O`ZBEKISTON RESPUBLIKASI OLIY VA O`RTA MAXSUS

TA'LIM VAZIRLIGI, SOG'LIQNI SAQLASH VAZIRLIGI

ABU ALI IBN SINO NOMIDAGI BUXORO DAVLAT

TIBBIYOT INSTITUTI

OTORINOLARINGOLOGIYA ONKOLOGIYA VA OFTALMOLOGIYA KAFEDRASI

"TASDIQLAYMAN"

O`quv va tarbiyaviy ishlari prorektori
dots. Jarlkasinova G.J. _____
«_____"2019 y

Oftalmologiya fani bo`yicha
O`QUV –USLUBIY MAJMUA

(davolash va tibbiy pedagogika fakulteti 5 курs

Talabalari uchun)

BUXORO-2019 yil

O’ZBEKISTON RESPUBLIKASI OLIY VA O’RTA MAXSUS TA’LIM VAZIRLIGI, SOG’LIQNI SAQLASH VAZIRLIGI ABU ALI IBN SINO NOMIDAGI BUXORO DAVLAT TIBBIYOT INSTITUTI

OTORINOLARINGOLOGIYA ONKOLOGIYA VA OFTALMOLOGIYA KAFEDRASI

“TASDIQLAYMAN”

O`quv va tarbiyaviy ishlar prorektori dots. Jarlkasinova G.J.
«_____”2019 y

OFTALMOLOGIYA fani bo’yicha

5- kurs talabalari uchun

ISHCHI DASTUR

Ta’lim shifri – 510000 «Sog’liqni saqlash»

Ta’lim yo’nalishi: 5111000 – Mutaxassislik ta’limi(5510100 -Davolash ishi)

Umumiy soat - 135 soat

Jami soat - 90 soat

Shu jumladan:

Ma’ruza - 12soat

Amaliy mashg’lot - 32 soat

Klinik mashg’ulot - 46 soat

Mustaqil ish - 45 soat

Tuzuvchilar:

1.Odilova G.R. –lor va oftalmologiya kafedrasi katta o`qituvchisi t.f.n.

2.Boboeva R.R.. – lor va oftalmologiya kafedrasi assistenti

Taqrizchilar:

1.Rajabov A.B. – «Topografik anatomiya va operativ jarrohlik» kafedrasi mudiri,t.f.n.

Kafedra mudiri: Narzullaev N.U, t.f.d, dotsent

FUK rahbari: Nurov U.I, t.f.n, dotsent

Ushbu ishchi dastur namunaviy o'quv dasturi va o'quv reja asosida «Davolash ishi» yo'nalish bo'yicha tuzilgan va Buxoro davlat tibbiyot institute markaziy uslubiy kengashida muhokama qilingan va tasdiqlangan.

Bayonnoma №_____»____»_____2019y.

Uslubchi: Jumayeva Sh .B.

ANNOTATSIYA

Oftalmologiya oliy tibbiy ta'lim maktablarni asosiy fanlaridan biri bo`lib, shifokor tayyorlash tizimini nazariy va klinik fikr yuritish shakllanishini asosidir. Bu fan ko`z a'zolarining propedevtikasi, embriologiyasi, anatomiyasi, fiziologiyasi, kasalliklari, kasalliklarining klinikasi, etiologiyasi, patogenezi, patomorfologiyasi, tashxisoti, qiyosiy tashxisotini va davolash chora-tadbirlarini o`z ichiga oladi.

Ushbu o`quv-uslubiy majmuasi oftalmologiyaning zamonaviy dasturi asosida yozilgan bo`lib, unda oftalmologiya fanining maqsadi, vazifalari va uslublari yoritilgan; umumiy nazologiya etiologiya va patogenez haqida tushunchalar; patologik jarayonlar, ko`z a'zolari kasalliklarining shakllari ayrim simptom va sindromlari, rivojlanish mexanizmlari, ko`rinishlari tashxislash va davolash printsiplari zamonaviy tipda yoritilgan

MA'RUZA

MASHGULOTLARINING

TA'LIM

TEXNOLOGIYASI

MA'RUZA MASHGULOTLARINING TA'LIM TEXNOLOGIYASI

1-mavzu: Ko`ruv a'zolarining klinik anatomiyasi.

Ko`ruv a'zosi vazifalari

Ta'lim berish texnologiyasining modeli

<table>
<tr><td>Mashqulot vaqti -2 soat</td><td>Talabalar soni : 20 ta</td></tr>
<tr><td>Mashqulot shakli</td><td>Kirish-axborotli ma'ruza.</td></tr>
<tr><td>Ma'ruza rejasi:</td><td>• Kuz olmasi anatomiyasi
• Kuz kosasi va yondosh a'zolari anatomiyasi
• Kuz olmasi mushaklari va kuz yosh apparati anatomiyasi
• Kuruv nervi anatomiyasi
• Ichki a'zolar patologiyasining kuz olmasiga ta'siri
• Kuzning optik muhitlari haqida tushuncha</td></tr>
<tr><td colspan="2">O’quv mashqulotning maqsadi: Talabalarga oftalmolgiya fanining rivojlanish tarixi , uning boshka klinik fanlar orasida tutgan urni va ular bilan boglikligini tushuntirish, refraktsiya anamaliyalari sababi,, patogenezi, klinikasi va davosi borasida tugri tasavvurga ega bulishi , refraktsiya turlarini tekshirish texnikasini egallashi. Kurlikni keltirib chikaruvchi omillarni va uning oldini olish yullarini bilish.</td></tr>
<tr><td>Pedagogik vazifalar:

Oftalmologiya fani to’qrisida tushuncha va bu fanning vazifalari</td><td>O’quv faoliyati natijasi:

Oftalmologiya fanining to’qrisida tushunchaga ega</td></tr>
</table>

Klinika nuktai nazaridan refraktsiya turlari va anomaliyalarigi va fiziologiyasiga oid bilimlarni chukurlashtirish . Refraktsiya kasalliklari patogenezi buyicha bilim darajalarini oshirish Skioskopiya,oftalmoskopiya refraktometriya usullarini urganish Refraktsiya patologiyalari diagnostikasi buyicha klinik fikrlashni rivojlantirish.	bo’lib bu fanning tibbiyotdagi aqamiyatini bilib olish Talaba bilishi kerak: Talaba tushunchaga ega bulishi kerak: Refraktsiya Astigmatizm etiologiyasi , patogenezi , diagnostikasi , davosi. Refraktsiya kasalliklari asoratlari
Ta'lim berish usullari	Kurgazmali,ma'ruza,suqbat
Ta'lim berish shakllari	Ommaviy,jamoaviy
Ta'lim berish vositalari	O’quv qo’llanma,darslik,ma'ruza matni,,kompyuter
Ta'lim berish sharoiti	Metodik jiqatdan jiqozlangan auditoriya.
Monitoring va baqolash.	Oqzaki nazorat:savol-javob.

Kuruv organi anatomo –fiziologik xususiyatlari

Ma'ruza mashqulotining texnologik kartasi.

Ish bosqichlari va vaqti.	**Ta'lim beruvchi**	**Ta'lim oluvchilar**
Tayyorgarlik bosqichi 5 min	1.Mavzu bo'yicha o'quv mazmunini tayyorlash. 2. Fanni o'rganishda foydalaniladigan adabiyotlar ro'yxatini ishlab chiqish	
1. Mavzuga kirish (10 daqiqa)	1. Mavzu maqsadi va vazifasi bilan tanishtiradi 2. Mavzu bo'yicha savollar beradi.	Tinglaydilar Talabalar berilgan savollarga javob beradilar
2 – asosiy bosqich (55 daqiqa)	• Mavzuni tushuntirib beradi, slaydalar namoyish qilish. Oftalmologiya fani va uning asosiy tushunchalarini plakatlar asosida tushuntirib beradi • Oftalmologiyaning xozirgi zamon yutuklari va vazifalarini tushuntirib beradi • Kuruv organani necha kismga bulib urganish xakida tushuntiradi • Kuz olmasi kavatlari xakida va ularning va ularning xususiyatlari xakida tushuntiradi. • Kuruv nervi,uning anatomisi va kuruv yuli xakida plakatlar asosida tushuntiradi.. • Talabalarning ma'ruzadagi ishtirokini faollashtirish maqsadida: • Uzbekistonda oftalmologiya fanining rivojlanishi xakida nimani bilasizq • Miopiya kasalliklarini plakatlar asosida tushuntirib beradi. • Gipermetropiya kasalligini plakatlar asosida	Tinglaydilar

	tushuntirib beradi. • Refraktsiya anomaliyalarini korrektsiya kilish turlarini tushuntirib beradi. • Talabalarning ma'ruzadagi ishtirokini faollashtirish maqsadida: • Kuz optik muxitlariga nima kiradi • Refraktsiya xakida tushuncha bering • Refraktsi turlarini atib bering. • Miopiyada fokus kuzning kaysi kismida pado buladi. • Gipermetropiyada fokus kuzning kaysi kismida paydo buladi • Astigmatizm nima • Miopiyada kanaka korrektsiya beradi • Gipermetropiyada kanaka korrektsiya beriladi. • Refraktsiya anomaliyalarini korrektsiya kilish usullari	Talabalar berilgan savollarga javob beradilar
3-yakuniy bosqich (10 daqiqa)	3.1. Yakunlovchi xulosa qiladi 3.2. Mustaqil ishlash uchun kuruv organi anatomiyasini urganib kelish vazifasini beradi	Tinglaydi Yozib oladi

Ma'ruza №1

OFTALMOLOGIYA FANI, UNING TARKIBI, VAZIFASI, BOSHKA FANLAR BILAN BOGLANISHI, TARIXI VA UZBEKISTONDA RIVOJLANISHI.

Markaziy Osiyo oftalmologiyasining tarixi ulug mutafakir,tibbiyot faning allomasiAbu Ali Ibn Sinodan boshlanadi..U 980 yili Buxoroda tavallud topgan va 16 yoshdan juda katta kizikish va intilish bilan tabobatni urgangan.Bu yulda unga Buxorolik olimAbul Mansur Kamariy yordam bergan.Abu Ali Ibn Sino 35 yoshida 1-tomni yozib tugatgan «Tib Konunlari» kitobi Urta asrning fundamental tibbiyot entsiklopedisi bulgan.Konunning 3 tomida muallifning kuz va kuz kasalliklari tugrisida 3 ta katta makolasi urin olgan.Birini makolada kuzning anatomiyasi uning normal xolati va yalliglanish kabi kasalliklari bayon etilgan xamda kuz salomatligini saklash ,kuzga nimalar zarar keltirishi izox berilgan.Keyingi makollalarida kuz kasalliklaridan shilpik,trixiaz,shox pardaning xiralanishi,,katarakta,uni kuzdan chikarib olib tashlash,va yomon okibatlari kabi xolatlari tugrisida yozib koldirilgan.Allomaning yana bir sermazmun asari «Donishnomada» kuzning kurish jarayonida tashki muxitdagi borlik kuzdan kanchalik uzok bulsa,uning shakli shunchalik kichkina bulib kurinishi,bayon kilinib muallifdan oldin yozib koldirilgan notugri tushuncha kuzning kurish jarayoni kuzni uzidan nur sochib chikishi bilan boglikligi asossiz afsona ekanligi fosh etildi.Ibn sino kurish kuzdan chikadigan nurga emas balki tashki muxitdagi narsalar shaklini kuzda aks topishiga va bunda kuz gavxarining moslab berish faoliyati isbotlanadi.Kuz kasalliklarini aniklab,tashxis kuyish uchun anatomiya ilmini yaxshi bilish asosiy zamin bulishini xam uktirib utgan.Buxoro xonligida kuz kasalliklaridan konyuktivitni davolash uchun tabiblar fuksin kirmizni ona sutini ,sigir va echki sutlarini,shox parda chandigini davolash uchun maydalab tuyilgan kumush yoki chinnini kuzga sepib ishlatganlar .Achik tosh va mis zangidan xam foydalanganlar . 19 asrning urtalarida ruslar Turkistonni bosib olga Tshkentga birini vrach Dmitriy Nikolaevich Danilov kelgan xamda umrining oxirigacha Markaziy Osiyoning Toshkent,Samarkand, Fargona shaxarlarida va Almatada shab shifoxonalar ochgan.Axoliga imkon boricha kup yillar davomidv tibbiy yordam bergani uchun Uzbekiston xukumati tavsiya bilan mexnat kaxramoni unvoniga sazovor bulgan.

1915 yildan to 1923 yilgaa Fargonada Aleksey Ivanovich Pakrovskiy ishlagan.U Fargona kuz kasalliklari dispanserini tashkil kilib,davolash usullarini yangi yulga kuygan.

Toshkentda Urta Osiyo davlat Universitetining ochilishi,unda 15 urinli xarbiy gospital binosi ochilgan.Kafedra asoschisi A.G.Trubin edi. 1924 yildan 1931 yilgaa kafedrani A.N.Murzin boshkargan.1932 yilda prof Arxangelski kelib kafedra mudiri lavozimiga tasdiklangan.Uning 100 ta ilmiy tadkikot ishi mavjud bulib,kuzning terlamadan kasallanishi,brutselyozning kuzga ta'siri glaukoma va boshkalarga bagishlangan.

Arxengalskiy shogirdi orasida T.Yo.Kosimovlar va M.X.Xamidova bulgan.1957-1969 yillarda Kosimov kafedrani boshkargan.Kuz kasalliklarini rivojlantirishda uz xissasini kushgan .1969 yilda kafedra mudirligiga uzbek ayollaridan birinchi aspirant,birinchi fan nomzodi Urta Osiyo buyia birini fan doktori oftalmoxirurg prof Muxtaram Xamidova tanlov bilan utgan.Xamidova ikkita fan nomzodi dissertatsiyasi ilmiy raxbari bulgan.

M.Xamidova davolash va jarroxlik ishlarini yaxshilash uchun kupgina yangi –yangi dorilar kullab yangi asbob uskunalar va amaliy usullar bilan kuz mikro xirurgiya jarayonini boyitgan etuk oftalmoxirurgdir.1968 yilda «Odam kuruv analizatori periferik zvenosining ontogenezi,onalar va bolalarning xomila davridagi ba'zi bir kasalligini urganib davolash» mavzuidagi doktorlik dissertatsiyasini yoklab kelgan.1930 yilda Samarkand Tibbiyot institutida kuz kasalliklari kafedrasi tashkil kilingan.Kafedra mudiri A.L.Kankrov traxoma konyuktivit keratit va boshkalarga karshi kurashish ustida ish olib borib,ularni davolash usullarinifaol kullagan. 1935 yilda prof G.G.Abdullaev raxbar bulgan.Traxoma va uning asoratlarini davolashda uz xissasini kushgan.1932 yilda Toshkent shaxrida vrachlar malakasini oshirish instituti ochilgan. 1957-1988 yillarda tibbiyot fanlari doktori,prof Muxammadjon Komilovich Komilov kafedrada mudirlik kilishgan. 1988 yildan to xozirgacha prof Xolidjon Muxammadjonovich Komilov Ushbu kafedraga mudirlik kilyapti. M.K.Komilov 1955 yilda «Yarali blefaritlarni davolashda ayrim antibiotiklar» mavzuida nomzodlik va1970 yilda «Kuz jaroxatlarining klinik xarakteristikasi va Uzbekiston sanoat korxonalarida ularning oldini olish » mavzuida doktorlik dissertatsiyalarini ximoya kilgan.Utaklif etgan va kullagan usullar kuz jaroxatlari soni va asoratlarining keskin kamayishiga olib keldi.Prof Komilovning 130 dan ortik ilmiy ishlari ,monografiya ,uslubiy kullanmalari traxoma ,utkir konyuktivit,glaukoma katarakta,kuz jaroxatlari,kuz mikroxirurgiyasi,kuz kon tomirlari kasalliklari,oftalmologida EXMlarning kullanilishiga bagishlangan. Uning ilmiy raxbarligi ostida bita tibbiyot fanlari doktori,12 ta Fan nomzodi,muxarirligi Bilan 10 ta ilmiy ishlar tuplami tayorlangan.

M.K.Komilov Uzbekistonda xizmat kursatgan vrach,xizmat kursatgan Fan arbobi,faxriy unvoni,kator ordenlar va medallar Bilan mukofotlangan.

Mintakada gudaklar,bola va usmirlar salomatligini saklash maksadida ,Respublika raxbarining karoriga muvofik 1972 yili Toshkentda Urta Osiyo pediatriya tibbiyot instituti ochildi.Uning birinchi kafedra mudiri tibbiyot fanlari nomzodi Oksana Glebovna Levchenko buldi.U bolalar kuzi yakindan kurish refraktsiyasini,uni davolash ilmini rivojlantirishga bagishlangan tadkikotlari asosida tibbiyot fanlari doktorligi dissertatsiyasini yoklab prof unvoniga erishgan. O.G.Levchenko 1983 yilda kafedra bazasida bolalar oftalmologisi Respublika markazi ,travmatologiya markazlarini tashkil kildi.

Refraktsiya deganda nurlarning biror linza yoki kator kuyilgan bir nechta linzalardan utib sinishi tushuniladi. Inson kuzi nur sindiruvchi kavatlarining urtacha optik kuchi xammasi bulib 60,0 dptr ga teng. Unda urta xisobda 40,0 dptr shox pardaga, 16-18 dptr gavxarga tegishlidir. Oldingi kamera suyukligi va shishasimon tanalarning nur sindirishi juda kam 1,5-2,0 dptr.

Klinik amaliyotda refraktsiya butunlay boshkacha xususiyatga ega buladi. Bunda kuz optik sistemasi nur sindirish kuchining mutlok moxiyatini emas, balki bu sistema bosh fokus

uzunligining kuz uki uzunligi bilan uzaro kelishib tenglashuvining axamiyati bor. Nurlar sinib, fokus sarik dogning kok urtasida paydo bulishi yoki ayrim odamlarda u sarik dogdan oldinrokda, ayrimlarda esa, uning orkasiga tugri kelishi xam mumkin. Shu munosabat bilan klinik refraktsiyaning turli kurinishi kuzning anatomik va fiziologik xolatiga boglik. Kuz ukining uzunligi va uning nur sindirish kobiliyatining kuchi moy kelib, bosh fokus tur pardada paydo bulsa, bu mutanosib refraktsiya - emmetropiya deyiladi. Bunda kuzga juda uzokda turgan buyumlardan parallel nurlar tushib fokusni tur pardada paydo kiladi va kuz shunga moslashgan buladi. Agar bu xolatning aksi bulib, parallel nurlarning bosh fokusi notugri joylashsa, bu nomutanosib refraktsiya -ametropiya deyiladi. Ametropiya turlicha bulib, parallel nurlarning bosh fokusi gur parda oldida joylashsa, miopiya, ya'ni yakindan kurish deyiladi. Ametropiyaning bu turi eng kupli refraktsiya. Shuning uchun buni tuzatishga manfiy linzalar lshlatiladi. Refraktsiya bu turining yakindan kurish deb nomlanishiga sabab shuki, bunda kurinadigan buyumlar kuzning oldida buladi va bulardan yoyma nurlar garkalib tur pardada yigiladi. Yakindan kurish kanchalik kuchli bulsa, kuzning yaxshi, kurib turgan nuktasi shunchalik unga yakin yotadi. Masalan, yakindan kurish 1,0 dptr ga geng bulsa, kuz 1 m masofada yotgan nuktaga moslanadi, agar u - 10,0 dptr bulsa, chasofasi xammasi bulib 10 sm ga teng buladi. Bu xolat akkomodatsiyada katnashmagan kuzningtinch turgan vaktiga tugri keladi.

Ametropiyaning ikkinchi turi - gipermetropiya - emmetropiyaga nisbatan kuchsiz refraktsiyadir.Bunda nur sindirish kuchi kam buladi, shuning uchun parallelnurlar bosh fokusi tur parda orkasiga utib ketadi, chunki fokus masofasi kuz optik ukidan uzunrok buladi. Shu fokus masofasi uzun (kup) bulganligi uchun bu refraktsiya giper suzi bilan ifodalanib gipermetropiya deyiladi. Buning uzi esa salbiy kuchsiz refraktsiya xisoblanadi va uni tekislash uchun ijobiy nur sindirih kobiliyatiga ega bulgan burtik sferik linza kullaniladi. Bunday odamlar ayniksa yoshlikda akkomodatsiya normal bulganda uzokni unchalik kiynalmay kurishadi. Kuzda gipermetropiyaning kuchli darajasi bulsa, nafakat yakindan va xatto uzokdan kurish xam juda kiyin buladi, chunki fokus kuz ichida paydo bulmaydi. Gipermetropiya refraktsiyali odamning tur pardasida fakat yigiluvchi nurlar fokuslanishi mumkin. Lekin tabiatda yigiluvchi nurlar tutami paydo kiladigan nukta yuk, shuning uchun bunday refraktsiyani tuzatish fakat yiguvchi linzalar kullash bilan bajariladi. Demak, gipermetropik kuzga tushgan parallel nurlar kuz ichida emas, balki kuz orkasida fokus paydo kiladi deb faraz kilinadi. Shu nuktaning joylashgan urni gipermetropiya refraktsiyali kuzning geometrik optikasini xarakterlaydi.

Gipermetropiyaning darajasi kanchalik kup bulsa, nurlarning tur pardada fokus xosil kilishi uchun ular shunchalik kup yigilishi kerak. Shunda, biz faraz kilgan nukta (shu kuz optik xolatining kursatkichi) gipermetropiya darajasi kamaygan sayin kuzga yakinrok kurilaveradi, birok, miopiyaga uxshab surilish oldidan orkaga emas, balki orkadan oldinga karab buladi. Kuz akkomodatsiyasi ishlamaganda anik ravshan kurinadigan nuktaning masofasi uning optik xolatini xarakterlaydi va kuzning klinik refraktsiyasi mezoni xisoblanadi. Agar bu nukta juda uzokda bulsa, refraktsiya nolga teng buladi. Agar kuzning oldida 33 sm masofada bulsa, unda miopiya 3,0 dptr ga teng va kuz orkasidagi 33 sm da bulsa, bu gipermetropiya, 3,0 dptr ga teng buladi.

Kuzning optik xolatini bilish uchun kuz pardasida tashkil toptan buyum shaklini xosil kiladigan nurlar xolatiga xam axamiyat beriladi. Emmetropiya refraktsiyali kuzlar parallel nurlarga, miopiya refraktsiyali kuzlar yoyiladigan nurlarga va gipermetropiyali kuzlar yigiladigan nurlarga moslashgan buladi.

Ametropiyani bartaraf etish uchun kuzoynak shishalar tanlab olinadi: miop kuzlarga botik linzalar, gipermetrop uchun burtik linzalar kerak, emmetropga esa, xech kanday linza kerak emas.

Agar kuz optik sistemasi satxning turli - vertikal, gorizontal yoki boshka egri yunalishdagi meridianlarda nur sindirish bir xil emas, boshka - boshka kuchga ega bulsa, bu ametropiyaning uchinchi xili - astigmatizm deyiladi. Bunga kupincha shox parda satxi va kamdan - kam gavxar ikki perpendikulyar meridiani kiyaligi radiusining bir xil emasligi sabab buladi. Shunda fokal chizik, ya'ni kuzda ikkita fokus paydo buladi. Bunda paydo bulgan fokuslardan biri tur pardada bulsa, ikkinchisi uning oldida yoki orkasida bulishiga karab oddiy miopiya yoki gipermetropiya astigmatizmi deyiladi. Oddiyligi shundaki R ning biri normal tur pardada, ya'ni shu meridianda emmetropiya refraktsiyasidir. Vertikal yunalishdagi nur sindirish gorizontaldagidan kuchlirok bulsa, tugri astigmatizm, buning aksi -gorizontaldagi vertikaldan kuchlirok bulsa teskari astigmatizm deyiladi. Agar kuzda turli kuchga ega bulgan bir xil refraktsiya bulsa, unda chizik fokusi tur pardaga nisbatan oldindan yoki orkadan ayrim - ayrim ikkita masofada joylashganbuladi va bu miopik (M) yoki gipermetropik (N) murakkab astigmatizm deyiladi. Agar kuzda miopiya va gipermetropiya ikki xil refraktsiya bulsa,

chiziklar fokuslarining biri tur parda oldida, ikkinchisi uning orkasida buladi, bunda aralash astigmatizm deyiladi. Astigmatizmni tekislash uchun nur yiguvchi va nur yoyuvchi silindr linzalar ishlatiladi. Bunday silindr kuzoynak yasash uchun shishadan yasalgan bir butun kuyma silindrning burtik satxidan uzunasiga uning bir kismi kesib olinsa, burtik kuzoynak yasaladi. Demak, satxi burtik silindr linza kuyma shisha devoridan kesib olinadi va botik yuzali silindr shisha esa, usha butun silindr shaklidagi shisha devoriga kuyib yasalgan buladi. Silindr kuzoynaklar nurni bir ukida sindiradi. Silindr kuzoynak shishalarning ukiga parallel tushgan nurlar sinmaydi. Agar nurlar silindr ukiga perpendikulyar (kundalang) tushsa sindiriladi.

Tsilindr kuzoynak shishalarning xam burtigiga (Q) va botigiga (-) belgi kuyiladi va ular kuz nur sindirish satxi meridianlaridan bittasini tekislashga moslashadi. Silindr linzalar nur sindirmaydigan ukining belgisi tekislanadigan meridianga kundalang kuyilishi kerak.

AKKOMODATSIYA

Akkomodatsiya. Kishi xayoti uchun kuz uzok va yakin masofadan kura bilishining axamiyati kattadir. Bu vazifani kuzdagi fiziologik mexanizm akkomodatsiya bajaradi. Akkomodatsiya kuzning uzok va yakinda turgan narsalarni anik kura bilish uchun moslashuvidir. Akkomadatsiya yordamida tur pardada uzokdagi yoki yakindagi narsalar shakli uz aksini topadi. Bu jarayonda kuz nur sindirish kobiliyatining turlanishi, gavxar satxi kiyasining uzgaruvchanligi natijasida vujudga keladi. Gavxar satxi kiyasining uzgaruvchanligi uning elastikligiga boglik bulib, buni kipriksimon tanadagi muskulchalarning faol kiskarishi vujudga keltiradi. Akkomodatsiya mexanizmi: kipriksimon tana muskullari kiskarganda, gavxarga yopishgan Sinn boglamchalari bushashib, gavxar kopchasining tarangligi kamayadiG` shuning uchun uning oldingi yuzasi duppayib, gavxar kalinlashib, nur sindirish kuchi kupayadi va shu munosabat bilan yakinda joylashgan buyumlar aksi tur pardaga tushadi. Akkomodatsiya doyra muskullari bushashganda esa shu xodisaning aksi

bulib, kopcha uz xoliga kaytib va bir oz bushaydi, gavxar yupkalashadi, bunda tur pardaga uzokda joylashgan buyumlarning aksi tushadi. Akkomodatsiya paytidagi kuzdagi uzgarishlar:

Kuz gavxarining shakli uzgarib oldingi satxining urtasi (markazi) kuprok duppayib chikadi, orka satxida bunday uzgarish juda kam buladi.

Gavxar kalinlashgach kuzning oldingi kamerasi sayozlanadi.Bogichlar bushashganligi sababli gavxar uz vazni xisobigabirozpastrokkasuriladi.Kuz korachigi torayadi va yakindagi narsalar shakli anik va ravshan kurinadi.

Kuzni xarakatga keltiruvchi nerv tolalari xisobidan kipriksimon tanadagi doyra muskullari kiskaradi va narsalarni yakindan kurish uchun gavxarning nur sindirish kobiliyati kuchayadi, kipriksimon tanadagi radial muskul tolalari kiskarganda uzokdagi narsalarni kurish uchun refraktsiya, aksincha, kuchsizlanadi. Akkomodatsiyaning bu klassik nazariyasini Gelmgolts yaratgan.

Gilaylik (Strabismus) - kuz sokkasining kiyshik urnashuvi. Bunda bir kuz korachigi kurilayotgan narsaga tikilgan, ikkinchisi esa usha narsadan burun yoki chakka tomonga oggan buladi. Ba'zan ikkala kuz bir vaktda burun yoki chakka tomonga ogadi, kamdan-kam kuzlardan biri pastga yoki yukoriga ogishi xam mumkin. Bundam gilayliklarning birinchi kurinishida gorizontal, ikkinchi kurinishda esa vertikal yunalishdagi diplopiya (narsaning ikkita kurinishi) paydo buladiki, bu gilaylikning asosiy belgilaridan biridir. Ma'lumki, kuz sokkasini xarakatlantiruvchi, unga xar tomonga karash va keng masofani kurish imkoniyatini beradigan oltita muskul bor. Turttasi burun tomonga (ichki), chakka tomonga (tashki), yukori va pastki tomonga yunalgan (m.m.recti interna,externa,superior) va ikkitasi - yukori va pastki kiyshik. (m.m.obliqua superior et inferior) lardir. Bular kuz sokkasining tashki muskullari deyiladi. Bu muskullarning normal birlikdagi xarakati uzining aylanish nuktasi (kuz ukining kok urtasidan salgina yukorirokda joylashgan nukta) atrofida sodir buladi. Tashki muskullarning birgalikda, uzaro kelishib, mutanosib ishlashi kuzlarning kurish vazifasini yaxshi bajarishiga imkon beradi. Shu asosda kuz tashki muskullari mutanosib xarakatlanib, kuzlar uzokka nazar tashlagan paytida ularning kurish chiziklari paralellashib, kuzlar yakinga tikilganda esa ularning kurish nuktasi yakinlashib, xattoki ikkala kuzdan biri bir oz sun'iy ogibrok yondashgan takdirda xam chiziklar kesishib, bir nuktada joylashib tura oladi. Tashki muskullar xamkorligining bu xolati ortoforiya (ortophpria) deyiladi. Bunda kuzlar kuz kosasi va kovoklarga nisbatan kok urtada joylashgancha turadi, shox pardaning markazi xam kuz tirkishining urtasida buladi va ikkala kuzning kurish uki parallel yotib, uzokka nishon oladi. Lekin muskullarning bunday ideal xamkorligi xamma odamlarda bir xil bulavermaydi. Ba'zan muskullarning xamkorligibir oz buzilganda ulardan biri xamkorlikdan chikib (birk uzni oldini taxtacha bilan tusganda xam buni kuzatish mumkin) usha kuz kaysidir bir boshka tomonga bir oz ogishi mumkin.

Bunday xolat geteroforiya (heterophoria) yoki yashirin gilaylik (Strabismus latenta) deyiladi. Odatda ikki kuzning normal xamkorligida bu nukson bilinmaydi, chunki kuzlarning xamkorlikda kurish kobiliyati fuzion xarakatni vujudga keltirib, kurish chiziklarini tugri xolatda saklab turadi.

Bir narsaga karab turgan odamning kuzlaridan biri tusilib kolsa (yoki taxtacha bilan), kupincha uning kurish uki tashkariga ogishi mumkin, bu ekzoforiya (exophoria),

ukning ichkariga ogishi ezoforiya (esophoria), juda kamdan - kam xollarda yukoriga ogishi giperforiya (hyperphoria) va pastga gishi gipoforiya (hypophoria) deb ataladi.

Kuz gilayligining bu yordamida aniklanadi. Kuz uzokdagi narsadan yakinga normadan ortikrok buladi. Agar kuzlarda geteroforiya (yashirin gilaylikning) darajasi 5 ga teng yoki undan kup bulsa, fuziya refleksiga talab kupayadi va asta-sekin kuz charchab, astenopiya xolati paydo buladi. Bunday astenopiya xolati ba'zida toksinli zararlanishlar zaminida xam vujudga kelsa, kuzlarning fuzion refleksi faoliyati etishmay kolib, yashirin gilaylik xakikiy gilaylikka utib, kuzlarning uzaro xamkorligi - baravar kurishga putur etadi va diplopiya paydo buladi. Bunday xolat boshlanishida kasallik xisoblanmaydi.Shuning uchun geteroforiyani dori-darmon bilan tugrilab bulmaidi, lekin fuziyani mashk kilish yuli bilan rivojlantirib kuzdagi nokulay xislarni kamaytirib, uning kompensator xolatini yaxshilash mumkin. Bu yul foyda bermasa, unda ancha zuraygan geteroforiyani prizm, shishali kuzoynaklardan foydalanib kurishni yaxshilash mumkin. Buni bir yoki ikkala kuzga kupi bilan 3-6 prizma dioptriyali prizmaning kalin tomonini geterofi: sodir bulgan tomon karshisi, ya'ni burun tomonga moslab kuyib tuzatiladi. Shu tarika notugri yunalayotgan nurlarni prizma yordamida gilay kuzning kurish uki yuliga utkaziladi va buyumlarning aksi sarik dogga tushiriladi,

Prizma kuzoynaklarni konvergentsiyaning tugma sustligida yoki unin butunlay tarakkiy topmagan xolatida xam kullash mumkin. Prizmaning kalin kirrasi burun tomonga kuyilib, nurlarning yondoshishini yakinlashtirib kuznin kurinishi yaxshilanadi.

Yashirin gilaylik (retepoforiya) da kuzlar bir nuktaga kadalmay beixtiyor turganda, ulardan biri bir oz chetlanadi. Bu xolat kuz tashki muskullari vazifasi mutanosibligining sustlanishi sababli vujudga keladi, lekin kupincha kuzlarnin xamkorlikda baravar kurish faoliyati saklanadi va bu yashirin gilaylikni tekislab zurayishdan saklaydi. Agar kuzlarning baravar kurishi kiyinlashsa, unda prizma shishali kuzoynak takish tavsiya kilinadi.

Gilaylikning yana bir turi - soxta gilaylik; bunda kuzning optik uki (shox parda markazi bilan gavxar urtasida joylashgan tugunli nukta orasidagi uk) bilan kurish uki (sarik dog urtasidagi markaziy chukurchadan kelib, tugunli nuktadan utgan va kuz kurib turgan nukta urtasida yotgan chizik) urtasida doimo 3-4 ga teng burchak paydo buladi. Agar shu burchak kattalashib, 10 gacha borsa, shox parda satxining markazlari urtadan bir oz chetlashib, kuzlar gilayga uxshashi mumkin, lekin bunday kuzlarda baravar kurish faoliyati saklangan bulsa, gilaylik va narsalarning ikkita bulib kurinishi kuzatilmaydi. Shuning uchun bu gilaylik soxta deyilib xakikiy, yakkol kurinib turgan gilaylikdan farklanadi.

Gilaylikning yana bir asosiy turi - anik ifodalangan gilaylik bulib, u xamkorlikdagi gilaylik (Stradlsmus cancomitans) va falajlik gilayligi (Stradlsmus paraliticus) deb ataladi.

N I S T A G M

Nistagm. Kuz tashki muskullarining kiskarish natijasida kuz sokkasining beixtiyor tebranish xarakati nistagm deyiladi.Kuz sokkalarining bunday bexosdan gorizontal, ba'zan vertikal

chaykalib turishi vg kamdan-kam gir aylanib beixtiyor xarakatlanishiga bosh miya yoki kuruv a'zosi soxasidagi turli uzgarishlar sabab buladi.

Nistagmning yana bir juda kam uchraydigan turi kuzning tebranishi yoks turtkilanish xarakatidir. Uning tez-tez fazali xarakati ikkita bir yunalishdagi (sinergist) muskullarning yonlanib xarakat kilishiga taallukli bulsa, asta-sekin xarakatlanishi karama-karshi joylashgan (antagonist) muskullar xarakatiga taalluklidir.

Nistagmning asosii xili - optik nistagm odatda kuzlarning kurish utkirligi juda pasaygan ambliopiya, albinos, yakindan kurishning yukori darajasiG` kuz optik tizimining kuchli xiralanishi, kuruv nervi atrofiyaga uchragan odamlarda buladi. Optik nistagm tashki muxit aksining kuz sarik dogi soxasida joylasholmaganidan va bu jarayon uchun kuzda stimul yukligidan vujudga keladi. Optik nistagmni tuzatish juda kiyin va amri maxol edi. Lekin Avetisov taklif kilgan yangi usul yaxshi naf bermokda.

A S O S I Y A D A B I Yo T L A R

1 T.I.Eroshevskiy, A.I.Bochkareva «Glaznыebolezni» 1989g., 263 s

2 E.M.Kovalevskiy, «Glaznыebolezni» 1995g 280s

3 M.X.Xomidova «Kuz kasalliklari» 1996 y 334s

4 M.X.Xamidova «Kuz kasalliklari»2006 y 335 b

5 Ma’ruzalar materiallari.

2-MAVZU: Klinik refraktsiya. Akkomadatsiya. Ko`z tubi oftalmoskopiyasi

1.1.Ta'lim berish texnologiyasining modeli.

Mashqulot vaqti -2 soat	Talabalar soni : 20-24 ta
Mashqulot shakli	Kirish-axborotli ma'ruza.
Ma'ruza rejasi:	• Miopiya va Gipermetropiya kasalligini plakatlar asosida tushuntirib beradi. • Refraktsiya anomaliyalarini korrektsiya kilish turlarini tushuntirib beradi. • Talabalarning ma'ruzadagi ishtirokini faollashtirish maqsadida: • Kuz optik muxitlariga nima kiradi • Refraktsiya xakida tushuncha bering • Refraktsi turlarini atib bering.
O'quv mashqulotning maqsadi: Miopiya va Gipermetropiya kasalligini tashxisini urganish.Shu kasalliklardan kelib chikadigan asortatlarga e'tiborni karatish.Ularni davolash va oldini olish usullari bilan tanishish.	
• **Pedagogik vazifalar:** • klinika nuktai nazaridan Miopiya va Gipermetropiya kasalligiga oid bilimlarni yanada chukurlashtirish. • miopiyakasalliklari patogenezi buyicha bilim darajalarini oshirish. • Tashki kurik, biomikroskopiya, oftalmoskopiyaskopiya, usullarini urganish.	**O'quv faoliyati natijasi:** Talaba tushunchaga ega bulishi kerak : Refraktsiya anomaliyalarini korrektsiya kilish , diagnostikasi , davosi. Kuz optik muxitlariga nima kiradi

Ta'lim berish usullari	Kurgazmali,ma'ruza,suqbat
Ta'lim berish shakllari	Ommaviy,jamoaviy
Ta'lim berish vositalari	O’quv qo’llanma,darslik,ma'ruza matni,,kompyuter
Ta'lim berish sharoiti	Metodik jiqatdan jiqozlangan auditoriya.
Monitoring va baqolash.	Oqzaki nazorat:savol-javob.

Klinik refraktsiya. Akkomadatsiya. Ko`z tubi oftalmoskopiyasi

Ma'ruza mashqulotining texnologik kartasi.

Ish bosqichlari va vaqti.	**Ta'lim beruvchi**	**Ta'lim oluvchilar**
Tayyorgarlik bosqichi	1.Mavzu bo’yicha o’quv mazmunini tayyorlash. 2.Kirish ma'ruzasini tayyorlash 3. Fanni o’rganishda foydalaniladigan adabiyotlar ro’yxatini ishlab chiqish	
1. Mavzuga kirish	1. Mavzu maqsadi va vazifasi bilan tanishtiradi 2. Mavzu bo’yicha savollar beradi.	Tinglaydilar Talabalar

(10 daqiqa)		berilgan savollarga javob beradilar
2 – asosiy bosqich (60 daqiqa)	• Mavzuni tushuntirib berish, plakatlar namoyish qilish. • Miopiya kasalliklarini plakatlar asosida tushuntirib beradi. • Gipermetropiya kasalligini plakatlar asosida tushuntirib beradi. • Refraktsiya anomaliyalarini korrektsiya kilish turlarini tushuntirib beradi. • Talabalarning ma'ruzadagi ishtirokini faollashtirish maqsadida: • Kuz optik muxitlariga nima kiradi • Refraktsiya xakida tushuncha bering • Refraktsi turlarini atib bering. • Miopiyada fokus kuzning kaysi kismida pado buladi. • Gipermetropiyada fokus kuzning kaysi kismida paydo buladi • Astigmatizm nima • Miopiyada kanaka korrektsiya beradi • Gipermetropiyada kanaka korrektsiya beriladi. • Refraktsiya anomaliyalarini korrektsiya kilish usullari	Tinglaydilar Talabalar berilgan savollarga javob beradilar
3-yakuniy	3.1. Yakunlovchi xulosa qiladi	Tinglaydi

bosqich (10 daqiqa)	3.2. Mustaqil ishlash uchun oftakmoskopiya skiaskopiya va viziometriya o`rganib kelish vazifasini beradi	Yozib oladi

Klinik refraktsiya. Akkomadatsiya. Ko`z tubi oftalmoskopiyasi

Refraktsiya deganda nurlarning biror linza yoki kator kuyilgan bir nechta linzalardan utib sinishi tushuniladi. Inson kuzi nur sindiruvchi kavatlarining urtacha optik kuchi xammasi bulib 60,0 dptr ga teng. Unda urta xisobda 40,0 dptr shox pardaga, 16-18 dptr gavxarga tegishlidir. Oldingi kamera suyukligi va shishasimon tanalarning nur sindirishi juda kam 1,5-2,0 dptr. Klinik amaliyotda refraktsiya butunlay boshkacha xususiyatga ega buladi. Bunda kuz optik sistemasi nur sindirish kuchining mutlok moxiyatini emas, balki bu sistema bosh fokus uzunligining kuz uki uzunligi bilan uzaro kelishib tenglashuvining axamiyati bor. Nurlar sinib, fokus sarik dogning kok urtasida paydo bulishi yoki ayrim odamlarda u sarik dogdan oldinrokda, ayrimlarda esa, uning orkasiga tugri kelishi xam mumkin. Shu munosabat bilan klinik refraktsiyaning turli kurinishi kuzning anatomik va fiziologik xolatiga boglik. Kuz ukining uzunligi va uning nur sindirish kobiliyatining kuchi moy kelib, bosh fokus tur pardada paydo bulsa, bu mutanosib refraktsiya - emmetropiya deyiladi. Bunda kuzga juda uzokda turgan buyumlardan parallel nurlar tushib fokusni tur pardada paydo kiladi va kuz shunga moslashgan buladi. Agar bu xolatning aksi bulib, parallel nurlarning bosh fokusi notugri joylashsa, bu nomutanosib refraktsiya -ametropiya deyiladi. Ametropiya turlicha bulib, parallel nurlarning bosh fokusi gur parda oldida joylashsa, miopiya, ya'ni yakindan kurish deyiladi. Ametropiyaning bu turi eng kupli refraktsiya. Shuning uchun buni tuzatishga manfiy linzalar lshlatiladi. Refraktsiya bu turining yakindan kurish deb nomlanishiga sabab shuki, bunda kurinadigan buyumlar kuzning oldida buladi va bulardan yoyma nurlar garkalib tur pardada yigiladi. Yakindan kurish kanchalik kuchli bulsa, kuzning yaxshi, kurib turgan nuktasi shunchalik unga yakin yotadi. Masalan, yakindan kurish 1,0 dptr ga geng bulsa, kuz 1 m masofada yotgan nuktaga moslanadi, agar u - 10,0 dptr bulsa, chasofasi xammasi bulib 10 sm ga teng buladi. Bu xolat akkomodatsiyada katnashmagan kuzningtinch turgan vaktiga tugri keladi. Ametropiyaning ikkinchi turi - gipermetropiya - emmetropiyaga nisbatan kuchsiz refraktsiyadir.Bunda nur sindirish kuchi kam buladi, shuning uchun parallelnurlar bosh fokusi tur parda orkasiga utib ketadi, chunki fokus masofasi kuz optik ukidan uzunrok buladi. Shu fokus masofasi uzun (kup) bulganligi uchun bu refraktsiya giper suzi bilan ifodalanib gipermetropiya deyiladi. Buning uzi esa salbiy kuchsiz refraktsiya xisoblanadi va uni tekislash uchun ijobiy nur sindirih kobiliyatiga ega bulgan burtik sferik linza kullaniladi. Bunday odamlar ayniksa yoshlikda akkomodatsiya normal bulganda uzokni unchalik kiynalmay kurishadi. Kuzda gipermetropiyaning kuchli darajasi bulsa, nafakat yakindan va xatto uzokdan kurish xam juda kiyin buladi, chunki fokus kuz ichida paydo bulmaydi. Gipermetropiya refraktsiyali odamning tur pardasida fakat yigiluvchi nurlar fokuslanishi mumkin. Lekin tabiatda yigiluvchi nurlar tutami paydo kiladigan nukta yuk, shuning uchun bunday refraktsiyani tuzatish fakat yiguvchi linzalar kullash bilan bajariladi. Demak, gipermetropik kuzga tushgan parallel nurlar kuz ichida emas, balki kuz orkasida fokus paydo

kiladi deb faraz kilinadi. Shu nuktaning joylashgan urni gipermetropiya refraktsiyali kuzning geometrik optikasini xarakterlaydi. Gipermetropiyaning darajasi kanchalik kup bulsa, nurlarning tur pardada fokus xosil kilishi uchun ular shunchalik kup yigilishi kerak. Shunda, biz faraz kilgan nukta (shu kuz optik xolatining kursatkichi) gipermetropiya darajasi kamaygan sayin kuzga yakinrok kurilaveradi, birok, miopiyaga uxshab surilish oldidan orkaga emas, balki orkadan oldinga karab buladi. Kuz akkomodatsiyasi ishlamaganda anik ravshan kurinadigan nuktaning masofasi uning optik xolatini xarakterlaydi va kuzning klinik refraktsiyasi mezoni xisoblanadi. Agar bu nukta juda uzokda bulsa, refraktsiya nolga teng buladi. Agar kuzning oldida 33 sm masofada bulsa, unda miopiya 3,0 dptr ga teng va kuz orkasidagi 33 sm da bulsa, bu gipermetropiya, 3,0 dptr ga teng buladi. Kuzning optik xolatini bilish uchun kuz pardasida tashkil toptan buyum shaklini xosil kiladigan nurlar xolatiga xam axamiyat beriladi. Emmetropiya refraktsiyali kuzlar parallel nurlarga, miopiya refraktsiyali kuzlar yoyiladigan nurlarga va gipermetropiyali kuzlar yigiladigan nurlarga moslashgan buladi. Ametropiyani bartaraf etish uchun kuzoynak shishalar tanlab olinadi: miop kuzlarga botik linzalar, gipermetrop uchun burtik linzalar kerak, emmetropga esa, xech kanday linza kerak emas. Agar kuz optik sistemasi satxning turli - vertikal, gorizontal yoki boshka egri yunalishdagi meridianlarda nur sindirish bir xil emas, boshka - boshka kuchga ega bulsa, bu ametropiyaning uchinchi xili - astigmatizm deyiladi. Bunga kupincha shox parda satxi va kamdan - kam gavxar ikki perpendikulyar meridiani kiyaligi radiusining bir xil emasligi sabab buladi. Shunda fokal chizik, ya'ni kuzda ikkita fokus paydo buladi. Bunda paydo bulgan fokuslardan biri tur pardada bulsa, ikkinchisi uning oldida yoki orkasida bulishiga karab oddiy miopiya yoki gipermetropiya astigmatizmi deyiladi. Oddiyligi shundaki R ning biri normal tur pardada, ya'ni shu meridianda emmetropiya refraktsiyasidir. Vertikal yunalishdagi nur sindirish gorizontaldagidan kuchlirok bulsa, tugri astigmatizm, buning aksi -gorizontaldagi vertikaldan kuchlirok bulsa teskari astigmatizm deyiladi. Agar kuzda turli kuchga ega bulgan bir xil refraktsiya bulsa, unda chizik fokusi tur pardaga nisbatan oldindan yoki orkadan ayrim - ayrim ikkita masofada joylashganbuladi va bu miopik (M) yoki gipermetropik (N) murakkab astigmatizm deyiladi. Agar kuzda miopiya va gipermetropiya ikki xil refraktsiya bulsa, chiziklar fokuslarining biri tur parda oldida, ikkinchisi uning orkasida buladi, bunda aralash astigmatizm deyiladi. Astigmatizmni tekislash uchun nur yiguvchi va nur yoyuvchi silindr linzalar ishlatiladi. Bunday silindr kuzoynak yasash uchun shishadan yasalgan bir butun kuyma silindrning burtik satxidan uzunasiga uning bir kismi kesib olinsa, burtik kuzoynak yasaladi. Demak, satxi burtik silindr linza kuyma shisha devoridan kesib olinadi va botik yuzali silindr shisha esa, usha butun silindr shaklidagi shisha devoriga kuyib yasalgan buladi. Silindr kuzoynaklar nurni bir ukida sindiradi. Silindr kuzoynak shishalarning ukiga parallel tushgan nurlar sinmaydi. Agar nurlar silindr ukiga perpendikulyar (kundalang) tushsa sindiriladi. Tsilindr kuzoynak shishalarning xam burtigiga (Q) va botigiga (-) belgi kuyiladi va ular kuz nur sindirish satxi meridianlaridan bittasini tekislashga moslashadi. Silindr linzalar nur sindirmaydigan ukining belgisi tekislanadigan meridianga kundalang kuyilishi kerak.

AKKOMODATSIYA Akkomodatsiya. Kishi xayoti uchun kuz uzok va yakin masofadan kura bilishining axamiyati kattadir. Bu vazifani kuzdagi fiziologik mexanizm akkomodatsiya bajaradi. Akkomodatsiya kuzning uzok va yakinda turgan narsalarni anik kura bilish uchun moslashuvidir. Akkomadatsiya yordamida tur pardada uzokdagi yoki yakindagi narsalar shakli uz aksini topadi. Bu jarayonda kuz nur sindirish kobiliyatining turlanishi, gavxar satxi kiyasining uzgaruvchanligi natijasida vujudga keladi. Gavxar satxi kiyasining uzgaruvchanligi uning elastikligiga boglik bulib, buni kipriksimon tanadagi muskulchalarning faol kiskarishi vujudga keltiradi. Akkomodatsiya mexanizmi: kipriksimon tana muskullari kiskarganda, gavxarga yopishgan Sinn boglamchalari bushashib, gavxar kopchasining tarangligi kamayadiG` shuning uchun uning oldingi yuzasi duppayib, gavxar kalinlashib,

nur sindirish kuchi kupayadi va shu munosabat bilan yakinda joylashgan buyumlar aksi tur pardaga tushadi. Akkomodatsiya doyra muskullari bushashganda esa shu xodisaning aksi bulib, kopcha uz xoliga kaytib va bir oz bushaydi, gavxar yupkalashadi, bunda tur pardaga uzokda joylashgan buyumlarning aksi tushadi. Akkomodatsiya paytidagi kuzdagi uzgarishlar:Kuz gavxarining shakli uzgarib oldingi satxining urtasi (markazi) kuprok duppayib chikadi, orka satxida bunday uzgarish juda kam buladi.Gavxar kalinlashgach kuzning oldingi kamerasi sayozlanadi.Bogichlar bushashganligi sababli gavxar uz vazni xisobiga bir oz pastrokka suriladi.Kuz korachigi torayadi va yakindagi narsalar shakli anik va ravshan kurinadi.Kuzni xarakatga keltiruvchi nerv tolalari xisobidan kipriksimon tanadagi doyra muskullari kiskaradi va narsalarni yakindan kurish uchun gavxarning nur sindirish kobiliyati kuchayadi, kipriksimon tanadagi radial muskul tolalari kiskarganda uzokdagi narsalarni kurish uchun refraktsiya, aksincha, kuchsizlanadi. Akkomodatsiyaning bu klassik nazariyasini Gelmgolts yaratgan.

N I S T A G MNistagm. Kuz tashki muskullarining kiskarish natijasida kuz sokkasining beixtiyor tebranish xarakati nistagm deyiladi.Kuz sokkalarining bunday bexosdan gorizontal, ba'zan vertikal chaykalib turishi vg kamdan-kam gir aylanib beixtiyor xarakatlanishiga bosh miya yoki kuruv a'zosi soxasidagi turli uzgarishlar sabab buladi.Nistagmning yana bir juda kam uchraydigan turi kuzning tebranishi yoks turtkilanish xarakatidir. Uning tez-tez fazali xarakati ikkita bir yunalishdagi (sinergist) muskullarning yonlanib xarakat kilishiga taallukli bulsa, asta-sekin xarakatlanishi karama-karshi joylashgan (antagonist) muskullar xarakatiga taalluklidir.Nistagmning asosii xili - optik nistagm odatda kuzlarning kurish utkirligi juda pasaygan ambliopiya, albinos, yakindan kurishning yukori darajasiG` kuz optik tizimining kuchli xiralanishi, kuruv nervi atrofiyaga uchragan odamlarda buladi. Optik nistagm tashki muxit aksining kuz sarik dogi soxasida joylasholmaganidan va bu jarayon uchun kuzda stimul yukligidan vujudga keladi. Optik nistagmni tuzatish juda kiyin va amri maxol edi. Lekin Avetisov taklif kilgan yangi usul yaxshi naf bermokda.

A S O S I Y A D A B I Yo T L A R

1 T.I.Eroshevskiy, A.I.Bochkareva «Glaznыebolezni» 1989g., 263 s

2 E.M.Kovalevskiy, «Glaznыebolezni» 1995g 280s

3 M.X.Xomidova «Kuz kasalliklari» 1996 y 334s

4 M.X.Xamidova «Kuz kasalliklari»2006 y 335 b

5 Ma’ruzalar materiallari.

3-MAVZU. Qovoq, kon'yunktiva va ko`z yosh a'zolari kasalliklari.
Shox parda kasalliklari

1.1.Ta'lim berish texnologiyasining modeli.

Mashqulot vaqti -2 soat	Talabalar soni : 20-24 ta
Mashqulot shakli	Kirish-axborotli ma'ruza.
Ma'ruza rejasi:	Konyuktivitlar blefaritlar kovok absesi dakrioadenit,etiologiya,patogenez,klinikasi,klasifikatsiyasi dakriotsistit,turlari,etiologii,klinika,davolash kovok va konyuktivaning tugma anomaliyalari,davolash usullari keratitlar

O’quv mashqulotning maqsadi:Konyuktivitlar,blefarit,kovok anomalilari,dakriotsistit va dakrioadenitlar keratitlarni tashxisini urganish.Shu kasalliklardan kelib chikadigan asortatlarga e'tiborni karatish.Ularni davolash va oldini olish usullari bilan tanishish.	
• **Pedagogik vazifalar:** • klinika nuktai nazaridan konyuktiva va kuz yosh apparati anatomiyasi va fiziologiyasiga oid bilimlarni yanada chukurlashtirish. • kovok kasalliklari patogenezi buyicha bilim darajalarini oshirish. • tashki kurik,biomikroskopiya,oftalmoskopiy askopiya, usullarini urganish. • Kuz yosh yullari utkazuvchanligini tekshirish va taxlil kilish. • Keratitlar klinikasi davolash usullari	**O’quv faoliyati natijasi:** Talaba tushunchaga ega bulishi kerak : Utkir va surunkali kovok kasalliklari etiologiya, , patogenezi , diagnostikasi , davosi. Surunkali va utkir konyuktivitlarning etiologiyasi , patogenezi , diagnostikasi , davosi .
Ta'lim berish usullari	Kurgazmali,ma'ruza,suqbat
Ta'lim berish shakllari	Ommaviy,jamoaviy
Ta'lim berish vositalari	O’quv qo’llanma,darslik,ma'ruza matni,,kompyuter
Ta'lim berish sharoiti	Metodik jiqatdan jiqozlangan auditoriya.
Monitoring va baqolash.	Oqzaki nazorat:savol-javob.

Ma'ruza mashqulotining texnologik kartasi.

Ish bosqichlari va vaqti.	**Ta'lim beruvchi**	**Ta'lim oluvchilar**
Tayyorgarlik bosqichi	1.Mavzu bo'yicha o'quv mazmunini tayyorlash. 2.Kirish ma'ruzasini tayyorlash 3. Fanni o'rganishda foydalaniladigan adabiyotlar ro'yxatini ishlab chiqish	
1. Mavzuga kirish (10 daqiqa)	1. Mavzu maqsadi va vazifasi bilan tanishtiradi 2. Mavzu bo'yicha savollar beradi.	Tinglaydilar Talabalar berilgan savollarga javob beradilar
2 – asosiy bosqich (60 daqiqa)	• Mavzuni tushuntirib berish, plakatlar namoyish qilish. • 2.1.Konyuktivitlar turlarini plakatlar asosida tushuntirib beradi. • 2.2.Konyuktivitlar asoratlarini plakatlar asosida tushuntirib beradi. • 2.3.Surunkali va utkir kovok kasalliklari etiopatogenezini, klinikasini va tasnifini talabalarga aytib beradi va rasm asosida tushuntirib beradi. • 2.4. Surunkali va utkir dakriotsistitni konservativ va jarroxlik davolash usullarini talabalarga aytib beradi va	Tinglaydilar

	tushuntiradi. • 2.5 Dakrioadenitlarning diagnostikasi va davolash usullarini talabalarga aytib beradi va tushuntiradi. • Talabalarning ma'ruzadagi ishtirokini faollashtirish maqsadida: • Konyuktivitlarning tasnifini ayting. • Folikulyar va angulyar konyuktivitlarni bir-biridan farkini • izoxlab bering. • Virusli konyuktivitdan kaysi belgilari bilan fark kiladiq • Kaysi utkir yukumli kasalliklarda konyuktivada uzgarishlar sodir buladiq • Blnfaritlarni kaysi turlarini bilasizq • Blefaritlarning,ularning asoratlarini davolash rejasini tuzing. • Oddiy blefaritning maxaliy belgilarini aytib bering. • Surunkali dakriotsistit klinik shakllarini ta'riflab bering. • Surunkali dakriotsistitni konservativ davolash usullarini ayting. • Utkir dakriotsistit kanday jarroxlik amallari yordamida davolanadi,ular kanday bajariladiq • Kovok abtsesida xirurgik davoga kursatmalar,unga bemorni tayerlashni ayting. • Dakrioadenitdan sung rivojlanishi mumkin bulgan asoratlar, • ularni oldini olish choralarini aytib bering. •	Talabalar berilgan savollarga javob beradilar
3-yakuniy bosqich (10 daqiqa)	3.1. Yakunlovchi xulosa qiladi 3.2. Mustaqil ishlash uchun konyuktivaga tushgan yot jismlarni olish, kuz yosh bezining yalliglanishini o’rganib kelish vazifasini beradi	Tinglaydi Yozib oladi

MAVZU BAYONI

QOVOKLARNING YALLIGLANISH PATOLOGIYASI

Kovoklarning tuzilishi, tashki kurinishi, ularning bajaradigan vazifalariga moslashgan bulib, ular morfologik jixatdan turt xil varaklardan tashkil topgan. Teri varagi uziga xos nafisligi, tashki kurinishi bilan farklanadi. Unda teri osti yogi nixoyatda kam rivojlangan, siyrakdir. Shunga binoan turli tashki va ichki ta'sirlar natijasida kovok terisi juda tez shishadi. Shish yalligli (ekzogen) va yalligsiz (oddiy) buladi. Yalligli shish tashki (ekzogen) muxitning ta'siri, infektsiyalar, ari yoki chivin chakishi natijasida teri kizaradi, yalpisiga shishadi, ogirlashganday buladi, issigi chikib, kul tekkanda ogriydi. Kuz tirkishi torayadi yoki bekiladi. Kupincha kovoklarning bunday yalligli shishuvi govmijja, chipkon, saramas yoki kuzlardan birining ichki pardalari kattik yalliglanganda xam paydo buladi. Kovoklar terisi shishuvining ikkinchi turi -yalligsiz (oddiy) shish deyilib, bu asta - sekin boshlanib, bemor ertalab uykusidan turganda kovoklarining biroz ogirlashganini yoki ularning odatdagidan kuprok bosib turganini sezadi, lekin xech kanday achishuv, ogrik sezmaydi, fakat kovoklar terisining okaribrok, burtibrok turganini kuradi. Kupincha bu xodisa bemorni shifokorga murojaat etishga majbur etadi va shu munosabat bilan bemor tekshirilganda yalliglanishsiz paydo bulgan bu shish buyrak kasalligi yoki yurak faoliyatining pasayganligidan darak beradi. Ba'zan tashki muxitning biror agenti ta'sirida kovoklar shishishi mumkin. Agar bu shish bemor organizmi sezuvchanligining oshgani natijasida bulsa (Kvinke shishi), u fakat yukori kovokda tusatdan paydo bulib, tez orada kaytadi yoki kipriklar buyalganda allergiya paydo bulsa, ikkala kovok xam juda kattik shishib, kizaradi va kuzlar ochilmay koladi. Kovok terisi yalligli shishini ketkazish uchun uning asosii sababini aniklab davolash zarur. Organizmdagi sensibilizatsiya natijasidagi shishni ketkazish uchun desensibilizatsiya kiladigan dorilar kullaniladi.

Kovok abstsess i. Bu kovoklarning yiringli yalliglanishidir. Bunda kovok teri osti tukimasining ma'lum bir kismida cheklangan yiringli gazak paydo buladi. Bunday gazak tusatdan vujudga kelib, juda tez usib avj oladi.Kovok terisi kizaradi, shishadi, taranglashadi, issigi chikib goriydi. Agar uning boshlangich davrida tugri davolanmasa, 2-3 kundan keyin kovokning shishi zurayib yiring paydo buladi va kupayib flegmonaga aylanadi. Uni kul barmogi bilan bosib tekshirilganda chaykalish (flyuktuatsiya) seziladi. Kovok terisi tobora yupkalashib sargish tue oladi, uz - uzidan yorilib yiring chikadi va bemor engil tortadi. Agar uzicha yorilmasa albatta jarroxlik usuli bilan kesib yiringi chikariladi va kuchli antibiotiklaodan beoiladi. Aks xolda yalliglanish jarayoni atrofdagi a'zolarga(kuz kosasi, buyin bezlariga) utadi. Bemorning axvoli ogirlashib, isitmasi juda kutarilib ketadi, boshi ogriydi, ishtaxasi bulmaydi, umumiy loxaslik vujudga keladi.Agar infektsiya kuz kosasidan venalar orkali miya bushligiga utsa, bemorning xayoti xavf ostida koladi. Bunga infektsiya kuzgatuvchi streptokokk, stafilokokk, pnevmokokk va boshkalarning yuzaki yaralanish (tirnalish, tirnok bilan kashish) natijasida teriga kirib joylashuvi yoki boshka yiringli yalliglanish (angina, saramas) ning kon orkali utishi sabab buladi.

D a v o l a sh. Avvalo kasallik boshlanishi bilan kuzga dezinfektsiya kiladigan dori tomizish, UVCh va sollyuks lampa bilan 10 - 15 minut isitish lozim. Agar buning nafi bulmasa, unda jarroxlik usuli bilan ochib, yiringini chikarib, osh tuzining 10 % li eritmasiga botirilgan turunda kuyish zarur, Kuchli antibiotik linkomitsin, gentamitsin, seporinlardan biri bilan kata dozada in'ektsiya kilinadi. Aspirin, vitaminlardan beriladi.

Govmichcha (Hordeolum) kovoklar kiprikli kirrasining terisi ostidagi yog bezchalarining yiringli yalliglanishi.Kupincha yukori kovok kirrasining muayyan bir nuktasida cheklangan kizarish paydo bulib, avval uning tortilganga uxshash biroz yokimsiz ta'siri seziladi. 20 - 24 soatdan sung bu joyda shish paydo bulib, terisi taranglashadi, kizarish zurayadi va ogrik paydo buladiG` kovok ogirlashib biroz osilib koladi, kuz xam biroz kizaradi va yaxshi ochilmay koladi. Yalliglanish borgan sari zurayib, 2-3 kundan keyin yiring paydo buladi va govmichchaning urtasida nayzaga uxshab sargayib kurinadi. Ba'zida jarayonning 3-4 kunida uzi yorilib, yiring chikib ketadi. Govmichcha organizm kuvvatsizlangan turli surunkali kasalliklar (kand kasalligi, kamkonlik, gastrit, gastroenterit, gepatit) natijasida modda almashinuvining buzilishi, avitaminozga uchragan odamlarda ularning kuz tirkishidagi infektsiyaning zurayib ustun kelishi natijasida paydo buladi va kupincha kayta - kayta chikaveradi.

Shuning uchun davolash kuzga dori tomizish (penitsillin, albutsid, levomitsetin) va bemordagi umumiy kasallikni aniklab, tegishli umumiy davolashdan iborat. Lekin govmijjada kuruk isitish usullari kuk, kizil lampochkalar, UVCh, albutsid xamda penitsillin eritmalarini 3-4 kun davomida tomchi va poroshogini ikki marta (kechasi uxlash oldidan va ertalab) sepish juda yaxshi ta'sir kilib, uni tuzatadi. Bular shillik parda orkali surilib, infektsiyani yukotadi. Agar shu usullarni kullamay bemor uzicha govmichchani sikib chikarsa, uni infektsiya konga utib venalar orkali kuz kosasi yoki miya kosasi ichiga kirib juda ogir asoratlar berishi va kishi xayotiga xam putur etkazishi mumkin.

Blefarit (Blepharitis) - kovoklar kiprikli kirrasining yalliglanishi. Blefarit anchagina kup tarkalgan kasallik bulib, surunkali davom etadi. Klinik kurinishi uch xil:

Oddiy blefarit, bunda kovoklar kiprikli kirrasining terisi birozki zaradi, achishib kichishadi.kovoklarning chakka tomon birikmasi oldida kupikka uxshash chikindi paydo buladi. Ukish, yozish paytida kuz tez charchaydi.

Pustlokchali blefarit (Blepharitis squamosa), bunda kovoklar kirrasi borgan sari kuprok kizaradi, biroz shishadi, terisidan kepakka uxshash ok – kulrang bulakchalar kuchaveradi va yana kuprok achishib kichishadi. Kepakchalarni urnidan kuzgatganda ular ostidagi terining yana yupkalashib kizargani ma'lum buladi. Chang, shamol, yorur nur kuzga salbiy ta'sir etib bezovta kiladi.

Yarali blefarit (Blepharitis ulcerosa), kipriklar ildizi atrofida sargish yiring paydo bulib, ularni bir - biriga yopishtiradi, yiring kotadi. Uni urnidan kuchirganda kipriklar xam urnidan kuchib chikadi, konaydi va juda ogriydi. Yiringlagan kiprik kopchigi va bezchalari urnida mayda – mayda chandiklar paydo bulib, kovoklar kirrasi xolatini uzgartirib, kipriklarning notugri joylashuviga va ularning ichiga buralishiga olib borishi va xatto kipriklar butunlay tushib ketishi xam mumkin. Yarali blefarit juda uzok davom etadi. Kovoklarning bunday ogir surunkali kasalligi kupincha yoshlarning balogatga etish davrida teri moy bezchalari faoliyatining uzgarishi natijasida, ulardagi bezchalardan chikadigan loyka sekret kuz yoshi bilan aralashib kupikka uxshash chikindining paydo bulishiga sabab buladi. Eshlar organizmining balogat davrida xolsizlanishi, oshkozon -ichaklarining surunkali kasalliklari, vitamin va boshka modda almashinuvining buzilishi, kamkonlik, gijja va allergik kasalliklar xam sabab buladi. Tashki muxitdagi chang, tugun, kimyoviy moddalar xam ta'sir etadi. Eng asosiy sabablardan yana biri kuz refraktsiyasining nomutanosibligi - gipermetropiya, astigmatizmda uz vaktida tegishli kuzoynak takmay yurib, kuz va kovoklarning ortikcha zurikishidir. Shuning uchun

blefaritni davolash birinchi navbatda unga sabab bulgan nuksonlarni topib tuzatishdan iborat. Bu tegishli kuzoynak takish, umumiy kasalliklarni aniklab davolash va tashki muxit salbiy ta'siridan saklanishdir. Blefarit boshlanishida kipriklar ildizini mustaxkamlash, yog bezchalari vazifasini yaxshilash, ya'ni u erda kon aylanishini yaxshilash uchun 1-2 xafta davomida massaj kilib, antibiotiklarning poroshok va malxamlarini ishlatish zarur. Massajdan sung 10% li brilliant yashili eritmasi kovok kirralariga surtiladi.Yarali blefaritni davolash kon'yunktiva bushligidan (ekma, posev) olib, unda bor mikroorganizmlarni aniklab, tegishli antibiotiklar ishlatishdan iborat. Kortikosteroidlarni kuzga tomizish mumkin.

Xalazion (Chalasion) - bu surunkali proliferativ yalliglanishdir. Meybomiy bezchalari maxsuloti okib chikib ketadigan yullarning bekilib kolishi sabab buladi. Bunda asta -- sekinlik bilan proliferativ yalliglanish vujudga keladi va kovokning urta «togay» varagida mayda tuguncha paydo bulib, U borgan sari kattalashib nuxotday buladi, tugunchani palpatsiya usuli bilan tekshirganda bemor xech ogrik sezmaydi, uning kovok togayiga yopishganligi aniklanadi. Uning ustidagi terisi uzgarmagan, yopishmagan bulib, kul tegizganda xech ogrimaydi.Davolash kuzga dezinfektsiyalovchi dori - suriltiruvchi dori tomizish, UVCh berishdan boshlanadi.Agar surilmay, kattalashaversa, jarroxlik usulida olib tashlanadi.

S a r a m a s (Ericipelas) utkir yukumli kasallik. Kovok terisiga yuz terisidan utadi. Bunda uziga xos chizma bilan chegaralangan kip - kizil shish paydo buladi, yalliglanish belgilari vujudga kelib, ba'zida pufakcha paydo buladi yoki nekroz beradi va organizmni zaxarlab ogirr axvolga soladi. Davolash asosan streptokokka karshi joyli va umumiy dori kullash usulida olib boriladi. Kuchli antibiotiklarning katta dozasidan va sulfanilamidlardan parenteral yuborib, kovoklar va kuzga ularning malxamidan kuyish zarur. Bu dorilarning kuruk poroshogidan ertalab va kechkurun yaraga ikki marta sepib davolash yaxshirok naf beradi. Kortikosteroid va virusga karshi dorilardan xam berish kerak.Kovoklarning kamdan - kam uchraydigan yana bir ogir kasalligi - u ch u k pa tologiyasidir. Herpes Symplex, herpes Zoster shular katoriga kiradi. Birinchisi herpes simplex kovok terisida pufakchalar paydo bulishi va ularning tez orada yorilib, kattik ogrik bilan eroziya berishi, sungra bitib ketishi bilan utadi. Ikkinchisi herpes Zoster esa kupincha yukori kovok va uning atrofida nervus ophthalmicus ta'minlaydigan yuzning fakat yarmiga yoyilib kattik ogrik bilan paydo buladi, pufakchalarning xiralanib yiringlab pustulaga aylanishi, yorilishi, urnida chandikchalar kolishi bilan xarakterlanadi. Bu herpes Zoster ophtalmica kupincha kuz pardalariga xam utib uzok davom etadi, kiyinchilik bilan tuzalgach, uzok vakt davomida

shu joyda giposgeziya koldiradi, Kovoklar terisining bunday turli -tuman yalligli kasalliklarining kiskacha ta'rifi umumiy vrachga diagnoz kuyish va kuz mutaxassisiga bemorni davolanish uchun uz vaktida kechiktirmay yuborishiga yordam beradi.

KO’Z SHILLIK PARDASINING YALLIGLANISH PATOLOGIYASI

Kuz shillik pardasi conjunctiva dir. Bu parda pastki va yukori kovoklarning ichki satxini bekitib, yopishib yotadi. U kovoklarning kiprikli kirrasidan boshlanadi va uch kismdan iborat. Bu kovok kismi va utuvchi burma xamda kuz sokkasi satxini bekitadigan kismlardir. Kovok shillik pardasi conjunctiva palpebralis ning togay satxini bekitib yotgan kismi juda yupka.Uning utuvchi burmali kismi anchagina kalin. Chunki bu kismda adenoid varak, kadaxsimon xujayralar, kushimcha Krauze kuz yosh bezlari bor. Kovoklar satxidan kuz sokkasi satxiga utar joyida burma bulib, u chukur arikchaga uxshaydi, uni fornix conjunctiva deyiladi. Kuz sokkasi satxiga utgach, yupkagina shillik parda conjunctiva bulbi deyiladi.

Gistologik jixatdan kon'yunktiva epiteliy va uz shaxsiy tukimasidan tashkil toptan. Epiteliy kovoklar kirrasiga yakin joyda silindr xujayralar, utar kismida silindr va kubsimon, kuz sokkasi satxida esa kubsimon va kuprok yassi xujayralardan iborat. Bu epiteliy kup kavatli yassi xujayralar sifatida shox pardaning ustiga xam utadi.

