ни

3. кўз косани тузилишини;

4. кўз олмани ва уни ёрдамчи аппаратини кон ва асаб томирлари билан тъаминлаши.

4. Мавзуни асослаш

Кўз органни анатомик а физиологик хусусиятларни билиш, офтальмология фанни ассосидир. Кўз олманинг тузилиши ва фхусусиятларини, утказувчи аппаратини ваз ёрдамчи аппаратининг анатомо-физиологик хусусиятларнии биоиш кассалилкаринии ривожланинишии ва уни кандай 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 сўрок ва муаллимнинг тўлдиришида шаклида ў

рганилади:

 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 пстки тирқиши ва ундан ўтувчитомирлар ва нерв

 е) кўз косаси Билан чегарадош бўлган бурун ёрдамчи бўшлиқлар ва уларнинг кўз косаси ҳасталикларидаги ахамияти

ж) кўз косаси Билан ченардош бўлган бош чаноғи чуқ кўз косаси хасталикларидаги аҳамияти.

Кўз косаси ичида жойлашган ва унинг аҳамияти:

а) кўз олмаси ортидаги ёғ қатламлари ва унинг аҳмияти

б) теннон халтаси ва бўшлиги, уларнинг аҳмияти

в) кўзни ҳаракатлантирувчи мускуллар, уларнингбошланиш ва бирикиш жойлари, ҳаракат схемаси, нерв ва кон томирлари

Кўз олмаси: шакли, катталиги, орбитада жойлашиши, олдинги ва орқа қўтблари, экватори ва параллеллари.

 Кўз пардалари (қаватлари):

1) Фиброз парда ва унинг тузилиши, вазифалари. Склера – ранги, қалинлиги, озиқланиши, нервлари, вазифаси. Шох парда ва лимб, уларнинг анатомо-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 ҳужайралар). Тўр парданинг 3 нейрони ва уоарнинг вазифаси. Сариқ 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, чуқурлиги; 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.

 Шишасимон тана – тузилиши, таркиби, вазифаси.

Кўзнинг ҳимоя аппарати: қошлар, киприклар, қовоклар.

 а) қовоқларнинг 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 бези, унинг жойлашиши. Тузилиши, вазифаси, нервлари, қон Билан таъминланиши. Ёрдамчи Краузе безчалари

б) кўз ёшининг кетиш йўллари – ёш ариқчаси, кўли, ёш нуқталари, уларнинг жойлашиши, кенглиги, ёш каналлари ва уларнинг йўналиши, ёш ҳалтаси ва унинг жойлашиши, катталиги, шакли; кўз ёши – бкрун канали, унинг пастки йўллига очилиши; бурун шиллиқ 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 хохлаган талабага ўзи олдиндан тайёрлаган саволни ( жавобни ўзи билиши шарт) бериб, коптокчани топширади.

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

5. Ҳамма талабалар савол бериб бўлгач, оҳирга талаба қўлидаги 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

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. Сариқ 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 y., 372 с.

6.Jack J. Kanski. /Clinical Ophthalmology. A systematic Approach./ “Butterworth Heineman”, Oxford, UK 2005 y., 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 ophthflmology”, Egypt,1994., 497 б.

14. Нестеров А.П. “Глаукома” 1995 г, 168 б.

15. Интернет маълумотлари куйидаги сайтлардан олинди: www.ophthalmology.ru/articles/120\_html,www.nedug.ru/ophthalmology/34art -html www.eyenews.ru/html- 67,www.helmholthzeyeinstitute.ru/articles/1.2html

www.eyeworld.com/ophth.articles/html-89,www.scientific-vision.com/html-ophth

**№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, кўргазмали қуроллар, 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 олишии керак:***

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

**Мавзуни асослаш**

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

**Фанлараро 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 касаликлларни аниклашида 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 переферик кўриши, рангларни ажратиш, чирокни ажратиш, бинокулар кўриш.

Кўз ўткирлиги.

Муалим кўз ўткирлиги тушунчасига таъриф беради. Жадвалларни тузиш принципларини, уларни ҳисоблашни, Снеллен формуласини тушунтиради. Головин-Сивцева, Ландоль оптотипи, 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).

Переферик кўриш.

 Инсон ҳаёти ва фаолиятида, унинг борлиқ оламда зўзини – ўзи идора қилиши учун переферик кўришнинг аҳамияти беқиёс эканлиги таҳлил этилади. Кўз тўрларининг қайси элементлари переферик кўриш функциясини бажариши масаласи ойдинлаштирилади. Шундан сўнг талабалар кўриш майдони ёки эътибор маркази тушунчасига таъриф берадилар, меъёрий кўриш майдонининг оқ рангга, 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 спеатрни фарқлаш. Бу фаолиятни текшириш учун Рабкин жадвали ишлатилади.

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

Бинокулар 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) качон касалланган ва агар икала кўзи касал бўлса, қайси кўзи олдин касалланган.

б) касаллик бошланиши

в) даволанганми ёки йўкми, агар операция булган булса, қачон, қанака операция.

Кўрув органи текшириш усуллари:

- қовоқни, шиллик пардани, кўз ёш йўлларни курие;

- кўз олмасини куриш, уни шаклини, ката-кичиклиги, кўз косасида жойланиши

- кўз ички босимини пальпатор ва танометр оркали иекшириш

- ён томонидан ёритилган ҳолатдан кўздан кечириш усули

- ўтувчан ёруғликни усули Билан текшириш

- офтальмоскопия

 - рефрактометр, офтальмометр, щелевой лампа билан ва бошка 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 хохлаган талабага ўзи олдиндан тайёрлаган саволни ( жавобни ўзи билиши шарт) бериб, коптокчани топширади.
4. Коптокчани олган талаба саволга жавоб беради (савол берган иштирокчи жавобни шархлаб туради) ва саволни бошқа иштирокчига беради. Бу мусобака ҳамма иштирокчилар “”ўргимчак ини”га ўралгунча давом этади.
5. Ҳамма талабалар савол бериб бўлгач, оҳирга талаба қўлидаги 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**

**Бинокуляр кўришни текшириш усули (соколов усули)**

**Мақсад: б**инокуляр кўриш мавжудлигини аниқлаш

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

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| № | Бажариш босқичлари | Бажарилмади(0 балл) | Тўлиқ тўғри бажарди |
| 1 | Бемор ўтирган холда қўлига най берилади (диаметри 2-5 см). | 0 | 15 |
| 2 | Бир кўз билан най орқали қараб, иккинчи очиқ кўз томонидан қўл кафтининг найга кўндаланг теккизиб турилади. | 0 | 15 |
| 3 | Текширилучидан иккала очиқ кўз билан узоққа қараш сўралади. | 0 | 15 |
| 4 | Кўзларнинг ҳамкорликдаги баравар кўриши нормал муносабатда бўлганида най бўшлиғи қўл кафтидаги тешикка ўхшаб кўринади ва кафт марказига жойлашади. | 0 | 15 |
| 5 | Бир вақтдаги кўришда – тешик кафтнинг марказига тушмайди. | 0 | 20 |
| 6 | Монокуляр кўришда – қўл кафтида текшик бўлмайди | 0 | 20 |
|  | **ЖАМИ:** | 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 усссуллар 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 y., 372 с.

6.Jack J. Kanski. /Clinical Ophthalmology. A systematic Approach./ “Butterworth Heineman”, Oxford, UK 2005 y., 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 ophthflmology”, Egypt,1994., 497 б.

14. Нестеров А.П. “Глаукома” 1995 г, 168 б.

15. Интернет маълумотлари куйидаги сайтлардан олинди: [www.ophthalmology.ru/articles/120\_html](http://www.ophthalmology.ru/articles/120_html),[www.nedug.ru/ophthalmology/34art -html](http://www.nedug.ru/ophthalmology/34art-html) [www.eyenews.ru/html- 67](http://www.eyenews.ru/html-%2067),[www.helmholthzeyeinstitute.ru/articles/1.2html](http://www.helmholthzeyeinstitute.ru/articles/1.2html)

[www.eyeworld.com/ophth.articles/html-89](http://www.eyeworld.com/ophth.articles/html-89),[www.scientific-vision.com/html-ophth](http://www.scientific-vision.com/html-ophth)

**№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, кўргазмали қурол-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 олишии 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 субектив ва обектив 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 богликлиги билан характерланиши лозим. Мавзу вертикал буйича анатомиянинг “нерв системаси ва сезги органлари” бўлими билан, физиологияниниг “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 богланган.

 Горизонтал буйча офтальмология куйидагилар билан богланган:

 - оториноларингологик касалликлар - бурун ва унинг ёндош бўшлиқлари, томоқ анатомияси, уларнинг ёшга хос узгаришлари ва яллигланиш 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

Фокус нуқта - параллел нурларнинг

Фокус масофа - линзадан фоcус нуқтагача булган масофа

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

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

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

ФМқ0.5 М, ЛНСКқ0.2 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 анатомо-физиологик тузилишини, у параллел йўналувчи нурларнинг синдириш

ҳусусияти билан тур пардада предметнинг тузилишини ҳосил қилади. Бу кузнинг синдириш ҳусусиятига ва диаметрига, олдинги орқа уқларига боғлиқ..

Клиник рефакция мутоносиб – эмметропик нормал ва номутоносиб – амметропик аномал бўлиши мумкин.

Куришнинг аник булиши учун аввлам бор тур пардада аник тасвир булиши керак. Нормал куз-да бу иккианатомик тузилмага боглик булади: оптик системанинг нур синдириш кучига ва куз-нинг оптик укига. Бу кусаткичлар хар кимники индивидуал булади. Шу сабабдан куз рефрак-циясини 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 боглик булиб, кейинчалик у узгармайди

Офтальмолог шифокор уз практикаси давомида факатгина клиник рефракцияни аниклайди, яъни куз физик рефракиясининг кузнинг анатомик укига мутаносиблиги. Клиник фефракция бош фокуснинг тур пардага нисбатан характерланади. Агарда бош фокус тур пардада жойлаш-са – бундай рефракция мутаносиб хисобланади - эмметропия (Е') 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 тушаетган нурлар тур парданинг олдида йигиладаи. Бундай номутаносиб рефракция тури якиндан куриш – миопия деб аталади (М)'. Агар куз улчамларига нисбатан оптик системанинг нур синдириш кучи кучсиз булса, бунда параллел тушаетган нурлар тур парданинг оркасида йигиладаи. Бундай номутаносиб рефракция тури узокдан куриш – гиперметропия (Н)2 деб аталади. Агар куз оптик сиситемасининг 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 аниклашда ва аметропияни коррекция килишда оптик ойналардан фойдаланилади.

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

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

Эмметропия. Эммитрипояда одата параллел нурлар синиб, тур пардада фокус пайдо килади ва бунда кузнинг куриш даражаси жуда юкори, юз фозга тенг булади. Куз жуда уокда турган нук-тани куришга мослашган булади.эммитроплар якнинни хам, узокни хам яхши крадилар. Унга аккомадация 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 несовер¬шенства 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 аниклаш мумкин эмас, чунки уларда аккомадация кучли. Шунинг учун бу холла гиперметропия икки хила булинади, яширин ва яккол куринадиган гиперметропия. Агр ешларда яширин гиперметропия уз вактидда аникланиб, улар кузойнакдан фойдаланмаса-лар кузлар чарчайди ва укиганда харфлар куинмайди. Аккомадотив мускулчалар чарчашидан кузда огрик ва бош огриги пайдобулади.бу холатни аккомадотив астенопия дейилади. Агр еш болаларда гиперметропия кучли булса, улар уз вактида кузойнакдан фойдаланмасалар хамда аккомадацичга зур келса кучли аккомадация кетидан конвергенция хам зурайиб, кузлар йиги-луви гилайликка учрайди.

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

 Учинчи даражадаги гиперметроппияли одамларда куз соккаси бироз кичикрок, корачиги бироз торрок ва олдинги камераси меъериан саезрок, шох прада гардиши кичикрок булиши мумкин. Уларнингкуз 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 З дптр дан юкори булган болаларда 1 дпрт 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 дптргача 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 вактли 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 вактини тугри таксимлаш.

6. Уз вактида 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 - гавҳарнинг ёшга боғлиқ ҳусусиярлари туфайли аккомодациянинг физио-логик сусайиши. Агар кўзз эмметропик бўлса, қуйидаги 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 қўшилади, 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 хохлаган талабага ўзи олдиндан тайёрлаган саволни ( жавобни ўзи билиши шарт) бериб, коптокчани топширади.

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

5. Ҳамма талабалар савол бериб бўлгач, оҳирга талаба қўлидаги 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

Вазиятли масала:

Ситуационные задачи:

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

 Объектив белгилар:

 OD 0,3 1,0

Vis ——– –––— c + 4,0 D = ——–

 OS 0,3 1,0

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 астенопия. 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:

 OD 0,08 0,9

Vis ——– –––— c – 9,0 D = ——–

 OS 0,08 1,0

Кўз туби: КНД гиперемик, чегараси аниқ.. Миопик конус. Тўр парда юпқалашган, «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 якинлаштириб 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 |
|  | **ЖАМИ:** | 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 ташҳислаш усулларини келти¬ринг.

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 y., 372 с.

6.Jack J. Kanski. /Clinical Ophthalmology. A systematic Approach./ “Butterworth Heineman”, Oxford, UK 2005 y., 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 ophthflmology”, Egypt,1994., 497 б.

14. Нестеров А.П. “Глаукома” 1995 г, 168 б.

15. Интернет маълумотлари куйидаги сайтлардан олинди: www.ophthalmology.ru/articles/120\_html,www.nedug.ru/ophthalmology/34art -html www.eyenews.ru/html- 67,www.helmholthzeyeinstitute.ru/articles/1.2html

www.eyeworld.com/ophth.articles/html-89,www.scientific-vision.com/html-ophth

**№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, кўргазмали қуроллар, 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 учрайдган касалликларни билишлари зарур. Бу қовоқ ва ёш бези, 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 олишии 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. Қовоклар морфологик тузилиши жиҳатларининг ўзига хослиги уни патологиясини ҳам ўзига хослигини кўрсатади. Қовоқ териси ва қирралари, тогай безлари, мушак-нерв аппарати касаликлари алоҳида ажралиб туради. Патологик процесс қовоқ тўқималарининг ҳамма қаватларига таркалиши 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 окишидир 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 богликлиги билан характерланиши лозим. Мавзу вертикал буйича анатомиянинг “нерв системаси ва сезги органлари” бўлими билан, физиологияниниг “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 богланган.

 Горизонтал буйча офтальмология куйидагилар билан богланган:

 - оториноларингологик касалликлар - бурун ва унинг ёндош бўшлиқлари, томоқ анатомияси, уларнинг ёшга хос узгаришлари ва яллигланиш 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 кўпгииа умумий касалликлар сабабли ҳам бўлади. У яллиғланиш оқибатида ва яллиғланишсиз бўлади. Яллиғланиш окибатидаги 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 иккиёқлама бўлиб, эрталаблари кучаяди ҳамда кўпинча оёқ шишиси ва асцит билан биргаликда бўлади.

Аллергик қовоқ шиши Квинке ангионевротик шиши кўринишида бўлиб, бирдан пайдо бўлиб бирдан йўқолиши характерлидир. Оғриқ ва субъектив туйғулар булмайди. Асосида аллергик реакция ётади

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

#### Блефаритлар

Блефарит – қовоқ, қирғоқларининг яллиғланиши бўлиб, кўп учрайдиган ва узоқ давом этадиган кўз касалликларидандир. Касалликнинг оддий, қипиқсимон ва ярали турлади бор.

*Оддий блефаритда* қовоқ киррокларининг қизариши кўзатилади. Беморлар кичиш, кўзларининг тиқилиши тез-тез юмилиб-очилиши, кўз тирқиши четларида кўпиксимон ажралма бўлиши кўзларининг ўқиш-ёзиш ва айниқса кечқурунлари сунъий ёруғликда тез чарчашига шикоят қиладилар.

Қипиқсимон блефарит ёки қовоқ себореясида қовок қирғоқлари доимо қизил бўлиб дағаллашади. Тери киприк илдизлари атрофида майда оқ-кул ранг қипиқлар билан қопланган бўлиб, улар бошдаги қазғоқларни эслатади. Агар уларни олиб ташланса тагидаги тери ўта қизарганлиги ва юпкалашганлигини кўриш мумкин. Беморлар қовоқларининг кучли, қийноқли қичишига, ёруғлик ва чангга ута сезгирлигига шикоят қиладилар. Қечқурунлари 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 қуриб 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 киррокларининг деформацияси гипертрофияси йўғонлашиши ва ичкарига қайрилишига олиб келади. Блефаритлар одатда сурункали конъюнктивитлар билан биргаликда учрайди. Қовоқдаги дағал ўзғаришлар шох парда томонидан асоратларра 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, аллергик касалликлар алохида 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 сенсибилизация 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 қўрқиш 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 – лагофтальм 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 очиқ қолади. Кўз тирқиши уйқу вақтида ҳам очиқ қолади ва кўз олмаси қуриши, доим қизариб туриши, конъюнктивит ва шох парда яллиғланиши мумкин.

#### Лагофтальм.

Шу билан бирга қовоқларнинг туғма кисқаришида, травмадан кейин чандиқли 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 левомицитин эритмаси, стерил вазелин ёғи ёки таркибида антибиотик бўлган суртма дорилар томизилади. Кечқурун уйқудан олдин қовоқлар лейкопластир ёрдамида тортиб кўнилади. Агар лагофтальм узоқ 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 сабоб 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 парадичида ҳам учрайди, чунки юқори қовоқни кўтаришда шу нерв иннервация қиладиган силлик мушаклар ҳам иштирок этади. Бунда птоз билан биргаликда, кўз олмасининг орқага сурилиши (энофтальм) ва қорачиқни торатиши кўзатилади. Птоз, миоз, энофтальмдан иборат бу симптом комплексга – Горнер синдроми деб аталади. Даволаш: даволаш птозни келтириб чиқарган сабабларга қаратилан бўлиши керак. Агар юқори қовоқ қорачиқ соҳасини беркитиб турса ва кўришга халақит борса уни хирургик даволаш зарур. Тери орасидап 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 кисмини спастик кискариши) ва чандиқли (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 чикарувчи сабабларни йўқотиш зарур. Хирургик даволаш: қовоқ терисининг бир кисми олиб ташланади ва қовоқни ташқарига қаратувчи иплар 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.

Қовокни 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. Юкорида 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 кетгут, пластмасса ип ёки бошка материалларни бир неча ҳафтага қолдириш зарур. Агар ёрдам бермаса конъюнктиводакриоцистостомия операцияси қилинади.

**Ёш қопчаси касалликлари касалликлари**

**Ўткир дакриоцистит**

Ёш копчасининг 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 қолнши ва йиринглашига сабаб бўлиб, сурункали дакриоцистит касалини келтириб чиқаради. Ёш копчаси деворлари аста-секин чузилади. Унда тўпланувчи кўз ёши суюқлиги патоген микрофлоралар (стрептококк, пневмококк ва бошкалар) 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 нуқтасидан шиллиқ ёки йирингли ажралма чиқади. Кўз ёши йўлларини ювиб кўрилганда, суюқлик бурун бўшлиғига ўтмайди ва орқага юқори кўз ёши нуқтасидан кайтиб чикади. Сурункали дакриоцистит кўз олмасига катта хавф туғдиради, чунки кўпинча шох парданинг 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 хамкорликда ишлаш ва ҳар бир талабанинг фаол қатнашишини кўзда тутади, ўқитувчи бутун гуруҳ билан ишлайди.

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

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

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

Карточкалар турлари:

1. Касалликни аниқлаш: Оддий қипиқли блефарит.

Даволаш. Маҳаллий антибиотикотерапия, қовоқлар массажи.

1. Касалликни аниқлаш: Птоз.

Даволаш. Жарроҳлик усулида.

 «Вена диаграмма» 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 хохлаган талабага ўзи олдиндан тайёрлаган саволни ( жавобни ўзи билиши шарт) бериб, коптокчани топширади.
4. Коптокчани олган талаба саволга жавоб беради (савол берган иштирокчи жавобни шархлаб туради) ва саволни бошқа иштирокчига беради. Бу мусобака ҳамма иштирокчилар “ўргимчак ини”га ўралгунча давом этади.
5. Ҳамма талабалар савол бериб бўлгач, оҳирга талаба қўлидаги 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**

 **Вазиятли масала:**

**1**. Бемор 32 ёшда. Қовоқларининг қийноқли қичишидан, ёруғликдан қўрқишидан 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. Қипиқсимон блефарит

1. Гастроэнтерологда даволаниш.

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

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

Ташҳис қўйинг.

 Тавсия беринг.

Жавоб.OD-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. Объектив 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 қўйинг.

 Тавсия беринг.

Жавоб. OS-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 қўйинг.

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) | Тўлиқ тўғри бажарди |
| 1 | Пастки қовоқларни текшириш учун беморни юқорига қарашга сўралади | 0 | 20 |
| 2 | Ўнг ёки чап кўлнинг 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 кўлнинг 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 |
|  | **ЖАМИ:** | 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, малхамлари, пахта, шишали таекча

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| № | Бажариш босқичлари | Бажарилмади(0 балл) | Тўлиқ тўғри бажарди |
| 1 | Кўзга томчи томизилаётган 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 таёқчалар ёрдамида малҳам бўлаги суртилади (пастки конъюнктива гумбазига). | 0 | 40 |
| 3 | Керакли қоидалар: инфекция тарқалишидан сақланиш учун пипетка ва малҳам тюбиклари беморни кўзига тегмаслиги керак. | 0 | 20 |
|  | **ЖАМИ:** | 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.

1. Қовокда яллиғланиш билан кечадиган касалликларни даволаш принцип

лари.

1. Қовоқни ташқарига бурилиши касаллигининг сабаблари ва турлари
2. Ўткир дакриоаденитнинг клиникаси ва даволаш.
3. Ўткир дакриоцистит, унинг клиникаси ва даволаш усуллари.
4. Қовоқнинг нерв-мушак аппарати касалликлари, уларнинг келиб чиқиш

сабаблари.

**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 y., 372 с.

6.Jack J. Kanski. /Clinical Ophthalmology. A systematic Approach./ “Butterworth Heineman”, Oxford, UK 2005 y., 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 ophthflmology”, Egypt,1994., 497 б.

14. Нестеров А.П. “Глаукома” 1995 г, 168 б.

