

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

“ШИШАСИМОН ТАНА КАСАЛЛИКЛАРИ”
НОЗОЛОГИЯСИ БЎЙИЧА
МИЛЛИЙ КЛИНИК ПРОТОКОЛ

ТОШКЕНТ 2025

«ТАСДИҚЛАЙМАН»
Республика ихтисослаштирилган
кўз микрохирургияси илмий-амалий
гиббнет маркази
директори А.Ф.Юсупов



2025 йил

“ШИШАСИМОН ТАНА КАСАЛЛИКЛАРИ”
НОЗОЛОГИЯСИ БЎЙИЧА
МИЛЛИЙ КЛИНИК ПРОТОКОЛ

Мундарижа

«ШИШАСИМОН ТАНА КАСАЛЛИКЛАРИ» НОЗОЛОГИЯСИНИНГ ТАШҲИСЛАШ ВА
ДАВОЛАШ УЧУН МИЛЛИЙ КЛИНИК ПРОТОКОЛИ.

..... 5

«ШИШАСИМОН ТАНА КАСАЛЛИКЛАРИ» НОЗОЛОГИЯСИНИНГ ТИББИЙ
АРАЛАШУВЛАР УЧУН МИЛЛИЙ КЛИНИК

ПРОТОКОЛИ..... 19

«ШИШАСИМОН ТАНА КАСАЛЛИКЛАРИ» НОЗОЛОГИЯСИНИНГ ПРОФИЛАКТИКА ВА
РЕАБИЛИТАЦИЯ УЧУН МИЛЛИЙ КЛИНИК ПРОТОКОЛИ.

..... 32

5. Кириш қисми

Шишасимон тана касалликлари (ШТ) шаффофликнинг бузилиши ва Шишасимон тана танасининг табиий тузилишидаги ўзгаришдир. Кўз олмасини тўлдирадиган гелга ўхшаш тузилишда кўзнинг ички қобиғини тортадиган турли хил хираликлар ва қўшимчалар, иплар ёки доғлар пайдо бўлади – бу тур пардага ёруғликни бир хил, яхши тушишига халақит беради ва кўриш ўткирлигини пасайишига олиб келади.

3) ИСД-10 кодлари:

H43-H43.9 Шишасимон тана касалликлари	
Юклаб олинг (ИСБ) сс лйка)	хттпс://ГЭСунд.бунд.де/ру/исд-соде-суче/х43
Х43.0	Шишасимон танани структурасини бузилиши (пролапс)
Х43.1	Шишасимон танага қон қуйилиши
Х43.2	Шишасимон танадаги кристалл бирикмалар
Х43.3	Шишасимон тананинг шаффофлигини бузилишлари
Х43.8	Шишасимон тананинг бошқа касалликлари
Х43.9	Шишасимон тананинг сабаби аниқланмаган касалликлари

9B8Y — Shishasimon tanasi kasalliklari boshqa aniqlangan <https://mkb11.online/109750>

9B8Z — Shishasimon tanasi kasalliklari boshqa aniqlanganmagan <https://mkb11.online/109751>

Протоколни қайта кўриб чиқиш: ишлаб чиқилган 2025й.

Протоколни ишлаб чиқиш учун мас'ул муассаса: ТХКМРМ

Клиник протокол ва стандартларни ишлаб чиқиш иштирокчилари:

Офтальмология соҳасида жараёни ташкил этиш бўйича ишчи гуруҳ а'золари

1. Комилов Х.М.	- Ўзбекистон Қаҳрамони, Тиббиёт ходимларини касбий малакасини ривожлантириш маркази офтальмология кафедраси мудир, тиббиёт фанлари доктори., профессор
2. Қосимова М.С.	– Тиббиёт ходимларини касбий малакасини ривожлантириш маркази, офтальмология кафедраси профессори, тиббиёт фанлари доктори, профессор
3. Хамраева Г.Х.	– Тиббиёт ходимларини касбий малакасини ривожлантириш маркази, офтальмология кафедраси доценти, тиббиёт фанлари доктори, доцент
4. Норматова Н.М.	– Тиббиёт ходимларини касбий малакасини ривожлантириш маркази офтальмология кафедраси доценти, тиббиёт фанлари доктори, доцент.
5. Бабахонова Д.М.	– Тиббиёт ходимларини касбий малакасини ривожлантириш маркази офтальмология кафедраси доценти, т.ф.н., доцент.
6. Мақсудова Л.М.	– Тиббиёт ходимларини касбий малакасини ривожлантириш маркази офтальмология кафедраси доценти, тиббиёт фанлари доктори, доцент.
7. Ҳақимова З.К.	— Тиббиёт ходимларини касбий малакасини ривожлантириш маркази офтальмология кафедраси доценти, тиббиёт фанлари доктори, доцент.

Муаллифлар ро'йхати:

1. Комилов Х.М.	- Ўзбекистон Қахрамони, тиббиёт фанлари доктори, профессор, Тиббиёт ходимларини касбий малакасини ривожлантириш маркази, офталмология кафедраси мудир
2. Қосимова М.С.	Тиббиёт ходимларини касбий малакасини ривожлантириш маркази, офталмология кафедраси профессори, тиббиёт фанлари доктори.
3. Хамраева Г.Х.	– Тиббиёт ходимларини касбий малакасини ривожлантириш маркази, офталмология кафедраси доценти, тиббиёт фанлари доктори.
4. Норматова Н.М.	– Тиббиёт ходимларини касбий малакасини ривожлантириш маркази, офталмология кафедраси доценти, тиббиёт фанлари доктори, доцент.
5. Бабаханова Д.М.	– Тиббиёт ходимларини касбий малакасини ривожлантириш маркази, офталмология кафедраси доценти, т.ф.н.,доцент.
6 . Ҳакимова З.К.	— Тиббиёт ходимларини касбий малакасини ривожлантириш маркази офталмология кафедраси доценти, тиббиёт фанлари доктори, доцент.

Такризчилар :

Закирхўжаев Р.А.	Ўзбекистон Республикаси Соғлиқни сақлаш вазирлиги ТМА офталмология кафедраси доценти , тиббиёт фанлари доктори.
Бузруков Б.Т.	– ТошПТИ офталмология ва болалар офталмологияси кафедраси мудир , тиббиёт фанлари доктори, доцент
Бойко Э.В.	Россия Соғлиқни сақлаш вазирлиги, Шимоли-ғарбий давлат тиббиёт университети офталмология кафедраси мудир, тиббиёт фанлари доктори, профессор.

Протоколни қайта кўриб чиқиш ва тасдиқлаш: ишлаб чиқилган 2025йил.

РИКМИАТМ ЦОМС ва илмий кенгашининг 2025 йил 2 февралдаги 2-сонли йиғилишида кўриб чиқилди .

Техник кўриб чиқиш ва тахрирлаш:

1. Тиббиёт ходимларини касбий малакасини ривожлантириш маркази,офталмология кафедраси доценти, тиббиёт фанлари доктори. Мақсудова Л.М.

Тошкент шаҳри ва Тошкент вилояти амалий соғлиқни сақлаш сектори вакиллари билан биргаликда клиник баённомаларнинг қабул қилиниши ва амалий қўлланилиши баҳоланди.

Амалиётчилар:

- 1. Икромов О.И. — фалсафа фанлари доктори (PhD), РКОБ бош врач.**
- 2. Комилова Г.М – РКОБ даволаш ишлари бўйича масул шифокор**

Протоколда ишлатиладиган қисқартмалар :

СТ	- шишасимон танаси;
СТСБ	- шишасимон танани структурасини бузилиши;
УТТ	- ультра-товушли тадқиқот;
ООКЎ	- олди ва орқа кесимларнинг ўлчами ;
ОШТ А	- орқа шишасимонтана кўчиши ;
ОКТ	- оптик когерент томография;
ВРЖ	- витреотўр пардал жарроҳлик;
ДИВИО	- дориларни интравитреал юбориш;
НСЯҚД	- ностероид яллиғланишга қарши дорилар.
ДМШ	- диабетик макула шиши.
	7

Ушбу ташхис/нозология протоколи фойдаланувчилари:

1. Офталмологлар
2. Терапевтлар;
3. Умумий амалиёт шифокорлари (оилавий шифокорлар);
4. Клиник фармакологлар;
5. Тиббиёт олий ўқув юртрларининг талабалари, резидентлари, аспирантлари, ўқитувчилари;

Бемор тоифаси:

Шишасимон тана касалликлари (ШТ) билан оғриган беморлар:

ШТни кўчиши, гемофтальм – ШТ га қон қуйилишлар, ШТ деструкциялари ва бошқалар.

Диагностика усуллари (диагностик чоралар) (ДД) далиллари даражасини баҳолаш шкаласи

УДД	Далиллар даражаси
1	Малумот усулидан фойдаланган ҳолда назорат қилинадиган синовларни тизимли кўриб чиқиш ёки мета-таҳлил ёрдамида рандомизатсияланган клиник тадқиқотларни тизимли кўриб чиқиш.
2	Индивидуал ма'лумотнома- назорат остидаги тадқиқотлар ёки индивидуал рандомизатсияланган клиник синовлар ва мета-таҳлил ёрдамида рандомизатсияланган клиник синовлардан ташқари ҳар қандай дизайндаги тадқиқотларни тизимли кўриб чиқиш
3	Малумот усули бўйича кетма-кет назоратсиз тадқиқотлар ёки ўрганилаётган усулдан мустақил бўлмаган мос ёзувлар усули билан тадқиқотлар ёки тасодифий бўлмаган қиёсий тадқиқотлар, шу жумладан коҳорт тадқиқотлари
4	Қиёсий бўлмаган тадқиқотлар, клиник ҳолат ҳисоботи
5	Ҳаракат механизми ёки эксперт хулосаси учун фақат мантикий асос мавжуд

Профилактик, терапевтик ва реабилитатсия тадбирлари учун далиллар даражасини (ЛЕ) баҳолаш учун шкала

УДД	Декодлаш
1	Мета-таҳлил ёрдамида РСТларни тизимли кўриб чиқиш
2	Танланган РСТлар ва мета-таҳлил ёрдамида РСТлардан ташқари ҳар қандай дизайндаги тадқиқотларни тизимли кўриб чиқиш
3	Тасодифий бўлмаган қиёсий тадқиқотлар, шу жумладан. коҳорт тадқиқотлари
4	Қиёсий бўлмаган тадқиқотлар, мисоллар ҳисоботлари ёки ҳолатлар серияси, вазиятни назорат қилиш бўйича тадқиқотлар
5	Фақат аралашувнинг та'сир қилиш механизми (клиникгача тадқиқотлар) ёки эксперт хулосаси учун асос мавжуд

Профилактик, диагностика, терапевтик ва реабилитатсия тадбирлари бўйича тавсиялар (СЛР) далилларнинг исботланганлик даражасини баҳолаш шкаласи

СИД	Декодлаш
-----	----------

А	Кучли тавсия (барча самарадорлик чора-тадбирлари (натижалари) муҳим, барча тадқиқотлар юқори ёки адолатли услубий сифатга эга ва уларнинг қизиқиш натижалари бўйича хулосалари изчил)
Б	Шартли тавсиялар (кўриб чиқилган барча самарадорлик чоралари (натижалари) муҳим эмас, барча тадқиқотлар юқори ёки адолатли услубий сифатга эга эмас ва/ёки уларнинг қизиқиш натижалари бўйича хулосалари мос келмайди)
С	Заиф тавсия (адекват сифатли далилларнинг йўқлиги (кўриб чиқилган барча самарадорлик чоралари (натижалари) муҳим эмас, барча тадқиқотлар паст услубий сифатга эга ва уларнинг қизиқиш натижалари бўйича хулосалари изчил эмас)

2. Асосий қисм.

2.1 Кириш. Шишасимон тана касалликларига қуйидагилар киради:

Ҳ43. Шишасимон тананинг деструкцияси: Шишасимон танасининг кўзнинг олд камерасига патологик проекцияси. Касалликнинг асосий клиник кўринишлари кўриш ўткирлигининг пасайиши, кўзлар олдида "туман" ёки "парда" пайдо бўлиши ва бош холатлар билан ифодаланади. Касалликнинг этиологияси тўлиқ тушунилмаган. Олимларнинг фикрича, бириктирувчи тўқима патологиялари бўлган одамларда бундай холатлар шишасимон танада ривожланиши хавфи юқори. Юқори миопия ва узоқ муддатли кўз гипертензияси бўлган беморларда касалликнинг мураккаб шаклини ривожланиш эҳтимоли ортади.

Шишасимон тана деструкциясининг пайдо бўлишининг асосий сабаблари қуйидагилардир:

- **Кўз олмасига кириб борувчи яра.** Тешилган яра билан Шишасимон тана танасининг чегара пардасининг яхлитлиги бузилади, бу эса шишасимон тана танаси таркибининг силлик ҳаракатига олиб келади.

- **Жарроҳлик аралашувлар.** Шишасимон тана чурраси офталмологик патология бўлиб, у кўпинча катаракт операцияси пайтида юзага келадиган асорат ҳисобланади. 20% ҳолларда интраоператив вискоэластик ювиш ШТ чурраси шаклланишига олиб келади. Кўзнинг контузияси билан кўз ичи тузилмалари механик босим туфайли деформатсияланади ва ИОП кескин ортади.

Шишасимон тана танаси кўзнинг олдинги қутбига қараб ҳаракат қилади ва қисман кўз қорачиғидан ташқарига чиқади. Чурра нуқсонининг олдинги юзасининг шох парда эндотелияси билан алоқаси унинг шишишига олиб келади. Бу визуал дисфункциянинг ривожланишига олиб келади. Иккиламчи катарактани жарроҳлик даволаш пайтида кўз ичи линзалари (ИОЛ) силжиши мумкин. У кўз олмасининг орқа қутбига силжиганида шишасимон танаси шикастланади. Иккиламчи шишасимон чурраларнинг тарқалиши офталмологияда микрожарроҳлик усуллари кенг қўлланилиши туфайли сезиларли даражада камайди.

- **Кўзнинг нуқсонлари.** Кўз олмасининг туғма аномалиялари, масалан, микрофталм ва рангдор парда колобомаси, кўпинча Шишасимон тана нинг олдинги силжиши билан бирга келади. Колобома билан рангдор парда нуқсони худудидида чурра чиқиши аниқланади.