Kovoklar shillik pardasi -- kon'yunktivaning yalliglanishi kon'yunktivit (conjunctivitis) deyiladi. Kon'yunktivitlar utkir kechadigan va surunkali xilda buladi. Ularning paydo bulish sabablari juda kup va turlicha bulib, kuyidagi jadvalda keltirilgan.

bemorlar uz kuzlarida sanchik sezadi, yot jism tushgandagi kabi sezgi buladi, yoshlanish va kovoklar kirrasining yopishuvi kabi nokulayliklarni sezadilar. Kupincha kuz sokkasi kon'yunktivasining kon tomirlari kengayadi.Bu kon'yunktival in'ektsiya deyiladi. Mikroblar, viruslar va allergiya ta'siridan paydo buladigan kon'yunktivitlarning uz belgilari xam bor.

BAKTERIAL O’TKIR KON'YUNKTIVITLAR

Bu kon'yunktivitlarni kuzgatuvchi agentlar turlicha bulsa xam bir xil belgilari uzaro o’xshab turadi.

Utkir epidemik kon'yunktivitni Kox va Uiks diplobatsillasi vujudga keltiradi. Bu kasallik kuprok Iarkaziy Osieva tropik iklimli erlarda uchraydi. Bizning iklimda bu kon'yunktivit aprel may oylaridan boshlanib, orada anchagina kamayib, yana avgust sentyabrda

respublikaning chekka viloyatlarida paydo bulib, xuruj kilishi mumkin, chunki bu issikda terlash, chang vaktida kul yuvmaslik, umumiy sochik, yostik jildi va pashshalar orkali yukib odamdan - odamga utaveradi. Ayniksa kuprok bolalar va kariyalar kasallanishi mumkin. Bu kon'yunktivit avval bir kuzda boshlanib, keyin tezgina ikkinchi kuzga utadi.Kasallikninguch asosiy klinik belgisi bor.

Shillik parda juda kup kizarib,shishib,kalinlashadi. Kuz sokkasi kon'yunktivasi xam shunchalik shishadiki,u ikkala kovok orasida kisilganda, uning, kon tomirlari torayib, rangi okaradi. Shuning uchun shox pardadan burun va kulok tomonda u ikkita rangi okargan uchburchak sifatida kurinadi.

Ikkinchi simptomi 10 - 12 soatdan sung kuzdan juda kup kuyuk yiring chika boshlaydi va uchinchi simptomi kuz yukori segmenti kon'yunktivasi ustida mayda – mayda kon kuyuladi. Kovoklar xam shishadi.Bemorning organizmi kuvvatsiz bulsa, uning umumiy axvoli ogirlashib isitmasi kutariladi, a'zoyi badani ogrib loxaslanadi.Shu belgilarni kurgan umumiy vrach diagnoz kuya oladi. Chunki bu kasalning yana bir belgisi bemor ertalab uykudan turganda uning kovoklari kotib kolgan yiring bilan yopishib kolgani uchun u kuzini ocholmagani xam uziga xos belgi buladi.

Bemor uz vaktida davolalanmasa, kasallik 2-4 xaftagacha chuzilib, uning kuz shox pardasi zararlanib yaralanish asoratini berib, kurlikka olib borishi

mumkin. Bemor batsilla tashuvchi bulib kolishi mumkin.Bu kasalga Ibn Sino Osiyo oftalmiyasi deb nom bergan.

Gonoblenoreya (Honoblenorea) kupincha chakaloklarda va katta odamlarda xam uchrashi mumkin. Chakaloklar tugilish paytida kasal onadan (Neisser gonorhoe) yuktiradi va 2 - 3 kundan sung uning kuzi kizaradi, kovoklari kattik shishadi va kuzidan kizgish yuvindi

(gusht ivindisiga uxshash) suyuklik chika boshlaydi, uning kovoklari kattik shishgandan kukimtir tue oladi va juda taranglashib ochilmay koladi, Ularning ikkala kuz shillik pardasi xam juda kizarib shishadi va tez konaydigan buladi. Shu vaktda chakalokning axvoli juda ogirG` isitmasi baland, emmaydi, uxlamay gingshib chikadi. 3 -- 4 kundan keyin kovokning shishi kamayib, u yumshab salkib koladi va kuzdan juda kup sargish, kuyuk yiring chikaveradi. Ba'zida bunday shish shox pardaga tazyik berib, unda modda almashinuvini buzadi, epiteliysi yiring bilan tirnalib, xiralanadi va xattoki yaralanishi xam mumkin. Bu yara bitib tuzalgan takdirda shox pardada chandik paydo bulib, kuz kurmay koladi yoki uning urtasida paydo buladigan sap - sarik yiringli yara yorilib, infektsiya kuzning ichiga xam kiradi. Bunda kuz ichki pardalari yalliglanib, endoftalmit panoftalmitga aylanishi mumkin.Esh bolalarda xam klinik kurinish shu tarika bulib, yana ogirrok bulishi mumkin. Katta odamlar kuziga infektsiya ularning gigienaga axamiyat bermaganidan utadi. Bular esa bu kasallikdan yana kuprok kiynalishadi. Kupincha ularda isitma kutariladi, butun a'zoi badani ogrib, yuragi xam zararlanadi, kul - oyoklari kattik ogriydi.Kuz zararlanishi klinikasi oldingilarnikiga uxshasa xam, lekin ogirrok utib, shox pardada chandik yoki u yorilib kuz puchayib kolishi mumkin. Diagnoz kuyish kasal kuzining klinik kurinishi va bakteriologik tekshirib gonokokkni aniklash asosida buladi. Davolash kuzni marganets tuzi eritmasi, furatsillinning eritmasi bilan xar soatda yuvish, kuzga penitsillinning (500000:1,0 g suvga) eritmasini, 30% sulfatsil natriy eritmasini tez - tez tomizish, kechalari esa ularning kuruk poroshogini bir marta sepaverish bilan davolanadi. Chakalok, yosh bola va kattalarga parenteral penitsillin, linkomitsin va boshkalarning katta dozasini kullash kerak va umuman bosh ogrigi, isitmani tushiruvchi dorilar, vitaminlar beriladi.Kuzning bu ogir kasalligi kancha erta aniklanib, davolash tezlik bilan boshlansa, asorat kam buladi. Profilaktika uchun xozirgi vaktda yangi tugilgan bola kuziga tezlik bilan 30% albutsid yoki penitsillinning (500000:1,0 g suvga) eritmasidan tomizish zarur. Xomilador ayollarni esa ayollar maslaxatxonasida obdon tekshirib davolash shart.Umuman profilaktika keng kullanganidan bu kasallik xozir juda kam uchraydi.

Difteriyakon'yunktiviti- Leffler batsillasi kuzgatadi.Kupincha u kuzga tomok, burundan utadi. Isitma kutarilishi va atrof limfa bezlarining ogrib kattalashuvi katorida kovoklar shishib kizaradi, taranglashib ogriydi. Kuz tirkishidan kulrang loykalangan ingichka ipchalari bor suyuklik chikadi. Kovok kirralari va shillik pardasining kurinishi mumkin bulgan kismiga uziga xos kulrang - kukimtir kalin kavat yopishgan buladi. Bu kavatni ozgina yulib olinganda, uning urnidagi kip - kizil shillik parda konay boshlaydi va borib - borib shu joylarda nekroz paydo bulib, ostida yiring yigilgan buladi va bu 2 - 3 xaftadan

keyin chandiklanish bilan tugaydi, simblefaron xam paydo buladi. Kattik shilimshik - yiringli suyuklik chikib engil utishi bilan xarakterlanadi. Bu 5 - 6 kun davom etib, bemor 10 - 15 kunda tuzalib ketadi.Pardali kurinishi anchagina kamrok uchraydi. Pardachasi nozik, ok - kulrang bulibG` tortganda urnidan beozor kuchaveradi.Difteriyadan farkli ularok rangi kukimtir bulmaydi.Lekin ba'zida bir oz konashi mumkin. Bunda shox pardada mayda - mayda nukta shaklidagi infiltrat paydo buladi - yu, tez surilib ketadi.Folikulli kurinishida kon'yunktivaning togay va kuz sokkasiga utadigan joyida follikullar paydo buladi. Kupincha bu follikullar mayda - mayda bulib, kovok kon'yunktivasining bir oz kizarib shishgan ichki va tashki burchagida joylashadi. Ba'zida esa katta katta yarim tinik, yaxnasimon follikullar kon'yunktivada va uning kuz sokkasiga utar joyida kup buldi. Lekin buning traxomadan farki shundaki, bunda follikullar kizgish va chetlari anik ma'lum kirrali buladi va traxomali bemorda isitma, tumov bulmaydi.

Epidemik (virusli) keratokon'yunktivitni juda kontagioz 8 - serotip virus kuzgatadi.Inkubatsion davri davomli.Kupincha katta odamlarga yukadi. Odamdan odamga umumiy ishlatiladigan buyumlar, zararlangan kuz tomchisi va tomizgichlari, kulini yuvmagan tibbiy xamshiralar va boshkalar orkali yukibG` butun bir oila a'zolari yoki turli ishchilar jamoasi kasallanadi.Kasallik tumovga uxshab sovuk tushgan faslda tez vakt ichida boshlanib, bemorlar uz kuzida xalakit, yoshlanish, kizarish sezadi, ozrok shilimshik - yiring chikadi.Sinchiklab tekshirganda bundam oldingi kon'yunktivitdagiga uxshab uzgarishlar topiladi. Bunda pastki kovok shillik pardasida va uning kuz sokkasiga utar joyida kup mayda - mayda, tinik va kizgish follikullar paydo buladi. Ba'zida juda nozik pardacha bulishi mumkin va kuzda ozgina yiringsiz chikindi buladi kulok oldi va iyak osti limfa bezlari kattalashadi, ogriydi. Bemorning boshi ogrishi, uykusizlik bulishi mumkin. Biron xaftadan sung umumiy axvoli yaxshilanib, shox pardada kup tarkalgan, tartibsiz joylashgan kup sonli mayda -mayda xiralanish nuktalari paydo bulishi, kuz yoshi okishi, kuz kamashuvi bilan boshlanadi. Shox pardaning sezgirligi kamayadi. Bu xolat 1-2 xafta davom etib, 7 -8 xaftadan keyin asoratlarsiz tuzalib ketadi va immunitet koldiradi.Viruslarga karshi dorilar florenalning 0,1% li eritmasi 4 -- 5 marta, uning 0,5% li malxamidan kuniga 2-3 marta, 0,1 - 0,2% oksalin eritmasi va uning 0,25% malxami kuyiladi. Poludannin 4% eritmasidan 2-3 martadan tomiziladi. Bemorga umumiy kuvvat beradigan vitaminlar, aloedan 10 - 15 kun berish mumkin. Davolash viruslarga karshi dorilarni kuzga tomizishdan va antibiotiklar, vitaminlarni kullashdan iborat. Profilaktikasi shu kon'yunktivitni yuktirgan kasallarni va u bilan birga bulgan odamlarni boshkalardan ajratish, ularni davolash uchun ishlatiladigan asbob – uskunalarni ayrim saklab, obdon

sterillash lozim. Tibbiy xodimlar shaxsiy gigiena koidalariga juda kattik e'tibor berishlari zarur.

SURUNKALI KON'YUNKTIVITLAR

Angulyar blefarokon'yunktivit-kuz shillik pardasi, kovoklarning chakka tomondagi burchaklari terisi va kiprikli kirrasining

surunkali yalliglanishi. Kuprok erkaklarda uchraydi va yillab davom etishi mumkin Buni Moraks va Aksenfeldlar topgan diplobatsilla kuzgatadi. Odatda kuz juda achishadi, kichishadi va bemor chiday olmay kashiganda kovoklar chakka tomon burchagi terisida mayda - mayda yorilish va ishkalanish paydo buladi. Shu burchakda kaymokka uxshagan oppok modda paydo bulib, u paxta bilan artganda ipga uxshab chuziladi.Uz vaktida aniklab davolanmasa, kasallik oylab, yillab davom etib, natijada kovok kiprikli kirralari xam kizaradi, shishadi. Davolashda antibiotik va sulfanilamidlar kor kilmaydi, Rux sulfatining 0,5 1,0% eritmasidan boshlangich davrida tomizilsa kasallik tuzaladi.

Traxoma- kon'yunktiva va shox pardaning surunkali yukumli yalliglanishi. Buni Galbershtedter va Provachek topgan virus rikketsiylar kuzgatadi. Klinikasi kon'yunktivaning infiltratsiyasi, chukur joylashgan follikullar va nixoyat ularning chandiklanishi bilan, tavsiflanadi. Traxoma boshlanishi yukori kovokning kuzga ugar kismida kon'yunktivaning kalinlashuvi (profiliferatsiya), kizarishi va uning ichkarirogida chukur joylashgan katta - katta ok kulrang follikullar paydo bulishi bilan xarakterli. Bora -- bora bu uzga-rishlar, ayniksa follikullar juda kupayib kovok shilligi usti juda notekis buladi. Shuning uchun greklar bu xastalikka gadir - budur - trachys dan trachoma degan nom berganlar. Traxoma Shimoliy Afrika, Yakin Shimoliy - Shark, Janubiy Afrikada juda kup tarkalgan,

Kasallikning boshlanishidanok shox pardada pannus (parda) yuza joylashgan kon tomirli uziga xos 3 xil yalliglanish paydo buladi: 1) tomirli (pannus vasculosus), kasallik davrida zurayadigan 2) yupka (pannus tennus) va 3) muskulli (pannus crassus) shaklda chandik koldiradi. Shox pardani xiralashtirib kurishga xalakit beradi.Pannus xar bir bemorda xar xil buladi.Bu uning individual ximoya kuchiga boglik. Traxoma fakat kontakt vaktida yukadi va bunga sanitariya - gigiena koidalariga rioya kilmaslik sabab buladi. Inkubatsiya davri 14

kun. Kupincha bemorlar traxoma boshlanganini sezmaydilar.Lekin ba'zida ular kovoklari ogirlashganini, bir narsa xalakit berganini sezadilar.

Klinikasining 4 davri bor. Traxoma I - yukori kovokning kon'yunktivasi infiltratsiyadan shishadi va 4 - 5 tagacha va keyinchalik juda kup chukur urnashgan follikullar paydo buladi. Ikkinchi davri Trachoma II -- follikullarning bir kismi yorilib, yoki surilib urnida chandik koladi.Shox parda yukori yarmida kon tomirli pannus bulishi mumkin. Uchinchi davri - Trachoma III - bunda follikullar mikdori va infiltratsiya kamayib, kupincha chandiklar va pannus zurayadi. Turtinchi davri Trachoma IV - da follikullar va infiltratsiya yukolib fakat okishrok chandiklar koladi.

Traxomaning asoratlari uning eng yukumli III davridan boshlanib, shox pardada yara paydo bulishi, iridoktsiklit, banal infektsiyadan kon'yunktivit, dakriotsistit va boshkalar.

Traxomaning okibatlari ildiz ostida chandiklanish natijasida kipriklarning notugri usishi (Trichiasis), shillik varakning keng chandiklanishidan kovok kirrasining ichkariga buralishi (Entropion), kovok shillik varagining kuznikiga yopishuvi (Symblepharon), kuz yoshi bezi yulining chandikdan bekilishi natijasida kuz shillik varagi va shox pardaning kakrashi (Xerosis conjunctivae et sogpeae) natijasida kuz kur bulib koladi. Ilgari traxoma kasalligi boshlanganidan 30 - 40 yilgacha davom etib, kuz kovoklarni betartib va badbashara xolga keltirgan, chunki u vaktlarda XX asrning boshida na kuz mutaxassislari, na dori - darmon va na kuz shifoxonasi bulmagan. Shuning uchun traxoma kuz ojizligining asosiy sabablaridan biri bulgan.

1960 yillargacha umumiy va majburiy, xattoki pulsiz davolash, tez - tez tekshirib oldini olish tufayli traxomami yoppasiga yuk kilishga erishildi.

Traxomani davolash uchun VOZ ekspertlari tetratsiklin va eritromitsinning 1 % li eritmasi va malxamini tavsiya kilganlar, Bu dorilar bemor kuziga 3-4 oydavomida tomiziladi, ertalab va kechkurun malxami kuyiladi. 2-3 kundan sung ular naf beradi, shuningdek eritromitsin xam kullaniladi. Agar shunda xam butunlay tozalanmasa, unda follikullarni ma'lum usul bilan sikib chikarib, etazol yoki albutsidni talkonsimon sepib davolash mumkin.Bemor dorilarni batartib kabul kilsa, traxomami 6 - 8 oy ichida davolash mumkin. IV davrga utgandan keyin xam uning takrorlanishiga karshi tomchi va malxam bilan davolab, sungra 3 yil vrach nazoratida tekshirib turiladi. Mamlakatimizda traxoma bulgan kasallarni 100% ruyxatga olish, statsionarda davolash, pulsiz dori - darmonlar berish, kaytalanishining oldini olish tufayli u yoppasiga yuk kilindi.

Profilaktika uchun axolini sanitariya -- gigiena bilimlarini oshirish, xamma oilalarni vakti - vaktida tekshirib turish, ularning turmush sharoitlarini yaxshilash zarur.

Paratraxoma-bu okulourogenital (oculourogenitalis) sindromning kuzda paydo buladigan simptomlariga asoslangan kovoklarda paydo buladigan follikullyar traxomadagiga uxshaydi, lekin bunda ular yukori kovokda emas, asosan pastki kovok shillik pardasining kuzga utar kismida joylashadi va xech kachon chandiklanmaydi va ogir okibatlari xam bulmaydi.

Paratraxomani xam u Chlamydia halprovia vujudga keltiradi.Bu kasallik ilgari xavza kon'yunktiviti deyilar edi.Chunki kupincha xavzalarda chumilgan yoshlarda 2-3 kundan keyin paydo bular edi.

Davolash kuzga dezinfektsiyalovchi dorilardan avval 8-10 martagacha 1-2 tomchidan tomiziladi, sungra bir oz kamaytirib 5-3 martagacha tushiriladi.Penitsillin, kanamitsin, etazol talkonidan kechkurun yotish oldidan va ertalab sepiladi. Bu juda yaxshi ta'sir kilib, kasallik tez tuzaladi.Traxoma okibatlaridan trixiazni Sapejko usuli bilan operatsiya kilinadi. Notugri usgan kipriklar ildizini tozalab, kovokning kiprikli va kipriksiz chiziklari urtasini kesib, shu joyni kengaytirib bajariladi. Shu soxaga bemor pastki labidan olingan shillik, parda kiyigi kuyib tikiladi.

Entropionni tuzatish yukori kovok, terisini kirrasidan 2 mm narida kesib, togayni tozalab, undan uzun uchburchak shaklida olib tashlab, tikiladi.Pastki kovok (entropion) ichiga burilganda uning terisidan tasma olib tashlanadi, terisini tikkanda muskul xam kushib tikiladi.

Surunkali kataral kon'yunktivit bulgan bemorning kuzlari achishadi, kum tikilganday buladi, kitob ukiganda tez charchash sezadi.Kon'yunktiva bir oz kizaradi, yuza joylashgan follikullar paydo buladi, lekin kuzdan shilimshik juda kam chikadi.

Sabablari: atrof - muxitdagi chang, tutun, gazlarga nisbatan sezgirlikning oshganligi, kuz yoshi yullarida, burun bushligi va uning atrofidagi bushliklarda, meybomiy bezlarida infektsiya borligi va modda almashinuvi, ovkat xazm kilishning buzilishi xisobga olinadi. Ba'zida astigmatizmning uz vaktida kuzoynak bilan ta'minlanmaganining xam axamiyati bor. Bunday bemorlarni obdon tekshirilib, kasallik sababini aniklab davolash zarur.Chunki sababi aniklanmagan bundam bemor oylab, yillab kiynalishi mumkin.

Allergik vaautoimmunkon'yunktivitla r. Paydo bulish sabablari 2 xil: tashki muxit omillari (ekzogen) va organizmdagi modda almashinuvida paydo buladigan nomutanosib jarayonlar yoki infektsiya toksinlari ta'siri (endogen) dir. Kishi nerv sistemasiva ichki a'zolaridagi sezgirlikning oshib ketishi ularga javoban patomorfologik uzgarishlar berib, klinik patologiyani keltirib chikaradi.

Ekzogen baxor kon'yunktiviti- ilk baxorda uta sezuvchanlikdan boshlanadi.Bunga kuyoshning ultrabinafsha nurlar sochishi, xavoda chang paydo bulishi yoki ilk baxor kukatlari sababchi ekanligi taxmin kilinadi.Bizning iklimimizda kupincha yosh va uspirin ugil bolalarda paydo buladi. Odatda kuzni yorug nur bezovta kiladi, kuzlar kichishadi, yoshlanadi, yumilishga moyil buladi Ochib karalganda yukori kovok togayi ustidagi shillik kavat kalinlashib, unda burda - burda ok pushtirok dumbokchalar paydo buladi. Ular follikulni eslatadiyu, lekin tuzilishi anik, chegaralangan, bir oz yasen, katta - kichik va tartibli joylashgani kayrok tosh terilgan yulni eslatadi. Shunday uzgarish shox pardada limbning atrofi va burun tomonida xam paydo bulishi mumkin. Kasallik uzok (balogatga etguncha) davom etib, xar baxor vaezda xuruj kiladi. Bemor konida askorbin kislotasining ancha kamayishi aniklangan. Shu vitaminlar va allergiyaga karshi dorilar kullaniladi.

Pollinoz (Pollen - gul changi) kon'yunktiviti baxorda usimliklar, daraxtlar gullagan davrida boshlanadi.Tusatdan kuzlarda juda kuchli achishish, kichishish paydo buladiG` kuz yoshlanishi, ochilmay kolishi, kupincha aksirish, yutalish va kuz - burundan yosh va suv kelishi kuzatiladi. Xar yil baxorda vaezda turli usimlik bargi va gulidan shamol bilan uchadigan xid va chang - - tuzonlar shunday allergiyaga sabab buladi.

Antibiotiklarga allergiya.Kuzga antibiotiklardan birining eritmasi tomizilsa yoki poroshogi kuyilsa, kon'yunktiva kip - kizarib, pastki kovok kon'yunktivasi shishadi, follikullar paydo buladi, kovoklar terisi kizaradi.Kuz yoshlanadi, achishib kichishadi.Juda kamdan -- kam, ayniksa bolalarda shu xolat atropin yoki dionin tomchisi tomizilganda xam buladi.Bunda kuzg akortikosteroid tomchilaridan tez - tez tomiziladi.Kaltsiy glyukonati ichiriladi.

Endogen sabab.Tuberkulyozga allergiya (fliktenali kon'yunktivit). Upkasi va boshka a'zolari tuberkulyoz bulgan odamning konida toksinlar paydo bulib, shular kuzga ichki - autoallergen sifatida ta'sir kiladi. Bu xolat ayniksa uzok ogrib, yaxshi davolanmagan bemorlarda buladi. Kupincha yosh bolalar va usmirlarda uchraydi. Avval bir kuz zararlanib tusatdan yoshlanaveradi, sanchiydi, yorugga karay olmay, kovoklari kisilib bemor yuzini bekitib utiradi.U kuzini ochib Karaganda kon'yunktivasida bir necha katta • kichik tugunchalar paydo bulgani kuzatiladi. Bu fliktena, pufakcha emas, balki proliferativ gigant

limfotsit va epitelial xujayralardan paydo bulgan yallpglangan tugunchalaridir. Kuzning xakikiy tuberkulyozdan farki shundaki, bunda bemor kuzida tuberkulyoz tayokchalari

topilmaydi va kazeoz parchalanishi bulmaydi. Shuning uchun bu yukumli emas, lekin uzok davom etib tugunchalar yorilib bemorni kiynaydi. Xozirgi vaktda tuberkulyozga karshi choralar xamma tomonlama keng yulga kuyilib, dispanserlar soni oshganligi va tugri davolash tufayli bu kasalliklar bilan kasallanish soni kamaytirilgan.

KO’Z YOShI A'ZOLARINING YALLIGLANISh PATOLOGIYASI

Ko’z yoshi a'zolari-yosh ishlab chikaradigan va uni okizib chikaradigan kismdan iborat. Kuz yoshi bezi glandula lacrimalis kuz kosasi yukori devori chakka tomom kirrasi ostidagi chukurcha (fossa glandulae lacrimalis) da joylashgan. Bu bez orbital va palpebral kismlardan iborat. Bezning orbital kismida ishlab chikariladigan kuz yoshi palpebral kismiga tushib, sungra 10 - 12 yosh chikaruvchi naychalar orkali okib, keyin kon'yunktiva bushligining chakka tomoniga tushadi va shu joydagi Krauze nomli kushimcha kuz yoshi bezlaridan xam ishlanib chikkan kuz yoshi bilan kushilib, kuz sokkasining ustidan utib, pastki kovokning kirrasi buylab yunalib, burun tomonga utadi va kuz yoshi kuli (lacus lacrymalis) da yigiladi. Kuz yoshining tarkibida 97,8% suv, 1,8% tuz va juda kam mikdorda oksil, yog moddasi va mukopolisaxaridlar, shuningdek lizotsim degan ferment bor. Bu ferment fagotsitoz vazifasini bajarib kuz tozaligini saklaydi.

Kuz yoshi okib chikadigan yullar kovoklarning burun tomon burchagidagi kuz yoshi kuliga botib yotgan kovoklar kirrasidagi kuz yoshi nuktalari (punctum lacrymals) dan boshlanadi. Bu nuktalar orkali kuz yoshi kanalchalari canaliculi lacrymalis ga utib, ba'zida ikkala kanalcha birga, ba'zida esa ayrim - ayrim xolatda kuz kosasi burun tomon devorining pastidagi chukurchaga joylashgan kuz yoshi xaltasiga tushadi Kuz yoshi xaltasining uzunligi 10 - 12 mm, kengligi 3-4 mm, xajmi esa 0,7 mm va bosimi 7 -10 mm simob ustuniga teng va turli anatomik variantlari xam bulishi mumkin. Kuz yoshi xaltasidan yosh suyak ichidagi yul (ductus nasolacrymalis) ga utib burunning pastki yuliga tushadi.Suyak ichidagi kanal ayollarda erkaklardagiga nisbatan tor bulgani uchun kuz yoshi xaltasining yiringli yalliglanishi ayollarda kuprok uchraydi.Kovok aylana muskulining aloxida bir kismi (m. Horneri) kuz yoshi yullari, kanallari, kuz yoshi xaltasining kengayib - torayishiga yordam beradi.Shuning uchun kuz yoshi xech kanday kiyinchiliksiz uz yullaridan okib utib,

burunga bemalol tushaveradi.Kuz yoshi kuz satxini doim xullab turib, uni kakrab kolishdan saklaydi.Kuzni mayda jismlardan tozalab, yuvib chikaradi.Kuzni bir oz sovukdan xam saklaydi.Kuz yoshi yulining biror joyida tusik paydo bulganda kuz doim yoshlanib kishini juda kiynab kuyadi.

Ko’z yoshi bezi va kuz yoshi yullarining yalliglanishi kupincha surunkali buladi. Mikroblar, bakteriya, virus va zamburuglar ta'siri ostida vujudga keladi. Bularga organizmning umumiy surunkali kasalliklari va kuz yoshi yullarining torayishi sabab buladi.

Kuz yoshi bezining kamdan kam uchraydigan o’tkir yalliglanishi dakrioadenit (dacrioadenitis acuta) organizmning zotiljam, suzak, kattik shamollash va grippdan kuvvatsizlangan odam yoki yosh bolalarda tepkidan bulishi mumkin.Bunda yukori kovok chakka tomonining uchdan bir kismida kizarish, juda ogrikli shish paydo buladi.Badanning umumiy kakshashiG` isitmaning kutarilishi, bosh ogrishi bilan boshlanadi. Yukori kovokning shakli uzgarib, kalinlashadiG` kattalashadi, kuz sokkasini uz urnidan biroz siljitib bekitadi.Laboratoriya tekshirishlari kondagi (SOE, leykotsitoz, limfotsitoz) uzgarishlari uchrashi mumkin bulmagan, fakat klinikasi uxshash usmadan farklab yalliglanish diagnozini kuyishga yordam beradi.yalliglanishga karshi davolash kuzga va umumiy antibiotiklar, sulfanilamidlar, issik kullash bilan utkazilib, 3-4 xaftadan keyin tuzaladi.

Kuz yoshi bezining surunkali yalliglanishi esa (dacrioadenitis chronica) juda kam uchraydigan, asta - sekin boshlanib, umumiy kuvvatsizlik, bezning kattalashuvi, shishuvi bilan davom etadi, Sabablari -- asosan tuberkulyoz, zaxm va boshkalar. Klinik - laboratoriya tekshirishlari (Mantu va Vasserman reaktsiyalari) kilinadi. Davolash kasallikning kelib chikish sababiga asoslanib umumiy dori -- darmon kullash va simptomatik usul Bilan buladi. Agar kuz yoshi bezi yalliglanishi sulak bezlari yalliglanishi bilan bir vaktda va ikki tomonlama bulsa, uni sistemali Nikulin kasali deyiladi.

KO’Z YOShI YO’LLARINING YALLIGLANIShI

Bunday bemorlarning asosiy shikoyati kuzdan yosh okishidir. Asosan sovukka chikkanda, shamol va chang bulganda kuz yoshi okishi zurayadi, kuzdan tuxtamay yosh okib turishi

kuz sokkasini xam, pastki kovok terisini xam biroz kizartiradi, achishtirib bezovta kiladi. Sababi kuyidagi usullar yordamida aniklanadi. Bunday bemorlarning kuziga 3% li kollargol tomizib Karaganda kuz yoshi nuktasining surib olish kobiliyati saklangan bulsa, bir - ikki dakikadan sung kuzdagi buyok -- kollargol surilgan buladi, demak kollargol kuz yoshi nuktasi va kanalchalari orkali kuz yoshi xaltasiga utgan buladi. Agar kollargol kuz yoshi nuktasidan tez surilib ketmasa natija aksincha buladi.Bu kanallarni tekshirish usuli deyiladi. Agar kuzga kollargol tomizish bilan birga burunga kiskich bilan kaynatilgan paxtadan tikib tekshirilsa, unda 3-4 dakikdan sung paxtada buyok (kollargol) paydo bulishi kerak, agar aksincha bulsa, kuz yoshi sistemasi bekilib kolganidan darak beradi. Shu usul yordamida butun kuz yoshi okib chikish sistemasining ishi aniklanadi. Kuz yoshi okib chikish yullarini klinik usul bilan yaxshirok aniklash uchun odatda shpritsga dori olib, uning ingichka va biroz tumtoklangan ignasi kuz yoshi nuktasidan kanalchaga yuborilib yuviladi. Agar yul ochik bulsa, engashib utirgan bemorning burnidan dori okib chikadi. Agar utmasa yoki chala utsa, unda shu nukta orkali kontrast dori (yodolipol) yuborib rentgen surati olinadi va shunga karab oftalmolog jarroxlik rejasini tuzadi.

Kuz yoshi nuktasining torayishi uning kayrilib notugri joylashuvi (kariyalarda) yoki chandiklanishdan buladi, u yalliglanganda kuz yoshi okib kizaradi, shishadi.Oftalmolog shu usulga moslashtirilgan 4 • • 5 ta turli yugonlikdagi ignalar - zondlar yordamida kuz yoshi nuktasini kegaytiradi yoki dori-darmon berib yoki operatsiya kilib davolaydi.

Kuz yoshi kanalining torayishi esa, uning urtasida yoki ichki uchida bulishi mumkin.Uning xammasi torayishi xam mumkin.Bunda dori - darmon bilan birga 3 -4 ta uziga moe zondlar bilan kengaytiriladi yoki kon'yunktivada dakriotsistotomiya operatsiyasi kilinadi.

Kuz yoshi xaltasining yalliglanishi- dakriotsistit (dacriocyctitis), bemorning kuzidan fakat yosh emas, yiring xam chikadi. Kuz tirkishining burun tomonidagi yukori va pastki kovoklar birikmasi ostida yumshok, ogriksiz shish paydo buladi. Kuz yoshi xaltasi shaklidagi bu shish bosilganda kuz yoshi nuktalaridan shilimshik yoki yiring aralash kuz yoshi chikadi. Kuz yoshi xaltasining bunday surunkali yalliglanishi kupincha ayollarda kuz yoshi - burun kanalining erkaklarnikiga nisbatan torligidan va kupincha shamollash kabi sabablardan yuli tusilib kolishidan buladi. Kanal ichida yoshning utmay tuxtab kolishi undagi shillik pardaning zararlanishi va infektsiya paydo bulib, yalliglanishi asta - sekin avj olib dakriotsistit vujudga keladi. Kuz yoshi xaltasi tobora kengayib kattalashib, devorining yupkalashganidan u teri ostidan kukimtir bulib kurinadi, bu xolat kuz yoshi xaltasining istiskosi (hydrops) deyiladi. Pastki nukta orkali shprits bilan dori yuborib yuvilganda

suyuklik burunga tushmay, yukori nuktadan kaytib chikadi, surunkali yiringli dakriotsistit bulganda yiring doim kuz tirkishiga chikib turgani uchun undagi mikroblar (streptokokk, stafilokokk va pnevmokokk) kuz shox pardasiga zarar etkazib unda yara paydo kilishi mumkin. Shuning uchun yiringli dakriotsistit erta aniklanib operatsiya usuli bilan davolanishi kerak.

Kattalar dakriotsistorinostomiyasi ogir operatsiya.Bunda kuz yoshi xaltasi ustidagi terini kesib, undagi yumshok tukimalarni chetga surib kovoklar burmasi kesilib, ostidagi suyak tozalanadi. Suyakdan 2,5 sm li kismi olib tashlanadi. Operatsiyaning asosiy printsipi kuz yoshi xaltasi bilan burun yukori bushligi urtasida yul ochib, kuz yoshini tuppa - tugri burunga tushishi ta'minlanadi. 60 yoshdan oshgan odamlarda esa, shox pardani yiringli yalliglanishdan saklash uchun yiringli kuz yoshi xaltasi olib tashlanadi, chunki karilarda suyakni arralash ogir va xavflidir.

Kuz yoshi xaltasining flegmonasi (phlegmona sacci lacrimalis).Bu utkir yiringli peridakriotsistitdir.Bu infektsiyaning yosh xaltasidan atrofdagi tukimalarga utishi natijasida paydo buladigan shiddatli flegmonoz yalliglanishidir. Bunda utkir yalliglanishning asosiy belgilari: shish, kizarishlar kovoklarga, burun va iyakningtegishli shu tomoniga utib ketadi. Bemorning isitmasi kutariladi, boshi ogriydi, umumiy loxaslik paydo buladi.2-3 kundan keyin yo flegmonaning uzi yoriladi, yoki uni oftalmolog statsionarda ochib, yiringini chikarishi, kerakli dori - darmon bilan davolashi zarur.3-4 oydan keyin dakriotsistorinostomiya operatsiyasini kilish mumkin.

Chakaloklarda dakriotsistit (dacriocystitis neonatorum) kamdan - kam uchraydi.Bunga kuz yoshining burun yuli pastki kismida odatda tugilishdan oldin surilib ketishi kerak bulgan nozik membrananing uz vaktida surilmay kolishi sabab buladi. Bola tugilgach 2-3 kun davomida kuzlari yoshlanib, yiringlagani ma'lum buladi. Umumiy klinik belgilar kattalar dakriotsistiti belgilaridan fark kilmaydi.Chakaloklar dakriotsistiti xam uz vaktida davolanmasa, flegmonaga aylanishi mumkin.Davolashning birinchi kismi - kuz yoshi xaltasini massaj kilinadi.Buning uchun kuz tirkishi burun tomoni burchagini shifokor barmoklari bilan asta - sekin yukoridan pastga tomon silaydi. Bunda xaltadagi kuz yoshi kuz burun kanali orkali uning pastki kismidagi membranaga tazyik beradi va natijada u yorilishi mumkin. 2 - 3 kun davomida kilingan massaj usuli yordam bermasa, unda ikkinchi usul bola kuz yoshi yukori nuktasini zond bilan bekitib pastkisidan shpritsdan dezinfektsiya kiladigan dorini katta bosim bilan yuborish kerak. Bunda suv uz vaktida surilib ketmagan membranami teshib chikishi mumkin.

SHOX PARDANING YALLIGLANISH PATOLOGIYASI

Ma'lumki, normada shox pardaning 5 xil asosiy belgilari bor: bu tiniklik, yaltiroklik, shaklining burtikligi, uta sezgirlik va kon tomirlari yukligidir. Patologiyada esa loykalanish, xiralanish, burtiklikning kupayishi yo kamayishi, sezgirlikning zurayishi yo pasayishi va keraksiz kon tomirlar paydo bulishi kuzatiladi. Bu belgilar kasallikning paydo bulish sabablariga kura turli kurinishda buladi. Yalliglanish asosan mikroblar streptokokk, pnevmokokk, stafilokokk, ba'zida viruslar va zamburuglarning ta'siri ostida paydo buladi. Tashki muxitdagi ekzogen ta'sirlar va turli surunkali umumiy kasalliklar (tuberkulyoz, zaxm, toksoplazmoz, gerpes va revmatizmlar) keratitlarni paydo kiladi. Bular kisman utkir tarzda, ba'zan esa sezilmay asta - sekin boshlanadi. Kanday boshlanishidan kati nazar shox pardada infiltrat paydo buladi. Infiltrat turlicha - yuza yoki chukur joylashgan buladi, u mayda - mayda yoki katta buladi, Uning rangi nim tinik kulrang, nim tinik kizgish, sargish yoki kulrang • sargish pufakcha, dumbokcha, tugunchaga uxshash yoki yapalok bulishi mumkin. 2-3 kundan keyin shox parda epiteliysi emirilsa, uning yaltirokligi yukoladi, sezgirligi kupincha kuchayadi. Yangi paydo bulgan kon tomirlar esa infiltrat joylashuviga karab yuza, chukur buladi. Shox parda shakli kupincha yakunlovchi davrda uzgaradi, ya'ni uzok davom etganda yalliglanish uni biroz yassilaydi (applanatio cornea). Kalin, dagal chandik paydo bulsa, uni burttirishi mumkin. Shox parda kiyasining radiusi juda kattalashib, uning shakli sharsimon (keratoconus) bulishi mumkin. Shox parda shaklining tugma uzgarishlari shundan iboratki, juda kattalashib ketsa - megalo-sogpea va aksincha, kichrayib ketsa -- miscrocornea deyiladi. Bunday uzgarishlar asosan bolalar va usmirlarda, ayniksa shimoliy xududlarda yuz beradi. Bunga birlamchi distrofiya sabab buladi.

Surunkali ichki a'zolar tuberkulyozida toksinlar ta'sirida bir kuz shox pardasi engil keratoglobus, yuzagina nuktali xiralanish bilan namoyon bulgan. Yakindan kurish tugma miopiyaning kjori darajasida xam keratoglobus vujudga kelishi mumkin.

Shox pardaning yalliglanish patologiyasi tusatdan utkir boshlanishi va asta -sekin sezilmay surunkali bulishi mumkin. Utkir keratitlarning boshlanishi yoruglikka karay olmaslik, noma'lum narsa xalakit berishi, kuzning yoshlanishi, kovoklarning kisilishi (blefarospazm) va shox parda atrofidagi xalkali kon tomirlarning reaktiv kengayishi -

perikorneal in'ektsiyalar paydo bulishi bilan xarakterlanadi. Bu belgilar yigindisi shox parda sindromi deyiladi. Sekin boshlanadigan surunkali keratitlar esa kupincha engil perikorneal in'ektsiya va yoshlanish bilan yuzaga chikadi.

Shox parda yalliglanishi (keratitis) ning turli kurinishlarini bir tizimga solish uchun prof. P, F. Arxangelskiy uz tasnifini tavsiya kilgan. Bu hifokorlar uchun juda kulay, chunki bunda kasallikning kuzga kurinib turgan belgilariga karab diagnoz kuyiladi.

Keratitlar

Yarali keratitlar		**Yarasiz keratitlar**
Atrofda joylashgan yuza yarali keratilar	Uchuk yarali keratit	Chukur joylashgan yarasiz tuberkulyoz keratit
Suriluvchi (emaklovchi) yara	Eroziya	Chukur joylashgan yarasiz zaxm keratiti
Gonoblenoreya yarali keratit	Virus yarali keratit	Chukur joylashgan yarasiz toksoplazmoz keratiti
Korachechak yarali keratit	Zamburug yarali keratit	Chukur joylashgan yarasiz epidemik virusli keratiti
Difteriya yarali keratit	Keratopatiya yarasi	

ShOX PARDANING YIRINGLI YARALI KERATITLARI

Kuz shox pardasi chetlarida joylashadigan yarali keratit kupincha kari odamlarda uzok davom etadigan surunkali kon'yunktivitdan keyin paydo buladi. Shox pardaning limbga yakin kismida 1 - 2 mm kattalikdagi infiltratlar paydo bulib, keyin ular yarachalarga aylanadi. Bularning juda yuza joylashgan kon'yunktivit yoki blefarit ta'sirida vujudga kelganidan darak

beradi, Bunga kokk infektsiya va boshkalar sabab buladi. Antiseptik tomchi va malxamlardan tuzaladi. Ogir asorat bermaydi.

Shox pardaning suriluvchi yara si (ulcus cornea serpens) Bu shox pardaning ogir yallig yaralanishi. Odatda tusatdan kuzda kuchli sanchish, yoshlanish va ogrik bilan shox pardaning urtasida dumalok sargsh - kulrang infiltrat paydo bulishi bilan boshlanadi. Uning satxidagi epiteliy bir oz notekis buladi. Infiltrat tezda yorilib, yara paydo buladi. Yara atrofida shox parda xiralanadi. Asosiy belgilari shundan iboratki, yaraning kuz tirkishi yunalishidagi bir tomoni anchagina chukurlashib, sapsarik yiring boylaydi va tobora chukurlashib 1 - 2 kun ichida pardaning tinik tomoniga surilib ketaveradi. Yaraning ikkinchi, regressiv tomoni esa yiringdan tozalanadi va epiteliysi paydo buladi. Yalliglanish jarayoni kuchayib yiring tez orada kuz ichiga tomon xam suriladi.

Kuz oldingi kamerasida yiring - gipopion (hypopion) paydo bulishi bilan birga, undagi suyuklik xam yiringli loykalanadi. Rangdor parda yalliglanishi mumkin.Yara borgan sari chukurlashib kupincha yoriladi va rangdor parda undan kisilib chikadi. Gipopion kupayib va kuyuklashib, butun kamera yiringga tuladi. Suriluvchi yara tez fursatda aniklanib statsionarda davolansa, shox pardada ok chandikcha (Leucoma cornea) paydo bulishi bilan chegaralanadi. Xozirgi vaktda bu kasallik kam uchraydi va u kuchli antibiotiklar (linkomitsin, gentamitsin, seporin,kefalgin va boshkalar)dan birining kukuni yaraga kechkurun yotish oldidan sepilsa, uning novokaindagi eritmasi kon'yunktiva ostiga xar kuni 50 000 TB № 3 yuborilsa va kuzga tez - tez tomizilsa, sulfanilamid tabletkalaridan bemorga (1 tab x 3) ichirilsa kasallik tuzaladi, chunki bu yarani kuzgatuvchi pnevmokokk, streptokokk, stafilokokk, xatto Moraks - Aksenfeld diplobatsillalari bu kuchli antibiotiklar ta'siriga dosh berolmaydi.

Diagnozni uz vaktida kuya olish goyat muxim vazifa. Yukoridagi infektsiyalar kupincha ezda va kuzda shox parda epiteliysining juda kichik, xatto bemor uchun sezilmagan tirnalib zararlanishi natijasida uni yalliglantiradi. Bunday xolat ayniksa kuruvchilarda, tosh va marmar bilan ishlovchilarda va urmonchilarda, shuningdek surunkali yiringli dakriotsistit bilan ogrib yurganlarda uchrashi mumkin.

Kasallikning oldini olish uchun shaxsiy gigienaga amal kilish, kulni sovunlab yuvmay kuzga tegizmaslik, ishchilarni extiyotkorlikka urgatish, oftalmolog kuzga tushgan mayda yot jismni olib tashlagach dezinfektsiyalovchi dorilar tomizish zarur. Shox pardaning suriluvchiyarasi uz vaktida davolanmasa, u oylab davom etib yara yorilishi, rangdor parda bilan yopishib kuzda katta chandikli ok. (leucoma corneae adherens) paydo kilishi mumkin. Ayni vaktda infektsiya ichkariga surilib endoftalmit (ichki pardalar yalliglanishi) va panoftalmit (yalpisiga yalliglanish) va ftizis (phtisis) berib, kuz bujmayib koladi. Natijada bemor ojiz bulib koladi.

Shox pardaning gonoblenoreyali yiringli yarasi chakaloklarda odatda blenoreya kon'yunktiviti paytida yiring shox parda epiteliysini mayin tirnashi natijasida (matseratsiya) kupincha uning kok urtasida paydo buladi. Gonokokk juda toksinli bulgani uchun chakalokning murgak organizmini bushashtiradi va shu sababli yara juda tez kattalashib, shox pardani emirib yuboradi va kuz teshilib okib, keyinchalik juda katta chandik paydo kiladi. Katta odamlarda esa kon'yunktivaning shishuvi va blefarospazm natijasida shox pardanita'minlovchi kon tomirlari torayib, uning limbga yakin kismida yarachalar paydo buladi va bemor davolanib, tuzalgach yarachalar urnida gir aylana shaklidagi ok paydo buladi.

Tekshirganda shu yara yiringidan gonokokk topiladi, chunki katta yoshdagi odamlarda jinsiy gonoblenoreya bulganda ularning extiyotsizligi va gigienaga rioya kilmasligi okibatida ularda ogir kon'yunktivit boshlanadi.

Davolash umumiy sulfanilamid va antibiotiklarni kullash, kuzni furatsilin eritmasi bilan tez - tez yuvish, penitsillin, levomitsetin eritmalaridan tomizish va penitsillinning kuruk, poroshogidan sepish, malxam kuyish bilan olib boriladi.

Shox pardaning difteriyadan yalliglanish klinikasining umumiy belgilari shundan iboratki, kovoklar shishadi, yiring chikishidan tashkari difteriya toksinlari kizarib shishgan kovok kon'yunktivasi ustini tuk kul rang kukimtir nekroz parda bilan koplaydi. Bu parda zich yopishgan bulib, ajratganda kattik konaydi. Shunday parda bemorning tomogida, burnida xam bulishi mumkin.

Shox pardada infiltratlar paydo bulib, yoriladi, yaralanadi, nekroz paydo buladi va kalin chandik koldiradi. Kupincha yaralar yorilib, kuz puchayib koladi. Bemorning umumiy axvoli ogir bulib, isitmasi chikadi, boshi ogriydi, yakindagi limfa bezlari kattalashib ogriydi. Bunday ogir axvol profilaktikadan utmagan (zardob olmagan) bolalarda buladi. Xozirgi vaktda bu kasallik juda kamdan - kam uchraydi yoki butunlay uchramaydi.

Davolash antibiotiklar, difteriyaga karshi zardobni sxema bilan kullash va kuzga simptomatik dorilardan tomizishdan iborat.

Korachechakdan paydo buladigan shox parda yarasi limb oldida bir nechta yiringli pufakchalarga uxshagan infiltratlar paydo kilib, ular tez orada kupayib, shox pardada yara xosil kiladi, u yoriladi va chandik koldirib, ikkala kuzni ojizlikka olib boradi. Xozirgi vaktda mamlakatimizda chechak va uning okibatlari emlash yordamida yukotilgan.

Difteriya va chechakning umumiy ogir kasallik ekanligini va kuzga beradigan asoratlarini nazarda tutib, bu kasalliklarga karshi emlashni uz vaktida kat'iy reja bilan bajarish zarur.

Zamburugli keratitlar (Keratomycosis) keyingi yillarda antibiotik va kortikosteroidlar kup k,ullanishining natijasidir. Zamburuglar kuz tirkishiga tashkaridan shaxsiy gigienaga rioya kilmaslik okibatida (turli zamburuglar Candida Fusarium, Aspergillius)G` sabzavot va mevalardan (uzum, anor) xam tushishi mumkin. Ular shox parda markazida joylashib yara xosil kiladi (Ulcus cornea mycotica seu keratitis mycotica ulcerativa). Kulrang sargish yoki kulrang, duppayib turgan infiltrat anik chegaralangan dumalok shaklda bulib kurukrok satxi urtasidan yorilib, yaraga aylanadi. Tomirli parda ta'sirlanib gipopion paydo buladi. Suriluvchi yaradan farki shundaki, bunda yalliglanish jarayoni juda sekin kechadi. Progressiv va regressiv kirralari bulmaydi. Antibiotiklar xech foyda bermaydi. Anik diagnoz bakteriologik tekshiruvdan sung kuyiladi.

Davolash. Yodning spirtdagi 5% eritmasidan surtish, nistatinning 3000 TB 1,0 g eritmasi, levorinning 200 TB 1,0 g eritmasini tomizishG` 3 % nistatin malxami, levorinning 5% malxamini 3 maxaldan kuzga kuyish yordam beradi. Trixolizin tabletkasi (50000 TB) 3 maxal beriladi. Keratit va shox pardaning turli yaralaridan sung paydo buladigan ok chandiklarni operatsiya kilish mumkin. Chunki ular kuzni kurish xususiyatidan maxrum kiladilar. Bu

muammoni xal kilish akademiklar V, P. Filatov va N. A. Puchkovskayalar tomonidan mukammal ishlab chikilgan. V. P. Filatov shox parda chandigini markazidan kisman kavatma - kavat 3 -4 mm va 3 - 4 mm xamma varaklarini tamomila olib tashlab, urniga murdadan olingan va konservatsiya kilingan shox pardadan kuyib, kuzning kurish kobiliyatini tiklagan, shuningdek chandikli shox pardaning kok urtasiga sun'iysini kuyishga muvaffak bulgan. Xozirgi vaktda bu operatsiyalar respublikamizda xam amalga oshiriladi.

S h O X P A R D A N I N G Y I R I N G S I Z Y A R A L I K E R A T I T L A R I

Gerpesli keratitlar (keratitis herpetica). Gerpesni vujudga keltiradigan virus 1912 yilda aniklangan. Bu virus insonning bolalik davridayok onadan umumiy koshik bilan ovkatlantirilganda, bolani upib erkalashdan sulak orkali utadi va bir umrga koladi. 90% odamlarda bu virus organizm tukimalaridagi xujayra protoplazmasida joylashib olib, xech kanday belgi bermay

yotadi va kuchli titrli antitelolar xosil kiladi. Bu virusning faollashuviga turli shamolash kasalliklari, tomok ogrigi yoki kuzning yuza shikastlanishi va boshkalar sabab buladi.

Virus birinchi marta kuzga tushganda 7 -- 8 kundan keyin keratit paydo buladi. Epiteliyda yara paydo bulishi natijasida birlamchi va yuza joylashgan keratit, kovok chetlarida gerpes pufakchalari paydo buladi va atrofdagi limfa bezlari kattalashadi. Shox parda epiteliysi shishadi, mayda - mayda yarim tinik gerpes pufakchalari va yarachalari daraxt shoxchasiga uxshaydigan shaklni oladi va kuzda xiralanish paydo buladi. Ba'zida aftoz stomatit kuzatilishi xam mumkin va kasallik 18 - 20 kungacha davom etadi. Shox pardaning sezgirligi yukoladi, chunki virus neyrotrop nerv tolalarini zaxarlaydi. Belgilari juda xarakterli bulgani uchun umumiy shifokor xam diagnoz kuyishi mumkin. Yaxshi davolanmasa kup marta kaytariladi va shox parda chetlarida yiringiz yarachalar paydo buladi.

Yukorida aytilgan yuza keratitlar bilan birga chukur joylashgan virusli keratitlar xam buladi. Bu oldingi klinik kurinishdan fark kilib, shox parda urta varaklarida joylashgan yara kulrang doyra shakliga utadi. Atrofidagi epiteliy shishadi, destsemet varagida kat - kat chizikchalar paydo buladi, kon tomirlar vujudga kelmaydi. Rangdor parda va kipriksimon tana xam yalliglanib, gerpetik keratoiridotsiklitga aylanadi.

Davolash viruslarga karshi karatilib kuzga florenalning 0,1% li eritmasi, 0,5% malxami, oksalinning 0,1% eritmasi, 0,25 % malxami, bonafton, interferon kabilardan

foydalaniladi. Korachikni atropin bilan kengaytirish, issik muolajalar kilish kerak. Umumiy vrach yullanma berib, oftalmologga yuborishi va bemor kuz shifoxonasida davolanishi lozim. Gerpesli keratit shu ikkala turining yana bir necha xil kurinishlari (metagerpetik, shox parda chetida buladigan yarali, diskka uxshash chukur keratit va chukur gipopionli yarali keratit) buladi.

Tuberkulyozli allergik (fliktenali) keratit (keratitis tuberculosa allergica). Asosan yosh bolalar va usmirlarda kuz shox pardasining allergik yalliglanishidir. Bunda tuberkulyoz tayokchalari kuzda topilmaydi, lekin bemorning boshka a'zolarida tuberkulyoz xastaligi bulganda organizmdagi toksin-larga kuzning allergik sezgirligi oshib keratit vujudga keladi.

Kasallikning boshlanishida kuz bir oz yoshlanib yoruglikka karay olmay koladi. Shox pardaning limbga yakin kismi, ba'zan markaz epiteliysi ostida mayda - mayda yalligli yarim tinik kulrang, yoki bita - ikkita kattarok tugunchalar paydo buladi. Bemorning umumiy axvoli juda ogir bulmasa, tugunchalar 4 • • 5 kunda surilib ketadi, lekin kupincha ular yorilib, emirilish paydo buladi, unda bolalarda kuzning sezgirligi yanada oshib ketadi, kovoklari kisilib ochilmay koladi, perikorneal in'ektsiya kuchayadi. Yarachalar atrofida kon tomirlar paydo bulib, kuzning tuzalishiga imkon beradi.

Agar bola umuman xolsizlangan bulsa, unda fliktenalar, ayniksa limb yakinidagi tugunchalar tezgina emirilib, ancha chukur joylashgan infiltratli yarachalar paydo buladi, ular kattik sanchik va ogrik bilan paydo buladi. Chukurrok yalliglangan shox parda yoriladi va rangdor parda tashkariga chikib koladi, natijada shox pardada rangdor parda bilan yopishgan chandik paydo buladi. Bu kupincha kaytalanadi.

markazdagi infiltrat surilmay anchagacha (1 -- 2 yil) saklanib koladi va oppok bulib turadi. Kamdan - kam xollarda parda butunlay tinik bulishi mumkin. Kupincha xiralanishni kon tomirlar devorini biomikroskopiya kilganda kurish mumkin. Aksariyat yalliglanish jarayoni tomirli pardaga utib bemor axvolini ogirlashtiradi. Kupincha ikkinchi kuz xam kasallanadi. Zaxm chukur joylashgan keratiti uzok (6 oydan 1 yilgacha) davom etadi, lekin uning prognozi yomon bulmaydi. Kurish utkirligi 0,1 - 0,5 va xatto 1,0 gacha tiklanishi mumkin.

Tugma zaxm bilan kasallanish 89 yoshli bolalarda xam, 30 yoshdagi odamlarda xam uchrashi mumkin.

Patogenezi.Buok spiroxeta toksinlariga sensibillangan shox pardaning allergik reaktsiyasidan buladi. Shox pardada spiroxetalarning uzi xozirgacha topilmagan. Vasserman musbat reaktsiyasidan tashkari, unday kasallarda Getchinson triadasi (uchligi) - Getchinson tishlari va karlikligi buladi.

Davolash spetsifik olib boriladi. Venerolog bilan birga kuzga dezinfektsiyalovchi va surib oladigan dorilar tayinlanadi. Yukumli epidemik virusli keratokon'yunktivit boshlanishidan 5-7 kun utgach kuzning kuchli yoshlanishi va yoruglikka karay olmaslik kuzatiladi, shox pardada juda kup mayda - mayda, tartibsiz chukur joylashgan xiralanish nuktalari paydo buladi. Ular shox parda stromasining oldingi kismida, epiteliy ostida joylashgan bulib, xech kachon yara xosil kilmaydi. Yalliglanish 2-3 oygacha surunkali davom etib, chandik koldirmay surilib ketadi. Bu chukur joylashgan, yaralanmaydigan virusli keratitdir.

Chukur gerpesli (parenxima) keratiti. Shox parda optik kismining urta yoki eng ichki varaklarida tanga (disk) simon shakldagi kalin diffuz loykalanish paydo buladi. Shakliga kura buni disk shaklidagi keratit deyiladi. Yalliglanish jarayoni ba'zan kuchayib, ba'zan susayadi, juda uzok - bir necha oylab davom etib, nixoyat kuzga kalin chandik - ok tushadi. Kuzning kizarishi, yoshlanishi butunlay yukolib, kuz bezovta kilmasligi mumkin. Lekin turli sabablar shamollash, charchash singari xollarda kaytalanib turadi. Gerpesli keratitning bu turi xech kachon yara xosil kilmaydi

A S O S I Y A D A B I Yo T L A R

1 T.I.Eroshevskiy, A.I.Bochkareva «Glaznыebolezni» 1989g., 263 s

2 E.M.Kovalevskiy, «Glaznыebolezni» 1995g 280s

3 M.X.Xomidova «Kuz kasalliklari» 1996 y 334s

4 M.X.Xamidova «Kuz kasalliklari»2006 y 335 b

5 Ma’ruzalar materiallari.

4-MAVZU Tomirli parda va gavxar kasalliklari

1.1.Ta'lim berish texnologiyasining modeli.

Mashqulot vaqti -2 soat	Talabalar soni : 20-24 ta
Mashqulot shakli	Kirish-axborotli ma'ruza.
Ma'ruza rejasi:	Talabalarni tomirli parda kasalliklar etiologiyasi, patogenezi, klinikasi, uning asoratlari va ularni oldini olishda vrach taktikasi bilan tanishtirish. Rangdor parda kasalliklar turli yoshdagi kishilarda turlicha bulishi va ularni zamonaviy davolash choralari, boshka kasalliklar bilan takkoslovchi tashxisni urgatish mavzuning asosiy maksadidir Gavxar tugma va ortirilgan kasalliklari zamonaviy davolash choralari, boshka kasalliklar bilan takkoslovchi tashxisi
O'quv mashqulotning maqsadi: Umumsomatik kasalliklar tugrisida tushuncha, kasallikning uchrash tezligi va xarakterli xususiyati.	

Diabetik retinopatiyani yuzaga keltiruvchi patogen omillar xakida ma'lumot.

Diabetik retinopatiya etiologiyasi va patogenezi.

Diabetik retinopatiya turlari, klinik variantlari, boshka kasalliklar bilan takkoslovchi tashxislash.

Diabetik retinopatiyani tashxislash.

Davolash usullari (simpatik davolash, umumiy davolash usullari va fizioterapevtik usullarni kullash).

Davolashda kasallikning yoshga karab preparatlarni tanlash

• **Pedagogik vazifalar:** • klinika nuktai nazaridan Umumsomatik kasalliklar ga oid bilimlarni yanada chukurlashtirish. • Umumsomatik kasalliklari patogenezi buyicha bilim darajalarini oshirish.	**O'quv faoliyati natijasi:** 1. DR kechishi 2.Klasifikatsiyasi 3.klinikasi 4.Tekshirish usullari 5.Davolash usullari
Ta'lim berish usullari	Kurgazmali,ma'ruza,suqbat
Ta'lim berish shakllari	Ommaviy,jamoaviy
Ta'lim berish vositalari	O'quv qo'llanma,darslik,ma'ruza matni,,kompyuter
Ta'lim berish sharoiti	Metodik jiqatdan jiqozlangan auditoriya.

Monitoring va baqolash.	Oqzaki nazorat:savol-javob.

KO’Z GAVXARINING PATOLOGIYaSI

Ko’z gavxari (Lens cristallina) aylana shaklidagi, ikki satxi burtik linzami eslatadi. Kuz gavxari korachikning orkasida joylashgan bulib, kipriksimon tanadan chikib, kup sonli juda nozik stinn boylamlari uning ekvatoriga kelib yopishadi va uz urnida ushlab turadi.

Gavxarning oldi va orka satxi va uziga xos oldingi va orka kapsulasi bor. Ularning bir - biriga utish chegarasi ekvator deyiladi. Gavxar ikki satxining kok urtasi, uning oldingi va orka kutbi xisoblanadi. Bu kutblar urtasidan utadigan chizik gavxarning uki deb ataladi.

Ko’z gavxari katta odamlarda bolalardagiga nisbatan bir oz sargishrok, lekin juda tinik va musaffo bulgani uchun uzidan yorur nurlarni utkazadi va ularni 18 - 20 dptr gacha sindirish kobiliyatiga ega. Kuz gavxarining kalinligi 3,5 mm ga, diametri 9 - 10 mm ga teng. Gavxarning kobigi juda nafis va elastik bulib, uning ichida tolalar, yadro va kortikal katlamlar joylashgan, Gavxar kapsulasining elastikligi kurish jarayonida uning kabarikligining kupayishi, kamayishi va kalinligining uzgarishiga imkon beradi. Uning bu xususiyati kuz akkomodastiyasiga mansubdir.

.

Gavxar kuzning xususiy kon tomirsiz kismlaridan biri bulgani uchun unda modda almashinuvi asosan kuz ichi sukjligixisobidan buladi. Kon tomirsiz gavxarda yalliglanish jarayoni va usma, shish xam bulmaydi. Gavxarning patologiyasi uning juda murakkab bioximiyaviy tarkibidagi modda almashinuvida oz bulsada uzgarishlar paydo bulganda vujudga keladi. Gavxarning kup kismini suv tashkil etib, chakalok va juda yosh bolalarda u 73 %, katta odamlarda 60 - 65% dir. Yukori sifatli oksil moddasi (a - kristalin, albumin, r - kristalin) gavxar xajmining 35%, umumiy oksili esa 17 %, lipidlar (xolesterin, lestitin) 2 % ni tashkil etadi. Mineral tuzlardan temir, sulfatlar, fosfatlar bor.

Oksidlanishni aktivlashtiruvchi tarkibiy kismlar xloridlar - K, Sa, Na va magniy, mis, rux xam bor. Normada askorbin kislotasi inson yoshiga karab 44,2% dan 4,2 % gacha buladi. Glyutation, riboflavin, ATF lar gavxarda kup buladi, lekin yosh oshgan sari unda suv, askorbin kislotasi/ glyutation, riboflavinlar kamayave-radi. Lipidlardan esa lestitin kamayib, xolesterin kupayady, Na, Sa, fosfor kupayib, K kamayadi. Kislorod va vodorodning konstentrastiyasi glyutation, stistein, glistinning aktivligiga boglik, Modda almashinuvida ularning roli katta.

.

Kataraktalar turma va xayotda orttirilgan buladi. Tugma kataraktalar -tugma kataraktalarda loykalanishning kaysi kismga taallukligiga karab oldingi va orka kutb kataraktasi (Cataracta polaris ant. etpost), kortikal katarakta (Cataracta corticalis), kavatma - kavat katarakta (catar acta zonularis), kobik kataraktasi (cataracta capsularis) va tulik katarakta (cataracta totalis) deyiladi. Tugma kataraktaning uziga xos 3 asosiy belgisi bor:

Ikkala kuzda bir vaktda paydo buladi.

Konsistenstiyasi yumshok buladi.

Loykalanish avj olmay bir xilda turadi.

TUGMA KATARAKTALARNING KLINIK KURINIShI

Oldingi va orka kutb kataraktasi gvxarning oldingi va orka kutbi markazida ok - kukimtir nuktaga uxshab turadi. Oldingi kutb kataraktasi kuzning ilk embrional davrida uning umumiy ektodermadan ajralish jarayoni paytidagi patologiyadir. Orka kutb kataraktasi esa, shishasimon tana arteriyasi (a. hyaloidea) ning xomiladagi bola tugilguncha surilib ketishi lozim bulgan jarayon kandaydir sabab bilan uz vaktidan kechrok tugaganida paydo buladi. Bu ikki kurinishdagi kutb kataraktasi kichkina (2 -- 3 mm) bulgani uchun kuzning kurishi xam 4 - 5 katorga teng buladi va uni operastiya kilishga extiyoj kolmaydi.

Kortikal katarakta embrional yadro atrofida loyikalanish paydo bulishidan vujudga keladi, bunda gavxar ok kukimtir tue olib, diffuz loykalanish buladi. Kuzning kurishi pasayadi, operastiya lozim buladi.

Kavatma - kavat zonulyar katarakta - gavxar markazidagi tinik yadro va uning atrofidagi tinik kortikal kismi orasida bir necha notinik kavatlar oralab yotadi. Bu xolat korachikni kengaytirib, nur yordamida karalganda juda yaxshi kurinadi. Agar notinik kavatlarda loykalanish kalin bulsa, kuzning kurish kobiliyati xam ancha pasayadi. Bunday bemorlarda gavxarning urtasida loykalanish yupkarok - bulgani uchun u kizgishrok va chetlari (ekvatorida) esa loykalanish kalinrok bulgani va ekvator kirrasidan 5 -- 6 ta arra tishi shaklidagi ayrim - ayrim burtikchalar chikib turgani uziga xos kurinish beradi. Bu burtikchalar gavxar ekvatorining ustiga minib turgan «suvorani» eslatadi. Enidan yoritib karalganda bu shakllar och va tuk - kulrang bulib kurinsa, utuvchi nurlarda tekshirilganda bular kizil refleks fonida kora bulib kurinadi. Bu kataraktada ekvator soxasidagi loykalanish kalinok bulgani uchun u korarok, urtasi yupkarok bulgani uchun kizgishrok kurinib teshik kulchani xam eslatadi.

Xomila davrida gavxarda modda almashinuvining buzilishi, ayniksa kalstiy tuzlarining etishmasligi bunga sabab buladi. Bunday bolalarda raxit, spazmofiliya va tishlar patologiyasi xam buladi. Bolaning kurish kobiliyati juda past bulsa, operastiya kilib loykalangan massalar surilib tashlanib, unga kontakt linza yoki kuz ichiga linza kuyish tavsiya etiladi.

. Kortikal diffuz kataraktada gavxarning xamma kortikal kismi bir xilda loykalanadi. Enidan yoruglik tushirib karalganda korachik ok kukimtir tusda kurinadi. Gavxar notinik bulgani uchun nur yurgizib kurib bulmaydi. Kuzning kurishi juda pasayib, fakat yorugni kuradi xolos. Shuning uchun kataraktaning bu turi kancha vaktli operastiya kilinsa, shuncha natijali buladi, chunki bunday kuz uzok vakt kurmay yurganda tur pardadagi xujayralarning faoliyatsizligidan kurish kobiliyati susayib ambliopiyaga olib boradi.

XAYoTDA ORTTIRILGAN KATARAKTALAR

Xayotda orttirilgan kataraktalar avval bir kuzda, keyin ikkinchi kuzda paydo buladi. Karilik kataraktasida loykalanish kupincha gavxarning korasida paydo bulib, kora kataraktasi deyiladi (Cataracta corticalis). Loykalanish yadrodan boshlanadigan (Cataracta nuclearis) yadro kataraktasi kamrok uchraydi. Karilik kataraktasining 4 klinik davri bor:

Boshlangich katarakta (Cataracta incipiens)

Etilmagan katarakta (Cataracta nondum matura)

Etilgan katarakta (Cataracta matura)

Uta pishgan katarakta (Cataracta hypermatura).

Kataraktaga mubtalo bulgan bemorlar kuzi gavxarning kortikal moddalarida loykalanib paydo bulgan nayzalarning markazgacha usgan ingichka uchlari korachik kirrasidan urtaga picha utganda seza boshlaydilar. Ular kuziga bir narsa xalakit berayotgani uchun uni kayta kayta artib, bu noxush sezgidan kutulmokchi buladilar. Lekin iloj bulmagach, oftalmologga murojaat kiladilar. Oftalmolog odatdagi tekshirish usullarini kullab, sinchiklab tekshiradi va boshlangich katarakta diagnozini kuyib, bemorni ruyxatga oladi va davolash usullari rejasini bemorga tushuntiradi. Kataraktaning ikkinchi davrida esa bemorlar odatda kuzoynaklarsiz yakindan kuradigan bulganiga xayron bulib, oftalmologga xursandchilik bilan xabar kiladilar. Vrach bemorga karilik kataraktasiga uchraganini tushuntirib dori - darmonlar tayinlaydi. Nima uchun kataraktaning 2 - davrida bemor yakindan kuradigan buladiq Chunki uning kuz gavxari suvlanib kalinlashib fokusi kiskarganidan miopiya paydo buladi. Kataraktaning ikkinchi davrida loykalanish gavxarning xamma joyida bir xil bulmaydi va nur sindirish kobiliyati xam turlicha buladi. Shuning uchun monokulyar poliopiyani, ya’ni bir kuz bilan Karaganda lampaning 2 - 3 ta bulib kurishiga tushuna olmay bemor yana mutaxassisga boradi.

3 -davrda esa, bemor kuzida xiralanish zurayib ketadi va buyumlar shaklini ajratolmay koladi. Yakin odamlarini xam, ularning kosh - kuzini xam ajratolmay kolgach juda xayajonlanadi. Bemor bundan iztirob chekadi, kupincha kattik ta’sirlanib, xatto kon bosimi kutariladi. Ayniksa agar ikkinchi kuzda xam katarakta boshlanib xiralangan bulsa, xafsalasiz bemor davolanishga uncha shoshilmasdan «ikkinchi kuzim kuryapti - ku» deb yuraversa, 4 - davr boshlangach, yadro atrofi yupkalashib surilgach kataraktali kurmaydigan kuz kura boshlaydi. Unda bemor suyunib, bir oz kiyshikrok karab «mana kuzim kuryapti» deb yurishi xam mumkin.

PATOLOGIYa OKIBATIDA PAYDO BO’LADIGAN KATARAKTA

Turli kasalliklar natijasida paydo buladigan kataraktalar okibat kataraktasi (cataracta complicate) deyiladi. Bunday kataraktalar, birinchidan, kuz sokkasida buladigan uveit, uveapatiyalar, glaukoma, tur pardaning siljishi, yukori darajali miopiyalar okibatida bulsa, ikkinchidan, umumiy kasalliklarda - kand kasali, ateroskleroz, gipertoniya okibatida xam paydo buladi. Kuz ichida paydo bulgan patologiya okibatidagi kataraktalarda loykalanish gavxar orka kobigining kutbi ostidagi kortikal kavatlarda paydo bulib, uning atrofii kalinrok, tovokchaga uxshash shakl

oladi. Shuning uchun buni chashkasimon katarakta deyiladi. Ba’zan bu uzgarish uzok vaktgacha shunday kolaveradi, lekin kupincha loykalanish kupayib, tulik kataraktaga utadi va rangi tuk sarik buladi. Bu jarayon karilik kataraktasiga nisbatan ancha tez utadi.

Kand kasalligi kataraktasi (cataracta diabetica) fark kilinadi. Loykalanish ikkala kuzda boshlanib, gavxarning oldingi va orka kobikka juda yakin yotgan massalarida nukta tola va xatto vakuola shaklida buladi va tez avj olib ketib, kuzning kurishini pasaytiradi. Yadro xam xiralanib katarakta sargish tue oladi. Diabet kataraktasining oldini olish uchun endokrinolog • oftalmolog xamma diabetli kasallar kuzini reja bilan batafsil tekshirib yurib, uning boshlangich belgilarini topgandan sung bemorni tulik (umumiy kasallikni xam, kuzini xam) davolasa, bu jarayonni kaytarish xam mumkin. Bunda umumiy dorilardan tashkari, kuzga senkatalin, katalin, kataxrom, vitafakol va antioksidant dorilardan tashkil toptan aralashma va kislorodning in’ekstiyalari bilan davolashda natija yaxshi buladi. Agar konservativ davolashning vakti utgan bulsa, unda jarroxlik usuli kullaniladi. Operastiyadan oldin bemorni klinik va laboratoriya usullari bilan obdon tekshirish zarur. Bu operastiyaning asoratlari: kon kuyilishi, chandik paydo bulishlardan saklaydi.

,

Mavzu 5 Glaukoma+

1.1.Ta'lim berish texnologiyasining modeli.