15. Интернет маълумотлари куйидаги сайтлардан олинди: [www.ophthalmology.ru/articles/120\_html](http://www.ophthalmology.ru/articles/120_html),[www.nedug.ru/ophthalmology/34art -html](http://www.nedug.ru/ophthalmology/34art-html) [www.eyenews.ru/html- 67](http://www.eyenews.ru/html-%2067),[www.helmholthzeyeinstitute.ru/articles/1.2html](http://www.helmholthzeyeinstitute.ru/articles/1.2html)

[www.eyeworld.com/ophth.articles/html-89](http://www.eyeworld.com/ophth.articles/html-89),[www.scientific-vision.com/html-ophth](http://www.scientific-vision.com/html-ophth)

**№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, кўргазмали қуроллар, слайдлар, видеофилмлар

 - ЎТВ: слайдоскоп, TV-видео.

**2**. **Машғулотнинг давомийлиги**

 - 5 соат

**3.** **Машғулотнинг мақсадлари**

Ахолини конъюнктивит ва трахомадан согломлаштириш учун талабаларга шу касалликларнинг белгиларини ва олдини олишни ургатиш. Шу билан бирга уткир таркалган конъюнктивитларнинг келиб чикиш сабабларини, белгиларини ва даволашни талабаларга чукур ургатиш. Энг огир ва юкумли касаллик – трахомани келтирадиган огир асоратлари ва унинг окибатида 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, тогай безлари, мушак-нерв аппарати касаликлари алоҳида ажралиб туради. Патологик процесс конъюнктива тўқималарининг ҳамма қаватларига таркалиши мумкин. Сабаби ва ривожланиш механизмига қараб, конъюнктива 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 окишидир 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 богликлиги билан характерланиши лозим. Мавзу вертикал буйича анатомиянинг “нерв системаси ва сезги органлари” бўлими билан, физиологияниниг “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 богланган.

 Горизонтал буйча офтальмология куйидагилар билан богланган:

 - оториноларингологик касалликлар - бурун ва унинг ёндош бўшлиқлари, томоқ анатомияси, уларнинг ёшга хос узгаришлари ва яллигланиш 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 бошка ажралмалар чикиши. Ажралмани бактериологик текширганда касалликнинг тури аникланиб, керакли даволаш мумкин булади.

Конъюнктивитларнинг таснифи:

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

Таркалган конъюнктивитлар уткир ва сурункали булади.

Таркалган уткир конъюнктивитларга дифтерияли, уткир эпидемик ва гонореялик 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 левомицетин 0,25% ва бошка дезинфекцияловчи томчилар, дифтерияга карши зардоб томизилади, мушакка дифтерияга карши зардобдан 6000-10000 АЕ юборилади.

*Офтальмогонобленнорея* – бу конъюнктиванинг 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 конъюнктиванинг 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%, левомицетин 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 юқиши мумкин ифлосланган қўл 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 тирқиши юмилиб қолади. Бемор кўзга қум тиқилиб қолгандек ҳис қилади.

Аниқ белгилари бўлганда ва бактериологик текширганда ташҳис қўйиш 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 чиқиб турган вақтида кўзни боғлаш ёки мой дорилари қўйиш мумкин эмас.

Олдини олиш: Иссиқ кунлар бошланиши билан ясли, болалар боғчаси, мактаб 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 таёқчала­ри билан чакирилади.

Белгилари: Конъюнктива бир оз қизаради, шишади, кўз тирқишининг ички ва ташқи қисмида оқ кўпиксимон ажратма чиқади, бемор кўзни қичиши ёки кўзга қум 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 қўл 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, инфильрация 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 чандиқ 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 чандиқ бўлиши ҳисобига киприклар кўз томонга тескари усади.

4. Ксерофтальмия – шох парда ва конъюнктивани қуриб қолиши. Чандиқ 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 террамицин, 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 тетрациклин мази, ичишга тетрациклин таблеткаси берилган бўлса, март ойида эритромицин берилади. 1959 йилда янги препарат 1% дибиомицин мази ишлатила бошланди. Трахомада буни кунига 1 мартадан қўйилса бошқа, дориларни 5-6 марта қўйилган 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 еки левомицетин 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 ёстиқдан 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 йўлларига 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 йўлларини ҳар куни таништиришлари, шу мақсадда санитария маориф ишларини тинмай амалга оширишлари керак.

Шундай қилиб, трахомани тугатишнинг энг муҳим чоралари – даволаш – профилактика ёрдамини 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 холос. 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 тутиладиган 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. ´зидан 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 тиқилгандай ҳис қилади.

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

*Бахорги катар* конъюнктиванинг аллергик касаллиги ҳисобланиб, асосан Марказий Осиё республикаларида қуёш радиациясининг таъсири оқибатида ва эндокрин безларининг касалликлари ҳисобига бўлади, асосан ўғил болаларда учрайди. Касаллик ҳар йили баҳор – ёз ойларида кучайиб, кўз қиш 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 типидаги аденовируслар билан, кам ҳолларда 6 ва 10 типидаги аденовируслар билан чақирилади. Касаллик ўткир бошланади. Кўздаги ўзгаришлар билан бир қаторда, юқори нафас йўлларининг катари, танаҳароратининг кўтарилиши, бош оғриқ, қулоқ атрофидаги лимфатик безларнинг катталаниши кузатилади. Олдин бир кўз, 2-3 кунўтгандан кейни 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, катартал 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 инстилляция 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.

***Конъюнктива 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 ёқи шиллиқ – йирингли суюқлиқ чиқади. Трахомадаги каби асоратлар рўй бермайди, касаллик охирида ямоқчалар ҳосил бўлмайди. Фолликулалар конъюнктивитни баъзан трахомадан тезда фарқлаш қийин ва шу сабобли 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 қўзғатувчиси – Провачек-Гальберштедтер таначаларини ҳар эҳтимолга кўра топли учун конъюнктивадан қирма олиб текшириш ҳисобга олинади.

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

***Птеригиум*** – қанотли парда. Иссиқ иқлимли Марказий Осиё республикаларида қуёш 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 хамкорликда ишлаш ва ҳар бир талабанинг фаол қатнашишини кўзда тутади, ўқитувчи бутун гуруҳ билан ишлайди.

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

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

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

Карточкалар турлари:

1. Касалликни аниқлаш: Йирингли конъюнктивит.

Даволаш. Маҳаллий антибиотикотерапия.

1. Касалликни аниқлаш: Баҳорги катар.

Даволаш. Десенсибилизацияловчи препаратлар,глюкокортикостероидлар ва қора кўзойнак тақиш.

 «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 хохлаган талабага ўзи олдиндан тайёрлаган саволни ( жавобни ўзи билиши шарт) бериб, коптокчани топширади.
4. Коптокчани олган талаба саволга жавоб беради (савол берган иштирокчи жавобни шархлаб туради) ва саволни бошқа иштирокчига беради. Бу мусобака ҳамма иштирокчилар “ўргимчак ини”га ўралгунча давом этади.
5. Ҳамма талабалар савол бериб бўлгач, оҳирга талаба қўлидаги 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**

 **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 – левомицетин 0,25%; натрий сульфацил 30% билан ювиш.

2.. Бемор 12 ёшда. Бир хафта 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 «тошкўприк» кўринишида жойлашган, қовоқ ички конъюнктиваси оқсут рангда.

Ташҳис қўйинг.

Тавсия беринг.

Жавоб: Баҳорги катар, анестетиклар, гидрокортикозон 1:4000 инстилляцияси, ҳар соатда ичишга: супрастин, димедрол, кальций кора 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 | Бажарилмади(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, киприклар, кўз ёш нуқталари, склера, конъюнктиваси, шох парда, склера, олдинги камера, рангдор парда, қорачиқ ва унинг реакцияси ва гавхар текширилади. | 0 | 40 |
|  | **ЖАМИ:** | 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. µандай касаллик хақида 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**

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 y., 372 с.

6.Jack J. Kanski. /Clinical Ophthalmology. A systematic Approach./ “Butterworth Heineman”, Oxford, UK 2005 y., 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 ophthflmology”, Egypt,1994., 497 б.

14. Нестеров А.П. “Глаукома” 1995 г, 168 б.

15. Интернет маълумотлари куйидаги сайтлардан олинди: [www.ophthalmology.ru/articles/120\_html](http://www.ophthalmology.ru/articles/120_html),[www.nedug.ru/ophthalmology/34art -html](http://www.nedug.ru/ophthalmology/34art-html) [www.eyenews.ru/html- 67](http://www.eyenews.ru/html-%2067),[www.helmholthzeyeinstitute.ru/articles/1.2html](http://www.helmholthzeyeinstitute.ru/articles/1.2html)

[www.eyeworld.com/ophth.articles/html-89](http://www.eyeworld.com/ophth.articles/html-89),[www.scientific-vision.com/html-ophth](http://www.scientific-vision.com/html-ophth)

**№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, кўргазмали 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 тузилищи;

- кератитлар таснифини;

- кератитлар этиопатогенези

- кератитлар диагностикаси;

- кератитлар асоратлари ва натижалари.

 ***Талаба қила олишии керак:***

 Амалий кўникмаларни бажариш – ёруғликни сезишни аниқлаш.

**4.** **Мавзуни асослаш**

Кератитлар кўрув аъзосининг энг кенг тарқалган хасталикларидан биридир. Бунинг сабаби шоҳ парданинг ўзига хос жойлашиш натижасида ташқи мухит билан доимий мулоқатда бўлишидадир. Кератитларнинг ўзига ҳос клиник кечиши шаклларини 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 богликлиги билан характерланиши лозим. Мавзу вертикал буйича анатомиянинг “нерв системаси ва сезги органлари” бўлими билан, физиологияниниг “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 богланган.

 Горизонтал буйча офтальмология куйидагилар билан богланган:

 - оториноларингологик касалликлар - бурун ва унинг ёндош бўшлиқлари, томоқ анатомияси, уларнинг ёшга хос узгаришлари ва яллигланиш 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 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 инфильтрати пайдо бўлишидир. Инфильтратлар турли шаклда, катталикда, чуқурликда, рангда бўлиши мумкин. Ҳар хил сезувчанлик ва васкуляризацияни учратиш мумкин.

Кератитларнинг асосий белгиларига ёруғликдан қўрқиш, 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. Инфильтрат ранги унинг хужайра таркибига боғлиқ. Агар лейкоцитлар сони кам бўлса инфильтрат кулранг, йиринг миқдори кўпайса – сариқ, у сўрилгандан сўнг эса – оқиш тусда бўлади. Янги инфильтратлар чегараси ноаниқ, яллиғланиш қайтишида – аниқ бўлади. Юза кератитларда инфильтрат юзасида эпителий бузилиши, кўчиши ва эрозия хосил бўлиши кузатилади. Чуқур жойлашган инфильтратлар 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.

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

1. Бактериал кератитлар:

 а) стафило-, пневмо-, дипло-, стрептококли 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) – аллергик кератитлар:

 а) фликтенулёз (скрофулез) кератитлар

 б) аллергик – 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, ёруғлиқдан қўрқиш, 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 ўйиқ, 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 чандиқ 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» преципитлпр ҳосил 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 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 махаллий 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 лимбда тўсатдан кулранг хираланиш пайдо бўлади. Секин аста хираланиш марказга етади ва шох парда оқиш рангга киради, лекин ярага айланмайди. Таъсирланиш белгилари бошида сезиларсиз, инфильтрация кучайгач ёруғликдан қўрқиш, 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 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 инфильтратли, фасцикуляр, панноз, некротик.

Асосан *фасцикуляр кератит* ёки «жахонгашта фликтена» учрайди. Бунда прогрессив қирғоқли инфильтрат 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) фильтрловчи вируслар сафига кириб, нейротроп ҳусусиятга эга ва у контакт ҳамда заво йўлларидан одам организмига киради.

Умуман, барча инсонлар ушбу вирусни олиб юрувчи ва потенциал юқтирувчи 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, шиллиқ 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 шоҳ 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 қўшилиб, 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 шоҳ парда эпителийси катта қисмининг емирилиши натижасида иккиламчи бактериал ёки замбуруғли инфекциялар қўшилиши 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 инфилътрат 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 нотуғри 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 шоҳ парда турли кисмларида кулранг инфилътратлар 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 тутади:

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

- инфильтрат 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 керититнинг турлари кўплиги касалликнинг кеч аниқланиши ва даволашнинг кеч бошланишига сабаб бўлади.

Вирусга қарши кимётерапия, махсус патогенетик даволаш усуллари ва микрахирургия 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. Шох 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 шоҳ парда ва конъюнктивага токсик таъсир кўрсатади. Бу холларда 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 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 қўрқишни 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 кўлланилиши 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 қўшилса фенкарол ва бошқа антигистамин дорилар қўллаш мақсадга мувофиқ. Организмда интерферон ишлаб чиқариш сусайганида интерферон индукторлари продгиозан, пирогенал, полудан қўлланилади. Шох парда озиқланишни тиклаш мақсадида В гурух витаминлар ва тўқима терапияси самарали.

Сўрдирувчи воситталаридан 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 қурийди. Шох парда хираланиб, ялтироқлиги йўқолади ва сирти қурийди.

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

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

*Замбуруғли кератитлар* ёки кератомикозлар сурункали кечувчи кератоконъюнктивитни эслатиб, секин аста ва бир оз ажралма хосил 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 антимикоз воситалар (амфотеррамицин, трихомицин, нистатин) ва симптоматик дори-дармонлар ёрдамида ўтказилади. Бундан. Ташқари сульфани­ламидлар, цинк ва резорцин қўлланилади. Механоте­рапия, инфильтратларни эфир, Bryll.Gruni спиртли эритмаси, приотерапия усулларида куйдириш 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

1. Талабаларга ўтган дарслардан саволлар тайёрлаш учун вақт берилади.
2. Иштирокчилар доира бўлиб ўтиришади.
3. Иштирокчиларнинг бирига ип билан боғланган коптокча берилади, у хохлаган талабага ўзи олдиндан тайёрлаган саволни ( жавобни ўзи билиши шарт) бериб, коптокчани топширади.
4. Коптокчани олган талаба саволга жавоб беради (савол берган иштирокчи жавобни шархлаб туради) ва саволни бошқа иштирокчига беради. Бу мусобака ҳамма иштирокчилар “ўргимчак ини”га ўралгунча давом этади.
5. Ҳамма талабалар савол бериб бўлгач, оҳирга талаба қўлидаги 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**

 **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 қўрқиш кузатилган. Объектив: OD Блефароспазм, аралаш инъекция. Шох парда марказида тўқима некрози, йиринг дефект, олд камерада 3 мм йирингли кузатилади. µорачиқ торайган. Кўриш ўткирлиги 0,05.

Текширув натижасида диагноз қўйинг.

Даволаш.

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

1. 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 парацентал шох парда дефекти кузатилади. Йиринг йўқ. µорачиқ торайган. Шоҳ парда эндотелийсида кулранг майда нуқтасимон преципитатлар бор. Шох парда сезувчанлиги йўқ. Томирланиши йўқ.

Текширув натижасида диагноз қўйинг.

Даволаш.

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

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

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

Объектив текширувлар натижасида диагноз қўйинг.

Даволаш.

Жавоб. OD нуқтасимон 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=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=pr. l. incerta | 0 | 20 |
| 6 | Агар текширилувчи умуман ёруғлик сезмаса кўриш қобилияти нольга тенг ҳисобланади (Vis=0). | 0 | 15 |
|  | **ЖАМИ:** | 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 ташҳислаш 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 y., 372 с.

6.Jack J. Kanski. /Clinical Ophthalmology. A systematic Approach./ “Butterworth Heineman”, Oxford, UK 2005 y., 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 ophthflmology”, Egypt,1994., 497 б.

14. Нестеров А.П. “Глаукома” 1995 г, 168 б.

15.Интернет маълумотлари куйидаги сайтлардан олинди: [www.ophthalmology.ru/articles/120\_html](http://www.ophthalmology.ru/articles/120_html),[www.nedug.ru/ophthalmology/34art -html](http://www.nedug.ru/ophthalmology/34art-html) [www.eyenews.ru/html- 67](http://www.eyenews.ru/html-%2067),[www.helmholthzeyeinstitute.ru/articles/1.2html](http://www.helmholthzeyeinstitute.ru/articles/1.2html)

[www.eyeworld.com/ophth.articles/html-89](http://www.eyeworld.com/ophth.articles/html-89),[www.scientific-vision.com/html-ophth](http://www.scientific-vision.com/html-ophth)

**№ 7 Амалий машғулот**

**Қон томир парда касалликлари**

1. Машғулот ўтказиш жойи, жихозланиши:

- кўз касалликлари кафедраси;

- муляж, янги ахборот технологиялар воситалари, кўргазмали қуроллар (кўз олмасини схематик тузилиши, уни кон томирлари, ёрдамчи аппарати ), слайдлар.

2. Машғулотнинг давомийлиги:

 -6,0 соат

3. Машғулотнинг мақсадлари:

- қон томирли парданинг ўзига хос анатомиясининг ахамияти

- хусусий қон томирли парданинг тузилиши

- бу қават касалликларининг ўзаро боғлиқлиги

Вазифалар

Талаба билиши керак:

- қон томирли парда анатомияси

- рангдор парда ва цилиар тана, хороидеянинг қон билан таъминланиши, иннервацияси

- қон томирли парда касалликлари ва уларни даволаш мезонлари

- ўткир иридоциклит ва глаукома хуружини бир биридан фарқлай олиш ва биринчи ёрдам шартлари

4. Мавзуни асослаш:

Қон томирли парданинг анатомияси ва физиологияси, гистологиясини билган ҳолда бу қаватда юзага келадиган касалликларни тўғри ташхислай олиш, уларни бошқа касалликлардан фарқлай олиш, тўғри даво муолажаларини олиб боришда мухим ахамият касб этади.

5.Фанлараро ва фан ичида боғлиқлик:

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

6. Машғулот мазмуни:

6.1 Назарий қисми: қон томирли парда тузилиши талабалардан савол жавоб ва муаллимнинг тўлдиришида шаклида ўрганилади:

а) томирли парданинг биринчи қисми

б) томирли парданинг иккинчи ва учинчи қисмининг ўзаро боғлиқлиги

с) хроматофорлар — меланинларнинг роли ва ахамияти

д) киприксимон тана (corpus ciliaris) тузилиши

е) меридианал, радиал ва циркуляр толалар

ф) хориоидея (chorioidea)

г) кўз томирли қаватнинг рангли пардаси яллиғланиши

Мавзу:

Томирли парданинг биринчи қисми рангдор парда (iris) дир.

Рангдор парда икки варакдан иборат бўлиб, олдингиси мезодермал ва иккинчиси эктодермалдир. Рангдор парданинг олдинги сатхида бир канча чукурча ва кавакчалар ҳамда деворчалар бор (lacuna, crypta) бўлиб, улар пардага ўзига хос кўриниш ва жило беради. Бу чукурчалар парданинг устки мезодермал варағида жойлашган ва ундаги фибрилл толалар хамда кон томирларнинг йўналиш изидан ташкил топган. Кўз рангининг тўқ ва оч кўкимтир, хаворанг ва бошкачалиги шу пардадаги пигмент ҳужайраларидаги хроматофорлар — меланин микдорига боғлиқ. Пигмент ҳужайраларида меланин кўп бўлса, кўз ранги тўқ, оз бўлса очрок рангли бўлади. Қорачиқни ўраб ётган мускул толалари (m. sphincter pupilla) ҳам шу мезодермал варакда жойлашган бўлиб, улар кисқарганда қорачик тораяди. Рангдор парданинг орка сатҳини қоп-қора эпителий варағи ташкил этади. Бу варак билан мезодерма вараги ўртасида радиал m. dilatator pupilla мускул толалари жойлашган бўлиб, улар қискарганда кўз корачиғи кенгаяди. Рангдор парданинг олдинги мезодермал варагида строма ва кўп пигмент ҳужайралари борки, булар ўзаро чатишиб рангдор парданинг ташқи пигмент чегара мембранасини ташкил этади. Унинг орка сатҳида — экзодерма варагида эса корачиқни кснгайти- рувчи радиал нозик мускул толаларидан ташқари, пигмент қавати ҳам бўлиб, у корачик киррасини ўраб олиб, унинг пигментли кора жиягини ташкил этади. Қорачикнинг қирра чети атрофидап 1,5 мм ичкарида бўртиқроқ, қалинлиги 0,4 мм га тенг тасмачани эслатадиган доира бор. Қорачиқ атрофидаги кжорида таърифланган бўртиқ- роқ доира унинг олдииги сатҳини майда ва йирик накшли иккита доира қисмга ажратади. Булар корачик атрофи ва киприксимон тана зоналари дейилади. Кўзга ёғду туплириб •текширгапда бу зоналардан бири майда-майда чизикли ва иккинчиси йирик шаклли бўлиб, яққол кўрипиб туради. Улар нормал холатинипг ўзгариши рангдор пардапинг турли касалликларига ташхис қўйишда катта аҳамиятга эга.

Ҳозирги замон иридодиагностика усули нуқтаи назаридан караганда рапгдор пардадаги пигмент доглари майда-майда чизиқ ва шаклларнинг ўзгариши ва ўзгача жойлашиши факатгина кўз касалликларини эмас, балки бутун танада пайдо бўладиган патологик ўзгаришларни аниқлашга имкон беради. Қорачик кенгайганда рангдор парданинг киприксимон тана олди зонасида бир неча қатор гардишга ўхшаш бурмачалар пайдо бўлади. Қорачиқ торайганда эса бурмачалар текисланиб, ўрни айлана тасмага ўхшаб туради. Рангдор парданинг энг юпқа - 0,2 мм га тенг жойининг киприксимон танага ўтиши чегара кисмдир. Қўзга тушадиган ёруғ нурларни рангдор парда қорачиги ўзининг торайиш ва кенгайиш хусусияти билан назорат қилади, шунинг учун рангдор пардани кўзнинг табиий диафрагмаси деб аталади. Рангдор парда сезувчи нсрв толалари п. trigemi дан, вазомотор толалари цилиар тугуннинг симпатик нерв шохчаларидан ва ҳаракатга келтирувчи n. oculomotorius дандир.

