

O'zbekiston Respublikasi
Sog'liqni saqlash vazirining
2025 yil "23" iyundagi
180-sonli buyrug'iga
ilova

**O'ZBEKISTON RESPUBLIKASI SOG'LIQNI SAQLASH VAZIRLIGI
RESPUBLIKA IXTISOSLASHTIRILGAN KO'Z MIKROXIRURGIYASI
ILMIY-AMALIY TIBBIYOT MARKAZI**

**«KATARAKTA»
NOZOLOGIYASI BO`YICHA MILLIY
KLINIK PROTOKOLI**

TOSHKENT – 2025 yil

"TASDIQLAYMAN"

**Respublika ixtisoslashtirilgan
ko'z mikroxirurgiyasi ilmiy-amaliy
tibbiyot markazi
direktori
A.F. Yusupov**



2025yil

**«KATARAKTA»
NOZOLOGIYASI BO'YICHA MILLIY KLINIK
PROTOKOL**

TOSHKENT - 2025 yil

**«KATARAKTA»
NOZOLOGIYASINING TASHXISLASH VA DAVOLASH
MILLIY KLINIK PROTOKOLI**

TOSHKENT - 2025 yil

1. Kirish qism

Katarakta - bu gavhar shaffofligini qisman yoki to'liq buzilishi bilan tavsiflangan kasallik bo'lib, u dunyoda qayta tiklanadigan ko'rlik va ko'rishning pastligining asosiy sabablaridan biri bo'lib, 40 yosh va undan katta yoshdagi har oltinchi odamda uchraydi.

Mazkur tashxis/nozologiya bo'yicha protokolning foydalanuvchilari:

1. oftalmologlar,
2. Terapevt - shifokorlar,
3. pediatrlar,
4. neonatologlar,
5. umumiy amaliyot shifokorlari (oilaviy shifokorlar),
6. paramediklar,
7. klinik farmakologlar;
8. talabalar, rezidentlar, aspirantlar, tibbiyot universitetlari o'qituvchilari

Bemorlar toifasi: Katarakta bo'lgan kattalar va bolalar.

Mazkur klinik protokol va standartlar O'zbekiston Respublikasi Sog'liqni saqlash vazir o'rinbosari Basitxanova E.I, Tibbiy sug'urta boshqarmasi boshlig'i Sh. Almardanov, klinik protokollar va standartlarni ishlab chiqish va joriy etish bo'limi boshlig'i Sh.R. Nurimova boshchiligida, Klinik protokollar va standartlarni ishlab chiqish va joriy etish bo'limi bosh mutaxassisi G.Djumayeva, yetakchi mutaxassisi N.Raximova tomonidan tashkiliy va uslubiy ko'magi asosida ishlab chiqilgan.

Kodlar XKT-10:

XKT-10 https://mkb-10.com/index.php?pid=12105	
H25.0	Boshlang'ich qarilik kataraktasi
H25.1	Qarilik yadroviy kataraktasi
Ishlab chiqish sanasi	27.02.2025
Rejalashtirilgan yangilash sanasi	Keyingi takroriy ko'rib chiqish 2029 yilga rejalashtirilgan yoki asos bo'ladigan yangi dalillar paydo bo'lganda

Kodlar XKT-11:

XKT-11 https://icd.who.int/ct/icd11_mms/ru/release	
9B10	Katarakta
Ishlab chiqish sanasi	29.05.2025
Rejalashtirilgan yangilash sanasi	Keyingi takroriy ko'rib chiqish 2028 yilga rejalashtirilgan yoki asos bo'ladigan yangi dalillar paydo bo'lganda

Protokolni ishlab chiqish va qayta ko'rib chiqish sanasi: 2025 yil, qayta ko'rib chiqish sanasi 2028 yil yoki yangi asosiy dalillar mavjud bo'lganda. Taqdim etilgan tavsiyalarga kiritilgan barcha o'zgartirishlar tegishli hujjatlarda e'lon qilinadi.;

Ushbu klinik protokol va standartni ishlab chiqish uchun mas'ul muassasalar:

Respublika ixtisoslashtirilgan ko'z mikroxirurgiyasi ilmiy-amaliy tibbiyot markazi – **RIKMIATM**

Klinik protokol va standartlarni ishlab chiqishda hissa qo'shganlar:

Ishchi guruh rahbari:

1. Yusupov Azamat Farxadovich	Tibbiyot fanlari doktori, Respublika ixtisoslashtirilgan mikroxirurgiyasi ilmiy-amaliy tibbiyot markazi (RIKMIATM) direktori, O'zbekiston Respublikasi Sog'liqni saqlash vazirligining bosh oftalmologi
--------------------------------------	---

Mas'ul ijrochilar:

2.	Rozukulov Vaxid Ubaydullaevich	RIKMIATM, Davolash ishi buyicha direktor o‘rinbosari, Tibbiyot fanlar nomzodi
3.	Savranova Tatyana Nikolaevna	RIKMIATM, tibbiyot fanlar nomzodi
4.	Asadov Diyor Alisherovich	RIKMIATM, bo‘lim mudiri

Taqrizchilar:

1.	Gavrilova Tatyana Valeryevna	E.A. Vagner nomidagi Perm davlat tibbiyot universiteti oftalmologiya kafedrasini mudiri, tibbiyot fanlari doktori, professor, Rossiya Fanlar Akademiyasining muxbir a‘zosi
2.	Zaxidov Ulugbek Basitovich	“Vizuveks Medikal Senter” xususiy klinikasi direktori, tibbiyot fanlari doktori

Dalillarning isbotlanganlik darajasini baholash shkalasi (tashxislash aralashuvlari uchun)

Dalillarning isbotlanganlik darajasi	
1	Referens usul yordamida nazorat ostida o‘tkazilgan tadqiqotlarning tizimli sharhlari yoki meta-tahlil yordamida randomizatsiyalangan klinik tadqiqotlarni tizimli sharhi
2	Referens usul nazorati bilan o‘tkazilgan ayrim tadqiqotlar yoki ayrim randomizatsiyalangan klinik tadqiqotlar va har qanday dizayndagi tadqiqotlarni tizimli ravishda ko‘rib chiqilishi, meta-tahlil yordamida randomizatsiyalangan klinik tadqiqotlarni tizimli ravishda ko‘rib chiqilishi bundan mustasno
3	Referens usul yordamida izchil nazoratsiz yoki o‘rganilayotgan usuldan mustaqil bo‘lmagan referens usul yordamida o‘tkazilgan tadqiqotlar yoki randomizatsiyalanmagan qiyosiy tadqiqotlar, shu jumladan, kogortli tadqiqotlar
4	Qiyoslanmagan tadqiqotlar, klinik holat tavsifi
5	Muolajaning ta'sir mexanizmi asoslari yoki ekspertlar xulosasi

Dalillarning isbotlanganlik darajasini baholash shkalasi (profilaktika, davolash va rehabilitatsion tadbirlar uchun)

	Dalillarning isbotlanganlik darajasi
--	---

1	Meta-tahlil yordamida ma'lumotnoma nazorati ostidagi tadqiqotlarni tizimli ko'rib chiqish yoki tasodifiy klinik tadqiqotlarni tizimli ko'rib chiqish
2	Individual ma'lumotnoma - nazorat ostida bo'lgan tadqiqotlar yoki individual tasodifiy klinik sinovlar va meta-tahlil yordamida tasodifiy klinik sinovlardan tashqari har qanday dizayndagi tadqiqotlarni tizimli ko'rib chiqish
3	Ma'lumot usuli bo'yicha ketma-ket nazoratsiz tadqiqotlar yoki o'rganilayotgan usuldan mustaqil bo'lmagan mos yozuvlar usuli bilan tadqiqotlar yoki tasodifiy bo'lmagan qiyosiy tadqiqotlar,
4	Qiyosiy bo'lmagan tadqiqotlar, klinik holat hisoboti
5	Harakat mexanizmi yoki ekspert xulosasi uchun faqat mantiqiy asos Mavjud

Tavsiyalarning ishonchlilik darajasini baholash shkalasi

Tavsiyalarning ishonchlilik darajasi	
A	Kuchli tavsiya (barcha ko'rib chiqilgan samaradorlik mezonlari (natijalar) muhim o'rinni egallaydi, barcha tadqiqotlarning metodologik sifati yuqori yoki qoniqarli va qiziqtirayotgan natijalar bo'yicha xulosalari kelishilgan)
B	Shartli tavsiya (ayrim ko'rib chiqilgan samaradorlik mezonlari (natijalar) muhim o'rinni egallaydi, ayrim tadqiqotlarning metodologik sifati yuqori yoki qoniqarli va/yoki qiziqtirayotgan natijalar bo'yicha xulosalari kelishilmagan)
C	Kuchsiz tavsiya (sifatli dalillar keltirilmagan, ko'rib chiqilgan samaradorlik mezonlari, natijalar) muhim o'rinni egallamaydi, barcha tadqiqotlarning metodologik sifati past va qiziqtirayotgan natijalar bo'yicha xulosalari kelishilmagan

TAVSIYALAR SINFLARINI BAHOLASH SHKALASI

Sinf	TA'RIFI	TALQINI
I	Muayyan davolash / test / muolaja / aralashuv usullari foydali va samarali ekanligi isbotlangan yoki umumiy qabul qilingan VA potentsial foyda potentsial xavfdan aniq va sezilarli darajada ustundir.	Tavsiya etilgan
II	Muayyan davolash / test / muolaja / aralashuvning foyda / samaradorligiga zid ma'lumotlar va/yoki fikrlash tafovuti YoKI foyda/xavf muvozanatiga oid noaniqlik.	Maqsadga muvofiq

IIa	Aksariyat ma'lumotlar/fikrlar foydasi/samaradorligini ko'rsatadi.	
IIb	Ma'lumotlar/fikrlar foydasi/samaradorligi haqida uncha aniq ishonarli emas.	O'ta ehtiyotkorlik

		bilan
III	Muayyan davolash/test/muolaja/aralashuv foydali/samarali EMAS yoki potentsial xavf potentsial foydadan ustun ekanligi haqidagi ma'lumotlar yoki yagona fikr.	Foydalanish TAVSIYA ETILMAY DI