<table>
<tr><td>Mashqulot vaqti -2 soat</td><td colspan="2">Talabalar soni : 20-24 ta</td></tr>
<tr><td>Mashqulot shakli</td><td colspan="2">Kirish-axborotli ma'ruza.</td></tr>
<tr><td>Ma'ruza rejasi:</td><td colspan="2">• kuz ichki bosimi patologiyasi sabablari,tibbiy tez yordam va davolash tadbirlari
• Glaukoma kasalligi , etiologiyasi , patogenezi , klinikasi , diagnostikasi , dif. diagnostikasi , davolash va profilaktikasi.
• ochik burchakli glaukoma va yopik burchakli glukoma,etiologiya,patogenez,klinikasi va davolash usullari.
• glaukoma kasalligini kechish xususiyatlari, dif. diagnostikasi , tibbiy tez yordam.</td></tr>
<tr><td colspan="3">O’quv mashqulotning maqsadi: kuz ichki bosimi patologiyasini aniklab olish , ularni davolash usullari bilan tanishi , ayniksa , shoshilinch erdam kursatishni bilib olish , profilaktikasi bilan tanishish..</td></tr>
<tr><td>Pedagogik vazifalar:
• klinika nuktai nazaridan glukoma kasalligiga oid bilimlarni yanada chukurlashtirish.</td><td colspan="2">• O’quv faoliyati natijasi:
• Talaba kuyidagi tushunchalarga ega bulishi kerak :
• glaukoma kasalligi
• OBG va YoBG etiologiya,patogenez,klinika davolash.</td></tr>
</table>

• glaukoma kasalliklari patogenezi buyicha bilim darajalarini oshirish. • kuz ichki bosimini aniklash usullarini urganish. • glaukoma kasalligi xakida tushunchaga ega bulish. • kuz ichki bosimi patologiyalarini diagnostikasi buyicha klinik fikrlashni rivojlantirish	• birlamchi va ikkilamchi glaukomaning klinik kurinishi. • glaukoma klasifikatsiyasi.
Ta'lim berish usullari	Kurgazmali,ma'ruza,suqbat
Ta'lim berish shakllari	Ommaviy,jamoaviy
Ta'lim berish vositalari	O’quv qo’llanma,darslik,ma'ruza matni,,kompyuter
Ta'lim berish sharoiti	Metodik jiqatdan jiqozlangan auditoriya.
Monitoring va baqolash.	Oqzaki nazorat:savol-javob.

Ko’z ichki bosimi patologiyasi

Ma'ruza mashqulotining texnologik kartasi.

Ish bosqichlari va vaqti.	**Ta'lim beruvchi**	**Ta'lim oluvchilar**
Tayyorgarlik bosqichi	1.Mavzu bo’yicha o’quv mazmunini tayyorlash. 2.Kirish ma'ruzasini tayyorlash 3. Fanni o’rganishda foydalaniladigan adabiyotlar ro’yxatini ishlab chiqish	
1. Mavzuga kirish (10 daqiqa)	1.Mavzu maqsadi va vazifasi bilan tanishtiradi 2. Mavzu bo’yicha savollar beradi.	Tinglaydilar Talabalar berilgan savollarga javob beradilar
2 – asosiy bosqich (60 daqiqa)	• Mavzuni tushuntirib berish, plakatlar namoyish qilish. • Glaukoma kasallgi xakida tushuncha • Glaukoma kasalligi etiopatogenezi • Glaukoma klasifikatsiyasi • OBG etiopatogenezi • OBG klnik kechishi, asoratlari va davolash • YOBG etiopatogenezi, klinikasi,davolash • OBG vaYoBG dif diagnostikasi	Tinglaydilar

	• Glaukoma utkir xurujini davolash • Tugma glaukoma etiopatogenezi, klinikasi, davolash • Aralash glaukoma nima • Glaukomani davolashda kullaniladigan zamonaviy usullar. •	Talabalar berilgan savollarga javob beradilar
3-yakuniy bosqich (10 daqiqa)	3.1. Yakunlovchi xulosa qiladi 3.2. Mustaqil ishlash uchun ko`z bosimini o`lchash perimetriyani urganib kelish vazifa beriladi	Tinglaydi Yozib oladi

MAVZU BAYONI

G L A U K O M A

Glaukoma - grekcha «Glaucos» dan olingan bulib, bu suz yashil rang demakdir, Gippokrat bu kasallikda xurujdan keyin bemor kuzi korachigining rangiga karab, unda kukimtir rangni kurib, bu kasallikka glaukoma nomini bergan. Shu sababli Markaziy Osiyoda axoli bu kasallikni «kuksuv» deb atab kelgan. Xozirgi vaktda bunday ta'rifning fakat tarixiy axamiyati bor, xolos. Umuman glaukoma etiologiyasi, patogenezi va klinik kxrinishlariga karab bir necha xilga bulingan:

Tugma glaukoma,

Birlamchi glaukoma,

Ikkilamchi glaukoma.

Umuman glaukomalarning belgilaridan eng asosiysi - kuz ichi bosimining kutarilishidir. Kuz ichida bosimning mudom kutarilib turishi kuzning kurish faoliyatini pasaytirib yuboradi, Xush shunday ekan, kuzichi bosimi uzi nima va uning kutarilish sabablarinimadan iboratq

Kuz ichi bosimi-bu kuz sokkasi ichki kismlari (kamera suyukligi, gavxar, shishasimon tanalar) va konning kuz ichidagi tomirlari devoriga beradigan tazyikining bir kismi xam sklera ga etkazadigan umumiy tazyikidan iborat. Lekin

bu omillardan eng asosiysi kuz imi suyukligi bilan skleraning uzaro munosabatlaridir, chunki kuz ichi suyukligi doim xarakatda bulib, ba'zida uzgarishi xam mumkin. Demak, kuz bosimining xolati birinchi navbatda kuz ichi suyukligining xajmi va kuz sokkasi tashki kavati -- skleraning elastikligiga boglik. Kuz ichi suyukligi kipriksimon tanada ishlab chikilib, kuzning orka kamerasi va undan korachik orkali oldingi kamerasiga utadi va asta - sekin xarakatlanib, aylanib, surilib shu kamera burchagi korneoskleral trabekula (0,5 - 2 mkm li) tirkishlari va Shlem kanalining (juda kup mayda - mayda tirkishchalari) ichki devoridan surilib (okib chikish yulining birinchi zvenosidan utib), kanalning orka devori ichidagi vena chatishma kollektorlari va limfa kollektorlari (okib chikish yulining eng oxirgi kismi) orkali kuzdan chikib ketadi.

Oldingi kamera burchagining mikrostrukturasi normada 6 xil kurinishda buladi.

Shvalbe oldi chegara xalkasi.

Korneoskleral trabekulalar zonasi.

Shlemm kanali zonasi.

Shvalbe orka chegara xalkasi.

Kipriksimon tananing oldingi kismi.

Rangdor parda uzagi.

Normada oldingi kamera burchagining umumiy kengligi uch xil variantda bulishi mumkin: birinchisi - keng burchak, ikkinchisi - urta kenglikdagi burchak va uchinchisi - tor burchakli bulib, bu 20% odamlarda uchraydi. Lekin ularda xam suyuklikning okib chikishi va kuz ichi bosimi normal xolatda buladi.

Trabekulalar - bu kup xujrali xonani eslatadigan tirkishchalar tizimidan iborat. Shu murakkab tizimning suyuklikni tuppa - tugri tez, betartib okib utib ketaverishiga yul kuymaydigan funktsional axamiyati kattadir. Bu suyuklikni muntazam, sokin va sekin surilib utishiga moslaydi. Shuning uchun kuz ichi suyukligining yigilib tuplanishi, gidrodinamik okib chikishi juda anik muvo-zanatlangan buladi. Uning rezervuari kuzning oldingi va orka kamerasi bulib, xajmi 20 - 30 mm3. Demak, kuzning drenaj sistemasi trabekulalar, sklera sinusi (Shlemm kanali) sklera tarkibidagi va undan chikib ketadigan 18 30 vena kollektorlaridan iborat. Kuz ichi suyukligining drenaj sistemadan utib ketishiga karshilik kursatadigan ichki kuch xam bor. Bu kuch konning butun kuz ichi tomirlari sistemasidan okib utishga tugri keladigan ichki karshilikdan 100 000 marta kuprok deb faraz kilsa buladi. Bu xolat kuz ichi bosimining zarur muvozanatini ta'minlaydi. Lekin kuz ichi bosimining normal xolati (past yoki balandligi) dastavval asosan kuzning tashki kavati - skleraning elastiklik xususiyati va kuz ichidagi kismlarining katta - kichikligiga boglik. Birlamchi glaukomada kuz kavatlari tarangligi (rigidligi) kuz ichi suyukligi uzgaruvchanlik xolatiga nisbatan barkarordir. Shuning uchun A. P. Nesterov kuzichi bosimi (R) ni kuz xajmi funktsiyasi deb xam ta'riflaydi va binobarin kuz ichi bosimining uzgarishi (L R) kuz xajmining uzgarishi (L V) ga boglik - Pqf (D V). Kuz sokkasi xajmining uzgarishi ikkita sababga boglik buladi - bu kuz ichidagi tomirlarning kon bilan tulish xolati va kuz ichi suyukligining xajmidir. Kuz kon tomirlarida konning xajmi kamrok bulsa, kuz ichi bosimi xam bir oz pasayadi va suyuklikning okib chikish tezligi xam shunga yarasha bir oz kamayadi. Bunday kuz kon tomirlarida konningsiyraklanishi kuz gidrodinamikasini nazorat kiladigan mexanizmning vazifasiga xam ta'sir kilishi mumkin. Normada kari odamlar kuz ichi bosimining yoshlarnikiga nisbatan bir oz pastligi ularda kuz gidrodinamikasining yoshlarnikiga nisbatan kamligidan buladi.

Ma'lumki, kuz ichi bosimi Maklakov tonometri bilan ulchanadi. Uni ulchagan vaktda 10 g li tonometrning kuz sokkasiga bir oz tazyik berishidan bosim xam kutariladi va shu keyingi bosimni kuzning tonometrik bosimi (R) deyilib, normada u simob ustupi xisobida 15 - 16 mm dan 26 mm gacha buladi, Markaziy Osiyo issik iklimi sharoitida bosim shimoldagiga nisbatan 2 - 3 mm ga pastrok buladi. Kuz sokkasiga tazyik bermay 5 g li tonometr bilan ulchanadigan bosim xakikiy kuz ichi bosimi (R0) deyiladi va u 9 - 20 mm simob ustuni xisobida buladi.

Kuz ichi suyukligining drenaj sistemasi orkali surilib okib chikish jarayoni kuz gidrodinamikasi deyiladi. Kuz gidrodinamikasi topografiya usuli bilan aniklanadi. Tonografiyada kuyidagi kursatkichlardan foydalaniladi. Kuz ichi bosimi bilan episkleral venalar bosimi orasidagi farki (R0 -- pv) •- kuz ichi suyukligining okib chikish bosimi

deyiladi. Bu bosim suyuklikning kuz drenaj sistemasidan okib chikishiga yordam beradi.Kuz ichi suyukligining mm xisobida bir dakika ichida okib chikish tezligi uning dakikali xajmi (F) deyiladi. Kuz ichi bosimi barkaror xolatda F uning ishlanib chikish tezligini xam xarakterlaydi. Kuzdan okib chikayotgan suyuklikning bir dakikada simob ustuni xisobida 1 mm bosimi bilan mm dagi xajmining mikdor kursatkichi uning okib chikish osonligining koeffitsienti (S) deyiladi.

TUGMA GLAUKOMA

Tugma glaukoma (Hydrophthalm) - kuz sokkasida ortikcha suyuklik yigilishi juda ogir, nasldan - naslga utuvchi kuz kasalliklaridan bulib, bu kasallik kechikib aniklanganda bolalarni maktab yoshiga etmasdanok butkul kurlikka olib kelishi mumkin. Agar u xomila davrida boshlangan bulsa, patologik jarayon yana xam ogirrok utadi. Shuning uchun tugma glaukoma belgilarini kupchilik vrach -- mutaxassislar yaxshi urganishlari maksadga muvofikdir (ayniksa akusherginekolog,mikropediatr, umumiy ixtisoslikdagi shifokorlar). Kasallik urta xisobda 100 ta tugilgan bolalardan bittasida uchraydi, kupincha ikkala kuz zararlanadi. Agar yangi tugilgan bolalar sinchkovlik bilan kuzdan kechirilsa 90 foiz xollarda tugma glaukomani tugrukxonada aniklash mumkin.

Kasallik zaminida oldingi kamera burchagining embrional tukima bilan berkilib kolishi xamda trabekulalar va Shlemm kanalining embriogenezda notugri shakllanishi yotadi. Natijada kuz drenaj sistemasining utkazuvchanligi buziladi va tugma glaukomaning asosiy belgilari paydo buladi. Bular kuyidagilardir: kuz ichi bosimining kutarilishi, kuzning bir oz yoshlanishi, shox parda diametrlarining kattalanishi, oldingi kameraning chukurlanishi, korachikning kengayishi, kuruv nervi diskida patologik ekskavatsiya paydo bulishi, kurish maydonining torayishi va kurish utkirligining pasayishi.

Yangi tugilgan bolalarda shu belgilarning birortasi kuzatilsaG` shifokor bu bolaning kurish a'zosini mukammal tekshirib chikishi va darxol oftalmologa yuborishi lozim. Tugma glaukoma aniklangandan sung davolash muolajalarini tezlik bilan amalga oshirish kerak.

Kasallikning asosiy davolash usuli jarroxlik yuli bilan amalga oshiriladi. Jarroxlik usuli bilan davolashning moxiyati trabekulalar yulini tozalab olish (goniotomiya) yoki oldingi kamera burchagidan suyuklik sizilib utishi uchun sun'iy tirkishchalar ochish (goniopunktura) dir. Keyingi yillarda mikrojarroxlikning rivojlanishi natijasida trabekulalarning uzida jarroxlik operatsiyalari bajarilmokda (trabekulotomiya).

Uz vaktida jarroxlik yuli bilan davolangan bolalarning 75 foizida kurish faoliyatini saklab kolish mumkin.

BIRLAMCHI GLAUKOMA

Birlamchi glaukoma •- kuz kasalliklari ichida eng kup uchraydigan xamda kurlikka olib keladigan xastaliklardan biridir. Kupgina ilmiy tekshirish natijalariga kura birlamchi

glaukoma yoshi 40 dan oshgan kishilarning 0,5 -- 1,5 foizida uchraydi. Lekin ba'zi tekshirishlar natijalariga kura 6 -• 7 foizgacha uchrashi xam mumkin. Xastalik asosan yoshi ulgaygan kishilarda uchrab, barcha kuz ojizligi sabablarining 10 - 12 foizini tashkil kiladi. Birlamchi glaukomaning kelib chikish sabablari bir kancha omillarga boglikdir.Kalfaning nazariyasi buyicha birlamchi glaukomaning patogenezida 4 zveno bor: birinchi zveno kuz ichki pardalaridagi baroretseptorlarda, ikkinchi zveno orka miya va chuzinchok miyada joylashgan, uchinchi zveno miyaning gipotalamus soxasida va turtinchisi - bosh miya pustlogida tugallanadi.Bulardan tashkari, birlamchi glaukomaning etiologiyasi xar kimda xar xil bulishining xam axamiyati kattadir. Kupincha bu xol bemor markaziy nerv sistemasining xolatiga boglik, chunki gam gussa, tashvish, xayajonlanish va xavotirlanish goyat zararli. Patologiyaning irsiy yul bilan ota - onadan utishi, notugri ovkatlanish (juda yoglik yoki tuzlangan gushtni uzok vakt davomida iste'mol kilish, shur, achchik taomlar, alkogoli ichimliklarni iste'mol kilish) zararlidir. Bu kasallikning patogenezi kuz sokkasi ichida paydo buladigan uzgarishlarga - oldingi kamera burchagining turli sabablar bilan bekilishi, Shlemm kanalida organik uzgarishlar, distrofik uzgarishlarning trabekula va sklera ichidagi tomirlarda xam paydo bulishi va kuz ichi suyukligi utish yuliningtusilishidan iborat.V. V. Volkov birlamchi glaukomaning genezida kon tomirlar va giperbolik omillarning roli katta deydi. Kuruv nervi diski ekskavatsiya kismidagi nerv aksonlarida distrofik vezikula va vakuolalar paydo bulishini, diskning bukilishini, undagi membranada metabolik va destruktiv uzgarishlar ruy berishini ta'kidlaydi. Uning fikricha, kuruv nereida distrofik uzgarishlar tur pardadagidan oldinrok paydo buladi.Birlamchi glaukomaning kelib chikish sabablari bir kancha omillarga boglikdir. Bu omillarning asosiylari kuyidagilardir.Kuz sokkasining individual anatomik tuzilish xususiyatlari.Kuz sokkasining kavatlarida yosh utishi bilan kuzatiladigan uzgarishlarning kishilarda turlicha bulishi, ayniksa drenaj sistema tukimalarida.Keksa kishilarda modda almashinuvi buzilishining bir tekisda kuzatilmasligi.Kishi organizmining nerv va endokrin sistemalari xamda genetik omillarning roli xam axamiyatga egadir.Shunday kilib, birlamchi glaukoma kup omilli sababga ega, kelib chikishi murakkab kasallikdir.Birlamchi glaukoma asosan 2 xil klinik shaklda kuzatiladi. Ochik burchakli va yopik burchakli glaukoma. Ba'zan ikkala shaklining birga kushilib kelgan aralash burchakli glaukoma xam uchrab turadi.

1. **Ochik burchakli glaukoma**.Ochik burchakli glaukomaning kelib chikishida yukorida kursatilgan omillarda asosan drenaj sistemasi faoliyatining asta sekin buzilishi kuzatiladi. Bunga sabab drenaj sistemasi kismlarida distrofik va degenerativ uzgarishlar vujudga

kelishidir. Patogistologik tekshirishlar shuni kursatdiki, agar kasallik boshlanishida trabekulalar devorlari kalinlanishi, rabekulalararo tirkish va Shlemm kanalining torayishlari kuzatilsaG` kasallik rivojlanishi bilan trabekulalar orasidagi tirkishlar butunlay bekilishi va Shlemm kanalining bitib ketishini kurish mumkin.

Keyingi yillarda ochik burchakli glaukomaning paydo bulishida Shlemm kapali funktsional blokiga katta axamiyat berilmokda.Shlemm kanalining funktsional bloki deganda, trabekulalardan iborat bulgan membrananing (yosh oshgan sayin) suyuklik utkazuvchanligi kamayishi natijasida kuz oldingi bushligi bosimi Shlemm kanali ichki bosimidan ortib ketishi va natijada trabekulalar oksil parda sinusi tomonga siljib, Shlemm kanali tirkishini toraytirib kuyishi tushuniladi.Ochik burchakli glaukomadaG` trabekulalar Shlemm kanali tomonga shu darajada siljishi mumkinki, natijada oksil parda sinusining ba'zi bulaklari batamom berkilib koladi. Oksil parda sinusining funktsional bloki natijasida drenaj sistemasining suyuklik utkazuvchanligi kamayadi va kuz ichi bosimining oshishi kuzatiladi.Bunday xolatga kuz sokkasining anatomik moyilligi albatta ta'sir kiladi. Anatomik moyillikdan tashkari, kuz sokkasida vujudga kelgan glaukomaning sabablari, chunonchi trabekulalarning distrofik uzgarishlari xam katta axamiyatga ega. Shunday kilib, ochik burchakli glaukoma kasalligi paydo bulishida kuz sokkasining anatomik moyilligi, drenaj kismdagi distrofik uzgarishlar rol uynaydi.Ochik burchakli glaukomaning kelib chikishi va rivojlanishi uziga xos klinik kurinishga egadir. Kasallik boshlangich davrida deyarli xech kanday belgilar bulmaydi, fakatgina 10 - 15 % bemorlar glaukomaning ilk belgilarini ma'lum vaktlarda (bosim oshgan vaktida) sezadilar va bunga axamiyat beradilar. Bu belgilar vakti - vakti bilan paydo bulib, bemorlarning kuyidagishikoyatlarida ma'lum buladi: kuz sokkasida tuliklik xissi, bosh ogrigi, kuz oldi xiralanishi va juda kamdan kam xollarda yoruglik manbaiga tikilib Karaganda uning atrofida rangli kamalak chambari paydo bulishi. Lekin kupincha bemorlarning aksariyati bu belgilarga axamiyat bermaydilar va kasallik rivojlanib, kurish utkirligi pasayishi yuz bergandagina oftalmolog - shifokorga murojaat kiladilar.Kuz sokkasini ob'ektiv tekshirish natijalari xam ochik burchakli glaukomaning ob'ektiv belgilarga boy emasligidan dalolat beradi. Dikkatga sazovor belgilardan biri «kobra» belgisi bulib, bu belgi kuz bosimining oshishi natijasida oldingi kipriksimon tana arteriyalarining oksil parda tukimasiga kirish kismi kengayishi tufayli paydo buladi, Arteriyalarning kengaygan kismi kobra boshiga uxshash bulgani uchun bu belgi shunday nom olgan. Kasallikning navbatdagi belgilari rangdor pardada kuzatiladi. Bu belgilar rangdor pardat ukimasining distrofiyasi xamda korachik pigmentli kirrasining ma'lum kismlarida

buzilishidan buladi. Lekin shuni aytib utish kerakki, yukorida kursatilgan belgilar glaukoma kasalligiga uchramagan yoshi ulgaygan kishilarda xam kuzatilishi mumkin. Shuning uchun ochik burchakli glaukomaning eng kup axamiyatga molik belgisi kuz ichi bosimining oshishidir. Ammo bu belgi xam doimo kuzga tashlanmasdan, kundalik kuz ichi bosimini ulchash natijasida aniklanishi mumkin.Birlamchi glaukomaning mutlok belgilariga kuruv nervi diski ekskavatsiyasi va kurish maydonida nukson paydo bulishi va uning torayishi kiradi. Kuruv nervi diskining ekskavatsiyasi kasallik rivojlanishi natijasida kuruv nervining atrofiyasiga olib keladi,Glaukomaning bu belgilari, afsuski, kasallik birmuncha rivojlangandan keyin paydo buladi. Bu belgilar paydo bulgandan sung kasallik tez rivojlana boshlaydi, agar vaktida va tugri davolash olib borilmasa bemorning kuzi ma'lum vaktdan sung kur bulib kolishi mumkin.Shunday kilib, ochik burchakli glaukoma klinikasida asosiy rol uynaydigan belgilar kuyidagilardan iborat: kuz ichi bosimining oshishi, kurish maydonining torayishi xamda kuruv nervi diski ekskavatsiyasi. Ana shu asosiy belgilar rivojlanishi natijasida kuruv faoliyati asta sekin buzilib, kuzning butunlay kurmay kolishiga olib keladi. Glaukomadan kur bulgan kuzning tashki kurinishi deyarli soglom kuz sokkasidan fark kilmaydi.Odatda ochik burchakli glaukoma 90 foiz xollarda ikkala kuzda uchraydi, lekin kasallikning rivojlanishi bir kuzda kuprok, ikkinchisida esa kamrok kuzatilishi mumkin. Ochik burchakli glaukomani tashxis kilish yukorida kursatib utilgan asosiy belgilarni aniklashdan iborat buladi.Kuz ichi bosimi kutarilishini aniklashda uni ulchashning uzi natija bermasligi mumkin. Shuning uchun glaukoma kasalligiga gumon kilinganda 7-8 kun davomida sutkalik bosimni ulchab turish darkor. Sutkalik bosimni ulchashda vakti - vakti bilan kuz ichi bosimining oshib turishi glaukoma kasalligi borligidan dalolat beradi.Kasallikning mavjudligini tonografik kursatkichlarga, ya'ni drenaj kismda suyuklik utkazuvchanligining buzilishiga (kamayishiga) asoslanib tasdiklash mumkin.Agar bosim oshishi bilan birga kuzning suyuklik utkazuvchanligi normal xolatda bulsa, bu xolda glaukomani tashxis kilishda ba'zi bir boshka sinovusullaridan foydalanish mumkin.Bunday sinovlardan biri «suyuklik ichish» sinovi bulib, u kuyidagicha bajariladi. Bemorga och koringa 0,5 l suv ichiriladi. Sinovdan avval va suv ichirilgandan sung 15, 30 va 45 dakikadan keyin kuz bosimi ulchanadi. Agar kuz bosimini oxirgi ulchash birinchi ulchashdan simob ustuni xisobida 5 mm yoki undan kuprok fark kilsa, bemorda glaukoma kasalligi bor degan xulosaga kelish mumkin.Yana bir tashxis usuli «pilokarpinli sinov» bulib bemor kuziga 1 % pilokarpin eritmasi tomiziladi. Agarda sinovda bosimni oldingi ulchash keyingi ulchashdan simob ustuni xisobida 5 mm ga yoki undan kuprokka fark kilsa sinov musbat deb

xisoblanadi.Amaliyotda ochik burchakli glaukomani aniklashda tajribasiz shifokorlar bu kasallikni katarakta kasalligi bilan adashtirib xato kilish xollari xam uchrab turadi.Darxakikat, bu ikkala kasallik kishilarda yosh ulgayganda kuzatilib, boshlangich davrida shikoyatlari juda uxshash buladi.Kuzda xech kanday tashki uzgarishlar paydo bulmay, asta - sekin kurish utkirligining ogriksiz pasayishi kuzatiladi. Shuning uchun yoshi utgan kishilar mana shunday shikoyatlar bilan murojaat kilganda, umumiy shifokor va oftalmologlar juda sinchiklab tekshirish ishlarini bajarishlari kerak, Bu xolda glaukomaning katarakta kasalligida uchramaydigan belgilariga axamiyat berish zarur. Kuruv diskining ekskavatsiyasi, kurish maydonining torayishiga, kjorida kursatib utilgan bosim oshishi xamda suyuklik utkazuvchanligining buzilishi belgilari glaukoma kasalligidan dalolat beradi.

2. **Epik burchakli glaukoma**,umuman olganda, ochik burchakli glaukomadan kup fark kilmaydi. Fakatgina kelib chikish sabablarida fark bulib, kasallik klinikasida «yopik burchakli glaukomaning utkir xuruji» bulishi bilan farklanadi.Epik burchakli glaukomaning kelib chikishida asosan anatomik moyillik rol uynaydi, ya'ni oldingi kamera burchagining rangdor parda ildiz kismi (uzagi) bilan berkilib kolishi kuzatiladi. Bunga korachikning funktsional bloki sabab buladi, Korachik bloki deganda gavxar bilan rangdor pardaning yondosh joylashganligi natijasida orka kameradan oldingi kameraga suyuklik utishi kiyinlashib, ortikcha suyuklik rangdor pardaning oldinga burtib chikishiga majbur kilishi va uzak kismi bilan oldingi kamera burchagini tusib kuyishi kuzda tutiladi. Buning natijasida kuzda bosimning oshishi kuzatiladi. Bunday xolat vakti vakti bilan kuzatilib turishi natijasida rangdor parda va oldingi kamera burchagining oksil parda kismi orasida epishiklar paydo bula boshlaydi va kasallik surunkali turga aylanadi.Epik burchakli glaukomaning boshlanishi va surunkali turining klinik kurinishi ochik burchakli glaukomadan birmuncha fark kiladi.Epik burchakli glaukomaning uziga xos klinik kurinishida utkir xuruj kuzatiladi. Glaukomaning utkir xuruji asosida korachikning yukorida kursatib utilgan funktsional bloki yotadi. Utkir xuruj keskin paydo bulib, uning boshlanishiga bemorning uzok vakt korongilikda bulishi, kurkishi, kuz korachigining dori - darmonlar bilan kengaytirilishi va boshkalar sabab bulishi mumkin.Bemordagi utkir xurujning birinchi belgisi kattik ogrik bulib, bu ogrik kuzni va boshning shu tomondagi yarmini kamrab oladi, kuz oldi korongilashib, yoruglik manbaiga karalganda kamalak rangli chambar paydo buladi. Kuz kizaradi,bosim kurilganda ikkinchi soglom kuzga nisbatan kattikrok buladi. Kasal kuzning kurish faoliyati pasayadi, shox pardada xiralanish nuktalari paydo buladi.Oldingi kamera

sayozlanadi, korachik kengayadi, yoruglik tushirilganda reaktsiya bermaydi toraymaydi.Bemorning kungli aynib, kusgisi keladi.Ba'zan bemorning kusishi shifokorning adashishiga sabab bulib, uning oshkozonini chayish xodisalari bulishi xam mumkin.Bunday xato kasallikning kechikishiga, kuzning axvoli yomonlanishiga olib boradi. Shuning uchun shifokorlar glaukoma xuruji belgilarini, uni diagnoz kilishni va differentsial diagnostikasini yaxshi bilishlari kerak. Glaukomaning yangi tasnifi 1975 yilda kabul kilingan.

Birlamchi glaukoma tasnifi

Klinik kurinishi	Boskichi	Kuz ichi bosimi xolati	Kuzning kurish dinamikasi
Yopik burchakli Ochik burchakli Aralash shakli Glaukomaga taxmin kilish	Boshlangich Rivojlangan Uta rivajlangan Terminal	Normal Urtacha kutarilgan Yukori Glaukomaning keskin xurujlari	Barkaror Barkarormas

Glaukoma surunkali yoki xuruj kilish bilan davom etadi. Uning dinamikasi oldingi kamera burchagining ochik yoki berkligiga boglik. Glaukomaning klinik kurinishi gonioskopiya yordamida aniklanib, klinikasining yopik burchakli, ochik burchakli yoki

aralash kurinishdaligi aniklanadi. Aralash kurinishi bemorning bir kuzida oldiniga ochik burchakli, sung yopik burchak kurinishi belgilaridan topiladi.

Yopik burchakli Glaukomaning boshlanishida kurishning oz - moz xiralanishi, yonib turgan chirokka karalganda uning atrofida kamalaksimon doiralar 15 - 30 dakikagacha yoki soatlab kurinishi mumkin. Bemorning umumiy axvoli xam bir oz lanj yoki charchoklik sezganday bulib, dam olgisi keladi. Bir oz uxlab turgach uziga kelib, bu xolat esidan chiksa, bu yana biror narsadan xafa bulgach, tashvishlangach kaytarilishi mumkin. Shunda tezlik bilan shifokorga murojaat kilib, KIBni tekshirsa, u normadan kutarilgan buladi. Kurish maydonida xam nuksonlar yoki yukori va past - burun tomonidan 5 - 10 ga torayish topilsa, bu boshlangich glaukomadan darak beradi. Kuzning tubida nervning diski xam bir oz kizargan va venalari picha kengaygan buladi. Kampimetr fiziologik kur dog masofasining xam bir oz kattalashganidan darak beradi. Konservativ davolash erta boshlanib, kasallikning sabablari aniklanib, ularga karshi tegishli choralar kurilsa va bemor dispanser nazorati ostiga olinsa, natijasi yaxshi buladi.

Agar shu paytda kasallik aniklanib davolanmasa, KIB doim yukoriligicha koladi, kurish maydoni burun tomondan 10 - 150 gacha torayaveradi, diskda xam ekskavatsiya paydo buladi, markaziy kurish xam pasayaveradi. Buni Glaukomaning rivojlangan II boskichi deyiladi. Kuz episkleral venalari kengayib, «kobra»belgisi paydo buladi, shox parda tinikligi xam kamayib, oldingi kamera torayadi, korachigi kengaygancha turadi.

Glaukomaning uta rivojlangan III boskichida kuruv maydoni kontsentrik markazdan 10 - 15 kolib juda torayadi, markaziy kurish juda pasayadi (OD - 0,2), ekskavatsiya chukurlashib, diskning rangi xam tuk kul rang tue oladi. Rangdor pardada atrofik doglar paydo bulib, u yupkalashib, rangsizlanadi. IV boskichda yukorida yozilgan barcha simptomlar zurayib, kuz kurmay koladiKuz ichi bosimining normasi simob ustupi xisobida 16 - 26 mm dan bir oz kutarilgan, pogonasida u 27 dan 32 mm gacha boradi va juda yukori pogonasida u 33 mm dan xam oshib ketadi. Kasallikning xurujida u simob ustupi xisobida 50 -60 mm gacha kutariladi.Kuzning kurish dinamikasining kompensatsiyali barkaror xolati uzok vakt nazorat davomida (6 oy ichida) kurish maydoni toraymagani va ekskavatsiya paydo bulib zuraymagani bilan xarakterlanadi. Agar kuruv maydoni 10 - 15 ga torayib, kuz ichi diskida ekskavatsiya paydo bulib, u chukurlashganday bulsa, bu bekaror xolat deyiladi.Glaukomani taxmin kilish tegishli simptomlarning borligini aniklash uchun tezlik bilan xamma usullarni kullash zarur.Birlamchi glaukomaning yopik burchakli turini dori darmonlar bilan davolash kuz ichi suyukligining okib chikishini yaxshilash uchun kullaniladi. Epik burchakli glaukomani davolashda kuzga xolinomimetik guruxga mansub dorilardan 1 -4 % pilokarpin, 0,5 - 1 % karboxolin, 2 - 5 % atseklidin, 0,01 % arminlardan tomiziladi. Xolinomimetik dori - pilokarpin gidroxloridning 1 % eritmasidan kuniga 2 -- 3 martadan 6 martagacha tomiziladi. Bu dori korachikni toraytirib, oldingi kamera burchagini kengaytiradi va vena kon tomirlarini kengaytirib, bosimni pasaytiradi.Antixolinesteraz miotiklardan fosfororganik preparatlar - ezerinning 0,25 % li, prozerinning 0,5 % li, fosfakol 0,2 % li va 0,1 - 1 % li tosmilen eritmalaridan xam 6 martagacha pilokarpin bilan bir vaktda tomiziladi. Bu dorilar pilokarpin ta'sirini kuchaytirib, korachikni yanada kuprok toraytiradi, bosimni tushiradi.Ochik burchakli glaukomani davolashda miotiklar bilan birga adrenomi- metik dorilardan 0,1 % li adrenalin, 1 % li mezatonlar tomchi va applikatsiya kurinishida kullaniladi, simpatikotrop dorilardan 0,125 - 0,25 % li

klofelin va adrenoblokatorlardan 0,25 •- 0,5 % li timolol yoki arutimol tomchilarini tomizish xam yaxshi natija beradi.Kuz ichi suyukligining ishlanib chikishini susaytirish uchun diakarb yoki fonuritdan, 125 - 250 mg ni bir kun da 1 - 4 marta ichirish mumkin.Xuruj vaktida kuz ichi bosimini tushirish fakatgina kuzga dori tomizish bilan chegaralanmay, umumiy dori darmonlardan 25 % magneziya sulfati eritmasidan, glitserinning yarim stakan suvdagi 1:1 eritmasidan 50 70 g, ogriksizlantirish uchun analgin, dimedrol tabletkalaridan ichirish, glyukozaning 40 % eritmasidan, askorbin kislotasi, «V» vitaminlaridan xam foydalaniladi. Chakkaga zuluk solish va bemor oyoklarini issik, suvga solib utirishi xam bosimni kamaytiradi.

Birlamchi glaukomaga yulikkan odamlarni davolash bilan bir katorda ularning xaet va mexnat rejimiga rioya kilishini tushuntirish lozim, Avvalo nerv sistemasini extiyot kilish, mexnat bilan dam olishni tugri tashkil etish, parxez ovkatlanish (shur, achchik juda yoglik kovurilgan gushtlarni emaslik), spirtli ichimliklar ichmaslik, korongi uyda utirmaslik, tandir va uchok issigidan uzok, yurish, kora kuzoynak tutmaslik, aksincha, kuprok yoruglikdan foydalanish kerak. Suv, choyni (yaxshisi kuk choyni) sutkasiga bir litrgacha ichish, kofe ichmaslik kerak. Sut -kattik xul meva, oshkovok. karam, lavlagilarni kuprok iste'mol kilib, kabziyatdan saklanish zarur.Birlamchi glaukomaning oldini olish uchun kuz kabinetlarida 40 yoshdan oshgan odamlarni muntazam tekshirib turish lozim. Buni xar bir tumandagi oftalmologlar uzlariga biriktirilgan fukarolarni ruyxat bilan chakirtirib, bunday tekshirishlarni tashkil kilishlari lozim.

IKKILAMCHI GLAUKOMA

Ikkilamchi glaukoma kuzda turli organik uzgarishlar paydo bulishi natijasida vujudga keladi. Bu organik uzgarishlar iridotsiklit natijasi oldingi va orka kamera orasidagi yul - korachikning bekilishi, kataraktada gavxarning shishib ketishi okibatida kuz ichi xajmining kattalashuvi, shuningdek kuz ichida usmalar laydo bulishi, kup mikdorda kon kuyilishi va boshkalar kuz ichi bosimini oshiradi va ikkilamchi glaukoma yuzaga keladi.Yukorida kursatilgan sabablardan kelib chikkan ikkilamchi glaukomaning klinik kurinishi bir - biriga uxshaydi. Bosim kutarilgach kuzda va boshning shu yarmida ogrik paydo buladi. Kuz kon'yunktivasidagi kon tomirlar kengayib, ayniksa venalar, kuz kizaradi. Shox pardada xiralanish nuktalari paydo buladi, oldingi kamera torayadi va ba'zan esa kengayadi. Kuz sokkasining ichida shish va boshk,alar paydo bulib, bosimni oshirgan xollarda korachik kengayadi va u uzgarish reaktsiyasini yukotadi. Kuzning ichki pardalarida ta'sirlanish natijasida yalliglanish paydo bulishi mumkin. Shuning uchun ikkilamchi glaukomali bemor kuzini klinik metodlar bilan aniklab, bosimni tushirish uchun yalliglanishga karshi tomchi va umumiy dorilar beriladi. Kuzning umumiy axvoli yaxshilangach jarroxlik usullari kullaniladi.Kuz ichida usma paydo bulgan ikkilamchi glaukomada usmaning uzini davolash kechiktirilgan bulib, okibatda kuz sokkasini olib tashlashga tugri keladi.

Ikkilamchi glaukomani birlamchisidan farklab ajratish ba'zi xollarda kiyinrok buladi.Buning uchun birlamchi glaukoma simptomlarini yaxshi bilib olib, differentsial tashxis kilish zarur.

Kuzning kup uchraydigan, kizarib ogriydigan kasalliklarining glaukomadan differentsial tashxisi

Belgilari	Utkir kon'yunktivit	Utkir iridotsiklit	**Glaukomaning xuruji**
Kuz sokkasi kon tomirlari kengayishi	Kon'yunktiva yuza tomirlari kengayishi	Tsiliar - chukur etgan tomirlar kengayishi	Kuz sokkasi xama aralash tomirlarining kuchli, turgun kengayishi
Bemorlarning faoliyati	Kuzga kum tikilish xissi, sanchik va kovoklar kirrasining yopishuvi	Kuz sokkasida ogrik va kechalari lukillagan ogrik	Kuz va boshning yarmida ogrik
Kuzning kurish faoliyati	Uzgarmagan	Ba'zan salgina kamayadi	Juda pasayadi
Korachik	Uzgarmagan	Tora yga n	Kengaygan
Kuzda chikindilar paydo bulishi	Shilimshikdan to yiringga buladi	Chikindi paydo bulmaydi	Chikindi paydo bulmaydi
Shox parda	Tinik	Tinik yoki pretsipitatlar	Shox parda epiteliysi shishgan,sal xira, nukta-nukta xiralangan
Oldingi kamera	Normada	Normada yoki biroz chukurlashgan	Juda sayoz

Rangdor parda	Normada	Rangi uzgargan, jilosi yukolgan	Rangi tukrok, kizgish atrofik nuktalar bor
KIB	Normada	Normada yoki sal pasaygan	Juda kutarilgan,kuz sokkasi kattiklashgan

A S O S I Y A D A B I YO T L A R

1 T.I.Eroshevskiy, A.I.Bochkareva «Glaznыebolezni» 1989g., 263 s

2 E.M.Kovalevskiy, «Glaznыebolezni» 1995g 280s

3 M.X.Xomidova «Kuz kasalliklari» 1996 y 334s

4 M.X.Xamidova «Kuz kasalliklari»2006 y 335 b

5 Ma’ruzalar materiallari.

6-MAVZU Ko`ruv a'zosi jaroxatlari+

1.1.Ta'lim berish texnologiyasining modeli.

Mashqulot vaqti -2 soat	Talabalar soni : 20-24 ta
Mashqulot shakli	Kirish-axborotli ma'ruza.
	Talabalarni Kuzning kislota va ishkor ta’sirida kuyishi Kontuziyalar klasifikastiyasi,klinikasi,davolash usullari kuzning teshib uchuvchi jaroxatlari va ularni zamonaviy davolash choralari, boshka kasalliklar

Ma'ruza rejasi:	bilan takkoslovchi tashxisni urgatish mavzuning asosiy maksadidir

O’quv mashqulotning maqsadi:

Ko’z soqqasi va yordamchi apparatining jaroxatlari tugrisida tushuncha, kasallikning uchrash tezligi va xarakterli xususiyati.

Ko`z yordamchi kismlarining shikastlanishi

kontuziya darajalari,davolash

ko`z kosasining shikastlanishi

ko`z olmasining shikastlanishi

ko`zning mayda yot jismlar bilan shikastlanishi

ko`z olmasini teshib kirgan yarasi

• **Pedagogik vazifalar:** • klinika nuktai nazaridan jarohatlarga oid bilimlarni yanada chukurlashtirish. • kasalliklar patogenezi buyicha bilim	**O’quv faoliyati natijasi:** Klasifikatsiyasi

darajalarini oshirish.	klinikasi Tekshirish usullari Davolash usullari
Ta'lim berish usullari	Kurgazmali,ma'ruza,suqbat
Ta'lim berish shakllari	Ommaviy,jamoaviy
Ta'lim berish vositalari	O’quv qo’llanma,darslik,ma'ruza matni,,kompyuter
Ta'lim berish sharoiti	Metodik jiqatdan jiqozlangan auditoriya.
Monitoring va baqolash.	Oqzaki nazorat:savol-javob.

Ma'ruza mashqulotining texnologik kartasi.

Ish bosqichlari va vaqti.	**Ta'lim beruvchi**	**Ta'lim oluvchilar**
Tayyorgarlik bosqichi	1.Mavzu bo’yicha o’quv mazmunini tayyorlash.	

	2.Kirish ma'ruzasini tayyorlash 3. Fanni o’rganishda foydalaniladigan adabiyotlar ro’yxatini ishlab chiqish	
1. Mavzuga kirish (10 daqiqa)	1. Mavzu maqsadi va vazifasi bilan tanishtiradi 2. Mavzu bo’yicha savollar beradi.	Tinglaydilar Talabalar berilgan savollarga javob beradilar
2 – asosiy bosqich (60 daqiqa)	• Mavzuni tushuntirib berish, plakatlar namoyish qilish. Ko`z yordamchi kismlarining shikastlanishi kontuziya darajalari,davolash ko`z kosasining shikastlanishi ko`z olmasining shikastlanishi ko`zning mayda yot jismlar Bilan shikastlanishi ko`z olmasini teshib kirgan yarasi	Tinglaydilar Talabalar berilgan savollarga javob beradilar
3-yakuniy bosqich (10 daqiqa)	3.1. Yakunlovchi xulosa qiladi 3.2. Mustaqil ishlash uchun konyuktivaga tushgan yot jismlarni olish, kuz yosh bezining yalliglanishini,kovokdagi jaroxatlar,kuz yondosh apparati kuyishlari yomon sifatli usmalarini o’rganib kelish vazifasini beradi	Tinglaydi Yozib oladi

Mavzu bayoni

Ko`z sokkasi tumtok buyumlar Bilan shikastlanganda shox parda shishishuvi,yuza varaklari yorilishi,yirtilishi,kuz oldingi kamerasida kon kuyilishi-gifema kuz ichki mushaklarining falajlanishi rangdor pardada korachik chetlarining yirtilishi va tur pardada chegaralangan shishlar paydo bulishi mumkin.Bunday shikastlanishlar urta ogirlikdagi kontuziya xisobidan buladi.

Ogir darajadagi kontuziyada shox parda magzida kon Kirishi ,oksil parda va rangdo pardaning yirtilishi va uzilishi,gavxarning xiralashishi,joyidan biroz yoki tulik chikib ketishi mumkin.Gemoftalm shishasimon tanaga kon kuyilishi,tomirli parda yirtilishi,tur pardaga kon kuyilishi,uning yirtilib joyidan kuchishi,kuruv nervining shikastlanishini kuzatish mumkin.Kuzga yot jismlar tushib,kovok konyuktivasiga,oksil parda konyuktivasiga va shox parda satxiga joylanishiga boglik,Kuz sokkasining teshib kirgan yarasida teshilish shox pardada limbda va oksil pardada joylashishi mumkin.Jaroxatlovchi jism kuzni teshib kirib,ikkinchi joydan teshib chikishi mumkin yoki kuz ichida yot jism kolishi mumkin.Kuz ichiga kirgan metal jismlar magnit tortuvchi va magnit tortilmaydigan bulishi mumkin.

Kuz sokkasini teshib kirgan yarasi 3mmdan kichik bulib,shox parda chetida yoki oksil pardada joylashgan bulsa,yara tulik yopishgan xolda,yaraga kuz ichki pardalari takalgan bulmasa,yara oddiy va chok kuyishni talab kilmasa,bunday yaralar engil darajaga kiritiladi.

Teshib kirgan yara shox parda markazida joylashsa yoki murakkab asoratli bulsa yaraning ulchami 5 mm gacha kuz ichki pardalari yaraga takalib turgan bulsa uni urta darajadagi yara deb xisoblash mumkin .

Ogir darajasida yara uzinligi 5 mmdan kup, yaraga kuz ichki pardalari kisilgan , shishasimon tana kisman tashkariga chikgan, kuz oldingi kismida magnit tortmas yot jism yoki kuz ichkarisidagi magnit tortadigan metal yot jism borligini kuzatish mumkin . Gavxarning shikastlanishi va kuzda yiringli jarayon avj olishi xam uning ogir darajasidan dalolat beradi.

Yara juda katta bulib shishasimon tananing kup kismini tashkariga chikib ketib, kuruv nervi va sarik dog soxasiga magnit tortuvchi yoki kimyoviy faol yot jism kirishi yoki gavxar tashkariga chikib ketishi , shishasimon tanaga kuchishi , tur parda joyidan kuchishi tulik gemoftalm va yoki endoftalm rivojlanishi uta ogir yaralanish xisoblanib kuzning azo sifatida yokolishi bilan yakunlanishi mumkin.

Kuzi shikastlanib, uning ichiga yot jism tushgan bemor, kuzi xiralashganidan yoki kurmay kolishidan kuzi kizarib yoshlanishidan, yorugga karay olmasligidan kuzi kizarib yoshlanishdan yorugga karolmasligidan shikoyat kilishi mumkin. Tegishli usullar bilan kuzni tekshirganimizda kovoklar splkiganini, konyuktiva kizarganini, kuz oldingi kamurasida kon borligini, ba'zan gavxar xiralashganini, kuz tubidan keluvchi refleks yukolganini kurish mumkin.

Kuzning teshib kirgan yaralanishining anik ishonchli va yordamchi belgilari bor. Ishonchli belgilari: yaraning ochilib turishi, yaraga kuz ichki pardalari yoki gavxar tolalari va kobigining kisilib kolishi, rangdor pardada teshik paydo bulishishubxa koldirmaydi. Yordamchi belgilari: kuz bosimining pasayishi (gipotoniya), kuz oldingi kamerasining sayozlashib yoki chukurlashib ketishi, korachikning chuzik shaklga kirishidan iborat.

Kuz sokkasini teshib kirgan, unda yot jism yukligini aniklash uchun bunday bemorlarda kuz kosasining rentgen suratini olish shart. agar rentgen suratida kuz sokkasida yot jism soyasi aniklansa, unda yaralangan kuzga 0,5%li dikain eritmasi tomizilib, kuzga Baltin indikatori kiritiladi.

Bunda shox parda indikatorning katta teshigida bulishi va indikator kurgoshinli nuktalari soat 6,9, 12, 15 ga tugrilanib, oldindan va yonboshdan ikkita rentgen surati olinadi.

Agar bemor kuzidagi yarada , kuz ichida yot jism topilmasa, yaraga zich tugunchali chok kuyib berkitiladi. Chokning ipi ipak, kapron, alkon va supramiddan tayyorlangan bulishi mumkin.

Kuzdagi yot jism kuzning oldigi kismida, ya'ni kuz oldingi kamerasida, rangdor parda satxida, gavxar yuzasida bulsa, bunday yot jismlarning teshib kirgan yarasiorkali agar iloji bulmasa, yaraga chok kuyib, yot jism joylashgan nukta ustidanshox parda yoki limbni kesib ochib, u olib tashlanadi. Kuz sokkasi ichki-orka kismida joylashgan yot jismlar diaskleral usul Bilan, sklerana kesib ochib, olib tashlanadi. Bunda yot jism magnitga tortiluvchan bulsa, doimiy magnit yordamida, magnitga tortilmaydigan bulsa, kuz pinstetlari – kiskichlari yordamida olib tashlanadi.

Kuzga jarroxlik ishlovi berishda yaraga kisilib kolgan, sog va yalliglamagan kuz ichki pardalariantibiotik eratmasi bilan chayilib, uz joyiga kiritib kuyiladi, agar yaraga kisilgan parda yalliglangan yoki nekrozga uchragan bulsa,uni kesib tashlab yaraga chok kuyiladi.

Jarroxlik ishlovi berishdan avval kuzga dezinfekstion tomchi tomiziladi, bemorga umumiy kuchli antibiotiklar kullaniladi. Bu tadbirlar yirangli jarayonning oldini olishga karatilgan buladi.Agar yara shox parda markazida bulsa, korachikni kengaytirish uchun atropin, chet kismida bulsa, uni toraytirish uchun pilokarpin tomizilib , kuzga doka boglam kuyiladi. Bemor 3-5kun urinda yotishi kerak. Shox pardaga kuyilgan ipak chok12-14kundan sung olinadi, kapron va supramid iplari kuzni kitiklamasa uzokrok koldiriladi.

KO‘Z YORDAMCHI QISMLARINING SHIKASTLANISHI

Qovoqlarning yuza joylashgani, qon tomirlarga boyligi va qovoq terisi ostida yog‘ qatlami bolmasligi sababli, ulaming shikastlanish klinikasining o‘ziga xos xususiyatlari bor. To‘mtoq buyumlar ta 9sirida (kontuziya**)** qovoq terisi tirnalishi, shishishi, teri ostiga qon quyilishi mumkin. Bu shikastlanishning yengil darajasi hisoblanadi. 0 ‘rtacha og‘irlikdagi kontuziyada qovoq chetlarining yirtilishi , ichki va tashqi birikkan joyidan uzilishi kuzatiladi.

Qovoqlar burun tomondan uzilganda ko‘z yoshi naychasi - kanalchasi ham uziladi.

Kontuziyaning kuchli va o‘ta kuchli darajasida qovoqlar og‘ir shikastlanib, ular ezilishi,

majaqlanishi mumkin. 0 ‘tk ir uchli buyumlar ta’sirida qovoq terisi yoki qovoqlar

hamma qavatlarining to ‘la kesilishi ham kuzatiladi Bemor qovog‘ining butunligi buzilganda, birlamchi jarrohlik ishlovi berish zarur. Bunda bemor husnini buzmaslik va qovoq faoliyatini

to ‘liq saqlab qolishga intilish zarur. Qovoqning faqat terisi y irtilg an d a yoki u yuza

k esilganda oddiy chok qo'yish va qovoq qirrasining ba rch a q a v a tla ri ja ro h a tlan

g an d a 8-simon chok qo‘yish zarur. Bemorga qoq- a-yorilgan ko‘z yoshi

kanaliga Polyak zondini kiritish, b-jarohat tikilgan. sholga qarshi zardob yoki anatoksin yuborishni unutmaslik kerak.

KO Z KOSASINING SHIKASTLANISHI

Ko‘z kosasi shikastlanishining ham yengil, o‘rtacha og‘irlikdagi va juda og4r darajalari farq qilinadi. Ba’zan k o 'z kosasi shikastlanganda atrofidagi a ’zolar: yuz, burun bo‘shliqlari, hatto

kalla-miya birgalikda shikastlanishi mumkin. Ayniqsa, o‘q otish qurollari ta ’sirida juda og*ir va murakkab shikastlanishlar sodir bo'ladi.

Ko‘z kosasining burun tomon devoridagi g‘alvirsimon suyak shikastlanganda, *qovoq terisi ostigci havo kirib, shu soha paypaslanganda, g ‘ichirlaydi* krepitatsiya, shu bilan bir qatorda ko'z

yoshi qopchasi yirtilishi - ezilishi mumkin. Ko‘z kosasi yuqori devoir shikastlanganda, singanda ko‘z yoshi bezi shikastlanadi. Umuman ko‘z kosasi devorining shikastlanishi frontal, gaymor va etmoidal bo‘shliqlarning yorilishi - ochilishi orbital emfizemasini yuzaga keltiradi. Ko‘z soqqasi ortiga qon quyilishi va orbital emfizemada ko'zning bo‘rtib chiqishi *ekzoftalm* va koz harakatining biroz buzilishi kuzatiladi.

Ko‘z kosasining suyaklari sinib, ular biroz tarqalsa, ko‘z soqqasi botib korrinadi *enoftalm.* Ba'zan kuchli zarba ta’sirida ko‘z soqqasi tashqariga chiqib, osilib turishi, hatto uzilib kctishini ham kuzatish mumkin. Ko z kosasi suyaklari singanda, ko'ruv nervining jarohatlanishi,

yirtilishi, uzilishi kuzatiladi, bunda albatta ko'zning ko'rish faoliyati birdan yo'qoladi.

KO'Z SOQQASINING SHIKASTLANISHI

Ko`z soqqasi tomtoq buyumlar bilan shikastlanganda**:** shox parda shishuvi, yuza varaqlari yorilishi - yirtilishi, ko`z oldi kamerasiga qon quyilishi gifema, ko4z ichki mushaklarining falajlanishi, rangdor pardada qorachiq chetlarining yirtilishi va t o`r pardada chegaralangan shishlar paydo bo`lishi mumkin. Bunday shikastlanishlar o'rta *og'irlikdagi kontuziya hisobidan bo'ladi.* Og`ir darajadagi kontuziyada shox parda mag`ziga qon kirishi. oqsil parda va rangdor pardaning yirtilishi va uzilishi, gavharning xiralanishi, joyidan biroz yoki to‘liq chiqishi mumkin. Gemoftalm - shishasimon tanaga qon quyilishi, tomirli parda yirtilishi, tokr

pardaga qon quyilishi, uning yirtilib joyidan ko4chishi, ko‘ruv nervining shikastlanishini kuzatish mumkin

Bunday bemorlarga birinchi yordam yuqorida aytilganidek,

Ko`zga steril bog'lam qo‘yib, markaziy tez yordam ko`z shifoxonasiga yoboriladi

Ko'zning mayda yot jismlardan shikastlanishi

Ko‘zga yot jismlar tushib, qovoq kon’yunktivasiga, oqsil parda kon’yunktivasiga va shox parda sathiga joylanishi mumkin. Bunda bemor: ko`zimga hozir bir narsa tushdi, degan shikoyat bilan

shifokorga murojaat qiladi, ko`ziga qum tiqilgandek og‘riq sezadi, ko`zi yoshlanib, yaxshi ocholmaydi. Qovoqlarni ag'darib yondan yoritib yoki tirqishli lampa yordamida ko'rilganda, kon’yunktiva o‘tuvchi burmasida yoki shox parda yuzasida yot jism borligini ko‘rish mumkin. Hnkoniyat bo‘lgan taqdirda, ko‘zga 0,5% li dikain eritmasi tomizilib, steril

nam paxta tayoqchasi bilan artib chiqariladi. Agar yot jism to‘qimalar ichiga chuqurroq kii'gan bo‘lsa, maxsus igna yoki oddiy shprits ignasi yoki magnit yordamida chiqarib olinadi va ko‘zga 30% li albusid tomiziladi

Ko'z soqqasining teshib kirgan yarasi

Ko‘z soqqasining teshib kirgan yarasida teshilish shox pardada, limbda va oqsil parda sklerada joylashishi mumkin. Jarohatlovchi jism ko‘zni teshib kirib, ikkinchi joydan teshib chiqishi yoki ko‘z ichida yot jism qolishi mumkin. Teshib kirgan yot jism metall yoki metall

bo‘lmasligi mumkin. Ko‘z ichiga kirgan metall jismlar magnit tortuvchi (temir va u aralashgan birikmalar) va magnitga tortilmaydigan (mis, alyuminiy, qo‘rg‘oshin va shisha bo‘lagi) bo‘lishi mumkin. Bu yot jismning qanday moddadan ekanligini aniqlash ko‘z ichidan yot jismni olib tashlash usulini tanlash katta ahamiyatga molik.

Ko‘z soqqasining teshib kirgan yarasi 3 mm dan kichik bo‘lib, shox parda chetida yoki oqsil pardada joylashgan bo‘lsa, yara to‘liq yopishgan holda, yaraga ko‘z ichki pardalari taqalgan bo‘lmasa, bir so‘z bilan aytganda, yara oddiy va chok qo‘yishni talab etmasa,

bunday yaralami *yengil darajaga kiritish mumkin.*

Teshib kirgan yara shox parda markazida joylashsa yoki murakkab, asoratli bo‘lsa, yaraning o‘lchami 5 mm gacha, ko‘z ichki pardalari yaraga taqalib turgan bo‘Isa, uni *o'rta daraja og'irlikdagi*

yara deb hisoblash zarur

A S O S I Y A D A B I YO T L A R

1 T.I.Eroshevskiy, A.I.Bochkareva «Glaznыebolezni» 1989g., 263 s

2 E.M.Kovalevskiy, «Glaznыebolezni» 1995g 280s

3 M.X.Xomidova «Kuz kasalliklari» 1996 y 334s

4 M.X.Xamidova «Kuz kasalliklari»2006 y 335 b

5 Ma’ruzalar materiallari.

Amaliy mashgulot

+ 1.Mavzu. Ko`ruv a'zolarining klinik anatomiyasi. Ko`ruv nervi yo`li anatomiyasi

1.1.Ta`lim berish texnologiyasining modeli

Mashg`ulot vaqti -5s.	Talabalar soni-8-10 ta
Mashqulot shakli	Amaliy mashqulot
Mashqulot rejasi	**Ta`limiy:**Talabalarga Ko`ruv a'zolarining anatomiyasi, shox parda va oksil parda anatomiyasi, rangdor parda, xususiy tomirli trakt, kipriksimon tana

	anatomiyasi va to`r parda anatomiyasi va kuruv nervi yuli to`g`risida umumiy ma`lumotlar berish. **Tarbiyaviy:** Mavzuga oid hayotiy misollar orqaliah talabalar ongida xalk salomatligini yaxshilash, axolining tibbiy saviyasini oshirishda o'z xissasini qo'shishga intilish, o'zi tanlagan kasbga mexr uyg'otish **Rivojlantiruvchi:** Mavzuni tushuntirishda yangi adabiyotlar asosida, ilmiy asoslangan dalillar orqaliah talabalarni zamon talabiga mos kadrlar bo'lib etishishiga erishish.
Ta`lim berish usullar	Multimediya, interfaol usullar
Ta'lim berish shakllari	jamoaviy, kichik guruxli
Ta`lim berish vositalari	Jamoaviy
Ta'lim berish vositalari	O'quv uslubiy ishllanma, elektron darsliklar, kompyuter, proektor, multimediyali vositalar, TV video,baner plakatlar
Ta`lim berish sharoiti	Metodik jihatdan jixozlangan auditoriya

1.2. Amaliy mashg’ulotning tashkiliy tuzilishi

	Tashkiliy qism	Ajratilgan vaqt
	Kirish	5 minut
	Talabalarni dastlabki bilimini tekshirish a) og’zaki suxbat b)interaktiv usullar yordamida va boshqalar	10 minut 15 minut
	Amaliy ko’nikmalarni o’zlashtirish a)qabul bo’limi hujjatlari va ularni to’ldirish qoidalari bilan tanishish	10 minut 25 minut
	Talabalar bilim darajasini baholash	10 minut
	Mashg’ulotni yakunlash, vazifa	5 minut
		80 minut

1.2.1. Klinik mashg’ulotning tashkiliy tuzilishi

№	Tashkiliy qism	Ajratilgan vaqt
1	Kirish	5 minut
2	Bemorlar kuratsiyasi	30 minut
3	Bemorlarni kasallik tarixi bilan tanishish	10 minut

4	Jamoa bilan bemorlar taxlili	10 minut
5	Amaliy ko’nikma	10 minut
6	Retsept yozish	10 minut
7	Mashg’ulotni yakunlash, vazifa	5 minut
Jami:		80 minut

Mavzu mazmuni

Kuruv analizatori-odam markaziy nerv sistemasining tashki muxitdan oladiganma'lumotlarni kabul kiluvchi besh analizatordan muximi xisoblanadi. kuruv analizatorining afzalligi shundaki u miyaning eshitish,ta'm ,xid sezish kabi kator analizatori kabi vazifasini xam mukammalashtirishga xam yordam beradi

Kuruv analizatori 3ta katta kismdan iborat

analizatorninig periferik kismi-kuz sokkasidir.Kuzning ichki kavati-tur pardaning asosiy vazifasi tashki mxitdan nurlar orkali tushgan tasvirni aks ettirib sezish va kabul kilib olishdir.

Analizatorning ikkinchi kismi tasvirni etkazib berish kismi ,kuruv nervi va nervninig yarim kesishgan joyi ,kuruv yulidir. Blar kabul kilingan boshlangich

tasvirni bosh mining pustlok osti va pustlok kuruv markazigi etkazib berish

vazifasini bajaradi.Analizatorning 3 kismi bosh miya pustlok osti markazi va kurishning miya pustlogida joylashgan markazdan iborat.Bosh miya pustlok osti markazi tashki tizzasimon tana,turt tepalik tananing ustki ikki teppasi va kuruv burtigi yostigidan iborat.Kuruv analizatorining xar bir kismi uziga xos vazifani bajaradi.Yani kuz resteptor sifatida tashki muxmtdan kelgan axborotni kabul kiladi.Kuruv nerovi yullari kabul kilingan axborotni markazga etkazadi.Kuruv analizatorining pustlok osti markazi esa uni tartibga solib miya pustlogidagi turli maydonchalarga yunaladi.Miya pstlogidagi kuruv markaziga etib borgan axborot ya'ni boshlangich tasvir fikrlash kobiliyati bulgan markazda namoyon buladi.Bunday muraakkab jarayonni xosil bulishida kuruv nervi sistemasidagi efferent-markazga intiluvchi va afferent –markazdan kochuvchi sezish tolalarning xam xissasi katta.Kuz tur pardasidagi130 mln tayokchasimon va 7 mln kolbachasimon nerv xujayralaridan resteptorlardan axborot kabul kilib oladigan birinchi kism desak, kuruv nervi sistemasi nerv tolalar va xujayralar protoplazmasining ikkinchikismi va kuruv analizatorining pustlok osti va miya pustlogidagi markazini uchinchi kismi deyish mumkinKuruv analizatorining pereferik kismi-kuz sokkasi va kuruv nervining insonning kuruv a'zosi deb ataladi.Uning normal va patologik xolatlarini kuz mutaxasislari

urganadilar.Analizatorning kuz kosasidan chikib ketgan 2 va 3 markaziy kismlarini normal va patologik xolatini nevrolog,nevropatolog va neyroxirurglar shugulanadilar Kavatlarning birinchisi fibroz parda, ikkinchisi (urta) tomirli (kon tomirga boy) va uchinchisi tur pardadir.

Kuzning ichida suvsimon suyuklik,kuzgavxari va shishasimon tana bor.

1. F i b roz parda. Kuzning eng tashki kavati bulib, ikki kismdan iborat, uning
oldingi 1/6 kismi - shox parda (sogpeae) va kolgan 5/6 kismi - oksil parda
(s klera) dir. Fibroz parda juda jips tuzilgan,
mustaxkambiriktiruvchitukimadan iborat bulib, kalinligi kuruv nervi kanali atrofida 1,2-1,5 mm,ekvatorda 0,6 mm, chakka tomonda 0,3 mm va uning eng yupka kismi galvirsimonpardachaning 1/3 kismida bulib, 2/3 tashki kismi esa kuruv nervi tashki kattikpardasiga kushilib ketadi. Fibroz parda kalin bulgani uchun kuz eokkasiningshaklini, kuz ichi bosimini urta miyona xolatda saklab, kuzning ichki nozikpardalarini turli tashki ta'sirotlardan ximoya kilib turadi.

   a) o k s i l parda. Kuz kosasi ichida joylashgan. Shuning uchun kuz tirkishi masofasida shox parda atrofida skleraning ozgina kismi ikkita uchburchak shaklida oppok bulib kurinib turadi, kalinligi 1,2 mm. Kuz sokkasi orka kutbining kisman yon tomonida oksil pardaning ichki kismi galvirga uxshash kup teshikli yupka pardaga aylanadi. Bu teshiklardan kuruv nervi tolalari chikib, kuz kosasi bushligiga utib ketadi.

   b) sh o x parda (sogpeae) shakli yarim sharsimon burtik, kon tomirdan mustasno, juda tinik, musaffo va yuzi yaltirokdir. Uning oksil pardaga utar chegarasi eni 1-2 mm ga teng yarim tinik (aralash tarkibli) chizik limbdir.Shox parda orkali kuzga nur tushadi vau nurlarni sindirishga moslashgandir.Shox parda uta sezgir nerv tolalari bilan tulik ta'minlangan. Shuning uchun unga tashki muxitdan kichkina zarracha tegsa xam keskin ta'sirlanib ogrik sezadi va kuzdan yosh okadi, kovoklar yumilib kisiladi.

2. T o m i r l i parda uch kismdan iborat: a)rangdor parda , b) kipriksimon tana v) xususiy tomirliparda. R a n g d o r parda tomirli pardaning oldingi kismi bulib, kuzga turli xavo rang, kukimtir, tuk jigarrang va kora rang (tus) beradi. Doyra shaklidagi vertikali - 12 va gorizontali 12,5 mm ga teng. Uningkok urtasida yumalok kichkina bushlikli teshik - korachik joylashgan. K i p r ik s i m o n t a n a - eni 8 mm dan iborat kalin tasma shaklida bulib, oksilparda ostida joylashgan. Uning rangi kora va yuzasi kup mikdordagikipriksimon ingichka burtikchalardan iborat. Kipriksimon tananing orkakismi tishsimonchizik orkali XUSUSIY tomirli

pardaga utib ketadi. Xv sv s iy t o m i r l i pardada pigment xujayralari juda kup. Uning orka markaziy kismi kuruv nervi tashki pardasi yakinida tugallanadi.

3. t u r parda - (tunicanervosaseuretina) kuz sokkasining eng ichki kavati bulib, juda yupka, yarim tinik tursimon tuzilishga ega. Bu parda kuz tomirli kavati ichki satxini bekitib yotadi.Tur pardaning uziga xos maxsus tuzilgan ikki katta kismi bulib/ uning birinchisi - 2/3 kismi - markaziy optik kismi kurish vazifasini bajaruvchi nerv xujayralaridan tashkil toptan. Optik kismi juda yupka, tinik, nafis va nozik, uning markaziy tomoni kuz tubining galvirsimon plastinka atrofiga borib yopishgan bulsa, ikkinchi periferik tomoni kipriksimon tananing tomirli pardaga utishidagi kungirali chizikka yopishadi. Shu erga etib kelganda morfologik tuzilishi uzgarishi munosabati bilan ikkinchi - kurishga moslanmagan - kurmaydigan (nooptik) kismga aylanadi. Bu kism oldinga surilib kipriksimon tana va rangdor pardaning orka satxini bekitib, korachikning chetki kirrasidagi ikki varakli kora pigmentli xoshiyasini tashkil etadi.

Kurish impulsini tur pardadan markazga etkazuvchi yul turt neyronli yul bulib, ulardan uchtasining xujayralari tur pardada joylashgan. Birinchi neyron tur pardaning tayokchasimon va kolbasimon xujayralari (fotoresteptorlari) dir, ikkinchisi ikki usikli (bipolyar) xujayralar bulib, uchinchi neyron ganglioz multipolyar xujayralar, ularning akson (nerv tolalari) dan tashkil topgan kuruv nervi (n.opticus) shu nerv kanali orkali kalla ichiga kiradi va turk egari soxasida yarim kesishma (chiasma) xosil kilib, kurish traktita aylanadi. U karama - karshi tomon yarim sharlarida joylashgan pustlok osti kurish markazlari: turt dumbokning kjori dumboklari, talamusning pulvinar kismi va lateral tizzasimon tanalariga etib boradi, bu erdan boshlangan turtinchi neyron usimtalari Grastiole tutamini tashkil etadi. Shu Grastiole tutami orkali kuruv informastiyasi ensa soxasida joylashgan pustlok markazita etib boradi.

Klinik mashgulot

Oftalmoskopiya - koʻz tubini tekshirib toʻr parda. tomirli parda va koʻz koʻruv nervi diskining holatini maxsus asbob – oftalmoskop yordamida oʻrganish usulidir

Oftalmoskopiya usulini oʻrganishdan oldin koʻz tubining normal holati bilan, oftalmoskop va uning paydo boish tarixi bilan qisqacha tanishib chiqish maqsadga muvofiqdir.

Ma'lumki, koʻz tubini ikkita asosiy qavat - toʻr parda va tomirli parda tashkil etadi. Normada oftalmoskopiya yordamida faqat toʻr pardaning qismlari aniq koʻrinadi, patologiyada esa, tomirli

pardadagi oʻzgarishlar ham namoyon boʻladi. Normada koʻz tubining asosan uch qismi bor. Uning birinchisi - koʻrish nervi diski - dumaloq, rangi och-pushti va chegaralari aniqdir.

Diskning ortasidagi toʻr parda markaziy arteriyasi kirib, to ʻr pardada shoxlanadi va markaziy vena shoxlari ham yonma-yon yotadi, shu arteriya va vena tomirlari kalibrining oʻzaro nisbatan

2:3 boladi. Ikkinchisi - sariq dog`, bu koʻz tubining o`rtasiga joylashgan, rangi biroz kul rang sargʻish boʻlib, oʻrtasida pushti rang markaziy chuqurchasi bor. Bu yerda asosan kolbachasimon

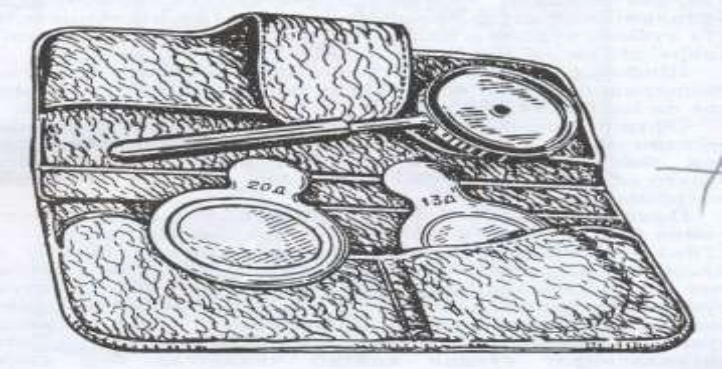
hujayralar boʻlib, normada qon tomirlar yo`q. Uchinchi qismi – bu ko`z tubining cheti- atrofi tekis qizil rangli va qon tomirlar shoxlari yoyilgan qismidir . Ko`z tubini tekshirishda

oftalmoskopning ahamiyati katta. Buning eng sodda xilini 1850 yilda Gelmgolts ixtiro qilib, oftalmologiyaning ikkinchi ≪yorug`lik≫ yokin≪nurli≫ davrini boshlab bergan. Chunki qadim zamonlardan - oftalmoskop ixtiro qilingan davrgacha oftalmologlar ko`z tubini koʻrolmaganlar. Shu sababli u davr ≪qorong`i davr≫ deyilgan.