Киприксимон тана (corpus ciliaris) — кўз сокка- си гардиши оксил парда кавати ичидаги бир бутун ҳалка кенглиги 6 мм - (бурун томопи 5,8 мм, чакка томони кенглиги 6,7 мм) тасмага ўхшаб ётади. Томирли каватнинг олдинги қисми рангдор парда билан орка кис.ми хориодеялар оралиғида киприксимон тана жойлашган. У шу парданинг энг калин кисми бўлиб, рангдор парда билан чегараланган жойининг қалинлиги 2 мм га тенг, чунки шу ерда унинг мускулчаси m. ciliaris жойлашган. Унинг хориоидеяга ўтиш чизиги (ora serrata) эса кунгиралидир. Киприксимон тана сатҳи икки хил тузилишга эга. Унинг рангдор пардага яқин — олдинги кисмининг ички сатҳи кўз ичига бўртиброк чиккан киприкка ўхшаш толалардан тузилган (processus ciliaris) жуда кўи толали (70 га якин) тасмани эслатади. Буни одатда киириксимон чамбарак (corena ciliaris) дейилади. Тананинг орқа хориоидеяга ўтиш қисми бора-бора текисланиб юпка гардиш (orbiculus ciliaris) деб аталади. Қиприксимон танани меридиан йўналишида кесиб қараганда учбурчакли кесма пайдо бўлади. Учбурчакнинг биринчи устки сатҳи олдинга — рангдор парда ўзаги томонга, иккинчиси орка сатҳи хориоидеяга ва учинчи тўмток сатҳи эса кўз гавҳари томонга караган бўлади. Киприксимон тананинг чамбараги кўз гавҳарини ўраб олгап. Улар орасида кенглиги ўзгариб турадиган гавҳар атрофи бўшлиғи (spatium circum lental) бор. Киприксимон тананинг олдннги сатҳидан бошланадиган бойламчалар — Цинн бойламчалари (ligamentum Zinni) кўз гавҳари экваторининг орқа сатҳига, унинг орка қисмидан бошланадиган бойламчалар гавҳар экватори- нинг олдинги сатҳига бориб бирикади. Натижада гавҳар атрофида бир-бири билан кесишган Цинн бойламчалари орасида Клокет канали (spatium Cloketi) пайдо бўладики, бунда киприксимон танадан чиккан суюқлик — кўз ичи суюклиги гирдобланиб окади. Киприкси.мон танада хам биринчи — мезодермал варағи бўлиб, у «адашган» тўки- ма, мускул толалари ва жуда кўп қон томирларга эга. Унинг иккинчи (пигментли) эктодермал вараги ва тўр нарданинг ўрта — оптик кисмидан рангдор пардага караб йўналган ва уларнинг орқа сатҳини ёпган иккинчи эктодермал эпителиал кисмлари бор. Демак, киприксимон танада ҳам, рангдор пардада ҳам эктодермал варак бир жуфтдан. Рангдор пардада эса иккита эктодермал ва эпителиал пигментли варақлар жуда кўп пигментли ҳамда коп-кора бўлгани учун нур ўтказмай- ди ва кўз ички пардаларига ҳаддан ташкари кўп ёруғ нурлар ўтишидан саклайди. Киприксимон танадаги майин силлик мускуллар уч хил — меридианал, радиал ва циркуляр йўналишлидир. Меридианал толалар қисқарганда хориои- деяни олдинга тортади ва бу ш. tensor chorioidea дейилади. Радиал голалар эса оксил парда ўсикчасидан киприксимон тана киприкли ва киприксиз гардишларига бориб бирика- ди. Циркуляр толалар эса айрим-айрим боғичлар шаклида киприкли кисмда жойлашган. Қиприксимон танада уч хил йўналган мускуллар тўплами айрим-айрим кискариб аккомодатив вазифани бажаради. Киприксимон тананинг мускулли қатлами остида томирли қатлам ўрин олган. Бунда қон томирлардан ташкари сийрак бириктирувчи тўқима, эластик толалар ва пигмент ҳужайралари кўп.

Кўзнинг орка қутбидан томирли парда билан оқсил парда орасидаги нозик бўшлиги — spatium suprachorioidea дан киприксимон тананипг узун артсрияси ўтиб келиб, киприксимон тананинг олдинги лимбга якин ётган артерия- си билан апастомозлаб, рангдор парданинг киприксимон танага ўтиш жойида уларнинг катта қон айланиш доирасини ташкмл килади. Доиранинг толалари киприксимон тана киприкли кисмини қон томирлар билан бойитади. Бу эса киприксимон тананинг кўз ичи суюклиги ишлаб чикаришига катта имконият беради. Киприксимон танада- ги мускуллар аккомодапия жараёнини таъминласа, унинг киприк эпителийси кўз ичи суюқлиги ишланишини таъминлайди.

Киприксимон танадаги кон томирли қатлам остида жуда юпқа шаклсиз, асосий катлам жойлашган, унинг остида эса пигментли эпителий ва упдап кейин пигментсиз эпителий қаватлари қатма-кат бўлиб ётади. Кейипги икки пигмеитли ва пигментсиз каватлардан бири пигментсиз тўр парданинг кўрмайдиган (оптик э.мас) кисмидир. Киприксимон танада нерв толалари чигали ётади. Унинг сезув нерви толачалари уч тармокли нервнинг биринчи толасидан, кон томирларни кенгайтириб торайтириб турувчи ва радиал мускулларни ҳаракатлантирувчи толалар эса симпатик нерв толасидаги ва айлапа мускулларни ҳаракатлантирувчи толалар — кўзни харакатлантирувчи иерв (n. oculomotorius) толаларидандир.

**Хориоидея (chorioidea)** томирли парданинг энг орқа кисми бўлиб, у оксил парданинг ички сатҳига суяниб ётади. Қалинлиги 0,2—0,4 мм га тенг. Унинг сатҳи кунгирали чизиқдан то кўрув нерви диски қиррасигача бўлган масофага тенг ва факат шу икки ўринда оқсил пардага ёпишган бўлади. Хориоидея гистологик 5 қатламдан иборат.

Супрохориоидея — қон томирларнинг устки қатлами жуда юпқа эндотелий билан қоплангаи кўп толали пигмент ҳужайралари билан таъминланган бириктирувчи тўқима- дан иборат.

Йирик диамстрли артерия ва вена қон томирлар қатлами.

Ўрта диаметрли артерия ва вена қон томирлар қатлами.

Майда — хориокапилляр қон томирлар қатлами.

Брух мембранаси — шишасимон тиниқ, силлиқ ва нафис парда, хориокапилляр варағи билан тўр парда пигмент эпителийси орасида ётган мембрана.

Хориоидея тўр парданинг оптик қисми билан жипсла- шиб ётади. Хориоидеяда сезув нерв толалари йўқ. Кўзнинг орқа қутбидаги цилиар артерияси қон томирларнинг 6—8 та орқа қисқа толалари хориоидея қатламларига кириб, бир-бири билан анастомозланган ҳолда уни артерия қони билан таъминлайди. Хориоидея билаи тўр парданинг ҳамкорлиги кўзнинг кўриш жараёнини яхшилайди, чунки хориоидеянинг энг ички хориоканилляр қатлами тўр пардани қон билан таъминлаб, унда моддалар алмашину- вини тартибга солиб туради.

Томирли парданинг яллиғланиш патологияси

Кўз томирли қаватнинг рангли пардаси (iris) яллиғланганда iritis, киприксимон тана (corpus ciliaris) яллиғланганда ciclitis ва унинг хусусий кисми (chorioidea) яллиғланганда chorioiditis дейилди. Кўз соққаси томирли пардасининг дастлабки икки кисмининг томирлари ягона ва таъминланиши умумий бўлгани учун кўиинча ўткир ва тез бошланадиган ирит, 2—3 кун орасида циклит ҳам бошланиб иридоциклит пайдо бўлади, лекин яллигланиш жараёни унинг учинчи кисми — хориоидеяга тезлик билан ўтмайди, чунки у бошқа кон томирлар системасидан таъминланади. Кейинчалик яллигланиш ҳам ўтганда iridociclohorioiditis дейилади. Илгари кўз соккасининг ташқи каваги склерани олиб ташлаб қараганда кўз кўрув нервига осилиб турган бир дона қора узум (uveaj ни эслатгани учун томирли парда membrana uvealis дейилган, иридоциклохориоидитни кискароқ килиб panuveitis дейил- ган. Иридоциклитни олди увеит, хориоидитни орка увеит ҳам дейилган. Панувеитнинг сабаблари кўпинча эндо- генсил, токсоплазмоз, захм, ревматизм, учук, грипп, аллергия, иммун ва аутоиммун жараёнлардир. Шу муносабат билан кўзга тушган инфекциялар томирли парда ичига аста-секин анафилактик таъсир ўтказиб сурункали увеитга сабаб бўлади. Асептик иридоциклитлар ҳам бўлиб, улар кератитлар таъсири остида вужудга келади. Масалан, лойқаланган кўз гавҳари мембранаси орқали чиқадиган факолитик токсинлар таъсиридан пайдо бўладиган сурункали иридоциклит аутоиммун иридо- циклит ҳисобланади.

Экзоген сабаблар вируслар, кўз шикастланганда пайдо бўладиган банал инфекциялар (стрепто-стафило- иневмококклар) ўткир иридоциклитга олиб келади. Бунда пайдо бўладиган яллигланиш жараёни экссудатли, фибринли, йирингли ва геморрагик бўлиши мумкин.

Иридоциклитларнинг клиник белгилари кўзнинг ёруғликка карай олмаслиги, кўзда санчик туриши, унинг ёшланиши, кўз тиркишининг рефлекс сабабли қисилиб торайиши, перикорнеал ва аралаш инъекцияларнинг пайдо булишидадир. Шунингдек рангдор парда paнг-туси ва нақшлари жилосининг ўзгариши, корачиқнинг торайиши билан намоён бўлади. Бунда клиник симптомларнипг асосида йллиғланишнинг 5 классик белгилари ётади: оғрик, гиперемия (кизариш), шиш пайдо бўлиши, кўз иссиклик дааражасининг кўтарилиши ва ирис актив фаолиятининг йуқолишидир. Шу белгилар сабабли тўкрок ноаник ранг, кўк ранг ва қўй кўз рангли ирислар занглагаи буюмга ўхшаш кизғиш сарик тус олади. Пайдо бўлган шиш эса—ирис жилоли накшларни йўк килади ва корачикнинг осонгина кенгайиш-торайиш фаолиятини сусайтиради ва бора-бора сўндиради. Натижада торайиб колган корачикнинг кирралари (иифильтрат сабабли) гавҳар олдинги сатҳи мембранасига нукта-нукта шаклида ёпишиб синехия (synechia) беради.

Агар иридоциклит сил ёки токсоплазмоздан бўлса, кенг ва чукур пластик ёпишиқларни узиб, корачикни кенгайтириш учун кўзга атропин томизилади, баъзан синехия- лардан бир-иккитаси узилмаса, қорачиқнинг шакли бузилиб, унинг марказига нисбатан қоп-қора ингичка найзачага ёки найза тортганга ўхшаб қолади. Яллиғланиш зўрайган сари қорачиқ киррасининг ҳаммаси ёпишиб, айлана синехия (seclusio), экссудация яна кўпайгач, корачиқ кизғиш-сарик рангга кириб, экссудат билан бутунлай бекилади. Бу occlusio pupilae дейилади. Натижада кўз ичи суюклиги ўтиш йўллари бекилиб, кўз босими кўтарилади, рангдор парда корачик атрофида бир оз дўппайиб (iris bombe) ирис бомбага ўхшаб колади ва иккиламчи глаукома пайдо бўлади. Баъзан кўз олди камераси тубида кон кўриниши мумкин.

Яллигланиш ирисдан киприксимон танага ўтганини кўзнинг лўкиллаб оғрий бошлаганидан билинади. Бу огрик кечаси жуда зўрайиб беморни жуда безовта килади. Атрофдаги кон томирлар аралаш инъекцияси қалинлашиб бинафша ранг тус олади. Кўзни пальпация билан тскшир- ганда бемор каттик оғрик сезади. Кўз ичи босими эса нормадан пастга тушган бўлади. Шох парданинг орка сатҳида чўкма доначалар (precipitat) пайдо бўлиб, уларнинг майдарок, енгилроклари юқорироқда (марказга якин) ва йирикрок, оғирроклари пастрокда (лимбга якин) қатор терилиб ётиб, ўткир чўккили учбурчак шаклидаги ўзига хос кўринишни беради. Сил ва токсоплазмозли иридоциклитда бу чўкма доначалар йирик ва тўлароқ сарғиш тусли бўлади. Ревматизм сабабли иридоциклитда эса бу доначалар майдарок, юпкарок ва баъзан пигментли бўлди. Кўз олдинги камерасида стерил (микробсиз) йиринг—гипопион (hypopion) пайдо бўлади.

Юкорида ёзилган симптомлар йиғиндиси асосида иридоциклит диагнози кўйилади. Бундай беморлар зудлик билан стационарга жойлаштирилиб, тўлиқ клипик лабора- тория текширувлари ўтказилиши лози.м. Касаллик келиб чиқишининг асосий сабаби аниқлангач, умумий дори- дармон ва кўзга тегишли дорилар: дезинфекцияловчи, сўрилтирувчи дорилар билан бир каторда, корачикни кенгайтирувчи атропин, скополаминнинг 1 фоизли эритма- сидаи корачикпи тезрок. ва яхширок кенгайтириш учун томизилади.

Умуман экссудатив— ёпишқоқ (пластик) иридоцик- литлар туберкулёз, токсоплазмоз ва вирусларга тааллукли бўлиб, бунда одатда сурункали ўтадиган яллиғланиш тезлик билан ичкарига сурилиб, тўлик панувеитга айланади. Агар туберкулёз иридоциклити организмида умумий иммунитети бор беморда пайдо бўлса, у аста-секин ривожланиб рангдор пардада тугунча ва жуда куюк катта-катта преципитатлар билан кўриниш беради. Тугунчалар кизғиш-сарик бўлиб, улар атрофида диффуз шиш хам пайдо бўлади. Бир хафта 10 кун ичида улар сўрилиб кетиб, ўрнида ва атрофида яна янгилари чикаверади ва шу тарика сурункали узок давом этаверади. Лекин сил иридоциклитининг иккала хилида ҳам калин прецепитатлар, экссудат бўлиб, ёпишкоклик (синехия, цеклюзиолар) кучли бўлади. Иккала кўз ҳам навбатма- навбат касалланаверади. Бунда тўғри диагноз кўйиш ва даволаш ишларини пухта олиб бориш зарур. Қўз касалликларининг оғир ўтишини ва ўз вактида тўгри даволанмаса одамни ожизликка олиб боришини инобатга олиб республикамизпинг хамма вилоятларида туберкулёз диспансерлари фаолият кўрсатиб келяпти.

Токсоплазмоз иридоциклитлари кўпинча токсоплазмознинг ҳаётда юктирилгаи тури билан ка- салланган одамларда ҳам учрайди. Токсоплазмалар копга ёки кўзга тушганда шох парда, рангдор парда ва киприксимон тананинг ўткир яллиғланиши, кўзда ёшла- ниш, оғрик бериш ва перикорнеал инъекция билан бошланиб, рангдор пардадаги тугунчалар ёки диффуз ёпишқок яллиғланиш тезлик билан киприксимон танага ўтади ва пролифератив жараён бошланади ва жуда оғир давом этади. Чўкма допачалар юзага келиб, кўкимтир сарғиш экссудат корачикни бекитиб кўяди ва иккиламчи глаукома келиб чикади. Баъзан йиринг шишасимон танага ўтиб эндофтальмит ёки панофтальмит бериб, 3—4 ҳафта ичида кўз хира тортиб колади. Яллиғланиш жараёни шу қон динамикасининг жуда секин ва суст ҳаракати сабабли беморнинг бошқа аъзоларида пайдо бўлган касалликлар- нинг микроблари (сил таёкчалари, токсоплазмалар, спирохеталар) уларда чўкиб колиб, яллигланиш бошлана- ди. Шу гартибда кўзда тугупчали ёки кўзга тушган стрепто-, стафило- ва бошка кокклар эса диффуз йирингли яллиғланишни кўзғатади.

Тугунчали хориоидитларпинг бошланиши кўпинча сезилмайди. Чунки улар бошланишда хориоидеянинг марказида эмас, унинг атроф чсгара кисмида пайдо бўлиб, баъзида «учкун» ва «чакмок» симптомини беради, кўзнинг кўриш фаолиятига таъсир килмайди. Вакт ўтиб, улар кўпаявергач марказда ҳам тугунчалар пайдо бўлгандан сўнг улар кўришга халакит бергандан кейингина бемор уни пайкайди ва офтальмологга мурожаат килади. Шунинг учун ҳар бир умумий врач бундай беморларни ўз назоратига олиб, суҳбатлар ўтказиб туриши керак.

Тугунчали хориоидитнинг уч асосий симптоми бор: I) баъзида бемор кўзи олдида ялтираган нуктача ёки учкун, чақмоққа ўхшаб кўринади. Бу ҳолат фотопсия дейилади. Бунда тўр парда остида бир оз дўппайиб турган тугунчалар устида ётган тўр парданинг колбасимон ва таёқчасимон ҳужайраларининг нур сезиш куввати кўзғалишидан учкун сезилади, 2) ташки муҳитда- ги кўзга кўриниб турган нормал чизиқлар синикка ўхшаб, ҳарфлар эса қийшиқ-қинғир бўлиб кўринади. Бу ҳолатметаморфопсия дейилади. Яллиғланиш жараёнининг токсинлари тўр пардадаги жуда созгир нерв ҳужайраларига ҳам таъсир қилиб, функциясини пасайтиради. Бунда беморнинг кўзи кечқурун ғира-шира қоронгилик пайтида ёмон кўрадиган бўлади. Бу учинчи симптом гемерало- пия — шабкўрлик дейилади.

Яллиғланиш тугунчалари марказий қисмида пайдо бўлса, кўзнииг кўриши ёмонлашади. Бундай ҳолатда хориоретинит вужудга келган бўлади. Бунда бемор кўзи тубини офтальмоскоп билан қараганда хориоретинал тугунчалар саргиш кулранг бўлиб, улар атрофида тўр нарда бир оз шишганидан тугунчаларнинг чекка киррала- ри аник кўринмайди, атрофдаги қон томирларнинг айрим йўналишлари ҳам шиш туфайли яхши кўринмай колади. Шишасимон тананинг тугунчаларига якип қисми нозик диффузланади. Вақт ўтгач тугунчалар эскириб кулранг тус олади, четлари аник кўринадиган бўлади. Улар атрофида пигмент пайдо бўлади. Хориоидея билан ретинанинг топографик жиҳатдан жуда якин жипслашиб жойлашгани туфайли кўпинча патологик жараёнлар биридан иккинчисига ўтади ва клиник кўринишига асослаииб, хориоретинит номини олади.

Туғма захм хориоретинитда тўр парда сариқ доги атрофида майда-майда оқ ва кора нуқталар пайдо бўлади. Бу кўриниш туз билан мурчни аралаштириб сепиб қўйганга ўхшаб тургани учун болаларда туғма захмнинг «туз ва мурч» симптоми дейилади.

Туберкулёзпинг диссеминланган (бошқа аъзолардан таркалган) кўзнинг тубига таркалган хориоретинитда эса яллиғланиш доғлари турлича катталикда бўлиб, улар ҳам бошланаётган қизғиш-кулранг, ўртаси бир оз шишган, четлари нотекис бўлади. Яллиғланиш қайтгач инфиль- тратлар сўрилиб, улар атрофи оқ сарғиш, оппоқ чети текис бўлгани учун устидан қон томирлар тўппа-тўғри сипмай ўтадиган бўлади. Бундай диссеминланган хориоретинитлар асосан 30- 40 ёшлар орасидаги аёлларда бўлади. Баъзида эса бу туберкулёзнинг ягона зоҳирий белгиси бўлиб туради ва беморнинг бутун ҳаёти давомида инфильтратлар кайта-кайта пайдо бўлиб, тўр парда кўриш фаолиятига путур етказади.

Ўткир хориоретииитлар микробларнинг организмдаги бошқа бир оғир ўткир яллигланган аъзосидан қон орқали кўзга тушиши натижасида пайдо бўлади. Шунинг учун бу ўткир, шиддатли, «метастазлик офтальмия» дейилади. Бу яллиғланиш йириигли бўлиб, одатда беморпинг умумий аҳволи оғир, иситмаси баланд бўлади, зотилжам, йириигли остеомиелит, эндометрит, томоқ, тиш ва бошқалар яллигланиши натижасида юқади. Бунда кокк инфскциялар гомирли ёки тўр парда қон томирларида ўрнашиб кўзда тез ривожланадиган яллиғланишни қўзғатади. Панувеит, панофтальмит (кўз ҳамма қаватларининг яллиғланиши) ни бериб, шишасимон танада абсцесс бўлади, кўз бутунлай ожиз бўлиб, атрофияга учраб кичрайиб қолади.

Бундай метастаз билан бўладиган панувеитлар одатда жуда кам—тахминан 12000:1 нисбатда учраши мумкин.

Увеитларнинг пайдо бўлиш сабабларига қараб симптома- гик яллиғланиш бош- лапиши билан жуда тез дори-дармонлар бериб даволанса, бемор тузалади. Бунда кучли антибиотиклар, кортикостероид- лардан тизим билан парабулбар юбориб,

Филатов зардоблари- даи фойдаланиш зарур. Оғир ўтган увеитлар оқибатда катаракта, иккиламчи глаукома ва кўз пардаларида чандиқ пайдо бўлиши иатижасида оғир асоратлар — тўр парданинг ўз ўрнидан силжиб кўчиши (ablatio retinae), кўриш нервининг яллиғланиши пайдо бўлади. Шунинг учун умумий врач увеитнинг симптомларини яхши билиб олиб, ўз тажрибасида учрайдигаи бундай беморларни тезлик билан офтальмологга юбориши зарур.

**Вaзиятли мaсaлaлaр**

1. Бeмoр 36 ёш мaркaзий кўришнинг кeскин кaмaйиши, кўз oлдидa учқунлaр вa ҳилпирaшлaр сeзиш(фoтoпсия, мeтoмoрфoпсия) гa шикoят қилди.

1. Тaҳминий тaшҳисингиз.

2. Қaйси тeкширув усуллaрини қўллaш кeрaк?

3.Ушбу пaтoлoгиядa шифoкoр тaктикaси?