Таснифи (этиологияси, босқичлари бўйича).

Шишасимон тана чурраси одатда орттирилган касалликдир. Туғма шакл жуда кам учрайди ва ҳар доим жиддий кўз нуқсонлари фонида юзага келади. Патологиянинг мураккаб ва оддий шакллари мавжуд. Вужудга келган вақтга кўра, операциядан кейинги кўрсаткичлар эрта ва кеч деб таснифланади.

Клиник нуқтаи назардан, чурранинг қуйидаги турлари ажратилади:

Бу касалликнинг энг қулай варианты бўлиб, олдинги мембрананинг яхлитлигини бузиш билан бирга келмайди. Бўртиб чиққан чурра рангдор парданинг кўз қорачиғига оғишадиган

кичик "пүфакча" га ўхшайди; Кўзнинг олд камераси патологик жараёнда иштирок этмайди.

Ушбу турдаги чурра олдинги чекловчи пластинканинг шикастланиши билан мураккаблашади. Шишасимон тананинг конденсацияси мембрананинг кучини пасайишига олиб келади. Энг нозик нуқтада чизикли бўшлиқ зонаси ҳосил бўлади. Шишасимон тана элементлари олд камерага эркин кириб боради ва унда эркин жойлашади.

Клиник кўриниш

Клиник кўриниш тўғридан-тўғри касалликнинг шаклига боғлиқ. Катта нуқсон шох парданинг орқа юзаси билан алоқа қилганда, беморлар "туман" кўриниши ва кўриш ўткирлигини пасайиши ҳақида шикоят қиладилар. Яқин атрофдаги расмга қарашга ҳаракат қилганингизда, аломатлар янада аниқроқ бўлади ва кўзнинг зўриқиши бош оғриғи ва бош айланишига олиб келиши мумкин. Мураккаб чурра билан, кўришнинг бузилишидан ташқари, биз кўзлар олдида сузувчи кўринишини кузатамиз.

Мумкин бўлган асоратлар

Касаллик кўпинча чекловчи мембрананинг ёрилиши билан мураккаблашади. Патологиянинг травматик генезиси билан бегона жисмлар кўпинча кўзга киради, бу эса ҳалокатли ўзгаришларнинг ўсишига ёрдам беради. Рангдор парданинг шикастланиши билан Шишасимон тана танасида нафақат қон, балки пигментли қўшимчалар ҳам топилади. Энг ноқулай асоратлар иккиламчи глаукома ва тўр пардал кучишлардир. Кўз қорачиғининг шакли кўпинча бузилади. Кўз ичи гидродинамикасининг бузилиши офталмик гипертензия ривожланишига олиб келади. Шишасимон чурра шох парда билан алоқа қилганда, эндотелиал - эпителиал шох парда дистрофияси ривожланади.

Ҳ43.1 Шишасимон танага қон қуйилиши - гемофтальм.

гемофтальм қоннинг шишасимон тана ичига оқиши ёки кўз ичидаги шишасимон тана танасининг атрофида ва ичидаги жойларда қоннинг тўпланиши билан боғлиқ.

Гемофтальмнинг сабаблари: шишасимон қон кетишига олиб келадиган кўплаб омиллар маълум. Катталардаги энг кенг тарқалган сабаб диабетик ретинопатиядир. Қандли диабет билан оғриган одамнинг кўзининг орқа қисмида ғайритабиий қон томирлари пайдо бўлиши мумкин. Бу янги қон томирлари заиф ва ёрилиши ва қон кетишига мойил. Ба'зи жароҳатлар кўзнинг орқа қисмидаги қон томирларининг қон кетишига олиб келиши мумкин. Шикастланиш ёшларда шишасимон танага қон қуйилишини асосий сабабидир. Кўзнинг тўр пардасидаги тешик кўздан суюқликнинг тўр пардаси остига оқиб кетишига олиб келиши мумкин, бу эса тўр парданинг кўчишига олиб келади. Бу содир бўлганда, тўр пардал қон томирларидан қон Шишасимон танага оқиб чиқиши мумкин. Шишасимон қон қуйилишини камроқ тарқалган сабаблари 6,4-18% ҳолларда ва қуйидагиларни ўз ичига олади: пролифератив ретинопатия, макроаневризма, ёшга боғлиқ макула дегенерацияси, Терсон синдроми, кўчиш ёки марказий тўр пардал вена тромбози натижасида пайдо бўлган тўр пардал неоваскуляризацияси.

Гемофтальмнинг белгилари: шишасимон танага қон қуйилишини умумий белгилари қуйидагилардан иборат: кўришнинг хираланиши, шишасимон тананинг майдони бўйлаб сузиб юривчи доғлар, тўрсимон лойқаланишлар, кўриш майдонида қизғиш ранг, фотопсия - периферик кўришда қисқа ёруғлик чакнашлари. Енгил ҳолат кўпинча кўриш соҳасида қора чизикчаларга шикоятга олиб келади, оғир ҳолатларда шишасимон танага қон қуйилишлар эса кўришни сезиларли даражада пасайишига олиб келиши мумкин.

Диагностика. Шишасимон танага қон қуйилиши кўзни текшириш пайтида симптомларни аниқлаш, шунингдек, сабабни аниқлаш учун тестларни ўтказиш орқали аниқланади.

Усуллар, ёндашувлар ва диагностика жараёнлари.

Шишасимон тана танаси касалликларининг диагностик мезонлари инструментал текширувлар пайтида аниқланиши мумкин: офталмоскопия, кўз олмасининг ултратовуш текшируви, оптик когерент томография.

Визометрия – яқин ва узоқ масофада кўришни ўткирлигини коррекция ва коррекциясиз аниқлаш. Текширув ҳарфлар ёки рақамлардан иборат махсус жадваллар ёрдамида амалга оширилади. Болаларга ташхис қўйиш учун ҳайвонлар ва нарсаларнинг тасвирлари қўлланилади.

Периметрия - периметр ёрдамида кўриш майдонларини ўрганиш. Периметр ярим шар бўлиб, унинг ичида ёруғлик белгилари ёнади. Беморнинг вазифаси бу ярим шарнинг марказидан кўзларини узмасдан, барча "чироқларни" кўришдир.

Тонометрия - бу кўз ичи босимини ўлчаш. Текширув шох пардага махсус оғирликларни қўйиш (Маклаков тонометрияси) ёки контактсиз (пневмотонометр билан) амалга оширилади. Жараённинг моҳияти шох парданинг ташқи та'сирларга жавобини аниқлашдан иборат - кўз ичи босими қанчалик баланд бўлса, кўз мембраналарининг ташқи босимга чидамлилиги шунчалик кучли бўлади.

Юқорида санаб ўтилган учта тадқиқот ўзига хос эмас ва офталмолог томонидан стандарт текширувга киритилган.

Биомикроскопия - тирқишли чироқ (микроскоп) орқали кўзни текшириш. Шишасимон тана танасининг бир ҳил тузилишининг ўзгариши, сузувчи хираликлар, иплар ва доғлар аниқланади.

Офталмоскопия - бу кўзнинг орқа қисмини (шиша танаси ва тўр пардаси) текшириш бўлиб, унинг давомида бузилиш белгиларидан ташқари, кўз ёши ва тўр парданинг кўчишини кўриш мумкин. Шикоятларнинг биринчи пайдо бўлишида офталмоскопия қилиш керак ва шишасимон тана лойқаланиши ташхиси қўйилади. Периферик қисмларда дистрофиялар, ёрилишлар ва тўр парданинг кўчишини истисно қилиш учун тадқиқотни Голдманн линзалари ёрдамида ўтказиш тавсия этилади .

Кўз олмасининг ултратовуш текшируви - бу оптик муҳит шаффоф бўлмаганда амалга оширилиши мумкин бўлган тадқиқот. Шаффофлик шох парданинг хиралашиши, катаракта ёки шишасимон танага қон қуйилиши туфайли юзага келади. Ушбу усул нафақат сузувчи хираликларни ва шишасимон ипларни, балки кўзнинг тўр пардаси кўчишини, ўсмалар ва кўз ва унинг атрофидаги тўқималарнинг бегона жисмларини ҳам аниқлаши мумкин [12].

ОСТ (оптик когерент томография) энг юқори аниқликка эга бўлган усулдир, аммо кўзнинг оптик муҳити шаффоф бўлмаганда қўлланилмайди. Шишасимон тана танасининг ўлчамини, шакли ва тузилишини, тўр пардада энг кичик ўзгаришларни кўрсатади, бу марказий қисмларнинг патологиясида айниқса муҳимдир [13]. Усул кўзнинг ички тузилмаларини юқори аниқликдаги (10 микрондан кам) юқори тезликда (секундига 100 000 сканергача) ёруғлик билан сканерлашга асосланган бўлиб, бу компьютерда ишлов берилгандан сўнг 2Д ёки Тўр парда ва кўрув нерви дискининг 3Д модели.

Гемофтальмнинг асосий аломати кўришнинг хиралигига шикоят қилишдир: кўплаб "сузувчи" хираликларнинг пайдо бўлишидан тортиб кўриш ўткирлигини сезиларли даражада пасайишигача, ҳатто ёруғликни идрок этишигача . Буларнинг барчаси Шишасимон тана даги қон миқдорига боғлиқ.

Одатда гемофтальм оғриқ билан бирга келмайди. Гемофтальмия билан оғриган беморлар кўриш соҳасидаги лойқалик ва сузувчилар, фотофобия, кўз олдида соялар ёки ўргимчак тўрлари пайдо бўлишидан шикоят қиладилар. Жиддий қон кетишлар ёруғликни сезишни йўқолиши даражасига

кадар кўришни сезиларли даражада камайтиради.

Шишасимон танада қўйилган қон ҳажмига қараб, фарқланади:

- қисман (қон кетиш кўз олмасининг тўртдан бир қисмини эгаллайди)
- субтотал (75% шишасимон структуранинг тўртдан уч қисмигача)
- тотал (қоннинг 75% нинг 3/4 қисмига тарқалиши билан)
- Биринчи ҳолда, кўришнинг бузилиши кўринадиган объектларнинг тиниқлигини йўқотиши, "сузувчи доиралар" пайдо бўлиши, кўзлар олдида "парда" ва қизғиш рангдаги кўриниш билан бирга келади.
- Патологиянинг субтотал тури кўришнинг сезиларли даражада йўқолиши билан тавсифланади, умумий ташхис эса тўлиқ кўрликни кўрсатади.
- Одатда, кўздан қон кетиши фақат битта кўзда содир бўлади. Жуда камдан-кам ҳолларда касаллик иккала кўзга ҳам та'сир қилади, агар травматик сабабларга кўра бўлмаса.
- Патология кўзнинг пастки қисмига қон доғининг силжиши туфайли кўтарилган бош билан ухлашдан кейин кўришнинг бироз яхшиланиши билан тавсифланади.

Биринчи ҳолда, кўришнинг бузилиши кўринадиган объектларнинг тиниқлигини йўқотиши, "сузувчи доиралар" пайдо бўлиши, кўзлар олдида "парда" ва қизғиш рангдаги кўриниш билан бирга келади.

Патологиянинг субтотал тури кўришнинг сезиларли даражада йўқолиши билан тавсифланади, умумий ташхис эса тўлиқ кўрликни кўрсатади.

Одатда, кўздан қон кетиши фақат битта кўзда содир бўлади. Жуда камдан-кам ҳолларда касаллик иккала кўзга ҳам та'сир қилади, агар травматик сабабларга кўра бўлмаса.

Патология кўзнинг пастки қисмига қон доғининг силжиши туфайли кўтарилган бош билан ухлашдан кейин кўришнинг бироз яхшиланиши билан тавсифланади.

Касалликнинг клиник кечиши:

Энг оғир - кўришнинг тўлиқ йўқолиши. Шуниси э'тиборга лойиқки, ихтисослаштирилган жарроҳлик шифохонасида ўз вақтида ва тўғри тиббий ёрдам кўрсатиш билан прогноз одатда яхши натижа беради.

Ҳ43.2-3 Шишасимон танани деструкцияси (ШТД)

Тавсиф Шишасимон танани (ШТД) толаларини лойқаланиши (лат. myodesopsia) - одам томонидан ишлар шаклида кўринадиган, "жун толалари", аниқ, донадор, чанг, тугунли ёки кўз шаклида кузатилган кўзнинг шишасимон танаси толаларининг хираланиши. Кўзларнинг ҳаракатидан кейин, ҳар томонга сузувчи игнага ўхшаш ипсимон лойқаланишлар кузатилади. Бу ҳодиса "сузувчи хираликлар" (инглизча floaters), "учиб юрувчи чивинлар" (лат. muscae volitantes) деб аталади. Беморларга кўра, "чивин, ўргимчак тўрлари, нукталар, чизиклар, кўзлардаги чанг" деб ҳам аталади. Офтальмологлар томонидан ташхис қўйилганда, кўп ҳолларда у ШТД сифатида белгиланади.

Сабаблари

Шишасимон тана танасининг деструкцияси бир қатор сабабларга кўра юзага келади. Улардан энг кенг тарқалгани шишасимон танадаги ёшга боғлиқ ўзгаришлар бўлиб, иккинчиси кўпинча 40-60 ёшда бошланади. Ногиронликка олиб келиши мумкин бўлган бошқа сабаблар қаторида турли хил қон томир бузилишларини (шу жумладан вегетатив-қон томир дистонияси, артериал гипертензия, қон томирларидаги дегенератив ўзгаришлар), сервикал остеохондроз, кучли эндокрин ва метаболик ўзгаришлар (балоғат ёши, ҳомиладорлик, гормонал дориларни қабул қилиш) ва касалликлар (қандли диабет), бош жароҳатлари, кўз ва бурун жароҳатлари (шу

жумладан кўз ва бурун операциялари), жисмоний чарчоқ, дистрофия, кўзнинг тез-тез ва узок муддатли зўриқишлари, узок муддатли жисмоний ва психо-эмоционал стресс, олдинги инфекцияларнинг оқибатлари, паразитлар (токсоплазмоз), организмга юқори радиация ва токсик таъсир.

