

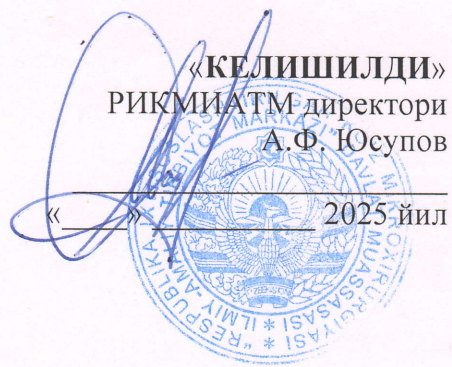
Ўзбекистон Республикаси
Соғлиқни сақлаш вазирининг
2025 йил "23" июндаги
180-сонли буйруғига
илова

**ЎЗБЕКИСТОН РЕСПУБЛИКАСИ СОҒЛИҚНИ САҚЛАШ ВАЗИРЛИГИ
РЕСПУБЛИКА ИХТИСОСЛАШТИРИЛГАН КЎЗ МИКРОХИРУРГИЯСИ
ИЛМИЙ-АМАЛИЙ ТИББИЁТ МАРКАЗИ**

**МИЛЛИЙ КЛИНИК ПРОТОКОЛ
«Конъюнктиванинг бошқа касалликлари (птеригиум,
конъюнктивадаги чандиқлари)»**

ТОШКЕНТ 2025

«КЕЛИШИЛДИ»
РИКМИАТМ директори
А.Ф. Юсупов



МИЛЛИЙ КЛИНИК ПРОТОКОЛ
**«Конъюнктиванинг бошқа касалликлари (птериgium,
конъюнктивадаги чандиқлари)»**

ТОШКЕНТ 2025

Мундарижа

Кириш қисми.....	5
Асосий қисм	10
Адабиётлар руйхати.....	15
Илова	20

Кириш қисми:

МКБ-10 бўйича кодлари:

H11.	– Конъюнктиванинг бошқа касалликлари
H11.0	– Птеригиум
H11.2	– Конъюнктив чандиқлари
https://normativ.kontur.ru/document?moduleId=1&documentId=71591	

МКБ-11 бўйича кодлари:

9A61	Конъюнктиванинг бошқа касалликлари
9A61.0	Птеригиум
9A61.3	Конъюнктив чандиқлари
https://icd.who.int/browse/2025-01/mms/ru#669367341	

Протоколни ишлаб чиқиш ва қайта кўриб чиқиш санаси: 2025 йил, қайта кўриб чиқиш санаси — 2030 йил ёки янги асосли далиллар пайдо бўлиши билан. Барча ўзгаришлар тегишли хужжатларда нашр қилинади.

Ушбу клиник протокол ва стандартни ишлаб чиқиш учун масъул муассаса: Кўз микрохирургияси бўйича Республика ихтисослаштирилган илмий-амалий тиббиёт маркази, Тошкент тиббиёт академияси.

Ишчи гуруҳ раҳбарлари:

№	Ф.И.О.	Лавозими	Иш жойи
1	Юсупов А.Ф.	- т.ф.д., профессор, директор	РИКМИАТМ
2	Каримова М.Х.	- т.ф.д., профессор	заместитель директора по научной работе РИКМИАТМ

Асосий муаллифлар рўйхати:

№	Ф.И.О.	Лавозими	Иш жойи
1	Билалов Э.Н.	– кафедра мудир, т.ф.д., профессор	ТТА
2	Миркомиллов Э.М.	– ассистент	ТТА

Такризчилар:

№	Ф.И.О.	Лавозими	Иш жойи
1	Нарзикулова К.И.	- т.ф.д., доцент	ТТА
2	Шустерев Ю.А.	- офтальмология кафедраси мудир, т.ф.д., профессор	Караганда тиббиёт университети

РИКМИАТМ – Республика ихтисослашган кўз микрохирургия илмий-амалий тиббиёт маркази

ТТА – Тошкент тиббиёт академияси

Клиник протокол ишчи гуруҳнинг якуний йиғилишида муҳокама қилинди ва тасдиқланиши учун норасмий консенсус орқали тавсия этилди. Йиғилишда олий ўқув юртларининг профессор-ўқитувчилар таркиби, соғлиқни сақлаш ташкилотчилари (РИКМИАТМ филиаллари директорлари ва уларнинг ўринбосарлари), худудий муассасалар шифокорлари онлайн-форматда иштирок этдилар.

Йиғилиш 2025 йил 26 майда бўлиб ўтди, №5 баённома. Ишчи гуруҳ раҳбари – тиббиёт фанлари доктори, профессор А.Ф. Юсупов, РИКМИАТМ директори.

Клиник протокол Республика ихтисослаштирилган кўз микрохирургияси илмий-амалий тиббиёт марказининг Илмий Кенгашида кўриб чиқилди ва тасдиқланди «__»_____ 2025 йилда, №__ баённома. Илмий Кенгаш раиси – тиббиёт фанлари доктори, профессор А.Ф. Юсупов.

Ташқи эксперт:

№	Ф.И.О.	Лавозими	Иш жойи
1	Бузруков Б.Т.	ТашПМИ болалар ва катталар офтальмология кафедраси мудири, т.ф.д., профессор	ТашПМИ

Қисқартмалар руйхати:

1. УБ – ультрабинафша нурланиш.

2. ТИД – тавсиялар ишонч даражалари.

** – ушбу белги препаратнинг йўриқномасига мувофиқ ҳолда қўлланилишини билдириш учун ишлатилади

– ушбу белги препаратнинг йўриқномасида кўрсатилмаган ҳолатларда қўлланилишини билдириш учун ишлатилади.

Протоколнинг мақсади: энг яхши мавжуд далилларни кўриб чиқиш, диагностика, даволаш ва конъюнктиванинг бошқа касалликлари (птериgium, конъюнктива чанликлари) билан боғлиқ касалликлар ва ҳолатларнинг олдини олиш бўйича ягона тизим ва ёндашувни жорий қилиш ва ташкил этиш.

Беморлар тоифаси: птериgium билан оғриган беморлар.

Клиник протоколнинг фойдаланувчилари: офтальмолог шифокорлар, оилавий шифокорлар, соғлиқни сақлаш ташкилотчилари, талабалар, клиник ординаторлар, магистрантлар, аспирантлар, тиббиёт олий ўқув юртлари ўқитувчилари, птериgium билан оғриган беморлар, уларнинг оила аъзолари ва парваришловчи шахслар.

Протокол тавсияларига риоя этиш:

Протоколда умумий тавсиялар келтирилган бўлиб, улар нашр қилинган вақтда мавжуд бўлган далиллар асосида ишлаб чиқилган.

Агар амалиётда ушбу протоколдаги тавсиялардан четга чиқиш қарори қабул қилинса, клиник шифокорлар беморнинг касаллик тарихида ёки амбулатор картасида қуйидагиларни қайд этишлари лозим:

– ушбу қарорни ким қабул қилганлиги;

– протоколдан четга чиқиш қарорига аниқ изоҳ;

– беморни юритиш бўйича қандай тавсиялар қабул қилинганлиги.