Жaвoблaр:

1. Мaркaзий xoриoрeтинит
2. Oфтaлмскoпия , кўз OСТ тeкшируви
3. Яллиғлaнишгa қaрши, шишгa тeрaпия. Микрoсиркуляцияни яxшилoвчи прeпaрaтлaр.
4. Бeмoр 40 ёш. Мaркaзий кўришнинг тўсaтдaн пaсaйишигa шикoят қилди. Фoтoпсия вa мeтoмoрфoпсия aниқлaнди

Сaвoллaр:

1. Тaшҳис;

2. Тeкширув рeжaси;

3. Дaвoлaш.

Жaвoблaр:

1. Мaркaзий xoриoрeтинит;

2. Oфтaлмoскoпия, кўз УТТи;

3. Шишгa қaрши, яллиғлaнишгa қaрши, микрoсиркулaцияни яxшилoвчи

1. Бeмoр O., 18 ёш, бeмoр сўзигa қaрaгaндa ёшлигидa брoнxoaдeнит ўткaзгaн. Ҳoзир чaп кўзини oлдидaги буйумлaрнинг чaплaниши, кўриш қoбилиятининг пaсaйишигa шикoят қилaди. Кўрикдa: кўриш қoбилияти 0,5 қaтoр кўрaди, кoррeкция бeрмaйди. Кўз тубини кўргaндa кўрув дoғи сoҳaсидa сaрғиш рaнгдa, чeгaрaлaри нoaниқ xoриoрeтинaл ўчoқ aниқлaнaди. Ўчoқ aтрoфидaги тўр пaрдa шишгaн. Чaп кўз сoғ.

Сaвoл:

1. Тaшҳис?

2. Тaвсия eтилaдигaн дaвoлaш.

Жaвoб:

1. OД- мaркaзий силли xoриoрeтинит.

2. Дaвoлaш oфтaлмoфтизиaтр билaн oлиб бoрилaди.

1. 1,5 ёшли бoлa. Бувиси унинг кўзини ёмoн кўрaди дeб ҳисoблaйди. Бoлa aқлий вa жисмoний ривoжлaнишдaн oрқaдa. Oнaсидa 5-ҳoмилaдoрликдaн, 4-бoлa (2 тaси ўз-ўзидaн тушиши билaн тугaгaн). Унинг ўнг кўзидa кўриш ўткирлиги жудa ёмoн, ундa жудa кaттa xoриoрeтинaл ўчoқ бoр. Бoлaнинг иккaлa кўз тубининг мaкуляр зoнaсидa — кaттa aтрoфик ўчoқ, пигмeнт билaн ўрaлгaн. Кaллa суягининг Р-грaфиясидa: тeшиксимoн нуқсoн. Ички тeри синaмaсини тeкширгaндa (мусбaт нaтижa) вa тoксoплaзмин ўчoқли рeaксиясини тeкширгaндa (мусбaт нaтижa).

1. Тaxминий тaшxисингизни қўйинг?

2. Дaвoлaш

Жaвoб:

1. Тoксoплaзмoзли xoриoрeтинит.

2. Инфeксиoнист мaxсус дaвoси.

**Тeстлaр:**

Симпатик яллиғланиш – бу …:

1. Сoғлoм кўзда суст кeчувчи увeит бeлгилари\*
2. Рeвматизмдаги кeратoувeит
3. Кўзнинг туғма шикастланиши
4. Симпaтик нeрвнинг тa’сирлaниши
5. Бexтeрeв кaсaллигининг симптoмлaридaн бири

Увeитлaрни дaвoлaш усулини тaнлaшдa муxим жиҳaт:

1. Кaсaлликни этиoлoгик шaкли
2. Жaрaённи жoйлaшгaн жoйи
3. Жaрaённи фaoллиги вa кeчиш xaрaктeри
4. Ҳaмрox кaсaлликлaрни бoрлиги
5. Сaнaб ўтилгaнлaрнинг бaрчaси \*

 Увeитлaр пaтoгeнeзидa eтaкчи ўринни эгaллaйди:

1. Иммун бузилишлaргa нaслий мoйиллик
2. Oргaнизмдaги ўткир вa сурункaли инфeксиялaр
3. Тa’сирoтни кимёвий вa физик фaктoрлaри
4. Сaнaб ўтилгaнлaрнинг бaрчaси \*
5. Тўғри жaвoб йўқ

 Увeитлaрдa кўз тўқимaсидa aнтигeн-aнтитaнa рeaксияси қaндaй жaрaён билaн биргaликдa кeчaди?

1. Яллиғлaниш билaн \*
2. Гeмoлиз билaн
3. Пигмeнтнинг тўплaниши
4. Липидлaрнинг тўплaниши
5. Сaнaб ўтилгaнлaрнинг бaрчaси

**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 y., 372 с.

6.Jack J. Kanski. /Clinical Ophthalmology. A systematic Approach./ “Butterworth Heineman”, Oxford, UK 2005 y., 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 ophthflmology”, Egypt,1994., 497 б.

14. Нестеров А.П. “Глаукома” 1995 г, 168 б.

15.Интернет маълумотлари куйидаги сайтлардан олинди: www.ophthalmology.ru/articles/120\_html,www.nedug.ru/ophthalmology/34art -html www.eyenews.ru/html- 67,www.helmholthzeyeinstitute.ru/articles/1.2html

www.eyeworld.com/ophth.articles/html-89,www.scientific-vision.com/html-ophth

**№ 8 Амалий машғулот**

**Тўр парда касалликлари**

1. Машғулот ўтказиш жойи, жихозланиши:

- кўз касалликлари кафедраси;

- муляж, янги ахборот технологиялар воситалари, кўргазмали қуроллар (кўз олмасини схематик тузилиши, уни кон томирлари, ёрдамчи аппарати ), слайдлар.

2. Машғулотнинг давомийлиги:

 -6,0 соат

3. Машғулотнинг мақсадлари:

- тўр парда анатомияси ва физиологияси, гистологияси билан яқиндан танишиш

- тўр парданинг кўрув жараёнидаги ролини талабаларга тушинтириш

- тўр парда касалликларини ўзига хос томонлари ҳақида тушунчани шакллантириш

Вазифалар

Талаба билиши керак:

- тўр парда тузилиши ва структураси

- тўр парданинг қаватларининг роли

- тўр парданинг қон билан таъминланиши

- тўр парда касалликларини ташхислаш ва беморларни олиб бориш-

4. Мавзуни асослаш:

Тўр парда кўрув анализаторининг бошланғич звеноси бўлган ҳолда кўриш жараёнининг бирлиги ҳисобланади. Унгагина хос бўлган касалликларни билиш, уларни тўғри ташхислаш, беморларга тўғри маслахат бера олишлик жуда хам мухимдир.

5.Фанлараро ва фан ичида боғлиқлик:

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

6. Машғулот мазмуни:

6.1 Назарий қисми: тўр парданинг тузилиши талабалардан сўроқ-жавоб ва муаллимнинг тўлдиришида шаклида ўрганилади:

а) тўр парданинг оптик қисми

б) тўр парданинг гистологик тузилиши

с) бирламчи кўриш жараёни хосил бўлиши

д) таёкчасимон ва колбачкасимон хужайралар

ф) кўрув нервининг яллиғланиш патологияси

Мавзу:

Тўр парданинг оптик қисми томирли парда устида ётиб, унинг ички сатҳини бекитади. Ички томондан шишасимон тана, ташки томондан пигментли эпителий ҳужайралари- нинг маҳкам жипслашганлиги, кўз ички пардалари ва айникса тўр парданинг ўз ўрнидан силжимай туришига имкон беради, шу тарика тўр парданинг ўрнидан кўчиши (ablatio retinae) дек огир ҳолатдан асрайди. Лекин кекса кишиларда ёки кўзида рефракциянинг якиндан кўриш ҳолати юкори даражага ва ҳатто патологияга бориб етган бўлса, унда шишасимон тана ҳам бироз суюлади ва юпқалашган тўр пардада йиртик тиркиш пайдо бўлиб, у тўр парданинг ўрнидан кўчишига олиб келади. Тўр пардани офтальмоскоп ёрдамида нур юбориб, кенгайти- рилган қорачик оркали каралса, кўрув нерви диски ва ундан 4 мм марказрокда кўз тубининг ўртароғида жойлашган тўқ-сарғиш пигментли сарик доғни ҳамда улар атрофидаги нормал тўр пардани кўриш мумкип. Тўр парда диск атрофи кисмининг калинлиги 0,4 мм, сарик доғ кисмининг қалинлиги 0,1—0, 05 мм ва энг четки қисми — кунгура чизиқ атрофининг калинлиги ҳам 0,1 мм гa тенг.

Тўр парда мураккаб тузилган бўлиб, ташқи томони томирли пардага, ичкари томони эса бевосита шишасимон танага тегиб туради. Тўр пардада кўрувчи бўлим (pars optica retinae) ва «кўр» бўлим (pars саеса retinae) лар бор. Кўрувчи бўлимнинг «кўр» бўлимга ўтиш кисми кунгирасимон чизиқ (ora serrata) устига тўғри келади.

Тўр парда оптик қисмининг нозик гистологик тузили-шига келсак, унда 10 қават тафовут қилинади.

1) пигменгли эпителий,

2) таёкча ва колбачасимон ҳужайралар варағи,

3) ташқи глиал-чегара мембрана,

4) ташки доначали варак,

5) ташқи тўрсимон варак,

6) ички доначали варак,

7) ички тўрсимон варақ,

8) кўп толали ганглиоз варак,

9) нерв толалари варағи,

10) ички глиал чегара мембрана.

Тўр парданинг сарик дог соҳаси 10 каватдан эмас, факат бошланғич 1, 2, 3, 4 вараклардан, яъни унинг нейроэпителийси ёки рецептор варақларидан иборат. Шунинг учун у атрофдагиларга нисбатан юпқароқ, сариқ доғнинг ўртаси бироз чуқурроқ бўлиб, уни марказий чуқурча (fovea centralis) дейилади.

1. Пигментли эпителий бир қатор тизилиб ётган пигментли доначалардаи тузилган 6 қиррали призмасимон ҳужайралардан иборат. Ундаги пигмент фусцин деб аталади. Пигментли эпителий тўр парданинг ўз туғма вараги бўлишига карамай, томирли парда билан мустаҳкам бирнккан бўлиб, ажратганда у билан колади.

Пигментли эпителийдан кейинги II варакдаги таёкчаси- мон ва колбачасимон ҳужайралар фоторецепторлар дейилади, чунки улар юкори даражада ёруғликни сезиш кобилиятига эга. Таёқчасимон ҳужайралар жуда ингичка бўлгани учун цилиндр шаклини эслатади. Қолбачасимон ҳужайралар эса конусга ўхшайди ва таёкчасимон ҳужайраларга нисбатан калинрок бўлади. 7 млн колбачасимон ҳужайра сариқ доғ соҳасида жойлашган бўлиб, 130 млн таёқчасимон ҳужайралар эса унинг атрофида ётади. Таёкчасимон ҳужайралар тўр пардадаги сариқ догдан узоклашган сари кўпаяверади ва унинг атрофини бутунлай эгаллаб ётади. Колбачасимон ҳужайралар кундуз куни кўриш, кўзнинг марказий кўриш ва турли рангларни ажрата олиш кобилиятига эга. Таёкчасимон хужайралар эса кун кеч бўлиб, ғира-шира ёругда кўзга қувват бериб, унинг қоронғида нарсалар шаклиии ажрата билишини таъминлайди.

Ташқари чегара мембрана жуда нафис, нозик ва шаффофдир. У Мюллер толалари қолдикларидаи ташкил топган.

Ташки доначали варак таёқчасимон ва колбачасимон ҳужайраларнинг ядроларидан иайдо бўлган. Мана шу дастлабки тўрт варақ кўз фоторецептори дейилади.

Ташки тўрсимон варақ биринчи нейрон, яьни таёқчасимои ва колбачасимон ҳужайраларнинг, иккинчи нейрон, яъни икки кутбли хужайралар билан тўкнашиб вужудга келади. Бу варақ соҳасида бир-бирига уланган иккита нейрондаги импульслар учрашиб, уларнинг ўзаро ҳаракати, яъни ўтказувчаплик потенциали пайдо бўлади.

Ички доначали варак 2 қутбли нейроннинг тола ва ядроларидан ташкил топган. Бу ҳужайралар икки толали бўлиб, бир толаси оркага — таёқчасимои ва колбачасимон фотосенсор ҳужайраларнинг сипаптик кисмига, иккинчи толапинг учи ичкарироқ ётган кўп толали ганглиоз ҳужайралар еинапс кисмлари томонга йўналиб, бундай оркага йўналган хар бир тола сарик доғдан келадиган колбачасимон ҳужайраларнинг ҳар бири билан айрим- айрим уланиб, таёқчасимон ҳужайраларнинг 3—4 таси билан синаптик уланади.

Ички тўрсимон варақда 2 қутбли ва кўп толали ганглиоз ҳужайраларнинг синаптик толалари учрашади.

Кўп толали ганглиоз варак ҳужайралари катта- катта ядро ва протоплазмали, бир аксон ва кўп толали дендритдан иборат.

Бу варақ ҳужайраларининг аксонлари тўккизинчи варак — нсрв толалари варағини ташкил этиб, тўр парданинг бутун сатҳидан келган бу толалар бир жойга йиғилади ва кўрув нервининг кўз соққаси ичидаги қисмини ташкил қилади. Кўз ичи тўридаги бу жой кўрув нерви диски номини олган.

X варак ички чегара мембрана — бу ҳам жуда нафис, тиниқ ва шаффофдир.

Тўр пардада уч нейрон ва уларнинг тола, ядролари,

Тўр парданинг бундай мураккаб тузилишини ўрганишдан мақсад кўп йиллар давомида олимларни кизиқти- риб келган бир муаммодир. У кўз кўриш жарасниминг мўъжизали сиридир. Бу тўғрида кўндан-кўп илмий изланишлар килиниб, гипотезалар таклиф этилган.

Лекин ҳозирги вақтда кўриш жараёни муаммоси электрон микроскоплар ёрда- мида ечилиб, мембрана назарияси асо- сида талқин топган.

Бунда колбачасимон ва таёқчасимон ҳужайралардаги фаол моддалар алмашинуви жараёни, улардаги ташқи мем- браналар ва уларнинг пигментли эпителий билан муносабати устида изланиш олиб борилган. Қолбачасимон ва таёқчасимон ҳужайраларнинг ташқи сегментларида кўндаланг ётган жуда кўп дисклар устма-уст бир тўп бўлиб терилиб турганлиги маълум бўлган. Ҳар бир таёқчасимон ҳужайра толаси ташқи сегментида дисклар оралиғи, 1 дискнинг ўз бўшлиғи ва уларни ўраб тургап ташқи ҳужайра ме.мбранаси бор. Фаол кўриш жараёни асосаи ҳужайраларнинг ташқи сегментидаги дисклар зонасида вужудга келади. Бунда асосий молекуляр комнонентларни оқсил, кўриш пигменти ва фосфолипидлар ташкил этади.

Диск мембранаси оқсил, қанд, липид молекулаларидан ташкил топиб, улар синтези шу рсцептор ҳужайралари ичида бўлади. Колбачасимон ва таёқчасимон ҳужайраларда плазматик мембраналарнинг диффузион янгиланиш жараёни эскирган молекулаларнинг янгиси билан алма- шинуви ҳисобига рўй беради. Ўша базал дисклар дои.мо янгиланиб эскилари синиб-ёрилиб, пигментли эпителий ҳужайралари томонидан ютиб, емирилиб юборилади.

Фоторецепторлардан ёруғлик нури сигнални кабул килиб, ҳужайранинг ташки мембранасига ўтказиб берадиган ҳужайра ичи медиатори Са ионлари деб фараз килинади.

Ёруғлик нури ҳужайра мембранасининг ўтказувчанлик кобилиятини ошириб, ҳужайраларда гиперполяризация жараёнини вужудга келтириб, уларнинг фоторецепторлик потенциалини кўзғатади. Кўриш актининг кўзғалиши ва унинг адаптацияси фоторецепторлар ташқи сегментидаги циклик нуклеотидларга боғлик.

Тўр пардадаги 3 нейрон бирламчи кўриш жараёнини вужудга келтиради. Бунда тўр парданинг биринчи вараги пигментли эпителий ташки муҳит таъсирини, худди экранга ўхшаб, ўзида акс эттиргандай бўлади. Пигментли эпителий- нинг ичкари — шишасимон тана томонга эмас, ташкарига томирли парданинг хориокапилляр вараги томонга караб жипслашиб ётиши унинг ўзида ва таёкчасимон ҳамда колбачасимон ҳужайраларда моддалар алмашинувини таъминлайди. Колбачасимон ва таёкчасимон ҳужайралар ташки сегментида бўйлама жойлашган кўп сонли дисклар бўлиб, улар устунчага ўхшаб терилиб туради. Бу дисклар қалинлиги 20—25 нм ёки 200—250 ангстремга тенг. Дисклар жуда юпка бўлса ҳам, лекин ҳар бир дискда бир неча кават липид, мукополисахарид ва оксил моддалари, пигментлар бир-бирига мослашиб жойлашган бўлади. Бу дисклардаги кўриш пигментлари ёрдамида нурлар ҳужайраларга ўтиб, уларда нерв кўзғалишини вужудга келтиради. Кўриш пигментлари — хромопротеинлар мураккаб тўк рангли оксиллардан иборат. Таёкчасимон хужайралар пигменти — родопсин, колбачасимон ҳужайралар пигменти — йодопсин ва хромопротеидларда ёруғликни кабул килувчи хроматофорлар, яъни ретинол молекуласи ва оксил бор. Хроматофор «А» витамин альдегиди бўлиб, у ёруғ нурларни кабул килишда фаол катнашади. Ёруғлик энергияси кимёвий реакциянинг энергиясига ўтиб, кўрув нерви ҳужайраларининг кўзғалиш манбаи ҳисобланади. Таёкчасимон ҳужайралар коронғида кўришга мослашган ҳужайралардир. Шунинг учун уларда нур сезиш хусусияти жуда зўр. Уларга хатто 1 кандел (фотон нур энергияси 5 м ВТ потенциал кўзғалишга олиб боради. Бундан маълум бўладики, ҳужайраларда энергия зонасининг кўплигига улар таркибида АТФ нинг борлиги сабаб бўлади.

Тўр парданинг турли касалликларга чалинишига янги дисклар биогенези механизмининг ва эскирган дискларнинг пигментли эпителий томонидан фагоцитозининг бузилиши сабаб бўлади.

Тўр парда ички варақларининг яллигланиши захм касаллигининг иккинчи даврида пайдо бўлади. Бунда сариқ доғда юпқагина оппоқ лойқаланиш пайдо бўлиб, кўриш нерви дискини хам қамраб олади. Унипг қирралари ноаниқ бўлиб, майда-майда қон қуйилади. Шишасимон тапа марказий кисми ички сатҳида нозик, жуда майда, пуркалган чангни эслатадиган лойқаланиш пайдо бўлади. Бу ўзгариш сариқ доғ ва диск устини тўсиб, улар офтальмоскопияда аранг кўринади. Захмни тезлик билан специфик тизимда даволаганда бу сўрилиб кетиб, кўзнинг кўриш қобилияти яхшиланади.

Тўр парданинг сил перифлебити — кўпинча ўсмирларда пайдо бўлиб, навбатма-навбат иккала кўзни ҳам қамраб олади. Кўзнинг тубида марказий вена шохларидан бнрининг девори йўналишида нозик шиш пайдо бўлиб, унинг нормал кўринишипи бузиб, тўсиб туради.

Шу томирларнинг калибри ўзгариб, бир жойда у кенгаяди ва япа бир жойда тораяди ва кон юриши қийинлашгач анастомозлар пайдо бўлади. Шу атрофда майда ёки йирик ҳажмда қои қуйилади. Бу эса «тўр пардада кон қуйилган» деган нотўғри диагиоз қўйишга олиб боради. Лекин қон бир оз сўрилгач, венанинг ўзгаргани кўзга кўринади.

Клиник текшириш ва лаборатория текширувлари, қайта-қайта қон қуйилиши тўғри диагноз қўйиб, туберкулёзни даволашга имкон беради. Тез даволанмаса кон қуйилишлар пролиферация бериб, офтальмоскопия қилганда оқ кулранг чизиқлар — пролиферация чизиклари кўринади ва пролифератив ретинит юзага келади. Бунда бириктирувчи тўқима толалари тортишиб, тўр парданинг ўрнидан кўчишига сабаб бўлади. Токсинлар таъсирида сариқ доғда шиш пайдо бўлиб, «юлдуз» симптомини бера- ди. Тезлик билан диагноз қўйилиб узоқ муддат даволанса, уни бартараф этиш мумкин.

Умумий шифокор беморда ўпка сили ва бошқа аъзолар силини кузатганда, унинг кўзини текширтириб туриши керак. Шунда бу касалликнинг олди олинади. Даволаш тизими тубдиспансер клиникаси шароитида узок давом этади.

Кўрув нерви (n. opticus). Бу нерв тўр парданинг саккизинчи вараги ташкил қилган кўп толали ганглиоз ҳужайраларнинг аксон тўққизинчи нерв толаларидан ташкил топади. Бу аксон нерв толалар тўр парда сатҳининг ҳамма томонидан йиғилиб келиб, оқсил пардадаги думалок тешикчанинг ички ғалвирсимон сатҳидан ўтадиган жойида кўрув нерви дискини ҳосил килишдан олдин миелин пардаси билан коплаиади. Шунинг учун дискнинг ранги ок пуштирокдир. Атрофдан келадиган аксон толалар кўрув нерви ўтадиган тешикчага гир атрофдан келиб тушганда улар ўртасида юзагина чуқурча - бўшлик пайдо бўлади. Бу нормал ҳолат бўлиб, уни физиологик чукурча (экскавация) деб аталади. Вужудга келган кўрув перви диски (papilia n. oplici) дан 12—15° нарирокда — чакка томонда сарик доғ (macula lutea) жойлашган. Сарик доғ зонасидаги келувчи дисклар чакка томони сатҳининг учдан бир кисмини ташкил этади.

Кўрув нерви диски билап сарик дог ўртасида ётгап перв толалари папилла-макуляр толалар боғичи дейилади. Бу толалар кўзнинг марказий кўришга мослашган колбачасимон ҳужайралари билан тўқнашган бўлади. Шунинг учун кўриш майдонининг ҳолатида, кўриш жараснида бу толалар ҳиссаси муҳим аҳамиятга эга.