"Учиб кетадиган доғлар" нинг тўсатдан пайдо бўлиши тўр пардал ёки Шишасимон тана кўчишининг хабарчиси бўлиши мумкин. Шу билан бирга, "сузувчилар" дан ташқари, одамлар шишасимон танада ҳосил бўлган бўшлиқлар туфайли ёруғлик чакнаши ёки "чақмоқ" каби нарсаларни бошдан кечиришади. Тўр пардал кўчишлар - бу кўришнинг тўлиқ йўқолишига таҳдид соладиган жиддий патология.

Клиник ҳолат

Шишасимон тана танаси шаффоф, аваскуляр желатинли модда бўлиб, кўзнинг тўр пардаси ва линзалари орасидаги бўшлиқни тўлдирди. Одатда, Шишасимон тана танаси бутунлай шаффофдир. Шишасимон тананинг суюқ қисми ёпишқоқ гиалурон кислотаси, зардоб оксиллари излари, аскорбин кислота, тузлар ва бошқа моддалардан иборат бўлиб, ингичка оксил толалари рамкасига ўралган.

Шишасимон танани деструкцияси - бу алоҳида толалар қалинлашиши ва шаффофлигини йўқотиши туфайли кўзнинг шишасимон танасининг тўрсимон тузилишининг ўзгариши. Шишасимон тананинг суюлтирилиши билан боғлиқ бўлган ҳолларда, унинг толалари кўпинча бир-бирига ёпишиб, "саккиз оёқ", "ўргимчаклар", "хромосомалар", "палма дарахтлари" шаклидаги тўқималарни ҳосил қилади кислота - коллаген комплекси, бунда Шишасимон тана танаси икки қисмга бўлиниб, қалин ва суюқ бир хиллигини йўқотади: Шишасимон тана суюлтирилганда, сузувчилардан ташқари, "чақмоқ" ёки "чақмоқ" деб аталадиган нарсалар кузатилади, бу кўрув нервининг шишасимон танада "оптик бўшлиқлар" мавжудлигига ғайритабиий реаксияси бўлиб, улар томонидан мия "чақмоқ" ёки "чақмоқ"каби сезилади. Булутсимон хиралашиш, айниқса, ёрқин осмон, қор ёки ёритилган оқ девор ва шифт каби ёрқин, тоза юзада кўринади. Кам ёруғлик ва атрофдаги маконнинг бир хил ёруғлигида хиралик одатда одамлар томонидан умуман сезилмайди. Бироқ, агар бирор киши уларни сезса, улар қаттиқ асабийлашишга олиб келади. Кўз ҳаракатидан кейин булутли заррачаларнинг ҳаракати туфайли бундай заррачага э'тибор қаратиш ва уни тўғри текшириш қийин бўлиши мумкин. Кумуш ёки олтин душ шаклида шишасимон танани йўқ қилиш холестерин, калтсий, магний ва фосфор тузларининг кристалли қўшимчалари мавжуд бўлганда, холестерин алмашинуви бузилган кекса беморларда ва қандли диабет билан бирга келади. Биомикроскопия ялтироқ зарраларни, кўз олмалари ҳаракатланаётганда ҳаракатланадиган "кумуш (олтин) ёмғир" ёки "рақсга тушадиган қор парчаларини" аниқлайди. Бу кристаллар турли ўлчамларга, шаклларга (нуқталар, шарлар, плиталар шаклида), рангларга (қор-оқ, олтин, жигарранг) эга. Кўзлардаги "сузувчилар" ҳақида гапирганда, одамлар кўпинча шишасимон танани деструкцияси аломатларини чалкаштириб юборишади. Вақтинчалик оптик эффектлар билан, масалан, қуёшга ёки бошқа ёрқин ёруғлик манбасига қарашда қоладиган оғирликларни кўтаришда пайдо бўладиган "учкунлар", қон босимининг кескин ўзгариши ёки бошга зарбалар ёруғлик шароитида шишасимон танани деструкциясида хираликлар доимо кўринади.

Шишасимон тана деструкциясининг таснифи ва ривожланиш босқичлари

Деструкция турига қараб, қуйидаги шакллар ажратилади:

- [миопия](#) ва [атеросклерозли](#) кекса одамларда ривожланади ;
- гранўлер (сузувчи доғлар ва пуфакчалар кўринади, шу жумладан катта шаклланишларга

- бирлаштирилган) - кўпинча яллиғланишли кўз касалликлари фонида пайдо бўлади;
- кристалли (кристалларнинг суспензияси кўринади) - холестерин, тирозин ёки калтсий кристалларининг конлари.

Агар патологик жараён Шишасимон тана танасининг фақат ма'лум бир соҳасига та'сир қилса, унда улар қисманлойкаланиш ҳақида гапирилади, агар тулик шишасимон танани эгаллаган бўлса тўлиқ деструкция бўлади.

Касалликнинг босқичлари:

7. Бошланғич (Шишасимон тана тананинг суюқланиши) - суюқлик билан тўлдирилган оптик бўш бўшлиқларнинг шаклланиши содир бўлади.
8. Ривожланган (гижимланган) - шишасимон танаси қалинлашади ва ҳажми камаяди, тузилишини йўқотади, "колипинии" йўқотади ва кўпол хираликлар аллақачон эркин сузиб юради.
9. шишасимон танани орқасидан кўчиши - шишасимон тана кўз олмасининг орқа қутбидан ажралиб чиқади.

2.2. Диагностика усуллари, ёндашувлари ва процедуралари

Диагностика

Асосий ва кўшимча диагностика тадбирлари рўйхати.

Амбулатория шароитида ўтказиладиган асосий (мажбурий) диагностика текширувлари [3,4,5]:

- визометрия (коррекция ва коррекциясиз) (УД – С)[6] *;
- авторефрактометрия ёки скиаскопия (УД – С)[6];
- тонометрия (контактсиз) (УД – С)[6];
- биомикроскопия (УД – С)[6];
- офталмоскопия (УД – С)[6];
- периметрия (УД – С)[6];

Амбулатория шароитида ўтказиладиган кўшимча диагностика текширувлари:

- Кўз олмасининг ултратовуш текшируви (УД – С)[6];
- МРТ ва орбитал соҳанинг КТ (УД – С)[6]*;
- Резе* бўйича орбита рентгенографияси.

Режали касалхонага ётқизиш учун юборилганда ўтказилиши керак бўлган текширувларнинг минимал рўйхати: соғлиқни сақлаш соҳасидаги ваколатли органнинг амалдаги буйруғини ҳисобга олган ҳолда шифохонанинг ички қоидаларига мувофиқ.

Шошилинич касалхонага ётқизиш пайтида ва тест ўтказилган кундан бошлаб 10 кундан ортиқ вақт ўтгандан кейин **шифохона даражасида** ўтказиладиган асосий (мажбурий) диагностика текширувлари :

- визометрия; [БИЛАН]
- авторефрактометрия ; [БИЛАН]
- тонометрия; [БИЛАН]
- биомикроскопия; [БИЛАН]
- офталмоскопия. [БИЛАН]

Ўтказилган кўшимча диагностика тадбирлари рўйхати статсионар даражада :

- УАС; [БИЛАН]
- ОАМ; [БИЛАН]
- биокимёвий қон тести (глюкоза, умумий билирубин, умумий протеин, АСТ, АЛТ) [С];

- с - Аг , анти - ҲСВ учун қон тести [БИЛАН] ;
- [С] учун ЭЛИСА қон тести ;
- Кўз олмасининг ултратовуш текшируви; [БИЛАН]
- оптик когерент томография; [БИЛАН]
- миянинг МРИ; [БИЛАН]
- орбитанинг МРИ; [БИЛАН]

Ташхиснинг диагностик мезонлари [8, 12,13,14]:

6. Диагностика усуллари, ёндашувлари ва процедуралари

Шикоятлар ва анамнез

Шикоятлар : (УД – С) [5] .

- кўришнинг йўқлиги ёки пасайиши (лойқа, кўз олдида "нукта");
- кўзларни ҳаракатга келтирганда оғриқ.

Анамнез: беморнинг ёши, бир томонлама ёки икки томонлама жараен, тизимли ва маҳаллий касалликларнинг мавжудлиги.

Тавсиянинг кучи : С (далил даражаси: 5)

Физикал текширув

Кўпгина ҳолларда ташқи текширув ҳеч қандай ўзгаришларни аниқламайди.

Инструментал диагностика

Ташхис кўйиш ва беморни такрорий текшириш босқичида:

Визометрияда - кўриш ўткирлигини аниқлаш учун (ретробулбар неврит билан: периферик шакл - марказий кўриш бузилмайди; аксиал шакл - марказий кўришнинг кескин пасайиши; трансверзал шакл - кўриш юздан бирига ва ҳатто кўрликкача камаяди). Визометрия барча беморларга тавсия этилади. Тавсиянинг кучи : С (далил даражаси: 5).

Кўзнинг биомикроскопияси.

Бирламчи чуррада патологик буртиб чиқиш кўз қорачиғи четидан ошиб кетадиган шаклланиш кўринишига эга ва шикастланмаган силлик, бир хил юзага ўхшайди. У ёрилиб кетганда, Шишасимон тана нинг индивидуал, структуравий бўлмаган таркибий қисмлари олд камера соҳасида сувли масса эркин жойлашган гелга ўхшаш массалар шаклида топилади. Касалликнинг оғир ҳолатларида бутун олд камера Шишасимон тана нинг бўлаклари билан тўлдирилади. Ултратовуш ёрдамида сиз касалликнинг асосий ва иккиламчи шакллари ишончли тарзда ажрата оласиз. Чурранинг бирламчи шаклида иккиламчи шаклда аниқ белгиланган қирралари бўлган бир хил шаклланиш кўринади, Шишасимон тана танасининг деструкцияси белгиларидир. Олдинги кўзнинг биомикроскопияси барча беморларга тавсия этилади . Тавсиянинг кучи : С (далил даражаси: 5).

Кўз олмасининг ултратовуш текшируви - шишасимон танадаги ўзгаришларни баҳолаш. Тавсиянинг кучи: С (далиллар даражаси: 5).

Оптик когерент томография.

Тадқиқот кўз олмасининг ички қопламанинг ҳолатини баҳолаш учун амалга оширилади. Ушбу усул сизга ҳатто оғир яралар ва массив эндовитреал қон кетиш билан ҳам тўр пардал кўчишнинг дастлабки белгиларини тасаввур қилиш имконини беради. Касалликнинг асоратланмаган ҳолатларида кўриш функциялари та'сирланмайди. Иккиламчи чурралар кўриш ўткирлигини сезиларли пасайишига олиб келади. Жарроҳликдан сўнг визуал функциялар аста-секин тикланади.

Дифференциал ташхис олд камерада фибриноз экссудат билан амалга оширилади, бу кўпинча увеал йўлнинг яллиғланиш касалликларида аниқланади. Фибринли эфүзён бир хил желатинли массаларнинг кўринишига эга, аммо экссудатсия кучайиши билан ўқувчи нормал шаклини сақлаб қолади, фибрин олд камеранинг пастки қисмида тўпланади ва эркин ҳаракат қилиш қобилиятига эга эмас. Экссудат вақт ўтиши билан эрийди ёки тартибга солинади ва чурра кузатиш вақтида динамикани ўзгартрмайди (далиллар даражаси: 5).

4. Амбулатория даражасида даволаш тактикаси:

4.1. Дори моддаларисиз даволаш:

Умумий режим 3, жадвал Но 15.

4.2. Дорилар билан даволаш:

Даволаш мақсадлари:

визуал функтсияларни ошириш / барқарорлаштириш.

Даволаш тактикаси: [8-11, 14,15]

Даволаш тактикаси касалликнинг шакли билан белгиланади. Агар чурра протрусиясининг олдинги кирраси орқа шох парда билан алоқа қилмаса, тиббий аралашув талаб қилинмайди. Консерватив терапия катта асоратланмаган шишасимон чурралар учун кўрсатилади. Даволашнинг моҳияти офталмик оҳанг кўрсаткичларини нормаллаштиришдир. Беморларга Антигипертензив препаратларни томизиш, шунингдек, мидрияттиklar, вазодилататорлар ва диуретиклар буюрилади. Агар терапевтик чоралар самарасиз бўлса, олдинги камеранинг бўшлиғига ҳаво киритилади, бу Шишасимон тана нинг дислокатсиясига механик тўсиқни англатади. Мураккаб чурралар учун жарроҳлик даволаш керак. Шишасимон тана ни қайта жойлаштириш билан қисман ёки олдинги витректомия энг самарали ҳисобланади. Операция силиер танасининг парс текислигидаги иккита порт орқали амалга оширилади. Шишасимон тана ни олиб ташлашда шох парда эндотелиясига зарар етказмаслик учун асбобларни кўз қорачиғидан ташқарига ўтказиш тақиқланади. Агар жарроҳлик пайтида мураккаб шишасимон чурра аниқланса, уни дарҳол витреотом ва микрожарроҳлик қайчи ёрдамида олиб ташлаш тавсия этилади . Бундан ташқари, олд камеранинг умумий кўриниши кўрсатилади, ундан кейин желатинли массалар олиб ташланди.

Муҳим дорилар рўйхати ;

Амбулатория шароитида (клиникада):

- поливидон йод эритмаси, нитрофурал кукуни , этанол 70%, 96,6%, аммиак 10% эритмалари.
- Антибактериал кўз томчилари: Офлоксатсин , Сiproфлoксатсин, Лeвофлoксатсин , Хлорамфеникол 0,25% (<https://mediqlab.com/drugs/e2d435dc-ca88-43d5-a660-5f95920e6601>)
- Лазерли витреолиз

Касалхона шароитида:

- Поливидон йод эритмаси , Нитрофурал кукуни , Этанол 70%, 96,6%, Аммиак 10% эритмалари.
- Антибактериал кўз томчилари: Офлоксатсин , Сiproфлoксатсин, Лeвофлoксатсин , Хлорамфеникол 0,25%
- Анестетик кўз томчилари Тетракаин 1%, Долкаин 0,5% % (<https://mediqlab.com/mnn/b5563a78-9a63-460c-8091-c0fa0920861b>)
- Мидрияттик воситалар: кўз томчилари Тропикамид 0,5%, 1%, Тропикамид + фенилефрин гидрохлориди

(<https://mediqlab.com/drugs/a83a5c02-8d56-40ab-a140-ea2304fd6d6c>),

- Кортикостероид кўз томчилари - Дексаметазон 0,1% кўз томчилари (<https://mediqlab.com/drugs/1f99ddca-d4b0-43c8-b6d0-15a3eb5b5e06>)
- Ностероид кўз томчилари - Диклофенак 0,1% кўз томчилари, Напофенак , Неванак .