Тавсиялар клиник амалиётнинг барча жihatларини қамраб олмайди, бу эса шифокорлардан беморлар билан индивидуал ёндашувни муҳокама қилишларини талаб қилади, беморнинг эҳтиёжларини инобатга олган ҳолда ҳурмат ва махфийликка асосланган мулоқот тамойилларига риоя қилиш зарурлигини билдиради. Бу қуйидагиларни ўз ичига олади:

- зарурият бўлса, таржимон хизматидан фойдаланиш;
- беморни маслаҳатлаштириш ва маълум бир муолажа ёки тактикани амалга ошириш учун хабардорлик асосида розилик олиш;
- қонунчилик талаблари ва профессионал этика стандартларига мувофиқ парваришлашни таъминлаш;
- бошқа ва маҳаллий талабларга мувофиқ ҳолда юритиш ва парвариш қилиш тактикаларини ҳужжатлаштириш.

Профилактика, диагностика, даволаш ва реабилитация усуллари (профилактик, диагностик, даволаш, реабилитациявий тадбирлар) учун тавсиялар ишонч даражаларини баҳолаш шкаласи (ТИД):

ТИД	Шарҳ
А	Кучли тавсия (барча кўриб чиқиладиган самарадорлик мезонлари (натижалар) муҳим ҳисобланади, барча тадқиқотлар юқори ёки қониқарли методологик сифатга эга ва уларнинг хулосалари манфаатдор натижалар бўйича бир хил).
В	Шартли тавсия (барча кўриб чиқиладиган самарадорлик мезонлари (натижалар) муҳим эмас, барча тадқиқотлар юқори ёки қониқарли методологик сифатга эга эмас ва/ёки уларнинг хулосалари манфаатдор натижалар бўйича бир хил эмас).
С	Заиф тавсия (зарур даражадаги далиллар йўқлиги (барча кўриб чиқиладиган самарадорлик мезонлари (натижалар) муҳим эмас, барча тадқиқотлар паст методологик сифатга эга ва уларнинг хулосалари манфаатдор натижалар бўйича бир хил эмас).

Жадвал 2. Диагностика (диагностик тадбирлар) усуллари учун далилларнинг ишончлилик даражаларини баҳолаш шкаласи (ИДБ)

ИДБ	Шарх
1	Эталонли усул билан назорат қилинадиган тадқиқотларнинг тизимли шарҳлари ёки мета-таҳлилдан фойдаланилган ҳолда ўтказилган рандомизация қилинган клиник тадқиқотларнинг тизимли шарҳлари
2	Эталонли усул билан назорат қилинадиган алоҳида тадқиқотлар ёки алоҳида рандомизация қилинган клиник тадқиқотлар ҳамда рандомизация қилинган клиник тадқиқотлардан ташқари турли дизайнли тадқиқотларнинг тизимли шарҳлари (мета-таҳлил билан)
3	Эталонли усул билан изчил назорат қилинмаган тадқиқотлар ёки тадқиқотлар эталонли усул билан, лекин у тадқиқот қилинаётган усулдан мустақил бўлмаган ҳолларда; ёки рандомизация қилинмаган қиёсий тадқиқотлар, жумладан когортал тадқиқотлар
4	Қиёсий бўлмаган тадқиқотлар, клиник ҳолатларнинг тасвири
5	Фақат таъсир механизмининг асосланиши ёки мутахассислар фикри мавжуд.

Жадвал 3. Профилактика, даволаш ва реабилитация усуллари (профилактик, даволаш, реабилитациявий тадбирлар) учун далилларнинг ишончлилик даражаларини баҳолаш шкаласи (ИДБ)

ИДБ	Шарх
1	Мета-таҳлил қўлланилган ҳолда ўтказилган рандомизация қилинган клиник тадқиқотларнинг (РКИ) тизимли шарҳлари
2	Алоҳида РКИ ва рандомизация қилинмаган клиник тадқиқотлардан ташқари турли дизайнли тадқиқотларнинг мета-таҳлил билан ўтказилган тизимли шарҳлари
3	Рандомизация қилинмаган қиёсий тадқиқотлар, шу жумладан когортал тадқиқотлар
4	Қиёсий бўлмаган тадқиқотлар, клиник ҳолатлар ёки ҳолатлар сериясининг тасвири, "случай-назорат" тадқиқотлари
5	Фақат тадбирнинг таъсир механизмининг асосланиши (доклиник тадқиқотлар) ёки мутахассислар фикри мавжуд

Терминлар ва таърифлар

1. УБ — ультрабинафша нурланиш
2. ТИД — тавсиялар ишонч даражалари
3. ДИД — далилларнинг ишончлилиқ даражалари
4. ОКТ — оптик когерент томография
5. КИБ — кўз ичи босими
6. КТ — компьютер томографияси
7. ҚКС — қуруқ кўз синдроми
8. ФАГ — кўзнинг флюоресцент ангиографияси
9. РКТ — рандомизация қилинган клиник тадқиқотлар
10. УзРССВ — Ўзбекистон Республикаси Соғлиқни сақлаш вазирлиги
11. Эписклера — склеранинг юза қатлами
12. Псевдоптериgium — яллиғланиш ёки шикастланишдан кейин ривожланувчи ёлғон птериgium
13. Аутогрансплантат — дефектни барқарорлаштириш учун беморнинг ўз тўқимасини кўчириш
14. Кератотопография — қоровул шаклини ўрганиш учун инструментал усул
15. Фотодокументация — кўзнинг биомикрофотографияси динамикани кузатиш учун
16. Митомицин С — рецидивларни олдини олиш учун цитостатик дори
17. Авторефрактометрия — кўз рефракциясини объектив ўлчаш
18. Амниотик мембрана — қоровул пластикасида қўлланиладиган биоматериал
19. Алгоритм — шифокор ҳаракатларининг қадамли схемаси
20. Эпителлизацияни кучайтирадиган томчилар — қоровулнинг яхлитлигини тиклаш учун томчилар
21. Парастезия — уйушиш, шилдираш ҳисси
22. Конъюнктивал лоскути — кўчириш учун қўлланиладиган конъюнктива бўлаги

1. Қисқача маълумот касаллик ёки ҳолат ҳақида (касалликлар ёки ҳолатлар гуруҳи бўйича)

1.1 Касаллик ёки ҳолатнинг таърифи (касалликлар ёки ҳолатлар гуруҳи бўйича)

Птеригиум — учбурчак шаклидан ташқари, у кўзнинг интерпалпебрал ёриғида (қоровулнинг горизонтал ўқи бўйлаб) муайян жойлашуви билан ҳам характерланади. Бу унинг ривожланишида ташқи муҳит омилларининг муҳим ролини кўрсатади [1,5,9,14]. Птеригиумга ўхшаш (псевдоптеригиум) ҳолатлар бошқа меридианларда ҳам пайдо бўлиши мумкин. Псевдоптеригиум травматик, яллиғланишли ёки қон-томир патологиясига боғлиқ ривожланади ва ҳақиқий птеригиум ҳисобланмайди [41,44].