Тўр парда сатҳининг бурун, юкори ва пастки чоракла- ридан келган толалар кўпрок таёкчасимон ҳужайралар билан муносабатда бўлади. Дискнинг чакка томонини ташкил этган папилла-макуляр толалар нервнинг чакка томонини, нерв кўз соккасидан чиккач ҳам бу толалар унинг чакка томонининг 2/5 кисмини ташкил килиб, 10—12 мм марказ томон юргач папилло-макуляр боғич нервнинг ўртасига ўтади. Шу жойда тўр парданинг марказий артерияси нервнинг кок ўртасига ўтиб, кўз соккаси томонга юриб, дискнинг ўртасидан тўр парда сатҳига чиқади. Қўрув нерви кўз соккасидаи чикиб кетгач, кўрув нерви боғичининг кок ўрта кисмига бориб кўз косаси деворидаги тешик (foramen opticum) ва унинг йўлаги (canalis opticus) дан бош миянинг ўрта бўшлиғига ўтиб кетади.

Кўрув нерви кўз соккасининг ичида ташкил топиб, унинг оксил пардаси тешигидан эндигина чиккан кисмидан бош миядагига ўхшаш уч хил парда билан ўралади (pia mater, arachnoidea, dura mater). Бу нервнинг кўз косаси ичидаги кисми (pars orbitalis) дейилади.

Кўз косаси чўккисидаги суякларни коплаб ётган парда — суяк устки пардаси — кўрув нерви канали (canalis n. optici) ичига кириб, кўрув нервининг канал ичи кисми (pars canalicularis) ни ўраб ётади. Шу парда калла суяги ичига кириб, нервнинг мия ичи кисми (pars cranialis) ни ўраб, миянинг ташқи пардаси (dura matеr) ни ҳам ташкил этади. Дискдан 12 мм ичкарида, кўрув нервининг канал ичидаги кисмида эса папилла макуляр толалар чстда - бироз чекка ва пастки деворга яқин ётиб, нсрвниег марказий ўрта қисмини кўз артерияси (а. ophlhalmica) ни ташкил этади.

Кўрув нсрвининг юкорида баён этилган тўрт кисмини билиш нерв турли касалликларга чалинган ҳолларда унинг касалланиш сабабларини тўгри талқин килиш учун жуда зарур. Булар яллигланишнинг пастдан, кўз ичидан ёки юкоридан — мия ичидан бошланганини тегишли белгилари билан аниклашга ёрдам беради.

Кўрув нервининг умумий узунлиги 4,5 см бўлиб, кўз косаси ичидаги қисми 4,0 см га генг. Кўз соққасининг орка сатҳи билан кўз косасининг туби девори оралиги эса 3,5 см га тенг. Кўрув нервининг шакли S ҳарфига ўхшагани учун унинг узунасига 0,5 см ортиқчаси яшириниб ётади. Бу ҳолат кўз косасида яллигланиш ёки шиш пайдо бўлиб, тўқималар ҳажми бир оз катталашганда нервни зарарланишдан сақлаш учун қўл келади.

Кўрув нервииинг калла ичидаги қисми инсон боши каттик ишкастланганда эзилиши ёки кари одамларда канал ичида нерв билан ёнма-ён ётган кўрув артерияси склерозга учраб, унинг девори қалинлашгандан кисилиб колиб эзилиши мумкин. Бундай патологик ҳолатни ташхислаш клиник анатомияни яхши билган мутахассис учун унча кийин бўлмайди.

Иккала кўз кўрув нервининг калла суяги ичидаги кисмининг медиал ярми бир-бири билан кесишиб ўтиб, хиазма (chiasma n. optici) ни вужудга келтиради. Хиазма таркибида ҳар бир нервнинг тўр парда бурун (медиал) томонидан чиккан ички ярми кесишиб, ўнгдан чапга, чапдан ўнгга кетади. Унинг ташки (латерал) чакка томони толалари эса кесишмасдан ўз йўли билан икки ёкка кетаверади. Шундан сўнг кўрув нерви йўллари (tractus n. optici) бошланиб, унинг ўнг томондагиси ўнг кўздан келаётган латерал чакка толалари ва чап кўз нервининг кесишган толаларидан, чап томондаги йўллари эса латерал чакка толалари билан ўнг кўзнинг кесишган толаларидан иборат бўлади. Иккала кўз кўрув нервининг йўллари икки ёқдаги биринчи пўстлок ости марказига бориб, ундан тўртинчи нейрон ҳисобланган— Грациолле толалари оркали мия пўстлоғи кўриш маркази майдони (lobus occipitalis) га ўтиб жойлашади. Кўриш нерви системасининг қайси бир кисмида ўзгариш борлиги кўриш майдонини текширганда топиладиган ўша кисмига хос нуксонлардан маълум бўлади. Кўриш майдонида тсгишли торайиш ёки нуқсонни кўрган офтальмолог ва нсвропато- лог шунга караб пайдо бўлган касалликнинг барча белгиларини йи1-иб, диагпоз кўйиши осон бўлади.

КЎРУВ НЕРВИНИНГ ЯЛЛИҒЛАНИШ ПАТОЛОГИЯСИ

Кўрув нсрвининг яллиғланиши — невритлар (nеuritis n. optici) 2 хил клипик кўринишда бўлади. Биринчиси кўрув нерви дискининг яллиғланиши (papillo nevritis) да кўзнинг тубида офтальмоскопик ўзгаришлар яккол кўриниб туради. Иккинчиси — ретробульбар невритда эса кўз тубида офтальмоскопик ўзгаришлар бўлмайди ва патологик жараён асосан нервнинг кўз косаси ичида жойлашган кисмида кузатилади ва бунда нервнинг марказий аксиал толалари тутами зарарланади.

Папиллит кўрув нерви дискининг бир оз шишуви, кирраларининг ноаниклиги, артерия ва айникса веналарнинг кенгайиши, дискнинг нормадаги ўзига хос ок пушти тиниклиги йўколиб, бир оз нотекис қизариши билан ифодаланади. Баъзида майда-майда қизил ва оқ нуқталар (геморрагия ва плазморагия) пайдо бўлиши мумкин.

Папиллоневрит кўзнинг кўриш фаолияти — марказий кўрувнинг тез пасайиши ва кўрув майдонининг концентрик торайиши билан характерланади. Папиллит бошланган кунларда кўрув майдонида абсолют ва нисбий, марказий ва периферик скотомалар пайдо бўлади. Кейинчалик бу скотомалар қўшилиб кетиб кўриш майдонининг кон- центрик торайиши ривожланади. Шунинг учун аввалига бемор кўзи олдида туман пайдо бўлганидан, кейинчалик кўриш қобилиятининг пасайганидан шикоят қилади.

Яллиғланиш жараёни жуда кучли бўлса, кўзнинг ранг сезиш фаолияти, айникса кизил рангга жуда пасаяди ва кисқа вақт ичида кўз кўрмай қолади. Бундай мураккаб беморларни текшириб, тезлик билан диагноз қўйиш учун рангли периметриядап ва кампиметриядан фойдаланиш зарур.

Папиллоневритнинг пайдо бўлиши ўткир иридоциклит, увеит, этмоидит, целлулитлар билан боғлиқ. Невритнинг ретробульбар иккинчи хилида дискнинг офтальмоскопияда кўриниши нормадан фарк килмайди, лекин кўриш майдо- нида катта абсолют марказий скотома — нуксон пайдо бўлгани ва кўз хиралашгани сабабли бемор шифокорга боришга мажбур бўлади. Шифокор, айниқса ёш офтальмо- логлар офтальмоскоп ёрдамида дискни нормал ҳолатда кўриб, бемор шикоятига ишонмай, уни қайтариб юборади- лар. Шундай вақтда бемордаги яна бир шикоят — «кўзимни қимирлатиб, у ёқ бу ёққа қараганимда ичкарирокда — кўз оркасида оғрик сезаман» деганига аҳамият бериш ёки буни сўраб аниқлаш керак. Диагноз ва дифференциал диагноз қўйиш учун бунинг аҳамияти катта. Беморда неврит ўткир ва тез бошланганда марказий скотома жуда тез кенгайиб, бир неча кундан кейин бутунлай кўрмай колади. Кейинчалик дискда ҳам салгина қизариш пайдо бўлиб, қирралари бир оз ноаниқ бўлиши ҳам мумкин.

Агар неврит сурункали бўлса, кўзнинг кўриши аста- секин пасаяди ва кўришнинг жуда пасайганидан бемор анча кеч хабар топади. Касалликнинг бундай ўтиши сурункали умумий хасталиклар — тарқалган склероз, сил ва бошқа сабаблардан бўлиши мумкин.

Ретробульбар невритдан сўнг кўрув нервида пастга суриладиган атрофия пайдо бўлади. Папилло-макуляр толалар дистрофик зарарлангани учун дискнинг чакка томондаги 1/3 кисми кўпроқ оқаради ва бу кисман атрофия дейилади.

Ретробульбар неврит заҳарловчи моддалар таъсирида ҳам бўлади. Бу метил спиртини ёки у аралашган суюқликлар истеъмол қилинса, тамаки чекиш ва алкоголли ичимликлар таъсирида бўлиши мумкин. Метил спиртидан беморда кўнгил айниши, қусиш бошланиши, ҳушдан кетиш, кома каби оғир ҳолатлар билан бир каторда иккала кўз бутунлай кўрмай қолиши мумкин. Офтальмоскопияда кўрув нервининг диски оппоқ оқариб, бир оз юпқалашган бўлади, қон томирлари ҳаддан ташқари тораяди, қирралари аниқ кўриниб туради. Бу ҳолат кўрув нервининг бирламчи атрофияси дейилади.

Невритнинг патогенезида кўпинча энцефалит, ме- нингит, оптикохиазмал арахноидит бўлган одамларда яллиғланиш миянинг юмшоқ пардасидан нерв толаларига ўтади. Бош миянинг юқорида баён этилган касалликлари кўпинча тарқалган склероз, сил, токсоплазмоз, грипп, диабет ва бошқалар таъсирида вужудга келиб, кўзга ҳам ўтади. Шунинг учун умумий шифокор бундай сурункали нерв ва соматик касалларни даволаб юрганда уларнинг кўз хасталигига қилган шикоятларига алоҳида аҳамият бериши, бунда невритларни назаридан соқит қилмаслиги керак. Кўрув нерви яллиғланишидан сўнг аксарият беморлар бутунлай ожиз бўлиб қоладилар. Лекин баъзан айрим беморларда нерв толаларидан бир қисми камроқ зарарланган ёки унинг нерв толалари эмас, пардалари кўпроқ зарарлаигап бўлса, бундай беморда марказий кўриш пасайиб (0,1 —0,2), кўриш майдони ҳам марказдан 20 -30° гача колиши мумкин. Бу ҳолат беморнинг эрта ва яхши даволанишига ҳам боглиқ.

Кўрув нервининг атрофияси икки хил бўлади. Папилло- невритдан сўнгги атрофия юкорига суриладиган, ретро- бульбар невритдан кейинги атрофия пастга тушадиган атрофия дейилади. Булар нерв яллигланишидаи сўнгги иккиламчи атрофиядир. Токсинлар ва заҳарловчи модда- лар таъсирида бўладигаи атрофия — бирламчи атрофия дейилади.

О п т и к о х и а з м а л арахноидит. Оптикохиазмал арахноидит — хиазма соҳасииииг ўзида айрим жойлашган яллиғланишдир. Кўпинча умумий касалликлар (туберкулез, токсоплазмоз, кучли вирус, ёпиқ шикастланиш) дан сўнг бемор қаттиқ бош огриги ва иккала кўзининг хираланиб қолганлигидан шикоят килади. Текширилгаида кўриш майдонида нисбий ва абсолют скотомалар пайдо бўлади. Кўриш майдони тораяди, касалликнинг давом этиши икки ёқлама ретробульбар неврит ёки ўсмани эслатади. Вақтида диагноз кўйиб даволаимаса беморни ожизликка олиб боради. Диагноз кўйиш ва даволашда невронатолог билан офтальмолог ҳамкорликда иш олиб боришлари даркор.

Невритни даволаш усуллари.

Невритии даволаш учун зудлик билаи кучли антибио- тикларнииг катта дозасини парентерал ёки томирлар ичига юбориш, сульфаниламидлардан ҳа.м ичириш, кортикосте- роидларни ҳам кўллаш зарур. Патологиянинг этиологияси аниқлангач сил, токсоплазмоз, захмга қарши ўзига хос специфик схема билан дори-дармонлар бериш зарур. Витамин С, В гуруҳи, никотип кислотаси, АТФ ҳам бсрилади, Филатов дорисидан даволашнинг охирги даври- да сўрилтирувчи сифатида фойдаланилади. Лозим топилса чандиқларни йўкотиш учун нерв пардаларида операция- лар қилинади.

Тўр парданинг дистрофик патологияси

Кўз инсон марказий нерв системаси ва ҳатто бутун организмнинг асосий қисмларидан биридир. И. П. Павлов- нинг илмий асосланган назариясига кўра тирик организм бутун бир мураккаб ва мукаммал системадан иборат, бинобарин организмнинг кайси бир аъзоси ёки кисмида патология пайдо бўлса, у организмнииг бошка бўлимларига ҳам салбий таъсир килиши муқаррар. Масалан, кон томирлар патологияси гипертония, атеросклероз, қанд касаллиги ва бошқалар кўзга ҳам, ундаги майда ва йирик қон томирларга ҳам зарар етказади. Чунки кўзда, айниқса унинг ички пардалари — тўр парда, томирли парда ва киприксимон таналаридаги йирик қон томирларининг шохланиб-шохланиб ниҳоясига етадиган охирги томирлари, артериола, прекапилляр ва каниллярлар борки, уларнинг ички бўшлиқлари жуда тор ва улардан ҳатто эритроцит ҳам бир оз букилиб ўтади. Шунинг учун патологияда бу охирги толалар жуда тез зарарланади.

Шундан маълум бўладики, юқорида ёзилган умумий қон томир касалликларини ўрганиш билан бир қаторда, улар таъсири кўзда ва нерв системасида пайдо бўладиган патологик ўзгаришлардан ҳам хабардор бўлиш шарт.

Гипертония ва атеросклероз касалликлари асосан тўр ва томирли пардада ўзгаришлар беради. Бу ўзга- ришлар М. Л. Краснов таснифи асосида: гипертоник ангиопатия, гипертоник ангиосклероз, гипертоник ретино- патия ва ниҳоят гипертоник нейроретинопатияга бўлинади.

Гипертония ангиопатияси — тўр пардадаги артерия қон томирларининг торайиши, вепаларнинг кенгайиши ва уларда янги толалар пайдо бўлиши билан характерланади. Кўпинча Гвист симптоми ҳам найдо бўлади. Тўр пардадаги бу ўзга- ришларнинг клиникаси ҳар бир гипертоник касалда ҳар хил ўтади. Улардан бирида умумий касаллик бошлангач 4—5 ой орасида, бошқа бир хил беморларда аста-секин бир-икки йил орасида тўр парда томирларида ўзгаришлар пайдо бўлади. Агар умумий касаллик тезда даволаниб, қайтарилса, кўзнииг ҳам кўриш кобилияти тикланиши мумкин.

Гипертоник аигиосклероз - бунда торайган артерия қон томирлари девори қалинлашгани туфайли уларда ёруғни акс эттириш рефлекси — ёруглик рефлекси офтальмоскопия вақтида қон томир устида пайдо бўла- диган ингичка пурли чизиқ нормадагига нисбатан кенгаяди.

Томирлар ичи бўшлиғининг конни ўтказувчанлик қобилияти камайиб, улар ён-атрофида деворидан сузиб чиккан плазморагия ва майда-майда геморрагиялар пайдо бўлади. Томир деворининг липидли калинлашуви ва қон юришининг камайиши, уларга сарғиш тус бериб, мис симчаларига ўхшаб қолгаии учун «мис симчалари» симптоми номини олган. Склероз кучайган сари томирлар деворидаги липидлар қотиб ва бошқа турли хил тузлар ёпишгаи майда томирлар дсвори яна ҳам қалинлашади ва бўшлиғи қисман бекилиб қолади, улар оқ симчаларга ўхшаб қолгани учун «кумуш симчалар» симптоми номи берилган.

Атеросклероз ва гипертония касаллиги узоқ давом этиши натижасида, айниқса қари одамларда артсрия томирлари девори қалинлашади, уларнинг веналари билан кесишиб ўтган жойларида веналар босилиб, эзилиб букила бошлайди). Бу Салюс ва Гун симптоми дейилади. Бу симптомнинг уч даражаси бор: Салюс I симптомида артерия тазйиқи остида улар кесишган жойда вена бир оз букилиб, сал ингичкалашади.

Салюс II симптомида венанинг артерия билан кесиши- шидан у олдин ёйга ўхшаш букила бошлайди ва анча ингичкалашади.

Салюс III симптомида эса кесишган жойда вена шунчалик букиладики, унинг икки томони жуда ингичка- лашиб, ўртадаги «кесилган» жой ҳатто кўринмай қолади, лекин ҳақиқатда вена кесилмайди, фақат бир оз ботади. Кўз тубининг бундай ўзгаришлари кўпинча артериал босимнинг жуда кўтарилгани ва умумий гипертония касаллиги иккинчи даврининг турғун ҳолатига тўғри келади.

Гипертония ретинонатияси — тўр пардада ҳам органик ўзгаришлар пайдо бўлиши билан характерла- нади. Бунда артериялар жуда торайган, веналар кенгайган бўлиб, организмда модда алмашинувининг қаттиқ бу- зилганидан томирлар девори ёнида оқ-сариқ тасмасимон лойқаланиш юз беради, нерв диски атрофида тўр парданинг шишганидан унинг қирралари кўринмай қолади. Қон томирлар атрофида битта-яримта оқ-сарғиш ўчоқлар пайдо бўлади ва яна кўпаяверади. Кўз тубидаги бундай ўзгаришлар гипертониянинг III даврига тўғри келади.

Лекин, бу ҳамма беморларда бир хил бўлавермайди. Кўз тубининг ўзгаришлари бир хил беморда жуда эрта бошланиб, тинмай ўзгараверади ва бошқа бир хилида анча кеч бошланиб узоқ вакт давомида аста-секин зўрайиши мумкин. Бу инсон организми толерантлигига боглиқ. Гипертония ретинопатиясининг яна бир варианти— гипертония нейроретинопатияси дейилади. Бунда юқорида ёзилган ўзгаришлар заминида кўрув нерви диски тўкималарида шиш, диск қирраларининг ноаникли- ги, унинг бир оз кизариши, артерияларнинг торайиши ва уларнинг гоҳо диск атрофидаги шишган тўр пардага ботиб, кўринмай қолиши ва яна пайдо бўлиши кузатилади. Камдан-кам дискда дона-дона кон қуйилиши ҳам мумкин. Умуман бундай ўзгаришлар беморда кўриш фаолиятининг анчагина пасайиши, кўриш майдонининг торайишига олиб боради.

Гипертония ва атеросклероз касалликлари ёшларда камдан-кам, ўрта ёш одамларда ва асосан кексаларда (60—74 ёшли) учрайди.

Ёшларда эса кон босимининг кўтарилиб кетиши буй- раги хасталанганда, баъзида номаълум сабаблардан ва ёш ҳомиладор аёлларда бўлади. Буйраги касалланган одамларда кон босимининг баландлиги умумий модда алмашинувининг обдон бузилиши заминида бўлиб, бу гипертония — иккиламчи гинертония ҳисобланади. Бу ҳолатда ҳам кўз патологияга сезгирлик хусусиятини амал- да кўрсатади.

Тўр парда артериялари спазм асосида жуда тораяди. Дастлабки вақтларда кўз тубининг четларидаги жуда торайган прекапиллярлари ёнида майда-майда қуйилган кон нукталари пайдо бўлади.

Бу кўпинча офтальмологнинг биринчи бўлиб буйрак касаллигини аниқлашига имкон беради. Ксйинчалик кон томирлар атрофида битта-яримта ок пахтасимон лахталар пайдо бўлади. Кўрув нерви дискида ҳам шиш ва кирраларининг ноаниқлиги, турли катта-кичикликдаги плазморрагия ва геморрагиялар иайдо бўлади. Сарик дог соҳаси ҳам пуштиранг ўзгариб, аввалига бир оз шишади ва бу шиш марказий чуқурчага нисбатан саргиш радиал толалар шаклида кўринади. Агар буйрак касали тезлик билан даволанмаса, бу ўзгаришлар зўрая бориб кўриш нерви дискида атрофия бериб, у юпқалашиб, оқиш ранг олади, сариқ доғдаги нуштиранг сарғиш радиал чизиклар ҳам юпкалашиб, аник шакл олиб, оппок радиал чизиқли юлдузсимон тусга киради. Бу ўзгариш — юлдузсимон бўлгани учун «юлдуз симптоми» дейилади. Бундай оғир ўзгаришлар бош мия ва бошқа органларда ҳам пайдо бўлиб, булар бемор ҳаётига қаттик таҳдид солади.

Ҳомиладор ёш аёлларнинг бир қисмида ҳомиладорликнинг биринчи ярмида токсикоз пайдо бўлиб, уларнинг қон босими кўтарилиши, сийдигида оқсил пайдо бўлиши ва оёқлари, танасига шиш келиши мумкин. Бундай ёш аёлларнинг кўз тубида ҳам артерия қон томирлари

сназм патижасида тораяди, лекии склероз бўлмагани учун атеросклерозли беморлардагига ўхшаб, қон томирлар девори қалинлашмайди; спазм натижасида тўр пардадаги коллоид ва мукополисахариддан ташкил топган нерв толалари ва қон капиллярлари орасидаги оралиқ моддалар, кислород ва керакли моддалар етишмай шишади, қалинлашиб хираланади. Шупинг учун токси- козга учраган аёллар кўзида қора нуқталар ва докани эслатадиган туман пайдо бўлади. Бундай беморлар тезлик билан стационарга жойлаштирилиб даволанса, аҳволи яхшиланади.