DALILLARNI ANIQLIK DARAJASINI BAHOLASH SHKALASI

	TA'RIFI	TALQINI
A	Agar dalillarning kuchi yuqori bo'lsa va tadqiqotlarning muhim kamchiliklari bo'lmasa, ko'p sonli randomizatsiyalangan klinik tadqiqotlar (RKT) yoki meta-tahlillardan olingan ma'lumotlar, bitta RKT ma'lumotlari yetarli.	Dalillar darajasi kuchli. Kelajakda qilinadigan tadqiqotlar baholash natijasini/ta'sirini sezilarli darajada o'zgartirishi dargumon
B	Ma'lumotlar RKT natijalaridan olingan, ammo kamchiliklar bilan; sezilarli kamchiliklarsiz kardiovaskulyar natijalar bilan observatsion tadqiqotlar; yuqorida sanab o'tilgan tadqiqotlar bilan meta-tahlillar.	Dalillar darajasi o'rtacha. Kelajakdagi tadqiqotlar tadqiqot natijalarining magnitudasi va ta'sirini o'zgartirishi mumkin
C	Muhim kamchiliklar bilan va qattiq yakuniy nuqtalarsiz observatsion tadqiqotlar. Ekspertlar mulohazalarining kelishishi.	Dalillar bazasi zaif. Kelajakda tadqiqotlar kerak

Mundarija

«KATARAKTA» NOZOLOGIYASINING TASHXISLASH VA DAVOLASH MILLIY KLINIK PROTOKOLI - 5 BET

«KATARAKTA » NOZOLOGIYASI BO'YICHA TIBBIY ARALASHUVI MILLIY KLINIK PROTOKOLI - 26 BET

«KATARAKTA» NOZOLOGIYASING PROFILAKTIKA VA REABILIATSIYA BO'YICHA MILLIY KLINIK PROTOKOLI - 32 BET

Qisqartmalar royxati:

EFT – elektrtofiziologik tekshiruv
IOL – intraokulyar linza
KIX – kapsula ichi xalqasi
OKT – optik kogerent tomografiya
UBM – ultratovush biomikroskopiya

2 Asosiy qism.

2.1 Kirish: Katarakta - bu gavhar shaffofligini qisman yoki to'liq buzilishi bilan tavsiflangan kasallik bo'lib, u dunyoda qayta tiklanadigan ko'rlik va ko'rishning pastligining asosiy sabablaridan biri bo'lib, 40 yosh va undan katta yoshdagi har oltinchi odamda uchraydi. 1980 yildan 2020 yilgacha rivojlangan mamlakatlarda keksalar sonining kutilayotgan o'sishi 186 foizni, rivojlanayotgan mamlakatlarda esa 356 foizni tashkil etadi. JSST ma'lumotlariga ko'ra, 2025 yilga kelib, 60 yoshli 50 millionga yaqin odam turli darajadagi etuklikdagi kataraktaga ega bo'ladi. Ulardan 17 millionga yaqini katarakt operatsiyasini talab qiladi

<https://eyepress.ru/chapter/epidemiologiya-katarakty>

2.1. Ta'rif: Katarakta bu - ko'z gavhari kapsulasi yoki moddasining har qanday tug'ma yoki orttirilgan xiralashishi va buning natijasidagi uning optik xususiyatlarining yomonlashuvi [1].

2.2. Klinik tasnifi

Vujudga kelgan vaqtga ko'ra:

- tug'ma;
- orttirilgan.

Kelib chiqishi bo'yicha:

- tug'ma (homiladorlik davridagi, nasliy);
- yoshga oid;
- murakkab (ba'zi ko'z kasalliklari, organizmning umumiy kasalliklari, ba'zi dori-darmonlarni uzoq muddat iste'mol qilishning noju'ya ta'siri yoki ayrim fizikaviy yoki kimyoviy omillarning ta'siri natijasida kelib chiqadi);
- travmatik (ko'zning to'mtoq yoki penetratsion shikastlanishi natijasida);
- ikkilamchi katarakta - Adamyuk-Elshnig xujaylari optik zonaga ko'chishi, gavharning orqa kapsulasi fibrozi natijasida rivojlanadigan katarakta jarrohligining kech asoratlari.

Joylashuvi bo'yicha:

- yadroviy;
- kortikal;
- zonulyar;
- subkapsulyar;
- kapsulali (old, orqa);
- to'liq.

Bosqich bo'yicha (yoshga bog'liq katarakta):

- boshlang'ich;
- etilmagan;
- etilgan;
- pishib o'tib ketgan (Morganiy kataraktasi) [2].

Shishma katarakta **alohida tavsiflanadi** - gavhar moddasining haddan tashqari suvlanishi, ikkilamchi fakomorfik glaukomaning paydo bo'lishi bilan kechadigan o'tkir kasallik.

Tashxis qo'yish va davolash usullari, yondashuvlari va muolajalari.

Diagnostika mezonlari

3.1 Shikoyat va anamnez:

- korrektsiyasiz va korrektsiya bilan ko‘rish progressiv pasayishi,
- ko‘z oldida parda,
- buyumlar shaklining buzilishi,
- refraktsiyaning o‘zgarishi,
- rang ajratish yomonlashishi,
- stereoskopik va binokulyar ko‘rishning buzilishi [3,4].
- shishli katarakta davrida ko‘zdagi o‘tkir kuchli og‘riq boshning tegishli yarmida aks etishi holati.

5C	Tashxisni tekshirish va davolash taktikasini tanlashga ta'sir qilishi mumkin bo'lgan omillarni aniqlash uchun barcha bemorlarning shikoyatlari va anamnezini diqqat bilan to'plash tavsiya etiladi. https://eyepress.ru/chapter/katarakta
----	--

3.2 Jismoniy tekshiruv: yo‘q.

3.3 Laboratoriya tadqiqotlari: yo‘q.

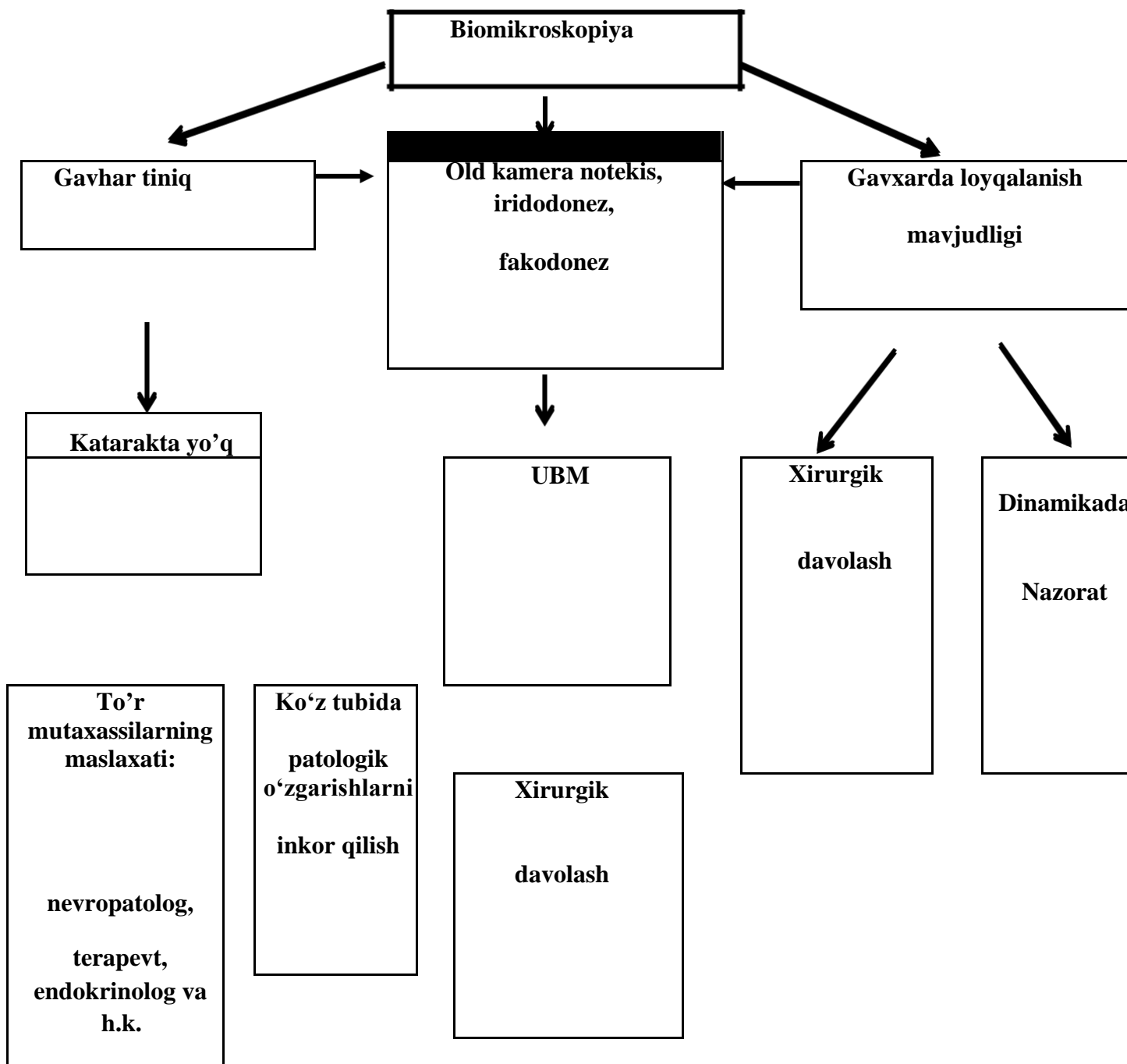
3.4 Instrumental tadqiqotlar:

- vizometriya: korrektsiyasiz va/yoki korrektsiya bilan ko‘rish keskinligining pasayishi [5];
- biomikroskopiya: ko‘zning oldingi qismida distrofik o‘zgarishlarning mavjudligi, har xil intensivlikdagi ko‘z gavharining xiralashishi. Katarakta shishi bilan birga ko‘z olmasi in'eksiyasi, shox parda shishishi, sayoz old kamera bo‘lishi mumkin;
- oftalmoskopiya: xiralashganlik intensivligiga qarab, ko‘z tubini tekshirish ilojsiz bo‘lishi mumkin [6];
- gonioskopiya: old kameraning xususiyatlari va gavhar qalinligiga qarab, old kameraning burchagi ochilishining har xil darajalari;
- perimetriya: me'yor darajasidan ortmagan miqdorda yo‘ldosh ko‘z tubi patologiyasi bo‘lmasa;
- tonometriya: yo‘ldosh patologiya (glaukoma) bo‘lmagandagi me'yor darajasida. Katarakta shishishi holatida - oftalmotonus yuqorilashi;
- A-B skanerlash: exografik ko‘rsatkichlar, agar yo‘ldosh patologiya bo‘lmasa, patologik exo signallari yo‘q holida;
- EFT: natijalar to‘r pardaning va optik nervning funktsional holatiga bog‘liq;
- spektral endotelial mikroskopiya va paximetriya: 1 mm², da endotelial hujayralar soni (shox pardaning ichki qatlami - endotelii), shoxparda qalinligi;
- retinaning morfometrik tahlili: ko‘z tubi tuzilmalarining morfometrik parametrlari;
- ultratovush biomikroskopiya: old segmentning anatomik va topografik xususiyatlari (qalin ko‘z gavhari, ko‘z gavhari holati, old kamera burchagi xususiyatlari, orqa kameraning holati, zonulyar bog‘lamalarning holati va boshqalar).