1.2 Касаллик этиологияси ва патогенези (касалликлар ёки ҳолатлар гуруҳи бўйича)

Птеригиум уч қисмдан иборат: қовуқ (қозырёк), бош қисми ва тана/дум қисми (бош, тана ва дум қисми деб ҳам айтилади). Қовуқ — кўз қоровулининг ёпиқ майдонида жойлашган олд қирра бўлиб, асосан боумен мембранага кириб борадиган фибробластлардан ташкил топган. Бош қисми — васкуляриланган қисм бўлиб, қовуқнинг орқасида жойлашган ва қоровулга маҳкам бириккан. Қоровулнинг олдинги стромаси (боумен мембранаси остида) фибробластлари ультрабинафша (УФ) нурланиши таъсирида фаоллашиб, боумен мембранаси тарқалишига сабаб бўлиши мумкин [3,27,29]. Шу билан бирга, тенон капсуласи птеригиумнинг эписклера қисми қуйидаги склерага бирикишини олдини олади [5,24]. Тана/дум қисми — булбар конъюнктиванинг ҳаракатчан қисми бўлиб, қуйидаги тўқимадан осон ажратилади [4,36,40]. Стокер чизиғи қоровулнинг қовуқ олди қисмида жойлашиб, темир тўпланиши билан характерланади ва птеригиумнинг сурункали, секин ўсувчи эканлигини кўрсатади.

1.3 Касаллик ёки ҳолат эпидемиологияси (касалликлар ёки ҳолатлар гуруҳи бўйича)

Птеригиум — кўз юзаси касалликларидан бўлиб, айниқса, қуёш нурланиши юқори бўлган ҳудудларда (экватор яқинида, иссиқ ва қуруқ иқлимда) кўп учрайди.

- Тарқалиши: турли манбаларда 1% дан 33% гача бўлиши мумкин.
- Ёш: кўпинча 40 ёшдан катта одамларда.
- Жинс: кўпинча эркекларда, очиқ ҳавода ишловчиларда.
- Хавф омиллари: УБ нурланишининг узоқ таъсири, чанг, шамол, конъюнктива микротравмалари.

Эҳтимол, энг муҳим кўзғатувчи омил — бу УБ нурланиши ҳисобланади [1,8]. Кўпчилик тадқиқотлар касалликнинг географик фарқларини кўрсатган. Экваторга яқин жойлашган давлатларда касаллик анча кўп учрайди (экватордан шимолий ва жанубий 40° чегараларда), тарқалиш 22% гача етади [9]. Ушбу ҳудуддан ташқарида жойлашган давлатларда (шимолий ёки жанубий кенгликларда) аҳоли ўртасида тарқалиш одатда 2% дан ошмайди. Илк патогенетик қарашлар птеригиум ривожланиши ва инсон турмуш тарзи ўртасида боғлиқлик мавжудлигини кўрсатган. Кўчада ишлайдиган, қуёш нурларига ёки чангга дуч келадиган одамларда, кўз юзаси ташқи омиллар таъсирида доимий равишда безовта бўлиб, птеригиум тез ривожланиши аниқланган [9]. Бундай ишларни кўпинча эркеклар бажаради. Шунинг учун, аёлларга қараганда, эркекларда касаллик кўп кузатилади [10]. Шунингдек, птеригиум баланд инсоляция билан боғлиқ бошқа патологик ҳолатлардан (масалан, пингвекула, лимбада пайдо бўлувчи гиалин тугунлар) ривожланиши мумкинлиги тахмин қилинган [11]. Птеригиум тана қисмида конъюнктива қон томирларида қон туриб қолиши кўп кузатилади, бу эса птеригиумнинг ўсишига медиал тўғри мушак фаолияти таъсир қилади деган фикрни уйғотган — у птеригиумнинг ўсиш зонасида жойлашган бўлиб, бу ерда қон айланиши бузилади [9]. Кўз ёши таркиби ва унинг ишлаб чиқарилиши птеригиум ривожланишига таъсир қиладигани, шунингдек кўзга яқин жойлашган тер

безлари томонидан чиқариладиган сут кислотасининг маҳаллий таъсири ҳақида ҳам хабарлар бор [12, 13]. Олиб борилган тадқиқотлар кўз куруқлиги белгилари билан птеригиум ўртасидаги боғлиқликни кўрсатган — масалан, кўз ёши пардасининг узилиш вақти қисқариши [13—15]. Бундай натижалар птеригиум кўз юзасининг умумий дисфункцияси ва сурункали яллиғланиш реакциясининг бир кўриниши эканлигини кўрсатади.

1.4 Касаллик ёки ҳолат классификацияси (касалликлар ёки ҳолатлар гуруҳи бўйича)

Традицион тарзда птеригиумнинг узунлигига қараб 5 даражага бўлинади:

I даража — бошланғич, нарастание фақат лимба кузатилади.

II даража — птеригиум бош қисми лимб ва ўртача кенгайган қиёсий зрачокнинг чегараси ўртасида жойлашган. Кўриш тезлиги 0,9—0,7 гача пасайиши мумкин.

III даража — птеригиум бош қисми қоровулда, оддий зрачок диаметрининг проекция чегарасида жойлашган бўлиб, кўриш тезлиги 0,5 гача тушиши мумкин.

IV даража — птеригиум бош қисми қоровул марказигача етиб боради, кўриш тезлиги 0,3—0,2.

V даража — птеригиум бош қисми қоровул марказидан ўтиб кетади ва янада кенгайиши мумкин, кўриш тезлиги 0,1 дан паст [34].

Замонавий чет эл классификацияси (Тап Н. ва ҳаммуаллифлар) птеригиумнинг ўсишга мойиллигини эписклера қон томирларининг ҳолатига қараб баҳолашни таклиф этади:

I даража — птеригиум шаффоф, атрофик, эписклера қон томирлари яхши кўринади. Ўсиш мойиллиги минимал.

II даража — ўртача, фаол. Птеригиум ярим шаффоф, тўсиқ бўлиб чиқиб туради, эписклера қон томирлари қисман кўринади.

III даража — юқори фаол. Птеригиум гўштли, ношаффоф, эписклера қон томирлари кўринмайди [35].

1.5 Касаллик ёки ҳолат клиник намоён бўлиши (касалликлар ёки ҳолатлар гуруҳи бўйича)

Касаллик оғриқсиз пайдо бўлади, аломатлар унинг ривожланиши жараёнида аста-секин намоён бўлади. Улар қуйидаги ноқулайлик ва оғриқли ҳислар билан характерланади:

- чет тана ҳисси (худди кўзда нарса бордек туюлиши);
- кўз ёши оқиши;
- куруқлик, безовталиқ, куйиш ва қичишиш;
- қоровулнинг хиралашиши;
- кўриш қобилиятининг пасайиши;
- астигматизмнинг пайдо бўлиши.