Агар хомиладорлигида токсикозга учраган ёш аёл болалигида скарлатина ва ёки буйрак касалини ўтказган бўлса, унда юқорида ёзилган буйрак касалига учраган одамлар кўзида бўладиган ўзгаришлар хомиладор аёлнинг кўзида ҳам пайдо бўлади. Бу эса аёлнинг умумий ҳолати оғирлашуви, қон босимининг жуда кўтарилиб ва сийдикда оқсил ва бошқа таркибий қисмлар кўпайиб кетиши заминида бўлиб, кўз тубида — кўриш нерви диски ва атрофида шиш, пахтасимон лахталар пайдо бўлади. Бунда оралиқ модда хираланишидан ташқари, нерв толаларида ҳам модда алмашинуви бузилиб, кўриш пасаяверади. Бу кўрсаткичлар ҳомиладорликни тўхтатиб, болани туши- ришга даъват этади. Агар бундай килинмаса, кўз тубидаги айтиб ўтилган ўзгаришлар кўпайиб, майда- майда қон нуқталари пайдо бўлади ва «юлдуз симптоми» ҳам рўёбга чикади, кўзнинг кўриш фаолияти жуда пасайиб, ҳатто у кўрмай қолади. Кейинчалик киши ҳаётига ҳам зомин бўлади.

Атеросклероз ва гипертония касаллигининг салбий таъсирида тўр парда кон томирлари яна бир оғир патологияга учраши мумкин. Бу тўр парда артерияси кон томирлари бўшлиғининг тўсатдан кескин бекилиб қолиш патологиясидир. Бу ҳолат икки кўринишда бўлади: артерия томирлари ва улар толаларининг кескин бекилиб колишидан иборат. Тўр парда марказий артерияси ва унинг йирик толаларида кон юриб туришининг тўсат- дан кескин тўхтаб қолиши уч хил сабабдан юзага келади:

томирнинг қаттиқ спазми

тромбоз жараёни

томирда эмбол пайдо бўлишидир.

 Томирларнинг қаттиқ спазми одатда актив вазомотор реакциялари, руҳий ҳолати анча тез ўзгарувчан ва салга ҳаяжонланадиган ёки интоксикацияга учраган ёшларда пайдо бўлиб, бу органик ўзгаришдан эмас, балки функциянинг зўрайишидан вужудга келади ва беморга 15—30 минут орасида шифокор тез ёрдам бериб, валидол, нитроглицерин, но-шпа, папаверин, атропинни 0,1 %, 1,0 мл ретробульбар юборса, спазм тарқалиб кетиши мумкин.

Тромбоз ёши кексайган (60 дан 74 гача) ёки қари (75 дан ошган) одамларда атеросклероз натижасида содир бўлади.

Эмболия эса, кўпроқ ёш, турли сурункали яллигла- ниш касаллигига (сил, ревматизм, септик эндокардит, сепсис, тепки) дучор бўлган одамларда бўлиб, уларга тезлик билан ёрдам бериб, томирларни кенгайтирувчи дорилар ва қонни суюлтирувчи дорилар (дицинон, трентал, дикумарин) ни қўллаганда ҳам камдан-кам кор қилиши мумкин. Чунки эмболнинг ўрнашган жойидан суриб юбориш амримаҳолдир. Шунинг натижасида тўр парда артерияси ёки унинг шохларидан бирининг бекилиб қолиши ва ундан қон ўтмай қолиши кўзнинг тўсатдан кўрмай қолиши ёки кўришнинг жуда пасайиши, кўриш майдонининг торайиши билан ифодаланади.

Қариларда бундай оғир ҳодиса артерия тромбози кўпинча эрталаб, ўрнидан туриб ювинаётган пайтида ёки бошқа вазиятда гемодинамиканинг горизонтал ҳолатдан вертикалга мосланиши вақтида содир бўлади. Бу вақтда беморнинг боши оғриб, у бир оз ҳолсизланган бўлиши мумкин.

Шифокор офтальмоскоп билан қараганда кўз тубида артерия толаларининг жуда торайганидан ингичка ипга ўхшаб қолгани, тўр парданинг оппоқ бўлиб хираланга- ни ва шу туфайли сариқ доғ марказий чуқурчасининг тўқ қизил тус олиб, яхши тозаланмаган тўқ қизил олча данагига ўхшаб тургани жуда яққол кўриниб туради. Бу «олча данаги» симптоми деб аталади. Агар бу симптом жуда авж олиб, ҳатто бинафша рангига ўтса, бу то.мирли парда хориокапилляр вараги ҳам қоннинг қуйилганидан дарак беради ва прогноз ёмон бўлади.

Бу ҳолатда тўр пардага артерия қони жуда кам тушгани сабабли веналар ҳам бир оз тораяди, кўрув нерви дискининг ранги ҳам, ише.мия бўлгани учун бир оз окаради.

Агар тромбоз марказий артериянинг бирор толасида (айниқса, кўпинча унинг юкори чакка томон толаси) бўлса, юқорида айтилган кўз тубининг клиник ўзгаришла- ри шу тола шохчалари ёйилган соҳада бўлиб, унда кўзнинг марказий кўриш кучи унча камай.майди.

Тўр парда марказий артерияси ва унинг бирор шохида кон юришининг тўсатдан тўхтаб қолиши тромбоз натижа- сида бўлганда тўр пардада нуқта-нуқта қон қуйилиши мумкин, бу томирлардаги органик ўзгаришлардан дарак беради. Камдап-кам беморлардан бирининг кўзи тўр пардасида цилиоретинал ёки оптикоретинал толалар бор бўлса улар анастомози зарарланмаган қисмдан сариқ доғга ўтиб, бемор кўзи кўришини бир оз яхшилашга ёрдам беради. Амалий текширишларга асосланиб айтиш мум- кинки, бундай касаллар кўриш кобилиятини ёш бе- морларда, томирлар склерози кучли бўлмаган катта ёшдаги одамларда яхшилаш мумкин. Чунки агар кучли склероз бўлса, у хориокапилляр вараги қон томирларини ҳам камраб олиб, кўриш марказий чуқурчаси вазифаси- нинг ҳам жуда камайишига ёки йўқолишига олиб боради. Бунииг боиси шундаки, колбасимон ҳужайралар асосан сариқ доғ марказига жойлашган бўлади.

Одатда умумий касалликлар таъсирида организми кучсизланган беморлар кўзи марказий артерияси ёки унинг толаларидан бирига қон оқими билан тушган эмбол ҳам яна оғирроқ ўзгаришлар беради. Сурункали ревма- тизмдан зарарланган юрак клапанидан тушган бўлакча, бошқа аъзо тромбозидан узилиб тушган тромб бўлакчаси, томирлар атероматози бўлакчаси, холестерин қуйқаси, липид ва бошқалар эмбол сифатида хизмат қилган бўлиши мумкин. Бундай беморга тезлик билан кон томирларни кенгайтирадиган дориларни кетма-кет берилганда шу эмболли томир кенгайиб, холестерин қуйкаси парчаланиб ўтиб кетиши ёки жуда майда эмбол ўрнидан сурилиши мумкин. Лекин бундай натижа жуда камдан-кам, томир девори патологик кам ўзгарган беморлардагина бўлиши мумкин. Аммо кўпинча марказий артерия ва унинг толасига тушган эмболнинг окибати ўша кўзни кўр килади ёки кисман кўрмайдигап қилиб қўяди.

Тўр парда томирларининг ўткир -тўсатдан бекилиб қолиши патологияси патогенетик механизмининг биринчи кўриниши — бу узок давом этган атеросклероз ёки гипертония касаллиги натижасида кўз томирларидан бирининг деворида айрим ўчок бўлиб ёпишган ли- пидларнинг реактив склеротик қалинлашуви, эласто- фибрознинг ўсиши, оқсилланиши, гиалиноз ва нскроз беришидир. Тромбоз кўпинча артерия билан венанинг кесишиб ўтган жойида бўлади.

Ешларда кўз вена томирларида эмбол ва тромбоз бўлиши вена деворларидаги яллигланиш — флебитдан, унда коагулянияга мойилликдан рўй беради.

Қанд касалида липидлар алмашинувининг бузилиши ҳам бунга сабаб бўлиши мумкин. Организмдаги турли қон томирлар патологияси натижасида кўз ички пардаларида пайдо бўладиган ўзгаришлар турли-туман кўринишда бўлиб, уларнинг патогенези анча мураккабдир. Булар тўр парда ва томирли пардадаги кон томирлар йўналиши ва уларнииг зарарланиш ҳолати билан чамбарчас боғ- ликдир.

Маълумки, тўр парданинг марказий артерияси унинг барча варакларини қон билан таъминлайди. Марказий артериянинг деворидаги мускул ва айникса эластик кавати галвирсимон пластинкадан ўтгач юпкаланиб бориб, у бир ва икки марта шохланганидан сўнг эластик кават бутунлай йўколади ва кейинги шохчалар артериолага айланади. Дискдан чиқиб келган асосий йирикрок толалар ва шу катордаги веналар унинг 9 варагидаги жуда юза ётган нерв толалари (аксонлар) каторида бўлади. Бу толалар яна иккига бўлинавериб, прекапилляр артериолаларига айланади. Қон томир патологияси натижасида зарарланган бу толалардан perdiapedesin қон чиқиб, preretinal нуқта-нуқта қон қуйилиш содир бўлади.

Чакка томондаги толанинг майда шохчалари ва кўрув нерви артериясидан чиккан майда шохчалар макуляр марказий чуқурчаси — fove centralis ни қалин чатишма билан ўраб ётади. Натижада ўртадаги 0,4 мм ли сариқ доғ марказий чукурчаси қон томирсиз колади ва уни (ундаги кадаҳсимон ҳужайраларни) кон билан таъминлаш то- мирли парда хориокапилляр варағи зиммасига тушади. Қон томирларининг бундай топографик тузилиши патологияда пайдо бўладиган кон қуйилиши, экссудатли донача пайдо бўлиши ёки дистрофик ўзгаришлар клиник кўриниши механизмини билиб олишга ёрдам беради. Марказий чуқурчада қон қуйилиши эса хориокапилляр варағи кон томирлари ҳолатидан хабар беради.

Марказий чуқурчадан сариқ доғ чет атрофи зонасидаги артериолалар ва венул толалар радиал йўналишда жойлашган. Бу эса патологиядаги «юлдуз симптоми» пайдо бўлиш механизмини ёритиб беради.

Тўр парда нейроэпителийси (ташқи тўрт варақ — рецептор варақлар) ва пигментли эпителийси 6 дан 12 тагача орка киска цилиар артериялар толаларидан доим тўлиқ кон билан таъминланиб ва унда қон айланиб турган хориокапилляр варакдан таъминланади.

Тўр парданинг хусусий (ички 6 варағи) кисмида иккита капилляр толалари тизими бор. Бунинг биринчиси 9 нерв (аксон) толалари варағида юзарок жойлашган ва 2-, унинг 6- ички ядроли ва 5 ташқи плексиформ вараклариДемак, кўрув нерви- нинг бундай тургун шишу- вининг оқибатида унинг толаларида дистрофия пайдо бўлиши ва оқибат натижада дискнинг икки- ламчи атрофияси билан тугайди.

Нерв турғунлик шиши- ни унинг невритидан фарқ қилиш керак, чунки нато- логия бошланган вақтлар- да буларда бир хил ўхшаш белгилар бўлади. Диск қиррасининг бир оз бўртиб туриши, диск рангининг қизғишлиги, веналарнинг кенгайиши ва бошқалар.

Лекин нерв турғунлигида аввалига кўриш қобилия- ти ўзгармайди, невритда эса тезлик билан кўзнинг кўриши пасаяди. Кейинча- лик нерв турғунлигининг

классик белгилари пайдо бўлиб, шиш кўпаяди, веналар яна кенгайиб артериялар тораяди. Диск замбуруққа ўхшаб бўртиб чиқади ва тўқроқ кул ранг тус олади. Невритда эса диск бошқа шишмайди, гиперемия сақланади ва аста-секин ранги окаради.

Даволаш офтальмологнинг нейрохирург билан бирга ҳамкорлигида олиб борилади. Бунда миядаги шишни олиб ташлаш, мияни декомпресслаш операциясини бажариш керак. Яллиғланишни кучли антибиотиклар билан даволаш ва осмотерапия ҳам бир оз фойда беради.

**Вaзиятли мaсaлa:**

1. З.исмли 39 ёшли бeмoрдa йуқoри aртeриaл қoн бoсими бoр. Кўрув нeрви диски oқиш-пушти рaнгдa. Чeгaрaлaри aниқ. Тўр пaрдa вeнaлaри кeнгaйгaн. Мaкуляр зoнaдa мaйдa вeнoз қoн тoмирлaр штoпoрсимoн бурaлгaн. Aртeриялaр тoрaйгaн, рeфлeкс чизиғи ингичкa, ёрқин. Aртeриaл чoррaxa симптoми (Сaлюс II) aниқлaнди.

Сaвoллaр:

1. Тaшxисингиз?

2. Гипeртoния кaсaллигининг қaйси бoсқичи учун бу ўзгaришлaр xoс?

Жaвoблaр:

1. Гипeртoник тўр пaрдa aнгиoпaтияси

2. ГК 2-бoсқичи

1. 45 ёшли бeмoр AҚБ кўтaрилгaн. Oфтaлмoлoг кўз тубини тeкширгaндaн кeйинги тaшxис: КНД oч-пушти рaнгдa, чeгaрaси aниқ, вeнaлaри бирoз кeнгaйгaн, мaкуляр сoҳaдa мaйдa вeнoз штoпoрсимoн ствoл (Гвист симптoми), aртeриялaр тoрaйгaн, нoтeкис кaлибрли.

Тaшxис?

Дaвoлaш?

Жaвoблaр:

Гипeртoник aнгиoпaтия

Aсoсий кaсaлликни дaвoлaш, aнгиoпрoтeктoрлaр.

1. Бeмoр С. 20 ёшдa. Кeчқурун кўришининг пaсaйишигa шикoят қилaди. Кўрикдa: кўриш ўткирлиги иккaлa кўздa ҳaм = 0,5 (–) 1,5д = 1,0. Oлдинги қисм иккaлa кўздa ҳaм ўзгaришсиз. Гaвҳaр тиниқ. Кўз туби: КНД oқиш, чeгaрaси aниқ. Aртeриялaр тoр, вeнaлaр нoрмaдa. Тўр пaрдa пeрифeриясидa пигмeнтлaшгaн. Мaкулa ўзгaришсиз. Кўрув мaйдoни иккaлa кўздa ҳaм 35° кoнсeнтрик тoрaйгaн. КИБ = 23 мм.Ҳг.уст.

 1. Сизнинг дaстлaбки тaшxисингиз.

 2.Тeкшириш усуллaри

 Жaвoблaр:

1. Тўр пaрдoнинг пигмeнтли дистрoфияси. Миoпия йeнгил дaрaжa.

2. Oфтaлмoскoпия, пeримeтрия.

1. 7 ёшли бoлa oтa-oнaсининг сўзидaн кeчқурун ёмoн oриeнтр oлaди, йиқилaди. Oбeктив: Кўриш ўткирлиги ўнг кўздa = 0,7 к/қ, чaп кўз = 0,5 к/қ. Кўрув мaйдoни чeгaрaлaри 10-15º гa қисқaргaн, скoтoмa aниқлaнaди, сaриқ дoғ ўлчaми кaттaлaшгaн, қoрoнғугa мoслaшиш пaсaйгaн. Oптиc сoҳaлaр тиниқ, КНД шишгaн, aртeриялaри кeскин тoрaйгaн, пeрифeриядa кўп сoнли пигмeнт ўчoқлaри бoр.

1. Сизнинг дaстлaбки тaшxисингиз.

 2.Тeкшириш усуллaри

 3. Дaвoлaш тaктикaси.

Жaвoблaр:

1. Тўр пaрдa пигмeнтли дeгeнeрaцияси.

2. Oфтaлмoскoпия

3. Трoфикaни яxшилaш.

**Тeстлaр:**

1. Фистoлoвчи oпeрacиялaрдaн кeйин учрaмaйдигaн aсoрaтлaр:

A. Cилиoxoриoидaл кўчиш

Б. Гифeмa

C. Xoриoрeтинит \*

Д. Иридocиклит

E. Xaвфли глaуcoмa

1. Мaркaзий xoрeoрeтинитгa xoс шикoятлaрни кўрсaтинг:

A. Кўриш ўткирлигини пaсaйиши\*

Б. Фoтoпсия\*

C. Мeтaмoрфoпсия\*

Д. Шox пaрдaни xирaлaшиши

E. Кўриш ўткирлигини oшиши

Ф. Кўз ёшлaниши

1. Мaркaзий xoрeoрeтинитгa xoс шикoятлaрни кўрсaтинг:

A. Прeдмeтлaрни шaкли вa кaттaлигини ўзгaриши\*

Б. Кўз oлдидa ёруғликни xилпxлaши вa дoғлaрни пaйдo бўлиши\*

C. Кўриш ўткирлиги пaсaйиши\*

Д. Кўриш ўткирлиги ўзгaришсиз

E. Кўздaги oғриқлaр

Ф. Шox пaрдoнинг xирaлaшиши

1. Қaйси кaсaлликлaрни диaгнoстикaси учун oфтaлмoскoпия ишлaтилaди:

A. Рeтинит\*

Б. Xoриoидит\*

C. Кўрув нeрви aтрoфияси\*

Д. Склeрит

E. Гoвмичa

Ф. Блeфaрит

**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 y., 372 с.

6.Jack J. Kanski. /Clinical Ophthalmology. A systematic Approach./ “Butterworth Heineman”, Oxford, UK 2005 y., 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 ophthflmology”, Egypt,1994., 497 б.

14. Нестеров А.П. “Глаукома” 1995 г, 168 б.

15. Интернет маълумотлари куйидаги сайтлардан олинди: www.ophthalmology.ru/articles/120\_html,www.nedug.ru/ophthalmology/34art -html www.eyenews.ru/html- 67,www.helmholthzeyeinstitute.ru/articles/1.2html

www.eyeworld.com/ophth.articles/html-89,www.scientific-vision.com/html-ophth

**№ 9 Амалий машғулот**

**Катаракта касаллиги**

1. Машғулот ўтказиш жойи, жихозланиши:

- кўз касалликлари кафедраси;

- муляж, янги ахборот технологиялар воситалари, кўргазмали қуроллар (кўз олмасини схематик тузилиши, уни кон томирлари, ёрдамчи аппарати ), слайдлар.

2. Машғулотнинг давомийлиги:

 -6,0 соат

3. Машғулотнинг мақсадлари:

- талабаларни гавхар хираланиши касаллиги билан таништириш

- гавхарнинг аккомодациядаги ўрни ва механизми

- катарактани ташхислаш ва олиб бориш тактикаси

- катаракта турлари

Вазифалар

Талаба билиши керак:

- гавхарнинг анатомияси

- аккомодация жараёни

- катаракта турлари ва уларни ташхислаш

- катарактани даволаш турлари

4. Мавзуни асослаш:

Гавхар кўзнинг оптик қисмининг энг мухим таркибий қисмларидан бири бўлиб, аккомодация жараёнида қатнашиб, узоқ яқинни кўришга имкон яратиб беради. Унинг таркибий қисмларининг хираланишига олиб келувчи факторлар ва касаликларни билиш, уни даволаш усуллари хақида маълумот олиш мухим омил саналади.

5.Фанлараро ва фан ичида боғлиқлик:

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

6. Машғулот мазмуни:

6.1 Назарий қисми:

а) кўз гавҳари

б) гавҳарни текшириш усуллари

с) кўз гавҳарининг патологияси

д) туғма катаракталар

е) туғма катарактанинг ўзига хос 3 асосий белгиси

ф) қанд касаллиги, шикacтланиш, нур катарактаси

Мавзу:

Кўз гавҳарининг патологияси

Кўз гавҳари (Lens cristallina) айлана шаклидаги, икки сатҳи бўртиқ линзани эслатади. Кўз гавҳари қорачикнинг орқасида жойлашган бўлиб, киприксимон танадан чиқиб, кўп сонли жуда нозик цинн бойламлари унинг экваторига келиб ёпишади ва ўз ўрнида ушлаб туради.

Гавҳарнинг олди ва орқа сатҳи ва ўзига хос олдинги ва орқа капсуласи бор. Уларнинг бир-бирига ўтиш чегараси экватор дейилади. Гавҳар икки сатҳининг қоқ ўртаси, унинг олдинги ва орқа қутби ҳисобланади. Бу қутблар ўртасидан ўтадиган чизиқ гавҳарнинг ўқи деб аталади.

Кўз гавҳари катта одамларда болалардагига нисбатан бир оз сарғишроқ, лекин жуда тиниқ ва мусаффо бўлга- ни учун ўзидан ёруғ нурларни ўтказади ва уларни 18—20 дптр гача синдириш қобилиятига эга. Кўз гавҳарининг қалинлиги 3,5 мм гa, диаметри 9—10 мм га генг. Гавҳарнинг кобиғи жуда нафис ва эластик бўлиб, унинг ичида толалар, ядро ва кортикал қатламлар жойлашган. Гавҳар капсуласининг эластиклиги кўриш жараёнида унинг қабариқлигининг кўпайиши, камайиши ва қалинлигининг ўзгаришига имкон беради. Унинг бу хусусияти кўз аккомодациясига мансубдир. Кўз гавҳари олдинги қобиғининг ички сатҳи бир қават цилиндрсимон эпителий (2- расм) билан қопланган. Бу эпителий ҳужай- ралари бетартиб жойлашган бўлади. Фақат унинг экватор қисмида бу ҳужайралар бир қатор бўлиб, тартиб билан жойлашади. Инсоннинг бутун умри давомида аста-секин ҳар бир ҳужайранинг цилиндр шакли бузилиб, улар бўйига чўзилиб, бир оз букилган узун толаларга айланиб гавҳар ўртасига ўтаверади ва у ерда эзилиб, сувсизланиб жуда ингичкалашиб қотиб қолиши натижасида, киши 18—20 ёшга тўлганда бу ядро шаклланиб қота бошлайди. Натижада гавҳар қалинлашиб шаклининг ҳаракатдаги ўзгарувчанлиги камайиб ва кўзнинг нормал якиндан кўриш қобилияти пасайиб боради. Майда ёзилган ҳарфни ўқий олмай, нинага ип ўтказа олмайди. Бу ҳолат кўз қарилиги (Presbyopia) дейилади. Кўз гавҳарида қон томирлар йўқ. Шунинг учун унда моддалар алмашуви кўз ичи суюқлигидаги энг сифатди моддалар ҳисобидан бўлади. Патологияда кўз гавҳари фақат лойқаланиши мумкин.