(<https://mediqlab.com/drugs/f296db11-0315-4efb-b272-3e7ebfa76114>)

Стероид бўлмаган дорилар - Диклоберл , вена ичига юбориш учун ампулаларда диклофенак. (<https://mediqlab.com/drugs/a44d9a50-6f62-4c2d-a057-747de50fc49f>)

- Ангиопротекторлар - Эмотроп метилетилперидинол томчилари ва инекциялари.
- Гемостатик воситалар - Аминосапрон инфузия учун 5% кислотаси , инекция учун этамсилат эритмаси (<https://mediqlab.com/drugs/3abb8ca6-6db1-4e1a-9449-728bbc5f568a>)
- Аналгетиклар - Лидокаин 1%, 2%, 10% инекция ва бузадиган амаллар, кўз томчилари Тетрасаине 1%, Прохиметасаине 0,5%. (<https://mediqlab.com/drugs/fed48f2e-bdde-46e8-9ed5-c98584895a0e>)
- Антигистаминлар - Дифенхидрамин инекцияси ва планшетлар. (<https://mediqlab.com/mnn/1036d22a-4e77-4426-8f58-0a3105f47e5f>)
- Антигипертензив дорилар - таблеткаларда Нифедипин , Эналаприл малеат , Вена ичига юбориш учун магний сульфат. (<https://mediqlab.com/drugs/4f1b3dbc-bd41-43ea-81f2-c2527edcf4e5>)

Касалхона даражасида даволаш тактикаси

Жарроҳлик даволашдан олдин лазер. Кўзнинг шишасимон танаси деструкцияси аломатларини олиб ташлаш ва шу билан кўришни яхшилаш имконини берувчи замонавий даволаш усули - бу лазер витреолиз (ЯГ лазер). Лазер энергиясининг ултрақисқа пулсларининг хираликларга мақсадли та'сири уларнинг буғланишига ёрдам беради (патологик агрегатланган коллаген ва гиалуронат молекулалари газсимон ҳолатга - плазмага айланади). Ушбу процедура кенгайган ўқувчининг фонида амалга оширилади. Биринчидан, офталмолог лазер энергиясининг минимал даражасини белгилайди, сўнгра патологик коллаген фибриллаларининг буғланиши бошлангунга қадар уни аста-секин оширади. Вайсс ҳалқаси (гелга ўхшаш структуранинг кўчиш зонаси) ва бошқа кўзга кўринадиган хираликларнинг йўқолишини та'минлаш учун бир қатор кўмүлатиф тортишишлар амалга оширилади. Агар керак бўлса, 1 ҳафтадан сўнг кўшимча лазер билан даволаш амалга оширилади. ЯГ лазер терапиясининг бир сеанси тахминан 20 дақиқа давом этади.

Лазерли витреолиз - ЯГ лазерли витреолиз жарроҳлиги ҳозирда даволашнинг энг самарали усули (ДСТ) ҳисобланади.

Бу хавфсиз ЯГ лазерининг фокусланган нурига ёпишган толалар конгломератларининг та'сирини ўз ичига олади.

Кўрсаткичлар:

- ДСТ дори-дармонлар билан консерватив давога мос келмайдиган Шишасимон тана деструкцияси.

Қўллаш мумкин бўлмаган ҳолатлар:

- оптик муҳитнинг хиралашиши, шунингдек лазер нурларининг ўтишига тўсиқларнинг пайдо бўлиши (олд камеранинг намлигида гифема ёки суспензия, катаракта, шох парданинг шишиши ва хиралашиши);

- линзаларнинг Шишасимон тана танасига люксатсияси;

- аниқ неоваскуляризация;

- қон кўрсаткичлари бўйича юқори қон кетиш хавфи;

- тур парда кучиши

- хориоидеянинг кўчиши.

*Ушбу карши курсатмаларнинг ба'зилари нисбий бўлиши мумкин.

Жарроҳлик. Шишасимон тана деструкцияси учун классик операция дейилади **витректомия**. Бу унинг тўлиқ олиб ташланишини ўз ичига олади ва агар ЯГ терапиясининг бир неча сеанслари самарасиз бўлса ёки патологик жараён ривожланган бўлса тавсия этилади. Айниқса, юпқа 27 калибрли асбоблардан фойдаланиш янада юмшоқ ишлаш имконини беради ва

асоратлар хавфини камайтиради.

Витректомия КТни олиб ташлаш учун минимал инвазив, юқори технологияли, тикувсиз операция ҳисобланади. Операциянинг мақсади кўришни йўқотишнинг олдини олиш ва кўзнинг анатомик тузилишини тиклашдир.

Витректомия турлари :

Жарроҳ томонидан бажариладиган иш ҳажмини, шунингдек, патологик жойларнинг локализатсиясини ҳисобга олган ҳолда, витреотўр пардал жарроҳликда операцияларнинг қуйидаги таснифи ажратилади:

- Тотал витректомия операцияси патологик жиҳатдан ўзгартирилган Шишасимон тана ни бугунлай олиб ташлашни ўз ичига олади. Бўшатиш ҳажми ўрнини босувчи моддалар билан тўлдирилади ("оғир" сув, газ, силикон).
- Субтотал антериор витректомия - унинг олдинги қисмида Шишасимон тана нинг бир қисмини олиб ташлаш.
- субтотал витректомия . Бундан ташқари, шишасимон тананинг ҳажмини қисман олиб ташлашни ўз ичига олади ва кўпинча бу турдаги операция эпиретиналиплар ва мембраналарни аксизлаш, тўр парда кўчишидаволаш учун ишлатилади.

Кейинги бошқарув [1,3]:

шишасимон касалликлари бўлган беморларни камида 3-6 ойда бир марта текшириш висометрия, тонометрия, биомикроскопия, офталмоскопия, динамик ОКТ, периметрия назорат қилинади .

Кўрув нерви касалликларини даволаш самарадорлиги кўрсаткичлари:

кўриш ўткирлигини ошиши;

оптик ахборот воситаларининг шаффофлигини тиклаш;

нормал ёруғлик идрокени тиклаш;

кўз олмаларини ҳаракатлантирганда оғриқ йўқ;

Тиббий ёрдам сифатини баҳолаш мезонлари

ЙЎҚ	Сифат мезонлари	Далиллар даражаси	Тавсияларнинг ишончли даражаси
1	Визометрия бажарилди	16	A
2	Кўзнинг биомикроскопияси ўтказилди	16	A
3	Мидриазда офталмоскопия ва/ёки фундуснинг биомикроскопияси ўтказилди.	16	A
4	Дори-дармонлар билан терапия ўтказилди: глюкокортикостероидлар ва / ёки антибиотиклар ва / ёки микроциркулятсияни яхшилайдиган дорилар ва / ёки даволашнинг физиотерапевтик усуллари (тиббий кўрсатмаларга қараб ва тиббий контрэндикатсиялар бўлмаганда)	16	A
5	Касалхонадан чиқиш вақтида тузатилган кўриш ўткирлигини барқарорлаштириш ёки яхшилашга эришилди	16	A

**"ШИШАСИМОН ТАНА КАСАЛЛИКЛАРИ"
НОЗОЛОГИЯСИНИНГ ТИББИЙ АРАЛАШУВЛАР
БЎЙИЧА МИЛЛИЙ КЛИНИК ПРОТОКОЛИ**

2. Асосий қисм.

2.1 Хизмат

Шишасимон тана танасининг касалликлари (ШТК) шаффофликнинг бузилиши ва Шишасимон тана танасининг табиий тузилишидаги ўзгаришдир. Кўз олмасини тўлдирадиган гелга ўхшаш тузилишда кўзнинг ички қобигини тортадиган турли хил хираликлар ва кўшимчалар, иплар ёки доғлар пайдо бўлади ва бу ҳолатлар кўзни ички қаватини - тўр пардани тортади ва яхши ёритилган юзани кўришда кўриш ўткирлигини пасайишига олиб келади. .

2.2 Та'риф. Этиологияси ва патогенези .

Ҳ43. Шишасимон тана танасининг пролапсаси (пролапс): Шишасимон тана танасининг кўзнинг олд камерасига патологик проексияси. Касалликнинг асосий клиник кўринишлари кўриш ўткирлигини пасайиши, кўзлар олдида "туман" ёки "парда" пайдо бўлиши ва бош оғриғи билан ифодаланади. Касалликнинг этиологияси тўлиқ аниқланмаган. Олимларнинг фикрича, бириктирувчи тўқима патологиялари бўлган одамларда ШТ чурраси ривожланиши хавфи юқори. Юқори миопия ва узоқ муддатли кўз гипертензияси бўлган беморларда касалликнинг мураккаб шаклини ривожланиш эҳтимоли ортади.

Ҳ43.1 Шишасимон танага қон қуйилиши - гемофтальм.

гемофтальм қоннинг шишасимон ҳудудга оқиши ёки кўз ичидаги Шишасимон тана танасининг атрофида ва ичидаги жойларда қоннинг оқиши билан боғлиқ.

Ҳ43.2. Шишасимон тана танасида кристалли элементларни пайдо бўлиши, - ШТни деструкцияси.

Шишасимон тана деструкцияси - бу кўзнинг шишасимон танасининг тузилишига зарар этказиш, унинг хиралашиши билан бирга кечади. Касаллик юзага келганда, одам кўриш соҳасида "сузувчи" иплар ёки доғларни кўради, улар ёрқин, монохроматик фонда энг сезиларли бўлади. Аввалига улар жуда кўп ноқулайлик туғдирмайди, лекин аста-секин уларнинг сони ортиб боради ва аниқ кўришни қийинлаштиради. Одатда, 50 ёшдан кейин танадаги табиий ўзгаришлар туфайли Шишасимон тана шаффофлиги пайдо бўлади. Шишасимон тана танасидаги сув ҳажми аста-секин камаяди ва коллоид гелсимон ҳолатни йўқота бошлайди. Шунингдек, ёш билан метаболик касалликлар ривожланади - Шишасимон тана танаси камроқ кислород, коллаген ва гиалурон кислотасини олади, бу эса гелга ўхшаш тузилишни та'минлайди. У қалинлашади ва шаффофликни йўқотади.

Ҳ43.3. Шишасимон тананинг бошқа хиралашишлари. Шишасимон тана мембраналари ва иплари. Ёш ўтиши билан шишасимон тана сувни йўқотиб, ҳажми камаяди ва аста-секин кўзнинг орқа юзасидан ажрала бошлайди, бу эса тўр пардада микроёриқларни келтириб чиқаради. Яллиғланишга жавобан глиал хужайралар кўчиб ўтади ва тўр парданинг ички юзасида ўсишни бошлайди ва эпиретиналмембрана деб аталадиган нозик шаффоф плёнка ҳосил қилади. Патологик ўзгаришларнинг ривожланиши билан нозик, плёнка аста-секин зич толали тўқималарга айланади, бу эса кўзнинг тўр пардасини тортади ва макулада шиш пайдо бўлишига, ба'зан эса кейинги ёрилиш билан кучланишга олиб келади.

3. Таснифи (этиологияси, босқичлари бўйича).

Беморнинг субъектив ҳис-туйғуларига асосланиб, **Шишасимон тана деструкциясининг 5 даражаси ажратилади:**

- биринчи даража - кичик хиралашишлар, улар фақат битта рангли тасвирларни текширишда аниқланади (одатда 5 дан ортик бўлмаган);
- иккинчи даража - булутли доғларнинг ўлчами ўрта ва катта даражага кўтарилади, шу билан бирга объектларни текширишда улар доимо мавжуд бўлади, шу жумладан. кўп рангли;
- учинчи даража - кўзда доимо сезиладиган катта хиралашишлар;
- тўртинчи даража - оддий визуал иш ёки ўқишга халақит берадиган сезиларли сузувчи доғлар;
- бешинчи даража - иш ёки ўқишни қийинлаштирадиган янада катта булутлилик ўчоқлари.

Таснифлаш Гемофтальм

Шишасимон тана да қуйилган қон ҳажмига қараб, **гемофтальм турлари:**

- қисман (қон кетиш кўз олмасининг тўртдан бир қисмини эгаллайди)
- субтотал (75% шишасимон структуранинг тўртдан уч қисмигача)
- тотал (қоннинг 75% нинг 3/4 қисмига тарқалиши билан)
- Биринчи ҳолда, кўришнинг бузилиши кўринадиган объектларнинг тиниқлигини йўқотиши, "сузувчи доиралар" пайдо бўлиши, кўзлар олдида "парда" ва қизғиш рангдаги кўриниш билан бирга келади.
- Патологиянинг субтотал тури кўришнинг сезиларли даражада йўқолиши билан тавсифланади, умумий ташхис эса тўлиқ кўрликни кўрсатади.
- Одатда, кўздан қон кетиши фақат битта кўзда содир бўлади. Жуда камдан-кам ҳолларда касаллик иккала кўзга ҳам та'сир қилади, агар травматик сабабларга кўра бўлмаса.
- Патология кўзнинг пастки қисмига қон доғининг силжиши туфайли кўтарилган бош билан ухлашдан кейин кўришнинг бироз яхшиланиши билан тавсифланади.

3. Усуллар, ёндашувлар , диагностика ва даволаш жараёнлари

Даволаш мақсадлари:

визуал функсияларни ошириш / барқарорлаштириш.

3.1 Консерватив даво

Амбулатор даволаш тактикаси:

Консерватив даво. Иккала кўзнинг шишасимон танаси ёки битта кўз олмаси шишасимон танаси деструкцияси бўлганда, микроэлементлар манбаи бўлган метаболик препаратлардан фойдаланиш мумкин. Шундай қилиб, қизил узумнинг терисида мавжуд бўлган лизин, аскорбин кислота ва ресвератрол каби моддалар Шишасимон тана танасининг ҳолатини яхшилашга ёрдам беради.