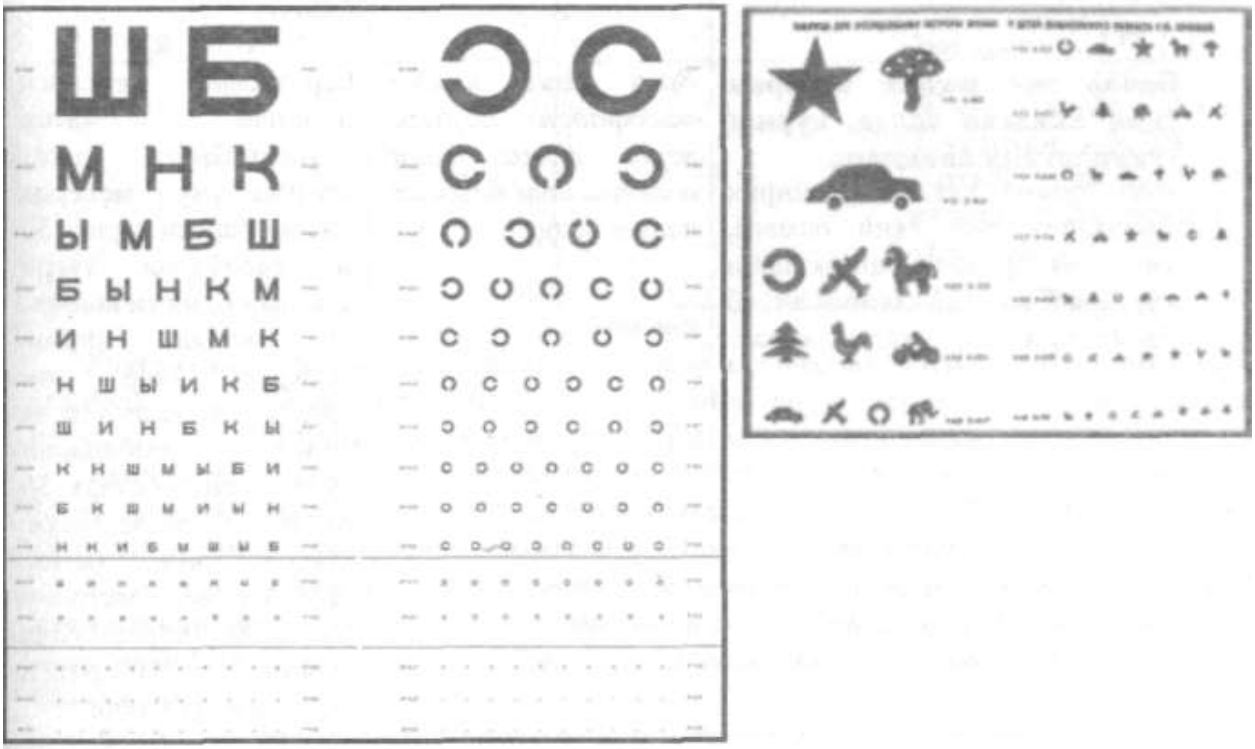
Shifokor odatda ko`z tubini oftalmoskop yordamida tekshirishni ko‘rish nervi diskidan boshlab, so`ngra sariq dog` va nihoyat to`r parda chetlarini qarab yozib chiqadi.

Oftalmoskopiyaning ikkita usuli bo'lib, birinchisi teskari oftalmoskopiya va ikkinchisi to‘gri oftalmoskopiya deyiladi. Hozirgi zamonda takomillashtirilgan elektr oftalmoskop, binoklli

oftalmoskop va oftalmoxromoskoplar bor.



(ҳайвонлар) ҳамда офтальмоскоп ва ёритгич. Агар бемор кўзойнак тақса, уни ечиш керак эмас, аммо ундан кўзини қисмасликни сўраш лозим.



16-расм. *Кўз ўткирлигини ўлчаш учун жадваллар.*

Кўриш ўткирлигини аниқлашда қадам-бақадам бажариладиган ҳаракатлар

№	Ҳаракатлар кетма-кетлиги	*Натижаларни баҳолаш*	Талқин қилиш
1	**Беморнинг ҳолати.** Бемор деворга осиб қуйилган жадвалдан 5 м узоқликда ўтириши керак *(17-расм).*		
2	**Ўтказиш техникаси.** Бемор аввал бир, сўнг иккинчи кўзини қўли ёки бирор буюм билан тўсиб энг пастки қатордаги ҳарфларни ўқишни бошлайди. Иложи бўлмаса – токи бутун қаторни тўғри ўқимагунча юқорироқдаги қаторларни ўқишга ўтилади. ***Болаларга расм ва белгиларни юқори қатордан кўрсатишдан бошланади.***	*Кўриш ўткирлиги бемор тўлиқ ўқий олган қатор бўйича аниқланади. Ҳар бир кўз учун алоҳида ёзиб олинади. Бу борада пастдан 10 чи қатор кўриш ўткирлиги -1,0 га, тўққизинчи қатор-0,9 га, саккизинчи – 0,8 га, биринчиси эса – 0,1 га тенглигини билдиради.*	Меъёрида соғлом одам энг пастки, яъни 10 чи қаторни ўқий олиши керак. Ёзув қуйидаги йўл билан қилинади: ***OD 1,0*** ***Visus = — = —*** ***OS 1,0*** Агар бемор буига қодир бўлмаса ва фақат юқори қаторларни кўра олса, бундай ҳолат миопия деб аталади. Ёзув қуйидаги усулда қилинади:

			Мисол учун: $Visus = \frac{OD}{OS} = \frac{0,5}{0,4}$
3	**Бемор энг юқори қаторни ўқий олмаган ҳолда, кўриш ўткирлигини аниқлаш.** Агар бемор хатто энг йирик ҳарфларни ҳам ўқий олмаса, унга тўқ фонда бармоқларни кўрсатиш ва улар сонини айтиб беришни илтимос қилиш керак.	*Врач бемор қандай масофадан бармоқларни тўғри санай олаётганини белгилаб олиши зарур.*	Бармоқлар кенглиги биринчи қатор оптотипларига тенг, шунинг учун меъёрда инсон бармоқларни 50 м масофадан тўғри аниқлай олишга қодир. Бу ҳолда кўриш ўткирлиги каср сон орқали ифодаланади ва бемор бармоқларни кўра олган масофа 50 ка бўлиб аниқланади. Мисол учун, бемор бармоқларни 3 метрлик масофадан кўрса, унда кўриш ўткирлиги қуйидагича бўлади: $Visus = OD \frac{3}{50} = 0,06.$
4	**Бемор бармоқларни ажрата ололмаган ҳолда кўриш ўткирлигини текшириш.** Агар бемор бармоқларни кўра олмаса, уни қоронғуликни ёруғликдан ажрата олишини аниқлаш зарур. Бунинг учун врач офтальмоскоп ёки фонардан фойдаланиб, ёруғликни ҳар хил томондан йўналтириши ва қуйидагиларни баҳолаши керак: • *ёруғликни ажратиш қобилияти сақланганми;* • *агар сақланган бўлса, бемор ёруғлик йўналишини тўғри аниқлай олади.*	*Агар беморда кўриш ўткирлиги жуда паст ва ҳатто буюмларни ажрата олмай, фақат ёруғликни билса, кўриш ўткирлиги ёруғлик сезувчанлигига тенг (бир тақсим чексизликка).*	Агар бемор ёруғликни ажрата олиб, унинг йўналишини тўғри аниқласа, кўриш ўткирлиги тўғри проекцияли ёруғлик сезувчанлигига тенг ҳисобланади ва қуйидагича белгиланади. $visus = \frac{1}{\infty}$ *proectio lucis certas* ёки қисқача $\frac{1}{\infty} p$ *.l.c.* Агар бемор ҳатто бир томонда ёруғлик йўналишини нотўғри аниқласа, кўриш ўткирлиги нотўғри проекцияли ёруғлик сезувчанлигига тенг

			ҳисобланади: $visus = \frac{1}{\infty}$ *proectio lucis incerta* ёки қисқача $\frac{1\,p}{\infty}$ *.l.i c.* Агар бемор ҳатто ёруғликни ҳам ажрата олмаса, унда бутунлай кўрлик қайд этилади: *visus = 0.*

Изоҳлар.

Ёруғликнинг тўғри проекцияси тўр парда периферик қисмларининг фаолияти меъёрда эканлигидан дарак беради ва кўзнинг оптик муҳитлари хиралашувида жарроҳлик амалиёти қўллашни танлашда муҳим мезон ҳисобланади.

Яқин масофадан кўриш ўткирлигини аниқлаш махсус жадвал (агар жадвал бўлмаса исталган босма матн) ёрдамида текширилади. Бу ёши 45 дан ошган кишиларда ўқиш учун кўзойнак тақиш заруратини аниқлаш имконини беради.

Болаларда кўриш ўткирлигини баҳолашда уларни марказий кўрув хусусиятларининг ўсиб бориш динамикасини эсда тутиш зарур. Одатда 3 ёшдаги болаларда кўз ўткирлиги 0,6-0,9га, 5 ёшга тўлганда кўпчиликда 0,8-1,0га тенг бўлади.

17- расм. *Кўз ўткирлигини ўлчаш*

2.Mavzu. Ko`ruv a'zolarining klinik anatomiyasi

ko`z yordamchi apparati anatomiyasi.

2.1.Ta`lim berish texnologiyasining modeli

Mashg`ulot vaqti .	Talabalar soni-8-10 ta
Mashqulot shakli	Amaliy mashqulot
Mashqulot rejasi	**Ta`limiy:**Talabalarga shox parda oqsil parda tomirli parda va  tur parda haqida ma`lumotlar berish. ko`z yordamchi apparati  anatomiyasi. to`g`risida ma`lumot berish **Tarbiyaviy:** Mavzuga oid hayotiy misollar orqaliah talabalar ongida xalk salomatligini yaxshilash, axolining tibbiy saviyasini oshirishda o'z xissasini qo'shishga intilish, o'zi tanlagan kasbga mexr uyg'otish **Rivojlantiruvchi:** Mavzuni tushuntirishda yangi adabiyotlar asosida, ilmiy asoslangan dalillar

	orqaliah talabalarni zamon talabiga mos kadrlar bo’lib etishishiga erishish.
Ta`lim berish usullar	Multimediya, interfaol usullar
Ta'lim berish shakllari	jamoaviy, kichik guruxli
Ta`lim berish vositalari	Jamoaviy
Ta'lim berish vositalari	O’quv uslubiy ishllanma, elektron darsliklar, kompyuter, proektor, multimediyali vositalar, TV video,baner plakatlar
Ta`lim berish sharoiti	Metodik jihatdan jixozlangan auditoriya

1.3. Amaliy mashg’ulotning tashkiliy tuzilishi

	Tashkiliy qism	Ajratilgan vaqt

	Kirish	5 minut
	Talabalarni dastlabki bilimini tekshirish a) og’zaki suxbat b)interaktiv usullar yordamida va boshqalar	10 minut 15 minut
	Amaliy ko’nikmalarni o’zlashtirish a)qabul bo’limi hujjatlari va ularni to’ldirish qoidalari bilan tanishish	10 minut 25 minut
	Talabalar bilim darajasini baholash	10 minut
	Mashg’ulotni yakunlash, vazifa	5 minut
		80 minut

1.2.1. Klinik mashg’ulotning tashkiliy tuzilishi

№	Tashkiliy qism	Ajratilgan vaqt
1	Kirish	5 minut
2	Bemorlar kuratsiyasi	30 minut
3	Bemorlarni kasallik tarixi bilan tanishish	10 minut

4	Jamoa bilan bemorlar taxlili	10 minut
5	Amaliy ko’nikma	10 minut
6	Retsept yozish	10 minut
7	Mashg’ulotni yakunlash, vazifa	5 minut
Jami:		80 minut

Mavzu mazmuni

Kavatlarning birinchisi fibroz parda, ikkinchisi (urta) tomirli (kon tomirga boy) va uchinchisi tur pardadir.

Kuzning ichida suvsimon suyuklik,kuzgavxari va shishasimon tana bor.

F i b roz parda. Kuzning eng tashki kavati bulib, ikki kismdan iborat, uning oldingi 1/6 kismi - shox parda (sogpeae) va kolgan 5/6 kismi - oksil parda (s klera) dir. Fibroz parda juda jips tuzilgan, mustaxkambiriktiruvchitukimadan iborat bulib, kalinligi kuruv nervi kanali atrofida 1,2-1,5 mm,ekvatorda 0,6 mm, chakka tomonda 0,3 mm va uning eng yupka kismi galvirsimonpardachaning 1/3 kismida bulib, 2/3 tashki kismi esa kuruv nervi tashki kattikpardasiga kushilib ketadi. Fibroz parda kalin bulgani uchun kuz eokkasiningshaklini, kuz ichi bosimini urta miyona xolatda saklab, kuzning ichki nozikpardalarini turli tashki ta’sirotlardan ximoya kilib turadi.

a) o k s i l parda. Kuz kosasi ichida joylashgan. Shuning uchun kuz

tirkishi masofasida shox parda atrofida skleraning ozgina kismi ikkita uchburchak shaklida oppok bulib kurinib turadi, kalinligi 1,2 mm. Kuz sokkasi orka kutbining kisman yon tomonida oksil pardaning ichki kismi galvirga uxshash kup teshikli yupka pardaga aylanadi. Bu teshiklardan kuruv nervi tolalari chikib, kuz kosasi bushligiga utib ketadi.

b) sh o x parda (sogpeae) shakli yarim sharsimon burtik, kon tomirdan mustasno, juda tinik, musaffo va yuzi yaltirokdir. Uning oksil pardaga utar chegarasi eni 1-2 mm ga teng yarim tinik (aralash tarkibli) chizik limbdir.Shox parda orkali kuzga nur tushadi vau nurlarni sindirishga moslashgandir.Shox parda uta sezgir nerv tolalari bilan tulik ta'minlangan. Shuning uchun unga tashki muxitdan kichkina zarracha tegsa xam keskin ta'sirlanib ogrik sezadi va kuzdan yosh okadi, kovoklar yumilib kisiladi.

T o m i r l i parda uch kismdan iborat: a)rangdor parda , b) kipriksimon tana v) xususiy tomirliparda. R a n g d o r parda tomirli pardaning oldingi kismi bulib, kuzga turli xavo rang, kukimtir, tuk jigarrang va kora rang (tus) beradi. Doyra shaklidagi vertikali - 12 va gorizontali 12,5 mm ga teng. Uningkok urtasida yumalok kichkina bushlikli teshik - korachik joylashgan. K i p r ik s i m o n t a n a - eni 8 mm dan iborat kalin tasma shaklida bulib, oksilparda ostida joylashgan. Uning rangi kora va yuzasi kup mikdordagikipriksimon ingichka burtikchalardan iborat. Kipriksimon tananing orkakismi tishsimonchizik orkali XUSUSIY tomirli pardaga utib ketadi. Xv sv s iy t o m i r l i pardada pigment xujayralari juda kup. Uning orka markaziy kismi kuruv nervi tashki pardasi yakinida tugallanadi.

t u r parda - (tunicanervosaseuretina) kuz sokkasining eng ichki kavati bulib, juda yupka, yarim tinik tursimon tuzilishga ega. Bu parda kuz tomirli kavati ichki satxini bekitib yotadi.Tur pardaning uziga xos maxsus tuzilgan ikki katta kismi bulib/ uning birinchisi - 2/3 kismi - markaziy optik kismi kurish vazifasini bajaruvchi nerv xujayralaridan tashkil toptan. Optik kismi juda yupka, tinik, nafis va nozik, uning markaziy tomoni kuz tubining galvirsimon plastinka atrofiga borib yopishgan bulsa, ikkinchi periferik tomoni kipriksimon tananing tomirli pardaga utishidagi kungirali chizikka yopishadi. Shu erga etib kelganda morfologik tuzilishi uzgarishi munosabati bilan ikkinchi - kurishga moslanmagan - kurmaydigan (nooptik) kismga aylanadi. Bu kism oldinga surilib kipriksimon tana va rangdor pardaning orka satxini bekitib, korachikning chetki kirrasidagi ikki varakli kora pigmentli xoshiyasini tashkil etadi.

Qovoqlarning tuzilishi, tashki kurinishi, ularning bajaradigan vazifalariga moslashgan bulib, ular morfologik jixatdan turt xil varaklardan tashkil topgan.Teri varagi uziga xos nafisligi, tashki kurinishi bilan farklanadi. Unda teri osti yogi nixoyatda kam rivojlangan, siyrakdir. Shunga binoan turli tashki va ichki

ta’sirlar natijasida kovok terisi juda tez shishadi. Shish yalligli (ekzogen) va yalligsiz (oddiy) buladi. Yalligli shish tashki (ekzogen) muxitning ta’siri, infekstiyalar, ari yoki chivin chakishi natijasida teri kizaradi, yalpisiga shishadi, ogirlashganday buladi, issigi chikib, kul tekkanda ogriydi. Kuz tirkishi torayadi yoki bekiladi. Kupincha kovoklarning bunday yalligli shishuvi govmijja, chipkon, saramas yoki kuzlardan birining ichki pardalari kattik yalliglanganda xam paydo buladi. Kovoklar terisi shishuvining ikkinchi turi -yalligsiz (oddiy) shish deyilib, bu asta - sekin boshlanib, bemor ertalab uykusidan turganda kovoklarining biroz ogirlashganini yoki ularning odatdagidan kuprok bosib turganini sezadi, lekin xech kanday achishuv, ogrik sezmaydi, fakat kovoklar terisining okaribrok, burtibrok turganini kuradi. Kupincha bu xodisa bemorni shifokorga murojaat etishga majbur etadi va shu munosabat bilan bemor tekshirilganda yalliglanishsiz paydo bulgan bu shish buyrak kasalligi yoki yurak faoliyatining pasayganligidan darak beradi. Ba’zan tashki muxitning biror agenti ta’sirida kovoklar shishishi mumkin. Agar bu shish bemor organizmi sezuvchanligining oshgani natijasida bulsa (Kvinke shishi), u fakat yukori kovokda tusatdan paydo bulib, tez orada kaytadi yoki kipriklar buyalganda allergiya paydo bulsa, ikkala kovok xam juda kattik shishib, kizaradi va kuzlar ochilmay koladi. Kovok terisi yalligli shishini ketkazish uchun uning asosii sababini aniklab davolash zarur. Organizmdagi sensibilizastiya natijasidagi shishni ketkazish uchun desensibilizastiya kiladigan dorilar kullaniladi.

Kuz shillik pardasi conjunctiva dir. Bu parda pastki va yukori kovoklarning ichki satxini bekitib, yopishib yotadi. U kovoklarning kiprikli kirrasidan boshlanadi va uch kismdan iborat. Bu kovok kismi va utuvchi burma xamda kuz sokkasi satxini bekitadigan kismlardir. Kovok shillik pardasi conjunctivapalpebralis ning togay satxini bekitib yotgan kismi juda yupka.Uning utuvchi burmali kismi anchagina kalin. Chunki bu kismda adenoid varak, kadaxsimon xujayralar, kushimcha Krauze kuz yosh bezlari bor. Kovoklar satxidan kuz sokkasi satxiga utar joyida burma bulib, u chukur arikchaga uxshaydi, uni fornixconjunctiva deyiladi. Kuz sokkasi satxiga utgach, yupkagina shillik parda conjunctivabulbi deyiladi.

Gistologik jixatdan kon’yunktiva epiteliy va uz shaxsiy tukimasidan tashkil toptan. Epiteliy kovoklar kirrasiga yakin joyda stilindr xujayralar, utar kismida stilindr va kubsimon, kuz sokkasi satxida esa kubsimon va kuprok yassi xujayralardan iborat. Bu epiteliy kup kavatli yassi xujayralar sifatida shox pardaning ustiga xam utadi.

Klinik mashgulot

Oftalmoskopiya - ko‘z tubini tekshirib to‘r parda. tomirli parda va ko‘z ko‘ruv nervi diskining holatini maxsus asbob – oftalmoskop yordamida o‘rganish usulidir

Oftalmoskopiya usulini o‘rganishdan oldin ko‘z tubining normal holati bilan, oftalmoskop va uning paydo boish tarixi bilan qisqacha tanishib chiqish maqsadga muvofiqdir.

Ma’lumki, ko‘z tubini ikkita asosiy qavat - to‘r parda va tomirli parda tashkil etadi. Normada oftalmoskopiya yordamida faqat to‘r pardaning qismlari aniq ko‘rinadi, patologiyada esa, tomirli

pardadagi o‘zgarishlar ham namoyon bo‘ladi. Normada ko‘z tubining asosan uch qismi bor. Uning birinchisi - ko‘rish nervi diski - dumaloq, rangi och-pushti va chegaralari aniqdir.

Diskning ortasidagi to‘r parda markaziy arteriyasi kirib, to ‘r pardada shoxlanadi va markaziy vena shoxlari ham yonma-yon yotadi, shu arteriya va vena tomirlari kalibrining o‘zaro nisbatan

2:3 boladi. Ikkinchisi - sariq dog`, bu ko‘z tubining o`rtasiga joylashgan, rangi biroz kul rang sarg‘ish bo‘lib, o‘rtasida pushti rang markaziy chuqurchasi bor. Bu yerda asosan kolbachasimon

hujayralar bo‘lib, normada qon tomirlar yo`q. Uchinchi qismi – bu ko`z tubining cheti- atrofi tekis qizil rangli va qon tomirlar shoxlari yoyilgan qismidir . Ko`z tubini tekshirishda

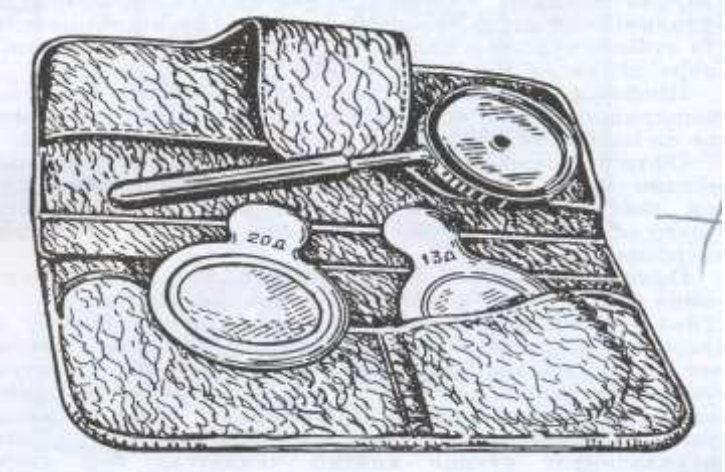
oftalmoskopning ahamiyati katta. Buning eng sodda xilini 1850 yilda Gelmgolts ixtiro qilib, oftalmologiyaning ikkinchi ≪yorug`lik≫ yokin≪nurli≫ davrini boshlab bergan. Chunki qadim zamonlardan - oftalmoskop ixtiro qilingan

davrgacha oftalmologlar ko`z tubini ko‘rolmaganlar. Shu sababli u davr ≪qorong`i davr≫ deyilgan.

Shifokor odatda ko`z tubini oftalmoskop yordamida tekshirishni ko‘rish nervi diskidan boshlab, so`ngra sariq dog` va nihoyat to`r parda chetlarini qarab yozib chiqadi.

Oftalmoskopiyaning ikkita usuli bo'lib, birinchisi teskari oftalmoskopiya va ikkinchisi to‘gri oftalmoskopiya deyiladi. Hozirgi zamonda takomillashtirilgan elektr oftalmoskop, binoklli

oftalmoskop va oftalmoxromoskoplar bor.



Biomikroskopiya

Tayyorgarlik

-qorongu xonada bajarish

-Tekshirishdan oldin bemorni tayyorlash, tekshirish o’tkazish to’g’risida bemorga tushuntiriladi

Kerakli jihozlar:stul, predmet

O’tkazishtexnikasi

Bemor mikroskop stuliga o’tirgan holda, hakim bemorning ro’parasida turadi Bemor boshini qimirlatmasdan turib, qaraydi

Biomikroskopiya usulida ko`zning tubigacha bo`lgan qism ko`rinadi.
Biomikroskopiya ko`zni 5-60 martagacha kattalashtirib ko`rsatadi

Bu usul orqali ko’z olmasining tashqi va uchki qismlari tekshiriladi

3-Mavzu Ko`ruv organlarining funktsiyalari.

3.1.Ta`lim berish texnologiyasining modeli

Mashg`ulot vaqti -	Talabalar soni-8-10 ta
Mashqulot shakli	Amaliy mashqulot
Mashqulot rejasi	**Ta`limiy:**Talabalarga Ko`ruv funksiyalari haqida ma`lumotlar berish. Ko`zning shakllanishi rivojlanish bosqichlari va yoshga xos dinamikasi to`g`risida ma`lumot berish **Tarbiyaviy:** Mavzuga oid hayotiy misollar orqaliah talabalar ongida xalk salomatligini yaxshilash, axolining tibbiy saviyasini oshirishda o'z xissasini qo'shishga intilish, o'zi tanlagan kasbga mexr uyg'otish **Rivojlantiruvchi:** Mavzuni tushuntirishda yangi adabiyotlar asosida, ilmiy asoslangan dalillar orqaliah talabalarni zamon talabiga mos kadrlar bo'lib etishishiga erishish.
Ta`lim berish usullar	Multimediya, interfaol usullar
Ta'lim berish shakllari	jamoaviy, kichik guruxli

Ta`lim berish vositalari	Jamoaviy
Ta'lim berish vositalari	O’quv uslubiy ishllanma, elektron darsliklar, kompyuter, proektor, multimediyali vositalar, TV video,baner plakatlar
Ta`lim berish sharoiti	Metodik jihatdan jixozlangan auditoriya

3.2 Amaliy mashg’ulotning tashkiliy tuzilishi

	Tashkiliy qism	Ajratilgan vaqt
	Kirish	5 minut
	Talabalarni dastlabki bilimini tekshirish a) og’zaki suxbat b)interaktiv usullar yordamida va boshqalar	10 minut 15 minut
	Amaliy ko’nikmalarni o’zlashtirish a)qabul bo’limi hujjatlari va ularni to’ldirish qoidalari bilan tanishish	10 minut 25 minut
	Talabalar bilim darajasini baholash	10 minut

	Mashg’ulotni yakunlash, vazifa	5 minut
		80 minut

3.3. Klinik mashg’ulotning tashkiliy tuzilishi

№	Tashkiliy qism	Ajratilgan vaqt
1	Kirish	5 minut
2	Bemorlar kuratsiyasi	30 minut
3	Bemorlarni kasallik tarixi bilan tanishish	10 minut
4	Jamoa bilan bemorlar taxlili	10 minut
5	Amaliy ko’nikma	10 minut
6	Retsept yozish	10 minut
7	Mashg’ulotni yakunlash, vazifa	5 minut
Jami:		80 minut

Ko’rish funktsiyalarining shakllanishi va ularning yoshga xos dinamikasi

Odam ko‘zining homilada tashkil topishi, shakllanib takomilga yetishini o'rganish ko‘plab tug‘ma ko‘z kasalliklarining oldini olishga imkon beradi. Ushbu muhim mavzuga talaba va yosh shifokorlar

e’tiborini jalb etish maqsadida quyidagi ilmiy asoslangan bir qator dalillarni keltiramiz. Ko‘rish a ’zosining embrional tashkil topishi va taraqqiyoti davrida dastlab ko‘z kurtagidagi bo‘lg‘usi to‘r parda va uning

pigmentli epiteliysi bosh miyaning ektonevral qatlamidan vujudga keladi. Embrion rivoji davrining ikkinchi haftasida, miya naychasi bekilishidan oldin, uning orqa medular qatlamida ikkita o‘ymacha

paydo bo‘ladi. Bu embrion miya pufakchasiningyon burchaklaridagi bir tomoni ochiq (tug‘ma tirqishli) ko‘z pufakchasidir.

3-4 hafta davomida rivojlanayotgan ko‘z pufakchasidan ko‘z qadahchasining tashkil topishi gavhaming shakllanishi bilan bogiiq.

Bu ibtidoiy ko‘z pufakchasi ustki ektodermal qatlamining brogan sari gavhardan ajralishi orqali paydo bo‘ladigan ko‘z qadahchasining chuqurlashishi bilan ifodalanadi.

.

K o 'z/ qadahchasining paydo bo'lish jarayoni k o`z kurtagiga xos dinamik sh ak llan ish va undagi boshqaruv m e x a n i/m ig a b o g 'iiq b oklib, bu epitcliyningme/cnx im a bilan o'zaro munosabati va undagi ayrim fi/ik a -k im y o v iy jarayonlarga a soslanadi. KoV. Kurtagining p u fa k ch a va q a d a h c h a g a

o 'x s h a sh sh a k li bu en g ib t id o iy boshlang'ich ev o lyutsion jarayon bo'lib, inson k o ‘zi evolyutsiyasi davrida ham hech o ‘zgarmay qolaveradi.

K o z q ad ah ch a si sh ak llang andan s o ‘ng. to 'r tin ch i h a ftan in g oxirida b o klg 4 isi k o 'z soqqasining tashqi va ichki - ikkita ektodermal qat l ann p a u l o b o ’ladi-ki. bu t o ‘r parda va pigmcntl i epi t el cyning kur t a g i d i r Shu davrda ko`l qadahcha s ining oldi q ismida shox p a rda

paydo b o ’la boshlaydi. I juda yupqa, shakli b i r o q bo' r t i q ek todcrmal qa t l anul an iborat. K o `l gavha r ining esa ichki tuzilishi i ch , shakli d uma lo q b o ’ladi (10-rasmi.

Dema k . t o ’rt haft a li emb r i o n d a k o ' / qadahcha s i faqa t ikki q a t l amd a n tashqi pigmcntli cpit cliv va ichki t o ’r p a r d a n i n g kur t agid an iborat b o ’ladi. Pigmcnt l i cpitcliv juda yupqa , no/ ik va

s i to pl a /mas i pigment donacha l ar ig a boydi r Ikkinchi va raq t o ‘r pardaning o ’/ ncvral t o ' q i masi k o ‘/ qadahchas i nin g b o ’shl i g ’iga o ' t a r jovi iu g ‘ma tirqishga kclib to xtaydi (10-rasm, rangli).

Ko / n i n g p a y d o b o ‘lishi va r i voj id a birinchi b o ' l i b t o ' r p a r d a t a k om i l t o p a d i C'hunk i , k o v n i n g k o ’r i sh f a o l i v a t i d a t o ' r p a r d a n i n g b a j a r a d ig a n va / i fa s i aso s iy o' r inni cgal l a ydi . 5-6 hafi alik embrion yu/ sathining k o ‘/ qismida yuqo r i va pastki ikkita yarim oy shakl idagi yupqa va no/ ik tcri burmacha s i - qovoql a r kurt agi paydo b o ’lgan Shox pa rd aning shakli esa y anada b o ’r ' t g a n . k o ’/ gavhar i e ktonc vr adan a jragan. shishasimon tana p a v d o b o ’la

boshlagan va uning o ’rt asida gialoid art eriya o ’riu olib, gavha rn ing orq as id a qon tomi r qobiqehasi tashkil topa boshl agan Pigmcnt l I cpitcliv b i r o / qal in l a shgan. / ich pigment do n a ch a l a r id an tashkil topgan. T o ’r pa rd a esa besh qava tdan iborat .

To‘rt haftalik embrion ko‘zi to‘r pardasining o‘z to‘qimasi ikki qavatli b o ‘lsa, 6-7 haftalikda u besh qavatga yetgan. K o ‘z qadahchasining tug‘ma tirqishi paydo bo‘lib, u glial hujayralari va

o‘sib kelayotgan bir qism nerv tolalari bilan to‘la boshlagan . 7-8 haftalik embrionning ko‘z soqqasi ancha tabiiylashgan. Qovoqlarning faqat orbital qismi paydo bo‘la boshlagani tufayli, ko‘z tirqishi yarim ochiq va konyunktival bo‘shliq ko‘zga tashlanib, ko‘z yoshi bezlari ham yuz ocha boshlagan.

Shox pardaning epiteliysi vtf boshqa varaqlari vujudga kelgan. Oqsil parda ham tashkil topa boshlagan. Qontomirga boy pardoning faqat xoriokapilyar varag‘i shakllangan. Gavhar dumaloq boMib,

o‘z o ‘rniga joylashgan. Shishasimon tanaqoqo‘rtasidan gavharning orqasigacha octgan gialoid arteriya tolalari gavharning orqa bctini tomiri qobiqqa o'xshab o‘rab olgan. Ko‘zning old kamerasi paydo

bo‘la boshlagan. Bo‘lajak xorioideya o‘rnida yotgan mezadermadan bo‘lajak rangli parda (iris)ning hali yctilmagan tolalari o‘sib kcla boshlagan va gavhar qopchasining chetiga birikkan, 9-10- haftalik embrionda qovoqlar oralig‘idagi ko‘z tirqishi, ko‘z yoshi bezlari takomillashgan. Ko‘z soqqasi biroz cho‘zinchoqroq - dumaloq shakl ola boshlagan. Shox pardaning shakli va shaffofligi

mukammallashgan, kipriksimon tana va rangdor pardaning kurtagi gavharga qarab o ‘sgan, shuning uchun old kamera biroz chuqurlashgan. Gavharning orqa sathini o'rab olgan tomirli qopcha

yupqalashgan va siyraklashgan. Gavharning oldi qobig‘i juda aniq tus olgan, tez rivojlanib kelayotgan to‘r parda esa olti varaqdan iborat.

11-12 haftalik embrion ko‘z soqqasining shakli va ko‘rinishi yaxshi takomillashgan .Shox parda shaffof va bo‘rtiq. Rangdor parda o ‘rtasida qorachiq paydo bo4gan. Oqsil pardaning tolalari vujudga kelgan. Rangdor parda, kipriksimon tana va xorioideyalar ham deyarli takomillashgan, xorioideyada o ‘rta va

katta yo‘g‘onlikdagi qon tomirlar varag‘i vujudga kelgan. To‘r parda esa yetti varaqli.

Demak, homiladorlik davrining ikkinchi oyidan uch unchi oyiga qadar ko‘z soqqasining hamma o‘lchamlari o‘rta arifmetik hisobda uch martagacha kattalashadi va ko‘z soqqasining gorizontal o‘qi

vertikal o‘qidan uzunroq bo4lgan. 13-14 haftalik (3,5 oylik) homilada ko‘z qovoqlari kattalashib,

ko‘z tirqishi yaxshi shakllangan. Ko‘zning to ‘g‘ri yoclli to r’t muskuli ham ko ‘rina boshlagan. Shox va rangdor pardalar mukammallashgan. Ko‘zning old kamerasi chuqurlashgan, lekin

uning burchagidagi mikrotuzilma noma’lum. Kipriksimon tana, xususiy tomirli parda (xorioideya)lar ancha takomillashgan. Gavharning bir qatorli cpiteliysi oldi kapsulaning ichki yuzasini qoplagan, lekin gioloideyaning kichik qoldiqlari bor, xolos. 15-16 hafta (4 oy1ik)dan boshlab 38-40 hafta (9-10 oylik) gacha ko‘zning hamma qismlari toliq shakllanib bo‘ladi. Bu davrda ko‘zdagi tug‘ma arteriya butunlay so‘rilib ketadi, ayniqsa: 19-20 haftalik (5 oylik) homila ko‘zining rangdor pardasida

qorachiqning sfmktor va dilyatator muskulchalari, Shlemm kanaii va uning yonidagi qon tomirlar, trebekulalar paydo boMgan. To‘r parda esa to‘qqiz varaqdan iborat; 23-24 haftalik (6 oylik) homiladagi bola ko‘zining shox va rangdor pardasi to‘liq rivojlangan. 27-28 haftalik (7 oylik) homiladagi bola ko‘zining rangdor pardasi va xorioideyasi xromatoforlar pigmenti hali paydo bolmagan. To‘r

pardada to‘qqiz varaq to‘liq rivojlangan. 31-32 haftalik (8 oylik) homiladagi bola ko‘zida qovoqlar

takomillashib, kipriklar paydo bo‘lgan. Ko‘z oldi kamerasining trabekulasi kollagen va elastik tolalardan iborat, ular orasidagi tirqish va endoteliy yaqqol ko‘rinadi. Rangdor pardadagi sfinkter va

dilatatorlar ko‘proq rivoj topgan, uning stromasida hali pigment yo‘q. Kipriksimon tana yaxshi shakllangan, uning tolalari, meridional va aylana muskullari, tomirli pardasi ham yaxshi

rivojlangan. Undagi shishasimon tiniq Brux plastinkasi ko‘z tubining markaziy qismida yaxshiroq rivoj topgan. 40 haftalik (9-10 oylik) bolada ko‘zning hamma qismlari to‘liq takomillashgan. Uning trabekuyar zonasi Shlemm kanaii yaxshi takomil topgan. Gavharning orqa sathidagi embrional tomiming pardasi

butunlay so‘rilib ketgan. Xoriondeyada pigment ko‘payib, uning hamma besh vara’gi mukammallashgan. Oqsil pardada ham anchagina qalin to‘qima tolalar yaxshi rivojlangan. To‘r pardaning hamma (to‘qqiz)

varag‘i-o1iy darajali nerv hujayralari va nerv tolalari morfologik juda aniq shaklga kirib, to‘1a takomil topgan. Pigment epiteliysi borgan sari yupqalashib, ko‘p varaqlidan bir qator yupqa epiteliyga o‘tib, to‘r

pardaning xususiy varaqlari bilan bir qatordan joy olgan. Ma’lumki, yangi tug‘i1gan chaqaloqlarda ko‘pincha ko‘z rangi biroz ochroq bo‘1ib, uch-to‘rt oydan keyin u to‘qroq tus oladi. Bu

ko‘z pardalaridagi pigmentning quyosh nuri ta’sirida rang olishidan

darak beradi. Ko‘z takomili qonuniyatining yuqorida bayon etilgan ilmiy asoslangan dalillaridan ma’lum bo‘ladi-ki, ko‘z anatomik-optik elementlarining taxassuslashuvi jarayonida birinchi navbatda ko‘zning

retseptor apparati - to‘r parda va pigment epiteliysi tashkil topadi, undan so‘ng uning optik sistemasi - shox parda, gavhar va shishasimon tana, undan so‘ng nihoyat ko‘zning qon tomirga boy qavati hamda

oqsil pardasi paydo bo‘ladi. To‘r parda asosiy varaqlarining birlamchi taxassuslashuvi homilaning 6-7 oyi davomida vujudga keladi. Shuning uchun 7 oylik yetilmay tug‘ilgan bolalarning ko‘zi ham hayotga moslashib yaxshi k o ‘ra oladi. Variatsion statistik usulda hisoblangan ilmiy ma’lumotlar shuni ko‘rsatadi-ki, ko*z soqqasining jadal o ‘sib takomillashishi prenatal antogenezning birinchi П "lidr n uchinchi oyi

davomida 3-3,5 martaga teng bo‘ladi. Undan keyin o‘sish intensivligi pasayadi va ko‘z soqqasining xuddi shu darajadagi 3-3,5 marta o‘sishi keyingi 7 oy, ya’ni uchinchidan o‘ninchi oygacha bo‘lgan davrga

tog‘ri keladi. Homiladorlik davrida ko‘z soqqasining umumiy o‘sib kattalashuvi uning boshlang1 ichiga nisbatan 11-12 martaga teng. Demak, homiladorlik davrining, ayniqsa dastlabki uch oyi davomida

va keyin ham ayol yaxshi ovqatlanib, yaxshi dam olib, turli xafagarchiliklar yoki kasalliklar (og‘ir shamollash, gripp, angina)dan saqlanishi zarur. Bu homiladagi bola k o ‘zini turli tu g ‘ma

kasalliklardan saqlash va ularning oldini olishga imkon beradi. Yosh ayol homiladorlikning 4-10 oyi davomida yuqori da aytilgan yoki turli surunkali kasalliklarga yo‘liqqanda ham ko‘z soqqasining

ichki pardalarida nuqson paydo bo‘lishi mumkin. Demak, homilador

ayollar uchun profilaktik choralar to ‘g‘risida doim o 4ylash va madadkor bo‘lish kerak. Bunga hozirgi ona va bola sogiig‘ini saqlash to‘g‘risidagi qoidalarini bajarish talabga muvofiq bo‘ladi va juda muhimdir.

Klinik mashgulot

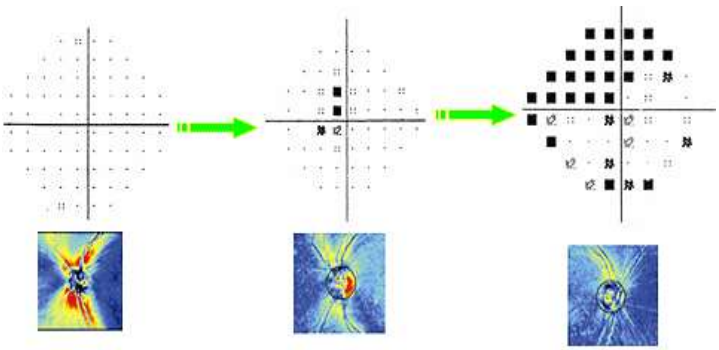
Perimetriya -

Ko’rsatma: diagnostika maqsadida

Tekshirish usulini o’tkazish to’g’risida tushuntirish

O’tkazish texnikasi

Ko`rish maydonini tekshirish perimetriya deyiladi.



Ko`rish maydonini doimiy tekshirib borish bemorning vaqtini va kuchini oladi, lekin bu yo`qotilgan vaqt va kuchga bog`liqdir. Ko`rish maydonini tekshirish uchun har xil programmalar mavjud bo`lib, ular afzalik va kamchiliklarga egadir. Tekshirishlar qancha uzoq davom etsa, natijalar ham aniqroq bo`ladi..

Ko‘ruvmaydoniko‘zlardanbiriningbirnuqtagaqarabturibatrofidagikengmasofaniko‘rabilishqobiliyatiyokiko‘zningo‘shamaydondagijaminuqtalaryigindisinibirvaqtdaqabulqilabilishfaoliyatidir. Ko‘rish maydonining masofasi ko‘zning pcriferik ko‘rish faoliyatiga bog‘liq va bunday vazifani to‘r pardadagi tayoqschasimonhujayralari bajaradi. Ko‘zning ko‘rish maydonini tekshirish usullari turlicha. Buning eng oddiysi nazorat usuli bo‘lib, bunda shifokor o‘z ko‘zining normal ko`rish maydoni bilan tekshiriluvchi sub’ekt ko‘rish maydoninisolishtirib o‘rganadi. Bunda yoruq‘dan yuz o‘girib o‘tirgan tekshiriluvchi bilan shifokor 1 m oraliqdaqarama-qarshi yoki ro‘para o‘tirb, ko‘zlarining har biri ayrim-ayrim tekshiriladi. Tekshiriluvchining o‘ng ko‘zi tekshirilayotganda shifokor chap ko‘zining ko‘rish maydoni bilan va uning chap kolzi tekshirilayotganda shifokorning o‘ng ko‘zi ko‘rish maydoni bilan solishtiriladi. Bunda shifokorning ko‘rsatkich barmog` yoki uning qolidagi ko‘rsatkich ob’ekt o‘ng, chap, yuqori va pastki tomondan asta-sekin markaz tomonga surilibko'rsatiladi. Agar tekshiriluvchi bilan shifokor ob'ektning maydonda paydo bo‘1ganini bir vaqtda sezib ko‘rsa natija to`g‘ri hisoblanadi. Shifokor ko‘zining ko‘rish maydoni normada bo‘lsa, ular ikkalasining ob’ektni bir xil masofadan ko‘rishdan uning me’yorida ekanligi ma’lum bo`ladi. Bu usul juda oddiy va o‘rnidan tura olmaydigan og`ir kasallar ko‘zini tekshirish uchun qulaydir.

Tekshirish natijalari normal bo‘lganda ham, o‘zgargan holatlami ham ancha to‘g‘ri ko‘rsatadi. Ko‘zning ko‘rish maydonini tekshirish uchun ilgari zamonlardan buyon turli asboblar kashf etilib, foydalanilgan. Purkinc 1825 yilda birinchi asbob perimetrni taklif etib, 1855 yilda Grefc uni amalda qo‘l1agan. 1857 yilda Ferster 1868 yilda Shultsc bu asbobni mukammallashtirgan. Hozirgi zamonda perimetrlarning tuzilishi va sifati juda yaxshi ishlangan proyektsion

perimetr, Goldmanning sferik pcrimetri va pcrigraflar bor.

Keyingi perimctrlarning ish tartibi avtomatlashtirilgan va ularni amaliyotda ishlatish osonlashtirilgan. Ilgaridan amaliyotda ko‘p ishlatilib kclingan Ferstcr pcrimctri yoyining qoq o‘rtasiga oppoq nuqta (0) joylashtirilgan. Bu yarim oy yoyining markazi asbobning tcmir tanasiga nisbatan aylanish imkoniyatiga moslab biriktirilgan.

Ko‘rish maydoni tckshirilganda chegarasi qaysi meridianda va qaysi nuqtada ekanligini orqasida yozib qo‘yilgan. ≪0≫ dan ≪90≫ gacha bo Igan graduslarga qarab aniqlanadi. Asbobning moslashuv qismida engakni qo‘yib tekshirilayotgan ko‘zni markazdagi oq belgiga to‘ppa-to;g‘ri qarash imkoniyati yaratilgan. Tekshirish uchun ishlatiladigan oq ob’ekt diametri 3; 5; 10 mm lidir. Lekin qizil, yashil, zangori rangli ob’ektlar 1-3 mm bo‘lishi kerak. Hozirgi zamon oftalmologiyasini Ferster perimetri to'liq ta’minlamaydi. Shuning uchun ko‘z klinikasi va statsionarlarida avtomatlashtirilgan perimetrlar kasallarni tekshirib aniq tashxis qo‘yish, prognozlash yoiida muvaffaqiyat bilan ishlatiladi.Perimetrlar yordamida ko‘rish maydonining proyektsiyasi tekis sathda emas, balki ko‘z pardalarishakliga o‘xshab moslashgan yarim oy shaklidagi sathda oq va turlirangli ob'ekt bilan tekshiriladi. Ferster perimetri va uning ixcham stol ustiga qo‘yib ishlatiladigan turining qimmati shundaki u og‘ir emas, kichkina va uni istalgan tomonga olib qo‘yish va olib yurish mumkin. Lekin uning kamchiligi

- yoritish asbobi yo‘q.

- kichik nuqsonlami aniqlab topish juda qiyin.

Yangi asboblardagi diafragma va yoruglik filtrlari aniq me’yorda nurni susaytirish va kuchaytirish yoki turli rangdagi ob’ektlardan foydalanish imkoniyatini beradi. Shu asosda ko'rish maydonini faqatsifatli emas, hatto miqdoriy hisobda aniqlash ham mumkin.

Sferik perimetming yana bir afzalligi shundaki, uning yoritish kuchini o‘zgartirib kunduzgi (fotopik), g'ira-shira vaqtdagi (mezopik) yoki qorong`ilikda (skotopik) ko‘rishga moslashtirib maydonni tekshirish mumkin. Bunda tekshirish natijalarini hisobga olishning moslashtirilgani, ishni yengillashtirib vaqtni tejaydi.

Pcrimetriya - ko‘rish maydoni chegaralarini tekshirish usulidir.

Bu qorong‘i uyda bajarilib, asbob tekshiriluvchining bo‘yiga moslanib, uning bog‘lanmagan ko‘zi yoy o‘rtasidagi oq ob’ektning ro‘parasida, kasalning engagi tirgakka joylashtiriladi. Ko‘rish maydoni oq rangli ob’ekt bilan tekshirilganda ob’ekt 3 mm li. Uchrashi mumkin bo‘lgan nuqsonlarni aniqlash uchun 1 mm libo‘ladi. Agar kasal ko‘zining nur sezish qobiliyati kamaygan bo‘lsa ob’ektni bir ozyoritib kattalashtirish ham mumkin (5; 10 mm gacha).

Ko‘rish maydonini ranglar bilan tekshirish uchun 1-3 mm li ob’ekt ishlatiladi. Odatda tekshiruvchi rangli ob’ektlarni bir soniyada 2-3 sm tezlikda atrofdan markazga yurg`izadi. Bunday tekshirish 8-12 meridianda 30-40 oralig'ida aylantirib bajarilganda tekshirish juda aniq bo‘lib, nuqsonlar oson topiladi. Tekshirishning turli kattalikdagi va har xil rangdagi ob’ekt bilan ketma-ket bajarilishi moslashtirilgan hisoblanib, bu miqdoriy yoki kvantativ tekshirish deyiladi. Bu usul juda sezgir bo`lgani uchun ko`zning turli kasalliklarida boshlang‘ich davrida qo‘llanilsa, yangi paydo bo`lgan o ‘zgarishlarni ko‘rsatib beradi va tashxis qo‘yishga yordam beradi. Ko‘rish maydonini rangli ob’ektlar bilan tekshirganda, ularni periferiyadan markazga yurg`izishdagi ranglari tovlanishlarini bilib chegarasini o‘sha tekshirilayotgan ranglarni kasal aniq ko‘ribaytgandagi shkaladan hisoblash kerak. Chunki ko‘rish maydonining eng periferiyasida axromatik zona bor va o‘shajoydan ko‘rsatilgan turli rangli ob’ekt kulrang bo‘lib ko‘rinadi va keyinchalik markazga surilgan sari o‘zgarib oxirida o‘z haqiqiy rangiga o‘tadi. Masalan, qizil ob’ekt avval kulrang, so‘ngra sariq,

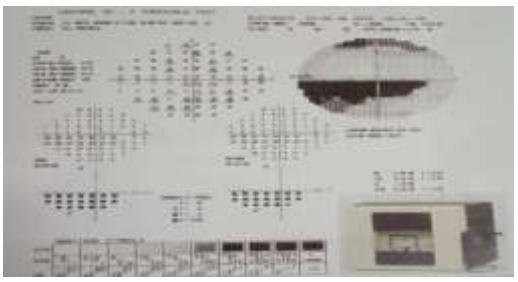
keyin zarg‘aldoq va oxirida o‘z qizil tusini oladi. Zangori rang esa kulrangdan havorangga , so‘ngra asta-sekin zangoriga o‘tadi.

Ko'rish maydonidagi ranglarning tovlanish faolligi avvalo zangoriga, keyin sariqqa, so‘ngra qizilga va oxirida ko‘k ranggaaylanib paydo bo‘ladi. Avtomatlashtirilgan perimetrlar kompyuter asosida ishlatiladi.

Avtomatlashtirilgan perimetrlarning grafik blankalari bor. Bu blankalarda ko'rish maydonining chizma shakli bo‘lib, bu markaziy nuqtalardan 10° oralab chizilgan aylanalar va ularga nisbatan chizilgan meridianal yo`llaridir.

Bu grafiklarda o‘ng ko‘zning ko‘rish maydoni sxemasi o`ng  tomonga va chap ko‘zniki chap tomonga joylashtirilgan va oq turli rangdagi ko‘rish maydonining normal chegaralari yaqqol ko‘rinib turadi. Tekshirganda haqiqiy normal ko`rish maydonini aniqlab olish uchun xonada shovqin bo‘lmasligi, shifokor juda osoyishta harakat qilishi va normal yorug`lik bo‘lishi zarur. Bunda ob’ektlar rangi va katta-kichikligining ham ahamiyati bor .

OftaJmologikkasalliklarnianiqlash, tashxisqo‘yishvaprognozlashuchunko‘rishmaydoniholatiningamaliyahamiyatikatta dir.



Ko‘rishmaydoninijudaaniqtekshirishuning 8 yo‘nalishidabajariladivauningnormalchegaralariquyidagicha: chakkatomoni - 90, chakkapastkitomoni - 90* chakkayuqoritomoni - 70, pastki - 60, buruntomon - 60, burunyuqoritomoni - 55, burunpasttomonga 50, yuqoritomonga - 55.

Ko‘rish maydoni kengligini 8 yo‘nalishda tekshirib topilgan sonlarni yig‘ib, qo‘shib hisoblab-90+90+60+60+50+55+55+70=530° normani aniqlash mumkin. Bu umumiy yig`ilgan sondan kam bo`lsa, qaytadan tekshirib toraygan meridianini aniqlash kerak.

Kampimetriya- ko‘rish maydonining markaziy qismini, undagi ko‘rish nuqsonlarini tekis sathga solib, tekshirish usuli. Bu usul yordamida ko‘rish maydonidagi ko‘r dog‘ning chegaralari, shakli hamda ko‘rish maydonidagi markaziy va periferik nuqson (skotoma) larni aniqlash mumkin.

Kampimetr - o‘rtasi oq nishonali yaltiramaydigan qora matodan yasaladi . Bunda ham perimetr bilan tekshirilganidek, kasal yorug‘ nur tushib turgan tomonga orqasini o‘girib, kampimetrdan 1 m narida engagini oq markaziy nuqtaga moslab yasalgan tirgakka qo‘yib o'tiradi. Tekshiruvchi qo‘lidagi qora sim uchiga biriktirilgan 1,5 yoki 10 mm li oq ko‘rsatkichni chapdan, o`ngdan, yuqoridan,pastdan va boshqa tomonlardan markazga tomon sekin yurg‘izib tekshiradi. Aniqlangan chegara nuqtalar bo‘r bilan chiziladi va shunda ko‘rsatkich ko‘rinmay qolgan joyi - skotomaning shakli va uning katta-kichikligi ma’lum bo‘ladi.

Skotomalar fiziologik va patologik bo‘ladi. Ko‘z tubidagi ko‘ruv nervi diskining ko‘rish maydonidagi aksi- fiziologik skotoma - ko‘r dog‘dir. U ko‘rish maydonining chakka tomonida markaziy nuqtadan 12-18 sm narida joylashgan bo‘1ib ko‘rinadi. Normada uning o'lchami - vertikal kattaligi 8-9 va gorizontal kattaligi 5-8 ga teng. Tekshirish vaqtida shu ko‘r dog‘dan boshlanib, 30°-40°masofada paydo bo‘ladigan tasmasimon dog‘la r – angioskotomalar deyiladi. Chunki ular to‘r pardada yotgan qon tomirlaming soyasidir. Ko‘rish maydonida bunday fiziologik dog‘ tekshirilganda kattaligi normadan ko‘p chiqsa, patologiyadan darak beradi. Glaukoma boshlanishida, diskning turg‘unlik patologiyasi boshlanishida va keyin ham bu ko‘r dog‘ning maydoni normadan kattalashadi.Ko‘rish maydonining patologik o ‘zgarishlari ikki xil bo‘ladi. Birinchi xili ko‘rish maydoni chegaralarining torayishi va ikkinchisimaydonining sektoral torayishi bu maydonda turli shakl va ko‘rinishdagi nuqsonlarning paydo bo`lishidadir.Ko‘rish maydoni masofasining torayishi kontsentrikko‘rinishda, ya’ni atrofdan markazga qarab torayishidir .

Boshlanishda buchetlardan markazga suriladi va bora-bora ko‘payib, o‘rtada torgina masofa qoladi. Kontsentrik torayish ko‘ruv nervining yallig‘lanishi, atrofida, to ‘r pardaning pigmentli distrofiyasida bo‘ladi. Tutqanoq, asab-psixik kasallikka mubtalo bo`lgan odamlarda yoki vasvasa, jazavali odamlarda qattiq ruhiy qo‘zg‘alish paytida ham ko‘rish maydoni muvaqqat kontsentrik torayadi. Bunday bemorlarga turli klinik ob’ektiv simptomlar (ko‘rish diskining holati, anamnez) ga asoslanib tashxis qo‘yiladi.

Ko‘rish maydonining torayishi sektor ko‘rinishda ham bo‘ladi Bu glaukomaning boshlanishidagi ko‘rish maydonining burun, burun yuqori va burun pastki tomonida 10°-20°- ga torayishidir. Bora-bora kasallikning oxirida bu hamma tomondan torayib, kontsentrik ko‘rinishga o‘tadi.

Ko‘rish maydonining qoq yarmi ishdan chiqishi gemianopsiya deyiladi. Gemianopsiyaikkalako‘zningbirtomoni – chap yoki o‘ng tomondagi yarmida bo‘lsa, gomonim gemianopsiya deyiladi. Bunda ko‘rish maydonining torayishi bir ko‘zning burun tomoniga to`g‘ri kelsa, ikkinchi ko‘zning chakka tomoniga to‘g‘ri keladi. Bu xiazma orqasida patologik shish paydo bo`lganda ko‘ruv traktlarining biriga tegishli o‘zgarishdan vujudga keladi. Geteronim gemianopsiyada ikkala koz ko‘rish maydonining yo chakka, yoki burun tomoni ishdan chiqqan bo‘ladi. Bu holat xiazma qismida patologiya paydo bo‘lganda vujudga keladi. Ko‘rish maydoni yarmining ishdan chiqib ko‘rmay qolishi gemianopsiya, ikkala chakka tomonda bo‘lsa, bitemporal gemianopsiya deyilib, bu xiazmaning old o‘rta qismidagi kesishgan bog‘ichlar patologiyasidan bo'ladi. Binazal gemianopsiya esa xiazmadagi kesishmagan nerv bog‘ichlarining ishdan chiqishidan vujudga keladi.

Yondan yorug’lik tushirib ko’rish usuli

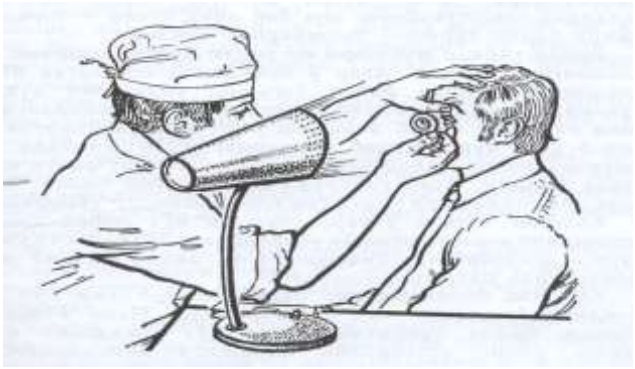
Ko’rsatmadavolashvadiagnostikamaqsadida

Keraklijihozlar: stul,yorug’likmanbai, lupa 13,0d

Tekshirishusulihakidatushuntirish

Bemorstuldao’tiradi,
yorug’likmanbaibemorningchaptarafida.Vrachbemorningro’parasidaturadi, masofa 50 sm, 13,0
dlupabilanchaptomondaturganlampanibemorko’zibilanbirtekislikdaushlab,
yig’ilgannurdastasishu’lasinitegishliqismgamoslabyaxshiyoritibqaraladi.

So’ngrako’zyosha’zolari ,ko’zyoshbeziningzonasi, ko’zyoshyo’li,
o’tishyo’llarivako’zyoshxaltasiningustkiterisiko’zdankechiriladi



Binokulyar kurishni aniklash

1.Kursatma: tekshirish va diagnostika maksadida

2.Kerakli jixozlar: stul, kogozdan yasalgan nay

3.Tekshirish usulini utkazish tugrisida tushuntirish

Bemor tekshiruv xonasida stulga utiradi.

Ung kulda kuz diametri 2-5 sm ga teng bulgan nay ushlanib, kuzga yunaltiriladi

Ikkinchi ochik kuz tomondan kul kaftining nayga kundalagiga tegizib turib karaganda, kuzlarining xamkorlikdagi baravar kurishi normal munosabatda bulgani uchun nay bushligi kul kaftidagi teshikka uxshab kurinadi.

Izox: Binokulyar kurish- bir narsani ikkala kuzning xamkorlikda baravar kurish faoliyatidir.

4-Mavzu Akkomodatsiya ,presbiopiya

4.1.Ta`lim berish texnologiyasining modeli

Mashg`ulot vaqti	Talabalar soni-8-10 ta
Mashqulot shakli	Amaliy mashqulot
Mashqulot rejasi	**Ta`limiy:** Talabalarga akkomodatsiya va presbiopiya xaqida tushuntirish **Tarbiyaviy:** Mavzuga oid hayotiy misollar orqaliah talabalar ongida xalk salomatligini yaxshilash, axolining tibbiy saviyasini oshirishda o'z xissasini qo'shishga intilish, o'zi tanlagan kasbga mexr uyg'otish **Rivojlantiruvchi:** Mavzuni tushuntirishda yangi adabiyotlar asosida, ilmiy asoslangan dalillar orqaliah talabalarni zamon talabiga mos kadrlar bo'lib etishishiga erishish.

Ta`lim berish usullar	Multimediya, interfaol usullar
Ta'lim berish shakllari	jamoaviy, kichik guruxli
Ta`lim berish vositalari	Jamoaviy
Ta'lim berish vositalari	O’quv uslubiy ishllanma, elektron darsliklar, kompyuter, proektor, multimediyali vositalar, TV video,baner plakatlar
Ta`lim berish sharoiti	Metodik jihatdan jixozlangan auditoriya

4.2 Amaliy mashg’ulotning tashkiliy tuzilishi

	Tashkiliy qism	Ajratilgan vaqt
	Kirish	5 minut
	Talabalarni dastlabki bilimini tekshirish a) og’zaki suxbat	10 minut

	b)interaktiv usullar yordamida va boshqalar	15 minut
	Amaliy ko’nikmalarni o’zlashtirish a)qabul bo’limi hujjatlari va ularni to’ldirish qoidalari bilan tanishish	10 minut 25 minut
	Talabalar bilim darajasini baholash	10 minut
	Mashg’ulotni yakunlash, vazifa	5 minut
		80 minut

Klinik mashg’ulotning tashkiliy tuzilishi

№	Tashkiliy qism	Ajratilgan vaqt
1	Kirish	5 minut
2	Bemorlar kuratsiyasi	30 minut

3	Bemorlarni kasallik tarixi bilan tanishish	10 minut
4	Jamoa bilan bemorlar taxlili	10 minut
5	Amaliy ko’nikma	10 minut
6	Retsept yozish	10 minut
7	Mashg’ulotni yakunlash, vazifa	5 minut
Jami:		80 minut

Akkomodatsiya ,presbiopiya

Akkomodatsiya. Kishi hayoti uchun k o ‘z uzoq va yaqin masofadan ko‘ra bilishiningahamiyati kattadir. Bu vazifani ko‘zdagi fiziologik mexanizm - akkomodatsiya bajaradi. Akkomodatsiya ko‘zning uzoq va yaqinda turgan narsalarni aniq ko‘ra bilish uchun moslashuvidir. Akkomodatsiya yordamida to‘r pardada uzoqdagi yoki yaqindagi narsalar shakli o‘z aksini topadi. Bu jarayon ko‘z nurini sindirish qobiliyatining turlanishi, gavhar sathi qiyasining o‘zgaruvchanligi natijasida vujudga keladi. Gavhar sathi qiyasining

o‘zgaruvchanligi uning elastikligiga bog‘liq bo‘lib, buni kipriksimon tanadagi muskulchalarning faol qisqarishi vujudga keltiradi. Akkomodatsiya mexanizmi: kipriksimon tana muskullari qisqarganda, gavharga yopishgan Sini bogiamchalari

bo‘shashib, gavhar qopchasining tarangligi kamayadi, shuning uchun uning oldi yuzasi do‘ppayib, gavhar qalinlashib, nur sindirish kuchi ko‘payadi

va shu munosabat bilan yaqinda joylashgan buyumlar aksi to‘r pardaga tushadi. Akkomodatsiya doira muskullari bo‘shashganda esa shu hodisaning aksi bo‘lib, qopcha o‘z holiga qaytib va bir oz

bo‘shaydi, gavhar yupqalashadi, bunda to ‘r pardaga uzoqda joylashgan buyumlarning aksi tushadi Akkomodatsiya paytidagi ko‘zdagi o‘zgarishlar:

1. Ko‘z gavharining shakli o ‘zgarib oldi sathining o‘rtasi

(markazi) ko‘proq do‘ppayib chiqadi, orqa sathida bunday o‘zgarish

juda kam bo ladi.

2. Gavhar qalinlashgach ko‘zning oldi kamerasi sayozlanadi.

3. Bog‘ichlar bo‘shashganligi sababli gavhar o‘z vazni hisobigabir oz pastroqqa suriladi.

4. Ko‘z qorachig‘i torayadi va yaqindagi narsalar shakli aniqva ravshan ko‘rinadi.

Ko‘zni harakatga keltiruvchi nerv tolalari hisobidan kipriksimon tanadagi doira muskullari qisqaradi va narsalarni yaqindan ko‘rish uchun gavharning nur sindirish qobiliyati kuchayadi, kipriksimon

tanadagi radial muskul tolalari qisqarganda uzoqdagi narsalarni ko'rish uchun refraktsiya, aksincha, kuchsizlanadi. Akkomodatsiyaning bu klassik nazariyasini Gelmgolts yaratgan.

Akkomodatsiyaning o‘zgarishlari. Presbiopiya – bu akkomodatsiyaning inson yoshi 40 ga yaqinlashganda paydo boiadigan o‘zgarishi, ya’ni akkomodatsiyaning susayishidir. Kishi yoshi ulg‘aygan sari ko‘z gavhari elastikligining kamayib borishi natijasida ilgari ko‘zga eng yaqindan ham yaqqol ko‘rinib turgan nuqtaning asta-sekin uzoqlashib borishidir. Natijada o‘qish-yozish yoki bichish-tikishdek mayda mashg4ulotlami bajarish qiyinlashib, ko‘zoynak taqishga ehtiyoj paydo boiadi.

Akkomodatsiya spazmi - ko'pincha koʻz refraktsiyasining zoʻrayib ketishi, koʻzning toʻsatdan faqat yaqindan koʻradigan boʻlib qolishi, uning uzoqdan k o ʻrish faoliyatining susayishi bilan ifodalanadi. Spazmda koʻzning faqat yaqindan koʻradigan boʻlib qolishi, koʻpincha yoshlarda kipriksimon tanadagi tegishli muskulchalaming normadan ortiq qisqarib (yoshlar juda koʻp kitob oʻqiganda yoki yozganda) toliqishi natijasida koʻz gavharining nur sindirish kuchi oshadi. Bu holat kipriksimon tanadagi antagonist

radial muskulchalar vazifasini susayishiga ham qisman bogʻliq boʻladi. Shu munosabat bilan gavhar qiyasining kattalashuvi koʻzning uzoqdan koʻrishiga ham salbiy ta’sir qiladi. Refraktsiyaga

faol qatnashadigan inson ko4zi akkomodativ apparatiga faqat qarilik emas, balki turli toksinlar, endokrin va nerv omillari, farmakologik moddalar ham yomon ta’sir qilishi mumkin.

Normada akkomodatsiya turlicha b o ʻladi: a) mutloq akkomodatsiya - bu ikki koʻzdan birining ayrim (mustaqil) akkomodatsiyasidir. Mutloq akkomodatsiya bir ko'zning biror narsa shaklini aniq ko'rish uchun jami akkomodativ kuchini sarflab, tatbiq qilishdir. Bir nuqtaga ikki koʻz bilan qaralganda odatda koʻzlar

koʻrish oʻqi oʻsha nuqtaga qo4shilish uchun bir-biriga yaqinlashadi. Bu jarayon konvergentsiya deyiladi. Ikki koʻz bilan nuqtaga qarash uchun sarflangan akkomodatsiya; b) nisbiy akkomodatsiya deyiladi. Nisbiy akkomodatsiya kuchi absolyut akkomodatsiya kuchidan kamroq boʻladi, chunki bunga konvergentsiya xalaqit berib, biror koʻz akkomodatsiyasi ham toʻliq boʻlmaydi. Ayrim bir koʻzningkonvergentsiyadan holi akkomodatsiyasi kuchliroq bo'ladi.Koʻzningyaqindan koʻrish (P) va uzoqdan koʻrish (R) nuqtalari bor.

Koʻzning eng yaqin (akkomodatsiya avjida) aniq koʻrinadigannuqtasini aniqlash uchun tekshiriluvchi odamga portativ jadvaltoʻrtinchi qatoridagi harflar koʻrsatiladi va uni koʻziga yaqinlashtirib, P nuqtasi ko4zdan qaysi masofada joylashganligi topiladi. Bu masofa 0,1 m (10 sm) ga teng boʻlsa, shu nuqtaga qaraganda sarflanadigan akkomodatsiya kuchi (1:0,1 m) 10 dptr ga teng boʻladi.

Ko ‘zning uzoqdan k o ‘rish nuqtasi R normada, ya’ni emmetropiyada cheksizlikda joylashgan bo‘ladi. Chunki akkomodatsiya bo‘shashganda uzoqdan tushgan parallel nurlar to ‘r pardada yig‘iladi, demak, shu nuqtaga qarab turganda sarflanadigan akkomodatsiya kuchi (1:~) 0 dptr ga teng bo‘ladi (skiaskopiya usuli

bilan tekshiriladi). Akkomodatsiya hajmi deganda biz k o ‘zning moslanish jarayonidagi ko‘z gavhari nur sindirish qobiliyatining maksimum darajasida kuchayishini tushunamiz. Akkomodatsiya hajmi har

bir ko‘zda ayrim-ayrim dioptriya hlsobida quyidagi formula asosida aniqlanadi A = P (+ R). Bu formuladagi Aakkomodatsiyaning hajmi, P- k o ‘zning yaqindan aniq k o ‘rinadigan va R- uzoqdan aniq ko‘rinadigan nuqtalarga moslashib turgan holatidagi klinik refraktsiyasi.

Bizning misolimizda akkomodatsiya hajmi A = 10 dptr - 0 dptr = 10 dptr ga teng boladi.

Yaqindan ko‘rish nuqtasi qancha yaqin bo‘lsa, unga shuncha kop akkomodatsiya sarflanadi va shu tufayli konvergentsiya ham zo‘rayishi kerak. Demak, k o ‘z konvergentsiyasining zo‘rayish darajasi akkomodatsiyaning kuchi bilan teng bo‘ladi. Emmetroplaming ko‘zi konvergentsiyasining nuqtasi ko‘zdan 1 m oraliqda bo‘lsa, uning akkomodatsiya kuchi 1 dptr ga teng bo‘ladi. Mioplarda konvergentsiya

kuchsiz, chunki ularning ko‘zlari o‘zi akkomodatsiyasiz yaqindan juda yaxshi ko‘radi, gipermetroplarda esa konvergentsiyaga ehtiyoj kuchli, chunki ular ko‘zning fokusi to ‘r pardaga tushishi uchun akkomodatsiya doimiy ravishda ishlab turishi kerak.

Ko'z refraksiyasining paydo bolishi va rivojlanishi. K o ‘z refraktsiyasi homila davrida ona qornida sog‘lom o‘sib kelayotgan bola markaziy nerv sistemasi va uning ko‘z kurtagining to ‘g‘ri takomillashib, ko‘zning har bir pardasi va ichki qismlarining mutanosib o‘sib, bola tug‘ilishidan oldin ko‘z murakkab vazifasini bajarishga tayyor bo‘lishiga bog‘liq. Ko‘z refraktsiyasi - uning nur sindirish qobiliyati, chaqaloqlar tug‘ilib ko‘zini ochib qaraydigan bo‘lganda, ularning ko‘ziga nur tushgandagina boshlanadi. Bu davrda chaqaloqning ko‘zi

kichkinagina, yumshoq va mutloq yetilib rivojlangan boladi. Uning shox pardasi va gavhari nur sindirishga moslashgan bo‘lgani uchun chaqaloq ko‘zi optik sistemasining nur sindirish kuchi 80,0 dptr ga teng boladi, lekin ko‘zning anatomic o‘qi uzunligi kichkina - 18,5 mm bo‘lgani uchun asosiy fokusi ko‘z soqqasidan tashqarida, uning orqasida bo‘ladi. Shuning uchun chaqaloqlarning ko‘pchiligida gipermetropiya bo‘ladi. Bola organizmi o ‘sish davrida bu refraksiya asta-sekin

kuchayib emmetropiyaga o‘tadi. Lekin b a ’zi bir bolalarda gipermetropiya umrining oxirigacha qoladi. Yosh bola va o ‘smirlar o‘z ko4zida kamchilik borligini bilmaydi, chunki bu vaqtda ularning akkomodatsiya appa rati yaxshi ishlaydi. Bolalarning qolgan bir qismi ko‘ziga tashqi muhit ta ’sir qilishi

munosabati bilan yaqindan ko‘radigan ham bo4ladi. Bu odatda bolalarning maktabda o ‘qish davriga to ‘g ‘ri keladi. Bunda akkomodatsiya muskullarning ko‘proq qisqarishi (spazmi), yoki ko‘pincha yaqindan o‘qish, yozish va boshqa ishlarni bajarganda ko‘z gavharining nur sindirish qobiliyatiga zo‘r kelaverganidan, u doimiy holatiga aylanishi mumkin. E.S.Avetisov miopiyaning paydo b o ‘lib o ‘sishi, bola organizmida umumiy tug‘ma holsizlikdan, maktabda o 4qish d av rid a k o ‘zga z o 4r kelishi, k o ‘zning to liq ish i, k o ‘z akkomodatsiyasi va konvergentsiyasining ortiqcha harakatidan unda spazm paydo b o ‘lishi yoki irsiyatga bog‘liq holda bola k o 4zida akkomodatsiya mexanizmining homila davridayoq

kuchsiz tax a ssu sla sh g an i sab ab b o ‘ladi deb hisoblaydi. Bolaning ko4zi yaqin masofaga moslashib zo‘riqqanida uning o 4qi uzunligi normadan oshib ketadi va bu keyinchalik oqsil p a rd a va k o 4zning boshqa qismlarida p atologiya paydo b o 4lishiga olib keladi.

Avetisov bunday dinamik jarayonning o'zgarishi kipriksimon tana holatiga bog'liq bo'lgani uchun,

aynan akkomodatsiyani ko 'z refraktsiyasining regulyator nazoratchisi deb ataydi. Bunda kipriksimon tanadagi qon tomirlarda qon aylanishi (ergografiyadan bilinadi) normal holatda bo‘lsa, akkomodatsiya ham yaxshi bo4lib, emmetropiya vujudga k e lad i. Agar qon ay lan ish i b u zilgan b o ‘lsa, a k k om o d a tsiy a kuchsiz b o ‘iib, miopiya va ak sin ch a , akkomodatsiya kuchli bo‘lsa, gipermetropiya bo‘ladi.