Tavsiyaning kuchi: C (dalillar darajasi: 5).

3.5 Katarakta uchun diagnostika algoritmi:

Ko'rish qobiliyatining pasayishi, korreksiyasiz va korreksiya bilan ko'rish keskinligining asta-sekin pasayishi, loyqa ko'rish, obyektlar shaklining buzilishi, refraksiyaning o'zgarishi, ranglar ajratish yomonlashishi, stereoskopik va binokulyar ko'rishning buzilishi:



3.6 Differentsial diagnostika va qo‘shimcha tadqiqotlarni asoslash:

Tashxis	Differentsial tashxislash uchun asos	Tadqiqotlar	Tashxisni mustasno qilish omillari
Mikrofakiya	Ko‘rish qobiliyati pastligi haqida shikoyatlar, biomikroskopiya natijasiga ko‘ra chuqur old kamera, iridodonez	Biomikroskopiya, exobiometriya, B- skan, molekulyar- genetik tahlil	Biomikroskopiya ko‘ra kichik diametrli ko‘z gavhari. Exobiometriya, B-skan: exosignal gavhar ortida, ammo gavhar diametri me'yordagiga nisbatan kichikroq. Oilaviy-irsiy tabiatga ega tug‘ma anomaliya. U Lowe (okulotsereborenal) sindromi bilan birga kechishi mumkin, bunda ko‘z gavhari ham kichik, ham disk shakliga ega [20].
Mikro-sferofakiya	Ko‘rish qobiliyati pastligi haqida shikoyatlar, biomikroskopiya natijasiga ko‘ra chuqur old kamera, iridodonez	Biomikroskopiya, exobiometriya, B- skan, molekulyar- genetik tahlil	Biomikroskopiya ko‘ra: ko‘z gavhari kichik diametrli va sferik shaklda. Exobiometriya, B- skan: exosignal ko‘z gavhari ortida, lekin ko‘z gavharining diametri me'yordagiga nisbatan kichikroq. Oilaviy (dominant), yo‘ldosh tizimli kasalliklar mavjud emas [20].
Marfan sindromi	Ko‘rish qobiliyati pastligi haqida shikoyatlar, biomikroskopiya natijasiga ko‘ra chuqur old kamera, iridodonez	Marfan sindromi diagnostikasi oilaviy tarixga, bemorda fizik tekshiruv natijalariga ko‘ra tipik diagnostik belgilar mavjudligiga, EKG va ExoKG, oftalmologik (biomikroskopiya, exobiometriya, B-skan) va rentgen tekshiruvi, molekulyar genetik tahlil va laboratoriya tekshiruvlariga asoslangan.	Biriktiruvchi to‘qimalarning asosan skelet-harakatlanish tizimi, ko‘zlar, yurak-qon tomir tizimlarini zararlash bilan kechadigan autosom dominant kasalligi. Biomikroskopiya ko‘ra: ikki tomonlama ko‘z gavhari ektopiyasi 80% hollarda topiladi. Sublyuksatsiya odatda chakakning yuqori qismida joylashadi, ammo u har qanday meridianda bo‘lishi mumkin. Exobiometriya va B-skanga ko‘ra: o‘rnidan siljigan ko‘z gavhariga xos aks-sado. Ko‘z

			gavhari mikrosferofakiya holatida bo'lishi mumkin
Weill-Marchesani sindromi	Ko'rish qobiliyati pastligi haqida shikoyatlar, biomikroskopiya natijasiga ko'ra chuqur old kamera, iridodonez	Diagnostika oilaviy tarixga, bemorda fizik tekshiruv natijalariga ko'ra tipik diagnostik belgilar mavjudligiga, EKG va ExoKG, oftalmik (biomikroskopiya, exobiometriya, B-skan) va rentgen tekshiruv, molekulyar genetik tahlil va laboratoriya tekshiruvlariga asoslangan.	Biriktiruvchi to'qimaning noyob tizimli kasalligi. Marfan sindromining aksi o'laroq, o'sishning sustligi, harakatsiz bo'g'imlar va aqliy rivojlanishning sustligi bilan ajralib turadigan braxidaktiliya bilan sifatlanadi. Irsiyati autosom-dominant va autosom-retsessivdir. Biomikroskopiya: gavharning ektopiyasi ikki tomonlama, pastga qarab. Exobiometriya va B-skan: joyidan siljigan ko'z gavhari uchun xarakterli exo signal. O'smirlar orasida yoki hayotning 3-o'n kunligining boshida 50% hollarda uchraydi. [20].
Ko'z gavharining sublyuksatsiyasi	Ko'rish qobiliyati pastligi haqida shikoyatlar, biomikroskopiya natijasiga ko'ra chuqur old kamera, iridodonez	Ko'z gavhari sublyuksatsiyasi diagnostikasi to'ntoq travma tarixi, bemorda fizik tekshiruv natijalariga ko'ra tipik diagnostik belgilar mavjudligiga, EKG va ExoKG, oftalmologik (biomikroskopiya, exobiometriya, B-skan) va rentgen tekshiruv, molekulyar genetik tahlil va laboratoriya tekshiruvlariga asoslangan.	Biomikroskopiya natijasi: notekis old kamera, qorachiq chetlari bo'ylab cho'kmalar borligi, psevdoksfoliatsiya, iridodonez, fakodonez.
Ko'z gavharining shishasimon tanaga siljishi	Ko'rish qobiliyati pastligi haqida shikoyatlar, biomikroskopiya natijasiga ko'ra chuqur old kamera, iridodonez, gavhar mavjud emasligi	Biomikroskopiya, A- B skan	Exobiometriya, B-skan: chiqib qolgan gavhardan olingan exo signal shishasimon tananing turli qismlarida akslanadi

Tavsiyaning kuchi: C (dalillar darajasi: 5).

4 Ambulatoriya sharoitida davolash taktikasi: davolash taktikasi gavharning xiralashganlik darajasiga bog'liq. Ko'rish va dastlabki xiralashganlik biroz pasayganda, katarakta rivojlanishini sekinlashtirish uchun dinamikani kuzatish bilan birga dorilar vositalari bilan davolash mumkin. Agar jarrohlik davolash uchun ko'rsatmalar mavjud bo'lsa, kunduzgi stasionarga yoki 24 soatlik stasionarga yuboriladi.

4.1 Dori-darmonsiz davolash:

Rejim - III B.

Parhez - 15-stol (yo'ldosh kasallik bo'lmasa).

Ametropiyaning munosib korrektsiyasi.

4.2 Ambulator sharoitda dorilar vositasi bilan davolash kataraktaning boshlang'ich bosqichida uning rivojlanishini kamaytirish maqsadida, metabolik jarayonlarni rag'batlantiruvchi dorilarni tayinlash bilan amalga oshiriladi. Hamda operatsiyadan keyingi davrni yallig'lanishga qarshi va antibakterial dorilarni tayinlash bilan farmakologik qo'llab-quvvatlash maqsadida.

Muhim dori vositalari ro'yxati (ishlatilishi ehtimoli 100%)

Dori vositalari guruhi	Xalqaro patentlanmagan nomi LS	Qo'llash usuli	Ishonchlilik darajasi
Oftalmologiyada mahalliy qo'llash uchun glyukokortikoidlar	Deksametazon ko'z suspenziyasi 0,1%, 5 ml https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16396863/#:~:text=Low%2Ddose%20dexamethasone%20facilitates%20extubation%20among%20chronically%20ventilator%2Ddependent%20infants%3A%20a%20multicenter%2C%20international%2C%20randomized%2C%20controlled%20trial	Kon'yunktiva bo'shlig'iga instillyatsiya qilish, 14 kun davomida kuniga 3-5 marta 2 tomchidan	B
Oftalmologiyada mahalliy qo'llash uchun mikroblarga qarshi ftorxinolon guruhining preparati	Levofloksatsin ko'z tomchilari 0,5%, 5 ml https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35657073/#:~:text=doi%3A%2010.1177/17534666221099729.-,Two%2Dday%20versus%20seven%2Dday%20course%20of%20levofloxacin%20in%20acute%20COPD%20exacerbation%3	Kon'yunktiva bo'shlig'iga instillyatsiya qilish, 14 kun davomida kuniga 3-5 marta 2 tomchidan	B

	A%20a%20randomized%20controlled%20trial,- Salma%20Messous% C2%A0		
M-xolinolitik	Tropikamid ko‘z tomchilari 1%, 5ml https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29132914/#:~:text=Comparison%20of%20cyclopentolate%20versus%20tropicamide%20cycloplegia%3A%20A%20systematic%20review%20and%20meta%20analysis	Kon'yunktiva bo‘shlig‘iga instillyatsiya qilish, 3 - 14 kun davomida kuniga 3-5 marta 2 tomchidan	C
Tizimli foydalanish uchun glyukokortikoidlar	Deksametazon 0,4%, 1 ml https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16396863/#:~:text=Low%20dose%20dexamethasone%20facilitates%20extubation%20among%20chronically%20ventilator%20dependent%20infants%3A%20a%20multicenter%20C%20international%20C%20randomized%20C%20controlled%20trial	Subkon'yunktival, parabolbar, tomir ichiga yuborish	B
Mahalliy og‘riqsizlantirish vositasi	Proksimetakain ko‘z tomchilari 15 ml https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/37696782/ 1	Kon'yunktiva bo‘shlig‘iga instillyatsiyalar, kuniga 3-5 marta 2 tomchidan	B
Oftalmologiyada mahalliy qo‘llash uchun vosita	Alkain ko‘z tomchilari 0,5% https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/37696782/ 1	Kon'yunktiva bo‘shlig‘iga instillyatsiyalar, kuniga 3-5 marta 2 tomchidan	B

Qo'shimcha dori-darmonlarning ro'yxati (foydalanish ehtimoli 100% dan kam)