Дори-дармонларни даволаш

Амбулатория шароитида (клиникада):

- поливидон йод эритмаси, нитрофурал кукуни , этанол 70%, 96,6%, аммиак 10% эритмалари.
- Антибактериал кўз томчилари: Офлоксатсин , Сипрофлоксатсин, Левофлоксатсин , Хлорамфеникол 0,25%
- Лазерли витреолизис

Касалхона шароитида:

- Поливидон йод эритмаси, Нитрофурал кукуни , Этанол 70%, 96,6%, Аммиак 10% эритмалари.
- Антибактериал кўз томчилари: Офлоксатсин, Сiproфлоксатсин, Левофлоксатсин , Хлорамфеникол 0,25%
- Анестетик кўз томчилари Тетракаин 1%, Долкаин 0,5%
- Мидриатик воситалар: кўз томчилари Тропикамид 0,5%, 1%, Тропикамид + фенилефрин гидрохлориди.
- Кортикостероид кўз томчилари - Дексаметазон 0,1% кўз томчилари
- Ностероид кўз томчилари - Диклофенак 0,1% кўз томчилари, Напофенак , Неванак .
- Стероид бўлмаган дорилар - Диклоберл, вена ичига юбориш учун ампулаларда диклофенак.
- Ангиопротекторлар - Эмотроп метилетилперидинол томчилари ва инециялари.
- Гемостатик воситалар - Аминосапрон инфузия учун 5% кислотаси , инеция учун этамсилат эритмаси
- Аналгетиклар - Лидокаин 1%, 2%, 10% инеция ва бузадиган амаллар, кўз томчилари Тетрасаине 1%, Прохиметасаине 0,5%.
- Антигистаминлар - Дифенхидрамин инецияси ва планшетлар.
- Антигипертензив дорилар - таблеткаларда Нифедипин , Эналаприл малеат , Вена ичига юбориш учун магний сульфат.

Жарроҳлик даволашдан олдин лазер. Кўзнинг Шишасимон тана деструкцияси аломатларини олиб ташлаш ва шу билан кўришни яхшилаш имконини берувчи замонавий даволаш усули - бу **лазер витриолизи (ЯГ лазер).** Лазер энергиясининг ултрақисқа пулсларининг хираликларга мақсадли та'сири уларнинг буғланишига ёрдам беради (патологик агрегатланган коллаген ва гиалуронат молекулалари газсимон ҳолатга - плазмага айланади). Ушбу процедура кенгайган ўқувчининг фонида амалга оширилади. Биринчидан, офталмолог лазер энергиясининг минимал даражасини белгилайди, сўнгра патологик коллаген фибриллаларининг буғланиши бошлангунга қадар уни аста-секин оширади. Вайсс ҳалқаси (гелга ўхшаш структуранинг кўчиш зонаси) ва бошқа кўзга кўринадиган хираликларнинг йўқолишини та'минлаш учун бир қатор кўмүлатиф тортишишлар амалга оширилади . Агар керак бўлса, 1 ҳафтадан сўнг қўшимча лазер билан даволаш амалга оширилади. ЯГ лазер терапиясининг бир сеанси тахминан 20 дақиқа давом этади.

Лазерли витреолиз - ЯГ лазерли витреолиз жарроҳлиги ҳозирда даволашнинг энг самарали усули (ДСТ) ҳисобланади.

Бу хавфсиз ЯГ лазерининг фокусланган нурига ёпишган толалар конгломератларининг та'сирини ўз ичига олади.

Кўрсатмалар:

- ДСТ дори-дармонлар билан консерватив давога мос келмайдиган Шишасимон тана деструкцияси .

Кўллаш мумкин бўлмаган ҳолатлар:

- оптик муҳитнинг хиралашиши, шунингдек лазер нурларининг ўтишига тўсиқларнинг пайдо бўлиши (олд камеранинг намлигида гифема ёки суспензия, катаракта, шох парданинг шишиши ва хиралашиши);

- линзаларнинг шишасимон тана танасига люксатсияси ;

- аниқ неоваскуляризация;

- қон кўрсаткичлари бўйича юқори қон кетиш хавфи;
- тўр парда кўчиши;
- хориоидеянинг кўчиши.

*Ушбу карши курсатмаларнинг ба'зилари нисбий бўлиши мумкин.

Жарроҳлик. Шишасимон тана деструкцияси учун классик операция дейилади **витректомия**. Бу унинг тўлиқ олиб ташланишини ўз ичига олади ва агар ЯГ терапиясининг бир неча сеанслари самарасиз бўлса ёки патологик жараён ривожланган бўлса тавсия этилади. Айниқса, юпқа 27 калибрли асбоблардан фойдаланиш янада юмшоқ ишлаш имконини беради ва асоратлар хавфини камайтиради.

Витректомия (ШТ) ни олиб ташлаш учун минимал инвазив, юқори технологияли, тикувсиз операция ҳисобланади. Операциянинг мақсади кўришни йўқотишнинг олдини олиш ва кўзнинг анатомик тузилишини тиклашдир.

Витректомия турлари :

Жарроҳ томонидан бажариладиган иш ҳажмини, шунингдек, патологик жойларнинг локализатсиясини ҳисобга олган ҳолда, витреотўр пардал жарроҳликда операцияларнинг қуйидаги таснифи ажратилади:

- Тотал витректомия операцияси патологик жихатдан ўзгартирилган Шишасимон тана ни бугунлай олиб ташлашни ўз ичига олади. Бўшатиш ҳажми ўрнини босувчи моддалар билан тўлдирилади ("оғир" сув, газ, силикон).
- Субтотал олдинги витректомия - унинг олдинги қисмларида Шишасимон тана нинг бир қисмини олиб ташлаш.
- Орқанги субтотал витректомия . Бундан ташқари, шишасимон тананинг ҳажмини қисман олиб ташлашни ўз ичига олади ва кўпинча бу турдаги операция эпиретиналиплар ва мембраналарни аксизлаш, тўр парда кўчишини даволаш учун ишлатилади.

Ҳ43.1. Шишасимон тана танасига қон қуйилиши - гемофтальм.

Даволашнинг мақсади қон қуйилишини сабабини имкон қадар тезроқ йўқ қилишдир. лазерли жарроҳлик ёки криётерапия билан ёпилади ва ажратилган тўр пардал бўлақлар жарроҳлик йўли билан қайтарилади.

гемофтальмни даволаш учун самарадорлиги тасдиқланган дори-дармонлар мавжуд эмас. Шунинг учун тўр парданинг пролифератив касалликлари туфайли танаффуслар мавжуд бўлганда, лазер ёки криёкоагулятсия амалга оширилади . Тўр парда коагулятсияга алтернатива қон томир ўсиш омилларини (Лусентис , Эйлеа) бостирадиган ба'зи дориларнинг Шишасимон тана танасига инекция бўлиши мумкин . Тўр парданинг кўчиши бўлса, патологияни жарроҳлик йўли билан даволаш имкон қадар тезроқ амалга оширилади. Кўз ичидаги қон кетишини жарроҳлик даволаш усулларида бири бу витректомиядир. Бу Шишасимон тана ҳазилининг қисман ёки тўлиқ олиб ташланиши амалга ошириладиган операция.

Прогноз. Агар бемор, шишасимон танага қон қуйилишини мавжуд белгиларига қарамай, шифокорга ташрифни узоқ вақт (3 ойдан ортиқ) кечиктирса, у жиддий асоратларга дуч келиши мумкин. Шишасимон танада узоқ вақт қолган қон тузилишда патологик ўзгаришларни (қаттиқлик, қисқариш) келтириб чиқаради ва лойқалик кучаяди. Натижада, бу қуйидагиларга олиб келиши мумкин: гемосидероз (гемоглобиннинг парчаланиши натижасида ҳосил бўлган пигментли дегенератсия), гемолитик глаукома (кўзнинг дренаж структурасини қон зарралари билан тўсиб қўйиш, ички гипертензияни келтириб чиқарадиган), иккиламчи неоваскуляр глаукома - бурчакда анормал капиллярларнинг шаклланиши билан тавсифланган касаллик. кўзнинг олд қисми,

пролифератив витреоретинопатия , бунда ретикуляр катламнинг кўчиши ва кўриш функсиясининг қайтарилмас йўқолиши мавжуд.

ИВЮ - препаратни интравитреал юбориш.

Интравитреал инекция - бу дориларни тўғридан-тўғри шишасимон тана танасига киритиш усули. Дори-дармонларни интравитреал юбориш фақат мутахассис - офталмик жарроҳ томонидан амалга оширилиши мумкин. Жараён фақат ихтисослаштирилган кўз бўлимининг операция хонасида асептик ва антисептик шароитларда амалга оширилади. Ушбу турдаги инекция ёшга боғлиқ макула насли, диабетик макула шиши, тўр пардал қон томирлари касалликлари, кўз ичи қон кетиши ва кўз олмасининг ички мембраналарининг яллиғланишини даволашда қўлланилади.

Гемаза препаратини интравитреал юбориш .

Қонда бир марта Гемаза тезда тромболитик та'сир кўрсата бошлайди . Препаратнинг асосий вазифаси плазминогеннинг плазминга айланишини рағбатлантиришдан иборат бўлиб, бу пихтилари тез лизисини та'минлайди.

Препаратнинг асосий мақсади кўз атрофидаги ва кўз тўқималарида маҳаллий қон қуйилишини ёрдамчи терапияси:

- гифема, гемофтальм;
- претўр пардал, субтўр пардал ва интратўр пардал қон кетишлар;
- турли келиб чиқиши фибриноид синдроми;
- марказий тўр пардал артерия ва унинг шохлари тикилиб қолиши;
- марказий тўр пардал вена ва унинг шохлари тромбози;
- антиглаукома операциялари пайтида операциядан кейинги даврда битишмаларнинг олдини олиш .

Лусентис препаратини интравитреал юбориш .

Лусентис учун ишлатилади даволаш :

- катталардаги ёшга боғлиқ макула насли (неоваскуляр ёки хўл шакл);
- диабетик ангиопатия ва макула шиши туфайли кўриш ўткирлигини йўқолиши. Препаратни қўллаш мустақил бўлиши мумкин ёки комбинатсияланган ҳолда ёки лазер коагулятсиясидан кейин амалга оширилиши мумкин;
- кўзнинг тўр пардаси веналарининг тикилиб қолиши туфайли макула шиши билан боғлиқ кўришнинг пасайиши.

Вазиятни барқарорлаштириш учун зарур бўлган даволаш курси - ойига бир марта 3 марта инекция

Эйлеа препаратини интравитреал юбориш .

Фойдаланиш учун кўрсатмалар.

- неоваскуляр (хўл) ёшга боғлиқ макула насли
- кўзнинг тўр пардаси веналарининг тикилиб қолиши натижасида келиб чиққан макула шиши туфайли кўришнинг бузилиши
- ДМШ диабетик макула шиши туфайли кўришнинг бузилиши
- короидал неоваскуляризация туфайли кўришнинг бузилиши

Афлиберсептнинг фаол моддаси ВЕГФ-А ва ПИГФ нинг барча изоформларини уларнинг табиий рецепторларига қараганда кўпроқ самарадорлик билан боғлайдиган ва шу тарихта табиий ВЕГФ рецепторларининг боғланиши ва фаоллашишини кечиктирадиган эрувчан алдаш рецепторлари вазифасини бажаради.

ВЕГФ-А - бу эмбрион қон томир тизимининг шаклланишини (васкулогенез) ва мавжуд томирлар тизимида янги томирларнинг ўсишини (ангиогенез) рағбатлантириш учун хужайралар томонидан ишлаб чиқарилган сигнализатсия оксидидир.

ПИГФ - платсента ўсиш омили (ВЕГФ-А оиласининг бир қисми)

Стационар даволаниш муддати: асоратланган ҳолларда - 1-5 кун, асоратсиз - 1-3 кун.

Амбулатор даволаниш муддати 1 ой, кузатув муддати 3 ой.

Реабилитатсия бўйича стандарт тавсиялар:

- кўзларингизга эҳтиёткорлик билан муносабатда бўлинг: операциядан кейинги дастлабки кунларда кўз атрофидаги терини қайнатилган сув билан артиб олинг, уларни силаманг, безовта қилувчи моддалар (шу жумладан косметика) билан алоқа қилманг ва томчиларни томизишда кўзларга тегманг. пипетка. Уй ҳайвонлари билан алоқани чекланг. Ёзда қуёшдан сақлайдиган кўзойнақлардан фойдаланинг.

-14 кун давомида 5 кг дан ортиқ оғирликларни кўтармаслик;

кучли визуал ва жисмоний стрессдан, тўсатдан эгилишдан сақланинг;

-2 ҳафта давомида визуал стрессни чеклаш, кўзнинг чарчашини олдини олиш - бу кўз ҳолатининг ёмонлашишига олиб келиши мумкин.

-тананинг ҳаддан ташқари қизиши (ванна, сауна, пляж), терининг қуёш ёнишининг олдини олиш - 1 ой;

- бир ой давомида шифокор томонидан тайинланган дори-дармонлардан фойдаланиш;

- ҳипотермиядан сақланинг, шамоллашдан эҳтиёт бўлинг;

Қайта тиклаш жараёни камида 3-4 ҳафта, мураккаб ҳолатларда бир неча ойгача давом этади.

протоколда тавсифланган даволаш самарадорлиги ва диагностика ва даволаш усуллари хавфсизлиги кўрсаткичлари (қорин парданинг яллиғланиш белгилари йўқлиги, операциядан кейинги асоратларнинг йўқлиги, даволаш чораларининг самарадорлигини назорат қилишнинг диагностик мезонларини кўрсатувчи).

Даволанишдан кейинги баҳолаш мезонлари:

- қон қуйилишини йўқлиги;

- қоннинг максимал резорбсияси;

- патологик ШТ ни тўлиқ олиб ташлаш.

Прогноз. Кўрсаткичларга кўра амалга оширилган жарроҳлик аралашувдан сўнг деярли барча беморлар кўришнинг сезиларли яхшиланишини ва кайфиятнинг нормаллашишини қайд этадилар.

1) дори-дармонсиз даволаш: соғлом турмуш тарзи элементлари, тўғри овқатланиш, жисмоний фаоллик, кунлик ва уйку режими, 9-сонли диабет билан оғриган беморлар учун овқатланиш;

Соғлом турмуш тарзи. Шишасимон тана танасининг ҳолати тананинг умумий ҳолати билан боғлиқ бўлиши мумкин деб тахмин қилинади. Шундай қилиб, агар тизимли муаммолар мавжуд бўлса, масалан, диабет, бу касалликни даволаш керак. Соғлом турмуш тарзини сақлаш бўйича стандарт тавсиялар - ёмон одатлардан воз кечиш, жисмоний тайёргарликни сақлаш беморнинг шахсий ихтиёрида.