Shu tariqa E.S.Avetisov nazariyasi b o 4yicha miopiyaning patogenezida quyidagi uch faktorning ahamiyati bor:

1. Irsiy faktor

2. Akkomodatsiya susayishi

3. Sklera to ‘qimasi tarkibining o‘zgarishi, mustahkamligi va elastik xususiyatlarining pasayishi.

Miopiyaning sabablari va klinikasi ham turlicha bo4lishi mumkin. Maktab o 4quvchilarining hammasida miopiya bo'lavermaydi va o‘sha bolalarning bir qismida paydo bo'lgan 2-3 dptrli miopiyaning

hammasi ham kasallik hisoblanmaydi, uning bir qismi ko4pincha o‘zgarmaydi va ofcsmaydi. Bir xilda turib kishi yoshi oshgandan (40 yoshdan keyin) kamayaveradi. *(A* Optik apparatning tug4ma nuqsoni va anomaliyalari juda kam uchraydi. Bunga faqat tu g 4ma miopiyaning pog4onalari, anizometriyaning 2,0 dptr dan kuchlisi va astigmatizmning 3,0 dptr dan kuchlisi kiradi.

Bola tug‘ilgandan paydo bo‘lib o‘saveradigan miopiya tug‘ma miopiya - kasallik hisoblanadi.

Gipermetropiya yoshlarda yashirin holatda ham bo4ladi. Ular ko4zida kipriksimon tanadagi muskulchalar ham. Sini bog4lamlari ham, gavhar va boshqa qismlar ham yosh, yumshoq va ishchan b o ‘lgani uchun buni akkomodatsiya tekislab turadi. Lekin gipermetropiya 3,0 dptr dan ko4p bo‘lsa, 20 yoshlardan keyin kitob o4qish paytida, mayda ish qilgan paytida ko4zi tinib qiynalib qoladi.

Klinik mashgulot

Skioskopiya

1.Kursatma:davolash va diagnostika maksadida

2.Kerakli jixozlar: oftalmoskop, linzalar taxtachasi

3.Tekshirish usulini utkazish tugrisida tushuntirish

Bemor yoruglik manbaidan ung tomonga utiradi, shifokor 10 ta teshigiga (-),yoki (Q) belgili sferik shisha linzalar kuyilgan ikkita uzun taxtaani bita bittadan ishlatib kuradi

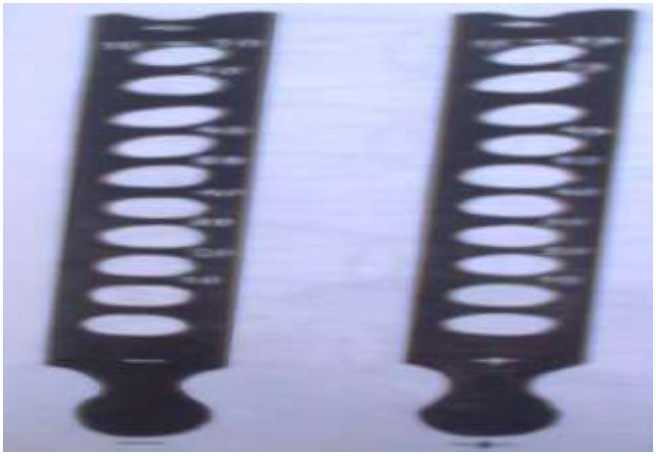
Buning uchun shifokor oldin ung kuldagi oftalmoskop yordamida kuzga nur tushirib,oftalmoskopni tepa va pastga,ungga va chapga burib kurganda,korachik yaltirab unga tushgan nur yigindisi oftalmoskop buralgan tomonga yoki unga teskari tomonga yuradi,nurning ketidan soya paydo buladi.

Tekshiriluvchi ung kuzi tekshiriladigan bulsa, shifokorning chap kulogi yonidan ,chap kuzi tekshiriladigan bulsa ung kulogi yonidan uzoklarga karashi kerak.

Agar nur yigindisi oftalmoskop xarakatiga teskari yursa emmetropiya yoki gipermetropiya nazarda tutiladi.,aksincha oftalmoskop xarakati ketidan yursa unda miopiya nazarda tutiladi.

(Q) linzalar va (-) linzalardan iborat taxtachadan foydalanilib ,kerakli kuzoynak bemorga tanlanadi

Izox Bu usul kuzga kuzoynakni tugri tanlash uchun olib boriladi va kuzning kurish kobiliyatini yaxshilashdan iborat.



5-Mavzu O`suvchi asoratlangan miopiya, maktab miopiyasi, profilaktikasi va davolash

4.1.Ta`lim berish texnologiyasining modeli

Mashg`ulot vaqti	Talabalar soni-8-10 ta
Mashqulot shakli	Amaliy mashqulot
Mashqulot rejasi	**Ta`limiy:** Talabalarga Klinik refraktsya, ko`z tubining oftalmoskopiyasi.O'suvchi asoratlangan miopiya, maktab miopiyasi. uni davolash va oldini olish Miopipiya va giptrmetropiya darajalari **Tarbiyaviy:** Mavzuga oid hayotiy misollar orqaliah talabalar ongida xalk salomatligini yaxshilash, axolining tibbiy saviyasini oshirishda o'z xissasini qo'shishga intilish, o'zi tanlagan kasbga mexr uyg'otish **Rivojlantiruvchi:** Mavzuni tushuntirishda yangi adabiyotlar asosida, ilmiy asoslangan dalillar orqaliah talabalarni zamon talabiga mos kadrlar bo'lib etishishiga erishish.
Ta`lim berish usullar	Multimediya, interfaol usullar
Ta'lim berish shakllari	jamoaviy, kichik guruxli
Ta`lim berish vositalari	Jamoaviy
Ta'lim berish vositalari	O'quv uslubiy ishllanma, elektron darsliklar, kompyuter, proektor, multimediyali vositalar, TV video,baner plakatlar
Ta`lim berish sharoiti	Metodik jihatdan jixozlangan auditoriya

5.2 Amaliy mashg’ulotning tashkiliy tuzilishi

	Tashkiliy qism	Ajratilgan vaqt
	Kirish	5 minut
	Talabalarni dastlabki bilimini tekshirish a) og’zaki suxbat b)interaktiv usullar yordamida va boshqalar	10 minut 15 minut
	Amaliy ko’nikmalarni o’zlashtirish a)qabul bo’limi hujjatlari va ularni to’ldirish qoidalari bilan tanishish	10 minut 25 minut
	Talabalar bilim darajasini baholash	10 minut
	Mashg’ulotni yakunlash, vazifa	5 minut

		80 minut

Klinik mashg’ulotning tashkiliy tuzilishi

№	Tashkiliy qism	Ajratilgan vaqt
1	Kirish	5 minut
2	Bemorlar kuratsiyasi	30 minut
3	Bemorlarni kasallik tarixi bilan tanishish	10 minut
4	Jamoa bilan bemorlar taxlili	10 minut
5	Amaliy ko’nikma	10 minut
6	Retsept yozish	10 minut
7	Mashg’ulotni yakunlash, vazifa	5 minut
Jami:		80 minut

O`suvchi asoratlangan miopiya, maktab miopiyasi,

profilaktikasi va davolash

Fizikada refraktsiya deganda nurlarning biror linza yoki qator qo‘yilgan bir nechta linzalardan o‘tib sinishi tushuniladi. Oftalmologiyada ham ko‘zning tuzilishi linzalar sistemasiga o‘xshaydi. Shox parda, ko‘zning oldingi kamera suyuqligi, ko‘z gavhari va shishasimon tanalar - ko‘zning optik sistemasidir. Tashqi

muhitdagi buyumlar va borliqdan ko‘zga tushgan nurlar nur sindiruvchi qismlardan sinib o‘tadi va ko‘z refraktsiyasini vujudga keltiradi. Ko‘z refraktsiyasining tashkil topishi uchun musaffo va

tiniq shox pardadan to to ‘r pardagacha yotgan masofada hech qanday loyqalanish, chandiqlanish bo‘lmasligi kerak. Ko‘zga tushgan nurlar ketma-ket sinib o‘z yo‘nalishlarinini o'zgartirib, bir

nuqtaga yig‘ilishi kerak. Ko‘zga ko‘rinib turgan buyum aksini keltirayotgan nurlar ko‘zning to‘rt nur sindiruvchi sathi: shox pardaning oldingi va orqa sathi, gavharning oldingi va orqa sathidan

o‘tib, ulaming har biri nurlarning birlamchi yo‘nalishini o ‘zgartirish natijasida ko‘z optik sistemasida fokus (F) yoki o‘sha buyumning haqiqiy shaklini kichraygan teskari aksini sariq dog‘da vujudga

keltiradi. Bu jarayon ko‘z optik sistemasining umumiy nur sindirish qobiliyati uning **fizik refraktsiyasi** deyiladi. Ko‘zning fizikrefraktsiyasining kuchi 52 dan 71 dptr gacha bo‘lib, o‘rta hisobda

60 dptr. Shularga asoslanib, refraktsiyaning klinik ta’rifi quyidagicha bolishi mumkin.

Klinik refraktsiya bu koʻz optik sistemasining koʻz soqqasi uzunligiga parallel yurgan nurlarni sindirib, buyumlar aksini toʻr pardada ifoda etishga qaratilgan anatomik-fiziologik holatdr. Bunda koʻz optik sistemasi bosh fokusining toʻr pardaga nisbati hisobga olinadi. Bu jarayonning normal bajarilishi uchun koʻz soqqasi o'qining uzunligi va uning nur sindirish sistemasining kuchi

Refraktsiya - nurlarni sindirish.

bir-biriga mos kelishi shart. Koʻzning optik oʻqi (uzunligi) ham nur sindiruvchi sathlar qiyosining markazidan oʻtadigan chiziqdir

Cheksiz uzoqdagi buyumlardan ko'z ofcqiga parallel tushadigan nurlar qaysi joyda sinib fokus tashkil qilsa, olsha joyda bosh focus paydo bofcladi. Bosh nur sindiruvchi sath bilan bosh focus o ra lig lidagi masofa bosh fokus masofasi deyiladi. Fokus masofasi sistemaning optik kuchini xarakterlaydi. Koʻz optik

sistemasining nur sindirish kuchi qancha kokp bo4sa, uning focus uzunligi shuncha qisqa, ya’ni teskari nisbatda boMadi. Koʻz optik sistemasini ta’riflash uchun shox parda (bosh sath) va gavharning oldi va orqa sathi, shox parda va gavhar qalinligini, koʻzning oldi kamerasi chuqurligini, kofcz anatomik o'qi uzunligini

va umuman koʻz tiniq a’zolari nur sindirish ko'rsatkichlari darajasini bilish kerak. Bu hozir optik apparatlar -oftalmometr va ultratovush (exobiometriya usuli) yordamida aniqlanadi. Qadim zamonlarda koʻz

optik sistemasi nur sindirish kuchlarini yiglib hisoblash uchun Gulshtrand (1899 y.) sxematik kobz ixtiro qilgan. Bunda 6 ta nur sindirish sathi: shox pardaning oldi va orqa sathi, gavharning old

sathi, gavhar yadrosining oldi va orqa sathi va gavharning orqa sathi hisobga olingan.

Gulshtrand sxematik kolzning nur sindirish kuchi 58,64 dptr. Undan shox pardaga 43,05 dptr va gavharning akkomodatsiyadan holi holatidagi kuchiga 19,11 dptr teng boʻlgan. Bu bir oz murakkab

boigani uchun keyinchalik soddalashtirilgan kofcz ishlab chiqarilgan. Soddalashtirilgan ko‘z - bu ko‘z sxematik murakkab sistemasini oddiy optik sistemaga aylantirilgan optik ko‘z modelidir. Bunda

o ‘rtacha hisob bilan bir butunga aylantirilgan nur sindirish ko‘rsatkichining bitta nur sindirish sathi va bitta bosh fokusi bor. Eng yaxshi ishlangani Verbitskiyning soddalashtirilgan ko‘zi bo‘lib,

uning nur sindirish ko'rsatkichi 1,4 nur sindiruvchi sathi qiyosining radiusi 6,8 mm va to‘r parda sathining radiusi 10,2 mm. Ko‘zning uzunligi 23,4 mm va hisoblangan. Ilgari sxematik va soddalashtirilgan ko‘zlar asosida topilgan sonlardan klinika uchun zarur bo‘lgan hollarda foydalanilgan. Ilozirgi vaqtda esa k o ‘zning turli optik – rekonstruktiv mikroxirurgiyasidan oldin radial keratotomiyasi, keratomilyoz, keratofakiya, sun’iy gavhar qo‘yish kabi mikroxirurgiyani bexato bajarish uchun yangi-yangi apparatlardan foydalaniladi.

Linzalar. Linza yuzlarining egriligi holati va uning nur sindirish qobiliyatiga qarab nur yig‘uvchi bo‘rtiq linza (convex) va nurlarni yoyuvchi botiq linza (concave) deyiladi. Linzaga yoki linzalar sistemasiga tushadigan parallel nurlar ulardan sinib o‘tgach, focus (F) nuqtasida yig‘iladi. Nur yig‘uvchi (+) musbat linzalarning fokusi haqiqiy F bo‘lib, nurlarni yoyuvchi (-) manfiy linzalarning esa fokusi

teskari soxta (mavhum)dir. Birinchisi linzaning nur yig‘ish darajasi, ikkinchisi esa linzaning nurlarini yoyib yuborish darajasining ko‘rsatkichi bo‘ladi

Optik linza yoki linzalar sistemasining kuchini uning nur singdirish bosh (asosiy) sathidan to bosh fokusgacha bo'lgan masofa aniqlaydi. Shu masofa, ya’ni fokus uzunligi qancha kam bo‘lsa, nur singdirish

kuchi shuncha ko‘p bo'ladi. Bu kuchni aniqlaydigan mezon dioptriya (dptr) deyiladi. Dioptriya10 - bu fokus uzunligi 1 m ga teng bo‘lgan linzaning nur sindirish kuchidir. Turli boshqa linzalarning nur

sindirish kuchi 1 dptr dan qancha ko‘p yoki oz bo‘lsa, ulaming fokus

uzunligi ham 1 metrdan shuncha kam, yo ko‘p bo‘ladi. Linzalarning kuchi quyidagi formula asosida aniqlanadi:

Bunda D - linzaning nur sindirish kuchi (dioptriyada), F - linzaning fokus

uzunligi (metrda).

Tnson ko‘zi nur sindiruvchi qavatlarining o‘rtacha optik kuchi hammasi bo‘lib 60,0 dptr ga teng. Unda o‘rta hisobda 40,0 dptr shox pardaga, 16-18 dptr gavharga tegishlidir. Oldingi kamera suyuqligi

va shishasimon tanalarning nur sindirishi juda kam 1,5-2,0 dptr.

Klinik amaliyotda refraktsiya butunlay boshqacha xususiyatga ega bo‘ladi. Bunda kobz optiksistemasi nur sindirish kuchining mutloq mohiyatini emas, balki bu sistema bosh fokus uzunligining

ko‘z o‘qi uzunligi bilan o‘zaro kelishib tenglashuvining ahamiyati bor. Nurlar sinib, fokus sariq dog‘ning qoq o ‘rtasida paydo bo‘lishi yoki ayrim odamlarda u sariq dog‘dan oldinroqda, ayrimlarda

esa, uning orqasiga to‘g‘ri kelishi ham mumkin. Shu munosabat bilan klinik refraktsiyaning turli

ko‘rinishi ko‘zning anatomik va fiziologik holatiga bogliq. Ko‘z o ‘qining uzunligi va uning nur

sindirish qobiliyatining kuchi mos kelib, bosh fokus to ‘r pardada paydo b o ‘lsa, bu

mutanosib refraktsiya emmetropiya11 deyiladi. Bunda k o ‘zga juda uzoqda turgan buyumlardan parallel nurlar tushib fokusni to ‘r paradada paydo qiladi va ko‘z shunga moslashgan bo‘ladi (41-rasm). Agar bu

holatning aksi bo‘lib, parallel nurlarning bosh fokusi noto‘g‘ri joylashsa, bu nomutanosib refraktsiya - **ametropiya12** deyiladi. Ametropiya turlicha bo‘lib, parallel nurlarning bosh fokusi parda

oldida joylashsa, **miopiya13;** ya’ni yaqindan ko‘rish deyiladi. Ametropiyaning bu turi eng kuchli refraktsiya. Shuning uchun buni tuzatishga manfiy linzalar ishlatiladi Refraktsiya bu

turining yaqindan ko‘rish deb nomlanishiga sabab shuki, bunda ko‘rinadigan buyumlar ko‘zning oldida (yaqinda) bo‘ladi va ulardan yoyma nurlar tarqalib to‘r pardada yig‘iladi. Yaqindan ko‘rish

qanchalik kuchli bo‘lsa, ko‘zning yaxshi ko‘rib turgan nuqtasi shunchalik unga yaqin yotadi. Masalan, yaqindan ko‘rish 1,0 dptr ga teng bo‘lsa, ko‘z 1 m masofada yotgan nuqtaga moslanadi, agar

u 10,0 dptr bolsa, masofasi hammasi bo‘lib 10 sm ga teng bo‘ladi. Bu holat akkomodatsiya14da qatnashmagan ko‘zning tinch turgan vaqtiga to‘g‘ri keladi.

Ametropiyaning ikkinchi turi - gipermetropiya15 – emmetropiyaga nisbatan kuchsiz refraktsiyadir. Bunda nur sindirish kuchi kam bo‘ladi, shuning uchun parallel nurlar bosh fokusi to‘r parda orqasiga

o‘tib ketadi, chunki fokus masofasi ko‘z optik o‘qidan uzunroq bo‘ladi. Shu fokus masofasi uzun (ko‘p) bo‘lganligi uchun bu refraktsiya giper so‘zi bilan ifodalanib - gipermetropiya deyiladi.

Buning o‘zi salbiy kuchsiz refraktsiya hisoblanadi va uni tekislash uchun ijobiy nur sindirish qobiliyatiga ega bo‘lgan bo‘rtiq sferik linza qo‘llaniladi. Bunday odamlar, ayniqsa yoshlikda akkomodatsiya normal bo‘lganda uzoqni unchalik qiynalmay ko‘rishadi. Ko‘zda gipermetropiyaning kuchli darajasi bo‘lsa,

nafaqat yaqindan va hatto uzoqdan ko‘rish ham juda qiyin bo‘ladi, chunki fokus ko ‘z ichida paydo bo‘lmaydi. Gipermetropiya refraktsiyali odamning to ‘r pardasida faqat yig‘iluvchi nurlar

fokuslanishi mumkin. Lekin tabiatda yig‘iluvchi nurlar tutami paydo qiladigan nuqta yo‘q, shuning uchun bunday refraktsiyani tuzatish faqat yig‘uvchi linzalar q o ‘llash bilan bajariladi. Demak,

gipermetropik koʻzga tushgan parallel nurlar koʻz ichida emas, balki koʻz orqasida fokus paydo qiladi deb taxmin qilinadi. Shu nuqtaning joylashgan o ʻrni gipermetropiya refraktsiyali koʻzning geometrik

optikasini xarakterlaydi.

Gipermetropiyaning darajasi qanchalik koʻp boʻlsa, nurlarningtoʻr pardada fokus hosil qilishi uchun ular shunchalik koʻp yigʻilishi kerak. Shimda, biz faraz qilgan nuqta (shu koʻz optik holatining

ko'rsatkichi) gipermetropiya darajasi kamaygan sayin koʻzga yaqinroq surilaveradi, biroq, miopiyaga oʻxshab surilish oldidan orqaga emas, balki orqadan oldinga qarab boMadi Ko ʻz

akkomodatsiyasi ishlamaganda aniq-ravshan k o ʻrinadigan nuqtaning masofasi uning optik holatini xarakterlaydi va ko4zning klinik refraktsiyasi mezoni hisoblanadi. Agar bu nuqta juda uzoq

boʻlsa, refraktsiya nolga teng boʻladi. Agar ko'zning oldida 33 sm masofada boʻlsa, unda miopiya 3,0 dptr ga teng va koʻz orqasidagi 33 sm da boisa, bu gipermetropiya 3,0 dptr ga teng boʻladi.

Koʻzning optik holatini bilish uchun koʻz pardasida tashkil topgan buyum shaklini hosil qiladigan nurlar holatiga ham ahamiyat beriladi. Emmetropiya refraktsiyali koʻzlar parallel nurlarga, miopiya

refraktsiyali koʻzlar yoyiladigan nurlarga va gipermetropiyali ko4zlar yigʻiladigan nurlarga moslashgan boʻladi.

Ametropiyani bartaraf etish uchun koʻzoynak shishalar tanlab olinadi: miop koʻzlarga botiq linzalar, gipermetrop uchun boʻrtiq

linzalar kerak, emmetropga esa, hech qanday linza kerak emas. Agar koʻz optik sistemasi sathning turli - vertikal, gorizontal yoki boshqa egri yoʻnalishdagi meridianlarda nur sindirish bir xil emas,

boshqa-boshqa kuchga ega boʻlsa, bu ammetropiyaning uchinchi xili - astigmatizm16 deyiladi. Bunga koʻpincha shox parda sathi va kamdan-kam gavhar

ikki perpendikulyar meridiani qiyaligi radiusining bir xil emasligi sabab bo‘ladi. Shunda fokal chiziq, ya’ni ko‘zda ikkita fokus paydo bo‘ladi. Bunda paydo bo‘lgan fokuslardan biri to‘r pardada bo‘lsa, ikkinchisi uning oldida yoki orqasida bo‘lishiga qarab oddiy miopiya astigmatizmi yoki oddiy gipermetropiya astigmatizmi deyiladi. Oddiyligi shundaki, F ning

bir normal to‘r pardada, ya’ni shu meridianda – emmitropiya refraktsiyasidir. Vertikal yo‘nalishdagi nur sindirishi gorizontalidagidan kuchliroq bo‘lsa, to‘g‘ri astigmatizm, buning aksi - gorizontaldagi vertikaldan kuchliroq bo‘lsa teskari astigmatism deyiladi. Agar ko‘zda turli kuchga ega bo'lgan bir xil refraktsiya

bo‘lsa, unda chiziq fokusi to‘r pardaga nisbatan oldindan yoki orqadan ayrim-ayrim ikkita masofada joylashgan bo'ladi va bu miopik (M) yoki gipermetropik (H) murakkab astigmatizmi deyiladi.

Agar bir ko‘zda miopiya va gipermetropiya - ikki xil refraktsiya bolsa, chiziqlar fokuslarining biri to‘r parda oldida, ikkinchisi uning orqasida boladi, bunda aralash astigmatizm deyiladi. Astigmatizmni

tekislash uchun nur yig‘uvchi va nur yoyuvchi silindr linzalar ishlatiladi. Bunday silindr ko‘zoynak yasash uchun shishadan yasalgan bir butun quyma silindrning bo‘rtiq sathidan uzunasiga uning bir qismi kesib olinsa, bo‘rtiq ko‘zoynak yasaladi. Demak, sathi bo‘rtiq silindr (yig‘uvchi) linza quyma shisha devoridan kesib olinadi va botiq yuzali silindr shisha esa, o ‘sha butun silindr shaklidagi shisha devoriga qo‘yib yasalgan bo‘ladi. Silindr ko'z oynaklar nurni bir o‘qida sindiradi. Silindr ko‘zoynak shishalarning o‘qiga parallel tushgan nurlar sinmaydi. Agar nurlar silindr o‘qiga perpendikulyar (ko‘ndalang) tushsa sindiriladi.

Silindr ko‘zoynak shishalarning ham bo‘rtig‘iga (+) va botig‘iga (-) belgi qo‘yiladi (44-rasm) va ular ko‘z nur sindirish sathi meridianlaridan bittasini tekislashga moslashadi. Silindr linzalar nur

sindirmaydigan o ‘qining belgisi tekislanadigan meridianga ko‘ndalang qo‘yilishi kerak

E.J.Tron 1-dan ko‘z o‘qi uzunligi normasi 22,4-27,3 mm dan uzun yoki kalta bo'lishi sababli paydo boiadigan *k o ‘z o'qi ametropiyasi* 30% ni, ko‘z nur sindirish qobiliyatining normasi 52,6-64,2 dptr dan

kuchli, yoki kuchsizligidan bo‘ladigan *2-dcm dioptrik ametropiya-3,4%* va bu ikki omillarning bir-biriga moslashmaganligidan paydo b o ‘ladigan *aralash ametropiya* 5,6% bo‘ladi. Ularning o ‘zaro

moslashuvidan tashkil topadigan ammetropiya 61% ni tashkil etishi tekshirishlarda aniqlangan. Bulardan 30% ni tashkil etgan birinchi va 3,4%ni tashkil etgan ikkinchi ametropiyaning kelib chiqishi

ko‘zlarning tug‘ma yetilmaganligidan bo‘lar ekan. Uchinchisi 61% ligi esa, shu ikki omilning mezoni normada boiishiga qaramay, ularning o‘zaro moslasha olmay, ametropiya

vujudga keltirgan bo‘lsa ham, lekin bu ametropiya normaning yangi varianti hisoblanadi.

Ko'z refraksiyasining paydo bolishi va rivojlanishi. K o ‘z refraktsiyasi homila davrida ona qornida sog‘lom o‘sib kelayotgan bola markaziy nerv sistemasi va uning ko‘z kurtagining to ‘g‘ri takomillashib, ko‘zning har bir pardasi va ichki qismlarining mutanosib o‘sib, bola tug‘ilishidan oldin ko‘z murakkab vazifasini bajarishga tayyor bo‘lishiga bog‘liq. Ko‘z refraktsiyasi - uning nur sindirish qobiliyati, chaqaloqlar tug‘ilib ko‘zini ochib qaraydigan bo‘lganda, ularning ko‘ziga nur tushgandagina boshlanadi. Bu davrda chaqaloqning ko‘zi kichkinagina, yumshoq va mutloq yetilib rivojlangan boladi. Uning shox pardasi va gavhari nur sindirishga moslashgan bo‘lgani uchun chaqaloq ko‘zi optik sistemasining nur sindirish kuchi 80,0 dptr ga teng boladi, lekin ko‘zning anatomic o‘qi uzunligi kichkina - 18,5 mm bo‘lgani uchun asosiy fokusi ko‘z soqqasidan tashqarida, uning orqasida bo‘ladi. Shuning uchun chaqaloqlarning ko‘pchiligida gipermetropiya bo‘ladi. Bola organizmi o ‘sish davrida bu refraksiya asta-sekin

kuchayib emmetropiyaga o‘tadi. Lekin b a ’zi bir bolalarda gipermetropiya umrining oxirigacha qoladi. Yosh bola va o ‘smirlar o‘z ko4zida kamchilik

borligini bilmaydi, chunki bu vaqtda ularning akkomodatsiya appa rati yaxshi ishlaydi. Bolalarning qolgan bir qismi ko‘ziga tashqi muhit ta ’sir qilishi

munosabati bilan yaqindan ko‘radigan ham bo4ladi. Bu odatda bolalarning maktabda o ‘qish davriga to ‘g ‘ri keladi. Bunda akkomodatsiya muskullarning ko‘proq qisqarishi (spazmi), yoki ko‘pincha yaqindan o‘qish, yozish va boshqa ishlarni bajarganda ko‘z gavharining nur sindirish qobiliyatiga zo‘r kelaverganidan, u doimiy holatiga aylanishi mumkin. E.S.Avetisov miopiyaning paydo b o ‘lib o ‘sishi, bola organizmida umumiy tug‘ma holsizlikdan, maktabda o 4qish d av rid a k o ‘zga z o 4r kelishi, k o ‘zning to liq ish i, k o ‘z akkomodatsiyasi va konvergentsiyasining ortiqcha harakatidan unda spazm paydo b o ‘lishi yoki irsiyatga bog‘liq holda bola k o 4zida akkomodatsiya mexanizmining homila davridayoq

kuchsiz tax a ssu sla sh g an i sab ab b o ‘ladi deb hisoblaydi. Bolaning ko4zi yaqin masofaga moslashib zo‘riqqanida uning o 4qi uzunligi normadan oshib ketadi va bu keyinchalik oqsil p a rd a va k o 4zning boshqa qismlarida p atologiya paydo b o 4lishiga olib keladi.

Avetisov bunday dinamik jarayonning o'zgarishi kipriksimon tana holatiga bog'liq bo'lgani uchun,

aynan akkomodatsiyani ko 'z refraktsiyasining regulyator nazoratchisi deb ataydi. Bunda kipriksimon tanadagi qon tomirlarda qon aylanishi (ergografiyadan bilinadi) normal holatda bo‘lsa, akkomodatsiya ham yaxshi bo4lib, emmetropiya vujudga k e lad i. Agar qon ay lan ish i b u zilgan b o ‘lsa, a k k om o d a tsiy a kuchsiz b o ‘iib, miopiya va ak sin ch a , akkomodatsiya kuchli bo‘lsa, gipermetropiya bo‘ladi.

Shu tariqa E.S.Avetisov nazariyasi b o 4yicha miopiyaning patogenezida quyidagi uch faktorning ahamiyati bor:

1. Irsiy faktor

2. Akkomodatsiya susayishi

3. Sklera to ‘qimasi tarkibining o‘zgarishi, mustahkamligi va elastik xususiyatlarining pasayishi.

Miopiyaning sabablari va klinikasi ham turlicha bo4lishi mumkin. Maktab o 4quvchilarining hammasida miopiya bo'lavermaydi va o‘sha bolalarning bir qismida paydo bo'lgan 2-3 dptrli miopiyaning

hammasi ham kasallik hisoblanmaydi, uning bir qismi ko4pincha o‘zgarmaydi va ofcsmaydi. Bir xilda turib kishi yoshi oshgandan (40 yoshdan keyin) kamayaveradi. *(A* Optik apparatning tug4ma nuqsoni va anomaliyalari juda kam uchraydi. Bunga faqat tu g 4ma miopiyaning pog4onalari, anizometriyaning 2,0 dptr dan kuchlisi va astigmatizmning 3,0 dptr dan kuchlisi kiradi.

Bola tug‘ilgandan paydo bo‘lib o‘saveradigan miopiya tug‘ma miopiya - kasallik hisoblanadi.

Gipermetropiya yoshlarda yashirin holatda ham bo4ladi. Ular ko4zida kipriksimon tanadagi muskulchalar ham. Sini bog4lamlari ham, gavhar va boshqa qismlar ham yosh, yumshoq va ishchan b o ‘lgani uchun buni akkomodatsiya tekislab turadi. Lekin gipermetropiya 3,0 dptr dan ko4p bo‘lsa, 20 yoshlardan keyin kitob o4qish paytida, mayda ish qilgan paytida ko4zi tinib qiynalib qoladi.

Shunda ko‘z vrachi yashirin gipermetropiyani aniqlab, ko‘zoynak taqishni tavsiya qilishi kerak.

Odatda inson hayotining 18-20 yoshlaridan boshlab ko4z gavharida yadro tashkil topib, uning yumshoqligi, elastikligi kamayaveradi, 40 yoshdan keyin akkomodatsiya susayib, uning hajmi ham kamayadi va presbiopiya vujudga keladi. *Emmetroplap k o 'z i* uzoqdan k o 4rish n u q tasin iakkomodatsiyasiz holatda ham k o ‘radi va uzoqdan kelgan nurlarni sindirib, to‘r pardada yig‘ib fokus hosil qila oladi va bu masofa cheksizdir. Lekin yaqindan k o 'rish nuqtasini emmetrop akkomodatsiya yordamida ko‘radi. Kishi yoshi oshgan sari yaqindan ko4rish nuqtasi ko‘zdan uzoqlashaveradi, chunki gavhar shaklining o 4zgarish qobiliyati kamayadi.

Klinik mashgulot

Skioskopiya

1.Kursatma:davolash va diagnostika maksadida

2.Kerakli jixozlar: oftalmoskop, linzalar taxtachasi

3.Tekshirish usulini utkazish tugrisida tushuntirish

Bemor yoruglik manbaidan ung tomonga utiradi, shifokor 10 ta teshigiga (-),yoki (Q) belgili sferik shisha linzalar kuyilgan ikkita uzun taxtaani bita bittadan ishlatib kuradi

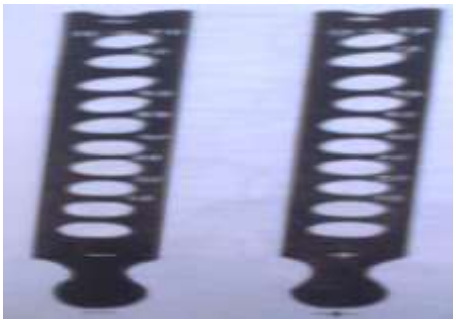
Buning uchun shifokor oldin ung kuldagi oftalmoskop yordamida kuzga nur tushirib,oftalmoskopni tepa va pastga,ungga va chapga burib kurganda,korachik yaltirab unga tushgan nur yigindisi oftalmoskop buralgan tomonga yoki unga teskari tomonga yuradi,nurning ketidan soya paydo buladi.

Tekshiriluvchi ung kuzi tekshiriladigan bulsa, shifokorning chap kulogi yonidan ,chap kuzi tekshiriladigan bulsa ung kulogi yonidan uzoklarga karashi kerak.

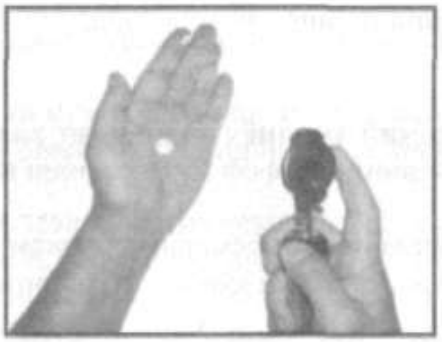
Agar nur yigindisi oftalmoskop xarakatiga teskari yursa emmetropiya yoki gipermetropiya nazarda tutiladi.,aksincha oftalmoskop xarakati ketidan yursa unda miopiya nazarda tutiladi.

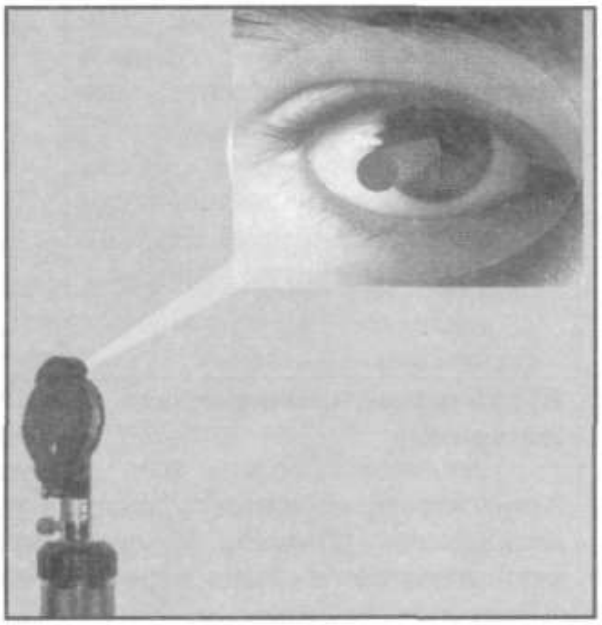
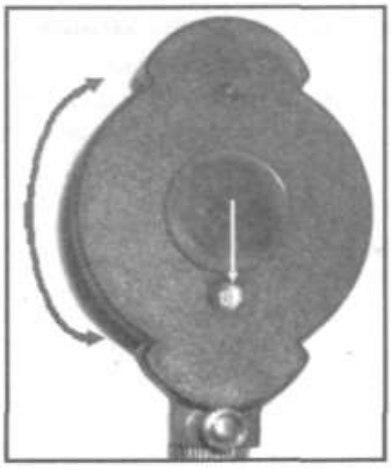
(Q) linzalar va (-) linzalardan iborat taxtachadan foydalanilib ,kerakli kuzoynak bemorga tanlanadi

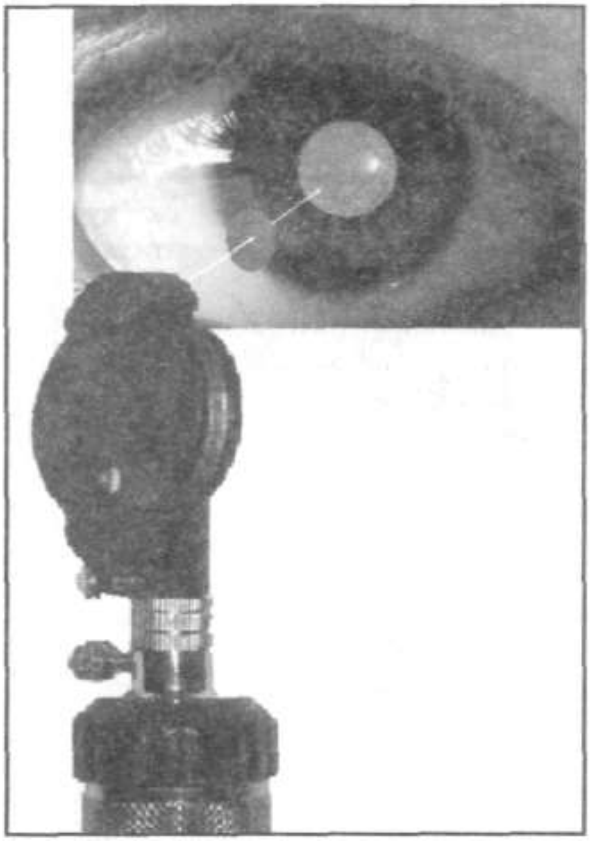
Izox Bu usul kuzga kuzoynakni tugri tanlash uchun olib boriladi va kuzning kurish kobiliyatini yaxshilashdan iborat.

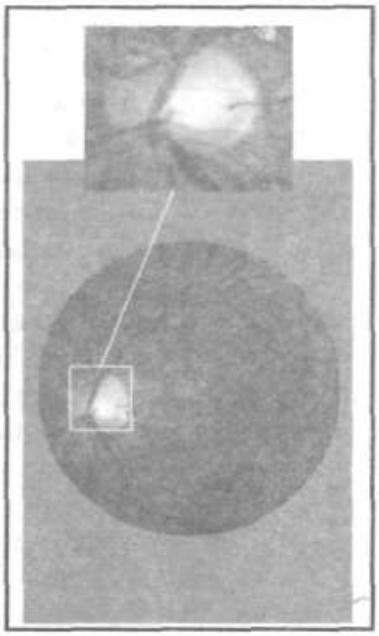


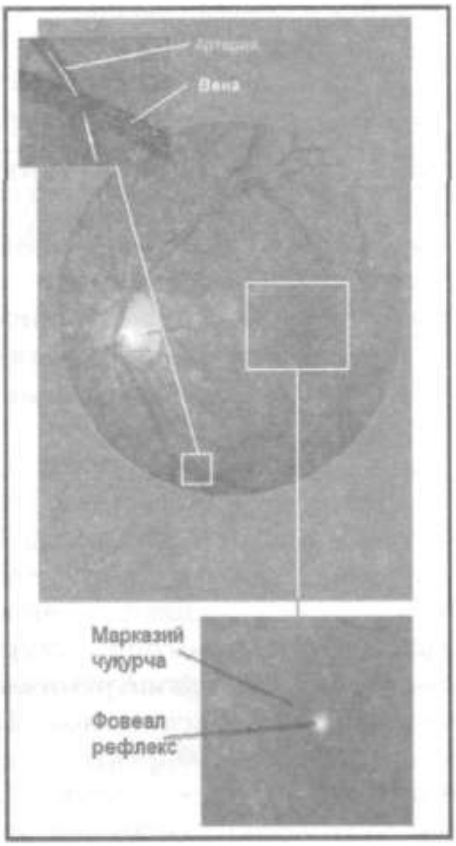
Офтальмоскопияни ўтказишда қадам-бақадам бажариладиган ҳаракатлар

№	Ҳаракатлар кетма-кетлиги	*Кутилаётган натижалар*	Эҳтимолли сабаблар
1	**Тайёргарлик.** • Хонани коронғилаштириш. • Текширувдан олдин офтальмоскопни ишга тайёрлигини аниқлаш лозим. Бунинг учун врач офтальмоскопни ёққанда думалоқ шаклдаги нурли доғ пайдо қилувчи кенг оқ нур ҳосил бўлиши керак *(4-расм)*. • Офтальмоскопнинг батареялари етарлича қувватга эгалигини текшириш зарур.	 ***4-расм.***	
2	**Ўтказиш техникаси.** • Аввалambор врач дискли линзаларни диоптрий кўрсаткичидаги ноль даражасига мослаши керак. Шу билан бирга у текширув пайтида офтальмоскопни фокусини тўғрилай олиши учун кўрсаткич бармоғини дискнинг регуляторида тутиб туриши лозим *(6-расм)*. • Кўрув апертура орқали амалга оширилади. Бунда беморнинг ўнг кўзи врачнинг ўнг кўзи билан офтальмоскопни ўнг қўлда тутган ҳолда, чап кўзи эса врачнинг чап кўзи билан офтальмоскопни чап қўлда тутган ҳолда текширилади. *6-расм.*	 **5-расм.** *Офтальмоскопнинг тузилиши.* *Бемордан врачнинг елкаси оша девордаги бирор нуқтага қараш сўралади.*	

3	**« Қизил рефлекс» ни аниқлаш.** • Бемордан врачнинг елкаси оша девордаги бирор нуқтага қараш сўралади. • Офтальмоскоп бемордан 40 см. масофада кўрув ўқидан 15°ташқарида тутилиб оқ нур билан унинг қорачиғи ёритилади *(14-расм).* • Апельсин рангли нурланиш-нинг - «қизил рефлекс»нинг пайдо бўлишига эътибор бериш керак *(7-расм).*	*1. «Қизил рефлекс» - бу тўр парданинг ёруғлик акси.* 2. *«Қизил рефлекс» нинг йўқлиги*	**« Қизил рефлекс»нинг йўқлиги:** - гавҳарнинг хиралашиши - шишасимон тананинг хиралашиши - болаларда ретинобластома.
		 *7-расм.*	
4	**Кўрув нерви дискини излаш.** • « Қизил рефлексни» кўргач офтальмоскопни тўғри чизиқ бўйича йўналтириб қарийиб киприкларга теккунча беморнинг кўзига яқинлаштириш керак *(14-расм).* • Врач ўз ҳаракатларини яхшироқ мувофиқлаштириши учун бўш қўлининг бош бармоғини беморни қошининг тепасига тираб туриши мумкин. • Кўрув нерви дискининг ёнида тўр пардани кўриш лозим. Диск сарғимтир-апельсин ранг ёки оч	 *8-расм.*	

	сариқ-пушти рангдаги юмалоқ ёки овал шаклдаги тузилма *(9-расм)*. Агар врач уни кўра олмаса, унда бирор қон томирни марказий йўналишда кетишини кузатиб шу орқали дискни топиши мумкин. •Агар беморда миопия бўлса офтальмоскоп диски соат милига тескари айлантирилади (манфий линзалар томонга. • Агар бемор гиперметроп бўлса, унда диск соат мили бўйлаб (мусбат линзалар томонга) айлантирилади. Шу усул билан врач ўзидаги рефракция бузилишини ҳам коррекциялаши мумкин. • Агар тасвир хира бўлса, синамалар орқали дискни у ёки бу тарафга айлантириб фокусни мослаштириш мумкин *(8-расм)*.	 ***9-расм.***	
5	**Кўрув нерви дискини кўздан кечириш.** Агар кўрув нервининг диски аниқланса *(10-расм)*, врач қуйидагиларни баҳолаши керак: *- диск контурларининг аниқлиги* *- дискнинг ранги* *- физиологик экскавация бўлса унинг ўлчамлари, ранги ва горизонтал диаметрини* *- диск атрофидаги ҳосилаларни аниқлаш.*	*1. Меъёрда:* *- дискнинг медиал контури бироз нотекис* *- дискнинг ранги сарғимтир пушти* *- физиологик экскавация сарғиш оқ рангда, горизонтал ўлчами дискнинг горизонтал ўлчамининг ярмидан кичик* *- диск атрофида оқ ёки пигментланган халқалар ёки ярим ойлар бўлиши мумкин.* *2. Кўрув нервининг диски оқиш.* *3. Диск гиперемияланган, чегаралари нотекис.* *4. Экскавация катталашган, туби оқиш.*	**Кўрув нервининг диски оқиш:** - кўрув нерви дискининг атрофияси. **Диск гиперемияланган, чегаралари нотекис:** - кўрув нерви дискининг шиши. **Кўрув нерви дискининг экскавацияси катталашган, туби оқиш:** - глаукома.

	 ***10-расм.*** *Чап кўз.*		
	Тўр пардани кўздан кечириш. • Артерия ва веналарни топиш ва белгиларига қараб уларни бир биридан ажратиш. Уларнинг кўриниши, ранги ва диаметрига, шунингдек кесишиш жойларига *(11-расм)* эътибор бериш ҳамда барча йўналишлар бўйлаб кетишини кузатиб чиқиш. • Ундан сўнг, ёруғлик нури ташқарига йўналтирилади ёки бемордан тўғри нурга қараш сўралади. Шу йўл билан марказий чуқурча ва уни ўраб тўрувчи доғ топилади. Бунда фовеал рефлексга алоҳида эътибор берилади (доғ соҳасида ёруғликнинг милтиллаган акси). *Тўр пардани текширганда офтальмоскопни бош билан бирга худди яхлит бир нарса каби айлантириш керак, бунда беморнинг кўз қорачиғи фараз этилаётган айланиш маркази бўлиб хизмат қилади*	*1. Меъёрида: артериялар – қизил рангда, кичик калибрда ва веналарнинг 2/3-4/5 диаметрини ташкил этади. Ёруғлик рефлекси ифодаланган, веналар тўқ қизил рангда, ёруғлик рефлекси кам ёки умуман йўқ.* *2. Томирли тўр кўринмайди.* *3. Томирлар миқдори кўп ва улар диск четидан қаттиқ эгилиб турибди.* *4. Спазм, артерия деворининг қалинлашуви ва ёруғлик рефлексининг торайиши.* *5.Мис сим белгиси.* *6.Кумуш сим белгиси* *7.Артериовеноз туташмалар* *8.Тўр пардага юзаки қон қуйилишлар*	**Қон томирлар тўри кўринмайди (дискнинг хиралашиши билан бирга):** - кўрув нерви дискининг атрофияси. **Томирлар миқдори кўпайган ва улар диск четидан эгилиб турибди (гиперемияланган диск билан бирга):** - кўрув нерви дискининг шиши. **Спазм, артерия деворининг қалинлашуви ва ёруғлик рефлексининг торайиши:** -артериал гипертензия. **Мис сим белгиси:**

	• врач албатта тўр парда атрофидаги соҳага аҳамият бериши ва у ерда ўзгариш топилса, унинг шакли, хажми ва рангига эътиборни қаратиши лозим. Текшириш услубини ўзлаштираётганингизда ёруғлик нурининг силжиши туфайли тўр парда сизнинг назарингиздан йўқолиши мумкин.  ***11-расм.*** *Чап кўз*	*9.Тўр пардага чуқур қон қуйилишлар* *10.Микроаневризмалар* *11.Неоваскуляризация* *12. «Пахтали шарча» кўринишидаги доғлар* *13. Мумсимон экссудат* *14. Друз* *15.Колобома* *16.Фиброз тўқима чизиқлари* *17. «Макуляр юлдуз».*	-артериал гипертензия. **Кумуш сим белгиси:** -артериал гипертензия. **Артериовеноз туташмалар:** - артериал гипертензия. **Тўр пардага юзаки қон қуйилишлар:** - юқори артериал гипертензия - кўрув нерви дискининг шиши - тўр парда венасининг окклюзияси. **Тўр пардага чуқур қон қуйилишлар:** - қандли диабет. **Микроаневризм:** -қандли диабет. **Неоваскуляризация:** - диабетик ретинопатия. **«Пахтали шарча» шаклидаги доғлар:** - артериал гипертензия. **Мумсимон экссудат:** - артериал гипертензия. **Друзлар:** - кексаларда - сариқ тананинг карилик дегенерацияси. **Колобома:** - ривожланиш аномалияси.

Amaliy mashғulotning texnologik modeli

6-Mavzu Qovoq kasalliklari. Klinikasi davolash(nerv mushshak apparati kasalliklari.

Mashgulot vaqti	Talabalar soni:10 nafar
Mashgulot shakli	Amaliy mashgulot
Mashgulot rejasi	Qovoq kasalliklari. qovoqlarning tug'ma kasalliklari. Ularni davolash usullari.xakida tushuncha
O'quv mashgulotining maqsadi:	Talabalar bemorning umumiy ahvoliga ob'ektiv baҳo berish uchun kuz-a'zolarini ko'rish va tekshirish usullarini o'zlashtirish bo'yicha amaliyot bilimlarini rivojlantirish.
Ta'lim berish usullari	Multimediya.
Ta'lim berish shakllari	Jamoaviy
Ta'lim berish vositalari	Uquv-uslubiy ishlanma,elektron darsliklar,kompyuter
Ta'lim berish sharoiti	Metodik jihatdan jihozlangan auditoriya

Monitoring va baxolash	

6 Amaliy mashg’ulotning tashkiliy tuzilishi

	Tashkiliy qism	Ajratilgan vaqt
	Kirish	5 minut
	Talabalarni dastlabki bilimini tekshirish a) og’zaki suxbat b)interaktiv usullar yordamida va boshqalar	10 minut 15 minut

	Amaliy ko’nikmalarni o’zlashtirish a)qabul bo’limi hujjatlari va ularni to’ldirish qoidalari bilan tanishish	10 minut 25 minut
	Talabalar bilim darajasini baholash	10 minut
	Mashg’ulotni yakunlash, vazifa	5 minut
		80 minut

Klinik mashg’ulotning tashkiliy tuzilishi

№	Tashkiliy qism	Ajratilgan vaqt
1	Kirish	5 minut
2	Bemorlar kuratsiyasi	30 minut
3	Bemorlarni kasallik tarixi bilan tanishish	10 minut

4	Jamoa bilan bemorlar taxlili	10 minut
5	Amaliy ko’nikma	10 minut
6	Retsept yozish	10 minut
7	Mashg’ulotni yakunlash, vazifa	5 minut
Jami:		80 minut

Mavzu mazmuni

Qovoqlarning tuzilishi, tashki kurinishi, ularning bajaradigan vazifalariga moslashgan bulib, ular morfologik jixatdan turt xil varaklardan tashkil topgan.Teri varagi uziga xos nafisligi, tashki kurinishi bilan farklanadi. Unda teri osti yogi nixoyatda kam rivojlangan, siyrakdir. Shunga binoan turli tashki va ichki ta’sirlar natijasida kovok terisi juda tez shishadi. Shish yalligli (ekzogen) va yalligsiz (oddiy) buladi. Yalligli shish tashki (ekzogen) muxitning ta’siri, infekstiyalar, ari yoki chivin chakishi natijasida teri kizaradi, yalpisiga shishadi, ogirlashganday buladi, issigi chikib, kul tekkanda ogriydi. Kuz tirkishi torayadi yoki bekiladi. Kupincha kovoklarning bunday yalligli shishuvi govmijja, chipkon, saramas yoki kuzlardan birining ichki pardalari kattik yalliglanganda xam paydo buladi. Kovoklar terisi shishuvining ikkinchi turi -yalligsiz (oddiy) shish deyilib, bu asta - sekin boshlanib, bemor ertalab uykusidan turganda kovoklarining biroz ogirlashganini yoki ularning odatdagidan kuprok bosib turganini sezadi, lekin xech kanday achishuv, ogrik sezmaydi, fakat kovoklar terisining okaribrok, burtibrok turganini kuradi. Kupincha bu xodisa bemorni shifokorga murojaat etishga majbur etadi va shu munosabat bilan bemor tekshirilganda yalliglanishsiz paydo bulgan bu shish buyrak kasalligi yoki yurak faoliyatining pasayganligidan darak

beradi. Ba’zan tashki muxitning biror agenti ta’sirida kovoklar shishishi mumkin. Agar bu shish bemor organizmi sezuvchanligining oshgani natijasida bulsa (Kvinke shishi), u fakat yukori kovokda tusatdan paydo bulib, tez orada kaytadi yoki kipriklar buyalganda allergiya paydo bulsa, ikkala kovok xam juda kattik shishib, kizaradi va kuzlar ochilmay koladi. Kovok terisi yalligli shishini ketkazish uchun uning asosii sababini aniklab davolash zarur. Organizmdagi sensibilizastiya natijasidagi shishni ketkazish uchun desensibilizastiya kiladigan dorilar kullaniladi.

G o v m i c h c h a (Hordeolum) kovoklar kiprikli kirrasining terisi ostidagi yog bezchalarining yiringli yalliglanishi.Kupincha yukori kovok kirrasining muayyan bir nuktasida cheklangan kizarish paydo bulib, avval uning tortilganga uxshash biroz yokimsiz ta’siri seziladi. 20 - 24 soatdan sung bu joyda shish paydo bulib, terisi taranglashadi, kizarish zurayadi va ogrik paydo buladi/ kovok ogirlashib biroz osilib koladi, kuz xam biroz kizaradi va yaxshi ochilmay koladi. Yalliglanish borgan sari zurayib, 2 - 3 kundan keyin yiring paydo buladi va govmichchaning urtasida nayzaga uxshab sargayib kurinadi. Ba’zida jarayonning 3 - 4 kunida uzi yorilib, yiring chikib ketadi. Govmichcha organizm kuvvatsizlangan turli surunkali kasalliklar (kand kasalligi, kamkonlik, gastrit, gastroenterit, gepatit) natijasida modda almashinuvining buzilishi, avitaminozga uchragan odamlarda ularning kuz tirkishidagi infekstiyaning zurayib ustun kelishi natijasida paydo buladi va kupincha kayta - kayta chikaveradi.

B l e f a r i t (Blepharitis) - kovoklar kiprikli kirrasining yalliglanishi. Blefarit anchagina kup tarkalgan kasallik bulib, surunkali davom etadi. Klinik kurinishi uch xil:

Oddiy blefarit, bunda kovoklar kiprikli kirrasining terisi birozkizaradi, achishib kichishadi.kovoklarning chakka tomon birikmasi oldidakupikka uxshash chikindi paydo buladi. Ukish, yozish paytida kuz tez charchaydi.
Pustlokchali blefarit (Blepharitis squamosa), bunda kovoklar kirrasi borgan sari kuprok kizaradi, biroz shishadi, terisidan kepakka uxshash ok – kulrang bulakchalar kuchaveradi va yana kuprok achishib kichishadi. Kepakchalarniurnidan kuzgatganda ular ostidagi terining yana yupkalashib kizargani ma’lumbuladi. Chang, shamol, yorur nur kuzga salbiy ta’sir etib bezovta kiladi.
Yarali blefarit (Blepharitis ulcerosa), kipriklar ildizi atrofida sargish yiring paydo bulib, ularni bir - biriga yopishtiradi, yiring kotadi. Uniurnidan kuchirganda kipriklar xam urnidan kuchib chikadi, konaydi va judaogriydi. Yiringlagan kiprik kopchigi va bezchalari urnida mayda – maydachandiklar paydo bulib, kovoklar kirrasi xolatini uzgartirib,kipriklarning notugri joylashuviga va ularning ichiga buralishiga olibborishi va xatto kipriklar butunlay tushib ketishi xam mumkin. Yaraliblefarit juda uzok davom etadi. Kovoklarning bunday ogir surunkalikasalligi kupincha yoshlarning balogatga etish davrida teri moy bezchalarifaoliyatining uzgarishi natijasida, ulardagi bezchalardan chikadigan loyka sekret kuz yoshi bilan aralashib kupikka uxshash

chikindining paydo bulishiga sabab buladi. Eshlar organizmining balogat davrida xolsizlanishi, oshkozon -ichaklarining surunkali kasalliklari, vitamin va boshka modda almashinuvining buzilishi, kamkonlik, gijja va allergik kasalliklar xam sabab buladi. Tashki muxitdagi chang, tugun, kimyoviy moddalar xam ta'siretadi. Eng asosiy sabablardan yana biri kuz refrakstiyasiningnomutanosibligi - gipermetropiya, astigmatizmda uz vaktida tegishli kuzoynak takmay yurib, kuz va kovoklarning ortikcha zurikishidir. Shuning uchun blefaritni davolash birinchi navbatda unga sabab bulgan nuksonlarni topib tuzatishdan iborat. Bu tegishli kuzoynak takish, umumiy kasalliklarni aniklab davolash va tashki muxit salbiy ta'siridan saklanishdir. Blefarit boshlanishida kipriklar ildizini mustaxkamlash, yog bezchalari vazifasini yaxshilash, ya'ni u erda kon aylanishini yaxshilash uchun 1 - 2 xafta davomida massaj kilib, antibiotiklarning poroshok va malxamlarini ishlatish zarur. Massajdan sung 10% li brilliant yashili eritmasi kovok kirralariga surtiladi.Yarali blefaritni davolash kon'yunktiva bushligidan (ekma, posev) olib, unda bor mikroorganizmlarni aniklab, tegishli antibiotiklar ishlatishdan iborat. Kortikosteroidlarni kuzga tomizish mumkin.

X a l a z i o n (Chalasion) - bu surunkali proliferativ yalliglanishdir. Meybomiy bezchalari maxsuloti okib chikib ketadigan yullarning bekilib kolishi sabab buladi. Bunda asta -- sekinlik bilan proliferativ yalliglanish vujudga keladi va kovokning urta «togay» varagida mayda tuguncha paydo bulib, U borgan sari kattalashib nuxotday buladi, tugunchani palpastiya usuli bilan tekshirganda bemor xech ogrik sezmaydi, uning kovok togayiga yopishganligi aniklanadi. Uning ustidagi terisi uzgarmagan, yopishmagan bulib, kul tegizganda xech ogrimaydi.Davolash kuzga dezinfekstiyalovchi dori - suriltiruvchi dori tomizish, UVCh berishdan boshlanadi.Agar surilmay, kattalashaversa, jarroxlik usulida olib tashlanadi.

KLINIK KO`NIKMALAR

Yuqori va pastki qovoqlarni qayirish

Tayyorgarlik

-Yorug' xonada bajarish

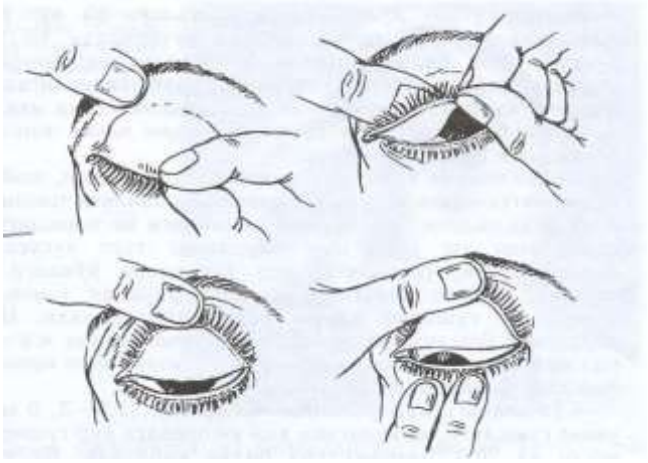
-Tekshirishdan oldin bemorni tayyorlash,tekshirish utkazish tug'risida bemorga tushuntiriladi

Kerakli jihozlar:stul,stol,yorug'lik manbai,lupa 13,0 dprli

O'tkazish texnikasi

Bemor stulga o'tirgan holda,chap tomonida lampa turadi.Vrach bemorning ro'parasida turadi,masofa 50sm.Pastki qovoq shillik pardasini tekshirish uchun ikki qo'l panjasini bemor chakkasiga tekkizib turib,bosh barmoq bilan pastki qovoq terisi pastga tortiladi,bu paytda bemor yuqoriga qarashi kerak

Yuqori qovoq shillik pardasini ko’rish uchun shifokor chap qo’lini bemor peshonasiga tegizib turib,bosh barmog’i bilan yuqori qovoq terisi yuqoriga bir oz bosibroq tortadi.O’ng qo’lining bosh va kursatkich barmog’i bilan shu qovoqning chakka qismidan ushlab turib ag'dariladi.va shu zahoti chap qo’lning bosh barmog’i ag’darilgan qovoq shillik pardasiga bosib, uning ichki qismi tekshiriladi



Amaliy mashғulotning texnologik modeli

7-Mavzu Konyuktiva kasalliklari klinikasi davolash usullari (infektsion konyuktivitlar)

.

Mashgulot vaqti	Talabalar soni:10 nafar
Mashgulot shakli	Amaliy mashgulot
Mashgulot rejasi	Konyuktiva kasalliklari. Konyuktiva g tug'ma kasalliklari. Ularni davolash usullari.xakida tushuncha
O'quv mashgulotining maqsadi:	Talabalar bemorning umumiy ahvoliga ob'ektiv baҳo berish uchun kuz-a'zolarini ko'rish va tekshirish usullarini o'zlashtirish bo'yicha amaliyot bilimlarini rivojlantirish.
Ta'lim berish usullari	Multimediya.
Ta'lim berish shakllari	Jamoaviy
Ta'lim berish vositalari	Uquv-uslubiy ishlanma,elektron darsliklar,kompyuter
Ta'lim berish sharoiti	Metodik jihatdan jihozlangan auditoriya
Monitoring va baҳolash	

7 Amaliy mashg’ulotning tashkiliy tuzilishi

	Tashkiliy qism	Ajratilgan vaqt
	Kirish	5 minut
	Talabalarni dastlabki bilimini tekshirish a) og’zaki suxbat b)interaktiv usullar yordamida va boshqalar	10 minut 15 minut
	Amaliy ko’nikmalarni o’zlashtirish a)qabul bo’limi hujjatlari va ularni to’ldirish qoidalari bilan	10 minut

	tanishish	25 minut
	Talabalar bilim darajasini baholash	10 minut
	Mashg’ulotni yakunlash, vazifa	5 minut
		80 minut

Klinik mashg’ulotning tashkiliy tuzilishi

№	Tashkiliy qism	Ajratilgan vaqt
1	Kirish	5 minut
2	Bemorlar kuratsiyasi	30 minut
3	Bemorlarni kasallik tarixi bilan tanishish	10 minut
4	Jamoa bilan bemorlar taxlili	10 minut

5	Amaliy ko’nikma	10 minut
6	Retsept yozish	10 minut
7	Mashg’ulotni yakunlash, vazifa	5 minut
Jami:		80 minut

Mavzu mazmuni

KO’Z SHILLIK PARDASINING YALLIGLANISH PATOLOGIYASI

Kuz shillik pardasi conjunctiva dir. Bu parda pastki va yukori kovoklarning ichki satxini bekitib, yopishib yotadi. U kovoklarning kiprikli kirrasidan boshlanadi va uch kismdan iborat. Bu kovok kismi va utuvchi burma xamda kuz sokkasi satxini bekitadigan kismlardir. Kovok shillik pardasi conjunctivapalpebralis ning togay satxini bekitib yotgan kismi juda yupka.Uning utuvchi burmali kismi anchagina kalin. Chunki bu kismda adenoid varak, kadaxsimon xujayralar, kushimcha Krauze kuz yosh bezlari bor. Kovoklar satxidan kuz sokkasi satxiga utar joyida burma bulib, u chukur arikchaga uxshaydi, uni fornixconjunctiva deyiladi. Kuz sokkasi satxiga utgach, yupkagina shillik parda conjunctivabulbi deyiladi.

Gistologik jixatdan kon’yunktiva epiteliy va uz shaxsiy tukimasidan tashkil toptan. Epiteliy kovoklar kirrasiga yakin joyda stilindr xujayralar, utar kismida stilindr va kubsimon, kuz sokkasi satxida esa kubsimon va kuprok yassi xujayralardan iborat. Bu epiteliy kup kavatli yassi xujayralar sifatida shox pardaning ustiga xam utadi.

Kovoklar shillik pardasi -- kon'yunktivaning yalliglanishi kon'yunktivit (conjunctivitis) deyiladi. Kon'yunktivitlar utkir kechadigan va surunkali xilda buladi.U t k i r e p i d e m i k k o n ' y u n k t i v i t n i Koxva Uiks diplobastillasi vujudga keltiradi. Bu kasallik kuprok Iarkaziy Osie va tropik iklimli erlarda uchraydi. Bizning iklimda bu kon'yunktivit aprel may oylaridan boshlanib, orada anchagina kamayib, yana avgust sentyabrda

respublikaning chekka viloyatlarida paydo bulib, xuruj kilishi mumkin, chunki bu issikda terlash, chang vaktida kul yuvmaslik, umumiy sochik, yostik jildi va pashshalar orkali yukib odamdan - odamga utaveradi. Ayniksa kuprok bolalar va kariyalar kasallanishi mumkin. Bu kon'yunktivit avval bir kuzda boshlanib, keyin tezgina ikkinchi kuzga utadi. axvoli ogirlashib isitmasi kutariladi, a'zoyi badani ogrib loxaslanadi. Shu belgilarni kurgan umumiy vrach diagnoz kuya oladi. Chunki bu kasalning yana bir belgisi bemor ertalab uykudan turganda uning kovoklari kotib kolgan yiring bilan yopishib kolgani uchun u kuzini ocholmagani xam uziga xos belgi buladi.

Bemor uz vaktida davolalanmasa, kasallik 2 - 4 xaftagacha chuzilib, uning kuz shox pardasi zararlanib yaralanish asoratini berib, kurlikka olib borishi

mumkin. Bemor bastilla tashuvchi bulib kolishi mumkin.

G o n o b l e n o r e y a (Honoblenorea) kupincha chakaloklarda va katta odamlarda xam uchrashi mumkin. Chakaloklar tugilish paytida kasal onadan (Neissergonorhoe) yuktiradi va 2 - 3 kundan sung uning kuzi kizaradi, kovoklari kattik shishadi va kuzidan kizgish yuvindi (gusht ivindisiga uxshash) suyuklik chika boshlaydi, uning kovoklari kattik shishgandan kukimtir tue oladi va juda taranglashib ochilmay koladi, Ularning ikkala kuz shillik pardasi xam juda kizarib shishadi va tez konaydigan buladi. Shu vaktda chakalokning axvoli juda ogir, isitmasi baland, emmaydi, uxlamay gingshib chikadi. 3 -- 4 kundan keyin kovokning shishi kamayib, u yumshab salkib koladi va kuzdan juda kup sargish, kuyuk yiring chikaveradi.. Davolash kuzni marganest tuzi eritmasi, furastillinning eritmasi bilan xar soatda yuvish, kuzga penistillinning (500000:1,0 g suvga) eritmasini, 30% sulfastil natriy eritmasini tez - tez tomizish, kechalari esa ularning kuruk poroshogini bir marta sepaverish bilan davolanadi. Chakalok, yosh bola va kattalarga parenteral penistillin, linkomistin va boshkalarning katta dozasini kullash kerak va umuman bosh ogrigi, isitmani tushiruvchi dorilar, vitaminlar beriladi.

D i f t e r i y a k o n ' y u n k t i v i t i - Leffler bastillasi kuzgatadi.Kupincha u kuzga tomok, burundan utadi. Isitma kutarilishi va atrof limfa bezlarining ogrib kattalashuvi katorida kovoklar shishib kizaradi, taranglashib ogriydi. Kuz tirkishidan kulrang loykalangan ingichka ipchalari bor suyuklik chikadi. Kovok kirralari va shillik pardasining kurinishi mumkin bulgan kismiga uziga xos kulrang - kukimtir kalin kavat yopishgan buladi. Bu

kavatni ozgina yulib olinganda, uning urnidagi kip - kizil shillik parda konay boshlaydi va borib -borib shu joylarda nekroz paydo bulib, ostida yiring yigilgan buladi va bu 2 - 3 xaftadan keyin chandiklanish bilan tugaydi, simblefaron xam paydo buladi..

E p i d e m i k (virusli) keratokon'yunktivitni juda kontagioz 8 - serotip virus kuzgatadi.Inkubastion davri davomli.Kupincha katta odamlarga yukadi.Odamdan odamga umumiy ishlatiladigan buyumlar, zararlangan kuz tomchisi va tomizgichlari, kulini yuvmagan tibbiy xamshiralar va boshkalar orkali yukib/ butun bir oila a'zolari yoki turli ishchilar jamoasi kasallanadi.Kasallik tumovga uxshab sovuk tushgan faslda tez vakt ichida boshlanib, bemorlar uz kuzida xalakit, yoshlanish, kizarish sezadi, ozrok shilimshik - yiring chikadi.Viruslarga karshi dorilar florenalning 0,1% li eritmasi 4 -- 5 marta, uning 0,5% li malxamidan kuniga 2 - 3 marta, 0,1 - 0,2% oksalin eritmasi va uning 0,25% malxami kuyiladi. Poludannin 4% eritmasidan 2 - 3 martadan tomiziladi.Bemorga umumiy kuvvat beradigan vitaminlar, aloedan 10 - 15 kun berish mumkin.Davolash viruslarga karshi dorilarni kuzgatomizishdan va antibiotiklar, vitaminlarni kullashdan iborat.

SURUNKALI KON'YUNKTIVITLAR

A n g u l y a r b l e f a r o k o n ' y u n k t i v i t - k u z shillik pardasi, kovoklarning chakkaomondagi burchaklari terisi va kiprikli kirrasining

surunkali yalliglanishi. Kuprok erkaklarda uchraydi va yillab davom etishi mumkin Odatda kuz juda achishadi, kichishadi va bemor chiday olmay kashiganda kovoklar chakka tomon burchagi terisida mayda - mayda yorilish va ishkalanish paydo buladi. Shu burchakda kaymokka uxshagan oppok modda paydo bulib, u paxta bilan artganda ipga uxshab chuziladi.

T r a x o m a - kon'yunktiva va shox pardaning surunkali yukumli yalliglanishi. Buni Galbershtedter va Provachek topgan virus rikketsiylar kuzgatadi. Klinikasi kon'yunktivaning infiltrastiyasi, chukur joylashgan follikullar va nixoyat ularning chandiklanishi bilan, tavsiflanadi. Traxoma boshlanishi yukori kovokning kuzga ugar kismida kon'yunktivaning kalinlashuvi (profiliferastiya), kizarishi va uning ichkarirogida chukur joylashgan katta - katta ok kulrang follikullar paydo bulishi bilan xarakterli. Bora -- bora bu uzga-rishlar, ayniksa follikullar juda kupayib kovok shilligi usti juda notekis buladi.,

Kasallikning boshlanishidanok shox pardada pannus (parda) yuza joylashgan kon tomirli uziga xos 3 xil yalliglanish paydo buladi: 1) tomirli (pannusvasculosus), kasallik davrida zurayadigan 2) yupka (pannustennus) va 3) muskulli (pannuscrassus) shaklda chandik koldiradi. Shox pardani xiralashtirib kurishga xalakit beradi..

S u r u n k a l i k a t a r a l k o n ’ y u n k t i v i t bulgan bemorning kuzlari achishadi, kum tikilganday buladi, kitob ukiganda tez charchash sezadi.Kon’yunktiva bir oz kizaradi, yuza joylashgan follikullar paydo buladi, lekin kuzdan shilimshik juda kam chikadi.

A l l e r g i k v a a u t o i m m u n k o n ’ y u n k t i v i t l a r. Paydo bulish sabablari 2 xil: tashki muxit omillari (ekzogen) va organizmdagi modda almashinuvida paydo buladigan nomutanosib jarayonlar yoki infekstiya toksinlari ta’siri (endogen) dir. Kishi nerv sistemasiva ichki a’zolaridagi sezgirlikning oshib ketishi ularga javoban patomorfologik uzgarishlar berib, klinik patologiyani keltirib chikaradi.

E k z o g e n b a x o r k o n ’ y u n k t i v i t i - ilk baxorda uta sezuvchanlikdan boshlanadi.Bunga kuyoshning ultrabinafsha nurlar sochishi, xavoda chang paydo bulishi yoki ilk baxor kukatlari sababchi ekanligi taxmin kilinadi.Bizning iklimimizda kupincha yosh va uspirin ugil bolalarda paydo buladi. Odatda kuzni yorug nur bezovta kiladi, kuzlar kichishadi, yoshlanadi, yumilishga moyil buladi Ochib karalganda yukori kovok togayi ustidagi shillik kavat kalinlashib, unda burda - burda ok pushtirok dumbokchalar paydo buladi. Ular follikulni eslatadiyu, lekin tuzilishi anik, chegaralangan, bir oz yasen, katta - kichik va tartibli joylashgani kayrok tosh terilgan yulni eslatadi. Shunday uzgarish shox pardada limbning atrofi va burun tomonida xam paydo bulishi mumkin. Kasallik uzok (balogatga etguncha) davom etib, xar baxor va ezda xuruj kiladi. Bemor konida askorbin kislotasining ancha kamayishi aniklangan. Shu vitaminlar va allergiyaga karshi dorilar kullaniladi.