Dori vositalari guruhi	Xalqaro patentlanmagan nomi LS	Qo'llash usuli	Ishonchlilik darajasi
Oftalmologiyada mahalliy foydalanish uchun yallig'lanishga qarshi nosteroid preparat	Bromfenak ko'z tomchilari 0,09% https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/39180057/#:~:text=Topical%20bromfenac%20in%20VEGF%2Ddriven%20maculopathies%3A%20topical%20review%20and%20meta%2Danalysis	Kon'yunktiva bo'shlig'iga instillyatsiya, kuniga 2 tomchidan 3-5 marta 14 kun	C
Antimikrobial bakteriostatik vosita, sulfanilamid	Sulfatsetamid ko'z tomchilari 20%, 30% https://doi.org/10.1001/archpedi.1985.02140080034027	Kon'yunktiva bo'shlig'iga instillyatsiya, kuniga 2 tomchidan 3-5 marta 14 kun	B
Oftalmologiyada mahalliy foydalanish uchun ftorxinolon guruhining mikroblarga qarshi preparati	Moksifloksatsin ko'z tomchilari 0,5% https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/36194412/#:~:text=Effect%20of%20Topical%20Antibiotics%20on%20Duration%20of%20Acute%20Infective%20Conjunctivitis%20in%20Children%3A%20A%20Randomized%20Clinical%20Trial%20and%20a%20Systematic%20Review%20and%20Meta%2Danalysis	Kon'yunktiva bo'shlig'iga instillyatsiya, kuniga 2 tomchidan 3-5 marta 14 kun	B
Oftalmologiyada mahalliy foydalanish uchun ftorxinolon guruhining mikroblarga qarshi preparati	Ofloksatsin ko'z tomchilari 0,3% https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35657073/#:~:text=doi%3A%2010.1177/17534666221099729.-.Two%2Dday%20versus%20seven%2Dday%20course%20of%20levofloxacin%20in%20acute%20COPD%20exacerbation%3A%20a%20randomized%20controlled%20trial,-	Kon'yunktiva bo'shlig'iga instillyatsiya, kuniga 2 tomchidan 3-5 marta 14 kun	B

	Salma%20Messous%C2%A0		
Yallig‘lanishga qarshi nosteroid preparat	Diklofenak 25 mg/ml https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/9798189/	Mushak ichiga yuborish kuniga bir marta	B
Oftalmologiyada mahalliy qo‘llash uchun vosita	Inokain ko‘z tomchilari 0,5% https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27733789/#:~:text=Degree%20of%20corneal%20anesthesia%20after%20topical%20application%20of%200.4%25%20oxybuprocaine%20ophthalmic%20solution%20in%20normal%20equids	Kon'yunktiva bo‘shlig‘iga instillyasiya qilish	B

4.3 Jarrohlik aralashuvi:

- IOL implantatsiyasi bilan/siz kataraktani fakoemulsifikasiya qilish.
- intraokulyar linza implantatsiyasi bilan kataraktaning femtolazerli ekstraktsiyasi (IOL implantatsiyasi bilan kechadigan FLEK)
- IOL implantatsiyasi bilan/siz kataraktani tunnel kesma orqali ekstraktsiyasini qilish

Ko‘rsatmalar:

- ko‘z gavharining xiralashishi

Qo‘llash mumkin bo‘lmagan holatlar:

- Tana holatiga ko‘ra mutlaqo qarshi ko‘rsatmalar tarixi, 3-4 darajali sublyuksatsiya va ko‘z gavhari lyuksatsiyasi mavjudligi.

2A	Жаррохлик даволаш тавсия этилади https://eyepress.ru/article/metod-fakoemul-sifikatsii-katarakty-u-patsientov
----	---

Tavsiyaning kuchi: C (dalillar darajasi: 5).

4.4 Keyingi boshqaruv

- operatsiyadan keyingi 2 haftadan 1 oygacha bo‘lgan davrda antibakterial, gormonal va yallig‘lanishga qarshi dorilarni tomizish;
- agar kerak bo‘lsa, ko‘zoynak vositasida korrektsiya qilish;
- mavjud bo‘lsa - yo‘ldosh kasallik monitoringi.

4.5 Davolash samaradorligining ko‘rsatqichi:

- ko‘zning neyro-sezgir apparatida o‘zgarishlar bo‘lmaganda va to‘g‘ri optik tuzatish amalga oshirilganda yuqori ko‘rish o‘tkirliigi va ish qobiliyati saqlanib qoladi.

5 Hospitalizatsiya turini ko‘rsatadigan kasalxonaga yotqizish ko‘rsatkichlari:

5.1 Rejalashtirilgan kasalxonaga yotqizish ko‘rsatkichlari (kunduzgi statsionar darajasi, yuqoritexnologik tibbiy xizmatda (YuTX) davolanishga tegishli holatlar bundan mustasno):

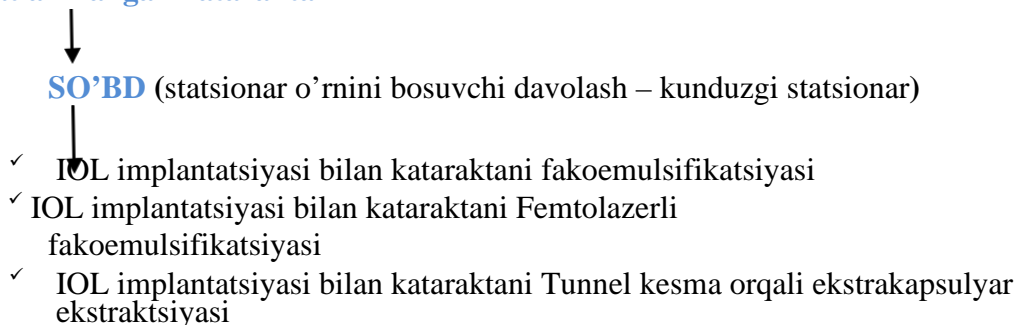
- bemorning ehtiyojlarini qondirmaydigan vizual funktsiyalarning pasayishi va operatsiya ko‘rish qobiliyatini yaxshilashning oqilona ehtimol doirasida ekanligini anglatadi;
- katarakta mavjud bo‘lganda klinik jihatdan ahamiyatli anizometriya mavjudligi;
- ko‘zning orqa segmenti patologiyasini optimal diagnostikasini va davolashni murakkablashtiradigan ko‘z gavharining xiralashishi;
- fakogen uveit yoki ikkilamchi glaukoma (fakolizis, fakoanafilaksiya);
- ko‘z gavhari old kameraning burchagi yopilishiga hissa qo‘shadi (fakomorfik);
- katarakta elementlari va/yoki oftalmologik gipertenziya bilan ko‘z gavharining sublyuksatsiyasi.

5.2 Favqulodda kasalxonaga yotqizish ko‘rsatmalari (kunduzgi stasionar darajasi, YuTXda davolanishga tegishli holatlar bundan mustasno):

- katarakta shishishi.

6. STATIONAR DARAJADAGI DAVOLASH TAKTIKASI:

6.1 Asoratlanmangan katarakta



Asoratlangan katarakta (ko‘z gavharining 2-3 darajali sublyuksatsiyasi, ko‘z gavharining shishasimon tanaga kirib borishi)

Stasionar

Kapsula ichiga qo‘yiladigan xalqa (KQX) va IOL implantatsiyasi bilan kataraktaning fakoemulsifikatsiyasi

- IOL implantatsiyasi bilan/siz transkleral fiksatsiya yoki tikish orqali kataraktaning fakoemulsifikatsiyasi
- intraokulyar linza implantatsiyasi bilan birga kataraktaning femtolazerli ekstraksiyasi (IOL implantatsiyasi bilan kechadigan FLEK) + KQX yoki tikish orqali amalga oshiriladi
- IOL implantatsiyasi bilan kataraktani Tunnel kesma orqali ekstrakapsulyar ekstraksiyasi bilan birga transkleral fiksatsiya yoki tikish orqali amalga oshiriladi
- kataraktani old vitrektomiyasi bilan ekstrakapsulyar ekstraksiya qilish+IOL implantatsiyasi bilan birga transkleral fiksatsiya yoki tikish orqali amalga oshiriladi

6.2 Dori-darmonsiz davolash:

4-rejim;

Parhez: yo‘ldosh kasalliklarning mavjudligini yoki yo‘qligini hisobga olish; ametropiyani to‘g‘ri tuzatish.

6.3 Dorilar vositasida davolash: Operatsiyadan keyingi davrda farmakologik yordam antibakterial, gormonal va yallig‘lanishga qarshi terapiya tayinlanishi bilan amalga oshiriladi. Ko‘z ichi bosimi yuqori bo‘lsa, dehidratatsiya va mahalliy gipotenziv terapiya buyuriladi.

- Operatsiyadan oldingi tayyorgarlik
- Muhim dorilar ro‘yxati (ishlatilishi ehtimoli 100%).

Dori vositalari guruhi	Xalqaro patentlanmagan nomi LS	Qo‘llash usuli	Ishonchlilik darajasi
Oftalmologiyada mahalliy foydalanish uchun ftorxinolon guruhining mikroblarga qarshi preparati	Moksifloksatsin 5 ml	Kon'yunktiva bo‘shlig‘iga instillyatsiya qilish, 14 kun davomida kuniga 5 marta 2 tomchidan	UD-A
Oftalmologiyada mahalliy foydalanish uchun ftorxinolon guruhining mikroblarga qarshi preparati	Levofloksatsin 0,5% - 5 ml	Kon'yunktiva bo‘shlig‘iga instillyatsiya qilish, 14 kun davomida kuniga 5 marta 2 tomchidan	UD-A
Oftalmologiyada mahalliy foydalanish uchun ftorxinolon guruhining mikroblarga qarshi preparati	Siprofloksatsin 0,3% - 5ml	Kon'yunktiva bo‘shlig‘iga instillyatsiya qilish, 14 kun davomida kuniga 5 marta 2 tomchidan	UD-A
Oftalmologiyada mahalliy foydalanish uchun aminoglikozid guruhining mikroblarga qarshi preparati	Tobramitsin 5 ml	Kon'yunktiva bo‘shlig‘iga instillyatsiya qilish, 14 kun davomida kuniga 5 marta 2 tomchidan	UD-A
Kortikosteroidlar	Deksametazon 0,1% - 10 ml	Kon'yunktiva bo‘shlig‘iga instillyatsiya qilish, 14 kun davomida kuniga 5 marta 2 tomchidan	UD-C
Tashqi va mahalliy foydalanish uchun antiseptik	Betadin 5%	Amaliyot sohasi va kon'yunktiva bo‘shlig‘ini davolash	UD-A
Mahalliy og‘riqsizlantirish	Oksibuprokain 0,4% - 5,0 ml, prokimetakain 0,5% - 5,0 ml	Bevosita jarrohlikdan oldin va operatsiya vaqtida kon'yunktiva bo‘shlig‘iga instillyatsiya qilish	UD-A
Yallig‘lanishga qarshi nosteroid dorilar	Nepafenak 0,1% -5,0 ml, bromfenak 0,09% -3,0 ml, natriy diklofenak 0,1% - 5,0 ml	Kon'yunktiva bo‘shlig‘iga instillyatsiya qilish, 14 kun davomida kuniga 1-2 marta 2 tomchidan	UD-C
Qisqa ta'sirli M-xolinolitik, midriatik vosita	Tropikamid 1% -10,0 ml, fenilefrin 2,5%, 10% - 5,0 ml	Bevosita jarrohlikdan oldin kon'yunktiva bo‘shlig‘iga instillyatsiya qilish	UD-A

- Qo‘shimcha dori-darmonlarning ro‘yxati (ishlatilish ehtimoli 100% dan kam).