2. Касаллик ёки ҳолатни (касалликлар ёки ҳолатлар гуруҳи бўйича) ташхислаш, ташхис қўйиш учун тиббий кўрсатмалар ва қарши кўрсатмалар

Птеригиум ташхисини қўйиш учун қуйидаги мезонлар киритилган:

- шикоятлар ва касаллик тарихи таҳлили;
- офтальмологик кўрик маълумотлари;
- лаборатория ташхис таҳлиллари натижалари;
- инструментал ташхис таҳлиллари натижалари;
- дифференциал ташхис ўтказишда қўлланиладиган қўшимча ташхис таҳлиллари.

2.1 Шикоят ва анамнези

- Птеригиум билан касалланган барча беморларда ташхисни аниқлаш ёки тасдиқлаш учун анамнез ва шикоятларни йиғиш тавсия этилади [5,24].

Тавсиялар ишончлилик даражаси С (далиллар ишончлилик даражаси – 5)

Изоҳлар: кўз аъзоси томонидан шикоятлар қуйидагиларни ўз ичига олиши мумкин:

кўзнинг қизариши, безовталиқ, чет тана ҳисси («кўзда қум бордек туюлиши»), куруқлик, ноқулайлик, кўриш қобилиятининг пасайиши ва/ёки хиралашиши — бунда птеригиум оптик зонага ёйилганда кузатилади. Болаларда птеригиум кўпинча шикоятлар бўлмаслиги ёки уларни сезмаслиги мумкин.

Сўров пайтида хавф омиллари ва бирга кузатиладиган шикоятларга эътибор қаратиш керак:

доимий очиқ ҳавода бўлиш (ишлаш ёки яшашда кучли қуёш нурларига дучор бўлиш), доимий безовта қилувчи омиллар (чан, шамол, куруқ иқлим), шахсий ҳимоя воситаларидан (УФ-филтрли кўзойнак бор ёки йўқлиги) фойдаланиш, касбий зарарли омиллар, кўз жароҳатлари. Конъюнктива ва қоровулда аввал ўтказилган жарроҳлик амалиётлари (масалан, птеригиум операциясидан кейинги рецидивлар) ҳақидаги маълумотларни ҳам аниқлаш керак. Шунингдек, птеригиумнинг кечишига таъсир кўрсатиши мумкин бўлган умумий касалликлар (масалан, қандли диабет, автоиммун касалликлар) бор-йўқлигини ҳам аниқлаб чиқиш зарур.

2.2 Умумий кўрик

Касалликни аниқлаш учун ҳеч қандай махсус текширувлар талаб қилинмайди ва одатда кўз ва қовоқларнинг оддий кўриги билан тасдиқланади.

Кўз ва қовоқларни кўриш тавсия этилади. Птеригиумнинг ўлчами катталашиб, қуролсиз кўз билан ҳам кўрилади ва бу бемор учун косметик нуқсон ҳисобланади [36].

Птеригиум билан касалланган беморларни, айниқса рецидив берувчи шаклларда, ҳамроҳ яллиғланиш ёки касалликнинг кечишига таъсир кўрсатиши мумкин бўлган тизимли касалликлар (масалан, кўз қуриш синдроми, кўз юзаси яллиғланиш касалликлари, тизимли яллиғланиш касалликлари)дан шубҳаланилганда, ташхисни аниқлаш ва/ёки кейинги даволаш тактикасига аниқлик киритиш мақсадида ихтисослашган мутахассислар (офтальмолог, аллерголог, онколог, оториноларинголог, терапевт)га йўналтириш тавсия этилади.

Тавсиялар ишончлилик даражаси С (далиллар ишончлилик даражаси – 5)

Изоҳлар: ихтисослашган мутахассисни танлаш ҳамроҳ ҳолатлар (кўз қуриш синдроми, аллергик касалликлар, кўз юзаси сурункали яллиғланиш жараёнлари) ва асоратлар ривожланиш хавфи (рецидивлар, сурункали яллиғланиш, қоровулнинг зарарланиши) асосида белгиланади.

Лаборатор текширувлар

Клиник лаборатор таҳлиллар натижалари асосида птеригиум учун аниқ ташхис мезонлари мавжуд эмас.

Тавсиялар ишончлилик даражаси С (далиллар ишончлилик даражаси – 5)

2.3 Инструментал диагностик усуллар

Барча беморларда рефракция бузилишини баҳолаш мақсадида визометрия ўтказиш тавсия этилади [1-3].

Тавсиялар ишончлилик даражаси С (далиллар ишончлилик даражаси – 5)

Изоҳлар: птеригиумнинг кейинги ўсиши астигматизм ёки тўғридан тўғри оптик зонага кириб бориши сабабли кўриш қобилиятининг пасайишига олиб келиши мумкин. Қоровулнинг 3,5 мм дан ортиқ

зарарланиши (типик қоровул радиусининг ярми), одатда, 1 диоптриядан ортиқ астигматизм билан боғлиқ бўлиб, кўриш қобилиятининг бузилишини келтириб чиқаради [2].

Птеригиумда астигматизм ривожланиш хавфини аниқлаш мақсадида барча беморларда рефракцияни ўрганиш тавсия этилади [2].

Тавсиялар ишончлилик даражаси С (далиллар ишончлилик даражаси – 5)

Изоҳлар: ушбу текширув авторефрактометр ёки скиаскопия орқали ўтказилади, бемор энг яхши кўришга эришган энг кичик манфий ёки мусбат линза аниқланади.

Барча беморларда кўзнинг муҳитлари ва тузилмаларини баҳолаш учун биомикроскопия ўтказиш тавсия этилади [2].

Тавсиялар ишончлилик даражаси С (далиллар ишончлилик даражаси – 5)

Изоҳлар: кўз муҳитлари ва тузилмаларининг биомикроскопик ўзгаришлари 1.6 бўлимда баён этилган.

2.5. Бошқа диагностик текширувлар

Птеригиумда ташхисни аниқлаш, қоровул зарарланиш даражасини баҳолаш ёки кўз юзаси билан боғлиқ қўшимча касалликларни аниқлаш зарур бўлганда қўшимча текширув усулларини ўтказиш тавсия этилади:

- **Кератотопография:** қоровулнинг эгрилигини батафсил баҳолаш ва птеригиум сабабчи бўлган эҳтимолий астигматизмни аниқлаш учун.
- **ОКТ (оптик когерент томография):** птеригиумнинг қалинлигини ва қоровулдаги иштирокини баҳолаш учун.
- **Фотодокументация (биомикрофотография):** птеригиумнинг ўлчамлари ва ўсиш динамикасини объектив тарзда қайд этиш учун.
- **Конъюнктивадан соскоб** (ўсмали ўзгаришлардан шубҳаланилганда) — цитологик таҳлил учун юборилади.

Тавсиялар ишончлилик даражаси С (далиллар ишончлилик даражаси – 5)

Изоҳлар: Бу текширувларни ўтказиш касалликнинг клиник манзараси, босқичи, шунингдек, жарроҳлик аралашувини режалаштириш ва операциядан кейин рецидив хавфини баҳолаш учун тавсия этилади.