P o l l i n o z (Pollen - gul changi) kon’yunktiviti baxorda usimliklar, daraxtlar gullagan davrida boshlanadi. Tusatdan kuzlarda juda kuchli achishish, kichishish paydo buladi/ kuz yoshlanishi, ochilmay kolishi, kupincha aksirish, yutalish va kuz - burundan yosh va suv kelishi kuzatiladi. Xar yil baxorda va ezda turli usimlik bargi va gulidan shamol bilan uchadigan xid va chang - - tuzonlar shunday allergiyaga sabab buladi.

A n t i b i o t i k l a r g a a l l e r g i y a . Kuzga antibiotiklardan birining eritmasi tomizilsa yoki poroshogi kuyilsa, kon’yunktiva kip - kizarib, pastki kovok kon’yunktivasi shishadi, follikullar paydo buladi, kovoklar terisi kizaradi.Kuz yoshlanadi, achishib kichishadi.Juda kamdan -- kam, ayniksa bolalarda shu xolat atropin yoki dionin tomchisi tomizilganda xam buladi.Bunda kuzg akortikosteroid tomchilaridan tez - tez tomiziladi.Kalstiy glyukonati ichiriladi.

KLINIK KO`NIKMALAR

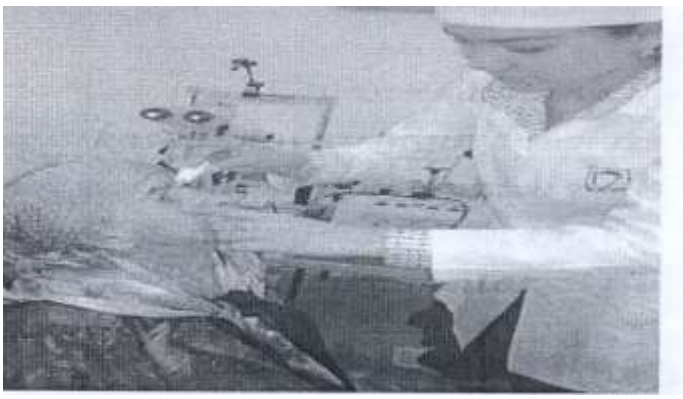
Konyuktiva bo’shlig’iga tomchilar tomizish va malham qo’yish

Ko’rsatmadavolashvadiagnostikamaqsadida

Kerakli jihozlar:stol,paxta,ko’z tomchilari

Tekshirish usuli haqida tushuntirish

Bemorboshini orqaga tashlabstulga o’tiradi.SHifokorbemorga to’g’riyondashadi.Bemorningpastkikovog’ipastga tortiladi.Konyuktiva bo’shligiga 1-2 tomchi dori tomiziladi yoki malxam qo’yiladi



Konyuktivadan yot jismni olib tashlash

Ko’rsatmadavolashvadiagnostikamaqsadida

Keraklijihozlar: stul, yorug’likmanbai, lupa13,0d ,dikain 0,25%, namsterilpaxta, deztomchilar.

Tekshirish usuli haqida tushuntirish

Bemorstuldao’tiradi,
yoro’glikmanbaibemorningchaptarafida.Vrachbemorningro’parasidaturadi, masofa 50 sm, bemorboshiozginaorqagaegilgan, og’riqsizlantirish. 13,0 dlupabilanchaptomondaturganlampanibemorko’zibilanbirtekislikdaushlab, yig’ilgannurdastasishu’lasinitegishliqismgamoslabyaxshiyoritibqaraladi.
Kon’yuktiva bo’shlig’idan yot jism nam steril paxta bilan olinadi.

So’ngra kon’yuktiva bo’shligiga dez tomchilar tomiziladi.

Amaliy mashғulotning texnologik modeli

8-Mavzu Ko`z yosh a'zolari kasalliklari klinika, davolash (tug`ma kasalliklari).

Mashgulot vaqti	Talabalar soni:10 nafar
Mashgulot shakli	Amaliy mashgulot

Mashgulot rejasi	Ko`z yosh a'zolari kasalliklari . dakriosistitlar klinikasi. tug’ma dakriosistitlar. Ularni davolash usullari.xakida tushuncha
O’quv mashgulotining maqsadi:	Talabalar bemorning umumiy ahvoliga ob’ektiv baҳo berish uchun kuz-a’zolarini ko’rish va tekshirish usullarini o’zlashtirish bo’yicha amaliyot bilimlarini rivojlantirish.
Ta’lim berish usullari	Multimediya.
Ta’lim berish shakllari	Jamoaviy
Ta’lim berish vositalari	Uquv-uslubiy ishlanma,elektron darsliklar,kompyuter
Ta’lim berish sharoiti	Metodik jihatdan jihozlangan auditoriya
Monitoring va baҳolash	

8 Amaliy mashg’ulotning tashkiliy tuzilishi

	Tashkiliy qism	Ajratilgan vaqt
	Kirish	5 minut
	Talabalarni dastlabki bilimini tekshirish a) og’zaki suxbat b)interaktiv usullar yordamida va boshqalar	10 minut 15 minut
	Amaliy ko’nikmalarni o’zlashtirish a)qabul bo’limi hujjatlari va ularni to’ldirish qoidalari bilan tanishish	10 minut 25 minut
	Talabalar bilim darajasini baholash	10 minut
	Mashg’ulotni yakunlash, vazifa	5 minut

		80 minut

Klinik mashg’ulotning tashkiliy tuzilishi

№	Tashkiliy qism	Ajratilgan vaqt
1	Kirish	5 minut
2	Bemorlar kuratsiyasi	30 minut
3	Bemorlarni kasallik tarixi bilan tanishish	10 minut
4	Jamoa bilan bemorlar taxlili	10 minut
5	Amaliy ko’nikma	10 minut
6	Retsept yozish	10 minut
7	Mashg’ulotni yakunlash, vazifa	5 minut
Jami:		80 minut

Mavzu mazmuni

KO’Z YOShI A'ZOLARINING YALLIGLANISh PATOLOGIYASI

Ko’z yoshi a'zolari-yosh ishlab chikaradigan va uni okizib chikaradigan kismdan iborat. Kuz yoshi bezi glandula lacrimalis kuz kosasi yukori devori chakka tomom kirrasi ostidagi chukurcha (fossa glandulae lacrimalis) da joylashgan. Bu bez orbital va palpebral kismlardan iborat. Bezning orbital kismida ishlab chikariladigan kuz yoshi palpebral kismiga tushib, sungra 10 - 12 yosh chikaruvchi naychalar orkali okib, keyin kon'yunktiva bushligining chakka tomoniga tushadi va shu joydagi Krauze nomli kushimcha kuz yoshi bezlaridan xam ishlanib chikkan kuz yoshi bilan kushilib, kuz sokkasining ustidan utib, pastki kovokning kirrasi buylab yunalib, burun tomonga utadi va kuz yoshi kuli (lacus lacrymalis) da yigiladi. Kuz yoshining tarkibida 97,8% suv, 1,8% tuz va juda kam mikdorda oksil, yog moddasi va mukopolisaxaridlar, shuningdek lizotsim degan ferment bor. Bu ferment fagotsitoz vazifasini bajarib kuz tozaligini saklaydi.

Kuz yoshi okib chikadigan yullar kovoklarning burun tomon burchagidagi kuz yoshi kuliga botib yotgan kovoklar kirrasidagi kuz yoshi nuktalari (punctum lacrymals) dan boshlanadi. Bu nuktalar orkali kuz yoshi kanalchalari canaliculi lacrymalis ga utib, ba'zida ikkala kanalcha birga, ba'zida esa ayrim - ayrim xolatda kuz kosasi burun tomon devorining pastidagi chukurchaga joylashgan kuz yoshi xaltasiga tushadi Kuz yoshi xaltasining uzunligi 10 - 12 mm, kengligi 3-4 mm, xajmi esa 0,7 mm va bosimi 7 -10 mm simob ustuniga teng va turli anatomik variantlari xam bulishi mumkin. Kuz yoshi xaltasidan yosh suyak ichidagi yul (ductus nasolacrymalis) ga utib burunning pastki yuliga tushadi.Suyak ichidagi kanal ayollarda erkaklardagiga nisbatan tor bulgani uchun kuz yoshi xaltasining yiringli yalliglanishi ayollarda kuprok uchraydi.Kovok aylana muskulining aloxida

bir kismi (m. Horneri) kuz yoshi yullari, kanallari, kuz yoshi xaltasining kengayib - torayishiga yordam beradi.Shuning uchun kuz yoshi xech kanday kiyinchiliksiz uz yullaridan okib utib, burunga bemalol tushaveradi.Kuz yoshi kuz satxini doim xullab turib, uni kakrab kolishdan saklaydi.Kuzni mayda jismlardan tozalab, yuvib chikaradi.Kuzni bir oz sovukdan xam saklaydi.Kuz yoshi yulining biror joyida tusik paydo bulganda kuz doim yoshlanib kishini juda kiynab kuyadi.

Ko’z yoshi bezi va kuz yoshi yullarining yalliglanishi kupincha surunkali buladi. Mikroblar, bakteriya, virus va zamburuglar ta'siri ostida vujudga keladi. Bularga organizmning umumiy surunkali kasalliklari va kuz yoshi yullarining torayishi sabab buladi.

Kuz yoshi bezining kamdan kam uchraydigan o’tkir yalliglanishi dakrioadenit (dacrioadenitis acuta) organizmning zotiljam, suzak, kattik shamollash va grippdan kuvvatsizlangan odam yoki yosh bolalarda tepkidan bulishi mumkin.Bunda yukori kovok chakka tomonining uchdan bir kismida kizarish, juda ogrikli shish paydo buladi.Badanning umumiy kakshashiG` isitmaning kutarilishi, bosh ogrishi bilan boshlanadi. Yukori kovokning shakli uzgarib, kalinlashadiG` kattalashadi, kuz sokkasini uz urnidan biroz siljitib bekitadi.Laboratoriya tekshirishlari kondagi (SOE, leykotsitoz, limfotsitoz) uzgarishlari uchrashi mumkin bulmagan, fakat klinikasi uxshash usmadan farklab yalliglanish diagnozini kuyishga yordam beradi.yalliglanishga karshi davolash kuzga va umumiy antibiotiklar, sulfanilamidlar, issik kullash bilan utkazilib, 3-4 xaftadan keyin tuzaladi.

Kuz yoshi bezining surunkali yalliglanishi esa (dacrioadenitis chronica) juda kam uchraydigan, asta - sekin boshlanib, umumiy kuvvatsizlik, bezning kattalashuvi, shishuvi bilan davom etadi, Sabablari -- asosan tuberkulyoz, zaxm va boshkalar. Klinik - laboratoriya tekshirishlari (Mantu va Vasserman reaktsiyalari) kilinadi. Davolash kasallikning kelib chikish sababiga asoslanib umumiy dori -- darmon kullash va simptomatik usul Bilan buladi. Agar kuz yoshi bezi yalliglanishi sulak bezlari yalliglanishi bilan bir vaktda va ikki tomonlama bulsa, uni sistemali Nikulin kasali deyiladi.

Ko’Z YOShI YO’LLARINING YALLIGLANIShI

Bunday bemorlarning asosiy shikoyati kuzdan yosh okishidir. Asosan sovukka chikkanda, shamol va chang bulganda kuz yoshi okishi zurayadi, kuzdan tuxtamay yosh okib turishi kuz sokkasini xam, pastki kovok terisini xam biroz kizartiradi, achishtirib bezovta kiladi. Sababi kuyidagi usullar yordamida aniklanadi. Bunday bemorlarning kuziga 3% li kollargol tomizib Karaganda kuz yoshi nuktasining surib olish kobiliyati saklangan bulsa, bir - ikki dakikadan sung kuzdagi buyok -- kollargol surilgan buladi, demak kollargol kuz yoshi nuktasi va kanalchalari orkali kuz yoshi xaltasiga utgan buladi. Agar kollargol kuz yoshi nuktasidan tez surilib ketmasa natija aksincha buladi.Bu kanallarni tekshirish usuli deyiladi. Agar kuzga kollargol tomizish bilan birga burunga kiskich bilan kaynatilgan paxtadan tikib tekshirilsa, unda 3-4 dakikdan sung paxtada buyok (kollargol) paydo bulishi kerak, agar aksincha bulsa, kuz yoshi sistemasi bekilib kolganidan darak beradi. Shu usul yordamida butun kuz yoshi okib chikish sistemasining ishi aniklanadi. Kuz yoshi okib chikish yullarini klinik usul bilan yaxshirok aniklash uchun odatda shpritsga dori olib, uning ingichka va biroz tumtoklangan ignasi kuz yoshi nuktasidan kanalchaga yuborilib yuviladi. Agar yul ochik bulsa, engashib utirgan bemorning burnidan dori okib chikadi. Agar utmasa yoki chala utsa, unda shu nukta orkali kontrast dori (yodolipol) yuborib rentgen surati olinadi va shunga karab oftalmolog jarroxlik rejasini tuzadi.

Kuz yoshi nuktasining torayishi uning kayrilib notugri joylashuvi (kariyalarda) yoki chandiklanishdan buladi, u yalliglanganda kuz yoshi okib kizaradi, shishadi.Oftalmolog shu usulga moslashtirilgan 4 • • 5 ta turli yugonlikdagi ignalar - zondlar yordamida kuz yoshi nuktasini kegaytiradi yoki dori-darmon berib yoki operatsiya kilib davolaydi.

Kuz yoshi kanalining torayishi esa, uning urtasida yoki ichki uchida bulishi mumkin.Uning xammasi torayishi xam mumkin.Bunda dori - darmon bilan birga 3 -4 ta uziga moe zondlar bilan kengaytiriladi yoki kon'yunktivada dakriotsistotomiya operatsiyasi kilinadi.

Kuz yoshi xaltasining yalliglanishi- dakriotsistit (dacriocyctitis), bemorning kuzidan fakat yosh emas, yiring xam chikadi. Kuz tirkishining burun tomonidagi yukori va pastki kovoklar birikmasi ostida yumshok, ogriksiz shish paydo buladi. Kuz yoshi xaltasi shaklidagi bu shish bosilganda kuz yoshi nuktalaridan shilimshik yoki yiring aralash kuz yoshi chikadi. Kuz yoshi xaltasining bunday surunkali yalliglanishi kupincha ayollarda kuz yoshi - burun kanalining erkaklarnikiga nisbatan torligidan va kupincha shamollash kabi sabablardan yuli tusilib kolishidan buladi. Kanal ichida yoshning utmay tuxtab kolishi undagi shillik pardaning zararlanishi va infektsiya paydo bulib, yalliglanishi asta - sekin avj olib dakriotsistit vujudga keladi. Kuz yoshi xaltasi tobora kengayib kattalashib, devorining yupkalashganidan u teri ostidan kukimtir bulib kurinadi, bu xolat kuz yoshi xaltasining istiskosi (hydrops) deyiladi. Pastki nukta orkali shprits bilan dori yuborib yuvilganda suyuklik burunga tushmay, yukori nuktadan kaytib chikadi, surunkali yiringli dakriotsistit bulganda yiring doim kuz tirkishiga chikib turgani uchun undagi mikroblar (streptokokk, stafilokokk va pnevmokokk) kuz shox pardasiga zarar etkazib unda yara paydo kilishi mumkin. Shuning uchun yiringli dakriotsistit erta aniklanib operatsiya usuli bilan davolanishi kerak.

Kattalar dakriotsistorinostomiyasi ogir operatsiya.Bunda kuz yoshi xaltasi ustidagi terini kesib, undagi yumshok tukimalarni chetga surib kovoklar burmasi kesilib, ostidagi suyak tozalanadi. Suyakdan 2,5 sm li kismi olib tashlanadi. Operatsiyaning asosiy printsipi kuz yoshi xaltasi bilan burun yukori bushligi urtasida yul ochib, kuz yoshini tuppa - tugri burunga tushishi ta'minlanadi. 60 yoshdan oshgan odamlarda esa, shox pardani yiringli yalliglanishdan saklash uchun yiringli kuz yoshi xaltasi olib tashlanadi, chunki karilarda suyakni arralash ogir va xavflidir.

Kuz yoshi xaltasining flegmonasi (phlegmona sacci lacrimalis).Bu utkir yiringli peridakriotsistitdir.Bu infektsiyaning yosh xaltasidan atrofdagi tukimalarga utishi natijasida paydo buladigan shiddatli flegmonoz yalliglanishidir. Bunda utkir yalliglanishning asosiy belgilari: shish, kizarishlar kovoklarga, burun va iyakningtegishli shu tomoniga utib ketadi. Bemorning isitmasi kutariladi, boshi ogriydi, umumiy loxaslik paydo buladi.2-3 kundan keyin yo flegmonaning uzi yoriladi, yoki uni oftalmolog statsionarda ochib, yiringini chikarishi, kerakli dori -

darmon bilan davolashi zarur.3-4 oydan keyin dakriotsistorinostomiya operatsiyasini kilish mumkin.

Chakaloklarda dakriotsistit (dacriocystitis neonatorum) kamdan - kam uchraydi.Bunga kuz yoshining burun yuli pastki kismida odatda tugilishdan oldin surilib ketishi kerak bulgan nozik membrananing uz vaktida surilmay kolishi sabab buladi. Bola tugilgach 2-3 kun davomida kuzlari yoshlanib, yiringlagani ma'lum buladi. Umumiy klinik belgilar kattalar dakriotsistiti belgilaridan fark kilmaydi.Chakaloklar dakriotsistiti xam uz vaktida davolanmasa, flegmonaga aylanishi mumkin.Davolashning birinchi kismi - kuz yoshi xaltasini massaj kilinadi.Buning uchun kuz tirkishi burun tomoni burchagini shifokor barmoklari bilan asta - sekin yukoridan pastga tomon silaydi. Bunda xaltadagi kuz yoshi kuz burun kanali orkali uning pastki kismidagi membranaga tazyik beradi va natijada u yorilishi mumkin. 2 - 3 kun davomida kilingan massaj usuli yordam bermasa, unda ikkinchi usul bola kuz yoshi yukori nuktasini zond bilan bekitib pastkisidan shpritsdan dezinfektsiya kiladigan dorini katta bosim bilan yuborish kerak. Bunda suv uz vaktida surilib ketmagan membranami teshib chikishi mumkin.

KLINIK KO`NIKMALAR

Ko’z yosh yo’llarining o`tuvchanligini tekshirish

Ko’rsatma davolash va diagnostika maqsadida

Kerakli jihozlar: stoul, kollargoleritmasi, namsterilpaxta, deztomchilar.

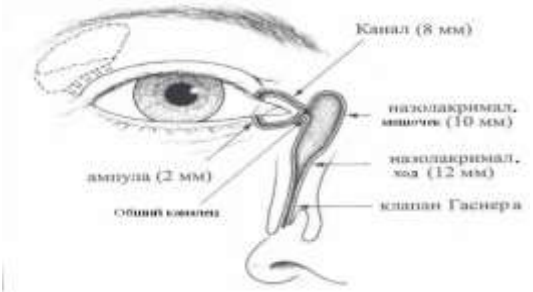
Tekshirish usuli haqida tushuntirish

Bemorstuldao’tiradi, Vrachbemorningro’parasidaturadi, masofa 50 sm, bemorboshiozginaorqagaegilgan,bemorko’ziga 3% likollargoleritmasitomiziladi, birikkidaqiqadanso’ng, ko’zdagibo’yoqso’rilganbo’ladi, demakkollargoleritmasiko’zyoshnuktasidanvakanalchalardanko’zyoshxaltasigao’tganbo’ladi.Agarkollargoleritmasiko’zyoshnuqtasidantezso’rilibketmasa , ya’niko’zdanoqsa, natijaaksinchabo’ladi.

So’ngrakon’yuktivabo’shlig’igadeztomchilartomiziladi.

Izox: Ko’zyoshibezidaishlabchiqaradigansuyuqlik, ko’zyoshyo’liga ,o’ndanesaso’rg’ichlaryordamidako’zyoshnuqtasiga, so’ngrako’zyoshkanaliga, kanaldanko’zyoshxaltasigavapastkiburunyo’llarigaochiladi

.



Ko’z yosh yo’llarini yuvish

1.Ko’rsatma: diagnostikavadavolashmaqsadida

2.Keraklijihozlar: dikain 0,5% konikzond, shpris, to’mtokigna, namstirilpaxta, dezeritma

3.Tekshirishusulinio’tkazishto’g’risidatushuntirish

Bemormuolajaxonasidastulgao’tiradi.

Boshibirozorqagaegilgan.Dikainbilan 3martaog’riqsizlantiriladi

Konikzondorkaliko’zyoshnuktasikengaytiriladi.

Shprisorqalidez.eritmayuboriladi.

Normadasuyuqlikburundankelishikerak.

Izoh. Buusulorqaliko’zyoshburunyo’liochiqyokiyopiqligianiqlanadi.

9-Mavzu Shox parda kasalliklari klinikasi, davolash (infektsion kasalliklar)

Mashgulot vaqti-	Talabalar soni: 10 nafar
Mashqulot shakli	Amaliy mashғulot
Mashqulot rejasi	1.keratitlar klasifikastiyasi 2.virusli keratitlar. 3.shox parda tugma kasalliklari. 4Shox pardaning distrofik kasalliklari
O’quv mashqulotining maқsadi:	Talabalar bemorning umumiy axvoliga ob’ektiv baxo berish uchun kuz-a’zolarini ko’rish va tekshirish usullarini o’zlashtirish bo’yicha amaliyot bilimlarini rivojlantirish.
Ta’lim berish usullari	Multimediya.Interfaol usul:
Ta’lim berish shakllari	Jamoaviy
Ta’lim berish vositalari	Uquv-uslubiy ishlanma,elektron darsliklar,kompyuter
Ta’lim berish sharoiti	Metodik jixatdan jixozlangan auditoriya
Monitoring va baxolash	

9 Amaliy mashg’ulotning tashkiliy tuzilishi

	Tashkiliy qism	Ajratilgan vaqt
	Kirish	5 minut
	Talabalarni dastlabki bilimini tekshirish a) og’zaki suxbat b)interaktiv usullar yordamida va boshqalar	10 minut 15 minut
	Amaliy ko’nikmalarni o’zlashtirish a)qabul bo’limi hujjatlari va ularni to’ldirish qoidalari bilan tanishish	10 minut 25 minut
	Talabalar bilim darajasini baholash	10 minut
	Mashg’ulotni yakunlash, vazifa	5 minut

		80 minut

Klinik mashg’ulotning tashkiliy tuzilishi

№	Tashkiliy qism	Ajratilgan vaqt
1	Kirish	5 minut
2	Bemorlar kuratsiyasi	30 minut
3	Bemorlarni kasallik tarixi bilan tanishish	10 minut
4	Jamoa bilan bemorlar taxlili	10 minut
5	Amaliy ko’nikma	10 minut
6	Retsept yozish	10 minut
7	Mashg’ulotni yakunlash, vazifa	5 minut
Jami:		80 minut

SHOX PARDANING YALLIGLANISH PATOLOGIYASI

Ma’lumki, normada shox pardaning 5 xil asosiy belgilari bor: bu tiniklik, yaltiroklik, shaklining burtikligi, uta sezgirlik va kon tomirlari yukligidir. Patologiyada esa loykalanish, xiralanish, burtiklikning kupayishi yo kamayishi, sezgirlikning zurayishi yo pasayishi va keraksiz kon tomirlar paydo bulishi kuzatiladi. Bu belgilar kasallikning paydo bulish sabablariga kura turli kurinishda buladi. Yalliglanish asosan mikroblar streptokokk, pnevmokokk, stafilokokk, ba’zida viruslar va zamburuglarning ta’siri ostida paydo buladi. Tashki muxitdagi ekzogen ta’sirlar va turli surunkali umumiy kasalliklar (tuberkulyoz, zaxm, toksoplazmoz, gerpes va revmatizmlar) keratitlarni paydo kiladi. Bular kisman utkir tarzda, ba’zan esa sezilmay asta - sekin boshlanadi.

Shox pardaning yalliglanish patologiyasi tusatdan utkir boshlanishi va asta - sekin sezilmay surunkali bulishi mumkin. Utkir keratitlarning boshlanishi yoruglikka karay olmaslik, noma’lum narsa xalakit berishi, kuzning yoshlanishi, kovoklarning kisilishi (blefarospazm) va shox parda atrofidagi xalkali kon tomirlarning reaktiv kengayishi - perikorneal in’ekstiyalar paydo bulishi bilan xarakterlanadi. Bu belgilar yigindisi shox parda sindromi deyiladi. Sekinboshlanadigan surunkali keratitlar esa kupincha engil perikorneal in’ekstiya va yoshlanish bilan yuzaga chikadi.

Shox p a r d a n i n g su r i l u v c h i y a r a si (ulcuscorneaserpens) Bu shox pardaning ogir yallig yaralanishi. Odatda tusatdan kuzda kuchli sanchish, yoshlanish va ogrik bilan shox pardaning urtasida dumalok sargsh - kulrang infiltrat paydo bulishi bilan boshlanadi. Uning satxidagi epiteliy bir oz notekis buladi.Infiltrat tezda yorilib, yara paydo buladi.Yara atrofida shox parda xiralanadi. Asosiy belgilari shundan iboratki, yaraning kuz tirkishi yunalishidagi bir tomoni anchagina chukurlashib, sapsarik yiring boylaydi va tobora chukurlashib 1 - 2 kun ichida pardaning tinik tomoniga surilib ketaveradi. Yaraning ikkinchi, regressiv tomoni esa yiringdan tozalanadi va epiteliysi paydo buladi. Yalliglanish jarayoni kuchayib yiring tez orada kuz ichiga tomon xam suriladi.

S h o x p a r d a n i n g g o n o b l e n o r e y a l i yiringli yarasi chakaloklarda odatda blenoreya kon’yunktiviti paytida yiring shox parda epiteliysini mayin tirnashi natijasida (masterastiya) kupincha uning kok urtasida paydo buladi. Gonokokk juda toksinli bulgani uchun chakalokning

murgak organizmini bushashtiradi va shu sababli yara juda tez kattalashib, shox pardani emirib yuboradi va kuz teshilib okib, keyinchalik juda katta chandik paydo kiladi. Katta odamlarda esa kon'yunktivaning shishuvi va blefarospazm natijasida shox pardanita'minlovchi kon tomirlari torayib, uning limbga yakin kismida yarachalar paydo buladi va bemor davolanib, tuzalgach yarachalar urnida gir aylana shaklidagi ok paydo buladi.

S h o x p a r d a n i n g d i f t e r i y a d a n yalliglanish klinikasining umumiy belgilari shundan iboratki, kovoklar shishadi, yiring chikishidan tashkari difteriya toksinlari kizarib shishgan kovok kon'yunktivasi ustini tuk kul rang kukimtir nekroz parda bilan koplaydi. Bu parda zich yopishgan bulib, ajratganda kattik konaydi.Shunday parda bemorning tomogida, burnida xam bulishi mumkin.

Shox pardada infiltratlar paydo bulib, yoriladi, yaralanadi, nekroz paydo buladi va kalin chandik koldiradi. Kupincha yaralar yorilib, kuz puchayib koladi.Bemorning umumiy axvoli ogir bulib, isitmasi chikadi, boshi ogriydi, yakindagi
limfa bezlari kattalashib ogriydi.Bunday ogir axvol profilaktikadan utmagan (zardob olmagan) bolalarda buladi.Xozirgi vaktda bu kasallik juda kamdan - kam uchraydi yoki butunlay uchramaydi.

Davolash antibiotiklar, difteriyaga karshi zardobni sxema bilan kullash vakuzga simptomatik dorilardan tomizishdan iborat.G e r p e s l i k e r a t i t l a r (keratitisherpetica). Gerpesni vujudga keltiradigan virus 1912 yilda aniklangan. Bu virus insonning bolalik davridayok onadan umumiy koshik bilan ovkatlantirilganda, bolani upib erkalashdan sulak orkali utadi va bir umrga koladi. 90% odamlarda bu virus organizm tukimalaridagi xujayra protoplazmasida joylashib olib, xech kanday belgi bermay

yotadi va kuchli titrli antitelolar xosil kiladi. Bu virusning faollashuviga turli shamolash kasalliklari, tomok ogrigi yoki kuzning yuza shikastlanishi va boshkalar sabab buladi.

Virus birinchi marta kuzga tushganda 7 -- 8 kundan keyin keratit paydo buladi. Epiteliyda yara paydo bulishi natijasida birlamchi va yuza joylashgan keratit, kovok chetlarida gerpes pufakchalari paydo buladi va atrofdagi limfa bezlari kattalashadi. Shox parda epiteliysi shishadi, mayda - mayda yarim tinik gerpes pufakchalari va yarachalari daraxt shoxchasiga uxshaydigan shaklni oladi va kuzda xiralanish paydo buladi. Ba'zida aftoz stomatit kuzatilishi xam mumkin vakasallik 18 - 20 kungacha davom etadi. Shox pardaning sezgirligi yukoladi, chunki virus neyrotrop nerv tolalarini zaxarlaydi.Belgilari juda xarakterli bulgani uchun umumiy shifokor xam diagnoz kuyishi mumkin. Yaxshi davolanmasa kup martakaytariladi va shox parda chetlarida yiringiz yarachalar paydo buladi.

T u b e r k u l y o z l i a l l e r g i k (fliktenali) k e r a t i t (keratitistuberculosaallergica). Asosan yosh bolalar va usmirlarda kuz shox pardasining allergik yalliglanishidir. Bunda tuberkulyoz tayokchalari kuzda topilmaydi, lekin bemorning boshka a'zolarida tuberkulyoz xastaligi bulganda organizmdagi toksin-larga kuzning allergik sezgirligi oshib keratit vujudga keladi.

Kasallikning boshlanishida kuz bir oz yoshlanib yoruglikka karay olmay koladi.Shox pardaning limbga yakin kismi, ba'zan markaz epiteliysi ostida mayda - mayda yalligli yarim tinik kulrang, yoki bita - ikkita kattarok tugunchalar paydo buladi. Bemorning umumiy axvoli juda ogir bulmasa, tugunchalar 4 5 kunda surilib ketadi, lekin kupincha ular yorilib, emirilish paydo buladi, unda bolalarda kuzning sezgirligi yanada oshib ketadi, kovoklari kisilib ochilmay koladi, perikorneal in'ekstiya kuchayadi. Yarachalar atrofida kon tomirlar paydo bulib, kuzning tuzalishiga imkon beradi.

KLINIK KO`NIKMALAR

1. **Shox parda sezuvchanligini aniqlash**

Ko'rsatma tekshirish va davolash maqsadida

Tekshirish o'tkazish to'grisida bemorga tushuntirish

Kerakli jixozlar:Yorug’lik manbai,nam steril paxta,stul

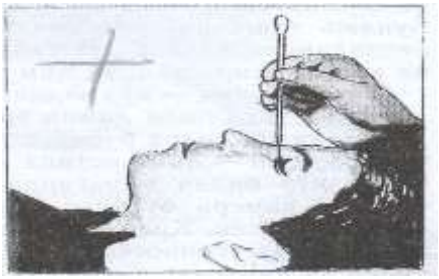
O'tkazish texnikasi.

Bemor stulga o'tirgan holda,chap tomonida lampa

Shifokor bemorning ro'parasiga o'tiradi. SHox parda sezuvchanligini aniklashda, sterillangan paxtadan ingichka ipcha yasab,bemor ko'zini katta ochib turgan holda,shox pardaning o'rtasiga keyin 4 nuqtasiga tekizib ko'riladi

Uning sezgirligi aniklanadi

Bu muolajani diagnostika maqsadida qo’llanadi va shox parда sezuvchanligi saqlanganligi yoki yo’qolganligi aniqlanadi



Shox pardadan yot jismni olib tashlash.

1.Ko’rsatma: tekshirish va davolash maqsadida

2.Kerakli jihozlar: dikain 0,5% , maxsus steril igna, steril paxta, dez eritma

3.Tekshirish usulini o'tkazish to'g'risida tushuntirish

Bemor muolajaxonasida stulga o'tiradi.

Boshi bir oz orqaga egilgan,dikain bilan og'riksizlantiriladi

Shox pardadan yot jismni maxsus steril igna yordamidaolinadi.

Ko'zga dez tomchilar tomiziladi.

Izox: Bu muolaja bajarilishidabiomikroskopda shox pardadadagi yot jism chuqurligi, o'lchami aniklananadi. Normada shox parda tinik, yaltirok, sferik, sezuvchanligi yuqori va o'ngda tomirlar bo'lmaydi.

10-Mavzu Tomirli parda kasalliklari (orqa uveitlar)

Mashgulot vaqti-	Talabalar soni: 10 nafar
Mashqulot shakli	Amaliy mashғulot
Mashqulot rejasi	virusli iridosiklitlar.

	Rangdor parda tugma kasalliklari. Rangdor pardaning distrofik kasalliklari
O’quv mashqulotining maқsadi:	Talabalar bemorning umumiy aҳvoliga ob’ektiv baҳo berish uchun kuz-a’zolarini ko’rish va tekshirish usullarini o’zlashtirish bo’yicha amaliyot bilimlarini rivojlantirish.
Ta’lim berish usullari	Multimediya.Interfaol usul:
Ta’lim berish shakllari	Jamoaviy
Ta’lim berish vositalari	Uquv-uslubiy ishlanma,elektron darsliklar,kompyuter
Ta’lim berish sharoiti	Metodik jiҳatdan jiҳozlangan auditoriya
Monitoring va baҳolash	

10 Amaliy mashg’ulotning tashkiliy tuzilishi

	Tashkiliy qism	Ajratilgan vaqt
	Kirish	5 minut
	Talabalarni dastlabki bilimini tekshirish a) og’zaki suxbat b)interaktiv usullar yordamida va boshqalar	10 minut 15 minut
	Amaliy ko’nikmalarni o’zlashtirish a)qabul bo’limi hujjatlari va ularni to’ldirish qoidalari bilan tanishish	10 minut 25 minut

	Talabalar bilim darajasini baholash	10 minut
	Mashg’ulotni yakunlash, vazifa	5 minut
		80 minut

Klinik mashg’ulotning tashkiliy tuzilishi

№	Tashkiliy qism	Ajratilgan vaqt
1	Kirish	5 minut
2	Bemorlar kuratsiyasi	30 minut
3	Bemorlarni kasallik tarixi bilan tanishish	10 minut
4	Jamoa bilan bemorlar taxlili	10 minut
5	Amaliy ko’nikma	10 minut

6	Retsept yozish	10 minut
7	Mashg’ulotni yakunlash, vazifa	5 minut
Jami:		80 minut

TOMIRLI PARDA

Tomirli pardaning **birinchi qismi rangdor parda** (iris) dir. Rangdor parda ikki varaqdan iborat boiib, oldingisi mezodermal va ikkinchisi ektodermaldir. Rangdor pardaning oldingi sathida

bir qancha chuqurcha va kavakchalar hamda devorchalar bor (lacuna, crypta) boiib, ular pardaga o‘ziga xos ko‘rinish va jilo beradi (113-rasm). Bu chuqurchalar pardaning ustki mezodermal varag‘ida joylashgan va undagi fibrill tolalar hamda qon tomirlarningyo‘nalish izidan tashkil topgan. Ko‘zrangining to‘q

va och ko‘kimtir, havorang va boshqachaligi shu pardadagi pigment hujayralaridagi xromatoforlar - melanin miqdoriga bogiiq. Pigment hujayralarida melanin ko‘p boisa, ko‘z rangi to‘q, oz boisa ochroq rangli boiadi. Qorachiqni o‘rab yotgan 138 muskul tolalari (m. Sphincter pupilla) ham shu mezodermal

varaqda joylashgan bo4lib, ular qisqarganda qorachiq torayadi. Rangdor pardaning orqa sathini epiteliy varag‘i tashkil etadi. Bu varaq bilan mezoderma varag4i o4rtasida radial (m. Dilatator pupilla) muskul tolalari joylashgan bo4lib, ular qisqarganda ko4z qorachig4i kengayadi. Rangdor pardaning oldingi mezodermal varag‘ida stroma va ko‘p pigment hujayralari borki, bular o4zaro chatishib rangdor pardoning tashqi pigment chegara membranasini tashkil etadi. Uning orqa sathida - ekzoderma varag‘ida esa

qorachiqni kengaytiruvchi radial nozik muskul tolalaridan tashqari, pigment qavati ham bo‘lib, u qorachiq qirrasini o‘rab olib, uning pigmentli qora jiyagini tashkil etadi. Qorachiqning qirra cheti atrofidan 1,5 mm ichkarida bo'rtiqroq, qalinligi 0,4 mm ga teng tasmachani eslatadigan doira bor. Qorachiq atrofidagi

yuqorida ta ’riflangan bo4rtiqroq doira uning oldingi sathini mayda va yirik naqshli ikkita doira qismga ajratadi. Bular qorachiq atrofi va kipriksimon tana zonalari deyiladi. Ko‘zga yog‘du tekshirganda bu zonalardan biri mayda-mayda chiziqli va ikkinchisi yirik shaklli bo4lib, yaqqol ko‘rinib turadi. Ular

normal holatining o ‘zgarishi rangdor pardaning turlikasalliklariga tashxis qo‘yishda katta ahamiyatga ega.

Hozirgi zamon iridodiagnostika usuli nuqtai nazaridan qaragandarangdor pardadagi pigment dog4lari mayda-mayda chiziq vashakllarning o‘zgarishi va o4zgacha joylashishi faqatgina ko‘z

kasalliklarini emas, balki butun tanada paydo bo‘ladigan patologiko'zgarishlarni aniqlashga

imkon beradi. Qorachiqkengayganda rangdor pardaning kipriksimon tana oldi zonasida bir necha

qator gardishga o‘xshash burmachalar paydo bo‘ladi. Qorachiq torayganda esa burmachalar tekislanib,

o‘rni aylana tasmaga o‘xshab turadi. Rangdor pardaning eng yupqa 0,2

mm ga teng joyining kipiksimon tanaga o‘tishi chegara qismdir. Ko‘zga tushadigan yorug4 nurlarni

rangdor parda qorachig‘I o4zining torayish va kengayish xususiyati bilan nazorat qiladi, shuning uchun rangdor pardani ko‘zning tabiiy diafragmasi deb ataladi. Rangdor parda sezuvchi nerv tolalari n. Trigemi dan, vazomotor tolalari tsiliar tugunning simpatik nerv shoxchalaridan va harakatga keltiruvchi n.oculomotoriusdandir.

Ikkinchi kismi - kipriksimon tana (corpus ciliaris) - ko‘z soqqasi gardishi, oqsil parda qavati ichidagi bir butun halqa kengligi 8 mm - (burun tomoni 5,8 mm, chakka tomoni kengligi 6,7 mm) tasmaga

o‘xshab yotadi (114-rasm). Tomirli qavatning oldi qismi rangdor parda bilan orqa qismi xorioideyalar oraligida kipriksimon tana joylashgan. U shu pardaning eng qalin qismi boiib, rangdor parda bilan

chegaralangan joyining qalinligi 2 mm ga teng, chunki shu yerda uning muskulchasi m. Ciliaris joylashgan. Uning xorioideyaga o‘tish chizigi (ora serrata) esa kungiralidir. Kipriksimon tana sathi ikki xil tuzilishga ega. Uning rangdor pardaga yaqin - oldingi qismining ichki sathi ko‘z ichiga bo‘rtibroq chiqqan kiprikka o‘xshash tolalardan tuzilgan (processus ciliaris) juda ko‘p tolali (70 ga yaqin) tasmani eslatadi. Buni odatda kipriksimon chambarak (corena ciliaris) deyiladi. Tananing orqa, xorioideyaga o‘tish qismi bora-bora tekislanib yupqa gardish (orbiculus ciliaris) deb ataladi. Kipriksimon tanani meridian

yo'nalishida kesib qaraganda uchburchakli kesma paydo boiadi. Uchburchakning birinchi - ustki sathi oldingi - rangdor parda o‘zagi tomonga, ikkinchisi - orqa sathi xorioideyaga va uchinchi - to‘mtoq

sathi esa ko‘zgavhari tomonga qaragan boiadi. Kipriksimon tananing chambaragi ko‘z gavharini o‘rab olgan. Ular orasida kengligi o‘zgarib turadigan gavhar atrofi bo‘shlig‘i (sratium circum lental) bor.

Kipriksimon tananing oldingi sathidan boshlanadigan boylamchalar - Sinn boylamchalari (ligamentum Zinni) ko‘z gavhari ekvatorining orqa sathiga, uning orqa qismidan boshlanadigan boylamchalar

gavhar ekvatorining oldingi sathiga borib birikadi. Natijada gavhar atrofida bir-biri bilan kesishgan TSinn boylamchalari orasida Kloket kanaii (spatium Cloketi) paydo boiadiki, bunda kipriksimon tanadan

chiqqan suyuqlik - ko‘z ichi suyuqligi girdoblanib oqadi. Kipriksimon tanada ham birinchi- mezodermal varagi boiib, u ≪adashgan≫ to‘qima, muskul tolalari va juda ko‘p qon tomirlarga ega. Uning

ikkinchi (pigmentli) ektolermal varagi va to‘r pardaning o‘rta – optic qismidan rangdor pardaga qarab yo‘nalgan va ulaming orqa sathini yopgan ikkinchi ektodermal epitelial qismlari bor.

Demak, kipriksimon tanada ham, rangdor pardada ham ektodermal varaq bir juftdan. Rangdor pardada esa ikkita ektodermal va epitelial pigmentli varaqlar juda ko‘p pigmentli hamda qop-qora boigani uchun nur o‘tkazmaydi va ko‘z ichki pardalariga haddan tashqari ko‘p yorug‘ nurlar o‘tishidan saqlaydi.

Kipriksimon tanadagi mayin silliq muskullar uch xil - meridianal, radial va

tsirkulyar yo‘nalishlidir. Meridianal tolalar qisqarganda xorioideyani oldinga tortadi va bu m.chorioidea

deyiladi. Radial tolalar esa oqsil parda o ‘siqchasidan kipriksimon tana kiprikli va kipriksiz gardishlariga borib birikadi. Tsirkulyar tolalar esa ayrim-ayrim bog‘ichlar shaklida kiprikli qismda joylashgan. Kipriksimon tanada uch xil yo‘nalgan muskullar to‘plami ayrimayrim qisqarib akkomodativ

vazifani bajaradi. Kipriksimon tananing muskulli qatlami ostida tomirli qatlam o‘rin olgan. Bunda qon tomirlardan tashqari siyrak biriktiruvchi to‘qima, clastik tolalar va pigment hujayralari ko‘p.

Ko‘zning orqa qutbidan tomirli parda bilan oqsil parda orasidagi nozik bo‘shlig‘i spatium suprachoriodeadan kipriksimon tananing uzun arteriyasi o4ib kelib, kipriksimon tananing oldingi limbga yaqin yotgan arteriyasi bilan anastomozlab, rangdor pardaning kipriksimon tanaga o‘tish joyida ularning katta qon aylanish doirasini tashkil qiladi. Doiraning tolalari kipriksimon tana kiprikli qismini qon tomirlar bilan boyitadi. Bu esa kipriksimon tananing ko‘z ichi suyuqligi ishlab

chiqarishiga katta imkoniyat beradi. Kipriksimon tanadagi muskullar akkomodatsiya jarayonini ta’minlasa, uning kiprik epiteliysi ko‘z ichi

suyuqligi ishlanishini ta'minlaydi. Kipriksimon tanadagi qon tomirli qatlam ostida juda yupqa

shaklsiz, asosiy qatlam joylashgan, uning ostida esa pigmentli epiteliy va undan keyin pigmentsiz epiteliy qavatlari qatma-qat bo‘lib yotadi. Keyingi ikki-pigmentli va pigmentsiz qavatlardan biri- pigmentsizi to‘r

pardaning ko‘rmaydigan (optik emas) qismidir. Kipriksimon tanada nerv tolalari chigali yotadi. Uning sezuv nervi tolachalari uch tarmoqli nervning birinchi tolasidan, qon tomirlami kengaytirib-toraytirib

turuvchi va radial muskullarni harakatlantiruvchi tolalar esa simpatik nerv tolasidagi va aylana muskullarni harakatlantiruvchi tolalar - ko‘zni harakatlantiruvchi nerv (n.oculomotorius) tolalaridandir.

Uchinchi qism - xorioideya (chorioidea) - tomirli pardaning eng orqa qismi bo‘lib, u oqsil pardaning ichki sathiga suyanib yotadi Qalinligi 0,2-0,4 mm ga teng. Uning sathi kungirali chiziqdan to

ko‘ruv nervi diski qirrasigacha boigan masofaga teng va faqat shu

ikki o‘rinda oqsil pardaga yopishgan boiadi. Xorioideya gistologik 5 qatlamdan iborat (115-rasm).

1. Supraxorioideya - qon tomirlaming ustki qatlami juda yupqa

endoteliy bilan qoplangan ko‘p tolali pigment hujayralari bilan

ta’minlangan biriktiruvchi to'qimadan iborat.

2. Yirik diametrli arteriya va vena qon tomirlar qatlami.

3. 0 ‘rta diametrli arteriya va vena qon tomirlar qatlami.

4. Mayda - xoriokapillyar qon tomirlar qadami.

5. Brux membranasi - shishasimon tiniq, silliq va nafis parda, xoriokapillyar varag‘i bilan to*r parda pigment epiteliysi orasida yotgan membrana.

Xorioideya to‘r pardaning optik qismi bilan jipslashib yotadi. Xorioideyada sezuv nerv tolalari yo*q. Ko'zning orqa qutbidagi siliar arteriyasi qon tomirlaming 6-8 ta orqa qisqa tolalari xorioideya

qatlamlariga kirib, bir-biri bilan anastomozlangan holda uni arteriya qoni bilan ta’minlaydi. Xorioideya bilan to‘t pardaning hamkorligi ko'zning ko‘rish jarayonini yaxshilaydi, chunki xorioideyaning eng

ichki xoriokapillyar qatlami to‘r pardani qon bilan ta’minlab, unda moddalar almashinuvini tartibga solib turadi.

TOMIRLI PARDANING YALLIG ‘ LANISH

PATOLOGIYASI

Iridotsiklitlar. Ko‘z tomirli qavatning rangli pardasi (iris) yalliglanganda iritis, kipriksimon tana (corpus ciliaris) yallig‘langanda ciclitis va uning xususiy qismi (chorioidea) yalliglanganda chorioiditis deyiladi. Ko‘z soqqasi tomirli pardasining dastlabki ikki qismining tomirlari yagona va ta’minlanishi umumiy boigani uchun ko‘pincha o ‘tkir va tez boshlanadigan irit, 2-3 kun orasida siklit ham boshlanib, iridotsiklit

paydo bo‘ladi, lekin yalligianish jarayoni uning uchinchi qismi - xorioideyaga tezlik bilan olmaydi, chunki u boshqa qon tomirlar sistemasidan ta’minlanadi. Keyinchalik yalligianish unga ham oiganda iridociclohGrioiditis deyiladi. Ilgari ko‘z soqqasining tashqi qavati sklerani olib tashlab qaraganda ko‘z ko‘ruv nerviga osilib turgan bir dona qora tut (uvea) ni eslatgani uchun tomirli parda (uvea) deyilgan, iridotsikloxorioiditni qisqaroq qilib panuveitis deyilgan. Iridotsiklitni oldi uveit, xorioiditni orqa uveit ham deyilgan. Panuveitning sabablari ko‘pincha **endogen** sil, toksoplazmoz, zaxm, revmatizm, uchuq, gripp, allergiya, immun va autoimmune jarayonlardir. Shu munosabat bilan ko‘zga tushgan infektsiyalar

tomirU parda ichiga asta-sekin anafilaktik ta’sir oikazib surunkali uveitga sabab boiadi. Aseptik iridotsiklitlar ham bo‘lib, ular keratitlar ta’siri ostida vujudga

keladi. Masalan, loyqalangan ko‘z gavhari membranasi orqah siqadigan fakolitik toksinlar ta’siridan paydo boladigan surunkali iridotsiklit autoimun iridotsiklit hisoblanadi.

Ekzogen sababar.- viruslar, ko‘z shikastlanganda paydo boladigan banal infektsiyalar (strepto- stafilo- pnevmokokklar) o‘tkir iridotsiklitga olib keladi. Bunda paydo boladigan yalligianish

jarayoni ekssudatli, fibrinli, yiringli va gemorragik bolishi mumkin. Iridotsiklitlarning klinik belgilari - ko‘zning yoruglikka qaray olmashgi, ko‘zda sanchiq turishi, uning yoshlanishi, ko‘z tirqishlning

refleks sababli qisilib torayishi, perikorneal va aralash in’ektsiyalaming paydo bo‘lishidadir. Shuningdek, rangdor parda rang-tusi va naqshlari jilosining o‘zgarishi, qorachiqning torayishi bilan namoyon boiadi.

Bunda klinik simptomlarning asosida yalliglanishning 5 klassik belgilaryotadi: og‘riq, giperemiya (qizarish), shish paydo bo‘lishi, ko‘z issiqlik darajasining ko‘tarilishi va iris faol faoliyatining yo‘qolishidir.Shu belgilar sababli to‘qroq noaniq rang, ko‘k rang va qo‘y ko‘z rangli

irislar zanglagan buyumga o‘xshash qizg'ish sariq tus oladi. Paydo bolgan shish esa iris jiloli naqshlarni yo‘q qiladi va qorachiqning osongina kengayish-torayish faoliyatini susaytiradi va bora-bora

so‘ndiradi. Natijada torayib qolgan qorachiqning qirralari (infiltrate sababli) gavhar oldi sathi membranasiga nuqta-nuqta shaklida yopishib sinexiya (synechia) beradi. Agar iriodotsiklit sil yoki toksoplazmozdan boisa, keng va chuqur plastik yopishiqlarni uzib, qorachiqni kengaytirish uchun ko'zga

atropin tomiziladi, ba’zan sinexiyalardan bir-ikkitasi uzilmasa, qorachiqning shakli buzilib, uning markaziga nisbatan qop-qora ingichka nayzachaga yoki nayza tortganga o‘xshab qoladi.

Yalligianish zo‘raygan sari qorachiq qirrasining hammasi yopishib, aylana sinexiya (seclusio), ekssudatsiya yana ko‘paygach, qorachiq qizglsh-sariq rangga kirib, ekssudat bilan butunlay bekiladi. Bu occlusio pupilae deyiladi. Natijada ko‘z

ichi suyuqligi o'tish yollari bekilib, ko‘z bosimi ko‘tariladi, rangdor parda qorachiq atrofida bir oz do‘ppayib (iris bombe) iris bombaga o'xshab do‘ppayib qoladi va

ikkilamchi glaukoma paydo boiadi. Ba’zan ko'z oldi kamerasi tubida qon ko‘rinishi mumkin.

Yalligianish irisdan kipriksimon tanaga o‘tganini ko‘zning *lo ‘qillab og ‘riy boshlaganidart bilinadi.* Bu og4riq kechasi juda zo‘rayib bemorni juda bezovta qiladi. Atrofdagi qon tomirlar aralash

in’ektsiyasi qalinlashib binafsha rang tus oladi. Ko‘zni palpatsiya bilan tekshirganda bemor qattiq og'riq sezadi. Ko‘z ichi bosimi esa normadan pastga tushgan boiadi. Shox pardaning orqa sathida

cho‘kma donachalar (precipitat) paydo boiib, ularning maydaroq, yengilroqlari yuqoriroqda (markazga yaqin) va yirikroq, oglrroqlari pastroqda (limbga yaqin) qator terilib yotib , o‘tkir

cho‘qqili uchburchak shaklidagi o’ziga xos ko‘rinishni beradi. Sil va toksoplazmozli iridotsiklitda bu cho‘kma donachalar yirik va tolaroq sarglsh tusli boiadi. Revmatizm sababli iridotsiklitda esa

bu donachalar maydaroq, yupqaroq va ba’zan pigmentli boiadi. Ko‘z oldi kamerasida steril (mikrobsiz) yiring- gipopion (hypopion) paydo boiadi.

Yuqorida yozilgan simptomlar yiglndisi asosida iridotsiklit diagnozi qo‘yiladi. Bunday bemorlar zudlik bilan statsionargajoylashtirilib, toliq klinik laboratoriya tekshiruvlari o‘tkazilishi

lozim. Kasallik kelib chiqishining asosiy sababi aniqlangach, umumiydori-darmon va ko‘zga tegishli dorilar: dezinfektsiyalovchi,so‘riltiruvchi dorilar bilan bir qatorda, qorachiqni kengaytiruvchi

atropin, skopolaminning 1 foizli eritmasidan qorachiqni tezroq vayaxshiroq kengaytirish uchun tomiziladi.

Umuman *ekssudativ - yopishqoq (plastik) iridotsiklitlar*

tuberkulyozga taalluqli boiib, bunda odatda surunkali o‘tadiganyalligianish tezlik bilan ichkariga surilib, toliq panuveitga aylanadi.Agar tuberkulyoz iridotsikliti organizmida umumiy immuniteti bor

bemorda paydo boisa, u asta-sekin rivojlanib rangdor pardada

tuguncha (116-rasm) va juda quyuq katta-katta priyetsipitlar bilanko‘rinish beradi. Tugunchalar qizg‘ish-sariq bo‘lib, ular atrofida difTuzshish ham paydo bo‘ladi. Bir hafta - 10 kun ichida ular so‘rilib ketib,

o'mida va atrofida yanayangilari chiqaveradi va shu tariqa simmkaliuzoq davom etaveradi. Lekin sil iridotsiklitinin ikkala xilida ham qalinpretsepitatlar, ekssudat bo‘lib, yopishqoqlik (sinexiya, seklyiiziolar)

kuchli boladi. Ikkala ko‘z ham navbatma-navbat kasallanaveradi.Bunda to‘g‘ri diagnoz qo‘yish va davolash ishlarini puxta olib borishzarur. Ko‘z kasalliklarining og‘ir o‘tishini va o‘z vaqtida to‘g‘ri

davolanmasa odamni ojizlikka olib borishini inobatga olib,respublikamizning hamma viloyatlari va hududlarida tuberkulyozdispanserlari faoliyat ko‘rsatib kelayapti.

Toksoplazmoz iridotsiklitlari ko‘pincha toksoplazmozning hayotdayuqtirilgan turi bilan kasallangan odamlarda ham uchraydi.Toksoplazmalar qonga yoki ko‘zga tushganda shox parda, rangdor

parda va kipriksimon tananing o‘tkir yallig‘lanishi, ko‘zda yoshlanish,og‘riq berish va perikorneal in’ektsiya bilan boshlanib, rangdorpardadagi tugunchalar yoki diffiiz yopishqoq yallig‘lanish tezlik bilan

kipriksimon tanaga o‘tadi va proliferativ jarayon boshlanadi va judaog‘ir davom etadi. Cho‘kma donachalar yuzaga kelib, ko‘kimtirsarg‘ish ekssudat qorachiqni bekitib qo‘yadi va ikkilamchi glaukoma

kelib chiqadi. Ba’zan yiring shishasimon tanaga o‘tib endoftalmit yokipanoftalmit berib, 3-4 hafta ichida ko‘z xira tortib qoladi. Yallig‘lanishjarayoni shu tariqa surunkali davom etib, ikkinchi ko‘zni ham kasalga

chalintiradi. Bunday bemorlarning ko‘z ichi suyuqligidantoksoplazmani topish mumkin. Ko‘z yaqin atrofidagi limfa bezlaridag‘allanib kattalashadi va og'riqli bo‘ladi. Diagnoz, difTerentsial

diagnoz qo‘yish uchun anamnezning ham roli katta. Bemorningqaynamagan sut iste’mol qilishi, pishmagan qiymadan tatib ko‘rishi,qushxonada ishlashi yoki kasal mol, kuchuk, mushukni boqishi,shaxsiy gigiyenaga e’tibor bermasligi va boshqalar bu kasallikni yuqtirishga sabab bo‘ladi

KLINIK MASHXULOT

Oftalmoskopiya - ko‘z tubini tekshirib to‘r parda. tomirli parda va ko‘z ko‘ruv nervi diskining holatini maxsus asbob – oftalmoskop yordamida o‘rganish usulidir

Oftalmoskopiya usulini o‘rganishdan oldin ko‘z tubining normal holati bilan, oftalmoskop va uning paydo boish tarixi bilan qisqacha tanishib chiqish maqsadga muvofiqdir.

Ma’lumki, ko‘z tubini ikkita asosiy qavat - to‘r parda va tomirli parda tashkil etadi. Normada oftalmoskopiya yordamida faqat to‘r pardaning qismlari aniq ko‘rinadi, patologiyada esa, tomirli

pardadagi o‘zgarishlar ham namoyon bo‘ladi. Normada ko‘z tubining asosan uch qismi bor. Uning birinchisi - ko‘rish nervi diski - dumaloq, rangi och-pushti va chegaralari aniqdir.

Diskning ortasidagi to‘r parda markaziy arteriyasi kirib, to ‘r pardada shoxlanadi va markaziy vena shoxlari ham yonma-yon yotadi, shu arteriya va vena tomirlari kalibrining o‘zaro nisbatan

2:3 boladi. Ikkinchisi - sariq dog`, bu ko‘z tubining o`rtasiga joylashgan, rangi biroz kul rang sarg‘ish bo‘lib, o‘rtasida pushti rang markaziy chuqurchasi bor. Bu yerda asosan kolbachasimon

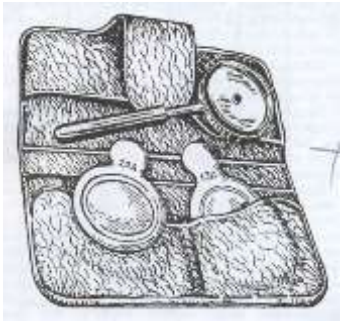
hujayralar bo‘lib, normada qon tomirlar yo`q. Uchinchi qismi – bu ko`z tubining cheti- atrofi tekis qizil rangli va qon tomirlar shoxlari yoyilgan qismidir . Ko`z tubini tekshirishda

oftalmoskopning ahamiyati katta. Buning eng sodda xilini 1850 yilda Gelmgolts ixtiro qilib, oftalmologiyaning ikkinchi ≪yorug`lik≫ yokin≪nurli≫ davrini boshlab bergan. Chunki qadim zamonlardan - oftalmoskop ixtiro qilingan davrgacha oftalmologlar ko`z tubini ko‘rolmaganlar. Shu sababli u davr ≪qorong`i davr≫ deyilgan.

Shifokor odatda ko`z tubini oftalmoskop yordamida tekshirishni ko‘rish nervi diskidan boshlab, so`ngra sariq dog` va nihoyat to`r parda chetlarini qarab yozib chiqadi.

Oftalmoskopiyaning ikkita usuli bo'lib, birinchisi teskari oftalmoskopiya va ikkinchisi to‘gri oftalmoskopiya deyiladi. Hozirgi zamonda takomillashtirilgan elektr oftalmoskop, binoklli

oftalmoskop va oftalmoxromoskoplar bor

. 

Biomikroskopiya

Tayyorgarlik

-qorongu xonada bajarish

-Tekshirishdan oldin bemorni tayyorlash, tekshirish o’tkazish to’g’risida bemorga tushuntiriladi

Kerakli jihozlar:stul, predmet

O’tkazishtexnikasi

Bemor mikroskop stuliga o’tirgan holda, hakim bemorning ro’parasida turadi Bemor boshini qimirlatmasdan turib, qaraydi

Biomikroskopiya usulida ko`zning tubigacha bo`lgan qism ko`rinadi.
Biomikroskopiya ko`zni 5-60 martagacha kattalashtirib ko`rsatadi

Bu usul orqali ko’z olmasining tashqi va uchki qismlari tekshiriladi

11-Mavzu Gavxar kasalliklari (asoratlangan katarakta)

Mashqulot vaqti-	Talabalar soni: 10 nafar
Mashqulot shakli	Amaliy mashғulot

Mashqulot rejasi	1.Katarakta kasalligi xakida tushuncha 2. Katarakta dif diagnostikasi. 3. Katarakta kasalligini zamonaviy davolash usullari.
O’quv mashqulotining maqsadi:	Talabalar bemorning umumiy axvoliga ob’ektiv baxo berish uchun kuz-a’zolarini ko’rish va tekshirish usullarini o’zlashtirish bo’yicha amaliyot bilimlarini rivojlantirish.
Ta’lim berish usullari	Multimediya.Interfaol usul:
Ta’lim berish shakllari	Jamoaviy
Ta’lim berish vositalari	Uquv-uslubiy ishlanma,elektron darsliklar,kompyuter
Ta’lim berish sharoiti	Metodik jihatdan jihozlangan auditoriya
Monitoring va baxolash	

11 Amaliy mashg’ulotning tashkiliy tuzilishi

	Tashkiliy qism	Ajratilgan vaqt
	Kirish	5 minut
	Talabalarni dastlabki bilimini tekshirish a) og’zaki suxbat b)interaktiv usullar yordamida va boshqalar	10 minut 15 minut
	Amaliy ko’nikmalarni o’zlashtirish a)qabul bo’limi hujjatlari va ularni to’ldirish qoidalari bilan tanishish	10 minut 25 minut
	Talabalar bilim darajasini baholash	10 minut

	Mashg’ulotni yakunlash, vazifa	5 minut
		80 minut

Klinik mashg’ulotning tashkiliy tuzilishi

№	Tashkiliy qism	Ajratilgan vaqt
1	Kirish	5 minut
2	Bemorlar kuratsiyasi	30 minut
3	Bemorlarni kasallik tarixi bilan tanishish	10 minut
4	Jamoa bilan bemorlar taxlili	10 minut
5	Amaliy ko’nikma	10 minut
6	Retsept yozish	10 minut

7	Mashg’ulotni yakunlash, vazifa	5 minut
Jami:		80 minut

KO‘Z GAVHARINING PATOLOGIYASI

Koz **gavhari (Lcnscristallina)** aylana shaklidagi, ikki sathi bo‘rtiqlinzani eslatadi. Ko‘z gavhari qorachiqning orqasida joylashganbo‘lib, kipriksimon tanadan chiqib, ko‘p sonli juda nozik sinn

boylamlari uning ekvatoriga kelib yopishadi va o‘z o‘rnida ushlabturadi.

Gavharning oldi va orqa sathi va o‘ziga xos oldingi va orqakapsulasi bor. Ularning bir-biriga o‘tish chegarasi ekvator deyiladi.Gavhar ikki sathining qoq o ‘rtasi, uning oldi va orqa qutbi

hisoblanadi. Bu qutblar o‘rtasidan o‘tadigan chiziq gavharning o‘qi

deb ataladi .Ko‘z gavhari katta odamlarda bolalardagiga nisbatan bir ozsarg‘ishroq, lekin juda tiniq va musaffo bo‘lgani uchun o‘zidanyorug* nurlarni o‘tkazadi va ularni 18-20 dptr gacha sindirish

qobiliyatiga ega. Koʻz gavharining qaliniigi 3,5 mm ga, diametri 9-10 mm ga teng. Gavharning qobigʻi juda nafis va elastik boʻlib, uningichida tolalar, yadro va kortikal qatlamlar joylashgan. Gavhar

kapsulasining elastikligi koʻrish jarayonida uning qabariqliginingkoʻpayishi, kamayishi va qalinligining oʻzgarishiga imkon beradi.Uning bu xususiyati koʻz akkomodatsiyasiga mansubdir. Koʻz

gavhari oldi qobigʻining ichki sathi bir qavat silindrsimon epiteliybilan qoplangan. Bu epiteliy hujayralari betartib joylashgan boʻladi.Faqat uning ekvator qismida bu hujayralar bir qator boʻlib, tartib

olmaydi. Bu holat koʻz qariligi (Presbyopia) deyiladi. Koʻz gavharidaqon tomirlar yoʻq. Shuning uchun unda moddalar almashuvi ko*zichi suyuqligidagi eng sifatli moddalar hisobidan b o ʻladi.

Patologiyada koʻz gavhari faqat loyqalanishi mumkin.Koʻz gavhari kipriksimon tana bilan birga k o ʻz ichidagidiafragmani tashkil qiladi. Bu diafragma koʻz boʻshligʻini bir-biriga

teng boʻlmagan, oldingisi kichikroq va orqadagisi kattaroq ikkiqismga boiadi.Gavhar ko4zning xususiy qon tomirsiz qismlaridan biri boʻlganiuchun unda modda almashinuvi asosan koʻz ichi suyuqligi hisobidan

boʻladi. Qon tomirsiz gavharda yallig'lanish jarayoni va oʻsma-shishham boʻlmaydi. Gavharning patologiyasi uning juda murakkabbioximiyaviy tarkibidagi modda almashinuvida oz b o ʻlsada

oʻzgarishlar paydo boʻlganda vujudga keladi. Gavharning koʻp qisminisuv tashkil etib, chaqaloq va juda yosh bolalarda u 73%, kattaodamlarda 60-65% dir. Yuqori sifatli oqsil moddasi (a-kristallin,

albumin, P-kristallin) gavhar hajmining 35%, umumiy oqsili 17%,lipidlar (xolesterin, letsitin) 2% ni tashkil etadi. Minerallardan temir,sulfatlar, fosfatlar bor. Oksidlanishni aktivlashtiruvchi tarkibiy qismlar

-xloridlar- K, Ca, Na va magniy, mis, rux ham bor. Normada askorbinkislotasi inson yoshiga qarab 44,2% dan 4,2% gacha bo‘ladi.Glyutation, riboflavin, ATFlar gavharda ko‘p bo‘ladi, lekin yosh

oshgan sari unda suv, askorbin kislotasi, glyutation, riboflavinlarkamayaveradi. Lipidlardan esa letsitin kamayib, xolesterin ko‘payadi,Na, Ca, fosfor ko‘payib, K kamayadi. Kislorod va vodorodning

kontsentratsiyasi glyutation, sistein, glitsinning aktivligiga bog‘liq.Modda almashinuvida ulami roli katta.

Demak, ko‘z gavhari o‘z tuzilishi, murakkab tarkibi va juda nozikfizik-kimyoviy xossalari bilan xarakterlanadi. Bunday muhimjarayonning normal kechishi yosh va sog‘lom odamlarda bo‘ladi.

Lekin 60 yoshdan so‘ng borgan sari organizmda fizik-kimyoviyo‘zgarishlar vujudga keladi va ayniqsa,organizmning umumiykasalliklari natijasida gavharda patologiya paydo bo‘lsa, uningnormal tarkibida loyqalanish vujudga keladi. Gavharningloyqalanishi katarakta deyiladi. Ko‘z gavhari loyqalanib kataraktabo‘lganda qorachiq och kulrang tus oladi.

Abu Ali Ibn Sino ko‘z anatomiyasini o‘rganib, ko‘z gavhariningtuzilishi va ko‘z uchun ahamiyatini tasvirlagan. Ko‘p asrlardanbuyon gavhar va uning patologiyasi olimlarning diqqat markazida

bo‘lishiga qaramay hozirgi paytgacha kataraktaning patogenezihaqida juda aniq bir ma’lumot yo‘q.

Oxirgi ma’lumotlarga ko‘ra yapon olimi Ogino (1957) kataraktaxinon moddalarining ta’siridan paydo boladi degan. 1979 yilda esa,Piri va van Geyningen katarakta paydo bo‘lgan ko‘zda xinon moddasini

topmagan. Keyingi vaqtlarda olib borilgan ilmiy ishlarda kataraktaningpaydo bolish sabablari membranologiya nuqtai nazaridan qaraladi.Shu asosda, kataraktaning boshlanishi gavhar kapsulasidagi va gavhartolalari membranasidagi lipidlarning oksidlanishi jadallanishmahsulotining ta’siridan kelib chiqishi

aniqlangan. Chunki normalgavharda perekis oksidlanishining bir qism mahsulotlari paydo bo‘ladiyu,

lekin bu ko‘zning o‘zidagi antioksidant mexanizmi moddalari tizimitomonidan zararsizlantirilaveradi. Biror nojo‘ya sabab (qattiq hayajon,vitamin va fermentlaming, oqsil yoki mineral moddalaming almashinuviyoki ular o‘zaro munosabatining o‘zgarishi) ta’siri ostida gavhardagi

antioksidantlar tizimining buzilishidan, lipidlarning perekis oksidlanishimahsulotlari yig‘ilib qolib, gavharga salbiy ta’sir ko‘rsatib, kataraktaboshlanishiga sabab bo'ladi. Shuning uchun bemor ko‘zida kataraktaendigina boshlangan davrda antioksidantlar - askorbin kislotasi,riboflavin, vitamin B, ATF, glyukozalardan qollab davolansa patologikjarayonni to‘xtatish mumkin.

Katciraktalar tug'ma va hayotda orttirilgan **bo‘ladi.**

Tug‘ma kataraktalarda loyqalanishning qaysi qismgataalluqligiga qarab, oldi va orqa qutb kataraktasi (Cataracta polarisant. et posterior), kortikal katarakta (Cataracta corticalis), qavatmaqavat

(cataracta zonularis), qobiq kataraktasi (cataracta capsularis)va to‘liq katarakta (cataracta totalis) deyiladi Tug‘makataraktaning o‘ziga xos 3 asosiy belgisi bor: 1. Ikkala ko‘zda birvaqtda paydo bo'ladi. 2. Konsistentsiyasi yumshoq bo‘ladi. 3.

Loyqalanish avj olmay bir xilda turadi.

1. *Oldi va orqa qutb kataraktasi* gavharning oldi va orqaqutbi markazida ochko‘kimtir nuqtaga o\\shab turadi. Oldi qutbkataraktasi k o ‘zning ilk embrional davrida uning umumiy

ektodermadan ajralish jarayoni paytidagi patologiyadir. Orqa qutbkataraktasi esa, shishasimon tanaarteriyasi (a. hyaloidea) ninghomiladagi bola tug‘ilguncha so‘rilib ketishi lozim bo‘lgan jarayon

qandaydir sabab bilan o‘z vaqtidan kechroq tugaganida paydobo‘ladi. Bu ikki ko‘rinishdagi qutb kataraktasi kichkina (2-3 mm)bo‘lgani uchun ko^ning ko‘rishi ham 4-5 qatorga teng bo‘ladi va

uni operatsiya qilishga ehtiyoj qolmaydi .

TUG‘MA KATARAKTALAR

2. *Kortikal katarakta* - embrional yadro atrofida loyqalanishpaydo bo‘lishidan vujudga keladi, bunda gavhar onhko‘kimtir tusolib, diffuz loyqalanish bo‘ladi. Ko‘zning ko‘rishi pasayadi,operatsiya lozim bo‘ladi.

3.*Qavatma-qavat zonulyar katarakta* - gavhar markazidagi tiniqyadro va uning atrofidagi tiniq kortikal qismi orasida bir nechanotiniq qavatlar oralab yotadi. Bu holat qorachiqni kengaytirib,nur yordamida qaralganda juda yaxshi ko‘rinadi. Agar notiniqqavatlarda loyqalanish qalin bo‘lsa, ko‘zning ko‘rish qobiliyati hamancha pasayadi. Bunday bemorlarda gavharning o ‘rtasidaloyqalanish yupqaroq boMgani uchun u qizg‘ishroq va chetlari(ekvatorida) esa loyqalanish qalinroq bo‘lgani va ekvator qirrasidan

5-6 ta arra tishi shaklidagi ayrim-ayrim bo‘rtiqchalar chiqib turganio‘ziga xos ko‘rinish beradi. Bu bo‘rtiqchalar gavhar ekvatoriningustiga minib turgan ≪suvoriyni≫ eslatadi. Yonidan yoritibqaralganda bu shakllar och va to‘q kulrang bo‘lib ko‘rinsa, o ‘tuvchinurlarda tekshirilganda bular qizil refleks fonida qora bo‘libko‘rinadi. Bu kataraktada ekvator sohasidagi loyqalanish qalinroqbo‘lgani uchun u qoraroq, o‘rtasi yupqaroq bo‘lgani uchunqizg‘ishroq ko'rinib, teshik kulchani ham eslatadi.

4. Homila davrida gavharda modda almashinuvining buzilishiga,ayniqsa kaltsiy tuzlarining yetishmasligi sabab bo‘ladi. Bundaybolalarda raxit, spazmofiliya va tishlar patologiyasi ham bo‘ladi.