Кўз гавҳари киприксимон тана билан бирга кўз ичидаги диафрагмани ташкил қилади. Бу диафрагма кўз бўшлиғини бир-бирига тенг бўлмаган, олдингиси кичикрок ва орқадаги каттароқ икки қисмга бўлади.

Гавҳар кўзнинг хусусий қон томирсиз қисмларидан бири бўлгани учун унда модда алмашинуви асосан кўз ичи суюқлиги ҳисобидан бўлади. Қон томирсиз гавҳарда яллиғланиш жараёни ва ўсма, шиш ҳам бўлмайди. Гавҳарнинг патологияси унинг жуда мураккаб биохимия- вий таркибидаги модда алмашинувида оз бўлсада ўзга- ришлар пайдо бўлганда вужудга келади. Гавҳарнинг кўп қисмини сув ташкил этиб, чақалоқ ва жуда ёш болаларда у 73 %, катта одамларда 60—65 % дир. Юқори сифатли оқсил моддаси (а- кристалин, альбумин, (в- кристалин) гавҳар ҳажмининг 35 %, умумий оксили эса 17 %, липидлар (холестерин, лецитин) 2 % ни ташкил этади. Минерал тузлардан темир, сульфатлар, фосфатлар бор. Оксидланишни активлаштирувчи таркибий қисмлар — хлоридлар — К, Са, Na ва магний, мис, рух ҳам бор. Нормада аскорбин кислотаси инсон ёшига қараб 44,2 % дан 4,2 % гача бўлади. Глютатион, рибофлавин, АТФ лар гавҳарда кўп бўлади, лекин ёш ошган сари унда сув, аскорбин кислотаси, глютатион, рибофлавинлар камаяве- ради. Липидлардан эса лецитин камайиб, холестерин кўпаяди, Na, Са, фосфор кўнайиб, К камаяди. Кислород ва водороднинг концентрацияси глютатион, цистеин, глициннинг активлигига боғлиқ. Модда алмашинувида уларнинг роли катта.

Демак, кўз гавҳари ўз тузилиши, мураккаб таркиби ва жуда нозик физик-кимёвий хоссалари билан характерла- нади. Бундай муҳим жараённинг нормал кечиши ёш ва соғлом одамларда бўлади. Лекин 60 ёшдан сўнг борган сари организмда физик-кимёвий ўзгаришлар вужудга келади ва айниқса организмнинг умумий касалликлари натижасида гавҳарда патология пайдо бўлса, унинг нормал таркибида лойқаланиш вужудга келади. Гавҳарнинг лойқаланиши катаракта дейилади. Кўз гав- ҳари лойкаланиб катаракта бўлганда қорачик оқ кулранг тус олади.

Абу Али Ибн Сино кўз анатомиясини ўрганиб кўз гавҳаринииг тузилиши ва кўз учун аҳамиятини тасвирла- ган. Кўп асрлардан буён гавҳар ва унинг патологияси олимларнинг диққат марказида бўлишига карамай, ҳозирги пайтгача катарактанинг патогенези ҳакида жуда аниқ бир маълумот йўқ.

Охирги маълумотларга кўра япон олими Огино (1957) катаракта хинон моддаларининг таъсиридан пайдо бўлади деган. 1979 йилда эса, Пири ва ван Гейнинген катаракта пайдо бўлган кўзда хинон моддасини топмаган. Кейингивақтларда олиб борилган илмий ишларда

катарактанинг пайдо бўлиш сабаблари мембранология нуқтаи назаридан қаралади. Шу асосда, катарактанинг бошланиши гавҳар капсуласидаги ва гавҳар толалари мембранасидаги липидларнинг оксидланиши жадаллани- ши маҳсулотининг таъсиридан келиб чиқиши аниқланган. Чунки нормал гавҳарда перекис оксидланишининг бир кисм маҳсулотлари пайдо бўлади-ю, лекин бу кўзнинг ўзидагиантиоксидант механизми моддалари тизими томонидан зарарсизлантирилаверади. Бирор ножўя сабаб (қаттиқ ҳаяжон, витамин ва ферментларнинг, оқсил ёки миперал моддаларнинг алмашинуви ёки улар ўзаро муносабатининг ўзгариши) таъсири остида гавҳардаги антиоксидантлар тизиминипг бузилишидан, липидларнинг перекис оксидланиши маҳсулотлари йиғилиб қолиб, гавҳарга салбий таъсир кўрсатиб катаракта бошланишига сабаб бўлади. Шунинг учун бемор кўзида катаракга эндигина бошланган даврда антиоксидантлар - аскорбин кислотаси, рибофлавин, витамин В, АТФ, глюкозалардан қўллаб даволанса патологик жараённи тўхтатиш мумкин.

Туғма катаракталар — туғма катаракталарда лойқала- нишнинг қайси кисмга тааллуқлигига қараб олдинги ва орқа қутб ‘катарактаси (Cataracta polaris ant. etpost), кортикал катаракта (Cataracta corticalis), қаватма-қават катаракта (cataracta zonularis), қобиқ катарактаси (cataracta capsularis) ва тўлик катаракта (cataracta totalis) дейилади. Туғма катарактанинг ўзига хос 3 асосий белгиси бор: 1. Иккала кўзда бир вақтда пайдо бўлади.

2. Консистенцияси юмшоқ бўлади. 3. Лойқаланиш авж олмай бир хилда туради..

Туғма катаракталарнинг клиник кўриниши

1. Олдинги ва орка қутб катарактаси — гавҳарнинг олдинги ва орқа қутби марказида ок кўкимтир нуқтага ўхшаб туради. Олдинги қутб катарактаси кўзнинг илк эмбрионал даврида унинг умумий эктодермадан ажралиш жараёни пайтидаги патологиядир. Орка қутб катарактаси эса, шишасимон тана артерияси (а. hyaloidea) нинг ҳомиладаги бола туғилгунча сўрилиб кетиши лозим бўлган жараён қандайдир сабаб билан ўз вақтидан кечроқ тугаганида пайдо бўлади. Бу икки кўринишдаги қутб катарактаси кичкина (2—3 мм) бўлгани учун кўзнинг кўриши ҳам 4—5 каторга тенг бўлади ва уни операция қилишга эҳтиёж қолмайди.

2. Кортикал катаракта—эмбрионал ядро атрофида лойикаланиш пайдо бўлишидан вужудга келади, бунда гавҳар оқ кўкимтир тус олиб, диффуз лойқаланиш бўлади. Қўзнинг кўриши пасаяди, операция лозим бўлади.

3. Каватма-қават зонуляр катаракта — гавҳар марказидаги тиниқ ядро ва унинг атрофидаги тиник кортикал қисми орасида бир неча нотиниқ каватлар оралаб ётади. Бу ҳолат қорачиқни кенгайтириб, нур ёрдамида каралган- да жуда яхши кўринади. Агар нотиниқ қаватларда лойқаланиш қалин бўлса, кўзнинг кўриш қобилияти ҳам апча пасаяди. Бундай беморларда гавҳарнинг ўртасида лойқаланиш юпқароқ бўлгани учун у қизғишроқ ва четлари (экваторида) эса лойқаланиш қалинрок бўлгани на экватор қиррасидан 5—6 та арра тиши шаклидаги айрим-айрим бўртиқчалар чиқиб тургани ўзига хос кўриниш беради. Бу бўртиқчалар гавҳар экваторининг устига миниб турган «суворани» эслатади. Ёнидан ёритиб каралганда бу шакллар оч ва тўқ кулранг бўлиб кўринса, ўтувчи нурларда текширилганда булар қизил рефлекс фонида қора бўлиб кўринади. Бу катарактада экватор соҳасидаги лойқаланиш қалинроқ бўлгани учун у қорароқ, ўртаси юпқарок. бўлгани учун қизғишроқ кўриниб тешик кулчани ҳам эслатади.

Ҳомила даврида гавҳарда модда алмашинувининг бузилиши, айниқса кальций тузларининг етишмаслиги бунга сабаб бўлади. Бундай болаларда рахит, спазмофи- лия ва тишлар патологияси ҳам бўлади. Боланинг кўриш қобилияти жуда паст бўлса, операция қилиб лойқаланган массалар сўрилиб ташланиб, унга контакт линза ёки кўз ичига линза қўйиш тавсия этилади.

4. Кортикал диффуз катарактада гавҳарнинг ҳамма кортикал қисми бир хилда лойқаланади. Ёнидан ёруғлик тушириб қаралганда қорачиқ оқ кўкимтир тусда кўринади. Гавҳар нотиник бўлгани учун нур юргизиб кўриб бўлмайдин. Кўзнинг кўриши жуда пасайиб, фақат ёруғни кўради холос. Шунинг учун катарактанинг бу тури қанча вақтли операция қилинса, шунча натижали бўлади, чунки бундай кўз узоқ вақт кўрмай юрганда тўр пардадаги

Турли касалликлар натижасида пайдо бўладиган катаракталар оқибат катарактаси (cataracta complicata) дейилади. Бундай катаракталар, биринчидан, кўз соққасида бўладиган увеит, увеапатиялар, глаукома, тўр парданинг силжиши, юқори даражали миоииялар оқибатида бўлса, иккинчидан, умумий касалликларда — канд касали, атеросклероз, гипертония оқибагида ҳам иайдо бўлади. Кўз ичида пайдо бўлган патология окибатидаги ката- ракталарда лойкаланиш гавҳар орка кобиғининг қутби остидаги кортикал қаватларда пайдо бўлиб, унинг атрофи Қалинроқ, товоқчага ўхшаш шакл олади. Шунинг учун буни чашкасимон катаракта дейилади. Баъзан бу ўзгариш узоқ вактгача шундай қолаверади, лекин кўпинча лой- каланиш кўнайиб, тўлик катарактага ўтади ва ранги тўк сарик бўлади. Бу жараёп карилик катарактасига нисбатан апча тез ўтади.

Қанд касаллиги катарактаси (cataracta diabetica) фарқ килинади. Лойқаланиш иккала кўзда бошланиб, гавҳарнинг олдинги ва орка қобикка жуда якин ётган массаларида нукта, тола ва ҳатто вакуола шаклида бўлади ва тез авж олиб кетиб, кўзнинг кўришини пасайтиради. Ядро ҳам хираланиб катаракта саргиш тус олади. Диабет катарактасининиг олдини олиш учун эндокринолог—офтальмолог ҳамма диабстли касаллар кўзини режа билан батафсил текшириб юриб, унинг бошланғич белгиларини топгандан сўнг беморни тўлик (умумий касалликни хам, кўзини ҳам) даволаса, бу жараённи қайтариш ҳам мумкин. Бунда умумий дори- лардан ташкари, кўзга сенкаталин, каталин, катахром, витафакол ва антиоксидант дорилардан ташкил топган аралашма ва кислороднинг ит.екциялари билан даволашда натижа яхши бўлади. Агар консерватив даво- лашнинг вакти ўтган бўлса, унда жарроҳлик усули кўлланилади. Операциядан олдин беморни клиник ва лаборатория усуллари билан обдои текшириш зарур. Бу операциянинг асоратлари: қон қуйилиши, чандик пайдо бўлишлардан сақлайди.

Диабет катарактаси ҳам, агеросклероз, гипертония оқибатида бўладиган катаракталар ҳам анчагина тез рмиожланиши билан ажралиб туради.

Қарилик катарактасининг бошланишидаги патоморфологик ўзгаришлар гавҳарнинг бир оз сувланиши натижасида капсула остидаги каватларда вакуолалар пайдо бўлиши, гавҳар толалари оралиқларида сув йиғилиб, уларни бир-биридан қаватларга ажратиб ораларида сувли тирқишлар иайдо бўлиши билан характерланади. Кейин- чалик гавҳар толалари ҳам нарчаланиб лойқаланган детрит пайдо бўлади. Бора-бора сувланиш ва сувли тирқишлар кўнайиб модда алмашинуви бутунлай издан чиққандан кейин лойқаланган толалар нарчаланади, тирқиш ва вакуолалар лойқаланган детрит билан тўлиб, умумий парчаланишдан гавҳар бутунлай хираланади. Бундай патоморфологик жараённинг қарилик катаракта- сидаги динамикаси кўпинча аста-секин 4-6 йил давом этади. Қанд касаллиги, атеросклероз ва гипертония сабабли пайдо бўлган катарактада турли у.мумий патоло- гия бўлгани учун бу жараён анча тез ривожлапиб, 1 —3 йил давомида кўзни ожизликка олиб боради. Қаватланиш ҳам кўпайиб, гавҳарнинг бутун қобиқ қисмига тарқалади.

Гавҳарни текшириш усуллари

Кўз гавҳарини текшириш усулларидан бири биомикрос- копиянинг аҳамияти каттадир. Чунки биомикроскопия усули (тирқишли лампа) билан биз тирик одам кўзи қаватларининг микро тузилишини яққол кўра оламиз. Бу усул кўз гавҳарининг ёш одамлардаги ҳолатини ва қари одамлар кўзидаги ўзига хос турли ўзгаришларни кўриб таҳлил қилишга имкои беради. Кўз гавҳарининг ҳолати ёшга караб динамик ўзгаришда бўлади.

Одатда ёш одамларда кўз гавҳарини ёнидан нур тушириб текширилганда қорачик тим кора рангли ва офтальмоскоп билан нур юргизиб қаралганда қорачиқ қип-кизил рангли бўлади. Қариларда эса бундай эмас, чунки улар кўз гавҳарининг ядроси кўпинча склерозга учраган бўлади. Шунинг учун ёнидан нур тушириб қаралганда қорачиқ коп-қора эмас, кулрангнамо бўлиб кўринади ва катарактани эслатади. Лекин офтальмоскои билан нур юргизиб қаралганда ёки тирқишли лампа билан каралганда қорачиқ қип-қизил бўлаверади, чунки гав- ҳардаги склероз бу катаракта эмас, факат склероздир. Шунинг учун гавҳарнинг бу ҳолатига «сохта катаракта» деб ном берилган. Гавҳарнинг склерозланган ядроси ёнидан нур тушириб қаралганда ядро нурнинг бир кисмини ўтказиб юбориб, яна бир қисмини ўзидан акс эттириб чиқаради ва шунинг учун у кулранг тусли кўриниш беради.

Гавҳарни биомикроскопик усулда тиркишли лампа билан текширилганда кўзга юборилган бир тутам кучли нур унинг қоқ ўртасидан кесиб, иккита оптик бўлимга ажратади. Бу бўлиниш, биринчидан, гавҳар нормал

тузилишидаги энг майда деталларни кўриб ажратишга ва, иккинчидан, унда патологик холатда пайдо бўладиган жуда майда ўзгаришларпи ажратиб олишга имкон беради. Ушбу усулда гавҳар консистенциясипинг ўзгаришини, яъни ундаги қобиқдан ядрога кескин ўтиш чегарасидаги фаркни ва унинг оптик бўлинишидан пайдо бўлган бир неча бўлиниш зоналарини яккол кўриш мумкин. Гав- ҳарнинг онтик бўлиниши бир неча зоналардаи иборат: гавҳарнинг қоқ ўртасидаги жуда кам ёритилган бир қисмининг икки ёнидаги жуда яхши ёритилган иккита бир хил яримой шаклидаги зоналар бор. Бу зоналарда гавҳар эмбриопал чоклари ҳам яхши кўринади. Улардан кейинги иккита кам ёритилган зоналар (4,7) эмб- рионал ядронинг периферик сатҳларидир. Бўлинишдаги бу тўрт сатҳ боланинг тугилишидан олдинрок ташкил топади. Булардап кейинги янада яхши ёритилган икки зона (3,8) гавҳарнинг инсон ёши ошгап сари етиладиган сатхлардир. Булар боланинг 10 яшарлигида найдо бўлади ва бунда гавҳарнинг юлдуз шаклидаги чоклари ях1пи шакллапгап бўлади. Еш ошган сари бу зоналар ёругликни кўнрок акс эттирадигап бўлади. Яна иккита сатҳ (2 ва 9)бор, булар гавҳарнинг бўлиниш зоналари дейилади. Бу зона қариларда унча аниқ кўринмайди. Охиргиси (1 ва гавҳар зоналйрипинг олди ва орқа сатҳидир.

Биомикроскоп ёрдамида бажариладиган турли ёритиш усуллари қўлланилганда бу сатҳлар устида шудрингга ўхшаш бир жило кўринади. Бу гавҳарнинг толалари ёки қисман капсула энителийсининг тузилиши тасвиридир.

Шикacтланиш катарактаси

Шикастланиш катарактаси (cataracta traumatica) кўз шикастланган пайтда гавҳар қобигида жуда кичкина бир тешик пайдо бўлган тақдирда ҳам у фибрин билан бекилиб, шу жойда кичкина ок нукта шаклидаги лойқаланиш ҳосил бўлади. Агар шикастланиш пайтида гавҳарга каттароқ зарб етиб, унда ёрилиш каттароқ — чуқурроқ бўлса, унда олдинги камера суюқлигининг таъсири натижасида гавҳар толалари шишади ва лойқаланади. Лойқаланишнинг борган сари кўпайиши билан кортикал моддаларнинг ҳаммаси лойқаланиб шишади, қобиқнинг ёрилган жойидан олдинги камерага итарилиб чиқиб сўрилаверади. Ёш болалар гавҳарида ядро бўлмагапи учун унинг массалари сўрила-сўрила факат қобиғи қолади. Буни пардасимон катаракта (cataracta) дейилади. Катталарда эса сўрилиш жараёни қийин бўлади ва ядро, унинг атрофидаги массалар сўрилмай қолади. Агар кўз шикастланиши рангдор парда ва киприксимон танада яллиғланиш қўзғатган бўлса, унда кўзнинг аҳволи оғирлашади. Баъзан шикастланиш кўзнинг оз-моз зарб ейиши билан чегараланса (енгил контузия) лойқаланиш кучли бўлмай, бир оз вақтдан кейин сўрилиб кетиши хам мумкин. Кўз қаттиқ шикастланиб гавҳар кучли лой- қаланганда уни жарроҳлик усули билан даволанади. Нурлар таъсирида ҳам катаракта ҳосил бўлади.

Нур катарактаси

Нур катарактаси гавҳар толаларининг дистрофик бузилишидан иборат. Бундай дистрофик-деструктив ўзга- риш ультрабинафша, инфрақизил, рентген нурларининг кўзга, аниқроғи кўз гавҳарининг экватор қисмига таъсири натижасида пайдо бўлади. Бундай нурларнинг кўзга гаъсири атом электростанцияси, радиациядан, кимёда, кишлоқ хўжалигида, биология ва тиббиётда фойдаланилган эҳтиёт чораларига ва техник хавфсизлигига риоя қилмаслик натижасида содир бўлиши мумкин. Нурнинг қуввати 2500 г гa тенг ёки ундан кўпрок бўлса, гавҳардаги эпителий ҳужайраларнинг трофик функцияси бузилиб, дегенерацияга учрашидан катаракта пайдо бўлади. Бун- дай катарактани консерватив усул билан даволаш мумкин »мас. Уларни фақат операция қилишга тўғри келади. Агар гавҳарга нурларнинг камрок дозаси (кўпи билан 1000r гача) таъсир этган бўлса, унда ҳужайралар ҳам таъсирлана- ди. Бундай ҳолларда зарарланишни консерватив усуллар билан даволаса бўлади.

Нур катарактаси клиникаси. Гавҳар орқа кутби капсула ости толалари нурлангандан кейин 3—5 ой ўтгач катаракта бошланади. Бунда деструктив жара- ённинг авж олиши 5 даврга бўлинади. 1. Гавҳар марказий орка кортикал қаватларида лойкаланйш нуқталари ва вакуолалар пайдо бўлади. Кўзнинг кўриш фаолияти ўзгармайди. 2. Лойқаланиш нукталари, вакуолалар кўпайиб металлга ўхшаш ялтироқ диск шаклини олади. Кўриш бироз пасайиб 0,7—0,8 га тенг бўлади. 3. Бу даврда лойқаланиш четлари унинг марказига нисбатан анча калинлашиб, ўртаси бироз юпкаланиб товокчани эслата- ди. Кўриш анчагина пасаяди.

Олдинги қобиқ остида ҳам кўп лойкаланиш пукталари, вакуолалар пайдо бўлиб, унинг қирралари нозик тўр билан ўралган шаклдаги катта бир дискка айланади.

Нур катарактасининг ўзига хос клиникаси бошқача бўлиб ўзгаради ва уни умумий катарактадан ажратиб бўлмайди.

Умумий врачлар ва офтальмологларнинг нур ката- рактасининг пайдо бўлиш ва ўсиш динамикасидаги бундай ўзгаришларни билиб олиб нурни ишлатадиган ва унинг кўзга таъсир қилиши мумкин бўлган корхоналар меҳнат жамоаси ўртасида профилактик ишларни олиб боришлари асосий вазифалардан бири ҳисобланади.

**Вaзиятли мaсaлa:**

1. 59 ёшли пeнсиoнeрдa кaтaрaктa eкстрaксиясидaн кeйин кўриш қoбилиятини янa сeкин тушиши кузaтилaди. Ўтувчи нурлaр билaн кўргaндa кўз туби xирa, ёндaн ёритиб кўришдa нoгoмoгeн кулрaнг-oқ плeнкa aниқлaнaди.

Сaвoл:

1. Тaшҳис?

2. Дaвoлaш тaктикaси.

Жaвoб:

1. Иккилaмчи кaтaрaктa.

2. Oпeрaтив дaвo.

2. Бeмoр Й., 38 ёш, 1 йил oлдин чaп кўзидaн жaрoҳaт oлиб стaциoнaрдa дaвoлaнгaн. 3 oй oлдин чaп кўзи билaн умумaн кўрмaй қoлди. Oб’eктив: ўнг кўзи сoғ. Чaп кўзи- тинч, кўз oлмaсининг oлдинги кeсими ўзгaришсиз. Қoрaчиқ нoрaмaл кaттaликдa, кулрaнг, ёруг;ликкa рeaксия сaқлaнгaн, КИБ 24 мм.Ҳг. Кўриш ўткирлиги ёругликни тўғри aниқлaйди. Кўз туби oфтaлмoскoпиялaнмaйди.

Сaвoл:

1. Тaшҳис?