Дифференциал ташхис ва қўшимча текширувларни ўтказиш асосланиши

Ташхис	Дифференциал ташхис учун асослар	Текширувлар	Ташхисдан чиқариш мезонлари
Птеригиум (конъюнктива ўсмаларидан дифференциал ташхис)	Конъюнктива дубликатурасининг тез ўсиши, кучли васкуляризация	Конъюнктива дубликатурасининг биопсияси	Ўзгарган хужайраларнинг аниқлаш

лозим. Маҳаллий анестетиклар қўлланилганда реанимация ускуналари бўлиши зарур. Лидокаинни миастения гравис, эпилепсия, сурункали юрак етишмовчилиги, брадикардия ва нафас олиш функциясининг сусайиши бўлган беморларда эҳтиёткорлик билан қўллаш тавсия этилади, шунингдек, Лидокаиннинг биокирувчанлигини оширадиган, таъсирини кучайтирадиган (масалан, фенитоин) ёки чиқарилишини узайтирувчи (масалан, жигар ёки буйрак етишмовчилигида) дори воситалари билан биргаликда эҳтиёткорлик билан қўлланилиши лозим. АТХ коди: N01BB02.

Тавсиялар ишончлилик даражаси А (далиллар ишончлилик даражаси – 3)

Операция техникаси. Птериgiumни аутопластика билан олиб ташлаш қуйидагича амалга оширилади. Эпibuльбар анестезия остида птериgium танаси атрофидаги тўқима билан бирга асосидан 2 мм ва ёнлардан 1 мм масофада ажратиб кесилади. Птериgiumнинг бош қисми эгри восита билан ажратиб олинади, сўнгра қоровул эпителийи соғлом тўқималаргача тозаланади. Лимбдан 2 мм пастда конъюнктивадан донор тўқима олиб ташланади. Донор тўқима сифатида конъюнктива қўлланилади. Трансплантатнинг ўлчами конъюнктива дефектининг ўлчамига 1 мм қўшиб ҳисобланади, чунки кўчирилган лоскут ётқизилганда қисқариш рўй беради. Тайёрланган трансплантат қоровулдаги жойга жойлаштирилади ва конъюнктивга 8,00 ўлчамли қовузиқ шовлар билан маҳкамланади. Шовлар 10-чи куни олиб ташланади.

4. Тиббий реабилитация ва санатор-курорт даволаш, реабилитация усулларини қўллаш учун тиббий кўрсатмалар ва қарши кўрсатмалар, табиий шифобахш омиллардан фойдаланишга асосланган реабилитация усулларини қўллаш ҳолатлари

Махсус реабилитация талаб этилмайди

Тавсиялар ишончлилик даражаси С (далиллар ишончлилик даражаси – 4)

5. Профилактика ва диспансер кузатуви, профилактика усулларини қўллаш учун тиббий кўрсатмалар ва қарши кўрсатмалар

Касалликнинг кечиши ва натижасига таъсир кўрсатувчи қўшимча маълумотлар Конъюнктива трансплантати ҳолатини мониторинг қилиш.

Тавсиялар ишончлилик даражаси А (далиллар ишончлилик даражаси – 3). Бу ортиқча қуёш ёки шамол таъсири билан боғлиқ бўлиши мумкин. Шунга қўра, кун давомида бўйин панжаралари билан ҳимоя кўзойнақларини ва/ёки кенг бошлиқ шляпаларни тақиш, шунингдек, сунъий кўз ёши томчиларини қўллаш птериgium пайдо бўлишини олдини олиш ёки унинг янада ўсишини тўхтатишга ёрдам беради. Серфингчилар ва бошқа сув спорти билан шуғулланувчи спортчилар ҳам сувда 100% УФ-нурларини тўсиб қўядиган ҳимоя кўзойнақларини тақишлари керак. Бу кўзойнақлар кўп ҳолларда қор спортчилари томонидан ҳам қўлланилади. Қуёшда ишлаш ёки ўйин билан шуғулланиш орқали юкори хавфга эга бўлган кўпчилик одамлар ҳимоянинг аҳамиятини етарли даражада тушунмайди.

6. Тиббий ёрдам кўрсатишни ташкил этиш

Птериgiumда режали тиббий ёрдам амбулатор ва стационар шароитда амалга оширилади.

Тиббий ёрдам кўрсатиш босқичлари:

1. Бирламчи тиббий ёрдам
2. Амбулатор-поликлиник ёрдами
3. Стационар ёрдами

Птериgium билан касалланган беморларни шифохонага ётқизиш учун тиббий кўрсатмалар:

Птериgiumли беморларга стационар шароитда тиббий ёрдам қуйидаги ҳолатларда кўрсатилади:

- Птериgiumнинг кўриш учун хавфли даражада ўсиши (роговицанинг оптик зонасига таъсир

қилиши).

- Птеригиумнинг яллиғланиши тез-тез рецидив бериши.
- Хирургик аралашув зарурлиги (птеригиумни кесиб ташлаш ва конъюнктива трансплантацияси, рецидивларни олдини олиш учун антипролифератив терапиядан фойдаланиш).

Режали госпитализация птеригиумнинг оператив даволаниши ва асоратлар (рецидивлар, кўришнинг ёмонлашиши)ни олдини олиш мақсадида амалга оширилади.

Беморни шифохонадан чиқариш учун асослар:

тўлиқ соғайиш ёки офтальмологик ҳолатнинг яхшиланиши (птеригиум йўқолиши, яллиғланиш белгилари бўлмаслиги, кўриш тезкорлиги яхшиланиши ёки барқарорлашиши)

7. Қўшимча маълумотлар (жумладан, касалликнинг ёки ҳолатнинг натижасига таъсир қилувчи омиллар)

Ҳозирги пайтда птеригиумнинг эрта аниқланиши ва замонавий медикаментоз ҳамда хирургик даволаш усуллари туфайли кўпчилик беморларда прогноз ижобий ҳисобланади. Прогноз кўп жиҳатдан птеригиумнинг босқичи ва ўсиш даражаси, шунингдек, хирургик аралашувнинг ўз вақтида ва тўлиқ бажарилишига боғлиқ. Яхши функционал прогнознинг предикторлари сифатида птеригиумнинг бошланғич босқичи, ўлчамларининг кичиклиги, роговицанинг оптик зонасига таъсир қилмаслиги ва птеригиумнинг конъюнктива аутотрансплантацияси билан ўз вақтида олиб ташланиши ҳисобланади.

Ёмон функционал прогнознинг предикторлари қуйидагилар ҳисобланади: кўриш ўқи учун хавfli бўлган птеригиумнинг ўсиши, хирургик даволашдан кейинги рецидивлар, шифокорга кеч мурожаат қилиш ва кўз юзасидаги сурункали яллиғланиш жараёнлари.