Bolaning ko‘rish qobiliyati juda past bo ‘lsa, operatsiya qilibloyqalangan massalar so‘rilib tashlanib, unga kontakt linza yoki ko‘zichiga linza qo‘yish tavsiya etiladi.5. Kortikal27 diffuz kataraktada gavharning hamma kortikalqismi bir xilda

loyqalanadi. Yonidan yorug‘lik tushirib qaralgandaqorachiq oq ko‘kimtir tusda ko‘rinadi. Gavhar notiniq boMganiuchun nur yurgizib ko‘rib bo‘lmaydi. Ko‘zning ko‘rishi juda pasayib,faqat yorug‘ni ko‘radi xolos. Shuning uchun kataraktaning bu turi

qancha vaqtli operatsiya qilinsa, shuncha natijali bo‘ladi, chunkibunday k o ‘z uzoq vaqt k o ‘rmay yurganda to ‘r pardadagihujayralarning faoliyatsizligidan ko ‘rish qobiliyati susayib

ambliopiyaga olib boradi

HAYOT DAVOMIDA ORTTIRILGAN

KATARAKTALAR

Hayot davomida orttirilgan kataraktalarning juda k o ‘puchraydigani qarilik kataraktasi **(Cataracta** senilis) dir. Bundan

Qarilik kataraktasining 4 klinik davri bor: 1. Boshlang'ich katarakta(Cataracta incipiens). 2. Yetilmagan katarakta (Cataracta nondummatura). 3. Yetilgan katarakta (Cataracta matura). 4. 0 ‘ta pishgan

katarakta (Cataracta hypermatura) (154-rasm, a,b,v,g). Qarilikkataraktasining gavhar kortikal qismidan boshlanadigan turi birinchidavrda loyqalanish gavharning periferik ekvatoriga, kortikal qavatning

oldi yoki orqa xaltasiga yaqin qismdau juda nozik nuqta yoki chiziqlarshaklida boslilanadi va radial yo‘nalish olib, gavharning oldi yoki orqaqutbida, keng tomoni esa eksvator tomonda yotadi. Bular qorachiqkengaytirilganda yonidan nur tushirib qaralganda oq kulrang nuqta vachiziqlarga o‘xshab ko'rinadi. Nur yurgizib qaralganda esa, qizg‘ishsatlida qora tus olib ko‘rinadi. Loyqalanish juda kamdan-kam qorachiqmarkazda - yadro oldi, yo orqasi, kortikal qavatlaridan birida paydobo‘ladi. Bunda diffuz oq kulrang boiib ko‘iinadi. Loyqalanishningekvatordan boshlanadigan variantida ko‘zning ko4rishi uzoq vaqtgachao‘zgannaydi, ikkiuclii yadro variantida esa ko'rish tez pasayadi va bemor

ko‘zi oldida yengil tuman paydo boladi. Hozirgi vaqtda gavhardaloyqalanishning birinchi variantini ko‘rgan oftalmolog tezlik bilan uniro‘yxatga olib, konservativ davolashni boshlashi zarur. Bemorga

boshlang‘ich katarakta to ‘g‘risida ma’lumot berib, ungaprofilaktikaning ahamiyatini tushuntirib bersa va bemor erta davolanaboshlasa natija yaxshi bo‘ladi. Hatto qarilik kataraktasining oldini olish

uchun 40 yoshdan oshgan odamlarda ambulator profilaktiktekshirishlarni o‘tkazish mumkin.

Ma’lum vaqt o4gach har bir bemorning immun holatiga qarab(2-4 yil ichida) kataraktaning birinchi boshlang‘ich davridagi ‘zgarishlar ma’lum darajaga yetgach, uning ikkinchi davripishmagan davriga o‘tadi. Loyqalangan chiziq - tolalar qalinlashib,bir-biri bilan aralashib qorachiq zonasiga yetib keladi va ular birozshishadi, yadro atrofiga tarqaladi va ko‘rishni pasaytiradi.Tolalarning shishuvi gavhar membranasining ko‘z ichi suyuqligidansuvni ko‘proq gavhar tarkibiga o‘tkazib suvlanishidan bo‘ladi. Bu2-davr - pishmagan kataraktaning klinik simptomlari, birinchidan*oldi kamera chuqurligining kichrayishi, ikkinchidan, gavharninghamma tola (kortikal qavati)larining to ‘liq loyqalanmaganimunosabati bilan yonidan nur tushirib qaraganda, qorachiq qirrasiostida o‘roqsimon soya paydo bo‘lishi, uchinchidan, ko‘rishninganchagina pasayishidadir. Ko‘rish 0,1-0.2 ga teng boMishi mumkin.***3-davr kataraktaning pishgan, yetilgan davri*** (cataracta matura)deyiladi. Bu davrda gavhar membranasi o ‘tkazuvchanligi teskari,tashqi tomonga yurib o ‘tib, undan suv qisman chiqib ketishi

natijasida gavharning hajmi biroz kichrayib, boshlang‘ich davridagio‘z holiga qaytadi. Shuning uchun oldi kamera yana normal holigakeladi. Gavharning to‘liq loyqalanganidan rangdor pardaga oidqorachiq qirrasi yonidagi o‘roqsimon soya ham yo‘qoladi. Ko‘zningbuyumlar shaklini ajrata bilish qobiliyati ham (gavhar to ‘liqloyqalanganidan) y o ‘qolib, k o ‘zning faqat yorug‘lik sezishqobiliyatigina saqlanadi. Odatda katarakta operatsiyasi gavharningto‘liq loyqalanish davriga to ‘g‘ri kelsa, massalar va yadrolarinigavhar qobig‘idan yuvib oson ajratib olsa bo‘ladi.

4-davr kataraktaning o'ta pishib yetilgan davri (cataractahypermatura) deyiladi. Bunda, birinchidan, loyqalangan tolalararalashib bir xil loyqalangan massa kulrang tusga kiradi.

Ikkinchidan, gavhar kichrayib, oldi kamera chuqurlashadi.Uchinchidan, ko‘z soqqasi harakatlanganda rangdor parda (gavharkichrayganidan) shamolda eshik pardasiga o ‘xshab silkinib

qimirlaydigan bo‘ladi. Bu iridodonesis deyiladi. Ko‘z kichrayganyadro yoni atrofidan ko‘ra boshlaydi. Bu katarakta o‘ta pishgandavri klinik simptomlari o‘zgarishining birinchi variantidir.

2-variantida esa gavhar suvlanib, tolalarining to ‘laloyqalanishidan so‘ng kortikal moddalar suyuqlanib, oppoq sutga

o ‘xshab qoladi. Uning yadrosi pastga cho‘kib tushib, k o ‘zqimirlaganda oq sujoiqlik ichida sarg‘ish yadro har yoqqa siljibyuradi.

OЧa pishib yetilgan kataraktaning bu ikkinchi varianti

oppoq, suyuq bolgani uchun **≪sut kataraktasi≫** deyiladi. Buni birinchimarta Morgan yozib chiqqani uchun Morgan kataraktasi deyiladi.Katarakataga mubtalo bo‘lgan bemorlar ko‘zi gavharning

kortikal moddalarida loyqalanib paydo bo‘lgan nayzalarningmarkazgacha o‘sgan ingichka uchlari qorachiq qirrasidan o ‘rtagapicha o‘tganda seza boshlaydilar. Ular ko‘ziga bir narsa halaqit

berayotgani uchun uni qayta-qayta artib, bu noxush sezgidanqutulmoqchi b o ‘ladilar. Lekin iloj bo4lmagach, oftalmologgamurojaat qiladilar. Oftalmolog odatdagi tekshirish usullarini qo‘llab,

sinchiklab tekshiradi va boshlang‘ich katarakta tashxisini qo‘yib,bemorni ro ‘yxatga oladi va davolash usullari rejasini bemorga

tushuntiradi.Kataraktaning *ikkinchi dovrida esa* bemorlar odatda ko‘zoynaklarsiz

yaqindan k o ‘radigan bo4lganiga hayron bo‘lib, oftalmologgaxursandchilik bilan xabar qiladilar. Vrach bemorga qarilik kataraktasigauchraganini tushuntirib dori-darmonlar tayinlaydi. Nima uchunkataraktaning 2-davrida bemor yaqindan ko‘radigan bo‘ladi? Chunkiuning ko‘z gavhari suvlanib qalinlashib fokusi qisqarganidan miopiyapaydo bo4ladi. Kataraktaning ikkinchi davrida loyqalanish gavharning

hamma joyida bir xil bo4lmaydi va nur sindirish qobiliyati ham turlichabo‘ladi. Shuning uchun monokulyar poliopiyam, ya’ni bir ko‘z bilanqaraganda lampaning 2-3 ta bo‘lib ko‘rishiga tushuna olmay bemoryana mutaxassisga boradi.

3-davrda esa, bemor ko‘zida xiralanish zo‘rayib ketadi va buyumlarhaklini ajrata olmay qoladi. Yaqin odamlarini ham, ulaming qoshko‘zini ham ajrata olmay qolgach juda hayajonlanadi. Bemor bundan

iztirob chekadi, ko‘pincha qattiq ta ’sirlanib, hatto qon bosimiko‘tariladi. Ayniqsa, agar ikkinchi ko‘zda ham katarakta boshlanibxiralangan bo‘lsa, xafsalasiz bemor davolanishga uncha shoshilmasdan

≪ikkinchi ko‘zim ko‘ryapti-ku≫ deb yuraversa, 4-davr boshlangach,yadro atrofi yupqalashib so‘rilgach, kataraktali ko‘rmaydigan ko‘zko‘ra boshlaydi. Unda bemor suyunib, biroz qiyshiqroq qarab ≪manako‘zim ko‘ryapti≫ deb yurishi ham mumkin edi.Lekin hozirgi vaqtda respubhkamizning hamma viloyat, shaharva tumanlarida yaxshi jihozlangan k o ‘z shifoxonalari, k o ‘z

kasalliklari kabinetlarida malakah shifokorlar ishlab turibdi. Agarbemorlar ko‘z kaseilliklari boshlanishi bilan kechikmay o‘z vaqtida

ularga murojaat qilsalar bunday xastaliklardan forig4 bo‘ladilar.Kortikald kataraktaning gavhar ekvatoridan boshlanib, uzoq davometib, ko4rishga tez vaqt ichida xalaqit bermasligidan bemorlar kechroq

xabar topadilar. Shuning uchun 40-50 yoshdan oshgan odamlarniprofilaktik nazoratdan o4tkazishni tashkil qilishning ahamiyati katta.

Patologiya oqibatida paydo bo‘ladigan katarakta Turli kasalliklar natijasida paydo bo'ladigan kataraktalar **asorat**

kataraktasi (catarakta complicata) deyiladi. Bunday kataraktalar.birinchidan, k o ‘z soqqasida bo‘ladigan uveit, uveapatiyalar,glaukoma, to ‘r pardaning siljishi, yuqori darajali miopiyalar

oqibatida bo‘lsa, ikkinchidan, umumiy kasalliklarda - qand kasali,ateroskleroz, gipertoniya oqibatida ham paydo bo‘ladi. Ko‘z ichidapaydo bo‘lgan patologiya oqibatidagi kataraktalarda loyqalanish

gavhar orqa qobig‘ining qutbi ostidagi kortikal qavatlarda paydobo‘lib, uning atrofi qalinroq, tovoqchaga o‘xshash shakl oladi.Shuning uchun buni chashkasimon katarakta deyiladi. Ba’zan bu

o‘zgarish uzoq vaqtgacha shunday qolaveradi, lekin ko‘pinchaloyqalanish ko‘payib, to‘liq kataraktaga o ‘tadi va rangi to‘q sariqbo‘ladi. Bu jarayon qarilik kataraktasiga nisbatan ancha tez o‘tadi.

Qand kasalligi kataraktasi catarakta diabetica farq qilinadi.Loyqalanish ikkala ko‘zda boshlanib, gavharning oldingi va orqaqobiqqa juda yaqin yotgan massalarida nuqta, tola va hatto vakuola

shaklida bo‘ladi va tez avj olib ketib, ko‘zning ko‘rishini pasaytiradi.Yadro ham xiralanib, katarakta sarg‘ish tus oladi. Diabetkataraktasining oldini olish uchun endokrinolog-oftalmolog hamma

diabetli kasallar ko‘zini reja bilan batafsil tekshirib yurib, uningboshlang‘ich belgilarini topgandan so‘ng, bemorni to‘liq (umumiykasallikni ham, ko‘zini ham) davolasa, bu jarayonni qaytarish hammumkin. Bunda umumiy dorilardan tashqari, ko‘zga senkatalin,katalin, kataxrom, vitalakorl va antioksidant dorilarda tashkiltopgan aralashma va kislorodning in’ektsiyalari bilan davolashdanatija yaxshi bo‘ladi. Agar konservativ davolashning vaqti o‘tganbo‘lsa, unda jarrohlik usuli qo‘llaniladi. Operatsiyadan oldin bemorniklinik va laboratoriya usullari bilan obdon tekshirish zarur. Buoperatsiyaning asoratlari: qon quyilishi, chandiq paydo boMishlardan

saqlaydi.Diabet kataraktasi ham ateroskleroz, gipertoniya oqibatida

bo‘ladigan kataraktalar ham anchagina tez rivojlanishi bilan ajralibturadi.

Qarilik kataraktasining boshlanishidagi patomorfologiko‘zgarishlar gavharning bir oz suvlanishi natijasida kapsula ostidagiqavatlarda vakuolalar paydo bo‘lishi, gavhar tolalari oraliqlarida

suv yig‘ilib, ularni bir-biridan qavatlarga ajratib oralarida suvlitirqishlar paydo bo‘lishi bilan xarakterlanadi. Keyinchalik gavhartolalari ham parchalanib, loyqalangan detrit paydo bo‘ladi. Borabora

suvlanish va suvli tirqishlar ko‘payib, modda almashinuvibutunlay izdan chiqqandan keyin loyqalangan tolalar parchalanadi,tirqish va vokuolalar loyqalangan detrit bilan to‘lib, umumiyparchalanishdan gavhar butunlay xiralanadi. Bunday

patoformologik jarayonning qarilik kataraktasidagi dinamikasiko‘pincha asta-sekin 4-6 yil davom etadi. Qand kasalligi, ateroskleroz

va gipertoniya sababli paydo bo‘lgan kataraktada turli umumiypatologiya bo‘lgani uchun, bu jarayonancha tez rivojlanib, 1-3 yildavomida ko‘zni ojizlikka olib boradi. Qavatlanish ham ko'payib,gavharning butun qobiq qismiga tarqaladi.

Shikastlanish kataraktasi. Shikastlanish kataraktasi (cataracta traumatica) k o ‘zshikastiangan paytda gavhar qobig‘ida juda kichkina bir teshik

paydo bo‘lgan taqdirda ham u fibrin bilan bekilib, shu joydankichkina oq nuqta shaklidagi loyqalanish hosil bo ‘ladi. Agarshikastlanish paytida gavharga kattaroq zarb yetib, unda yorilish

kattaroq - chuqurroq bo‘lsa, unda oldi kamera suyuqligining ta ’sirinatijasida gavhar tolalari shishadi va loyqalanadi. Loyqalanishningborgan sari ko'payishi bilan kortikal moddalarning hammasi

loyqalanib shishadi, qobiqning yorilgan joyidan oldi kameragaitarilib chiqib so‘rilaveradi. Yosh bolalar gavharida yadro bo'lmaganiuchun uning massalari so‘rila-so‘rila faqat qobig‘i qoladi. Buni

pardasimon katarakta deyiladi. Kattalarda esa so‘rilish jarayoni qiyinbo'ladi va yadro, uning atrofidagi massalar so‘rilmay qoladi. Agarko‘z shikastlanishi rangdor parda va kipriksimon tanada yalligianish

qo‘zg‘atgan bo‘lsa, unda ko‘zning ahvoli og‘irlashadi. Ba’zanshikasdanish ko‘zning oz-moz zarb yeyishi bilan chegaralansa (engilkontuziya) loyqalanish kuchli bo‘lmay, biroz vaqtdan keyin so‘rilibketishi ham mumkin. Ko‘z qattiq shikastlanib gavhar kuchli

loyqalanganda uni jarrohlik usuli bilan davolanadi. Nurlar ta’siridaham katarakta hosil bo‘ladi.

Nur kataraktasi

Nur kataraktasi gavhar tolalarining distrofik buzilishidan iborat.

Bunday distrofik-destruktiv o‘zgarish ultrabinafsha, infraqizil,rentgen radiy nurlarining ko‘zga, aniqrog'i ko‘z gavharining ekvatorqismiga ta’siri natijasida paydo bo‘ladi. Bunday nurlarning ko‘zgata ’siri atom elektrostantsiyasi, radiatsiyada, kimyoda, qishloq

xo‘jaligida, biologiya va tibbiyotda foydalanilgan ehtiyot choralarigava texnik xavfsizligiga rioya qilmaslik natijasida sodir bo‘lishimumkin. Nurning quwati 2500 g ga teng yoki undan ko'proq bo‘lsa,

gavhardagi epiteliy hujayralarning trofik funktsiyasi buzilib,degeneratsiyaga uchrashidan katarakta paydo bo‘ladi. Bundaykataraktani konservativ usul bilan davolash mumkin emas. Ularni

faqat operatsiya qilishga to ‘g‘ri keladi. Agar gavhar nurlarningkamroq dozasi (ko‘pi bilan 1000 g gacha)dan ta’sir olgan bo‘lsa,unda hujayralar ham ta’sirlanadi. Bunday hollarda zararlanishni

konservativ usullar bilan davolasa bo‘ladi.Nur kataraktasi klinikasi. Gavhar orqa qutbi kapsula osti tolalarinurlangandan keyin 3-5 oy o‘tgach katarakta boshlanadi. Bundadestruktiv jarayonning avj olishi 5 davrga bo‘linadi. 1. Gavharmarkaziy orqa kortikal qavatlarida loyqalanish nuqtalari va

vakuolalar paydo bo‘ladi. Ko‘zning ko‘rish faoliyati o‘zgarmaydi.2. Loyqalanish nuqtalari, vakuolalar ko‘payib metallga o‘xshashyaltiroq disk shaklini oladi. Ko‘rish biroz pasayib 0,7-0,8 ga tengbo‘ladi. 3. Bu davrda loyqalanish chetlari

uning markaziga nisbatanancha qalinlashib, o‘rtasi biroz yupqalanib tovoqchani eslatadi.Ko‘rish anchagina pasayadi.

4. Oldingi qobiq ostida ham ko‘p loyqalanish nuqtalari,vakuolalar paydo bo‘lib, uning qirralari nozik to‘r bilan o‘ralganshakldagi katta bir diskka aylanadi.

KLINIK MASHXULOT

Nur yurgizib tekshirish usuli.

1.**Ko’rsatma**: diagnostika maqsadida

2.**Kerakli jihozlar**: stul , stol, oftalmoskop, lampa

3.Tekshirishusulini o’tkazish to’g’risida tushuntirish

Bemor ko’ruv xonasida stulga o’tiradi.

Vrach bemorning qarama-qarshisida, 50sm masofada o’tiradi.

Lampadan oftalmoskop orqali nur olib,tekshiriluvchi ko’ziga qaraladi.

Ko’z tubidan o’z aksini topib qaytgan nurlar hisobidan, qorachiq qip-qizil tus oladi.

Ko’z ichidagi nur sindiruvchi qismlar , tinik bo’lmasa, qizil refleks rangi ochrok bo’ladi.

IzoxBu usul orqali ko’z tubi refleksi ko’rinadi, hamda nur sindiruvchi

a’zolarning tiniq yoki tiniqmasligi aniqlanadi.

Oftalmoskopiya - ko‘z tubini tekshirib to‘r parda. tomirli parda va ko‘z ko‘ruv nervi diskining holatini maxsus asbob – oftalmoskop yordamida o‘rganish usulidir

Oftalmoskopiya usulini o‘rganishdan oldin ko‘z tubining normal holati bilan, oftalmoskop va uning paydo boish tarixi bilan qisqacha tanishib chiqish maqsadga muvofiqdir.

Ma’lumki, ko‘z tubini ikkita asosiy qavat - to‘r parda va tomirli parda tashkil etadi. Normada oftalmoskopiya yordamida faqat to‘r pardaning qismlari aniq ko‘rinadi, patologiyada esa, tomirli

pardadagi o‘zgarishlar ham namoyon bo‘ladi. Normada ko‘z tubining asosan uch qismi bor. Uning birinchisi - ko‘rish nervi diski - dumaloq, rangi och-pushti va chegaralari aniqdir.

Diskning ortasidagi to‘r parda markaziy arteriyasi kirib, to ‘r pardada shoxlanadi va markaziy vena shoxlari ham yonma-yon yotadi, shu arteriya va vena tomirlari kalibrining o‘zaro nisbatan

2:3 boladi. Ikkinchisi - sariq dog`, bu ko‘z tubining o`rtasiga joylashgan, rangi biroz kul rang sarg‘ish bo‘lib, o‘rtasida pushti rang markaziy chuqurchasi bor. Bu yerda asosan kolbachasimon

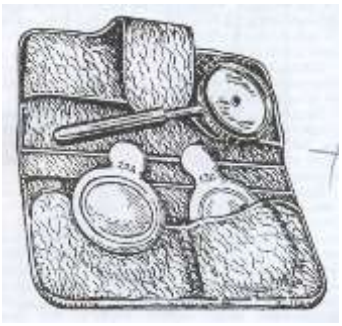
hujayralar bo‘lib, normada qon tomirlar yo`q. Uchinchi qismi – bu ko`z tubining cheti- atrofi tekis qizil rangli va qon tomirlar shoxlari yoyilgan qismidir . Ko`z tubini tekshirishda

oftalmoskopning ahamiyati katta. Buning eng sodda xilini 1850 yilda Gelmgolts ixtiro qilib, oftalmologiyaning ikkinchi ≪yorug`lik≫ yokin≪nurli≫ davrini boshlab bergan. Chunki qadim zamonlardan - oftalmoskop ixtiro qilingan davrgacha oftalmologlar ko`z tubini ko‘rolmaganlar. Shu sababli u davr ≪qorong`i davr≫ deyilgan.

Shifokor odatda ko`z tubini oftalmoskop yordamida tekshirishni ko‘rish nervi diskidan boshlab, so`ngra sariq dog` va nihoyat to`r parda chetlarini qarab yozib chiqadi.

Oftalmoskopiyaning ikkita usuli bo'lib, birinchisi teskari oftalmoskopiya va ikkinchisi to‘gri oftalmoskopiya deyiladi. Hozirgi zamonda takomillashtirilgan elektr oftalmoskop, binoklli

oftalmoskop va oftalmoxromoskoplar bor.

. 

Biomikroskopiya

Tayyorgarlik

-qorongu xonada bajarish

-Tekshirishdan oldin bemorni tayyorlash, tekshirish o’tkazish to’g’risida bemorga tushuntiriladi

Kerakli jihozlar:stul, predmet

O’tkazishtexnikasi

Bemor mikroskop stuliga o’tirgan holda, hakim bemorning ro’parasida turadi Bemor boshini qimirlatmasdan turib, qaraydi

Biomikroskopiya usulida ko`zning tubigacha bo`lgan qism ko`rinadi.
Biomikroskopiya ko`zni 5-60 martagacha kattalashtirib ko`rsatadi

Bu usul orqali ko’z olmasining tashqi va uchki qismlari tekshiriladi

12-Mavzu Glaukoma (tugma glaukoma, etiologiyasi, belgilari, erta tashxislash)

Mashqulot vaqti-	Talabalar soni: 10 nafar
Mashqulot shakli	Amaliy mashғulot
Mashqulot rejasi	1.Glaukoma kasalligi xakida tushuncha 2. tugma glaukoma, etiologiyasi, belgilari, erta tashxislash. 3.Glaukoma kasalligini zamonaviy davolash usullari.
O’quv mashqulotining maqsadi:	Talabalar bemorning umumiy axvoliga ob’ektiv baxo berish uchun kuz-a’zolarini ko’rish va tekshirish usullarini o’zlashtirish bo’yicha amaliyot bilimlarini rivojlantirish.
Ta’lim berish usullari	Multimediya.Interfaol usul:
Ta’lim berish shakllari	Jamoaviy

Ta’lim berish vositalari	Uquv-uslubiy ishlanma,elektron darsliklar,kompyuter
Ta’lim berish sharoiti	Metodik jihatdan jihozlangan auditoriya
Monitoring va baҳolash	

Amaliy mashg’ulotning tashkiliy tuzilishi

	Tashkiliy qism	Ajratilgan vaqt
	Kirish	5 minut
	Talabalarni dastlabki bilimini tekshirish a) og’zaki suxbat b)interaktiv usullar yordamida va boshqalar	10 minut 15 minut

	Amaliy ko’nikmalarni o’zlashtirish a)qabul bo’limi hujjatlari va ularni to’ldirish qoidalari bilan tanishish	10 minut 25 minut
	Talabalar bilim darajasini baholash	10 minut
	Mashg’ulotni yakunlash, vazifa	5 minut
		80 minut

Klinik mashg’ulotning tashkiliy tuzilishi

№	Tashkiliy qism	Ajratilgan vaqt
1	Kirish	5 minut
2	Bemorlar kuratsiyasi	30 minut
3	Bemorlarni kasallik tarixi bilan tanishish	10 minut
4	Jamoa bilan bemorlar taxlili	10 minut
5	Amaliy ko’nikma	10 minut

6	Retsept yozish	10 minut
7	Mashg’ulotni yakunlash, vazifa	5 minut
Jami:		80 minut

TUG`MA GLAUKOMA

Birlamchi tug`ma glaukoma

Yuqori ko`z ichki bosimi bolada tug`ilgan zahoti yoki chaqaloq hayotining birnchi haftalarida rivojlanadi.

Sababi, tug`ma glaukoma juda kam uchraydigan kasallik bo`lib, odatda ikkala ko`z ham  har xil darajada zararlanadi. O`g`il bolalar  qizlarga nisbatan ko`p

kasallanadi.Odatda kasallik nasl suradi.Ko`zning rivojlanishi uchun alohida genlar javob beradi, hozirgi davrda glaukoma va boshqa genetik nuqsonlar keltirib chiqaradigan mutatsiyalar astoidil o`rganilmoqda, bu genlartidentifikatsiyasida yutuqlar qo`lga kiritilmoqda. Lekin bolalarda irsiyatga bog`liq bo`lmagan holatdagi tug`ma glaukoma ham uchrayapti.

Bolaning ona qornida rivojlanishi paytida ko`z ichki bosimining ko`tarilishi oldingi kamera burchagi va trabekulyar to`rning shakllanishi buzilishidan kelib chiqadi. Bunday yangi tug`ilgan chaqaloqlarda ko`z ichki suyuqligi normal oqmaydi. Uning ishlab chiqarilishi saqlanganda ko`z ichki suyuqligi ko`payib, ko`z ichki bosimining ko`tarilishiga sabab bo`ladi.

Ko`z ichki bosimi darajasiga qarab, ertami kechmi,ya'ni 1 haftadan, 1 oydan, hatto 1 yildan so`ng glaukomatoz zaralanish yuz beradi. Uning mexanizmi kattalarda yuz beradigan glaukoma mexanizmiga o`xshaydi.

Ko`ruv nervi zaralanishidan tashqari, ko`z olmasining ham kattalashuvi kuzatilib, bolalarda skleraning cho`ziluvchanlik xususiyati ko`pligidadir. Tug`ma glaukoma bilan kasallangan bolalarda ko`z olmasining kattalashuvi kuzatiladi. Shox parda ham cho`ziluvchanlik xususiyatiga ega, lekin uning hamma qavati etarli darajada elastik emas.Cho`ziluvchanlik katta bo`lmagan yoriqlarga olib kelib, shox parda xiralashishiga sabab bo`ladi.Ko`z ichki bosimi pasayishi bilan xiralashish ham qisman yo`qoladi.

Patogenez

Birlamchitug`maglaukoma (BTG)
tug`maglaukomaningengko`puchraydiganturibo`lsaham,
judakamuchraydigankasallikhisoblanadi. Kasallik 1:10000 chaqaloqlarda uchrab,

bemorlarning 65%i o`g`il bolalardan iborat. BTG ko`pin- cha sporadik holda uchraydi. Taxminan 10% hollarda kasallik noto`liq penet -rantlikka ega bo`lgan autosom resessiv holda nasldan- naslga o`tadi. Ko`zgid- rodinamikasi trabekulodisgenez sababli buzilgan bo`ladi. Alohida rivojlangan trabekulodisgenez trabekulalar va iridotrabekulyar birikishining noto`g`ri rivojlanishi bo`lib, og`ir darajali ko`z anomaliyalari bilan birga uchramaydi.

Klinik jihatdan trabekulodisgenez burchak retsessiyasining yo`qli gi va rangdor parda to`g`ridan-to`g`ri trabekulyar to`rga birikishi bilan xarakterlanadi. Rangdor pardaning bunday birikishi yassi yoki botiq bo`lishi mumkin.

1. Yassi birikish deb rangdor pardaning qalinlashgan trabekulalarga birikishiga aytiladi. Bu birikish sklera ponasi chizig`idan orqada yokiko`proq hollarda chiziq o`zida yoki undan oldinda bo`ladi. Rangdor parda sklera ponasi chizig`idan oldinda birikkanda ham siliar tana qismini ko`pincha ko`rish mumkin bo`ladi.

2. Botiq birikish deb rangdor pardaning yuzaki qavatining iridotrabekulyar birikish va trabekulalar ustida joylashishiga aytiladi. Rangdor pardasi yassi birikkan ko`zlardan farqli ravishda, botiq birikishda sklera ponasi va siliar tana yaxlit yoki shoxlanuvchi to`rdan tashkil topgan rang dor parda to`qimasi bilan to`silib turadi.

Rangdor parda botiq birikishi yassi birikishga nisbatan kamroq uchraydi.

Klinik o`zgarishlar kasallik boshlangandagi bemor yoshiga va KIB ga bog`liq bo`ladi. Ikkala ko`z 75% hollarda shikastlanadi, lekin og`irlik darajasi ko`pincha assimetrik bo`ladi.

Klassifikatsiya

Kasallik boshlangandagi bemor yoshiga ko`ra BTG quyidagi 3 turga bo`linadi:

1. Asl tug`ma glaukomada (40% hollarda) KIB tug`ilishdan oldin ko`tariladi.

2. Infantil glaukoma yoki bolalar glaukomasi (55% hollarda) bola tug`ilgan dan keyin 3 yil ichida namoyon bo`ladi. Ko`z ichki bosimining oshishi sababi tug`ma glaukomadagi sabablar singaridir. Lekin bu jarayon kechroq rivojlanadi, chunki oldingi kamera burchagi tug`ma glaukomaga nisbatan to`liqroq rivojlanadi. Ko`z ichki suyuqligining me'yoriy oqimi natijasida ko`z ichki bosimi bolalarning bir yoshgacha bo`lgan davrida normal bo`ladi. Lekin vaqt o`tishi bilan ko`tarilishi mumkin.

Infantil glaukomada tug`ma glaukomaning klassik belgilari uncha ifodalanmaydi. Ko`zlar kattalashmagan, epifora (ko`z yoshining haddan tashkari ko`p chiqishi), fotofobiya vashox pardaning xiralashishi kabi simptomlar kuzatilmaydi. Glaukomaning bu turi odatda, oddiy tekshirishda yoki naslida glaukoma borligi sababli tekshirilganda aniqlanadi.

3. Yuvenil glaukoma eng kam uchraydi. Yuvenil glaukoma (yuvenil- o`smir) maktab yoshidagi bolalar va o`smirlarda ko`z ichki bosimining ko`tarilishi bo`lib hisoblanadi.Oftalmolog qabulida oldingi kamera burchagining to`liq rivojlanmaganligining bilvosita belgilarini aniqlash va davolash uchun lazer goniotomiyasini qo`llash mumkin. KIB 3 yoshdan 16 yoshgacha bo`lgan davrda ko`tariladi. Bunday hollarda klinik o`zgarishlar BOBG ga o`xshashi

mumkin. Ba'zi bemorlarning ko`z burchagi gonioskopiyada normal ko`rinishga ega bo`ladi, boshqalarda esa trabekulodisgenez aniqlanadi.

Klinik o`zgarishlar

1. Shox pardaning yengil darajali xiralashishi ko`pincha ota-onalar bolalarda ko`radigan birinchi belgidir. Xiralashish yuqori KIB natijasida shox parda epiteliysining shishi va shox pardaning o`rta darajali xiralashishi sababli yuzaga keladi. Bunda ko`z yoshlanishi, fotofobiya va blefarospazm kuzatilishi mumkin.

2. Buftalm deb KIB yuqori bo`lishi sababli, 3 yosh gacha ko`zning kattalashishiga aytiladi . Kasallik og`ir darajali va bir tomonlama

bo`lmasa, ota-onalar odatda sezmaydi. Sklera kattalashgan sari yupqalashadi va ostidagi tomirli parda hisobiga ko`kimtir rangga kiradi. Shox parda kattalashishi davom etsa, oldingi kamera chuqurlashadi va og`ir hollarda Sinn (Zinn) boylamlari cho`zilib, gavhar sublyuksasiyaga rivojlanishi mumkin. Ko`z olmasining kattalashishi aksial miopiyaga sabab bo`lib, anizometropik ambliopiyaga olib kelishi mumkin.

3. Dessemet (Descemet) membranasining yoriqlari endoteliy dekompensatsiyasi rivojlanganda va ko`z ichi suyuqligi shox parda stromasiga birdaniga o`tganda kuzatilishi mumkin.

Stromaningsurunkali shishi shox pardada qaytmas chandiqlashishga sabab bo`lishi mumkin. Xaab (Haab) strialari bitib ketgan Dessemet membranasining yoriqlari bo`lib, noto`g`ri chiziq shakliga ega .

4. Ko`ruv nervi diskining ekskavatsiyasi chaqaloqlarda erta boshlanishi mumkin, ammo KIB normallashganda ekskavatsiya orqaga qaytishi mumkin. Sog` chaqaloqlarning ko`p qismida ko`ruv nervi diskining fiziologik ekskavasiyasi aniq ko`rinmaydi va juda kam hollarda EG`D>0,3 bo`la- di. BTG rivojlangan chaqaloqlarda ko`pincha EG`D>0,3bo`ladi. KIB yuqori bo`lgan katta odam ko`zidan farqli ravishda, KIB yuqori bo`lgan chaqaloq ko`zi kattalashishi

natijasida skleral kanal hamkattalashadi va lamina cribrosa tashqariga bo`rtib chiqishi mumkin. Chaqaloqlarda EG`D ko`rsatkichi nerv to`qimasining atrofiyasi, skleral kanal kattalashishi yoki ikkalasining hisobiga kattalashishi mumkin.

Differensial diagnostika

1. Shox parda o`rta darajali tug`ma xiralashishsabablari:

a) tug`ruq jarohati Dessemet (Descemet) membranasining yoriqlari hisobiga shox parda dekompensasiyasiga olib kelishi mumkin;

b) homiladorlik davrida yuqtirilgan qizilcha keratit hisobiga shox parda o`rta darajali tug` ma xiralashishiga olib kelishi mumkin.

Qizilcha bilan kasallangan 10% chaqaloqlarda BTG da bo`lgani kabi, burchak anomaliyasi sababli tug`ma glaukoma rivojlanishini aytib o`tish lozim. Mikroftalm- da ko`z kattalashishi yaqqol ko`rinmaganligi sababli glaukoma aniqlanmay qolishi mumkin;

v) mukopolisaxaridoz va mukolipidoz kabi metabolik kasalliklar.

2. Shox parda kattalashishi quyidagi hollarda ham bo`lishi mumkin:

a) megalokornea;

b) yuqori darajali miopiya (kam hollarda).

3. Ko`z yoshlanishi nazolakrimal yo`lning kech ochilishi sababli rivojlanadi.

4. Ikkilamchi infantil glaukoma quyidagi hollarda uchrashi mumkin:

a) retinoblastoma va yuvenil ksanto granulyoma kabi o`smalar;

b) birlamchi giperplastik shishasimon tananing qoldig`i;

v) chala tug`ilgan chaqaloqlar retinopatiyasi;

g) ko`z ichi yallig`lanishi;

d) jarohat;

e) gavhar ektopiyasi.

KLINIK MASHXULOT

Tonometriya

Ko’rsatma: davolash va diagnostika maqsadida

Kerakli instrumentlar: kushetka,0.5%dikain eritmasi,Maklakovtonometri,spirt, qog’oz, paxta, furatsilin

eritmasi.

Tekshirish usulini o’tkazish to’g’risida tushuntirish

O’tkazish texnikasi

Bemor chalkanchaholatda kushetkaga yotadi

Tekshiruvchi bemorning bosh tomonidan turadi

Ko’zni 0,5% dikain bilan og’riqsizlantiriladi 2-3 min davomida konnyuktival bo’shliqga tomiziladi.

Bemorni bir nuktaga tikilib turishi buyuriladi,bo’yoqga botirilgan 10gr toshlar shox parda markazidaquyiladi

Olingan surat spirt bilan artilgan qog’ozga yopishtiriladi va maxsus nomogramma yordamida o’lchanadi.

Izox Buusul yordamida ko’z ichki bosimi baland yoki pastligi aniqlanadi
Ko’z ichki bosimi normada 16-26mm.simob.ust.teng

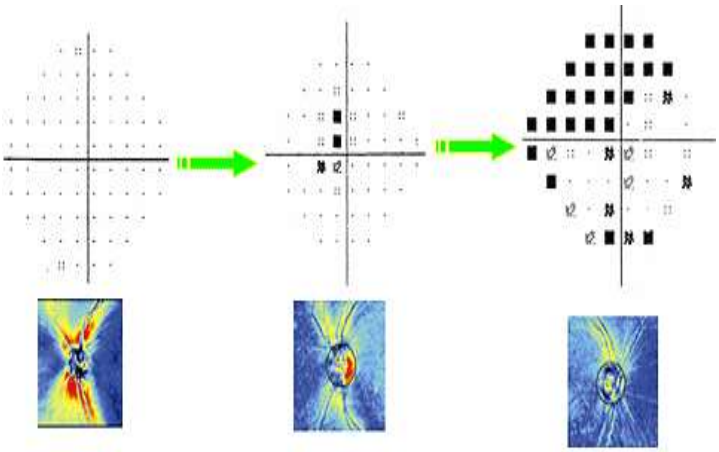
Perimetriya -

Ko’rsatma: diagnostika maqsadida

Tekshirish usulini o’tkazish to’g’risida tushuntirish

O’tkazish texnikasi

Ko`rish maydonini tekshirish perimetriya deyiladi.



Ko`rish maydonini doimiy tekshirib borish bemorning vaqtini va kuchini oladi, lekin bu yo`qotilgan vaqt va kuchga bog`liqdir. Ko`rish maydonini tekshirish

uchun har xil programmalar mavjud bo`lib, ular afzalik va kamchiliklarga egadir. Tekshirishlar qancha uzoq davom etsa, natijalar ham aniqroq bo`ladi..

Ko‘ruvmaydoniko‘zlardanbiriningbirnuqtagaqarabturibatrofidagikengmasofaniko‘rabilishqobiliyatiyokiko‘zningo‘shamaydondagijaminuqtalaryigindisinibirvaqtdaqabulqilabilishfaoliyatidir. Ko‘rish maydonining masofasi ko‘zning pcriferik ko‘rish faoliyatiga bog‘liq va bunday vazifani to‘r pardadagi tayoqschasimonhujayralari bajaradi. Ko‘zning ko‘rish maydonini tekshirish usullari turlicha. Buning eng oddiysi nazorat usuli bo‘lib, bunda shifokor o‘z ko‘zining normal ko`rish maydoni bilan tekshiriluvchi sub’ekt ko‘rish maydoninisolishtirib o‘rganadi. Bunda yoruq‘dan yuz o‘girib o‘tirgan tekshiriluvchi bilan shifokor 1 m oraliqdaqarama-qarshi yoki ro‘para o‘tirb, ko‘zlarining har biri ayrim-ayrim tekshiriladi. Tekshiriluvchining o‘ng ko‘zi tekshirilayotganda shifokor chap ko‘zining ko‘rish maydoni bilan va uning chap kolzi tekshirilayotganda shifokorning o‘ng ko‘zi ko‘rish maydoni bilan solishtiriladi. Bunda shifokorning ko‘rsatkich barmog` yoki uning qolidagi ko‘rsatkich ob’ekt o‘ng, chap, yuqori va pastki tomondan asta-sekin markaz tomonga surilibko'rsatiladi. Agar tekshiriluvchi bilan shifokor ob'ektning maydonda paydo bo‘1ganini bir vaqtda sezib ko‘rsa natija to`g‘ri hisoblanadi. Shifokor ko‘zining ko‘rish maydoni normada bo‘lsa, ular ikkalasining ob’ektni bir xil masofadan ko‘rishdan uning me’yorida ekanligi ma’lum bo`ladi. Bu usul juda oddiy va o‘rnidan tura olmaydigan og`ir kasallar ko‘zini tekshirish uchun qulaydir.

Tekshirish natijalari normal bo‘lganda ham, o‘zgargan holatlami ham ancha to‘g‘ri ko‘rsatadi. Ko‘zning ko‘rish maydonini tekshirish uchun ilgari zamonlardan buyon turli asboblar kashf etilib, foydalanilgan. Purkinc 1825 yilda birinchi asbob perimetrni taklif etib, 1855 yilda Grefc uni amalda qo‘l1agan. 1857 yilda Ferster 1868 yilda Shultsc bu asbobni mukammallashtirgan. Hozirgi zamonda perimetrlarning tuzilishi va sifati juda yaxshi ishlangan proyektsion

perimetr, Goldmanning sferik pcrimetri va pcrigraflar bor.

Keyingi perimctrlarning ish tartibi avtomatlashtirilgan va ularni amaliyotda ishlatish osonlashtirilgan. Ilgaridan amaliyotda ko‘p ishlatilib kclingan Ferstcr pcrimctri yoyining qoq o‘rtasiga oppoq nuqta (0) joylashtirilgan. Bu yarim oy

yoyining markazi asbobning tcmir tanasiga nisbatan aylanish imkoniyatiga moslab biriktirilgan.

Ko‘rish maydoni tckshirilganda chegarasi qaysi meridianda va qaysi nuqtada ekanligini orqasida yozib qo‘yilgan. ≪0≫ dan ≪90≫ gacha bo Igan graduslarga qarab aniqlanadi. Asbobning moslashuv qismida engakni qo‘yib tekshirilayotgan ko‘zni markazdagi oq belgiga to‘ppa-to;g‘ri qarash imkoniyati yaratilgan. Tekshirish uchun ishlatiladigan oq ob’ekt diametri 3; 5; 10 mm lidir. Lekin qizil, yashil, zangori rangli ob’ektlar 1-3 mm bo‘lishi kerak. Hozirgi zamon oftalmologiyasini Ferster perimetri to'liq ta’minlamaydi. Shuning uchun ko‘z klinikasi va statsionarlarida avtomatlashtirilgan perimetrlar kasallarni tekshirib aniq tashxis qo‘yish, prognozlash yoiida muvaffaqiyat bilan ishlatiladi.Perimetrlar yordamida ko‘rish maydonining proyektsiyasi tekis sathda emas, balki ko‘z pardalarishakliga o‘xshab moslashgan yarim oy shaklidagi sathda oq va turlirangli ob'ekt bilan tekshiriladi. Ferster perimetri va uning ixcham stol ustiga qo‘yib ishlatiladigan turining qimmati shundaki u og‘ir emas, kichkina va uni istalgan tomonga olib qo‘yish va olib yurish mumkin. Lekin uning kamchiligi

- yoritish asbobi yo‘q.

- kichik nuqsonlami aniqlab topish juda qiyin.

Yangi asboblardagi diafragma va yoruglik filtrlari aniq me’yorda nurni susaytirish va kuchaytirish yoki turli rangdagi ob’ektlardan foydalanish imkoniyatini beradi.

Shu asosda ko'rish maydonini faqatsifatli emas, hatto miqdoriy hisobda aniqlash ham mumkin.

Sferik perimetming yana bir afzalligi shundaki, uning yoritish kuchini o‘zgartirib kunduzgi (fotopik), g'ira-shira vaqtdagi (mezopik) yoki qorong`ilikda (skotopik) ko‘rishga moslashtirib maydonni tekshirish mumkin. Bunda tekshirish natijalarini hisobga olishning moslashtirilgani, ishni yengillashtirib vaqtni tejaydi.

Pcrimetriya - ko‘rish maydoni chegaralarini tekshirish usulidir.

Bu qorong‘i uyda bajarilib, asbob tekshiriluvchining bo‘yiga moslanib, uning bog‘lanmagan ko‘zi yoy o‘rtasidagi oq ob’ektning ro‘parasida, kasalning engagi tirgakka joylashtiriladi. Ko‘rish maydoni oq rangli ob’ekt bilan tekshirilganda ob’ekt 3 mm li. Uchrashi mumkin bo‘lgan nuqsonlarni aniqlash uchun 1 mm libo‘ladi. Agar kasal ko‘zining nur sezish qobiliyati kamaygan bo‘lsa ob’ektni bir ozyoritib kattalashtirish ham mumkin (5; 10 mm gacha).

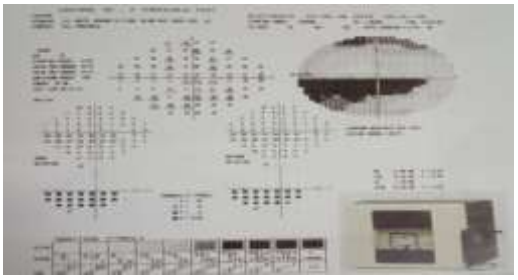
Ko‘rish maydonini ranglar bilan tekshirish uchun 1-3 mm li ob’ekt ishlatiladi. Odatda tekshiruvchi rangli ob’ektlarni bir soniyada 2-3 sm tezlikda atrofdan markazga yurg`izadi. Bunday tekshirish 8-12 meridianda 30-40 oralig'ida aylantirib bajarilganda tekshirish juda aniq bo‘lib, nuqsonlar oson topiladi. Tekshirishning turli kattalikdagi va har xil rangdagi ob’ekt bilan ketma-ket bajarilishi moslashtirilgan hisoblanib, bu miqdoriy yoki kvantativ tekshirish deyiladi. Bu usul juda sezgir bo`lgani uchun ko`zning turli kasalliklarida boshlang‘ich davrida qo‘llanilsa, yangi paydo bo`lgan o ‘zgarishlarni ko‘rsatib beradi va tashxis qo‘yishga yordam beradi. Ko‘rish maydonini rangli ob’ektlar bilan tekshirganda, ularni periferiyadan markazga yurg`izishdagi ranglari tovlanishlarini bilib chegarasini o‘sha tekshirilayotgan ranglarni kasal aniq ko‘ribaytgandagi shkaladan hisoblash kerak. Chunki ko‘rish maydonining eng periferiyasida axromatik zona bor va o‘shajoydan ko‘rsatilgan turli rangli ob’ekt kulrang bo‘lib ko‘rinadi va keyinchalik markazga surilgan sari o‘zgarib oxirida o‘z haqiqiy rangiga o‘tadi. Masalan, qizil ob’ekt avval kulrang, so‘ngra sariq, keyin zarg‘aldoq va oxirida o‘z qizil tusini oladi. Zangori rang esa kulrangdan havorangga , so‘ngra asta-sekin zangoriga o‘tadi.

Ko'rish maydonidagi ranglarning tovlanish faolligi avvalo zangoriga, keyin sariqqa, so‘ngra qizilga va oxirida ko‘k ranggaaylanib paydo bo‘ladi. Avtomatlashtirilgan perimetrlar kompyuter asosida ishlatiladi.

Avtomatlashtirilgan perimetrlarning grafik blankalari bor. Bu blankalarda ko'rish maydonining chizma shakli bo‘lib, bu markaziy nuqtalardan 10° oralab chizilgan aylanalar va ularga nisbatan chizilgan meridianal yo`llaridir.

Bu grafiklarda o‘ng ko‘zning ko‘rish maydoni sxemasi o`ng tomonga va chap ko‘zniki chap tomonga joylashtirilgan va oq turli rangdagi ko‘rish maydonining normal chegaralari yaqqol ko‘rinib turadi. Tekshirganda haqiqiy normal ko`rish maydonini aniqlab olish uchun xonada shovqin bo‘lmasligi, shifokor juda osoyishta harakat qilishi va normal yorug`lik bo‘lishi zarur. Bunda ob’ektlar rangi va katta-kichikligining ham ahamiyati bor .

OftaJmologikkasalliklarnianiqlash, tashxisqo‘yishvaprognozlashuchunko‘rishmaydoniholatiningamaliyahamiyatikatta dir.



Ko‘rishmaydoninijudaaniqtekshirishuning 8 yo‘nalishidabajariladivauningnormalchegaralariquyidagicha: chakkatomoni - 90, chakkapastkitomoni - 90* chakkayuqoritomoni - 70, pastki - 60, buruntomon - 60, burunyuqoritomoni - 55, burunpasttomonga 50, yuqoritomonga - 55.

Ko‘rish maydoni kengligini 8 yo‘nalishda tekshirib topilgan sonlarni yig‘ib, qo‘shib hisoblab-90+90+60+60+50+55+55+70=530° normani aniqlash mumkin.

Bu umumiy yig`ilgan sondan kam bo`lsa, qaytadan tekshirib toraygan meridianini aniqlash kerak.

Kampimetriya- ko‘rish maydonining markaziy qismini, undagi ko‘rish nuqsonlarini tekis sathga solib, tekshirish usuli. Bu usul yordamida ko‘rish maydonidagi ko‘r dog‘ning chegaralari, shakli hamda ko‘rish maydonidagi markaziy va periferik nuqson (skotoma) larni aniqlash mumkin.

Kampimetr - o‘rtasi oq nishonali yaltiramaydigan qora matodan yasaladi . Bunda ham perimetr bilan tekshirilganidek, kasal yorug‘ nur tushib turgan tomonga orqasini o‘girib, kampimetrdan 1 m narida engagini oq markaziy nuqtaga moslab yasalgan tirgakka qo‘yib o'tiradi. Tekshiruvchi qo‘lidagi qora sim uchiga biriktirilgan 1,5 yoki 10 mm li oq ko‘rsatkichni chapdan, o`ngdan, yuqoridan,pastdan va boshqa tomonlardan markazga tomon sekin yurg‘izib tekshiradi. Aniqlangan chegara nuqtalar bo‘r bilan chiziladi va shunda ko‘rsatkich ko‘rinmay qolgan joyi - skotomaning shakli va uning katta-kichikligi ma’lum bo‘ladi.

Skotomalar fiziologik va patologik bo‘ladi. Ko‘z tubidagi ko‘ruv nervi diskining ko‘rish maydonidagi aksi- fiziologik skotoma - ko‘r dog‘dir. U ko‘rish maydonining chakka tomonida markaziy nuqtadan 12-18 sm narida joylashgan bo‘1ib ko‘rinadi. Normada uning o'lchami - vertikal kattaligi 8-9 va gorizontal kattaligi 5-8 ga teng. Tekshirish vaqtida shu ko‘r dog‘dan boshlanib, 30°-40°masofada paydo bo‘ladigan tasmasimon dog‘la r – angioskotomalar deyiladi. Chunki ular to‘r pardada yotgan qon tomirlaming soyasidir. Ko‘rish maydonida bunday fiziologik dog‘ tekshirilganda kattaligi normadan ko‘p chiqsa, patologiyadan darak beradi. Glaukoma boshlanishida, diskning turg‘unlik patologiyasi boshlanishida va keyin ham bu ko‘r dog‘ning maydoni normadan kattalashadi.Ko‘rish maydonining patologik o ‘zgarishlari ikki xil bo‘ladi. Birinchi xili ko‘rish maydoni chegaralarining torayishi va ikkinchisimaydonining sektoral torayishi bu maydonda turli shakl va ko‘rinishdagi nuqsonlarning paydo bo`lishidadir.Ko‘rish maydoni masofasining torayishi kontsentrikko‘rinishda, ya’ni atrofdan markazga qarab torayishidir .

Boshlanishda buchetlardan markazga suriladi va bora-bora ko‘payib, o‘rtada torgina masofa qoladi. Kontsentrik torayish ko‘ruv nervining yallig‘lanishi, atrofida, to ‘r pardaning pigmentli distrofiyasida bo‘ladi. Tutqanoq, asab-psixik kasallikka mubtalo bo`lgan odamlarda yoki vasvasa, jazavali odamlarda qattiq ruhiy qo‘zg‘alish paytida ham ko‘rish maydoni muvaqqat kontsentrik torayadi. Bunday bemorlarga turli klinik ob’ektiv simptomlar (ko‘rish diskining holati, anamnez) ga asoslanib tashxis qo‘yiladi.

Ko‘rish maydonining torayishi sektor ko‘rinishda ham bo‘ladi Bu glaukomaning boshlanishidagi ko‘rish maydonining burun, burun yuqori va burun pastki tomonida 10°-20°- ga torayishidir. Bora-bora kasallikning oxirida bu hamma tomondan torayib, kontsentrik ko‘rinishga o‘tadi.

Ko‘rish maydonining qoq yarmi ishdan chiqishi gemianopsiya deyiladi. Gemianopsiyaikkalako‘zningbirtomoni – chap yoki o‘ng tomondagi yarmida bo‘lsa, gomonim gemianopsiya deyiladi. Bunda ko‘rish maydonining torayishi bir ko‘zning burun tomoniga to`g‘ri kelsa, ikkinchi ko‘zning chakka tomoniga to‘g‘ri keladi. Bu xiazma orqasida patologik shish paydo bo`lganda ko‘ruv traktlarining biriga tegishli o‘zgarishdan vujudga keladi. Geteronim gemianopsiyada ikkala koz ko‘rish maydonining yo chakka, yoki burun tomoni ishdan chiqqan bo‘ladi. Bu holat xiazma qismida patologiya paydo bo‘lganda vujudga keladi. Ko‘rish maydoni yarmining ishdan chiqib ko‘rmay qolishi gemianopsiya, ikkala chakka tomonda bo‘lsa, bitemporal gemianopsiya deyilib, bu xiazmaning old o‘rta qismidagi kesishgan bog‘ichlar patologiyasidan bo'ladi. Binazal gemianopsiya esa xiazmadagi kesishmagan nerv bog‘ichlarining ishdan chiqishidan vujudga keladi.

13 Mavzu Ikkilamchi glaukoma

Mashgulot vaqti-	Talabalar soni: 10 nafar
Mashqulot shakli	Amaliy mashғulot
Mashqulot rejasi	Glaukoma turlari Ikkilamchi glaukoma Tasnifi davolash taktikasi
O’quv mashqulotining maқsadi:	Talabalar bemorning umumiy axvoliga ob’ektiv baxo berish uchun kuz-a’zolarini ko’rish va tekshirish usullarini o’zlashtirish bo’yicha amaliyot bilimlarini rivojlantirish.
Ta’lim berish usullari	Multimediya.Interfaol usul:
Ta’lim berish shakllari	Jamoaviy
Ta’lim berish vositalari	Uquv-uslubiy ishlanma,elektron darsliklar,kompyuter
Ta’lim berish sharoiti	Metodik jixatdan jixozlangan auditoriya
Monitoring va baxolash	

Amaliy mashg’ulotning tashkiliy tuzilishi

	Tashkiliy qism	Ajratilgan vaqt
	Kirish	5 minut
	Talabalarni dastlabki bilimini tekshirish a) og’zaki suxbat b)interaktiv usullar yordamida va boshqalar	10 minut 15 minut

	Amaliy ko’nikmalarni o’zlashtirish a)qabul bo’limi hujjatlari va ularni to’ldirish qoidalari bilan tanishish	10 minut 25 minut
	Talabalar bilim darajasini baholash	10 minut
	Mashg’ulotni yakunlash, vazifa	5 minut
		80 minut

Klinik mashg’ulotning tashkiliy tuzilishi

№	Tashkiliy qism	Ajratilgan vaqt
1	Kirish	5 minut
2	Bemorlar kuratsiyasi	30 minut
3	Bemorlarni kasallik tarixi bilan tanishish	10 minut
4	Jamoa bilan bemorlar taxlili	10 minut

5	Amaliy ko’nikma	10 minut
6	Retsept yozish	10 minut
7	Mashg’ulotni yakunlash, vazifa	5 minut
Jami:		80 minut

Ikkilamchi glaukoma

Xavf omillari va birga uchraydigan kasalliklar

1. Yosh: BOBG ko`proq keksalarda uchrab, ko`pincha 65 yosh dan keyin namoyon bo`ladi. 40 yoshgacha odamlarda BOBG diagnozining qo`yilishi odatdan tashqari holat hisoblanadi.

2. Irq: BOBG qora tanlilarda oq tanlilarga nisbatan ko`proq uchraydi, ertaroq boshlanadi va og`irroq kechadi.

3. Oilaviy anamnez va BOBGning nasldan-naslga o`tishi: BOBG, taxmin qilishlaricha, nasldan-naslga ko`pincha multifaktorial ravishda o`tadi.

Kasallik rivojlanishini belgilaydigan gen ba'zi oilalarda kuchsiz penetrantlikka va o`zgaruvchan ekspressivlikka ega, deb hisoblanmoqda.

KIB darajasi, ko`z ichi suyuqligi chiqib ketish yo`llarining xususiyatlari va ko`-ruv nervi diskining o`lchami genetik omillar bilan belgilanadi. BOBG bilan kasal bo`lgan bemorning eng yaqin qarindoshlarida kasallik rivojlanish xavfi yuqori hisoblanadi. Bemor ota-onasining biri BOBG bilan kasal bo`lsa, kasallikri-vojlanish xavfi ikki marta, sibsi kasal bo`lsa to`rt martaga oshadi.

4. Miopiya va BOBG ko`p hollarda birga uchraydi. Bundan tashqari miopiyali ko`zlarda glaukomatoz o`zgarishlar tezroq rivojlanadi.

Kortikosteroidlarning ta'siri Betamethasoneni 6 hafta davomida mahalliy qo`llash natijasida KIB ning pasayishiga qarab, sog` aholini

3 guruhga bo`lish mumkin:

1. Kuchli ta'sir guruhi. KIB kuchli ko`tariladi (>30 mm sim.ust.).

2. O`rtacha ta'sir guruhi. KIB o`rtacha ko`tariladi (22-30 mm sim.ust.).

3. Ta'sir bo`lmagan guruh. KIB da hech qanday o`zgarish bo`lmaydi.

Steroidlarning mahalliy qo`llanilishiga sezuvchanlik genetik jihatdan belgilangan bo`lib, GKS lar ga sezuvchanlikni va BOBG rivojlanishini belgilaydigan genlar bir-biriga yaqin joylashadi, deb taxmin qilinmoqda. Shu sababli BOBG bilan kasal bo`lgan bemorlarda, ularning sibslarida va bolalarida steroidlar ehtiyotlik bilan qo`llanilishi lozim. Bemor yuqori yoki o`rta ta'sir guruhiga mansub bo`li- shidan

qat'i-nazar, «kuchli» steroidlar (Dexamethsone, Beta methasone, Prednisolone) KIB ni ko`tarish xususiyati bo`yicha bir-birga teng bo`lib, «kuchsiz» steroidlarning (Fluoro methalone, Clobetasone) KIB ni ko`tarishga mo yilligi kamroqdir; KIB ni ko`tarish xususiyatiga ko`ra Fluoromethalone Betamethasonedan ikki barobar kuchsizroqdir. Steroidlarni umumiy qo`llashda KIB ning ko`tarilish ehtimoli juda kam hisoblanadi.

Glaukomatoz o`zgarishlarning patogenezi BOBG bilan kasal bo`lgan bemorlarda ko`z ichi suyuqligining chiqib ketish yo`llarida qarshilik bo`lishi sababli KIB ko`tariladi. Ko`rish maydonida nuqsonlar paydo bo`lishi ko`ruv nervi diskidagi aksonlarning progressiv ravishda shikastlanishiga bog` liq. Bu o`zgarishlarning bir necha mexanizmlari taxmin qilinmoqda, ammo ulardan hech biri har xil bemorlarda glaukomaning turlicha kechishi va o`zgarishlarning har xil ko`rinishda bo`lishini to`liq tushunti rib bera olmaydi. Hozirgi kunda glaucoma- da shikastlanishning quyida keltirilgan ikkita nazariyasi taxmin qilinadi:

1. Ishemik nazariyaga ko`ra glaukomatoz o`zgarishlar patogenezida disk aksonlari mikrosirkulyasiyasi buzilishining hissasi bor. Glaukomatozo`zgarishlar quyidagi mexanizmlar orqali rivojlanishi mumkin:

a) kapillyarlar sonining kamayishi;

b) kapillyarlarda qon oqishining o`zgarishi;

v) aksonlarga oziq moddalarni olib kelish yoki ulardan qoldiq metabolitlarni olib ketish jarayonlarining buzilishiga olib k luvchi o`zgarishlar;

g) qon oqimi boshqarilishining buzilishi;

d) ko`ruv nervi diski qon tomirlariga zararli vazoaktiv moddalarning yetib

kelishi.

2. Mexanik nazariyaga ko`ra KIB uzoq vaqt yuqori bo`lishi lamina cribrosa sohasidagi to`r parda nerv tolalarining bevosita shikastlanishiga olib keladi. KIB yuq ri bo`lishi laminar plastinkalarning buzilishiga yoki aksonal kanallarining noto`g` ri joylashishiga sabab bo`ladigan o`zgarishiga olib keladi. Bu esa nerv tolalarining bevosita shikastlanishiga, qon aylanishining buzilishiga va ko`ruv nervi diski aksonlariga oziq moddalari etib kelishining kamayishiga olib keladi.

Klinik o`zgarishlar

Simptomlar

BOBG bilan kasal bo`lgan bemorlarda odatda ko`rish maydoni kuchli toraymaguncha simptomlar rivojlanmaydi. Buning sababi shundaki, ko`rish maydonining boshlang`ich torayishi burun tomonida bo`lib, boshqa ko`z ko`rish maydoniga to`g`ri keladi. Kasallik deyarli doim ikki tomonlama bo`ladi, lekin asimmetrik kechadi. Shu sababli kasallik ko`pincha ko`rish maydonining bir ko`zda kuchli, boshqa ko`zda esa yengilroq torayishi bilan namoyon bo`ladi. hatto kuzatuvchan odamlar ham ko`rish maydonining katta qismi torayganligini sezmay qolishlari mumkin, ammo ba' zanboshlang`ich davrda ko`rish maydonining torayishi tasodian aniqlanadi. Kam hollarda KIB yuqori bo`lgan bemorlar ko`z og`rishi, bosh og`rishi va hatto shox parda epiteliysining o`tkinchi shishi sabablirivojlangan kamalaksimon halqalarga shikoyat qiladi.

Belgilar

1.Yuqori KIB: bu ob'ektiv ko`rsatkich BOBG diagnostikasida katta yordam beradi, lekin ba'zan shifokorlar faqat KIB ko`rsatkichiga kata ahamiyat beradi.

40 yoshdan oshgan bemorlarning 2% ida KIB>24 mm sim.ust., 7-8% ida KIB>21 mm sim.ust. ekanligi aniqlangan. Biroq ko`rishmaydonining glaukomatoz torayishi taxminan 1% da bo`ladi. Bulardan tashqari, ko`rish maydonining glaukomatoz torayishi va ekskavasiyaningo`zgarishi KIB “normal” (<22mm sim.ust.) bo`lgan bemorlarda ham kuzatiladi.

2. KIBning o`zgarishi: KIB normal bo`lgan taxmi nan 30% odamlarda KIB kun davomida 5 mm sim.ust.gacha o`zgaradi. BOBG da bu o`zgarish kattaroq bo`lib, taxminan 90% hollarda kuzatiladi. Shu sababli KIB bir marta o`lchanganda 21 mm sim.ust.dan kam bo`lishi BOBG diagnozini bekorqilmaydi. Shu bilan birga KIB bir marta o`lchanganda 21 mmsim.ust.dan katta bo`lishi BOBG ga shubhadan boshqa narsaga sabab bo`lmasligi kerak.

KIB o`zgarishini aniqlash uchun KIB ni kunning har xil paytida o`lchash kerak. Ikki ko`zning bosimi orasidagi farq 5 mm sim.ust. yoki kattaroq bo`lishi shifokorni shubhalantirishi kerak. Mutloq qiymatning qanday bo`lishidan qat'i-nazar, KIB yuqoriroq bo`lgan ko`zda kasallik bor, deb shubha qi linadi.

Ko`ruv nervi diskining o`zgarishlari: BOBG diagnozi ko`pincha birincha marta tekshirish paytida ko`ruv nervi diskining shubhali o`zgarishlari topilganda qo`yiladi.

3. Ko`rish maydonida glaukomaga xos o`zgarishlar aniqlanadi.

4. Gonioskopiyada burchak ochiqligi ko`rinib, ikkilamchi glaukomaning hech qanday belgilari ko`rinmaydi.

Skrining

Aholini skrining qilish uchun faqat oddiy tonometriyani ishlatish etarli emas, chunki bu usul ekskavasiya va ko`rish maydonining torayishi kabi BOBG ning boshqa belgilari rivojlangan ko`p bemorlarni sog` odamlar guruhiga kiritib qo`yadi. Bundan tashshqari, 21 mm sim.ust.dan katta bo`lgan KIB va 0,4 dan katta bo`lgan EG`D vertikal nisbati skrining kriteriylari sifatida qo`llanilganda, BOBG bilan kasal bo`lgan bemorlarning faqat 60%i aniqlanadi. Ommaviy skrining uchun aniqroq usulni qo`llash mumkin bo`lguncha skrining selektiv bo`lishi, lekin sinchkovlik bilan bajarilishi va ko`rish maydonini tekshirishni o`z ichiga olishi kerak.

Eng yaqin qarindoshlarida glaucoma rivojlangan bemorlar 40 yoshdan boshlab tekshirilishi kerak. Birinchi tekshiruvda ko`rsatkichlar normal bo`lganda, bemor 50 yoshgacha 2 yilda bir marta, so`ngra har yili tekshirilishi kerak.

Taktika

BOBGni davolashdan maqsad, KIBni boshqarish orqali ko`rish faoliyatini saqlab qolish va shu bilan birga ko`ruv nervi shikastlanishini oldini olish yoki kechiktirishdir. Bemorni muntazam ravishda yaxshi labarator tekshirish katta ahamiyatga ega, chunki bu holda har qanday o`zgarishni erta davrda aniqlash mumkin.

Asosiy tekshirishlar

Kasallik kechishini dinamikada kuzatish uchun quyidagi asosiy tekshirishlar bajarilib, ularning natijalari aniq ravishda qayd qilinishi lozim.

1. Ko`rish o`tkirligi ko`z oynaksiz va ko`z oynak bilan qayd qilinishi kerak.

2. Biomikroskopiyada ikkilamchi glaucoma belgilariga katta ahamiyat berish kerak, chunki ikkilamchi ochiq burchakli glaukomani BOBG bilan adashtirib yuborish mumkin.

3. Applanatsion tonometriya – tekshirish kunning qaysi paytida bajarilganligini ham qayd qilish lozim.

4. Gonioskopiya applanatsion tonometriyadan keyin bajarilishi kerak. Ammo birlashtiruvchi moddani talab qiladigan goniolinza qo`llaniladigan bo`lsa, gonioskopiya ko`ruv nervi diski va ko`rish maydoni tekshirilgandan keyin bajariladi.

5. Oftalmoskopiya bajarilgach, ko`ruv nervi diskining ko`rinishi chizilishi va mumkin bo`lsa, rasmga olinishi kerak.

6. Perimetriya qo`llaniladigan perimetriya turi bemor harakatlanish qobiliyatiga, yoshiga va ko`rish o`tkirligiga bog`liq.

KLINIK MASHXULOT

Oftalmotonusni palpator aniklash

1.Ko`rsatma: tekshirish va diagnostika maksadida

2.Kerakli jixozlar: stul,

3.Tekshirish usulini o`tkazish to`grisida tushuntirish

Bemor tekshiruv xonasida stulga o`tiradi.

Xakim bemor ro`parasida turadi.

Bemordan pastga qarash so`raladi.

Tekshiruvchi ikkala qo`l ko`rsatkich barmoqlari Bilan yukori kovok ustidan navbatma –navbat kuz olmasiga bosib kuradi.Agar engil karshilik sezilsa, TqN,agar karshilik sezilmasa va kuz olmasa kattiklashgan bulsa, TQ1 dan Q3 gacha ,agar aksincha, kuz olmasi yumshoklashgan bulsa, T-1 dan -3 gacha baxolanadi

Izox Bu usul ko`z ichki bosimini sub'ektiv aniklash metodi bulib, ko`z gipertenziyasi yoki aksincha, gipotoniyasiga shubxa qilinganda qo`llaniladi

14 Mavzu Ko`z jarohatlari (kuyishlar)

.

Mashgulot vaqti-	Talabalar soni: 10 nafar
Mashgulot shakli	Amaliy mashgulot
Mashgulot rejasi	**1**.Kontuziyalar klasifikastiyasi,klinikasi,davolash usullari 2.kuzning teshib uchuvchi jaroxatlari Kuyishlar
O’quv mashgulotining maqsadi:	Talabalar bemorning umumiy axvoliga ob’ektiv baxo berish uchun kuz-a’zolarini ko’rish va tekshirish usullarini o’zlashtirish bo’yicha amaliyot bilimlarini rivojlantirish.

Ta’lim berish usullari	Multimediya.Interfaol usul:
Ta’lim berish shakllari	Jamoaviy
Ta’lim berish vositalari	Uquv-uslubiy ishlanma,elektron darsliklar,kompyuter
Ta’lim berish sharoiti	Metodik jihatdan jihozlangan auditoriya
Monitoring va baҳolash	

Amaliy mashg’ulotning tashkiliy tuzilishi

	Tashkiliy qism	Ajratilgan vaqt
	Kirish	5 minut
	Talabalarni dastlabki bilimini tekshirish a) og’zaki suxbat b)interaktiv usullar yordamida va boshqalar	10 minut 15 minut
	Amaliy ko’nikmalarni o’zlashtirish a)qabul bo’limi hujjatlari va ularni to’ldirish qoidalari bilan tanishish	10 minut 25 minut
	Talabalar bilim darajasini baholash	10 minut
	Mashg’ulotni yakunlash, vazifa	5 minut
		80 minut

Klinik mashg’ulotning tashkiliy tuzilishi

№	Tashkiliy qism	Ajratilgan vaqt
1	Kirish	5 minut
2	Bemorlar kuratsiyasi	30 minut
3	Bemorlarni kasallik tarixi bilan tanishish	10 minut
4	Jamoa bilan bemorlar taxlili	10 minut
5	Amaliy ko’nikma	10 minut
6	Retsept yozish	10 minut
7	Mashg’ulotni yakunlash, vazifa	5 minut
Jami:		80 minut

Mavzu bayoni

Kuz sokkasi tumtok buyumlar Bilan shikastlanganda shox parda shishishuvi,yuza varaklari yorilishi,yirtilishi,kuz oldingi kamerasida kon kuyilishi-gifema kuz ichki mushaklarining falajlanishi rangdor pardada korachik chetlarining yirtilishi va tur pardada chegaralangan shishlar paydo bulishi mumkin.Bunday shikastlanishlar urta ogirlikdagi kontuziya xisobidan buladi.

Ogir darajadagi kontuziyada shox parda magzida kon Kirishi ,oksil parda va rangdor pardaning yirtilishi va uzilishi,gavxarning xiralashishi,joyidan biroz yoki tulik chikib ketishi mumkin.Gemoftalm shishasimon tanaga kon kuyilishi,tomirli parda yirtilishi,tur pardaga kon kuyilishi,uning yirtilib joyidan kuchishi,kuruv nervining shikastlanishini kuzatish mumkin.Kuzga yot jismlar tushib,kovok konyuktivasiga,oksil parda konyuktivasiga va shox parda satxiga joylanishiga boglik,Kuz sokkasining teshib kirgan yarasida teshilish shox pardada limbda va oksil pardada joylashishi mumkin.Jaroxatlovchi jism kuzni teshib kirib,ikkinchi joydan teshib chikishi mumkin yoki kuz ichida yot jism kolishi mumkin.Kuz ichiga kirgan metal jismlar magnit tortuvchi va magnit tortilmaydigan bulishi mumkin.

Kuz sokkasini teshib kirgan yarasi 3mmdan kichik bulib,shox parda chetida yoki oksil pardada joylashgan bulsa,yara tulik yopishgan xolda,yaraga kuz ichki pardalari takalgan bulmasa,yara oddiy va chok kuyishni talab kilmasa,bunday yaralar engil darajaga kiritiladi.

Teshib kirgan yara shox parda markazida joylashsa yoki murakkab asoratli bulsa yaraning ulchami 5 mm gacha kuz ichki pardalari yaraga takalib turgan bulsa uni urta darajadagi yara deb xisoblash mumkin .

Ogir darajasida yara uzinligi 5 mmdan kup, yaraga kuz ichki pardalari kisilgan , shishasimon tana kisman tashkariga chikgan, kuz oldingi kismida magnit tortmas yot jism yoki kuz ichkarisidagi magnit tortadigan metal yot jism borligini kuzatish

mumkin . Gavxarning shikastlanishi va kuzda yiringli jarayon avj olishi xam uning ogir darajasidan dalolat beradi.