Dori vositalari guruhi	Xalqaro patentlanmagan nomi LS	Qo'llash usuli	Ishonchlilik darajasi
Antibiotiklar aminoglikozidlar	Gentamitsin 80 mg – 2,0 ml	Subkon'yunktival inyektsiyalar 20 mg 0,5 ml	UD-C
Antibiotiklar tsefalosporinlar	Tseftriakson 1,0 g	Subkonyunktival inyektsiyalar 0,5 ml	UD-C
Kortikosteroidlar	Deksametazon 4 mg – 1,0 ml	Subkonyunktival inyektsiyalar 2 mg 0,5 ml	UD-C
Regenerasiya stimulyatorlari, keratoprotektorlar	Dekspantenol 5 mg – 10,0 ml	Konyunktiva bo'shlig'iga tomizish, kuniga 3-5 marta 2 tomchidan 14 - 30 kun	UD-C
Shox pardani namlanish va himoya qilishga tayyorgarlik	Sisteyn Ultra, Gilan, Tabiiy yosh, Slezol forte	Konyunktiva bo'shlig'iga tomizish, kuniga 3-5 marta 2 tomchidan 14 - 30 kun	UD-C
Mahalliy gipotenziv vositalar	Timolol 0,5%, Dorzolamid 2% Brinzolamid 1%	Ko'z ichki bosimining ko'tarilishi davrida kon'yunktiva bo'shlig'iga instillyatsiyalar, 2 tomchidan 1-2 marta	UD-C
Mahalliy og'riqsizlantirish vositasi	Lidokain inyektsiyasi 2%	Parabulbar va subkonyunktival inyektsiyalar uchun	UD-C

6.4 Jarrohlik amaliyoti:

Kataraktani ekstraksiyasi kapsula ichiga qo'yiladigan xalqa (KQX) va IOL implantatsiyasi bilan yoki implantatsiyasiz:

IOL implantatsiyasi bilan/siz kataraktani fakoemulsifikatsiya qilish;

- intraokulyar linza implantatsiyasi bilan kataraktaning femtolazerli ekstraksiyasi (IOL implantatsiyasi bilan kechadigan FLEK);
- KQX va IOL implantatsiyasi bilan kataraktani fakoemulsifikatsiya qilish;
- transkleral fiksatsiya yoki tikish bilan IOL implantatsiyasi bilan/siz kataraktaning fakoemulsifikatsiyasi;
- IOL implantatsiyasi bilan kataraktani Tunnel kesma orqali ekstrakapsulyar ekstraksiya qilish;
- transkleral fiksatsiya yoki tikish bilan IOL implantatsiyasi bilan/siz kataraktani Tunnel kesma orqali ekstrakapsulyar ekstraksiya qilish;
- IOL implantatsiyasi bilan/siz kataraktani ekstrakapsulyar ekstraksiyani qilish;
- kataraktani old vitrektomiyasi bilan ekstrakapsulyar ekstraksiya qilish+IOL implantatsiyasi bilan birga transkleral fiksatsiya yoki tikish orqali amalga oshiriladi.

6.5 Keyingi boshqaruv:

- operatsiya qilingan kundan boshlab 10 kun, 1, 3, 6, 12 oy davomida oftalmolog tomonidan ambulatoriya kuzatuv;
- operatsiyadan keyingi 2 haftadan 1 oygacha antibakterial va yallig'lanishga qarshi dorilarni tomizish;
- agar kerak bo'lsa, operatsiya qilingan kundan boshlab 3 oy ichida ko'zoynak bilan korrektsiya qilish;
- yo'ldosh kasallik bo'lsa, uni muntazam ravishda kuzatib borish.

7. *Bayonnomaning tashkiliy jihatlari:*

7.1. Manfaatlar to'qnashuvini yo'qligi haqidagi ma'lumot: manfaatlar to'qnashuvi mavjud emas.

7.2. Ekspertlar haqidagi ma'lumotlar (respublika va horijiy mutahassislar):

Nabiev Abduvali Mirzalievich – t.f.d., Toshkent viloyati ko'z kasalliklari shifoxonasining bosh shifokori.

7.3. Bayonnomani qayta ko'rib chiqish uchun shartlar: bayonnoma ishlab chiqilganidan so'ng 3 yoki 5 yil o'tgach, yoki isbotlanganlik darajasi bilan yangi usullarni mavjudligida qayta ko'rib chiqiladi;

7.4. Foydalanilgan adabiyotlar ro'yxati:

- 1) American Academy of Ophthalmology. Guideline. Cataract in the Adult Eye. 2021.
- 2) Panchapakesan J, Mitchell P, Tumuluri K, et al. Five-year incidence of cataract surgery: The Blue Mountains Eye Study. *Br J Ophthalmol* 2008; 87:168-72
- 3) Leske MC, Wu SY, Nemesure B, et al. Nine-year incidence of lens opacities in the Barbados Eye Studies. *Ophthalmology* 2010; 111:483-90
- 4) McCarty CA, Mukesh BN, Dimitrov PN, Taylor HR. Incidence and progression of cataract in the Melbourne Visual Impairment Project. *Am J Ophthalmol* 2011; 136:10-7
- 5) Yamaguchi T, Negishi K, Tsubota K. Functional visual acuity measurement in cataract and intraocular lens implantation. *Curr Opin Ophthalmol* 2011; 22:31-6.
- 6) Gus PI, Kwitko I, Roehe D, Kwitko S. Potential acuity meter accuracy in cataract patients. *J Cataract Refract Surg* 2010; 26:1238-41
- 7) Flaxman SR, Bourne RRA, Resnikoff S, et al. Global causes of blindness and distance vision impairment 1990-2020: A systematic review and meta-analysis. *Lancet Glob Health*. 2017;5: e1221-e1234.
- 8) NEI. Cataract Data and Statistics. 2019.
- 9) Congdon N, Vingerling JR, Klein BE, et al. Prevalence of cataract and pseudophakia/aphakia among adults in the United States. *Arch Ophthalmol*. 2004; 122:487-494.
- 10) Cotter SA, Varma R, Ying-Lai M, et al. Causes of low vision and blindness in adult Latinos: The Los Angeles Latino Eye Study. *Ophthalmology*. 2006;
- 11) Vivino MA, Chintalagiri S, Trus B, Datiles M. Development of a Scheimpflug slit lamp camera system for quantitative densitometric analysis. *Eye*. 1993;7;
- 12) Magno BV, Freidlin V, Datiles MB, 3rd. Reproducibility of the NEI Scheimpflug Cataract Imaging System. *Invest Ophthalmol Vis Sci*. 1994; 35:3078
- 13) Chylack LT, Jr, Wolfe JK, Singer DM, et al. The lens opacities classification system III. The longitudinal study of Cataract Study Group. *Arch Ophthalmol*. 1993; 111:831-836.
- 14) Taylor HR, West SK. The clinical grading of lens opacities. *Aust N Z J Ophthalmol*. 1989; 17:81-86.
- 15) Klein BE, Klein R, Linton KL, et al. Assessment of cataracts from photographs in the Beaver Dam Eye Study. *Ophthalmology*. 1990; 97:1428-1433.
- 16) Tan AC, Wang JJ, Lamoureux EL, et al. Cataract prevalence varies substantially with assessment systems: comparison of clinical and photographic grading in a population-based study. *Ophthalmic Epidemiol*. 2011; 18:164-170.
- 17) Ventura L, Lam KW, Lin TY. The differences between brunescient and opalescent nucleosclerosis. *Lens Research*. 1987; 4:79-86.
- 18) Klein BE, Klein R, Moss SE. Incident cataract surgery: The Beaver Dam Eye Study. *Ophthalmology*. 1997; 104:573-580.
- 19) Huang HY, Caballero B, Chang S, et al. Multivitamin/Mineral Supplements and Prevention of Chronic Disease. Evidence Report/Technology Assessment No. 139. (Prepared by The Johns Hopkins University Evidence-Based Practice Center under Contract No. 290-02-0018.) AHRQ Publication No. 06-E012. Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality. May 2009.