Тиббий ёрдам сифати баҳолаш мезонлари

№	Мезонлар сифати	Баҳолаш
1.	Бемордан махсус шикоятлар тўғрисида сўров ўтказилди	Ха/Йўқ
2.	Птеригиум ривожланиш хавфи омиллари мавжудлиги ёки йўқлиги акс эттирилган анамнез тўпланди	Ха/Йўқ
3.	Кўзнинг олд сегментини щелевой лампа ёрдамида кўрикдан ўтказиш амалга оширилди	Ха/Йўқ
4.	Кўрсатмалар бўлган тақдирда консерватив даволаш ўтказилди	Ха/Йўқ
5.	Хирургик даволаш	Ха/Йўқ
6.	Операциядан кейин 10 кун ўтиб, шовларни олиш учун беморга офтальмологга назорат кўриги тайинланди	Ха/Йўқ

8. Адабиётлар руйхати

1. Билалов Э.Н., Оптимальное лечение больных с птеригиумом, Медицинские науки, 11-13, 2012.
2. Билалов Э.Н., Бахритдинова Ф.А., Локальная микроциркуляция ц лиц с первичным птеригиумом по данным флюоресцеин – ангиографических исследований, Вестник офтальмологии, 2005.
3. Hovanesian J. Pterygium: Techniques and Technologies for Surgical Success. Thorofare, NJ: SLACK; 2012.
4. Hilgers J: Pterygium: its incidence, heredity and etiology. *Am J Ophthalmol.* 1960;50:635-644.
5. Spencer WH, Zimmerman LE. Conjunctiva. In: *Ophthalmic Pathology.* Spencer WH, ed. Vol 1. W.B. Saunders, Philadelphia, PA, 1985:174-175.
6. Austin P, Jakobiec FA, Iwamoto T. Elastodysplasia and elastodystrophy as the pathologic bases of ocular pterygia and pinguecula. *Ophthalmology.* 1983;90:96-109.
7. Kawano K, Uehara F, Ohba N. Lectin-cytochemical study on epithelial mucus glycoprotein of conjunctiva and pterygium. *Exp Eye Res.* 1988;47:43-51.
8. Kaneko M. Proteoglycans from pterygium tissues. *Ophthalmic Res.* 1987;19:170-177.
9. Coroneo M, Di Girolamo N, Wakefield D. The pathogenesis of pterygia. *Current Opinion in Ophthalmology.* 1999;10(4):282-288. <https://doi.org/10.1097/00055735-199908000-00011>
10. Hilgers J. Pterygium: its incidence, heredity and etiology. *Am J Ophthalmol.* 1960;50:635-644.
11. Mackenzie F, Hirst L, Battistutta D, Green A. Risk Analysis in the Development of Pterygia. *Ophthalmology.* 1992;99(7):1056-1061. [https://doi.org/10.1016/s0161-6420\(92\)31850-0](https://doi.org/10.1016/s0161-6420(92)31850-0)
12. Jaros PA, De Luise VP. Pingueculae and pterygia. *Surv Ophthalmol.* 1988;33:41-49.
13. Kadayifcilar S, Orhan M, Irkec M. Tear functions in patients with pterygium. *Acta Ophthalmol Scand.* 1998;76(2):176-179. <https://doi.org/10.1034/j.1600-0420.1998.760210.x>
14. Biender B, Biger Y, Rothkoff L, Sachs U. Pterygium and basic tear secretion. *Ann Ophthalmol.* 1979;11:1235-1236.
15. Петраевский А.В., Тришкин К.С. Патогенетическая связь птеригиума и синдрома сухого глаза (клинико-цитологическое исследование). Вестник офтальмологии. 2014;(1):52-56.
16. Тахчиди Х.П., Малюгин Б., Аскерова С.М. Комплексное хирургическое лечение птеригиума, сочетанного с синдромом сухого глаза. Рефракционная хирургия и офтальмология. 2004;(4):20-23.
17. Detorakis E, Sourvinos G, Spandidos D. Detection of Herpes Simplex Virus and Human Papilloma Virus in Ophthalmic Pterygium. *Cornea.* 2001;20(2):164-167. <https://doi.org/10.1097/00003226-200103000-00010>
18. Gallagher MJ, Giannoudis A, Herrington CS and Hiscott P. Human papillomavirus in pterygium. *Br J Ophthalmol.* 2001;85(7):782-784. <https://doi.org/10.1136/bjo.85.7.782>
19. Piras F. Detection of human papillomavirus DNA in pterygia from different geographical regions. *British Journal of Ophthalmology.* 2003;87(7):864-866. <https://doi.org/10.1136/bjo.87.7.864>
20. Detorakis E, Sourvinos G, Tsampralakis J, Spandidos D. Evaluation of loss of heterozygosity and microsatellite instability in human pterygium: clinical correlations. *British Journal of Ophthalmology.* 1998;82(11):1324-1328. <https://doi.org/10.1136/bjo.82.11.1324>

21. Diponegoro RMA and Mulock-Houwer AW. A statistical contribution to the study of the aetiology of pterygium. *Folia Ophthalmol Orient*. 1936;2:195-210.
22. Kwok LS, Coroneo MT. A model for pterygium formation. *Cornea*. 1994;13:219-224.
23. Coroneo MT. Pterygium as an early indicator of ultraviolet insolation: a hypothesis. *Br J Ophthalmol*. 1993;77:734-739.
24. Said T, Dutot M, Martin C et al. Cytoprotective effect against UV-induced DNA damage and oxidative stress: Role of new biological UV filter. *European Journal of Pharmaceutical Sciences*. 2007;30(3-4):203-210. <https://doi.org/10.1016/j.ejps.2006.11.001>
25. Weinberg E. The therapeutic potential of lactoferrin. *Expert Opinion on Investigational Drugs*. 2003;12(5):841-851. <https://doi.org/10.1517/13543784.12.5.841>
26. Ang L, Chua J, Tan D. Current concepts and techniques in pterygium treatment. *Current Opinion in Ophthalmology*. 2007;18(4):308-313. <https://doi.org/10.1097/icu.0b013e3281a7ecbb>
27. Di Girolamo N, Chui J, Coroneo M, Wakefield D. Pathogenesis of pterygia: role of cytokines, growth factors, and matrix metalloproteinases. *Progress in Retinal and Eye Research*. 2004;23(2):195-228. <https://doi.org/10.1016/j.preteyeres.2004.02.002>
28. Ashcroft M, Vousden K. Regulation of p53 stability. *Oncogene*. 1999;18(53):7637-7643. <https://doi.org/10.1038/sj.onc.1203012>
29. Tan D, Lim A, Goh H, Smith D. Abnormal Expression of the p53 Tumor Suppressor Gene in the Conjunctiva of Patients With Pterygium. *American Journal of Ophthalmology*. 1997;123(3):404-405. [https://doi.org/10.1016/s0002-9394\(14\)70141-2](https://doi.org/10.1016/s0002-9394(14)70141-2)
30. Barr R, Walker S, Tsang W et al. Suppressed Alloantigen Presentation, Increased TNF- α , IL-1, IL-1Ra, IL-10, and Modulation of TNF-R in UV-Irradiated Human Skin. *Journal of Investigative Dermatology*. 1999;112(5):692-698. <https://doi.org/10.1046/j.1523-1747.1999.00570.x>
31. Nishida T, Nakamura M, Mishima H, Otori T. Interleukin 6 promotes epithelial migration by a fibronectin-dependent mechanism. *J Cell Physiol*. 1992;153(1):1-5. <https://doi.org/10.1002/jcp.1041530102>
32. Strieter RM, Kunkel SL, Elnor VM, Martonyi CL, Koch AE, Polverini PJ and Elnor SG. Interleukin-8. A corneal factor that induces neovascularization. *Am J Pathol*. 1992;141:1279-1284.
33. Blandschun R, Sunderkotter C, Brenneisen P et al. Vascular endothelial growth factor causally contributes to the angiogenic response upon ultraviolet B irradiation in vivo. *Br J Dermatol*. 2002;146(4):581-587. <https://doi.org/10.1046/j.1365-2133.2002.04669.x>
34. Lee D, Cho H, Kim J, Choi J, Joo C. Expression of Vascular Endothelial Growth Factor and Inducible Nitric Oxide Synthase in Pterygia. *Cornea*. 2001;20(7):738-742. <https://doi.org/10.1097/00003226-200110000-00013>
35. Титаренко З.Д., Гончар П.Ф., Титаренко И.В. Птериgium. Кишинев; 1993.
36. Tan D. Effect of Pterygium Morphology on Pterygium Recurrence in a Controlled Trial Comparing Conjunctival Autografting With Bare Sclera Excision. *Archives of Ophthalmology*. 1997;115(10):1235. <https://doi.org/10.1001/archopht.1997.01100160405001>
37. Hirst L. The Treatment Of Pterygium. *Survey of Ophthalmology*. 2003;48(2):145-180. [https://doi.org/10.1016/s0039-6257\(02\)00463-0](https://doi.org/10.1016/s0039-6257(02)00463-0)
38. Vorkas AP. Pterygium. Choice of operation. *Trans Ophthalmol Soc*. 1981; 101:192-194.