Ҳ43.2. Шишасимон танада кристалл элементларнинг жойлашиши

Шишасимон тана деструкцияси - бу кўзнинг шишасимон танасининг тузилишига зарар этказиш, унинг хиралашиши билан бирга. Касаллик юзага келганда, одам кўриш соҳасида "сузувчи" иплар ёки доғларни кўради, улар ёркин, монохроматик фонда энг сезиларли бўлади. Аввалига улар жуда кўп ноқулайлик туғдирмайди, лекин аста-секин уларнинг сони ортиб боради ва аниқ кўришни қийинлаштиради. Одатда, 50 ёшдан кейин танадаги табиий ўзгаришлар туфайли

Шишасимон тана шаффофлигини бузилиши пайдо бўлади. Шишасимон тана танасидаги сув ҳажми аста-секин камаяди ва коллоид гелсимон ҳолатни йўқота бошлайди. Шунингдек, ёш билан метаболик касалликлар ривожланади - Шишасимон тана танаси камроқ кислород, коллаген ва гиалурон кислотасини олади, бу эса гелга ўхшаш тузилишни таъминлайди. У қалинлашади ва шаффофликни йўқотади.

Сабаблари. Шишасимон тана танасида олдинги ўзгаришларнинг сабаби қуйидагилар бўлиши мумкин:

- миопия (яқинни кўра олмаслик);
- катаракта;
- глаукома ;
- кўзнинг тўр пардасининг шикастланиши;
- кон'юнктива, кўз қовоқлари, шох парда ва хориоидеянинг яллиғланиши;
- кўзнинг шикастланиши;
- тананинг умумий касалликлари (диабет, холестерин алмашинувининг бузилиши);
- танадаги витаминлар ва микроэлементларнинг етишмаслиги.

Аломатлар. Кўпинча беморлар бир рангли фонга қарашда сузувчи "чивинлар", "иплар", "қуртлар", "раксга тушадиган қор парчалари" ва бошқа ҳаракатланувчи сиқилишларни кўрадилар. Уларга эътибор қаратмоқчи бўлганингизда, кўздаги бўлақлар ҳаракатланади ёки йўқолади. Одатда бемор уларни вақти-вақти билан кўради. Аммо аста-секин уларнинг сони кўпайиб бормоқда.

Агар бемор кўриш соҳасида чакнаш, учкун ёки чакмоқ каби нарсаларни кўрса, унда ҳалокат тўр парданинг ёрилиши билан бирга келади. Шу сабабли, фоторецепторлар - конус ва таёқларнинг ишлаши бузилади. Шунинг учун, кўриш соҳасида милтиллашлар пайдо бўлади.

Беморнинг суб'ектив ҳис-туйғуларига асосланиб, Шишасимон тана деструкциясининг 5 даражаси ажратилади:

- биринчи даража - кичик хиралашишлар, улар фақат битта рангли тасвирларни текширишда аниқланади (одатда 5 дан ортиқ бўлмаган);
- иккинчи даража - булутли доғларнинг ўлчами ўрта ва катта даражага кўтарилади, шу билан бирга объектларни текширишда улар доимо мавжуд бўлади, шу жумладан. кўп рангли;
- учинчи даража - кўзда доимо сезиладиган катта хиралашишлар;
- тўртинчи даража - оддий визуал иш ёки ўқишга ҳалақит берадиган сезиларли сузувчи хиралашишлар;
- бешинчи даража - иш ёки ўқишни қийинлаштирадиган янада катта булутлилик ўчоқлари.

Диагностика. Биомикроскопия - ёриқ чироқ ёрдамида текшириш. Офтальмолог кўзнинг олдинги сегментини ўрганади, кўз сиртининг хиралашиши, иплари ва қалинлашишини ўрганади. Шишасимон тана танасидаги нуқсонни батафсилроқ текшириш учун сизга керак бўлади:

- Биомикроскопия - бу ҳолда, кўзнинг тўр пардасидан турли масофаларда жойлашган кичик ёки катта хираликлар аниқланади:

5. Вейс ҳалқаси катта, ҳалқа шаклидаги булутдир. Булутли нуқта одатда тўр парда ва линзалардан хавфсиз масофада жойлашган.

6. Ўргимчак тўри хираликлари ингичка, зич, сузувчи булутли тузилмалар бо'либ, улар бир нечта нуқта ва/ёки ипсимон то'р шаклида ко'риниши мумкин. Ёшларда кўпроқ учрайди.

3. Булутсимон ўчоқлар шишасимон тана тузилишининг табиий қариш жараёни натижасида юзага келадиган тарқоқ (диффуз) сузувчи хираликлардир.

- Офтальмоскопия - унинг ёрдами билан тўр парданинг ёрилиши ва кўчишлари, шишасимон танада ҳосил бўлган бўш бўшлиқлар ўрганилади.

- Кўзнинг ултратовуш текшируви - булутли оптик воситалар, жумладан, диагностикани мураккаблаштирадиган шишасимон танадаги қон кетишлар учун самарали текширув. Унинг ёрдами билан шифокор коллоид моддада инфилтратлар ва сиқилишларни ўрганади.
- ОКТ - кўз тўқималарини сканерлаш. Шифокор тўр парданинг, шох парданинг ва кўрув нервнинг ҳолатини баҳолайди.

Даволаш.

Дори-дармонлар билан даволаш

Амбулатория шароитида (клиникада):

- поливидон йод эритмаси, нитрофурал кукуни, этанол 70%, 96,6%, аммиак 10% эритмалари.
- Антибактериал кўз томчилари: Офлоксатсин, Сiproфлoксатсин, Левофлoксатсин , Хлорамфеникол 0,25%
- Лазерли витреолизис

Касалхона шароитида:

- Поливидон йод эритмаси, Нитрофурал кукуни, Этанол 70%, 96,6%, Аммиак 10% эритмалари.
- Антибактериал кўз томчилари: Офлоксатсин, Сiproфлoксатсин, Левофлoксатсин , Хлорамфеникол 0,25%
- Анестетик кўз томчилари Тетракаин 1%, Долкаин 0,5%
- Мидриатик воситалар: кўз томчилари Тропикамид 0,5%, 1%, Тропикамид + фенилефрин гидрохлориди.
- Кортикостероид кўз томчилари - Дексаметазон 0,1% кўз томчилари
- Ностероид кўз томчилари - Диклофенак 0,1% кўз томчилари, Напофенак, Неванак.
- Стероид бўлмаган дорилар - Диклоберл, вена ичига юбориш учун ампулаларда диклофенак.
- Ангиопротекторлар - томчилар ва инецияларда метилетилперидинол (Эмотроп).
- Гемостатик воситалар - Аминосапрон инфузия учун 5% кислотаси , инеция учун этамсилат эритмаси
- Аналгезиклар - Лидокаин 1%, 2%, 10% инеция ва бузадиган амаллар, кўз томчилари Тетрасаине 1%, Прохиметасаине 0,5%.
- Антигистаминлар - Дифенгидрамин инецияси ва планшетлар.
- Антигипертензив дорилар - таблеткаларда Нифедипин, Эналаприл малеат, Вена ичига юбориш учун магний сульфат.

Ҳ43.3. Шишасимон тананинг шаффофлигини йўқолишини бошқа турлари, мембраналар ва иплари.

Инсон кўзи 99% сувдан, шунингдек, коллаген толалари, гиалурон кислотаси ва оқсиллардан ташкил топган шишасимон тана билан тўлдирилган. Ёш ўтиши билан шишасимон тана сувни йўқотиб, ҳажми камаяди ва аста-секин кўзнинг орқа юзасидан ажрала бошлайди, бу эса тўр пардада микроёрилишларни келтириб чиқаради. Яллиғланишга жавобан глиал хужайралар кўчиб ўтади ва тўр парданинг ички юзасида ўсишни бошлайди ва эпиретиналмембрана деб аталадиган нозик шаффоф плёнка ҳосил қилади ва толали тўқималарга айланади, бу эса кўзнинг тўр пардасини тортади ва макулада шиш пайдо бўлишига, ба'зан эса кейинги ёрилиш билан кучланишга олиб келади.

Сабаблари. Эпиретинал мембрана ривожланиши учун хавф омиллари

бошқа жараёнлар ва кўз патологиялари билан боғлиқ бўлиши мумкин:

- Тўр парданинг кўчиши ёки ёрилиши
- Диябетик ретинопатия ёки тўр пардал томирларнинг тикилиб қолиши ва тромбози каби тўр пардал томир касалликлари
- Кўз операциялари
- Кўриш органининг шикастланиши
- Яллиғланиш (увеит)

Агар алоҳида сабаб бўлмаса, эпиретинал мембрананинг келиб чиқиши идеопатик деб аталади.

Аломатлар. Кўпинча хосил бўлган мембраналар асимптоматик бўлиб, узоқ вақт давомида аниқланмаган ҳолда қолиши мумкин. Эпиретинал мембрана макула устида жойлашганлиги сабабли, марказий кўришга та'сир қилади. Қоида тариқасида, бир кўзга та'сир қилади. Кўришнинг хиралашиши, тасвирнинг бузилиши, я'ни тўғри чизиқлар эгри, тўлқинли кўринади ва зарарланган кўз олдида икки томонлама кўриш пайдо бўлиши мумкин.

- Визуал бузилишлар ёки метаморфопсия одатда шаклнинг бузилган кўринишида ифодаланади. Масалан, дераза пардалари ёки ҳар қандай мебелнинг эшиклари текис эканлигини ҳамма билади, лекин эпиретиналфиброз билан оғриган одам, айниқса, бошқа "тўғри" нарсалар билан солиштирганда, улар унга "тўлқинли" ёки "қийшиқ" кўринишини сезиши мумкин.
- Одатда, эпиретинал мембрана белгилари сезиларли кўришнинг йўқолиши билан намоён бўлади.

Камроқ, эпиретинал фиброз қуйидаги аломатларга олиб келиши мумкин:

- Турли объектларнинг контурларини икки баравар ошириш ёки "лойқалаш"
- Ёруғлик ёки ёрқин тасвирларга ҳаддан ташқари сезгирлик
- Объектлар ҳақиқийдан кичикроқ ёки каттароқ кўринади.

Диагностика. Эпиретинал фибрознинг оғирлигини баҳолаш учун биомикроскопия, марказий кўриш майдони тести - Амслер тести ва ОСТдан иборат. Касалликка нима сабаб бўлганини аниқлаш учун ба'зида кўшимча тадқиқотлар қўлланилади, масалан, флюоресан ангиография.

- Узоқ ва яқин масофаларда кўриш ўткирлиги, ўқувчилар реаксияси ва синиши.
- Шох пардани, олд камерани ва катаракт мавжудлигини текшириш, шунингдек, кўзнинг яллиғланишини истисно қилиш учун тўғридан-тўғри ёритиш ва орқа ёруғлик билан ўқувчиларнинг кенгайиши билан биомикроскопия.
- Кўз ичи босимини аниқлаш учун тонометрия.
- Эпиретинал мембрананинг даражасини аниқлашга имкон беради . Шунингдек, Шишасимон тана танасида яллиғланишни ва эпиретиналмембраналарни келтириб чиқариши мумкин бўлган тўр парданинг патологияларини истисно қилиш жуда муҳимдир .
- Эпиретинал мембрананинг шакли ва қалинлигини аниқлаш, кистоид макула шишини истисно қилиш ва тўр парданинг турли қатламларининг ҳолатини баҳолаш учун макула ОКТ. Бу ма'лумотларнинг барчаси мембранани жарроҳлик йўли билан олиб ташлаш беморнинг кўриш қобилиятини яхшилаши мумкинлигини аниқлашда жуда муҳимдир.
- Флоресан ангиографияси. Ба'зи беморлар тўр парданинг бошқа касалликларини истисно қилиш учун ушбу тест билан баҳоланиши керак бўлиши мумкин.
- Ультратовуш биометрияси: Катаракт операциясини режалаштираётганда, бемор томонидан талаб қилинадиган кўз ичи линзалари қувватини ҳисоблаш учун ультратовуш А ёки лазер ультратовуш ёрдамида кератометрик кўрсаткичлар ва кўз ўлчовлари зарур.

- Шох парда эндотелиясининг зарурий баҳоси ёриқ чироқ ва ба'зан эндотелиал ҳужайралар сони ёрдамида амалга оширилади.

Даволаш. Эпиретинал фиброзни даволаш учун кўз томчилари, дори-дармонлар ёки хун таквиелери мавжуд эмас . Жарроҳлик муолажаси, витректомия, даволашнинг ягона усули ҳисобланади. Витректомия пайтида склерада микроскопик кесмалар ҳосил бўлади ва кўзни ичкаридан тўлдирадиган шишасимон жел туз эритмаси билан алмаштирилади. Бу тўр пардал сиртга кириш ва эпиретиналмембранани нозик форсепс билан олиб ташлаш имконини беради. Бу макула шаклини олишга ва бурмаларни тўғрилашга ёрдам беради.

Прогноз. Эпиретинал фиброзни даволаш учун витректомия яхши муваффақият даражасига эга. Витректомиядан сўнг беморларнинг аксарияти кўриш ўткирлигини яхшиланиши ва метаморфопсия камайиши кузатилади .

Ҳ43.8. Шишасимон тананинг бошқа касалликлари

Шишасимон тана танаси:

- дегенератсияси
- кўчишлари

Истисно: тўр пардани кўчиши билан пролифератив витреоретинопатия ([X33.4](#))

Шишасимон тана кўчиши - бу дегенератив ўзгаришлар натижасида асосий витреотўр пардал ёпишишнинг прогрессив заифлашиши содир бўлган шишасимон касаллик. Шишасимон тана танаси кўзнинг тўр пардасига яқин жойда жойлашган бўлиб, бу патологиянинг аҳамияти ва долзарблигини белгилайди. Шишасимон тана кўчиши билан, витреомакуляр тортиш кучига қараб , макула соҳасининг шикастланиши мумкин, бу жиддий асорат бўлиб, кўришнинг йўқолиши, меҳнат қобилиятининг пасайиши ва ногиронлик билан бирга келади. Патология 50 ёшдан ошган ва аёлларда эркакларникига қараганда тез-тез ташхис қилинади.