- 20) Findl O, Kriechbaum K, Sacu S, et al. Influence of operator experience on the performance of ultrasound biometry compared to optical biometry before cataract surgery. *J Cataract Refract Surg* 2010; 29:1950-5
- 21) Eleftheriadis H. IOLMaster biometry: refractive results of 100 consecutive cases. *Br J Ophthalmol* 2011; 87:960-3
- 22) Analey, Inc. 2010 survey practice styles and preferences of U.S. ASCRS members. Available at: www.analey.com/. Accessed June 24, 2011
- 23) Liyanage SE, Angunawela RI, Wong SC, Little BC. Anterior chamber instability caused by incisional leakage in coaxial phacoemulsification. *J Cataract Refract Surg* 2011; 35:1003-5.
- 24) Bissen-Miyajima H. Ophthalmic viscosurgical devices. *Curr Opin Ophthalmol* 2011; 19:50-4.
- 25) Gimbel HV, Neuhann T. Development, advantages, and methods of the continuous circular capsulorhexis technique. *J Cataract Refract Surg* 2012; 16:31-7. 14. Nixon DR. In vivo digital imaging of the square-edged barrier effect of a silicone intraocular lens. *J Cataract Refract Surg* 2011; 30:2574-84
- 26) Koch DD, Liu JF. Multilamellar hydrodissection in phacoemulsification and planned extracapsular surgery. *J Cataract Refract Surg* 2011; 16:559-62.
- 27) Peng Q, Apple DJ, Visessook N, et al. Surgical prevention of posterior capsule opacification. Part 2: Enhancement of cortical cleanup by focusing on hydrodissection. *J Cataract Refract Surg* 2010; 26:188-97.
- 28) Vasavada AR, Dholakia SA, Raj SM, Singh R. Effect of cortical cleaving hydrodissection on posterior capsule opacification in age-related nuclear cataract. *J Cataract Refract Surg* 2010; 32:1196-200.
- 29) Packer M, Fine IH, Hoffman RS, Smith JH. Techniques of phacoemulsification. In: Tasman W, Jaeger EA, eds. *Duane's Ophthalmology on DVD-ROM*. 2012 edition. Philadelphia, PA: Lippincott Williams & Wilkins, 2012.
- 30) Mardelli PG, Mehanna CJ. Phacoanaphylactic endophthalmitis secondary to capsular block syndrome. *J Cataract Refract Surg* 2012; 33:921-2. 124
- 31) Chang DF, Masket S, Miller KM, et al, ASCRS Cataract Clinical Committee. Complications of sulcus placement of single-piece acrylic intraocular lenses: recommendations for backup IOL implantation following posterior capsule rupture. *J Cataract Refract Surg* 2012; 35:1445-58. [III]
- 32) Hoffman RS, Fine IH, Packer M. Scleral fixation without conjunctival dissection. *J Cataract Refract Surg* 2012; 32:1907-12.
- 33) Rainer G, Stifter E, Luksch A, Menapace R. Comparison of the effect of Viscoat and DuoVisc on postoperative intraocular pressure after small-incision cataract surgery. *J Cataract Refract Surg* 2012; 34:253-7.
- 34) Lundstrom M, Wejde G, Stenevi U, et al. Endophthalmitis after cataract surgery: a nationwide prospective study evaluating incidence in relation to incision type and location. *Ophthalmology* 2012; 114:866-70. [II+]
- 35) Fine IH, Hoffman RS, Packer M. Profile of clear corneal cataract incisions demonstrated by ocular coherence tomography. *J Cataract Refract Surg* 2012;
- 36) Vasavada AR, Praveen MR, Pandita D, et al. Effect of stromal hydration of clear corneal incisions: quantifying ingress of trypan blue into the anterior chamber after phacoemulsification. *J Cataract Refract Surg* 2011; 33:623-7.
- 37) Deramo VA, Lai JC, Winokur J, et al. Visual outcome and bacterial sensitivity after methicillin-resistant *Staphylococcus aureus*-associated acute endophthalmitis. *Am J Ophthalmol* 2012; 145:413-7. [III]
- 38) Altan T, Acar N, Kapran Z, et al. Acute-onset endophthalmitis after cataract surgery: success of initial therapy, visual outcomes, and related factors. *Retina* 2012; 29:606-12. [III]
- 39) American Academy of Ophthalmology. Code of Ethics; rules of ethics #7 and #8. Available at: www.aao.org/about/ethics/code_ethics.cfm. Accessed May 4, 2011.

40) Lemley CA, Han DP. Endophthalmitis: a review of current evaluation and management. *Retina* 2012; 27:662-80

"KATARAKTA"

NOZOLOGIYASI BO'YICHA TIBBIY ARALUSHVLARI BO'YICHA MILLIY KLINIK PROTOKOLI

2 Asosiy qism.

2.1 Kirish: Katarakta - bu gavhar shaffoqligini qisman yoki to'liq buzilishi bilan tavsiflangan kasallik bo'lib, u dunyoda qayta tiklanadigan ko'rlik va ko'rishning pastligining asosiy sabablaridan biri bo'lib, 40 yosh va undan katta yoshdagi har oltinchi odamda uchraydi. 1980 yildan 2020 yilgacha rivojlangan mamlakatlarda keksalar sonining kutilayotgan o'sishi 186 foizni, rivojlanayotgan mamlakatlarda esa 356 foizni tashkil etadi. JSST ma'lumotlariga ko'ra, 2025 yilga kelib, 60 yoshli 50 millionga yaqin odam turli darajadagi etuklikdagi kataraktaga ega bo'ladi. Ulardan 17 millionga yaqini katarakt operatsiyasini talab qiladi

2.1. Ta'rif: Katarakta bu - ko'z gavhari kapsulasi yoki moddasining har qanday tug'ma yoki orttirilgan xiralashishi va buning natijasidagi uning optik xususiyatlarining yomonlashuvi [1].

2.2. Klinik tasnifi

Vujudga kelgan vaqtga ko'ra:

- tug'ma;
- orttirilgan.

Kelib chiqishi bo'yicha:

- tug'ma (homiladorlik davridagi, nasliy);
- yoshga oid;
- murakkab (ba'zi ko'z kasalliklari, organizmning umumiy kasalliklari, ba'zi dori-darmonlarni uzoq muddat iste'mol qilishning noju'ya ta'siri yoki ayrim fizikaviy yoki kimyoviy omillarning ta'siri natijasida kelib chiqadi);
- travmatik (ko'zning to'mtoq yoki penetratsion shikastlanishi natijasida);
- ikkilamchi katarakta - Adamyuk-Elshnig xujaylari optik zonaga ko'chishi, gavharning orqa kapsulasi fibrozi natijasida rivojlanadigan katarakta jarrohligining kech asoratlari.

Joylashuvi bo'yicha:

- yadroviy;
- kortikal;
- zonulyar;
- subkapsulyar;
- kapsulali (old, orqa);
- to'liq.

Bosqich bo'yicha (yoshga bog'liq katarakta):

- boshlang'ich;
- etilmagan;
- etilgan;
- pishib o'tib ketgan (Morganiy kataraktasi) [2].

Shishma katarakta **alohida tavsiflanadi** - gavhar moddasining haddan tashqari suvlanishi, ikkilamchi fakomorfik glaukomaning paydo bo'lishi bilan kechadigan o'tkir kasallik.

3 Tashhishlash va davolash usullari, yondashuvlari va muolajalari:

3.1. Muolaja yoki aralashuvni o'tkazish maqsadi:

- loykalangan gavxarni olib tashlash;
- IOL implantatsiyasi;
- ko'ruv funksiyalarini oshirish.

3.2. Muolaja yoki aralashuvga bo'lgan qarshi ko'rsatma:

- bemorning og'ir umumiy ahvoli.

3.3. Muolaja yoki aralashuvga bo'lgan ko'rsatma:

davolash faqat jarrohlik yo'li bilan

3.4. Muolaja yoki aralashuvni o'tkazayotgan mutahassislar uchun qo'yilayotgan talablar:

Mutahassisga bo'lgan asosiy talab, bu – muolaja yoki aralashuvni texnik jihatdan to'g'ri bajarish qobiliyati. Jarrohlik aralashuvning barcha bosqichlarini texnik ravishda bajarish qobiliyatidan tashqari, jarrohdan tegishli kognitiv ko'nikmalar, tahliliy fikrlash va, jarrohlik aralashuvi paytida ro'y berishi mumkin bo'lgan kutilmagan holatlar, muammolar va asoratlarni o'z vaqtida aniqlash va ularning adekvat

menjementi uchun zarur bo'lgan muayyan tajribaga ega bo'lishi talab etiladi. Jarrohlik uchun zarur bo'lgan tegishli tibbiy va mikrojarrohlik tayyorgarlikka faqatgina oftalmolog ega bo'lishi mumkin.

3.5. Muolaja yoki aralashuvga tayyorgarlikda asosiy va qo'shimcha diagnostik tadbirlar ro'yxati:

Asosiy diagnostik tadbirlar ro'yxati:

1. Oftalmolog maslahati
2. Vizometriya
3. Biomikroskopiya
4. Oftalmoskopiya
5. Tonometriya
6. A-B skanerlash
7. Keratorefraktometriya
8. Perimetriya

Qo'shimcha diagnostik tadbirlar ro'yxati:

1. Ultratovushli biomikroskopiya
2. Gonioskopiya
3. Spekulyar endotelial mikroskopiya
4. Kontrastli sezuvchanligining tadqiqoti

3.6. Muolaja yoki aralashuvni o'tkazishga bo'lgan talablar:

Operasiyalar blokida shifoxona ichidagi infeksiyalarni oldini olish:

- Operasiyalar bloki jarrohlik bo'limining boshqa xonalaridan tambur orqali ajratiladi. Operasiyalar blokining eshiklari doimo yopiq turishi shart.

- Operasiyalar bloki, amaldagi me'yoriy hujjatga muvofiq, ko'chmas bakteriyaga qarshi nur tarqatgichlar va ventilyasiya qurilmasi bilan jihozlanadi.

- Operasiya xonalari "toza" va "yiringli" xonalarga qat'iy ajratiladilar. Mazkur talabni bajarish uchun sharoitlar mavjud bo'lmaganida, yiringli jarayonlar bo'yicha tashrihlar mahsus belgilangan kunlarda bajarilib, keyinchalik operasiyalar bloki va barcha jihozlar puxtalik bilan dezinfektsiyalanadi.

- Tashrihdan avval jarrohlar, operasion xamshiralar va tashrihda qatnashayotgan boshqa shaxslar gigienik dushni qabul qilib, toza operasion kiyimlarni (pijama, tapochka, qolpoqcha, xalat) kiyib oladilar. Operasiyalar blogiga kirishdan oldin ular tibbiy niqob va baxilalarni taqib, tashriholdi xonaga kirib sterilizatsiyalangan xalat, qo'lqop va niqobni taqib oladilar.

- Operasiyalar blogida foydalanilayotgan jarrohlik xalatlar havoni o'tkazib namlikni o'tkazmasligi lozim.

- Tashrih davomida qo'lqoplarning butligi buzilganida, ularni darhol almashtirish, qo'llarga esa teri uchun antiseptik vositasi bilan ishlov berish shart.

- Tashrih paytida "avariya vaziyati" (operasion brigada a'zolarining qo'l terisining butligini buzilishi) ro'y bergan taqdirda, OIV-infektsiyani oldini olish bo'yicha shoshilinch choralar ko'rilishi lozim.

- Qo'lqoplar butligini buzilishining havfi yuqori bo'lgan tashrihlarni o'tkazish uchun, chidamliligi yuqori bo'lgan 2 juft qo'lqoplarni taqib olish shart.

- Boshqa bo'limlar xodimlarini operasiyalar blogining "qizil chizig'idan" o'tishi taqiqlanadi. Zaruriyat bo'lganida boshqa bo'limlar xodimlari operasiyalar blogiga, sanitariya ishlov berish bo'yicha barcha talablarga rioya qilgan holda sanitariya o'tkazish joylaridan o'tishlari lozim.

- Tashrihlar xonasiga kirish ruhsati berilgan xodimlar soni, ayniqsa tashrih boshlanganidan keyin, minimal darajagacha tushirilishi lozim. Tibbiy xodimlarga operasion blokda ko'cha poyafzalida bo'lishi qat'iy taqiqlanadi.

- Bemorlarni operasiyalar xonasiga olib kirish (olib chiqish) uchun qo'llaniladigan aravachalardan boshqa maqsadlarda ishlatish man etiladi. Tashrihlar xonasida bemorlarni tashish aravachasi uchun alohida joy ajratiladi. Har bir bemordan keyin aravacha dezinfektsiyalovchi eritmada xo'llangan latta bilan artib yuboriladi.