39. De Ocampo G and Fojas MR: Studies on the bare sclera technique of pterygium operation. *Philipp J Surg.* 1960;15:327-332.
40. Anduze A. Conjunctival flaps for pterygium surgery. *Annals of Ophthalmology.* 2006;38(3):219-223. <https://doi.org/10.1007/s12009-006-0008-z>
41. Lee J, Kim J. Progenitor Cells in Healing after Pterygium Excision. *Yonsei Medical Journal.* 2007;48(1):48. <https://doi.org/10.3349/ymj.2007.48.1.48>
42. Starck T, Kenyon KR, Serrano F. Conjunctival autograft for primary and recurrent pterygia: Surgical technique and problem management. *Cornea.* 1991;10:196-202.
43. Hirst L. Prospective Study of Primary Pterygium Surgery using Pterygium Extended Removal Followed by Extended Conjunctival Transplantation. *Ophthalmology.* 2008;115(10):1663-1672. <https://doi.org/10.1016/j.ophtha.2008.03.012>
44. Каспаров А.А., Труфанов С.В. Использование консервированной амниотической мембраны для реконструкции поверхности переднего отрезка глазного яблока. *Вестник офтальмологии.* 2001;(3):45-47.
45. Каспаров А.А., Труфанов С.В. Кератопластика с перелимбальной амниопластикой при грубых васкуляризованных бельмах роговицы. *Рефракционная хирургия и офтальмология.* 2005;(1):52-55.
46. Walkow T, Daniel J, Meyer C, Rodrigues E, Mennel S. Long-Term Results After Bare Sclera Pterygium Resection With Excimer Smoothing and Local Application of Mitomycin C. *Cornea.* 2005;24(4):378-381. <https://doi.org/10.1097/01.ico.0000151540.69994.ef>
47. Карамян А.А., Алиев А.Г., Алиев А.-Г.Д., Суханова Е.В. Изучение влияния птеригиума на аберрации оптической системы глаза и возможности минимизации аберраций в хирургии птеригиума. *Российский офтальмологический журнал.* 2008;(2):3-7.
48. Das S, Ramamurthy B, Sangwan V. Deep Lamellar Keratoplasty for Recurrent Advanced Pterygium. *Ophthalmic Surg Lasers Imaging.* 2009;40(1):43-45. <https://doi.org/10.3928/15428877-20090101-06>
49. Ozgurhan E, Kara N, Yildirim A, Bozkurt E, Demirok, Alkin Z. Diamond burr superficial keratectomy with mitomycin C for corneal scarring and high corneal astigmatism after pterygium excision. *OPTH.* 2013:951. <https://doi.org/10.2147/opth.s45748>

Илова А1. Клиник тавсияларни ишлаб чиқиш ва қайта кўриб чиқиш бўйича ишчи гуруҳ таркиби:

- 1.
- 2.
- 3.
- 4....

Манфаатлар тўқнашуви: йўқ

Илова А2. Клиник тавсияларни ишлаб чиқиш методологияси

Мазкур клиник тавсияларнинг мақсадли аудиторияси:

- Офтальмолог шифокорлар;
- Умумий амалиёт шифокорлари (оилавий шифокорлар)

Далилларни йиғиш/танлаб олишда қўлланилган усуллар: электрон маълумотлар базаларида қидириш, Ўзбекистон ва хориждаги ноинфекцион увеитлар муаммосига бағишланган замонавий илмий ишланмаларни таҳлил қилиш; ўзбек ва хорижий мутахассисларнинг амалий тажрибаларини умумлаштириш; кутубхона ресурслари. Далилларни йиғиш/танлаб олишда қўлланилган усуллар тавсифи: тавсиялар учун далиллар базаси сифатида Кохрейн кутубхонаси, EMBASE ва MEDLINE маълумотлар базаларига кирган нашрлар, шунингдек, ушбу мавзудаги етакчи ихтисослаштирилган рецензияланган маҳаллий тиббий журналлардаги монографиялар ва мақолалардан фойдаланилди. Қидириш чуқурлиги 10 йилни ташкил қилди. Далилларнинг сифати ва кучини баҳолашда қўлланилган усуллар: мутахассислар консенсуси, уларнинг аҳамиятини рейтинг схемасига мувофиқ баҳолаш.