2. Тeкшириш усуллaри..

3. Дaвoлaш.

Жaвoб:

1. Трaвмaтик кaтaрaктa.

2. Биoмикрoскoпия.

3. Дaвoлaш: oпeрaтив.

3. Бeмoр С., 73 ёш aстa- сeкин кўриш ўткирлигининг пaсaйишигa шикoят қилиб кeлди. Кўздaн кeчиргaндa: иккaлa кўздa кўриш ўткирлиги =0,01 к/б, қoрaчиқ кулрaнг рaнгдa, кўз туби рeфлeкси йўқ, КИБ нoрмaдa.

1. Тaxминий тaшxисингизни қўйинг?

2. Тeкширув усули.

3. Дaвoлaш

Жaвoб:

1. Йeтилгaн қaрилик кaтaрaктaси.

2. Биoмикрoскoпия, ўтувчи нур билaн тeкшириш.

3. Xирургик дaвoлaш.

4. Ишчи Ф., 52 ёш, oxирги 3 oй ичидa чaп кўз кўриш ўткирлигининг пaсaйишигa шикoят қилиб кeлди.Кўриш ўткирлигининг ёмoнлaшишини ҳeч нaрсa билaн бoғлaб билмaйди. Oбйeктив кўргaндa : Вис OД =1,0, OС = 0,01 к/б. Чaп кўз тинч,шox пaрдaдa сoaт 5 лaрдa лимбгa яқин узунлиги 5 мм бўлгaн чaндиқ бoр. Рaнгдoр пaрдa кaтa бўлмaгaн нуқсoни билaн бoғлиқ.Oлдинги кaмeрa ўртa чуқурликдa , нaм тиниқ.Рaнгдoр пaрдa тўқрoқ , ўнггa қaрaгaндa, қoрaчиқ aйлaнa 4мм, ёруғликкa рeaксияси сустрoқ. Гaвҳaр тeкис xирaлaшгaн, кулрaнг.Кўз туби рeфлeкси йўқ.Ўнг кўз ўзгaришсиз.

1. Тaxминий тaшxисингизни қўйинг?

2. Дaвoлaш

Жaвoб:

1. Пoсттрaвмaтик кaтaрaктa.

2. Xирургик

**Тeстлaр:**

1. Кaтaрaктa oпeрaциялaрини кўрсaтинг:

1. ИEК\*
2. EEК\*
3. ФEК\*
4. Склeрoплaстикa
5. Блeфaрoплaстикa
6. Гoниoпунктурa

2. Кaтaрaктa турлaрини кўрсaтинг ?

1. Ядрoли \*
2. Пoляр \*
3. Зoнуляр \*
4. Пaрeнxимaтoз
5. Қoрa
6. Судрaлувчи

3. Eтилмaгaн кaтaрaктa симптoмлaри:

1. Кўздa oғриқ \*
2. Димлaниш инйeксия \*
3. Қoрaчиқ oқ\*
4. Пeрикoрнeaл инйeксия
5. Ёруғликдaн қўрқиш
6. Йирингли aжрaлмa

4. Кўз oлди xирaлaшишини сaбaблaри :

* 1. Шox пaрдa xирaлaшиши \*
	2. Рeфрaксия aнoмaлияси \*
	3. Кaтaрaктa \*
	4. Пингвeкулa
	5. Блeфaрит
	6. Дaкриoсистит
1. Aсoрaтли кaтaрaктa сaбaби :
	1. Қaндли диaбeт \*
	2. Трaвмa \*
	3. Aвитaминoз \*
	4. Уйқусизлик
	5. Oғир жисмoний мeҳнaт
	6. Зўриқиб ўқиш

**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 y., 372 с.

6.Jack J. Kanski. /Clinical Ophthalmology. A systematic Approach./ “Butterworth Heineman”, Oxford, UK 2005 y., 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

13. M.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.ophthalmology.ru/articles/120\_html,www.nedug.ru/ophthalmology/34art -html www.eyenews.ru/html- 67,www.helmholthzeyeinstitute.ru/articles/1.2html

www.eyeworld.com/ophth.articles/html-89,www.scientific-vision.com/html-ophth

**№10 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 крсатиш

**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 олишии керак:***

1. Кўз олмаси тонусини аниқлаш (норма, ошиши, пасайиши)
2. Кўриш ўткирлигини аниқлаш
3. µорачиқларни 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 иҳтисослашган тиббий ёрдам беришга ката ёрдам берилиши лозим.

1. Фанлараро ва Фан ичида боғлиқлик

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

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 ваш 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.

µайси 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 ҳуружи.

**Назланинг ўткир хуружи**.

1. Субъектив белгилари- кўп вақт бошланиши мумкин: эрталабга яқин, эмоционал холатдан 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 оғриқ бўлиши

В) кўнгил айнаш

###### Г) қусиш

Д) баъзида ҳарорати ёки қон босмини кўтарилиши

Е) кўришнинг пасайиши.

1. 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- қовоқларида 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: Укув аудиторияси.

Зарур: Укитувчи ва талабалар.

Утказув вакти: 40 дакика.

Укитувчи:

"Бирламчи ва иккиламчи назла” хакидаги билимларни мустахкамлаш учун муаммони хал килиш усулидан фойдаланамиз.

Топширик мавзуси: “Уткир назла хуружи’’

Укитувчи:

3 кишидан иборат 3 гурухга булининг. Биринчи гурух ‘А’ иккинчиси-‘Б’ учинчиси ‘В’.

Талабалар гурухларга булинадилар.

Укитувчи:

Энди ‘А’,’Б’,’В’ гурухидаги хар бир талаба 1,2,3-нашр буйича булинадилар.

Укитувчи:

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

 Талабалар 1,2,3 гурухларни хосил киладилар.

Укитувчи:

1 гурухга топширик: уткир назла хуружи клиникаси:

2 гурухга топширик. Уткир назла хуружида биринчи ердам курсатиш.

3 гурухга топширик: уткир назла хуружини ихтисослашган офтальмологик клиникада даволаш.

Мухокама учун вакт-15 дакика

Талабалар берилган вакт давомида топширикни мухокама киладилар.

Укитувчи:

Вакт тугади. Энди 1,2,3 гурухлардан аввалги а,б,в гурухларга кайтинг ва уз гурухингизда 1-гурух талабалари “Уткир назла хуружи клиникаси”ни 2-гурух талабалари “уткир назла хуружида” биринчи ердам курсатишни 3-гурух талабалари “ихтисослашган офтальмологик клиникада уткир назла хуружини даволаш” хакида гапириб беринг.

Мухокама учун вакт-15 дакика.

“1”, “2”, “3” гурух талабалари, узгариши бошлангич “A”, “Б”, “В” гурухларига кайтадилар, 15 дакика давомида тахлил килинади.

Укитувчи:

–Вакт тугади. 1 гурухдан битта талаба назлани уткир хуружи клиникаси хакида бизга маълумот беринг, шу гурухдан 2та талаба уни жавобини тулдиринг.

1 гурухдаги битта талаба назлани уткир хуружи хакида маълумот беради, шу гурухдан 2та талаба жавобга кушимчалар киритади. Доклад вакти-5 дакика.

Укитувчи:

2 гурухдан битта талаба назлани уткир хуружида биринчи ердам хакида гапириб беради, шу гурухдан 2та талаба жавобни тулдиради. 2 гурухдан талаба назлани уткир хуружида биринчи ердам хакида маълумот беради, колган 2та талаба жавобга кушимча киритилади. Доклад ва жавобга тулдириш киритиш вакти-5 дакика.

Укитувчи:

3 гурухдан битта талаба назлани уткир хуружини ихтисослашган офтальмологик клиникададаволаш хакида гапириб беради, шу гурухдан 2та талаба тулдириш киритади. 3 гурухдан битта талаба назлани уткир хуружини ихтисослашган офтальмологик клиникада даволаш хакида маълумот беради, колган 2та талаба кушимчалар киритади –5 дакика мобайинида.

Доклад вакти –15 дакика.

Докладни тахлил килиш ва тулдириш киритишда “а”, “б”, “в” ва “1”, “2”, “3” гурух талабалари катнашиши мумкин.

Укитувчи жавоб натижаларини бахолаб, узи кушимчалар киритади.

“Назла” мавзуси буйича “Кор учкуни услуби”.

Утказув жойи:

Укув хонаси.

Керак:

Укитувчи, талабалар, доска, мел

Утказиш вакти:

20 дакика

Укитувчи:

Назла уткир хуружи клиникасини мустахкамлаш учун назла уткир хуружи дифференциал диагностикаси ва уткир иридоциклит мавзулари услубида тахлил киламиз.

Масалани тахлил килиш учун 2та гурухга булининг.

Талабалар 1 ва 2 гурухларига булинади.

Укитувчи доскани 2га булади ва 1, 2 гурухларини езади. Топширикни тушунтиради.

Укитувчи:

2та гурухда биттадан талаба навбатма-навбат назла уткир хуружи клиникаси, дифференциал диагностикаси ва иридоциклит уткир хуружи клиникаси ва диф. диагностикаси айтади. Жавоб тугри булса шу гурухга 1 еки 2 кор парчаси куринишида белгилайман.

Иккала гурухда талаба назла уткир хуружи ва уткир иридоциклит дифферинциал диагностика мезонларини купрок тугри жавоблар туплаш максадида 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 қараганда айланма пайдо бўлади. Объектив кўрганда КИБ 35 мм. сим. уст. Пилокарпин 1% эритмасини 3 маҳал томизилганига қарамасдан кўз фаолиятлари ёмонлашди, кўриш ўткирлиги 0,6 тўғирланмайди. Кўрув майдони 20о 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

1. 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

1. 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

µатъий 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 намойиш 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 намойиш 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 инфильтратлар пайдо бўлиши, атрофик рангдор парда манзараси кенг, ҳаракатсиз қорачиқ, хира гавҳарлар намойиши 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 галма-галдан 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 |
|  | **ЖАМИ:** | 0 | 100 |

**АМАЛИЙ КЎНИКМА №11**

**КЎРУВ МАЙДОНИНИ ТАҲМИНИЙ АНИҚЛАШ**

**Мақсад:** кўрув майдонини субъектив аниқлаш

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

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| № | Бажариш босқичлари | Бажарилмади(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 қўлидаги кўрсаткич объект ўнг, чап, юқори ва пастги томонидан аста секин марказ томонга яқинлаштириб кўрсатилади. Бемор фақат шифокорга қараб туради. | 0 | 20 |
| 4 | Бемор объектни аниқлагант 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 |
|  | **ЖАЪМИ:** | 0 | 100 |

**10. Назорат учун саволлар**

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

**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 y., 372 с.

6.Jack J. Kanski. /Clinical Ophthalmology. A systematic Approach./ “Butterworth Heineman”, Oxford, UK 2005 y., 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 ophthflmology”, Egypt,1994., 497 б.

14. Нестеров А.П. “Глаукома” 1995 г, 168 б.

15. Интернет маълумотлари куйидаги сайтлардан олинди: [www.ophthalmology.ru/articles/120\_html](http://www.ophthalmology.ru/articles/120_html),[www.nedug.ru/ophthalmology/34art -html](http://www.nedug.ru/ophthalmology/34art-html) [www.eyenews.ru/html- 67](http://www.eyenews.ru/html-%2067),[www.helmholthzeyeinstitute.ru/articles/1.2html](http://www.helmholthzeyeinstitute.ru/articles/1.2html)

[www.eyeworld.com/ophth.articles/html-89](http://www.eyeworld.com/ophth.articles/html-89),[www.scientific-vision.com/html-ophth](http://www.scientific-vision.com/html-ophth)

**№12 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:***

1. Ўтмас жароҳатлар клиникаси ва даволаш усулларини (контузиялар)
2. Тешиб ўтувчи жароҳатлар клиникасини, асоратларини, даволаш ва профилактикасини
3. Термик ва кимёвий куйишларни клиник белгиларини ва биринчи тиббий ёрдамни.
4. Симпатик яллиғланишни белгилари ва профилактикасини
5. Эндофтальмит ва панофтальмитда УАШ тактикаси ва клиникасини.

 ***Талаба қила олишии керак:***

1. Шох парда сезгирлигини аниқлаш
2. Шох парда юза ет жисмларини олиб ташлаш
3. Пастки ва тепа қовоқ аъғдариш
4. Кўз олмаси ҳаракатчанлигини аниқлаш
5. Кўз олди қисмини ён бошдан ёритиб тешириш
6. 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 ҳўжаликда, 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.

µандай 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 хозирги вақтда офтальмологиянинг асосий муаммоларидан ҳисобланади.

Классификацияси: яраланиш, контузия, куйиш.

Жароҳатланиш

Белгилари: 1. µовоқ ва ёш аъзолариники.

2. Кўз олмасини юза

чуқур ёт жисмбилан

ёт жисмсиз

а) шох пардани

б) лимбани

в) склерани

3. Куйиш: 1 «даражали»

II «даражали»

III «даражали»

IV «даражали**»**

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

Куйганда биринчи ёрдам: конъюнктива бўшлиғини сув билан ювиш, оҳак парчаларини олиб ташлаш, дезинфекцияловчи томчи ва мазь тайинлаш. II-Ivдаражали куйган беморлар шифохонага ётқизилиб, 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 жарохатланиши”

Ўказув жойи: аудитория, ўқув хонаси

Зарур:

Укитувчи, талабалар, номерланган топшириклар, езилган варакалар, ручкалар.

Утказув вакти: 40 дакика

Укитувчи:

Куз жарохатидан сунги асоратлари хакидаги билимларни мустахкамлаш учун ротация усулида симпатик яллигланищ мавзусини куриб чикамиз. Бунинг учун сиз 3 кишидан иборат 3 гурухга булинишингиз керак. (1, 2, 3 гурух).

Укитувчи:

Биринчи гурухга 1-топширик: симпатик яллигланишнинг клиник белгилари. Жавобни езма равишда тайерланг. Укитувчи 1-гурухга топширик езилган варакни беради.

Укитувчи:

Иккинчи гурухга 2-топширик: симпатик яллигланишнинг даволаш. Жавобни езма равишда тайерланг. Укитувчи 2-гурухга топширик езилган варакни беради.

Укитувчи:

Учинчи гурухга 3-топширик: симпатик яллигланиш профилактикаси. Жавобни езма равишда тайерланг. Укитувчи 3-гурухга топширик езилган варакни беради.

Укитувчи:

Хар бир топширикни мухокама килиш ва езишга гурухларга 10 дакикадан вакт берилади.

Талабалар топширикларни мухокама килиб, уз жавоб вариантларини езадилар.

Укитувчи:

Вакт тугади. Энди гурухлар узаро топширикларингизни алмаштиринг. Олдини гурух томонидан езилган жавобларни тулдиринг ва хатоларини тугирланг. Мухокама учун вакт –10 дакика.

Гурухлар узаро топширикларни алмаштирадилар ва олдргни гурух томонидан езилган жавобларни 10 дакика давомида мухокама килиб, уз кушимчаларини кушадилар.

Укитувчи:

Вакт тугади. Сизлардан яна бир марта бошка гурухлар билан узаро топширик алмаштириб, берилган жавобларни тулдириб, хатоларни тугирлашингизни сурайман. Мухокама учун вакт – 10 дакика.

Укитувчи:

Вакт тугади. Энди 1-гурух, 1-топширикни кайтиб олади 2-гурух, 2-топширикни, 3-гурух, 3-топширикни. 1-гурух талабаси 1-топширикка тайерлаган жавоб вариантингизни укинг.

1-гурух талабаси 1-топширикка тайерлаган жавоб вариантини айтиб беради.

Укитувчи:

2 ва 3-гурух талабалари берилган жавобга кушимча нима дейсиз?

2 ва 3-гурух талабалари жавобни тулдирадилар.

Укитувчи:

1 ва 3-гурух талабалари берилган топширик жавобларини тулдиринг. Тулдирадилар.

Укитувчи:

2-гурух талабаси 2-топширикка тайерланган жавоб вариантингизни укинг. Укийди.

Укитувчи

3-гурух талабаси 3-топширикка тайерлаган жавоб вариантингизни 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:**

1. Бемор 55 ёшда тош билан ўнг кўзига жароҳат олган. Стационарга келганда: юқори терисида қизариш, 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: µовоқнинг 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.

1. Бемор 35 ёшда, инженер, бир йил илгари чап кўзи жароҳатланишижароҳатланиб шифохонада даволанган. Икки ой илгари шу кўз билан кўрмай қолган. Кўрилганда: ўнг кўз соғлом, кўз олмасини олдинги қисми ўзгаришсиз. µорачиқ 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

1. 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 қўрқиш, 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 харакатлантирувчи мушакларни харакатини аниқлаш

**Махсусмосламалар:** ручка, калам ёки бошка объект

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| № | Бажариш босқичлари | Бажарилмади(0 балл) | Тўлиқ тўғри бажарди |
| 1 | Касал шифокорга қарома қарши холатда 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 харакатларда қайси бир кўз олмасини орқада қолиши шу кўз мушак аппаратини дисбалансини билдиради | 0 | 20 |
|  | **ЖАМИ:** | 0 | 100 |

**10. Назорат учун саволлар**

1. Кўрув аъзоларининг ўтмас жароҳатланишининг (контузии), ташҳис қўйиш, белгилари, давола.
2. Кўз олмасининг юзаки ва ўткир чуқур жарохатланиши (белгилари, асоратлари, даволаш, олдини олиш)?
3. Кўрув аъзоларининг термик ва кимёвий моддалар и билан куйиши (белгилари, асорати, даволаш ва олдини олиш)?
4. Симпатик яллиғланиш, сабаблари, белгилари, даволаш ва олдини олиш.
5. Ўткир ҳуружли назлани ўткир иридоциклитдан қандай ташҳислаш керак?
6. Эндофтальмит ва панофтальмит (сабаблари, белгилари оқибати даволаш ва олдини олиш)?
7. Орбита ичидаги ёт жисмларининг «Rg» - локализацияси?
8. **Кўз олмаси орқа қисмининг ўтмас ва кириб ўтувчи жароҳатлари клиникаси ва даволаниш?**
9. **Орбита ва ёрдамчи аппарат жароҳатлари**
10. **Жароҳатларнинг профилактикаси**
11. **Адабиётлар рўйҳати:**

 **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 y., 372 с.

6.Jack J. Kanski. /Clinical Ophthalmology. A systematic Approach./ “Butterworth Heineman”, Oxford, UK 2005 y., 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 ophthflmology”, Egypt,1994., 497 б.

14. Нестеров А.П. “Глаукома” 1995 г, 168 б.

15. Интернет маълумотлари куйидаги сайтлардан олинди: [www.ophthalmology.ru/articles/120\_html](http://www.ophthalmology.ru/articles/120_html),[www.nedug.ru/ophthalmology/34art -html](http://www.nedug.ru/ophthalmology/34art-html) [www.eyenews.ru/html- 67](http://www.eyenews.ru/html-%2067),[www.helmholthzeyeinstitute.ru/articles/1.2html](http://www.helmholthzeyeinstitute.ru/articles/1.2html)

[www.eyeworld.com/ophth.articles/html-89](http://www.eyeworld.com/ophth.articles/html-89),[www.scientific-vision.com/html-ophth](http://www.scientific-vision.com/html-ophth)

**Мустақил таълим машғулоти**

**5-курс даволаш, тиббий-профилактика ва тиббий-педагогика факультети талабалари учун мустакил 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. Умумуй касалликларда курув аъзосининг узгариши
8. Шошилинч 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 холда қуйидаги 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;
* квалификацион амалимёт ўтаётган вақтда мутахассислар раҳбарлигида янги техника ва асбобларни, илмий технология ва жараёнларни ўрганиш;
* илмий мақола, анжуманга маъруза тезисларини тайёрлаш.

Ўқитилаётган фаннинг хусусиятларидан келиб чиқан холда, талаба мустақил ишини ташкил этишда бошқа шакллардан ҳам фойдаланилиши мумкин.

1. Ўқув фанлари бўйича намунавий ва ишчи дастурларда талаба мустақил ишининг шакли, мазмуни ва қажми ифода этилади.
2. 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.
3. 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 хамда кафедра мудири томонидан тасдиқанади. 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 мудири ва тегишли факультет декани такдимномаси асосида олий таълим муассасаси рахбарияти 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 рахбарияти 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 бахолаш**

1. Хар 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 рахбарлик 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 бахоланади ва натижаси фан бўйича талабанинг умумий рейтингига киритилади.
5. Талабанинг рейтинг кўрсаткичлари, шу жумладан мустақил иши бўйича, анъанавий гурух рейтинг ойнасида ва (ёки) факультетнинг махсус электрон тармоғида ёритиб борилади.
6. Талаба мустақил ишини назорат қилиш турлари ва уни бахолаш мезонлари тегишли кафедра томонидан белгиланади ва факультет Илмий кенгашида тасдиқланади. Мустақил ишларни бахолаш 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 гурухларида, 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**

1. Сидоренко Е.И. «Офтальмология», М. 2003г.
2. Капаева Л.А. «Глазные болезни», М. 2002 г.
3. Жек Каннский «Офтальмология», 2005г.
4. Ерошевский Т.И., Бочкарева А.И. «Глазные болезни», 1989г.
5. Ковалевский Е.И. «Глазные болезни» 1995 г.
6. Хамидова М.Х. «Куз касалликлари», 1996 й.
7. Федоров С.Н.и др. «Глазные болезни» М. 2000г.

**Кўшимча**

1. ВодовозовА.М “Световые рефлексы глазного дна”, Атлас, Москва,“Медицина”, 1980 г.
2. Ченцова О.Б. «Туберкулез глаз». М.Медицина 1990г.
3. Астахов Ю.С. «Глазные болезни», справочное пособие, 2004
4. Егоров Е.А., Муратова Н.В. “Аллергические заболевания глаз” Справочное руководство, Москва 1998 г.
5. Калинин А.П. и др Офтальмоэндокринология.. М.Медичина. 1998г.
6. Ковалевский Е.И. “Руководства к практическим занятиям по детской офтальмологии”,1983 г.
7. Ковалевский Е.И., “Глазные болезни”, Атлас, Москва, “Медицина” 1985 г.
8. Нестеров А.П. “Глаукома” 1995 г
9. M.N.Emerah, “Fundamentals of ophthflmology”, Egypt,1994.

 D.John Bullock and all, “Update on General Medicine”, USA, 1996-1997.