Кўчиш хусусиятига кўра, Шишасимон тана танасининг тўлиқ ва қисман кўчиши фарқланади. Тўлиқ кўчиш билан Шишасимон тана танаси перипапиллар бўшлиқнинг шаклланиши билан КН дискиданажралиб чиқади . Бу турдаги кўчиш кўпроқ ёш ёшда, шишасимон гел янада шаклланган тузилишга эга бўлган ва ажраладиган глиал мембрана шаффоф бўлганда тез- тез учрайди. Бундан ташқари, бу турдаги кўчиш хориотўр пардал фокусдан яллиғланиш экссудатининг кириб бориши (эҳтимол орқа увеит билан) ёки шишасимон тана ва тўр парда ўртасида қон қуйилишини мавжудлиги натижасида шишасимон тана КН дискидан ажратилганда содир бўлади.

ШТ қисман кўчишлари (хориоидит , ретинит), тўр пардада қон қуйилишлар, тромбоз ёки кўзнинг пенетран яралари натижасида ривожланиши мумкин . Кўчиш Шишасимон тана танасининг тагидан, линзанинг орқасида ёки оптик дискнинг чиқиш жойидан (қолган узунлик бўйлаб алоқани сақлаб турганда) содир бўлади. Шишасимон тана танасининг патологик кўчиши шишасимон тананинг тўр пардаси билан фақат фундус перифериясида алоқа қилганда аниқланади. Бунинг сабаблари линзаларни жарроҳлик йўли билан олиб ташлашдан кейин асоратлар, тўр парданинг яллиғланиш касалликлари (хориоретинит) ёки пенетратсион кўз жароҳатлари бўлиши мумкин.

Сабаблари .

- кекса ёш
- юқори миопия мавжудлиги
- кўзнинг тўр пардаси ва хориоидеянинг тез-тез яллиғланиш касалликлари
- умумий касалликлар (қандли диабет, Марфан синдроми , қалқонсимон без патологиялари)

Аломатлар. Клиник кўринишлар шишасимон кўчиш турига боғлиқ. Тўлиқ кўчиш билан бемор шикоят қилади фотопсия, милтиллаш, кўз олмаларини ҳаракатлантирганда чакмоқ. Кўриш соҳасида "чивинлар" дан катта геометрик шаклларга қадар турли хил сузувчи инклузёнлар пайдо бўлиши мумкин. Қисман кўчиш билан ҳеч қандай шикоят бўлмаслиги мумкин, ба'зида Шишасимон тана танасининг патологияси тасодифий топилмага айланади; Зарар икки томонлама, кўриш ўткирлиги камаймайди. Мураккабликлар қаторига шишасимон тананинг макула соҳасига патологик тортилиши натижасида юзага келадиган регматоген тўр пардал кўчиш ёки макула тешиги ривожланиши киради. Диабетик ретинопатия билан оғриган беморларда тўр парданинг тўлиқ кўчиши мумкин.

Диагностика. Стандарт текшириш усуллари: кўриш ўткирлигини аниқлаш, офталмометрия, рефрактометрия, тонометрия, офталмоскопия, биомикроскопия. Қўшимча усуллар кўзнинг антеропостериор ўқини аниқлашни ўз ичига олади (24 мм дан ортиқ ПОВ билан шишасимон деколмани ривожланиш хавфи ортади). Кўз олмасининг ултратовуш текшируви ва ОКТ қўлланилади.

Даволаш фақат жарроҳлик йўли билан амалга оширилади, асоратлар мавжуд бўлганда амалга оширилади. Клиник кўринишлар ва беморнинг шикоятлари бўлмаса, Шишасимон тана кўчишида махсус чораларни талаб қилмайди. Тўр парданинг кўчиши каби асоратларнинг ривожланиши жарроҳлик аралашувга далолат беради. Орқа гиалоид мембранани олиб ташлаш билан витректомиа учун турли хил вариантлар қўлланилади. Бундан ташқари, ферментатив витреолиздан фойдаланиш мумкин - унинг молекулаларининг кимёвий ва физик хусусиятларини ўзгартириш ва витреотўр пардал ёпишқоқликни заифлаштириш учун Шишасимон тана танасига махсус препаратни киритиш.

Прогноз. Прогноз фақат ўз вақтида даволаш билан ижобий бўлади.

Ҳ43.9 Шишасимон тана касаллигини сабаби аниқ бўлмаган ҳолатлар.

Шишасимон тана танасининг деструкцияси;

Энг кенг тарқалган сабаблари:

Шишасимон тана деструкцияси;

Миопия.

Қандли диабет.

Метаболик касалликлар.

Тўр парда ёки шишасимон танадаги қон қуйилишлар.

Яллиғланишли кўз касалликларидан келиб чиққан шишасимон тана хиралашишлари.

Орқадан шишасимон танани кўчиши.

Астероид жисмлари.

Инттоксикатсия ва заҳарланиш.

Шишасимон тана деструкцияси консерватив даволаш - мавжуд хираликни олиб ташлаш ва янгиларининг пайдо бўлишининг олдини олиш мумкин бўлган самарадорлиги исботланган дорилар жуда кам ва улар самарасиз.

Бугунги кунда Шишасимон тана деструкцияси даволашнинг энг самарали усули бу Витреолиздир

Витреолиз - бу лазер аралашуви бўлиб, шифокорга кўринадиган шишасимон тана лойқаланишлари лазер ёрдамида кичик заррачаларга бўлинади, улар энди кўришга ҳалакит бера олмайди.

Ультра қисқа импульслар билан лазер нурланишидан фойдаланиш коллаген ва гиалурон кислотаси молекулаларини бұғлаш ва парчалаш, уларни газга айлантириш имконини беради. Натижада, флоатер йўқ қилинади ва / ёки ҳажми камади, беморни безовта қилишни тўхтатади, бу унга атрофдаги дунёни аниқ кўриш имконини беради.

Витреолиз жараёни амбулатория шароитида тўлқин узунлиги 1024 нм бўлган ЯГ лазер ёрдамида амалга оширилади. Муваффақиятли даволаниш учун аниқ фокусланиш керак - камида 6 микрон. Ишлатилган энергия 4-6 мЖ. Жараён 200-600 зарбани ўз ичига олади. Ба'зан 1 дан 4 гача процедураларни олади.

**"ШИШАСИМОН ТАНА КАСАЛЛИКЛАРИ"
НОЗОЛОГИЯСИНИНГ ПРОФИЛАКТИКА ВА
РЕАБИЛИТАЦИЯСИ БЎЙИЧА МИЛЛИЙ КЛИНИК
ПРОТОКОЛИ**

2. Асосий қисм.

2.1. Кириш:

Шишасимон тана касалликлари (ШТК) шаффофликнинг бузилиши ва Шишасимон тана танасининг табиий тузилишидаги ўзгаришдир. Скрининг, олдини олиш ва кузатишнинг тиббий самарадорлиги ва иқтисодий самарадорлигига оид тадқиқотлар натижалари қарама-қаршидир ва тавсия характериға эға бўлиши мумкин эмас. **Шишасисон тана касалликлари (ШТК)** туфайли кўрлик ва заиф кўришнинг олдини олиш мавжуд

2.2. Таъриф — профилактика ёки реабилитация:

Олдини олиш — ҳодисанинг олдини олиш ва (ёки) хавф омилларини бартараф этишға қаратилган турли хил чора-тадбирлар мажмуи профилактик соғлиқни сақлаш (профилактика ёки профилактика) касалликларни даволашдан фарқли ўлароқ, касалликларнинг ривожланишининг олдини олишға қаратилган чора-тадбирлар мажмуини англатади. Саломатлик турли хил жисмоний ва рухий ҳолатларни ўз ичига олганидек, касаллик ва ногиронликка атроф-муҳит омиллари, ирсий мойиллик, патогенлар ва турмуш тарзини танлаш таъсир қилади. Касалликнинг олдини олиш бирламчи, иккиламчи ва учинчи даражали профилактика чоралари сифатида таснифланиши мумкин бўлган тадбирларға асосланади.

Реабилитация "шахснинг функционал имкониятларини тиклашға ва соғлиғида муаммолар бўлган шахсларнинг яшаш шароитларини ҳисобға олган ҳолда ногиронлик даражасини пасайтиришға қаратилган чора-тадбирлар мажмуи" деб таърифланади.

2.3. Профилактика ёки реабилитация турлари:

Соғлиқ ҳолатиға ёки оғир патологияға қараб, профилактиканинг уч тури кўриб чиқилади:

- бирламчи;
- иккиламчи;
- учинчи даражали.

Бирламчи профилактика эмлаш, иш ва дам олишнинг оқилона режими, мунтазам мувозанатли овқатланиш ва жисмоний фаолиятни ўз ичига олади.

Иккиламчи профилактика муайян шароитларда касалликнинг қайталанишиға олиб келадиган хавф омилларини бартараф этишни ўз ичига олади.

Учламчи профилактика тўлиқ ҳаёт кечириш имкониятидан маҳрум бўлган беморларни реабилитация қилиш бўйича чора-тадбирлар мажмуи сифатида қаралади.

Реабилитация босқичлари: 1-босқич. Даволаш ва реабилитация. Касаллик ёки шикастланишнинг ўткир даврида амалға оширилади.

2-босқич. Эрта стационар тиббий реабилитация. Касаллик ёки шикастланишнинг ўткир ва эрта тикланиш даврида эрта тиббий реабилитация стационар бўлимларида амалға оширилади.

3-босқич. Амбулатория. У реабилитация муассасаларида, улар йўқ бўлганда— амбулатория соғлиқни сақлаш ташкилотларининг ихтисослаштирилган бўлимларида амалға оширилади.

2.4. Жамоат профилактикаси ва индивидуал профилактика тамойиллари:

Бирламчи, иккиламчи ва учламчи профилактика билан бир қаторда индивидуал ва оммавий касалликларнинг олдини олиш ҳам мавжуд.

Шахсий профилактика касалликларнинг олдини олиш, соғлиғини сақлаш ва яхшилаш бўйича инсоннинг ўзи томонидан амалға ошириладиган ва амалда соғлом турмуш тарзи, шахсий гигиена, рационал овқатланиш, меҳнат ва дам олишнинг оқилона режими нормалариға

риоя қилишдан иборат бўлган чора-тадбирларни, фаол жисмоний тарбияни ўз ичига олади.

Жамоат профилактикаси – фуқароларнинг жисмоний ва маънавий куч-қувватини ҳар томонлама ривожлантиришни таъминлаш, аҳоли соғлиғига зарар етказувчи омилларни бартараф этиш мақсадида давлат муассасалари ва жамоат ташкилотлари томонидан тизимли равишда амалга оширилаётган ижтимоий, маърифий, санитария-гигиена, эпидемияга қарши ва даволаш тадбирлари.

Клиник кузатув: биринчи текширувни даволаш бошланганидан 3-6 ой ўтгач, сўнгра биринчи икки йилда ҳар 6 ойда ўтказиш тавсия этилади. Идеал ҳолда, ривожланиш тезлигини аниқлаш учун визуал майдонни текшириш 2 йил давомида 6 марта ўтказилиши керак. Жарроҳлик даволашдан сўнг бемор камида бир ой давомида офтальмолог назорати остида бўлиши керак.

5С	Шиаасисон тана касалликлари (ШТК) ни эрта аниқлаш мақсадида биринчи профилактик тиббий кўриқдан ўтказилганда, сўнгра йилига бир марта 40 ёш ва ундан катта ёшдаги фуқаролар учун кўриш аъзосини бир йилда икки марта текшириш тавсия этилади. Клиник тавсия ШТК 2022.пдф (аво-портал.ру)
----	---

Клиник кузатув ШТ касалликларини узоқ муддатли барқарорлаштириш ва визуал функцияларни сақлаб қолишнинг калитидир.

Назорат текшируви вақтида диагностика минимуми визометрия, тонометрия, биомикроскопия, аниқланган ўзгаришларни қайд этиш билан офталмоскопия ва керак бўлганда УЗИ, ОКТ текширувларни ўз ичига олади.

ШТ касалликларини барқарорлаштирилган курсида мониторинг камида 3 ойда бир марта (текширишлар тўплами билан) амалга оширилиши керак, визометрия, биомикроскопия ва УЗИ йилига 2 марта амалга оширилади.

ШТ касалликларини барқарор кечиши бўлмаган беморлар хиралашиш жараёнининг хусусиятларига, бирга келадиган патологияга ва қўлланиладиган дориларга қараб индивидуал кузатув даврларини талаб қилади. Жорий мониторингнинг ўзига хос вазифаларидан келиб чиққан ҳолда, офтальмологга ташрифлар частотаси ва зарур текширувлар ҳажми аниқланади. Зарур бўлганда, чуқурлаштирилган текширув ўтказиш учун кўрсатмалар тиббий ёрдамнинг кейинги босқичи ёки лазер ёки жарроҳлик даволашга ўтиш учун муассаса шароитида аниқланади.

Жарроҳлик даволашдан сўнг бемор камида бир ой давомида офтальмолог назорати остида бўлиши керак.

3.2. Реабилитация усуллари ва муолажалари :

Профилактиканинг мақсади ШТК ни дастлабки босқичларда аниқлаш ва хавф омиллари мавжуд бўлганда ривожланишининг олдини олишдир.

Бирламчи профилактика

-офтальмологик касалликларни даволаш. ШТ лойқаланишига кўзнинг шикастланиши ва жарроҳлик амалиётлари сабаб бўлиши мумкин. Шунинг учун бу патологияларни ўз вақтида даволаш ШТК олдини олишда ишончли бўлади.

Балансли овқатланиш. Тана етарли миқдорда витамин ва минералларни олмаган ҳолда яхши кўриш мумкин эмас. Тўғри пархез ўсимлик ва сут маҳсулотлари, дон ва оз миқдордаги ёғсиз гўшт, шунингдек денгиз балиқлари ва парранда гўшти бўлиши керак.

Ўртача жисмоний фаолият. Кундалик жисмоний фаолият кўз тузилмаларида қон айланишини фаоллаштиради, бу эса толалар ва тўқималарнинг гипокциясини олдини олади.