- Operasiyalar blogiga olib kiriladigan barcha moslamalar, qurilmalar va boshqa narsalar (O₂, SO₂ ballonlari, kardiograflar), kirishdan avval dezinfektsiyalovchi eritmada xo'llangan latta bilan artib yuboriladi.

- Operasiyalar blogida tashrih paytida foydalanilmaydigan narsalarni saqlash taqiqlanadi.

- Bitta tashrih xonada ikkita va undan ko'p tashrihlarni o'tkazish man etiladi.

- Har bir tashrihdan keyin asboblarning uchun ishchi stol keyingi tashrih uchun yangidan yig'iladi.

- Steril stollar o'rniga, har bir tashrih uchun yakka tartibdagi to'plamlardan foydalanish mumkin, shu jumladan, asboblarning standart to'plami va yaxshi upakovkalangan asboblarning.

- Katta tashrih stolini faqatgina shoshilinch jarrohlik shifoxonalarida (bo'limlarida) yig'ish mumkin.

- Steril stollarni tayyorlashda aseptikaning quyidagi choralariga rioya qilish lozim:

- dastlab stol, xonalardagi yuzalarni dezinfektsiyalash uchun tavsiya etilgan vositalardan biri yordamida artish yo'li bilan dezinfektsiyalanadi;

- steril stollarni tayyorlash uchun ishlatiladigan choyshablarning matoning butunligi bo'yicha tekshiriladi. Butunligi buzilgan choyshablarni almashtirish lozim. Ularning o'rniga bir martali steril jarrohlik belyosi yoki bir martali steril mahsus to'plamlardan foydalanish mumkin.

- Steril stollarni tayyorlashdan oldin operasion xamshira o'z qo'llariga teri antiseptigi yordamida, jarrohlar qo'llariga ishlov berish texnologiyasiga muvofiq ishlov beradi, steril xalatni kiyib qo'lqoplarni taqib oladi (tibbiy qolpoq va ngiqobsiz tashrih xonasiga kirish man etiladi).

- Tashrih tugaganidan so'ng barcha tibbiy asboblarda dastlab 0,5% xlorli eritmada (yoki tegishli konsentrasiyalari boshqa dizinfektsiya vositasida) 10 daqiqa davomida dezinfektsiyalanib va suvda yuvilib MSB-ga topshiriladi.

- Bir martali asboblarda ko'p marotaba foydalanish qat'iyan man etiladi.

- Shifoxona ichidagi infeksiyalarni oldini olish uchun antibiotiklarni tashrihdan avval quyish lozim (o'ta zarur bo'lganida - uning davomida); Shii-larni oldini olish uchun tavsiya etilgan preparatlarning aksariyati uchun hisoblangan yarim chiqarish davrini inobatga olgan holda, tashrihdan 2 soat avval, ideal holatlarda– kesishdan 15-20 daqiqa avval.

- Antibiotikni anesteziya boshlanishi bilan bir vaqtda quyish maqsadga muvofiq.

- Aksariyat hollarda samarali profilaktika uchun antibiotikning bitta dozasi etarli bo'ladi. Qo'shimcha dozalar ulkan (tashrih davomida 1.000 ml-dan ortiq) qon yo'qotishlari bilan asoslanishi mumkin, va yarim chiqarish davri qisqa bo'lgan antibiotiklar qo'llanilgan taqdirda - uzoq muddatli (3 soatdan ortiq) tashrihlarda ham.

- Jarrohlikka ixtisoslashgan davolash-profilaktika muassasalarda steril ko'rinishda ishlab chiqarilayotgan chok materiallaridan foydalanish afzalroq.

- Tibbiy asboblarni (chok materiali, chok ignalari, peridural va epidural anesteziya uchun to'plamlar, va hok.) spirtda saqlash qat'iy taqiqlanadi. Ishda zavodda ishlab chiqarilgan va steril upakovkalariga solingan, yoki MSB-da sterilizatsiyalangan chok materialini qo'llash lozim.

- Operatsion blokni tubli yig'ishtirish barcha tashrihlar tugaganidan so'ng amalga oshiriladi, ammo, 3-son ilovaga muvofiq, 1 hafta ichida kamida 1 marotaba. Tashrihlar orasida dezinfektsiya vositalari yordamida joriy yig'ishtirish amalga oshirilib, ushbu vaqt oralig'ida joriy yig'ishtirish, tashrih xonani va xodimlarni keyingi tashrihga tayyorlash uchun etarli vaqt ajratilishi lozim.

- Tashrih davomida ishlatilgan barcha asboblarda mahsus ajratilgan sig'imlarga to'planadi.

Tashrih xonaning jihozlanishiga bo'lgan talablar: koaksial yoritish bilan mikroskoplar (navigatsiya tizimi o'rnatilgan), elektr jarrohlik tashrih stollari va jarroh kreslosi, fakoemulsifikatorlar, mikrojarrohlik asboblari, zamonaviy sterilizatsiyalash uskunalari, anesteziologik jihozlar.

3.7. Bemorni tayyorlashga bo'lgan talablar:

Tashrihni o'tkazish kunida tashrif oldi medikamentozli tayyorgarlik*

- Midriatiklar (tashrihdan avval 1 soat davomida 1 tomchidan 4 mahal);

- M-xolinolitiklar 1%;

- Alfa-adrenomimetiklar 1%;

- Steroidsiz yallig'lanishga qarshi preparatlar (SYAQP) (tashrifdan avval 30 daqiqa davomida 1 tomchidan 2 mahal)

Masalan: Indometasin 0.1% , [https://doi.org/10.1016/s0140-6736\(16\)30310-5](https://doi.org/10.1016/s0140-6736(16)30310-5)

Diklofenak 0.1% <https://mediqlab.com/>

- Antibiotiklar (tashrifdan avval 1 soat davomida 1 tomchidan 4 mahal) ftorxinolonlar, aminoglikozidlar.

3.8. Muolaja yoki aralashuv samaradorligining indikatorlari:

ko'z o'tkirligining ko'tarilishi;

tashrihdankeyin ertangi davrda ko'zning yallig'lanish reaksiyasini yo'qligi;

ko'z optik muhitlarining shaffofligini tiklanishi.

Jarrohlik davolash natijasida ko'ruv funksiyalarining yaxshilanishi quyidagicha xarakterlanadi:

ko'zning to'g'rilangan va to'g'rilanmagan o'tkirligini yaxshilanishi;

chuqurlikdagi idrok va binokulyar ko'rishning yaxshilanishi.

Jarrohlik davolash natijasida jismoniy imkoniyatlarning yaxshilanishi quyidagicha xarakterlanadi:

kunlik faoliyatni amalga oshirish qobiliyatini ko'tarilishi;

mexnat faoliyatini saqlash yoki yangidan boshlash qobiliyatini ko'tarilishi;

xarakatchanlikni oshishi (yurish, avtotransportni boshqarish).

Jarrohlik davolash natijasida ruhiy salomatlik va emosional farovonlikni yaxshilanishi quyidagicha xarakterlanishi mumkin:

o'z erkinligiga o'zi bergan bahoning yaxshilanishi;

jarohatlarni olmaslik qobiliyatini yaxshilanishi;

ijtimoiy aloqalar va ijtimoiy tadbirlarda qatnashish qobiliyatini yaxshilanishi;

ko'r bo'lish qo'rquvidan qutulish;

4. Bayonnomaning tashkiliy jihatlari:

4.1. **Manfaatlar to'qnashuvini yo'qligi** haqidagi ma'lumot: manfaatlar to'qnashuvi mavjud emas.

4.2. **Ekspertlar haqidagi ma'lumotlar (respublika va horijiy mutahassislar):**

Nabiev Abduvali Mirzalievich – t.f.d., Toshkent viloyati ko'z kasalliklari shifoxonasining bosh shifokori.

4.3. **Bayonnomani qayta ko'rib chiqish uchun shartlar:** bayonnoma ishlab chiqilganidan so'ng 3 yoki 5 yil o'tgach, yoki isbotlanganlik darajasi bilan yangi usullarni mavjudligida qayta ko'rib chiqiladi;

4.4. **Foydalanilgan adabiyotlar ro'yxati:**

1. American Academy of Ophthalmology. Guideline. Cataract in the Adult Eye. 2021.
2. Panchapakesan J, Mitchell P, Tumuluri K, et al. Five-year incidence of cataract surgery: the Blue Mountains Eye Study. Br J Ophthalmol 2008; 87:168-72
3. Leske MC, Wu SY, Nemesure B, et al. Nine-year incidence of lens opacities in the Barbados Eye Studies. Ophthalmology 2010; 111:483-90
4. McCarty CA, Mukesh BN, Dimitrov PN, Taylor HR. Incidence and progression of cataract in the Melbourne Visual Impairment Project. Am J Ophthalmol 2011; 136:10-7

5. Yamaguchi T, Negishi K, Tsubota K. Functional visual acuity measurement in cataract and intraocular lens implantation. *Curr Opin Ophthalmol* 2011; 22:31-6.
6. Gus PI, Kwitko I, Roehle D, Kwitko S. Potential acuity meter accuracy in cataract patients. *J Cataract Refract Surg* 2010; 26:1238-41
7. Flaxman SR, Bourne RRA, Resnikoff S, et al. Global causes of blindness and distance vision impairment 1990-2020: A systematic review and meta-analysis. *Lancet Glob Health*. 2017;5:e1221-e1234.
8. NEI. *Cataract Data and Statistics*. 2019.
9. Congdon N, Vingerling JR, Klein BE, et al. Prevalence of cataract and pseudophakia/aphakia among adults in the United States. *Arch Ophthalmol*. 2004; 122:487-494.

"KATARAKTA" NOZOLOGIYASINING PROFILAKTIKA VA REABILITASIYASI BO'YICHA MILLIY KLINIK PROTOKOLI

Asosiy qism.

2.1 Kirish:

Kataraktning maxsus profilaktikasi yoʻq. Koʻzning kataraktasi uchun maʼlum xavf omillari boʻlgan bemorlar koʻpincha har yili oftalmolog tomonidan ketma-ket kompleks tekshiruvdan oʻtishlari kerak.

2.2. Profilaktika va reabilitasiya taʼriflari:

Profilaktika – bu, bironta hodisani oldini olish, va/yoki havf omillarini bartaraf etishga qaratilgan turli chora-tadbirlar majmuidir.