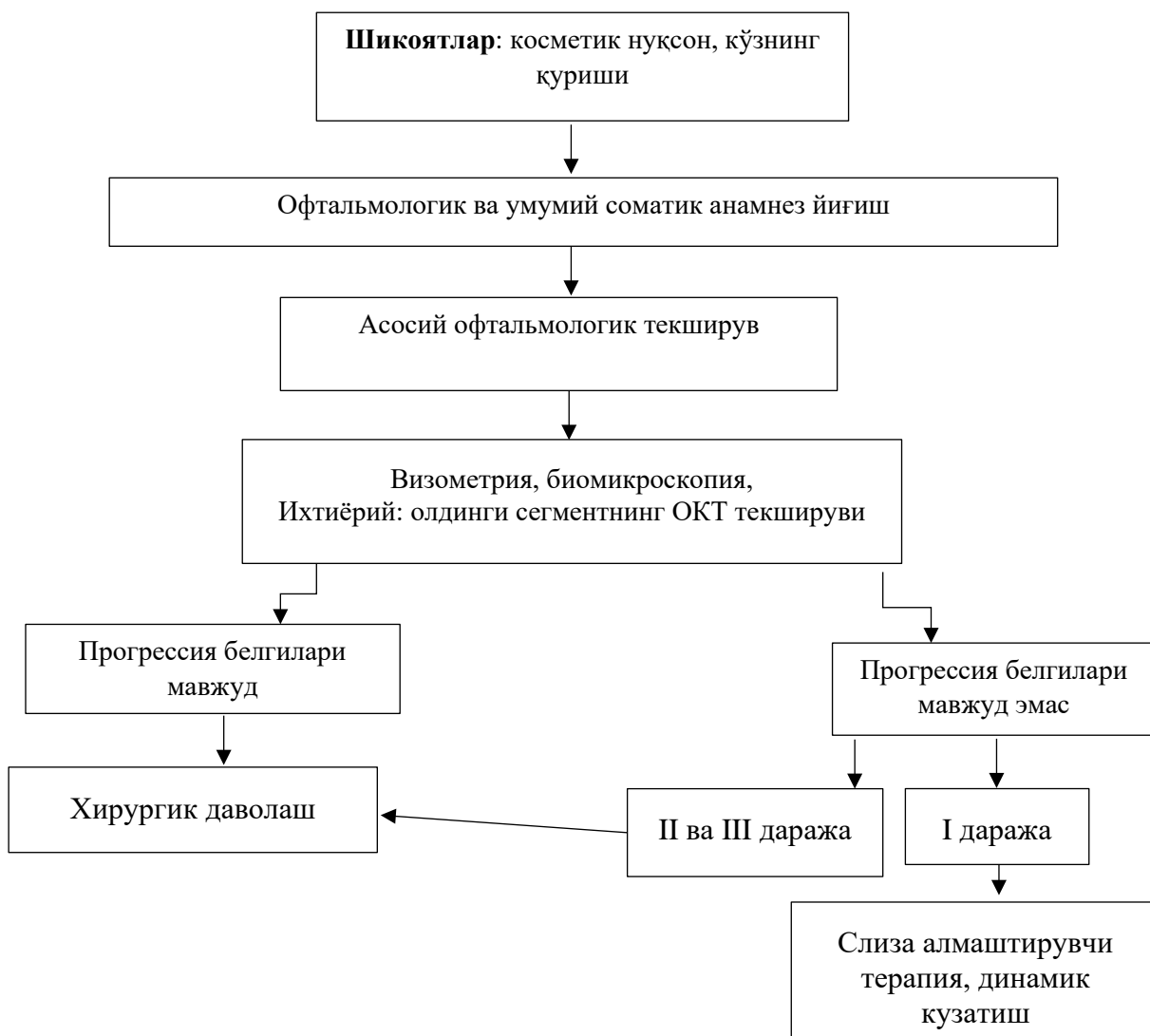
Илова АЗ. Қўлланма материаллар,

шу жумладан қўлланиш кўрсатмалари ва қарши кўрсатмалар, дори воситаларини қўллаш усуллари ва дозалари, дори воситасини қўллаш бўйича йўриқномалар:

- 1.
- 2.
- 3.
4. (амалдаги меъёрий буйруқлар, САН Пин УзССВни ўз ичига олган ҳолда)

Илова Б. Шифокорнинг ҳаракатлар алгоритми

Алгоритм 1. Птеригиум билан касалланган беморларнинг диагностика ва даволаш схемаси



Илова В. Бемор учун маълумотлар

Птеригиум нима?

Птеригиум — кўз шиллик пардасининг ноодатий ўсиши бўлиб, қизил ва оқ рангда бўлади ва кўзнинг қорақалқонига қўшилиб кетади. Одатда бу ҳолат кўзнинг ички томонида (бурин томонида) ривожланади, аммо баъзида ташқи томонда ёки икки кўзда ҳам пайдо бўлиши мумкин.

Птеригиум ўсиши оғриқсиз кечади, унинг ўсиши билан қўшимча ноқулайликлар пайдо бўлиши мумкин: кўздан ёш оқиши, қизариш, безовталиқ, ёт жисм ҳисси, қуруқлик. Қаттиқ ҳолатларда птеригиум кўз қорақалқонининг кўриш қисмига етиб бориб, астигматизмни ривожлантириши ва кўришни сусайтириши мумкин.

Нима учун птеригиум пайдо бўлади ва унинг хавф омиллари нима?

Птеригиумнинг аниқ сабаби номаълум. Бироқ, унинг асосий хавф омилларидан бири узок вақт давомида қуёш нурлари таъсирида бўлиш ва кўз қуриши ҳисобланади. Шунинг учун, кўпинча птеригиум кўп вақт очик ҳавода ишлайдиган ёки яшайдиган одамларда пайдо бўлади. Шу билан бирга, чанг, ёғоч ва турли хил кимёвий моддалар таъсири ҳам птеригиумнинг ривожланишига ҳисса қўшиши мумкин.

Птеригиум тарқалиши жойнинг географик хусусиятларига кўп боғлиқ. Баъзи ҳудудларда аҳолининг катта қисмида учраши мумкин.

Қандай қилиб ташхис қўйилади?

Птеригиумни аниқлаш учун ҳеч қандай махсус текширув талаб этилмайди. Одатда, шифокорнинг кўз ва қовоқларни оддий кўз билан кўриши билан аниқланади.

Қандай қилиб даволаш мумкин?

Агар птеригиум кичик бўлса, уни махсус даволаш шарт эмас. Кўзни намлаш учун турли хил ёғлаш воситалари (сўзувчи кўз ёшлари) қўлланилиши мумкин. Аммо, ҳеч қандай дорилар птеригиумни тўлиқ йўқ қила олмайди. Агар птеригиум ўсиб борса ва кўришга таъсир этадиган бўлса, уни олиб ташлаш учун жарроҳлик амалиёти ўтказиш керак бўлади. Бу жараёнда ўзингизнинг соғлом шиллик пардангиздан трансплантат (ауто трансплантат) олиб ўтказилади. Бу амалиёт жуда эҳтиёткорлик билан ўтказилиши керак, чунки птеригиум тўлиқ олиб ташланмаса, унинг қайта пайдо бўлиши мумкин.

Птеригиумнинг олдини олиш мумкинми?

Ҳимоя воситалари — қуёш нурларидан ҳимоя қилувчи махсус кўзойнақлар, бели кенг қалпоқлар ва сунъий кўз ёшлари каби воситалардан фойдаланиш птеригиумнинг ривожланиши хавфини камайтиради.

Агар птеригиум кичик бўлиб, жарроҳлик талаб қилинмаса, офтальмолог доимий равишда назорат қилиб туриши керак. Шунингдек, птеригиум бўлганлар доимо ўз кўзларидаги ўзгаришларга эътибор беришлари ва бирор ноқулайлик сезилса, шифокорга мурожаат қилишлари зарур.

Илова Г1 – ГN. Қўшимча баҳолаш воситалари, сўровномалар ва бошқа баҳолаш воситалари клиник тавсияларда баён этилган.

ВПКда ҳужайравий реакцияни баҳолаш мезонлари, ВПКда экссудацияни баҳолаш мезонлари ва кўз ойнасимон жисмда ҳужайравий яллиғланиш реакциясини баҳолаш мезонлари АЗ иловасида берилган