Офтальмолог томонидан профилактик текширувлар. ШТК босқичма- босқич, секин

ривожланиш билан тавсифланади. Унинг дастлабки босқичлари бутунлай симптомсиз бўлиши мумкин. Офтальмологик текширув ШТК даражасини ўз вақтида аниқлаш ва тегишли даволаш чораларини кўриш учун фундусда юзага келадиган ўзгаришларни аниқлаш имконини беради. **скрининг**- ШТ ва ШТК белгиларини, хавф омилларини, айниқса оила тарихи билан аниқлаш учун ўтказилади; ШТК ташхисини аниқлаштириш учун офтальмолог томонидан кўшимча текширувлар ва текширувлар учун тиббий кўрсатмаларни аниқлаш.

5C	ШТК ни эрта аниқлаш мақсадида 40 ёш ва ундан катта ёшдаги сурункали умумий касалликлари бўлган фуқароларга ва кўзойнак билан тузатиб бўлмайдиган кўриш кескинлиги пасайган 65 ёшдан ошган фуқароларга офтальмолог томонидан кўрик тавсия этилади. Клинические рекомендации ЗСТ 2022.пдф (аво-портал.ру)
----	---

Шарҳ: Кузатишнинг частотаси ва кўшимча тадқиқот усулларини тайинлаш тўғрисидаги қарор асосий текширув натижаларига кўра шифокор томонидан қабул қилинади. Ҳозирча кузатувнинг оралиқлари ва якуний вақти бўйича келишувга эришилмаган. Офтальмолог томонидан текширувларнинг частотаси ва текширувлар ва манипуляциялар ҳажми индивидуал равишда белгиланади, лекин йилига камида бир марта. ШТК билан оғриган беморларни кузатиш давомийлиги индивидуал равишда белгиланади, аммо агар 3-5 йилдан кейин беморнинг кўзининг морфофункционал параметрларида ҳеч қандай ўзгаришлар аниқланмаса, кўшимча кузатувни тўхтатиш ва ҳар йили офтальмолог томонидан текширувларни тавсия қилиш керак.

Агар ОКТ ва биомикроскопия маълумотларига кўра ШТ деструкциялари белгилари аниқланса, ШТД (шишасимон тана деструкцияси)га шубҳа бўлган беморларни клиник кузатишда ШТД ташхиси қўйилади ва беморларни кейинги кузатиш ва даволаш "Бирламчи очик-ойдин" клиник тавсияларига мувофиқ амалга оширилади. ШТК, ШТД, гемофтальм ҳолатлари билан беморларда дори-дармонларни қабул қилиш, даволашнинг самарадорлиги ва ҳар қандай ён таъсирини аниқлаш; патологик жараённинг динамикасига ва даволаш самарадорлигига таъсир кўрсатиши мумкин бўлган тизимли кўрсаткичлар бўйича ўзгаришлар ва бошқа мутахассисларнинг янги тайинланишини аниқлаш; беморнинг ШТД қарши терапия режимига мувофиқлигини назорат қилиш. Беморнинг ҳар бир ташрифи беморнинг субъектив фаровонлигини, визуал функцияларини (машина ҳайдашда қийинчилик, қоронғига мослашиш, контраст сезувчанлиги билан боғлиқ муаммолар, кичик босма нашрларни ўқиш ва объектларгача бўлган масофани баҳолаш), даволаш беморнинг ҳаёт сифатини ва рецептларга риоя қилишини баҳолаш билан бирга келади. Беморнинг ҳар бир ташрифида хавф омиллари қайта баҳоланади. Тиббий кўрсатмаларнинг бажарилишини мунтазам назорат қилиш амалга ошириладиган тадбирлар самарадорлигини ошириш имконини беради.

Касаллик белгиларини эрта аниқлаш ва унинг ривожланишининг олдини олишга қаратилган чора-тадбирлар тизими. Скрининг мақсади чуқур текширув ўтказиш ва аниқ ташхис қўйиш учун касалликнинг ривожланиш хавфи юқори бўлган аҳоли қисмини аниқлашдир.

Асосий хавф омилларининг мавжудлиги аниқланади ва ШТК даражаси УЗИ, ОКТ ёрдамида аниқланади. Хавф омиллари бўлса, улар асосий инструментал тадқиқот усулларини ўз ичига олган бирламчи ташхисга ўтадилар.

2-профилактика- ШТК учун иккиламчи профилактика чоралари касаллик аллақачон ташхис қўйилган бўлса, жуда муҳимдир. Қуйида тавсифланган тавсияларга риоя қилиш унинг тез

ривожланишининг олдини олади.

Дори воситаларидан фойдаланиш. Дори-дармонларни қўллаш бўйича текширувлар ва тавсиялар учун офтальмологга мунтазам ташриф буюриш керак.

Парҳез. ШТК билан оғриган беморларга маринадлар, шўр ва ширин таомларни истеъмол қилишни чеклаш тавсия этилади. Спиртли ичимликларни бутунлай йўқ қилишга ишонч ҳосил қилинг.

Хавф омилларининг олдини олиш. ШТК билан оғриган одамлар учун хавфли:

Жароҳатлар;

Кўз олмасида бажариладиган жаррохлик амалиётлари;

Кўриш аъзосининг яллиғланиш касалликлари;

Қандли диабет билан касалланиш;

Гипертония касаллиги.

Миопия.

Метаболик касалликлар.

Тўр парда ёки шишасимон танадаги қон қуйилишлар.

Яллиғланишли кўз касалликларидан келиб чиққан шишасимон тана хиралашишлари.

Орқадан шишасимон танани кўчиши.

Астероид жисмлари.

Инттоксикатсия ва заҳарланиш.

Касалликнинг ривожланишининг олдини олиш юқорида санаб ўтилган омиллар таъсиридан қочиш учун хатти-ҳаракатлар моделини тузатишни ўз ичига олади.

Учламчи профилактика -Шуни эсда тутиш керакки, учламчи профилактика иккиламчи профилактика билан бирга келади. Жуда кам ҳолларда у алоҳида бажарилиши мумкин. Учламчи профилактикага қуйидагилар киради: касаллик, босқичи, эҳтиёжи, шунингдек бошқа турларига қараб тиббий, ижтимоий, педагогик, психологик, санаторий-курорт даволаш.

Бугунги кунда комплекс реабилитацияга катта эътибор қаратилмоқда. Иқтисодий маълумотлар шуни кўрсатадики, реабилитация тадбирларидан комплекс фойдаланиш яхши соғломлаштириш ва иқтисодий самаралар беради. Шу мақсадда махсус реабилитация гуруҳлари тузилади, улар таркибига реабилитация шифокоридан ташқари бошқа зарур мутахассислар (кўп тармоқли гуруҳлар) киради.

ШТК учламчи профилактикаси ШТК туфайли кўришнинг ёмонлашиши ёки ҳатто кўрлик билан боғлиқ ҳолда амалга оширилади.

Масалан, яллиғланиш касалликларидан кейинги ШТК натижасида кўриш қобилятини йўқотган беморга қуйидагилар киради:

тиббий реабилитация – дори воситалари билан даволаш;

педагогик — беморга ва унинг яқинларига ўзгарган шароитлар билан боғлиқ ҳолда янги турмуш тарзини ўргатиш;

психологик — беморнинг муносабати, эътиқоди, мотивлари ва бошқалар билан ишлаш;

ижтимоий — ижтимоий ишчининг ёрдами, беморни кўр-кўрона яшашга ўргатиш, Брайл алифбоси, йўлбошловчи ит билан мулоқот қилиш, таёқдан фойдаланиш қобиляти ва бошқалар. Агар бемор меҳнатга лаёқатли ёшда бўлса, унда рационал бандлик.

Шундай қилиб, профилактиканинг барча турлари шишасимон тана касалликлари билан оғриган ёки касал бўлган беморни эрта аниқлаш, даволаш ва оқилона ҳаёт кечиршига қаратилган.

5С	<p>Ногиронликнинг олдини олиш учун ШТК билан оғриган беморларни тиббий реабилитация қилиш тавсия этилади, бунга касалликни дастлабки босқичда ташхислаш ва уни ўз вақтида тузатиш билан даволашни буюриш, агар керак бўлса, офтальмолог томонидан мунтазам равишда кузатиб бориш орқали эришиш мумкин. Клинические рекомендации ЗСТ 2022.пдф (аво-портал.ру)</p>
----	--

Офтальмолог томонидан текширувларнинг частотаси ва операциядан кейинги текширувлар ва манипуляциялар ҳажми индивидуал равишда белгиланади. Реабилитация ШТК билан оғриган беморларда кўриш билан боғлиқ ҳаёт сифатини яхшилади. Мультидисциплинер ёндашув ШТК билан оғриган беморларда даволаш ва реабилитация самарадорлигини оширади.

5С	<p>ШТД да ШТ шаффофлигини тиклаш ва кўриш ўткирлигини яхшилаш учун лойқаланиш белгилари аниқланганда, витреоретинал жаррохлик тавсия этилади. Клинические рекомендации ЗСТ 2022.пдф (аво-портал.ру)</p>
----	---

Фойдаланилган адабиётлар рўйхати ва баённома матнида санаб ўтилган манбаларга керакли ҳаволалар:

41. Голощапова А. К. Структура и патология стекловидного тела глаза // Вестник Совета молодых учёных и специалистов Челябинской области. — 2017. — № 4. — С. 24-28.
42. Дога А. В., Буряков Д. А., Нормаев Б. А. Плавающие помутнения стекловидного тела: современные подходы к лечению. Новости хирургии. №4. 2018 г.
43. Захаров В. Д. Витреоретинальная хирургия. — М., 2003. — 173 с.
44. Х.М. Комилов, Норматова Н.М. Современные аспекты терапии диабетической ретинопатии // Методические рекомендации, 2019.
45. Копаненко А. И., Поберская Т. А., Расин О. Г., Мавриди А. Д. Эффективность YAG-лазерного витреолизиса у пациентов с деструкцией стекловидного тела. Таврический медико-биологический вестник. №3. 2019 г. 1014 с.
46. Махачева З. А. Новое в анатомии стекловидного тела. — М., 2006.
47. Норматова Н.М. Результаты использования препарата гемаза при лечении гемофтальма у больных с диабетической ретинопатией // Журнал “Сахарный диабет” Россия, Москва 2010, №2 стр.97-99.
48. Норматова Н.М. Оценка клинической эффективности применяемых методов лечения диабетической ретинопатии у больных сахарным диабетом // «Вестник ТМА», Ташкент 2020, №3, стр. 102-105. (14.00.00; №13)
49. Современная офтальмология: Руководство. 3-е изд. - СПб.: Питер, 2021. - 752 с.: ил. - (Серия «Спутник врача»).
50. Степанова И.С., Алдашева Н.А., Утельбаева З.Т., Бердишева А.А., Исмаилова С.К., Сулейменов Д.С., Даугалиева А.Ж., Сукбаева А.Д. Эффективность консервативной терапии в лечении деструкции стекловидного тела. World science. №4. 2016 г. 52-64 с.
51. Шаимова В.А., Голощапова А.К., Кравченко Т.Г., Голощапова Ж.А., с соав. Лазерный витреолизис и витрэктомия в лечении плавающих помутнений стекловидного тела

//Современные проблемы науки и образования. 2019. № 1;

<https://science-education.ru/ru/article/view?id=28514>

52. Normatova N.M. Experience in the use of angiogenesis inhibitors in diabetic retinopathy in Uzbekistan // 18th Euretina Congress Vienna 20-23 september, 2018 Paris, France, P.234
53. Normatova N.M. Effectiveness of Integrated Treatment Strategy for Diabetic Retinopathy in Patients with Diabetes Mellitus: A Case Report // Indian Journal of Forensic Medicine & Toxicology, October-December 2020, Vol. 14, No. 4 p. 7368-7371. ISSN-0973-9122 (Print), ISSN-0973-9130 (Electronic)
54. <https://happylook.ru/blog/zdorove-glaz/destrukciya-steklovidnogo-tela-glaza/>
55. <https://cco.com.ua/poslugi/vitreoretinalna-hirurgiya/pomutninnya-sklovidnogo-tila.html?lang=ru>
56. <https://cco.com.ua/poslugi/vitreoretinalna-hirurgiya/vitreomakulyarnij-trakcijnij-sindrom.html?lang=ru>
57. <https://isee.ru/we-treat/pomutneniya-steklovidnogo-tela/>
58. <https://isee.ru/we-treat/gemoftalm/>
59. <https://3z.ru/diseases/destruktsiya-steklovidnogo-tela/>
60. <https://klinikabudzdorov.ru/diseases/destrukciya-steklovidnogo-tela/>
61. <https://gemotest.ru/info/spravochnik/zabolevaniya/destruktsiya-steklovidnogo-tela-mushki-pered-glazami/>
62. <https://msk.excimerclinic.ru/press/destrukcziya-steklovidnogo-tela/>
63. <https://cco.com.ua/poslugi/vitreoretinalna-hirurgiya/pomutninnya-sklovidnogo-tila.html?lang=ru>
64. <https://ultralinzi.ru/articles/zabolevaniya/destruktsiya-steklovidnogo-tela-glaza>
65. <https://www.ochkov.net/informaciya/stati/destrukciya-steklovidnogo-tela-kakovy-prichiny.htm>
66. <https://xn -- 10-9cd8bl.com/H00-H59/H43-H45/H43>
67. <https://xn -- 10-9cd8bl.com/H00-H59/H43-H45>
68. <https://www.smclinic.ru/diseases/destrukciya-steklovidnogo-tela/>
69. <https://cco.com.ua/poslugi/vitreoretinalna-hirurgiya/pomutninnya-sklovidnogo-tila.html?lang=ru>
70. <https://www.emcmos.ru/disease/destrukciya-steklovidnogo-tela/>
71. <https://kctg.com.ua/ru/baza-znanij/destrukciya-steklovidnogo-tela>
72. <https://retina-center.ru/articles/destruktsiya-steklovidnogo-tela/>
73. <https://probolezny.ru/destrukciya-steklovidnogo-tela/>
74. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31471088/>
75. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30200800/>
76. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/37402010/>
77. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35918966/>
78. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20211446/>
79. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25841656/>
80. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19860781/>
41. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/11131410/>