Profilaktik sogʻliqni saqlash (profilaktik tibbiyot, yoki profilaktika), kasalliklarni davolashdan farqli oʻlaroq, kasalliklarni oldini olishga qaratilgan chora-tadbirlar majmuini nazarda tutadi. Salomatlik turdi jismoniy va ruhiy xolatlarni qamrab olganligi kabi, kasallik va mexnat layoqatsizligiga ham atrof muhit omillari, irsiy moyillik, kasalliklarni qoʻzgʻatuvchilar va xayot tarzi taʼsir qiladilar. Kasalliklarni oldini olish,

birlamchi, ikkilamchi va uchlamchi profilaktika tadbirlari sifatida tasniflanishi mumkin bo'lgan chora-tadbirlarga tayanadi.

Reabilitasiya esa "insonning, uning yashash sharoitlarini inobatga olib, funktsional imkoniyatlarini qayta tiklash, hamda sog'lig'i buzilgan insonlarda nogironlik darajasini pasaytirishga qaratilgan chora-tadbirlar majmui" sifatida ta'riflanadi.

2.3. Profilaktika va reabilitasiya turlari:

Sog'liqning holati yoki ifodalangan patologiyaga qarab, profilaktikaning uchta turlarini ajratadilar:

- birlamchi;
- ikkilamchi;
- uchlamchi.

Birlamchi profilaktika: vklyuchaet vaktinasiya, mexnat va dam olishning oqilona rejimi, muvozanatlangan muntazam ovqatlanish, jismoniy faollikni o'z ichiga oladi.

Ikkilamchi profilaktika, muayyan sharoitlarda kasallikni takrorlanishiga olib keladigan havf omillarini bartaraf etishdan iborat.

Uchlamchi profilaktika, to'lakonli xayot imkoniyatini yo'qotgan bemorlarning reabilitasiyasi bo'yicha chora-tadbirlar majmui sifatida ko'rinadi.

Reabilitasiya bosqichlari:

1 bosqich. Davolash-reabilitasion. Kasallik yoki jarohatning o'tkir davrida amalga oshiriladi.

2 bosqich. Shifoxonadagi ertangi tibbiy reabilitasiya. Kasallik yoki jarohatning o'tkir va ertangi davrlarda, shifoxonaning ertangi tibbiy reabilitasiya bo'limida amalga oshiriladi.

3 bosqich. Ambulator. Reabilitasiya tashkilotlarida, ularni yo'qligida esa - sog'liqni saqlash tizimidagi ambulator-poliklinik tashkilotlarning ixtisoslashgan bo'limlarida amalga oshiriladi.

2.4. Jamoat profilaktik chora-tadbirlarni hamda yakka tartibdagi profilaktikani o'tkazish tamoyillari.

Birlamchi, ikkilamchi va uchlamchi profilaktikadan tashqari, shuningdek, kasalliklarning yakka tartibdagi va jamoat profilaktikasini ajratadilar.

Yakka tartibdagi profilaktika – insonni o'zi kasalliklarni oldini olish, salomatlikni saqlab qolish va mustahkamlash uchun amalga oshirayotgan, sog'lom xayot tarzi me'yorlariga rioya qilish, shaxsiy gigiena, oqilona ovqatlanish va mexnat va dam olishning oqilona rejimlari, jismoniy madaniyat bilan faol shug'ullanishga qaratilgan choralar.

Jamoat profilaktikasi – bu, fuqarolarning jismoniy va ma'naviy kuchlarini har tomonlama rivojlanishini ta'minlash maqsadida, davlat institutlari va jamoat tashkilotlari tomonidan rejali ravishda o'tkaziladigan ijtimoiy, tarbiyaviy, sanitariya-gigienik, epidemiyaga qarshi va davolash chora-tadbirlari.

3.1. Reabilitatsiya usul va muolajalari:

Reabilitatsiyaning maqsadi – insonning, uning yashash sharoitlarini inobatga olib, funktsional imkoniyatlarini qayta tiklash, hamda sog'lig'i buzilgan insonlarda nogironlik darajasini pasaytirishga qaratilgan chora-tadbirlar majmui.

Kataraktada **birlamchi profilaktika** va **skriining** choralari samarasizdir.

Ikkilamchi profilaktika mumkin bo'lgan asoratlarning havf omillarini aniqlash va ularning rivojlanishini oldini olishdan iborat.

Katarakta uchun xavf omillari:

1. Qandli diabet
2. Travma
3. Oila tarixi
4. Oldingi ko'z ichi jarrohligi
5. Ko'zning yallig'lanish kasalliklari (uveit)

Qandli diabet bilan og'riqan bemorlarda katarakti erta aniqlash uchun yashash joyida oftalmolog tomonidan kuzatilishi tavsiya etiladi.

<https://eyepress.ru/article/katarakta-u-bol-nykh-diabetom-klassifikatsiya-i-chastota>

Tavsiyaning kuchi: C (dalillar darajasi: 5).

3.2. Reabilitatsiya usul va muolajalari.

Katarakta operatsiyasidan so'ng bemor 1 haftadan 1 oygacha ambulatoriya sharoitida tuzalib ketgunga qadar kuzatilishi kerak va mahalliy antibakterial va yallig'lanishga qarshi terapiya 7 kundan 1 oygacha davom ettirilishi kerak.

Bir necha oy davomida (1 yilgacha) yashash joyida oftalmolog tomonidan ambulator kuzatuv. Operatsiyadan keyingi davrda oftalmotonus holatini, tor pardaning holatini, IOL dislokatsiyasi belgilarining mavjudligini va shox pardaning shishishi belgilarini kuzatish kerak.

Tunnel kataraktasini olib tashlashda bemor bilan quyidagi masalalarni muhokama qilish kerak:

- bemorni operatsiyadan keyingi davrning o'ziga xos xususiyatlari va mumkin bo'lgan ko'zning namoyon bo'lishi (tirnash xususiyati, ko'zning qizarishi, ko'p oqindi bilan birgalikda ko'z qovoqlarining kuchli shishishi, ko'z atrofidagi og'riq, orqada begona jismning sezilishi) haqida ogohlantirish muhimdir. ko'z qovoqlari yoki miltillaganda yoqimsiz his-tuyg'ular va boshqalar), ularning zo'ravonlik darajasi bajarilgan operatsiyaning xususiyatlariga, shuningdek tananing jarrohlik jarohatiga individual sezgirligiga bog'liq.

- Bemorlarni ko'z ichi yallig'lanishini (endoftalmit) ko'rsatishi mumkin bo'lgan alomatlar haqida darhol xabar berishlari kerak: ko'zning og'rig'i yoki ko'zda noqulaylikning kuchayishi, ko'zning qizarishi, ko'rishning loyqaligi yoki pasayishi, yorug'likka sezgirlikning oshishi, "uchib ketish" sonining ko'payishi ko'zlar ko'rish sohasida

4. Reabilitatsiya bosqich va hajmlari.

Reabilitatsiya uy sharoitida (kasallik asoratlarsiz kechganida), ish joyida (asoratlarni yo'qligida) o'tkaziladi. Asoratlangan holatlarda davolash va reabilitatsiya poliklinikaning kunduzgi sharoitida yoki ihtisoslashtirilgan muassasalarda yotib davolanish sharoitida amalga oshirilishi lozim.

5. Darajani ko'rsatgan holda tibbiy profilaktika va reabilitatsiya taktikasi:

Katarakta oqibatida ko'rish qobiliyatini yo'qotgan bemor reabilitatsiyaning quyidagi turlaridan o'tadi: tibbiy — medikamentozli davolash;

pedagogik — sharoitlar o'zgartirilishi tufayli, bemor va uning qarindoshlarini yangi xayot tarziga o'rgatish; ruhiy — bemorning e'tiqodi, boislari, vaj-asoslari bilan ishlash;

ijtimoiy — ijtimoiy xodim yordami, bemorni ko‘rlik sharoitida yashashga moslashtirish, Brayl shriftini o‘qitish, yetaklovchi it bilan muloqotda bo‘lish, hassadan foydalanishni o‘rgatish, va hok.. Bemor mexnatga layoqatli yoshida bo‘lsa, oqilona ishga joylashtirish.

6. Bayonnomaning tashkiliy jihatlari:

6.1. Manfaatlar to‘qnashuvini yo‘qligi haqidagi ma‘lumot: manfaatlar to‘qnashuvi mavjud emas.

6.2. Ekspertlar haqidagi ma‘lumotlar (respublika va horijiy mutahassislar):

Nabiev Abduvali Mirzalievich – t.f.d., Toshkent viloyati ko‘z kasalliklari shifoxonasining bosh shifokori.

6.3. Bayonnomani qayta ko‘rib chiqish uchun shartlar: bayonnoma ishlab chiqilganidan so‘ng 3 yoki 5 yil o‘tgach, yoki isbotlanganlik darajasi bilan yangi usullarni mavjudligida qayta ko‘rib chiqiladi;

6.4. Foydalanilgan adabiyotlar ro‘yxati:

1. Koch DD, Liu JF. Multilamellarhydrodissection in phacoemulsification and planned extracapsular surgery. J Cataract Refract Surg 2011;16:559-62.
2. Peng Q, Apple DJ, Visessook N, et al. Surgical prevention of posterior capsule opacification. Part 2: Enhancement of cortical cleanup by focusing on hydrodissection. J Cataract Refract Surg 2010;26:188-97.
3. Vasavada AR, Dholakia SA, Raj SM, Singh R. Effect of cortical cleaving hydrodissection on posterior capsule opacification in age-related nuclear cataract. J Cataract Refract Surg 2010;32:1196-200.
4. Packer M, Fine IH, Hoffman RS, Smith JH. Techniques of phacoemulsification. In: Tasman W, Jaeger EA, eds. Duane's Ophthalmology on DVD-ROM. 2012 edition. Philadelphia, PA: Lippincott Williams & Wilkins, 2012.
5. Mardelli PG, Mehanna CJ. Phacoanaphylactoidophthalmitis secondary to capsular block syndrome. J Cataract Refract Surg 2012;33:921-2. 124
6. Chang DF, Masket S, Miller KM, et al, ASCRS Cataract Clinical Committee. Complications of sulcus placement of single-piece acrylic intraocular lenses: recommendations for backup IOL implantation following posterior capsule rupture. J Cataract Refract Surg 2012;35:1445-58. [III]
7. Hoffman RS, Fine IH, Packer M. Scleral fixation without conjunctival dissection. J Cataract Refract Surg 2012;32:1907-12.
8. Rainer G, Stifter E, Luksch A, Menapace R. Comparison of the effect of Viscoat and DuoVisc on postoperative intraocular pressure after small-incision cataract surgery. J Cataract Refract Surg 2012;34:253-7.
9. Lundstrom M, Wejde G, Stenevi U, et al. Endophthalmitis after cataract surgery: a nationwide prospective study evaluating incidence in relation to incision type and location. Ophthalmology 2012;114:866-70. [II+]