Yara juda katta bulib shishasimon tananing kup kismini tashkariga chikib ketib, kuruv nervi va sarik dog soxasiga magnit tortuvchi yoki kimyoviy faol yot jism kirishi yoki gavxar tashkariga chikib ketishi , shishasimon tanaga kuchishi , tur parda joyidan kuchishi tulik gemoftalm va yoki endoftalm rivojlanishi uta ogir yaralanish xisoblanib kuzning azo sifatida yokolishi bilan yakunlanishi mumkin.

Kuzi shikastlanib, uning ichiga yot jism tushgan bemor, kuzi xiralashganidan yoki kurmay kolishidan kuzi kizarib yoshlanishidan, yorugga karay olmasligidan kuzi kizarib yoshlanishdan yorugga karolmasligidan shikoyat kilishi mumkin. Tegishli usullar bilan kuzni tekshirganimizda kovoklar splkiganini, konyuktiva kizarganini, kuz oldingi kamurasida kon borligini, ba’zan gavxar xiralashganini, kuz tubidan keluvchi refleks yukolganini kurish mumkin.

Kuzning teshib kirgan yaralanishining anik ishonchli va yordamchi belgilari bor. Ishonchli belgilari: yaraning ochilib turishi, yaraga kuz ichki pardalari yoki gavxar tolalari va kobigining kisilib kolishi, rangdor pardada teshik paydo bulishishubxa koldirmaydi. Yordamchi belgilari: kuz bosimining pasayishi (gipotoniya), kuz oldingi kamerasining sayozlashib yoki chukurlashib ketishi, korachikning chuzik shaklga kirishidan iborat.

Kuz sokkasini teshib kirgan, unda yot jism yukligini aniklash uchun bunday bemorlarda kuz kosasining rentgen suratini olish shart.agar rentgen suratida kuz sokkasida yot jism soyasi aniklansa, unda yaralangan kuzga 0,5%li dikain eritmasi tomizilib, kuzga Baltin indikatori kiritiladi.

Bunda shox parda indikatorning katta teshigida bulishi va indikator kurgoshinli nuktalari soat 6,9, 12, 15 ga tugrilanib, oldindan va yonboshdan ikkita rentgen surati olinadi.

Agar bemor kuzidagi yarada , kuz ichida yot jism topilmasa, yaraga zich tugunchali chok kuyib berkitiladi. Chokning ipi ipak, kapron, alkon va supramiddan tayyorlangan bulishi mumkin.

Kuzdagi yot jism kuzning oldigi kismida, ya’ni kuz oldingi kamerasida, rangdor parda satxida, gavxar yuzasida bulsa, bunday yot jismlarning teshib kirgan yarasiorkali agar iloji bulmasa, yaraga chok kuyib, yot jism joylashgan nukta ustidanshox parda yoki limbni kesib ochib, u olib tashlanadi. Kuz sokkasi ichki-orka kismida joylashgan yot jismlar diaskleral usul Bilan, sklerana kesib ochib, olib tashlanadi.Bunda yot jism magnitga tortiluvchan bulsa, doimiy magnit yordamida, magnitga tortilmaydigan bulsa, kuz pinstetlari – kiskichlari yordamida olib tashlanadi.

Kuzga jarroxlik ishlovi berishda yaraga kisilib kolgan, sog va yalliglamagan kuz ichki pardalariantibiotik eratmasi bilan chayilib, uz joyiga kiritib kuyiladi, agar yaraga kisilgan parda yalliglangan yoki nekrozga uchragan bulsa,uni kesib tashlab yaraga chok kuyiladi.

Jarroxlik ishlovi berishdan avval kuzga dezinfekstion tomchi tomiziladi, bemorga umumiy kuchli antibiotiklar kullaniladi. Bu tadbirlar yirangli jarayonning oldini olishga karatilgan buladi.Agar yara shox parda markazida bulsa, korachikni kengaytirish uchun atropin, chet kismida bulsa, uni toraytirish uchun pilokarpin tomizilib , kuzga doka boglam kuyiladi. Bemor 3-5kun urinda yotishi kerak. Shox pardaga kuyilgan ipak chok12-14kundan sung olinadi, kapron va supramid iplari kuzni kitiklamasa uzokrok koldiriladi.

KO'Z SOQQASI VA UNING YORDAMCHI QISMLARINING KUYISHI

Ko'z va uning yordamchi qismlari kuyishi termik (issiq) vositalar va kimyoviy o'yuvchi moddalar (kislotalar), ham erituvchi (ishqoriy) moddalar ta'sirida vujudga keladi (191-rasm). Bunda faqat qovoq terisigina emas, balki kon'yunktiva va hatto shox pardagina jarohatlanib qolmay, ko'pincha yuz terisi ham kuyishi mumkin.

Ko'pincha kimyoviy moddalardan ohak, qog'oz yelimi, karbid, kaliy permanganat, kir sodasi, sirka, novshadil spirti kabilar kuyishga sabab bo'ladi.

Kuyish darajasi ta'sir etuvchi moddaning quyuq-suyuqligiga va ta'sirining davomiyligiga bog'liq. Kuyish to'rt bosqichda bo'ladi:

I bosqichda - qovoq terisi qizaradi, kon'yunktiva oldin oqarib, so'ngra qizaradi. Shox pardada eroziya va sezuvchanlikning pasayishi kuzatiladi. Ko'zdan yallig'li suyuqlik ajraladi.

II bosqichda - qovoq terisida shish, qizarish va pufakchalar hosil bo'ladi. Kimyoviy kuyishda kon'yunktiva oqarib, ba'zi qismiga qon quyiladi, xemoz va nekrozli sohalar kuzatiladi. Shox parda xiralashib, tirqishli lampada ko'rilganda destsemet qavatining g'ijimlanganini ko'rish mumkin.

III bosqichda to'qimalarda nekroz paydo bo'ladi, shox parda chinnisimon oqarib xiralanadi, xususiy qavatida nekroz sohalari kuzatiladi.

IV o'ta og'ir bosqichda to'qimalarning to'liq nekrozi (o'lishi), shox pardaning erib ketishi, oldi kamerada yiring to'planishi (gipopion), agar ikkilamchi infektsiya qo'shilsa cndoftalmit, panoftalmit bo'lishi mumkin.

Ko'z yengil darajada kuyganda ambulatoriyada davolanadi. Ko'zga dezinfektsion va moyli tomchilar tomiziladi. Ko'z kimyoviy moddalar ta'sirida kuyganda birinchi tez yordam ko'rsatiladi. Bunda

suvning kuchli oqimi (faworacha, rczina ballon, choynak) yordamida uzoq vaqt davomida chayish kerak. so'ngra ko'zga 0,5% li dikain tomizib. qovoqlami ag'darib, kimyoviy modda qoldiqlari tozalanadi. Kimyoviy moddalar kuydirish kucliini cheklash maqsadida, ishqoriy xususiyatli moddadan kuyganda, 2-4% li borat kislotasi bilan chayish, ishqoriy moddaning ko'z chuqur qavatlariga o'tishidan saqlaydi.*Ko 'z kisloladan kuyganda ishqoriy modda bilan chayish faqat zarar keltiradi.* Aniliri bo'yog'idan kuyganda askorbin kislotasining 5% li eritmasida chayish va kon'yunktiva ostiga yuborish, kuyish holatini ancha yaxshilaydi. Kaliy permanganatdan kuyganda 10"/) li tiosulfat natriy eritmasida chayish yaxshi natija beradi.

Ko'z o'rta va og'ir darajada kuyganda (192-rasm) shifoxonada davolanadi. Ko'zga 30% li sulfatsil natriy yoki 0,25% li levomitsetin. vitamin tomchilari, 0,01% li sitral eritmasi, 1% li xinin tomchilari 3-6 marta tomizib turiladi. Ko'zga glyukozaning 40% li eritmasi, 1% li tctratsiklin malhami tomizish va quyish zarur. Keyinroq ultratovush, kortikosteroidlar qo'llaniladi.bironta asorat yuzaga kelsa, uni ham davolash mumkin.

Ko'zning og'ir darajali kuyishida nekrozga uchragan to'qima qismlari o'rniga sog' to'qima kon'yunktiva yoki pastki lab shilliq pardasi, shox parda o'rniga tiniq shox parda ko'chirib o'tkaziladi.

Ko'zning nur ta'sirida kuyishi

Ma'dan eritishda, kvarts lampasi, rentgen nuri, radioaktiv nurlanish va elektr payvandlashda ko'zni saqlovch - muhofaza oynaklaridan foydalanilmasa, ko'z ultrabinafsha nur ta'sirida kuyadi. Quyoshli kunda oppoq qorga uzoq tikilganda, quyosh kuygan kunida unga uzoq vaqt ko'z uzmay qaraganda ham ko'zning to'r pardasi kuyishi mumkin. Shundan 6-8 soat o'tgach, ko'z yoshlanib, qizarib, qamashib, og'rib ochilmay qoladi, ba'zan shox pardada yuza xiralanish kuzatiladi, ko'rish pasayadi.Lazer nuri ta'sir etganda yuqoridagi belgilarlardan tashqari, rangdor parda, to'r pardaning shikastlanishi - to'qimalarning buzilishi va unga qon quyilishi kuzatiladi.

Davolash uchun ko'zga 0,25%-0,5% li dikain eritmasi. moyli tomchilar tomizish va quyoshdan saqlovchi qora oynak taqish tavsiya etiladi. Rangdor va to'r parda kuyganda ko'rish pasayadi, bemor ko'z shifoxonasida davolanishi zarur.

Ko'zning ortigcha nuzlanishini oldini olish. Ko'ruv organi bunday shikastlanishining oldini olishda sanoat korxonalarida ishlash uchun, kadrlarning ko'rish faoliyatini hisobga olib tanlash, ish vaqtida texnika xavfsizligiga to'la rioya qilish zarur. Ishchi va xizmatchiiarni ishga kirishdan oldin, texnika xavfsizligi qoidalari bilan to'liq tanishtirish kerak. Korxonalarda ish joyini yaxshi yoritish, ozoda saqlash, tutun va changdan forig' qilish hamda shaxsiy (193-rasm) va umumiy muhofaza vositalaridan unumli foydalanish zarur. Ishchi va xizmatchilarning ko'zini muntazam ko'rikdan o'tkazib turish kerak.

Bolalar o'rtasida tarbiyani kuchaytirish, zararli va xavfli o'yinlarni ta'qiqlash va uyushgan foydali o'yinlarni yo'lga qo'yish ko'zni shikastlanishdan saqlaydigan asosiy vazifa hisoblanadi.

KLINIK KO`NIKMALAR

Monokulyar va binokulyar boylam qo'yish

Tayyorgarlik

-Yorug' xonada bajarish

-Tekshirishdan oldinbemornitayyorlash,tekshirisho'tkazishto'g'risida bemorga tushuntiriladi

Keraklijihozlar:stul,stolboylam

O'tkazishtexnikasi

Bemorstulgao'tirganholda, vrachbemorningqarama-qarshisida,50smmasofadao'tiradi.

Qo'llashusuli: Bemoro'tirganholdaboshiorqagabirozegilganholatda, birtako'ziyumilgan,ustkivapastkiqismidokadan,ichkiqismipaxtadaniboratboylamustidabog'ichbog'lanadi

Bog'ichningkaltaqismichakkatomonga ,uzunqismiburuntomongao'tkazilibbog'lanadi.

Binokulyarboylamesa ikkala ko'zda xuddishundayusulda ko'yiladi

Izox: Buusulko'zningjarohatlaridavajarroxlikamallaridanso'ngqo'llaniladi

15 Mavzu Ko`rish a'zosi jaroxatlari (shoshilinch holatlarda birinchi yordam).

Mashgulot vaqti-	Talabalar soni: 10 nafar
Mashgulot shakli	Amaliy mashgulot
Mashgulot rejasi	**1**. Ko`rish a'zosi jaroxatlari klasifikastiyasi,klinikasi,davolash usullari 2.kuzning teshib uchuvchi jaroxatlari

	shoshilinch holatlarda birinchi yordam
O’quv mashgulotining maqsadi:	Talabalar bemorning umumiy axvoliga ob’ektiv baxo berish uchun kuz-a’zolarini ko’rish va tekshirish usullarini o’zlashtirish bo’yicha amaliyot bilimlarini rivojlantirish.
Ta’lim berish usullari	Multimediya.Interfaol usul:
Ta’lim berish shakllari	Jamoaviy
Ta’lim berish vositalari	Uquv-uslubiy ishlanma,elektron darsliklar,kompyuter
Ta’lim berish sharoiti	Metodik jihatdan jihozlangan auditoriya
Monitoring va baxolash	

Amaliy mashg’ulotning tashkiliy tuzilishi

	Tashkiliy qism	Ajratilgan vaqt
	Kirish	5 minut
	Talabalarni dastlabki bilimini tekshirish a) og’zaki suxbat b)interaktiv usullar yordamida va boshqalar	10 minut 15 minut
	Amaliy ko’nikmalarni o’zlashtirish a)qabul bo’limi hujjatlari va ularni to’ldirish qoidalari bilan tanishish	10 minut 25 minut
	Talabalar bilim darajasini baholash	10 minut

	Mashg’ulotni yakunlash, vazifa	5 minut
		80 minut

Klinik mashg’ulotning tashkiliy tuzilishi

№	Tashkiliy qism	Ajratilgan vaqt
1	Kirish	5 minut
2	Bemorlar kuratsiyasi	30 minut
3	Bemorlarni kasallik tarixi bilan tanishish	10 minut
4	Jamoa bilan bemorlar taxlili	10 minut
5	Amaliy ko’nikma	10 minut
6	Retsept yozish	10 minut
7	Mashg’ulotni yakunlash, vazifa	5 minut
Jami:		80 minut

OFTALMOLOGIYADA TEZ YORDAM

Ko'ruv a'zosi shikastlangan, kuygan va ko'zi turli patologik holatlarga uchragan odamlarga tez yordam ko'rsatuvchi shifokorlar ikki guruhga bo'linadi. **Birinchi guruhga** poliklinikada ishlovchi oftalmologlar bilan bir qatorda boshqa jami mutaxassislar (terapevt, xirurg, stomatolog, nevropatolog) va umumiy oilaviy vrachlar kiradi. Ikkinchi guruhga esa ko'z tez yordam statsionarida ishlovchi katta klinik tajribali oftalmolog va oftlamomikroxirurglar kiradi. Birinchi guruhdagi mutaxassislar shoshilinch holatda murojaat qiladigan, ko'zi to'satdan jarohatlangan kasallarning hammasini so'zsiz qabul qilib, birinchi yordamni berishlari va u agar og'ir darajada bo'lsa, tezlik bilan transport tashkil qilib, ularni tegishli ko'z tez yordam shifoxonalariga joylashtirishlari kerak.

Birinchi shoshilinch yordam nimalardan iborat va u qanday bcmorlarga ko'rsatiladi? Bu savolga tezlik bilan aniq javob topish uchun jadval tuzilgan.(8-jadval).

Jadvalning 1-2-3 bandlariga kiradigan bemorlarni tegishli birinchi bosqichdagi tez yordamdan so'ng uylariga jo'natish mumkin.

Baxtsiz hodisalardan ko'ruv a'zosining kuyishi faol kimyoviy moddalar - kislotalar yoki ishqoriy aralashmalardan yuz bergan bo'lsa, juda tezlik bilan suvning rezina ballon yoki faworachasiga kuchli va ingichka tez oqimi bilan uzoq vaqt davomida qovoqlarini qo'l bilan (zo'rlab bo'lsa ham) ochib yuvish kerak hamda mayda-mayda yot jismlarni olib tashlash, tozalash ham zarur. Agar kuyish kislotadan bo'lsa, iste'mol sodasining 2 foizli eritmasi bilan ham anchagina yuvib, so'ngra ikkala kuygan ko'ziga glyukozaning 40 foizli eritmasidan tomizib

statsionarga yuborish zarur. Glyukoza to'qimalardan kimyoviy moddalarai so'rib chiqarib, unda modda almashinuvini yaxshilaydi. Elektrooftalmiya va termik kuyganda ham glyukoza juda foydalidir. Qilingan yordamdan ko'chirma yozib berish tavsiya qilinadi (Averbax).

Kelgan bemorning ko'z yoshi xaltasi ustida qizarish va ko'z kosasida og'riq va shish topilsa, bo'lajak abses va flegmonaning oldini olish uchun ularni ham tezlik bilan oftolmologga yuborish kerak.

Oftolmologiyada tez yordam berishning yana bir muhim qismi, bu faqatgina ko'zning yordamchi qismlari va uning tashqi pardalarida bo'ladigan o'tkir patologiyalarni aniqlashgina emas. balki kon'yuktivit, iridotsiklit va glaukomaning xuruji klinik simptomlarini ajrata bilish va bu kasalliklarga to'g'ri tashxis qo'yib. birinchi tez yordamni ham sifatli bajarishdir (8-jadval).

Bu farqni talabalar oftolmologiyadan mashg'ulot tsiklini o'tgan davrlarida yaxshi aniqlab, eslab qolishiari zarur.Bu o'rinda ko'zi og'rib, qizarib, yoshlanib kelgan bemorning ko'rish faoliyatiga ham ahamiyat berish kerak.

Glaukoma xurujida ko'zning ko'rish faoliyati pasayadi, kon'yuktivasida vena qon tomirlari kengayadi, shox parda biroz xiralashadi, qorachiq kengayadi, ko'z ichi bosimi juda baland ko'tariladi va boshning shu yarmisida ham og'riq bo'ladi. Bunday bemorga umumiy og'riqsizlantirish uchun analgin, ko'z ichi bosimini tushurish uchun pilokarpinning 1 foizli eritmasidan tez-tez tomizish kerak.So'ngra tezlik bilan statsionarga yuboriladi. Statsionarda bir tabletkadan diakarb beriladi va glitserinning suv bilan barobar eritmasidan 1 kg vaznda 1 gramm hisobidan ichiriladi

Har qanday ixtisosdagi shifokor ko’zning shikastlanishi va bunda ogrik paydo bulishi to’g’risida tushunchaga ega bulishi kerak. Chunki shikastlanishlar na fakatgina ko’zda, balki boshda va butun organizmda paydo bulishi mumkin.

Shifokor bunday xolatlarda bemorlarga to’g’ri tashxis qo’yib davolay olishlari lozim.

Shu bilan bir qatorda kuz olmasi shikastlanishi bilan kechuvchi asoratli kasalliklarini profilaktikasini ham o’tkaza olishlari kerak.

Ko'ruv a’zosi shikastlangan, kuygan va ko'zi turli patologik holatlarga uchragan odamlarga tez yordam ko'rsatuvchi shifokorlar ikki guruhga bo'linadi. **Birinchi guruhga** poliklinikada ishlovchi oftalmologlar bilan bir qatorda boshqa jami mutaxassislar (terapevt, xirurg, stomatolog. nevropatolog) va umumiy oilaviy vrachlar kiradi. Ikkinchi guruhga esa ko'z tez yordam statsionarida ishlovchi katta klinik tajribali oftalmolog va oftlamomikroxirurglar kiradi. Birinchi

guruhdagi mutaxassislar shoshilinch holatda murojaat qiladigan, koʻzi to'satdan jarohatlangan kasallarning hammasini so'zsiz qabul qilib, birinchi yordamni berishlari va u agar og'ir darajada bo'lsa, tezlik bilan transport tashkil qilib. ularni tegishli ko'z tez yordam shifoxonalariga joylashtirishlari kerak.

Oftolmologiyada tez yordam berishning yana bir muhim qismi, bu faqatgina k o ʻzning yordamchi qismlari va uning tashqi pardalarida boʻladigan o ʻtkir patologiyalarni aniqlashgina emas. balki konʼyuktivit, iridotsiklit va glaukomaning xuruji klinik simptomlarini ajrata bilish va bu kasalliklarga toʻgʻri tashxis qoʻyib. birinchi tez yordamni ham sifatli bajarishdir .

Bu farqni talabalar oftolmologiyadan mashgʻulot tsiklini oʻtgan davrlarida yaxshi aniqlab, eslab qolishlari zarur. Bu oʻrinda koʻzi ogʻrib, qizarib, yoshlanib kelgan bemorning koʻrish faoliyatiga ham ahamiyat berish kerak.

Glaukoma xurujida k o ʻzning koʻrish faoliyati pasayadi, konʼyuktivasida vena qon tomirlari kengayadi, shox parda biroz xiralashadi, qorachiq kengayadi, koʻz ichi bosimi juda baland

koʻtariladi va boshning shu yarmisida ham ogʻriq boʻladi. Bunday bemorga umumiy ogʻriqsizlantirish uchun analgin, koʻz ichi bosimini tushurish uchun pilokarpinning 1 foizli eritmasidan tez-tez tomizish kerak. Soʻngra tezlik bilan statsionarga yuboriladi. Statsionarda bir

tabletkadan diakarb beriladi va glitserinning suv bilan barobar eritmasidan 1 kg vaznda 1 gramm hisobidan ichiriladi.

Agar oʻtkir iridotsiklit bolsa, bunda perikorneal inʼektsiya boʻladi, koʻz yorugʻga qaray olmaydi, blefarospazm roʻy beradi va koʻzni ochganda oʻtkir sanchiq seziladi. Qorachiq toraygan boʻladi va koʻz ichi bosimi past boʻlishi mumkin.

Bunday bemor koʻziga qorachiqni kengaytiradigan, shu bilan bir qatorda KIBni koʻtaradigan dori - atropinning 1 foizli eritmasidan tomiziladi va koʻzni bogʻlab, buni ham statsionarga yuboriladi. Agar ilgaridan qon bosimi koʻtarilib

yurgan oʻrta yoshdagi yoki qari bemor: kozim ertalab birdaniga tosatdan kormay qoldi, deb arz qilsa, bu toʻr parda markaziy arteriyasi yoki koruv nem arteriyalaridan birining tosatdan bekilib, tosilib qolganidan darak beradi. Bunday bemorga tezlik bilan

validol, ichish uchun galidor, nikoshpan tabletkasidan berib, statsionarga yuborish zarur.

Agar bemor spirtli ichimlik deb adashib metil spirtini ichgan bolsa, unda birinchidan, uning oshqozoni qayta-qayta yuvib, chayqab tashlanadi. Songra tili ostiga validol, nitroglitserin tashlash va galidor, eutillinning tabletkasidan ichirib, atropinning 0,1 foizli eritmasidan 1,0

retrobulbor yuborish zarur.

Agar bemorda miopiyaning yuqori darajasi bolsa va u kozim tosatdan jimirlashdi va hozir narsalarningyarmini kormayapman, desa bu tor pardaning (biror zarb ostida) teshilganidan va uning oz ornidan kochganidan darak beradi. Bunday bemorni tez yordam mashinasida tegishli navbatchi koʻz tez yordam markaziga shifoxonaga yuborish zarur. Bunday baxtsiz hodisaga uchragan bemorlarga 2-bosqichdagi yordam, dori-darmon jarrohlik va tegishli choralar statsionar sharoitida beriladi. Bunday juda muhim yordamni tezlik bilan ado etish uchun ambulatoriya tez yordami kabinetlarida yuqoridagi bemorga qoʻllaniladigan dorilar doim boʻlishi va ularni

har 2 haftada bir tekshirib, yangilab turish zarur.

O’ZBEKISTON RESPUBLIKASI OLIY VA O’RTA MAXSUS TA’LIM VAZIRLIGI, SOG’LIQNI SAQLASH VAZIRLIGI ABU ALI IBN SINO NOMIDAGI BUXORO DAVLAT TIBBIYOT INSTITUTI

OTORINOLARINGOLOGIYA ONKOLOGIYA VA OFTALMOLOGIYA KAFEDRASI

“TASDIQLAYMAN”

O`quv va tarbiyaviy ishlar prorektori dots.
Jarlkasinova G.J.
«_____”2019 y

OFTALMOLOGIYA fani bo’yicha

5- kurs talabalari uchun

ISHCHI DASTUR

(2019-2020 o’quv yili)

Ta’lim shifri – 510000 «Sog’liqni saqlash»

Ta’lim yo’nalishi: 5111000 – Mutaxassislik ta’limi(5510100 -Davolash ishi)

Umumiy soat - 135 soat

Jami soat - 90 soat

Shu jumladan:

Ma’ruza - 12soat

Amaliy mashg'lot - 32 soat

Klinik mashg'ulot - 46 soat

Mustaqil ish - 45 soat

BUXORO-2019 yil

Tuzuvchilar:

1.Odilova G.R. –lor va oftalmologiya kafedrasi katta o`qituvchisi t.f.n.

2.Boboeva R.R.. – lor va oftalmologiya kafedrasi assistenti

Taqrizchilar:

1.Rajabov A.B. – «Topografik anatomiya va operativ jarrohlik» kafedrasi mudiri,t.f.n.

Kafedra mudiri: Narzullaev N.U, t.f.d, dotsent

FUK rahbari: Nurov U.I, t.f.n, dotsent

Ushbu ishchi dastur namunaviy o'quv dasturi va o'quv reja asosida «Davolash ishi» yo'nalish bo'yicha tuzilgan va Buxoro davlat tibbiyot institute markaziy uslubiy kengashida muhokama qilingan va tasdiqlangan.

Bayonnoma №_____»____»_____2019y.

Uslubchi: Jumayeva Sh .B.

KIRISh

Ushbu dasturda “Oftalmologiya” ijtimoiy klinik fan bo`lib, ko`ruv a'zosi va uning yondosh a'zolarining morfo-fiziologik xususiyatlari va patologiyasini o`rganish bilan shug`ullanadi. Ko`z olmasi va yordamchi apparati turli o`tkir va surunkali kasalliklarda tez-tez zararlanadi. Kasalliklar uzoq vaqt mehnat qobiliyatining yo`qotilishiga olib keladi. Ko`ruv a'zosining zararlanishi ko`pincha organizmning boshqa a'zo va sistemalari zararlanishi bilan birga uchraydi. Bundan ko`rinib turibdiki, tibbiyot oliy o`quv yurtlarida bo`lajak umumiy amaliyot shifokorlari (UASh) oftalmologiya asoslarini, chuqur bilishlari lozim.

Fanining maqsad va vazifalari

Amaliy oftalmologiya bo`yicha dasturning asosiy maqsadi- bo`lajak umumiy amaliyot shifokorlarni (UASh) ko`ruv a'zosining xolatini tekshirish usullarini va shu orqali organizm xolatiga baho bera olishni o`rgatish, tibbiy muassasalarda oftalmologiya fanini o`qitish metodikasini o`rgatish.

Faninng vazifalari– uni o`rganuvchilarga:

talabalarga ko`ruv a'zolarini anatomiyasi, tekshirish usullarini va ko`ruv a'zolarining vazifalarini aniqlashni o`rgatish;
bemorlarga ko`z kasalliklarida birinchi tibbiy yordam ko`rsatish va ko`z statsionariga yotqizishga korsatmalarni berishni o`rgatish;

talabalarga kon'yunktiva va qovoq kasalliklarini davolash usullarini o`rgatish (1 kategoriya xizmati);
oftalmolog konsultatsiyasiga ko`rsatmalarni o`rgatish (2kategoriya xizmatlari);
ko`z va umumiy kasalliklarda ko`ruv a'zolaridagi asoratlarni profilaktikasini o`rgatish (4 kategoriya xizmati);
surunkali kasalliklarda bemorlarni reabilitatsiya va dispanserizatsiya qilishga o`rgatish (4 kategoriya xizmati);

Fan bo`yicha talabalarning tasavvur, bilim, ko`nikma va malakalariga qo`yiladigan talablar

“Oftalmologiya” fanini o`zlashtirish jarayonida bakalavr:
Ko`ruv a'zolarining anatomiyasi;
Ko`ruv a'zolarining fiziologiyasi;
Ko`ruv a'zolariningvazifalari;
Ko`ruv a'zolarining tekshirish usullari
Ko`ruv a'zolarining kasalliklarining davolash asosiy printsiplari haqida tasavvurga ega bo`lishi;
Refraktsiya anomaliyalari diagnostikasi, davolash va profilaktikasini;
Qovoq va ko`z yosh yo`llari kasalliklari diagnostikasi, davolash va profilaktikasini;
Shox parda kasalliklari diagnostikasi, davolash va profilaktikasini;
Tomirli parda va gavxar kasalliklari diagnostikasi, davolash va profilaktikasini;
glaukoma diagnostikasi, davolash va profilaktikasini;
Ko`zning diabetik zararlanishining diagnostikasi, davolash va profilaktikasini;
presbiopiya diagnostikasi, davolash va profilaktikasini;
Ko`z jaroxatlarining diagnostikasi, davolash, birinchi yordam va profilaktikasini bilishi va ulardan foydalana olishi;
Bemorlarni so`rab surishtirish va tashqi ko`rik o`tkazish;
Ko`z va uning yordamchi apparati kasalliklari diagnostikasi;
Tўg`ri oftalmoskopiya o`tkazish;
Ko`ruv maydonini taxminiy aniqlash;
Yon boshdan yoritib tekshirish;
Rang ajratishni aniqlash;
Ko`rish o`tkirligini aniqlash;
Qovoqlarni ag`darish;

Ko`z ichki bosimini palpator aniqash;
Ko`z olmasini xarakatlanishini tekshirish;
Binokulyar va monokulyar bog`lagichni qo`yishni bilish;
Ko`zga tomchilar tomizish va malhamlar surish;
Kuyishlarda kon'yunktiva bo`shlig`ini yuvish ko`nikmalariga ega bo`lishi kerak;
oftalmopatologiya bilan kelgan bemorlarambulator kartasini to`ldirish;
statsionar sharoitda davolanayotgan bemorlar kasallik tarixini
to`ldirish(statuslocalis)
bemorlar bilan muloqotda bo`lish malakalariga ega bo`lishi kerak.

Fanning o`quv rejadagi boshqa fanlar bilan o`zaro bog`liqligi va uslubiy jihatdan uzviyligi

Oftalmologiya – klinik fan hisoblanadi. Mazkur dasturni amalga oshirish uchun talaba o`quv rejasida rejalashtirilgan klinik va tabiiy-ilmiy (otorinolaringologiya, nevrologiya, infektsion kasalliklar, endokrinologiya, ichki kasalliklar, tibbiy biologiya va genetika, odam anatomiyasi, biofizika, normal fiziologiya, bioorganik, bioanorganik va biologik kimyo) fanlardan bilim va ko`nikmalarga ega bo`lishi talab etiladi.

Fanning ilm-fan va ishlab chiqarishdagi o`rni

Tibbiyot oliy o`quv yurtlarida bo`lajak umumiy amaliyot shifokorlari (UASh) oftalmologiya asoslarini, chuqur bilishlari va asosiy ko`z kasalliklari profilaktika yo`llarini chuqur egallashi lozim. Shuning bilan birga bo`lajak shifokorlar ko`z kasalliklari bilan xastalangan bemorlarni o`z vaqtida dispanserizatsiya qila olishlari lozim.

Fanni o`qitishda zamonaviy axborot va pedagogik texnologiyalar

Talaba “Oftalmologiya” fanini o`zlashtirishda ta'limning innovatsion usullaridan foydalanishi, yangi pedagogik, axborot va internet texnologiyalarini tadbiq qilishi muhim ahamiyat kasb etadi. Fanni o`zlashtirishda o`quv-uslubiy ta'minot (darslik, o`quv va uslubiy qo`llanmalar, tarqatma materiallar)dan foydalanilish tavsiya etiladi. Ma'ruza va amaliy mashg`ulotlarda turli metod va vositalardan, xususan, aqliy hujum, klaster, amaliy ish va didaktik o`yinlar, portfolio, keys-stadi, shuningdek, kompyuter dasturlaridan (Microsoft Word, Microsoft Excel, Microsoft PowerPoint, Internet Explorer, va ?.k.) internet tizimlaridan foydalanish mumkin.

O’quv soatlari miqdori

Umumiy soat	O’quv yuklama miqdorining auditoriya mashg’ulotlari bo’yicha taqsimlanishi (soat)					Mustaqil ish
	Jami	Ma’ruza	Amaliy mashg’ulot	Klinik mashg’ulot	Laboratoriya ishlari	
135	90	12	32	46	-	45

MA’RUZALAR

Ma’ruza mashg’ulotlarining tematik rejasi

№	Mavzu	Soat
1	Ko`ruv a'zolarining klinik anatomiyasi. Ko`ruv a'zosi vazifalari	2 soat
2	Klinik refraktsiya. Akkomadatsiya. Ko`z tubi oftalmoskopiyasi	2 soat
3	Qovoq, kon'yunktiva va ko`z yosh a'zolari kasalliklari. Shox parda kasalliklari	2 soat
4	Tomirli parda va gavxar kasalliklari	2 soat
5	Glaukoma	2 soat
6	Ko`ruv a'zosi jaroxatlari	2 soat
	Jami:	12 soat

Ma’ruza materiallar mazmuni

Mavzu 1. Ko`ruv a'zolarining klinik anatomiyasi. Ko`ruv a'zosi vazifalari
Ko`z olmasi , uning himoya va yordamchi bo`limlarining tuzilishi, vazifalari, innervatsiyasi va qon bilan ta'minlanishi. Ko`ruv a'zolarining anatomo-fiziologik xususiyatlari. Ko`ruv a'zolari vazifalari va ularning tekshirish usullari:markaziy, pereferik, rang ajratish, yorug`likni sezish, binokulyar ko`rish.

Asosiy adabiyotlar 1.2.3 Qo`shimcha 1.2.5.20.

2-mavzu. Klinik refraktsiya. Akkomadatsiya. Ko`z tubi oftalmoskopiyasi.

Fizik va klinik refraktsiya. Klinik refraktsiya turlari va ularning ko`rsatkichlari, ularning yoshga nisbatan o`zgarishlari. Statistik va dinamik refraktsiya xarakteristikalari, akkomodatsiya va konvergentsiya. Refraktogenez. Emetropiya, gipermetropiya, miopiya klinikasi. Ko`z toliqishi, akkomodatsiya spazmi, ularni

davolash usullari. Miopiya. O`suvchi asoratlangan miopiya, maktab va kasb miopiyasi. O`suvchi miopiyani davolash va oldini olish.

Asosiy adabiyotlar 1.2. 3 Qo`shimcha 1.2.3.5 19.20

3-mavzu. Qovoq, kon'yunktiva va ko`z yosh a'zolari kasalliklari. Shox parda kasalliklari

Qovoqlar va yosh a'zolarining tug`ma va orttirilgan kasalliklari. Qovoqlar , yosh yo`llari tuzilishining anatomik asoslari. Tug`ma va orttirilgan qovoq kasalliklarining klinikasi va davolash. Dakriotsistit va dakrioadenitining etiologiyasi, klinikasi, asoratlari, solishtirma tashxisi va davolash printsiplari. Kon'yunktivitlar tasnifi, klinikasi, tashxisi va asoratlari(bakterial, virusli va allergik) . Profilaktika, davolash usullari.

Keratitlar tasnifi. Keratitlarning umumiy belgilari, tashxisi va davolash. Tug`ma va ortirilgan keratitlarning klinikasi va davolash usullari (shox parda yarasi, gerpetik, sil, zaxmli parenximatoz keratitlar). Davolash va oldini olish. Keratoplastika.

Asosiy adabiyotlar 1.2.3. Qo`shimcha 1.2.3.5. 9.11.19.20.

4-mavzu. Tomirli parda va gavxar kasalliklari

Tomirli pardaning tug`ma va orttirilgan kasalliklari. Endogen va ekzogen iridotsiklitlar. Orqa uveitlar ( xoreoiditlar). Iridotsiklitlarning umumiy belgilari, asoratlari, davolash va profilaktikasi. Xoreoiditlar( etioligiyasi, klinikasi, davolash). Kataraktalar:tasnifi, klinika, davolashning zamonaviy usullari.Tug`ma, orttirilgan va ikkilamchi kataraktalar. Davolash printsiplari.

Asosiy adabiyotlar 1.2.3 Qo`shimcha 1.2.4.5 11.14.19.20.

5-mavzu. Glaukoma

Tug`ma, birlamchi va ikkilamchi glaukomalar. Ko`z ichki bosimini aniqlash usulari, ko`zning drenaj sistemasi. Glaukomaning boshlang`ich belgilarini aniqlash. Birlamchi ochiq burchakli va yopiq burchakli glaukomalarning kasallik

bosqichlariga ko`ra klinikasi. Glaukomaning o`tkir xuruji, birinchi yordami. Differentsial tashxislash. Birlamchi glaukomaning medikamentoz va jarrohlik yo`li bilan davolash. Ikkilamchi glaukomaga olib keluvchi kasalliklar, ularni davolash. Tug`ma glaukoma (gidroftalm), etiopatogenez. Tug`ma va bolalar glaukomasining tasnifi. Erta diagnostikasi, differentsial diagnostika (shox pardaning tug`ma xiraligi, parenximatoz keratit, iridotsiklit, megalokornea). Tug`ma glaukomani davolash. Erta tashxislash va profilaktika

Asosiy adabiyotlar 1.2.3 Qo`shimcha 1.2.3.4.511.16.17.19.20.

6-mavzu. Ko`ruv a'zosi jarohatlari

Ko`z jarohatlprining kelib chiqishi, shakli, joylashgan o`rni, asoratlari va og`irlik darajasiga ko`ra tasnifi. Kontuziyalar, ularning og`irlik darajasi va asoratlariga ko`ra xarakteristikasi, birinchi tibbiy yordam, UASh taktikasi, davolash printsiplari, oqibatlari, dispanserizatsiya. Ko`zni teshib kiruvchi jaroxatlarning kardinal belgilari, birinchi tibbiy yordam, malakali yordam ko`rsatish printsiplari. Simpatik yallig`lanish, etiopatogenez, yuzaga chiqish muddatlari, profilaktikasi va davolash. Ko`ruv nervi, orbita va suyaklar jaroxatlanishi simptomatikasi. Ko`z kosasining qo`shma jaroxatlari, birinchi tibbiy yordam, malakali yordam printsiplari. Kuyishlarning uchrashi va sabablari. Kislota, ishqor, nurdan kuyishlarining o`ziga xos xususiyatlari, davolash printsiplari**.**

Asosiy adabiyotlar 1.2.3 Qo`shimcha 1.2.5.67.8.19.20.

AMALIY MASHGULOTLAR

AMALIY MASHGULOTLARNING TEMATIK REJALARI

№	Mavzu	Amaliy mashg'ulot	Klinik mashg'ulot	Hammasi

1	Ko`ruv a'zolarining klinik anatomiyasi. Ko`ruv nervi yo`li anatomiyasi	**2**	**2**	**4**
2	Ko`ruv a'zolarining klinik anatomiyasi ko`z yordamchi apparati anatomiyasi	**2**	**2**	**4**
3	Ko`ruv organlarining funktsiyalari.	**2**	**2**	**4**
4	Akkomodatsiya ,presbiopiya	**2**	**2**	**4**
5	O`suvchi asoratlangan miopiya, maktab miopiyasi, profilaktikasi va davolash	**2**	**2**	**4**
6	Qovoq kasalliklari**.** Klinikasi davolash(nerv mushshak apparati kasalliklari)	**2**	**2**	**4**
7	Konyuktiva kasalliklari klinikasi davolash usullari (infektsion konyuktivitlar)	**2**	**4**	**6**
8	Ko`z yosh a'zolari kasalliklari klinika, davolash (tug`ma kasalliklari)	**2**	**4**	**6**
9	Shox parda kasalliklari klinikasi, davolash (infektsion kasalliklar)	**2**	**4**	**6**
10	Tomirli parda kasalliklari (orqa uveitlar)	**2**	**4**	**6**
11	Gavxar kasalliklari (asoratlangan katarakta)	**2**	**4**	**6**
12	Glaukoma (tugma glaukoma, etiologiyasi, belgilari, erta	**2**	**4**	**6**

	tashxislash)			
13	Ikkilamchi glaukoma	**2**	**4**	**6**
14	Ko`z jarohatlari (kuyishlar)	**3**	**3**	**6**
15	Ko`rish a'zosi jaroxatlari (shoshilinch holatlarda birinchi yordam)	**3**	**3**	**6**
	Jami :	**32 soat**	**46soat**	**78soat**

5. 2 AMALIY MASHG'ULOTLARNING MAZMUNI

Amaliy mashgulot 1.Ko`ruv a'zolarining klinik anatomiyasi. Ko`ruv nervi yo`li anatomiyasi

Ko`rish analizatorining yo`llari, umumiy tuzilishi, yoshiga qarab o`zgarishi, tiniq muxitlari, uchta qavati, qo`shimcha qismlari, qon bilan ta`minlanishi. Tarzoorbital va tenon kapsulalari. Ko`ruv markazi, po`stloq osti markazlari, ko`z olmasi mushaklari, ularning innervatsiyasi va vazifalari.

Interaktiv usul singuain usuli

Ijodiy ish bo`ib, qisqa qofiyalanmagan 5 qatorli she'r, singuain tayyorlash talablarida fikrlashni rivojlantiradi. Singuain tayyorlashda

1-qatorda- birta ot singuain ni asosiy mavzusini belgilaydi

2- qator- ikkita sifat, asosiy mavzuni xususiyatini ko`rsatadi

3-qator 3 ta fe'l mavzu doirasidagi so`zlardan iborat.

4-qator to`rtta so`zdan iborat jumla, ma'noga ega bo`lishi kerak

5-qator 1 ta so`z bo`lib, birinchi qatordagi so`z sinonimii yoki shu so`zga bogliq bo`gan so`z.

Asosiy adabiyotlar 1.2. 3 Qo`shimcha 1.2.5.19.20.

Amaliy mashgulot 2 Ko`ruv a'zolarining klinik anatomiyasi ko`z yordamchi apparati anatomiyasi Ko`z yoshi yo`llari anatomiyasi, qovoq va konyuktiva anatomiyasi, orbita anatomik tuzilishi, ko`z mushak apparati anatomiyasi .

Interaktiv usul insident usuli Bu usulda talabalarga mavzuga doir vaziyatli masala va savollar beriladi

Asosiy adabiyotlar 1.2. 3 Qo`shimcha 1.2.5.19.20.

Amaliy mashgulot 3 Ko`ruv organlarining funktsiyalari..

Markaziy ko`rish funktsiyasi, binokulyar ko`rish funktsiyasi, rang ajratish funktsiyasi,yoruglikni sezish funktsiyasi, periferik ko`rish funktsiyasi

Interaktiv usul Assesment usuli inglizcha so`z bo`lib, baxolash ma'nosini bildiradi. Mazkur metod ta'lim oluvchining bilim darajasini baxolash, nazorat qilish, o`zlashtirish ko`rsatkichi va amaliy ko`nikmalarni tekshirishga yo`naltirilgan.4 qismdan iborat

1.test

2.muammoli vaziyat

3.belgilar (mavzuga doir)

4.amaliy ko`nikmalar.

Asosiy adabiyotlar 1.2. 3 Qo`shimcha 1.2.5.19.20.

Amaliy mashgulot 4 Akkomodatsiya ,presbiopiya

Fiziologik optika asoslari akkomadatsiya, presbiopiya donders sxemasi, ko`z oynak tanlash. Akkomadatsiya va konvergentsiya. Ko`z toliqishi, akkomadatsiya spazmi, ularni davolash usullari.

Interaktiv usul Assesment usuli inglizcha so`z bo`lib, baxolash ma'nosini bildiradi. Mazkur metod ta'lim oluvchining bilim darajasini baxolash, nazorat qilish, o`zlashtirish ko`rsatkichi va amaliy ko`nikmalarni tekshirishga yo`naltirilgan.4 qismdan iborat

1.test

2.muammoli vaziyat

3.belgilar (mavzuga doir)

4.amaliy ko`nikmalar.

Asosiy adabiyotlar 1.2. 3 Qo`shimcha 1. 2.4.5.19.20

Amaliy mashgulot 5 O`suvchi asoratlangan miopiya, maktab miopiyasi, profilaktikasi va davolash

O`suvchi miopiya klinikasi, erta aniqlash, profilaktika va davolash, dispanserizatsiya. Miopiya asoratlari

Interaktiv usul SWOT taxlili

Mavjud nazariy bilim va amaliy tajribalarni taxlil qilish, taqqoslash orqali muammoni xal qilish yo`llarini topishga,bilimlarni mustaxkamlash, takrorlash, baxolash, mustaqil tanqidiy fikrlash, nostandart tafakurni shakllantirishga xizmat qiladi. Bu taxlil orqali talaba biror bir usulning kuchli va kuchsiz tomonlarini, imkoniyat va xavf-to`siq tomonlarini taxlil qiladi.

Asosiy adabiyotlar 1.2. 3 Qo`shimcha 1. 2.5.11.19.20

Amaliy mashgulot 6 Qovoq kasalliklari. Klinikasi davolash(nerv mushshak apparati kasalliklari)

Qovoq patologiyasi, tugma va orttirilgan , ekzogen, o`tkir, surunkali, allergik, distrofik o`zgarishlar . Mikulich kasalligi, teri osti yog` bezlarining yo`qligi, uning tugma va orttirilgan patologiyalari ptoz, lagoftal'm, davolash usullari, konservativ va xirurgik usullari.

Interaktiv usul Assesment usuli inglizcha so`z bo'lib, baxolash manosini bildiradi. Mazkur metod talim oluvchining bilim darajasini baxolash, nazorat qilish, o'zlashtirish ko'rsatkichi va amaliy ko'nikmalarni tekshirishga yo'naltirilgan.4 qismdan iborat

1.test

2.muammoli vaziyat

3.belgilar (mavzuga doir)

4.amaliy ko'nikmalar.

Asosiy adabiyotlar 1.2. 3 Qo`shimcha 1.2.6 19.20.

Amaliy mashgulot 7. Konyuktiva kasalliklari klinikasi davolash usullari (infektsion konyuktivitlar)

O`tkir yiringli konyuktivit, surunkali konyuktivit. klinik kechishi, differentsial diagnostikasi va davolash usullari.

Interaktiv usul Assesment usuli inglizcha so`z bo`lib, baxolash ma'nosini bildiradi. Mazkur metod ta'lim oluvchining bilim darajasini baxolash, nazorat qilish, o`zlashtirish ko`rsatkichi va amaliy ko`nikmalarni tekshirishga yo`naltirilgan.4 qismdan iborat

1.test

2.muammoli vaziyat

3.belgilar (mavzuga doir)

4.amaliy ko`nikmalar.

Asosiy adabiyotlar 1.2. 3 Qo`shimcha 1.2.5.9.19.20

Amaliy mashgulot 8 Ko`z yosh a'zolari kasalliklari klinika, davolash (tug`ma kasalliklari)

Ko`z yoshi patologiyalari,  tug`ma dakriosistitlar, zond sinamalari, ko`z yosh yo`llarini yuvish usullari, lor bilan bog`liqligi, operatsiyalarning turlari.

Interaktiv usul singuain usuli

Ijodiy ish bo’lib, qisqa qofiyalanmagan 5 qatorli she'r, singuain tayyorlash talablarida fikrlashni rivojlantiradi. Singuain tayyorlashda

1-qatorda- birta ot singuain ni asosiy mavzusini belgilaydi

2- qator- ikkita sifat, asosiy mavzuni xususiyatini ko`rsatadi

3-qator 3 ta fe'l mavzu doirasidagi so’zlardan iborat.

4-qator to’rtta so’zdan iborat jumla, ma'noga ega bo’lishi kerak

5-qator 1 ta so’z bo’lib, birinchi qatordagi so’z sinonimi yoki shu so’zga bog’liq bo’lgan so’z.

Asosiy adabiyotlar 1.2.3 Qo`shimcha 1.2.4.5. 9.19.20.

Amaliy mashgulot 9 Shox parda kasalliklari klinikasi, davolash (infektsion kasalliklar)

Shox parda tug’ma kasalliklari (oilaviy, nasliy distrofiyalar, keratomalyatsiya). eroziya, sirpa-nuvchi yaralar, Ekzogen, endogen keratitlar, diagnostika, bel'mo turlari, davolash usullari

Interaktiv usul singuain usuli

Ijodiy ish bo’lib, qisqa qofiyalanmagan 5 qatorli she'r, singuain tayyorlash talablarida fikrlashni rivojlantiradi. Singuain tayyorlashda

1-qatorda- birta ot singuain ni asosiy mavzusini belgilaydi

2- qator- ikkita sifat, asosiy mavzuni xususiyatini ko`rsatadi

3-qator 3 ta fe'l mavzu doirasidagi so’zlardan iborat.

4-qator to’rtta so’zdan iborat jumla, ma'noga ega bo’lishi kerak

5-qator 1 ta so’z bo’lib, birinchi qatordagi so’z sinonimi yoki shu so’zga bog’liq bo’lgan so’z.

Asosiy adabiyotlar 1.2. 3 Qo`shimcha 1.2.5 8.10.19.20.

Amaliy mashgulot 10. Tomirli parda kasalliklari (orqa uveitlar)

Xorioideya anatomiyasi. Tug`ma va ortirilgan kasalliklari. Tomirli qavat distrofik kasalliklari. Differentsial diagnostikasi va davolash usullari.

Interaktiv usul Assesment usuli inglizcha so’z bo’lib, baxolash manosini bildiradi. Mazkur metod talim oluvchining bilim darajasini baxolash, nazorat qilish, o’zlashtirish ko’rsatkichi va amaliy ko’nikmalarni tekshirishga yo’naltirilgan.4 qismdan iborat

1.test

2.muammoli vaziyat

3.belgilar (mavzuga doir)

4.amaliy ko’nikmalar

Asosiy adabiyotlar 1.2.3 Qo`shimcha 1.2.3.4.5.19.20.

Amaliy mashg’ulot 11 Gavxar kasalliklari (asoratlangan katarakta)

Asoratli katarakta, nur kataraktasi, shikastlanish kataraktasi, morgan kataraktasi klinikasi, differentsial diagnostikasi va davolash usullari

Interaktiv usul SWOT taxlili

Mavjud nazariy bilim va amaliy tajribalarni taxlil qilish, taqqoslash orqali muammoni hal qilish yo`llarini topishga,bilimlarni mustaxkamlash, takrorlash, baxolash, mustaqil tanqidiy fikrlash, nostandart tafakurni shakllantirishga xizmat

qiladi. Bu taxlil orqali talaba biror bir usulning kuchli va kuchsiz tomonlarini, imkoniyat va xavf-to’siq tomonlarini taxlil qiladi.

Asosiy adabiyotlar 1.2.3 Qo`shimcha 1.2.3.4.5.12.14.1517.19.20.

Amaliy mashg’ulot 12. Glaukoma (tugma glaukoma, etiologiyasi, belgilari, erta tashxislash)

Ko`zning ichki bosimi, tekshirish usullari . Goniaskopiya axamiyati, biomikroskopiya, perimetriya tug`ma glaukomalar, etiologiyasi, belgilari, erta tashxislash .

Interaktiv usul Assesment usuli inglizcha so’z bo’lib, baxolash manosini bildiradi. Mazkur metod talim oluvchining bilim darajasini baxolash, nazorat qilish, o’zlashtirish ko’rsatkichi va amaliy ko’nikmalarni tekshirishga yo’naltirilgan.4 qismdan iborat

1.test

2.muammoli vaziyat

3.belgilar (mavzuga doir)

4.amaliy ko’nikmalar

Asosiy adabiyotlar 1.2. 3 Qo`shimcha 1.2.3.4.5.16.19.20

Amaliy mashg’ulot 13 Ikilamchi glaukoma .

ikkilamchi ochiq va yopiq burchakli glaukomalar, ko`rish maydonini burun tomonidan qisqarishi axamiyati

Interaktiv usul Assesment usuli inglizcha so’z bo’lib, baxolash manosini bildiradi. Mazkur metod talim oluvchining bilim darajasini baxolash, nazorat qilish, o’zlashtirish ko’rsatkichi va amaliy ko’nikmalarni tekshirishga yo’naltirilgan.4 qismdan iborat

1.test

2.muammoli vaziyat

3.belgilar (mavzuga doir)

4.amaliy ko’nikmalar

Asosiy adabiyotlar 1.2. 3 Qo`shimcha 1.2.3.4.5.16.19.20

Amaliy mashgulot 14. Ko`z jarohatlari (kuyishlar)

ko’zning kuyishlari, ularning og’irlik darajasi va asoratlariga ko’ra xarakteristikasi, birinchi tibbiy yordam, davolash usullari, oqibati, dispanserizatsiya.

Interaktiv usul Assesment usuli inglizcha so’z bo’lib, baxolash manosini bildiradi. Mazkur metod talim oluvchining bilim darajasini baxolash, nazorat qilish, o’zlashtirish ko’rsatkichi va amaliy ko’nikmalarni tekshirishga yo’naltirilgan.4 qismdan iborat

1.test

2.muammoli vaziyat

3.belgilar (mavzuga doir)

4.amaliy ko’nikmalar

Asosiy adabiyotlar 1.2.3 Qo`shimcha 1.2.3.4.5.6.7 19.20.

Amaliy mashgulot 15 Ko`rish a'zosi jaroxatlari (shoshilinch holatlarda birinchi yordam)

Ko’z shikastlanishlarining kelib chiqishi, turlari, asoratlari, og’irlik darajasiga ko’ra tasnifi, Kontuziyalar, ularning og’irlik darajasi va asoratlariga ko’ra xarakteristikasi, birinchi tibbiy yordam, davolash usullari, oqibati, dispanserizatsiya

Interaktiv usul singuain usuli

Ijodiy ish bo’lib, qisqa qofiyalanmagan 5 qatorli she'r, singuain tayyorlash talablarida fikrlashni rivojlantiradi. Singuain tayyorlashda

1-qatorda- birta ot singuain ni asosiy mavzusini belgilaydi

2- qator- ikkita sifat, asosiy mavzuni xususiyatini kursatadi

3-qator 3 ta fe'l mavzu doirasidagi so’zlardan iborat.

4-qator to’rtta so’zdan iborat jumla, ma'noga ega bo’lishi kerak

5-qator 1 ta so’z bo’lib, birinchi qatordagi so’z sinonimi yoki shu so’zga bog’liq bo’lgan so’z.

Asosiy adabiyotlar 1.2.3 Qo`shimcha 1.2.3.4.5.6.7 19.20.

Amaliy mashg`ulotlarni tashkil etish bo`yicha tavsiyalar

Amaliy mashg`ulotlarini tashkil etish yuzasidan kafedra tomonidan ko`rsatma va tavsiyalar ishlab chiqiladi. Unda talabalar asosiy ma'ruza mavzulari bo`yicha olgan bilim va ko`nikmalarini amaliy masalalar, keyslar orqali yanada boyitadilar. Shuningdek, darslik va o`quv qo`llanmalar asosida talabalar bilimlarini mustahkamlashga erishish, tarqatma materiallardan foydalanish, ilmiy maqolalar va tezislarni chop etish orqali talabalar bilimini oshirish, masalalar echish, mavzular bo`yicha taqdimotlar va ko`rgazmali qurollar tayyorlash, normativ-huquqiy hujjatlardan foydalanish va boshqalar tavsiya etiladi.

Klinik mashgulot

№	Mavzu nomi	соати
1	Ko`rish o`tkirligini aniqlash, To`g`ri oftalmoskopiya o`tkazish	2
2	Biomikroskopiya, oftalmoskopiya	2
3	Yorug`likni sezishni aniqlash. Rang ajratishni aniqlash. Binokulyar ko`rishni tekshirish usuli. Yon tomondan yoritib tekshirish. Pereferik ko`ishni aniqlash	2
4	Kuz oynak tanlash, skiaskopiya, refraktometriya	2
5	Skiaskopiya, oftalmoskopiya,	2
6	Yuqori va pastki qovoqlarni ag`darish	2
7	Ko`zga tomchilar tomizish va malxamlar surtish. Konyuktivadan yot jismni olib tashlash Konyuktiva bushlig`ini yuvish	4
8	Kuz yosh yullarini yuvish, kuz yosh yullarini yuvmasdan turib utuvchanligini aniklash	4
9	Shox pardadan yot jismni olish, shox parda sezuvchanligini aniklash	4
10	Oftalmoskopiya, biomikroskopiya	4
11	Utuvchi nur bilan tekshirish, biomikroskopiya, oftalmoskopiya	4
12	Tanometriya, perimetriya,	4
13	Kuz ichi bosimini palpator aniklash	4
14	Binokulyar va monokulyar bog`am qo`yish	3
15	UZI.KT.	3

Mustaqil talimni tashkil etishning shakli va mazmuni

Mustaqil ta'lim quyidagi shakllarda tashkil etiladi:

maxsus adabiyotlar bo`yicha fanlar bo`limlari yoki mavzulari ustida ishlash;

talabaning o`quv-ilmiy-tadqiqot ishlarini bajarishi bilan bog`liq bo`lgan fanlar bo`limlari va mavzularni chuqur o`rganish;

mavzular bo`yicha referat tayyorlash;

seminar va amaliy mashg`ulotlarga tayyorgarlik ko`rish;

ilmiy maqola va tezislarni tayyorlash;

fanning dolzarb muammolarini qamrab oluvchi loyihalar tayyorlash;

nazariy bilimlarni amaliyotda ?qo`llash;

amaliyotdagi mavjud muammolarning echimini topish;

o`rganilayotgan mavzu bo`yicha asosiy ilmiy adabiyotlarga annotatsiya yozish va boshqalar.

Ta'lim jarayonida innovatsion texnologiyalarni, o`qitishning interfaol usullarini qo`llash talaba tomondan mustaqil tanlanadi. Talabalarning mustaqil ta'limini tashkil etish tizimli tarzda, ya'ni uzluksiz va uzviy ravishda amalga oshiriladi. Talaba olgan nazariy bilimini mustahkamlash, shu bilan birga navbatdagi yangi mavzuni puxta o`zlashtirishi uchun mustaqil ravishda tayyorgarlik ko`rishi kerak.

Mustaqil ish mavzusi.

№	Mavzu	Soat	Mustaqil ish shakli
1	Oftalmologiyada zamonaviy tekshirish usullari	3	Multimediya. yozma hisobot referat. kasallik tarixi yozish

2	Ko`ruv a'zosining allergik kasalliklari. Ko`ruv a'zosining kuyishi	3	Yozma hisobot referat. kasallik tarixi yozish
3	Glaukomaning zamonaviy konservativ va xirurgik davolash usullari	3	Yozma hisobot referat. kasallik tarixi yozish
4	Kataraktaning zamonaviy konservativ va xirurgik davolash usullari	3	Yozma hisobot referat. kasallik tarixi yozish
5	Ko`ruv a'zosining o`smalari Umumuy kasalliklarda ko`ruv a'zosining o`zgarishi	3	Yozma hisobot referat. kasallik tarixi yozish
6	Shoshilinch holatlar	3	Yozma hisobot referat. kasallik tarixi yozish
7	Traxoma (etiologiya, tasnifi, asoratlar, oqibati va zamonaviy davolash printsiplari)	3	Multimediya. yozma hisobot referat. kasallik tarixi yozish
8	Noaniq etiologiyali keratitlar	3	Yozma hisobot referat. kasallik tarixi yozish
9	VICh infektsiyasi chaqirgan episkleritlar, uveitlar	3	Yozma hisobot referat. kasallik tarixi yozish
10	Normal KIBli glaukoma	3	Yozma hisobot referat. kasallik tarixi yozish
11	Yuvenil va o`smirlik glaukomalar (diagnostika va zamonaviy davolash usullari)	3	Yozma hisobot referat. kasallik tarixi yozish
12	Ko`z yosh qopchasi flegmonasi (QVP sharoitida UASh taktikasi)	3	Yozma hisobot referat. kasallik tarixi yozish
13	Anizometropiya, ambliopiya. Korrektsiyaning zamonaviy usullari	3	Yozma hisobot referat. kasallik tarixi yozish
14	G`ilaylik. Korrektsiyaning	3	Yozma hisobot referat. kasallik

	zamonaviy usullari		tarixi yozish
15	Endoftalmit. Panoftalmit (etiologiya, diagnostika va davolash usullari).	3	Yozma hisobot referat. kasallik tarixi yozish
	Jami	**45s**	

Foydalaniladigan adabiyotlar ro`yxati

Asosiy darsliklar:

1.Eroshevskiy T.I., Bochkareva A.I. “Glazno`e bolezni”, 1989g., 263s.

2.Xamidova M.X. “Ko`z kasalliklari”, 1996 y.,334 s.

3.“Ko`z kasalliklari”, Hamidova M.H., Boltaeva Z.K., 2006, 304 s.

Qo`shimcha adabiyotlar

1.Jek J. Kanskiy “Oftalmologiya sistemali yondoshish”, 1999 y.

2.Jek J. Kanskiy “Oftalmologiya sistemali yondoshish” Atlas , 1999y.

3.Astaxov Yu.S. “Glazno`e bolezni”, spravochnoe posobie, 2004 g.

4.Bagirov N.A. Problemo` kataraktogeneza (obzor literaturo`) G`G` Oftalmologicheskiy jurn. – 2000. - №6. – s.98-102.

5.Glazno`e bolezni: UchebnikG` Pod red. V.G. Kopaevoy – M.: “Meditsina”,

2002. – 560s.

6.Gundorova R.A. “Travmo` glaza”, Moskva, 2009g.

7.Gustov A.V., Sigrianskiy K.I., Stolyarova J.P., “Prakticheskaya neyrooftalmologiya”,Nijniy Novgorod, 2003 g.

8.Egorov E.A., Stavitskaya T.V., Tutaeva E.S., “Oftalmologicheskie proyavleniya obhix zabolevaniy”, Moskva 2009 g.

9.Egorov E.A., Muratova N.V. “Allergicheskie zabolevaniya glaz” Spravochnoe rukovodstvo, Moskva 1998 g.

10.Kasimov E.M., Tagibekov K.G., “Oftalmologicheskaya differentsialno-diagnosticheskaya simptomatika”, Baku. 2010 g.

11.Korovenkov R.I., “Spravochnik po oftalmologicheskoy semiologii”, S.-Peterburg 1999 g.

12.Maltsev E.V., Pavlyuchenko K.P. Biologicheskie osobennosti i zabolevaniya xrustalika. – Odessa: “Astroprint”, 2002. – 448s.

13.Morozov V.I., Yakovlev A.A., “Farmakoterapiya glazno`x bolezney”, Moskva, 2004 g.

14.Pivin E.A., Sosnovskiy V.V. Xirurgiya zrachkovo`x membran razlichnoy etiologii G`G` Vestnik oftalmologii – 2004. - №6. – s.43-46.

15.Polunin G.S., Sheremet N.L., Karpova O.E. Katarakta. – Meditsinskaya gazeta. – 2006. - №22. – s.8-9.

16.Flammer Dj., “Glaukoma”, 2012, Tashkent, 425 s.

17.Shkarlova S.I. Glaukoma i katarakta. Seriya “Meditsina dlya vas”. Rostov nG`D: Feniks, 2001. – 192s.

18.Doljitch P.N. “Eye diseases in the form of questions and answers”, 2003.

19. Jack J. Kanski, G`Clinical Ophthalmology. A systematic Approach. AtlasG`”Butterwort Heineman”, Oxford, UK 2005, 372 p.

20.Jack J. Kanski, G`Clinical Ophthalmology. A systematic Approach.G`"Butterwort Heineman", Oxford, UK 2005, 404 p.

21.Jimmy D.Bartlett, Richard G. Fiscellaet all. "Ophthalmic druc facts", 2000.

Internet saytlar:

1. www.eyeworld.com
2. www.ziyonet.uz
3. www.minzdrav.uz
4. www.aaojournal.org
5. www.bjo.bmj.com
6. www.emedicine.medscape.com>ophthalmology
7. bsmi.uz

ABU ALI IBN SINO NOMIDAGI BUXORO DAVLAT TIBBIYOT INSTITUTI

OTORINOLORINGOLOGIYA ONKOLOGIYA VA OFTALMOLOGIYA KAFEDRASI

5- kurs talabalari uchun

Oftalmologiya fanidan

KALENDAR TAQVIMIY REJA

BUXORO-2019 yil

Oftalmologiya fanidan kalendar taqvimiy reja LOR va Oftalmologiya kafedrasida tuzildi.

Mashxulotlar va nazorat tarkibi.

Oftalmologiya fanidan kalendar taqvimiy reja 2019 yil 27.03 № 8 son buyrug`i asosida tasdiqlangan namunaviy dastur asosida tuzildi Oftalmologiya fanidan kalendar taqvimiy reja LOR va Oftalmologiya kafedrasining yigilishida muhokama qilindi

Yigilish bayoni : № 2019y.

Kafedra mudiri : _____ t.f.d.dost. Narzullaev N. U.

Fanlararo uslubiy kengashda tasdiqlandi №_____ 2019 yil.

Markaziy o`quv- uslubiy

kengashda tasdiqlandi: №____ _____ 2019 yil

Institut uslubchisi: _____ 2019 yil

Oftalmologiya fanidan ma’ruzaning taqvimiy kalendar rejasi

№	Mavzu	Soat	sana	fanlararo va fan ichidagi bogliqlik	Ta’lim vosita-lari	Foydala-nadigan adabiyot-lar
1	Oftalmologiya tarixirivojlanishi. Refraktsiya buzilishlari va gavxar kasalliklari	2s		otorinoloringologiya ,nevrologiya, infeksion kasalliklar, endokrinologiya, ichki kasalliklar, odam anatomiyasi, biofizika, normal fiziologiya	Plakatlar,mulyaj, atlas, kuz modeli multimediya	Hamidova M.H., Boltaeva Z.K.Ko’z kasalliklari. Darslik. –Toshkent. ZAR-QALAM. 2006 й. 2.Xamidova M.X., Boltaeva Z.K. Ko`z kasalliklari. Darslik. – Toshkent. Abu Ali ibn Sino. 1996 y

2	Ko`ruv a'zosi oldingi segmenti kasalliklari	2s		otorinoloringologiya, nevrologiya, infeksion kasalliklar, endokrinologiya, ichki kasalliklar, odam anatomiyasi, biofizika, normal fiziologiya	Plakatlar,mulyaj, atlas, kuz modeli multimediya	Hamidova M.H., Boltaeva Z.K.Ko'z kasalliklari. Darslik. –Toshkent. ZAR-QALAM. 2006 й. 2.Xamidova M.X., Boltaeva Z.K. Ko`z kasalliklari. Darslik. – Toshkent. Abu Ali ibn Sino. 1996 y
3	Ko`z olmasi oqsil va tomirli parda kasalliklari	2 s		otorinoloringologiya, nevrologiya, infeksion kasalliklar, endokrinologiya, ichki kasalliklar, odam anatomiyasi, biofizika, normal fiziologiya	Plakatlar,mulyaj, atlas, kuz modeli multimediya	Hamidova M.H., Boltaeva Z.K.Ko'z kasalliklari. Darslik. –Toshkent. ZAR-QALAM. 2006 й. 2.Xamidova M.X., Boltaeva Z.K. Ko`z kasalliklari. Darslik. – Toshkent. Abu Ali ibn Sino. 1996 y
4	Umumiy kasalliklarda ko'z tubini o'zgarishi	2s		otorinoloringologiya, nevrologiya, infeksion kasalliklar, endokrinologiya, ichki kasalliklar, odam anatomiyasi, biofizika, normal fiziologiya	mulyaj, atlas, kuz modeli multimediya	Hamidova M.H., Boltaeva Z.K.Ko'z kasalliklari. Darslik. –Toshkent. ZAR-QALAM. 2006 й. 2.Xamidova M.X., Boltaeva Z.K. Ko`z kasalliklari. Darslik. – Toshkent. Abu Ali ibn Sino. 1996 y
5	Glaukoma	2s		otorinoloringologiya, nevrologiya, infeksion kasalliklar,	Plakatlar,mulyaj, atlas, kuz modeli	Hamidova M.H., Boltaeva Z.K.Ko'z kasalliklari. Darslik. –Toshkent. ZAR-

				endokrinologiya, ichki kasalliklar, odam anatomiyasi, biofizika, normal fiziologiya	multimediya	QALAM. 2006 й. 2.Xamidova M.X., Boltaeva Z.K. Ko`z kasalliklari. Darslik. – Toshkent. Abu Ali ibn Sino. 1996 y
6	Ko`ruv a'zosi jaroxatlari	2s		otorinoloringologiya, nevrologiya, infeksion kasalliklar, endokrinologiya, ichki kasalliklar, odam anatomiyasi, biofizika, normal fiziologiya	Plakatlar,mulyaj, atlas, kuz modeli multimediya	Hamidova M.H., Boltaeva Z.K.Ko'z kasalliklari. Darslik. –Toshkent. ZAR-QALAM. 2006 й. 2.Xamidova M.X., Boltaeva Z.K. Ko`z kasalliklari. Darslik. – Toshkent. Abu Ali ibn Sino. 1996 y

Oftalmologiya fanidan amaliy mashғulotning taqvimiy kalendar rejasi

№	**Mavzu**	**soat**	**Sana**	**fanlararo vafan ichidagi bogliqli**	**Ta'lim metodlari**	**Ta'lim vositalari**	**Foydalanadigan adabiyotlar**	**Mustaqil ish topshi-riqlari**

				k				
1	Ko`ruv a'zolarining klinik anatomiyasi	2s		otorinolo ringologi ya, nevrolog iya, infeksion kasallikl ar, endokrin ologiya, ichki kasallikl ar, odam anatomiy asi, biofizika , normal fiziologi ya	singuain usuli	Plakat lar,mu lyaj, atlas, kuz model i multi mediy a	Hamidova M.H., Boltaeva Z.K.Ko'z kasalliklari. Darslik. – Toshkent. ZAR-QALAM. 2006 й. Xamidova M.X., Boltaeva Z.K. Ko`z kasalliklari. Darslik. – Toshkent. Abu Ali ibn Sino. 1996 y	Oftalmo logiyada zamona viy tekshiris h usullari .Kuruv a'zosini ng allergik kasallikl ari
2	Ko`ruv a'zosining faoliyati	2s		otorinolo ringologi ya, nevrolog iya, infeksion kasallikl ar, endokrin ologiya, ichki kasallikl	insident usuli	Plakat lar,mu lyaj, atlas, kuz model i multi mediy a	Hamidova M.H., Boltaeva Z.K.Ko'z kasalliklari. Darslik. – Toshkent. ZAR-QALAM. 2006 й. Xamidova M.X., Boltaeva Z.K. Ko`z kasalliklari. Darslik. – Toshkent. Abu Ali ibn Sino. 1996 y	Glauko mani zamona viy konserv ativ va xirurgik davolas h usullari. Katarakt ani

				ar, odam anatomiyasi, biofizika, normal fiziologiya				zamonaviy konservativ va xirurgik davolash usullari
3	Ko`ruv a'zosini tekshirish usullari	2s		otorinolaringologiya, nevrologiya, infeksion kasalliklar, endokrinologiya, ichki kasalliklar, odam anatomiyasi, biofizika, normal fiziologiya	Assesment usuli	Plakatlar,mulyaj, atlas, kuz model imultimediya	Hamidova M.H., Boltaeva Z.K.Ko'z kasalliklari. Darslik. – Toshkent. ZAR-QALAM. 2006 й. Xamidova M.X., Boltaeva Z.K. Ko`z kasalliklari. Darslik. – Toshkent. Abu Ali ibn Sino. 1996 y	Ko`ruv a'zosining o`smalari. Oftalmologiyada shoshilinch holatlar
4	Refraktsiya	2s		otorinolaringologiya, nevrologiya,	Assesment usuli	Plakatlar,mulyaj, atlas, kuz	Hamidova M.H., Boltaeva Z.K.Ko'z kasalliklari. Darslik. – Toshkent. ZAR-QALAM. 2006 й. Xamidova M.X.,	LASIK amliyoti. Zamonaviy

				infeksion kasalliklar, endokrinologiya, ichki kasalliklar, odam anatomiyasi, biofizika, normal fiziologiya		model imulti mediya	Boltaeva Z.K. Ko`z kasalliklari. Darslik. – Toshkent. Abu Ali ibn Sino. 1996 y	kontaktli korrektsiya
5	Akkomadatsiya .	2s		otorinolo ringologiya, nevrologiya, infeksion kasalliklar, endokrinologiya, ichki kasalliklar, odam anatomiyasi, biofizika, normal fiziologi	SWOT taxlili	Plakatlar,mulyaj, atlas, kuz model imulti mediya	Hamidova M.H., Boltaeva Z.K.Ko'z kasalliklari. Darslik. – Toshkent. ZAR-QALAM. 2006 й. Xamidova M.X., Boltaeva Z.K. Ko`z kasalliklari. Darslik. – Toshkent. Abu Ali ibn Sino. 1996 y	Miopiyali homiladorlarning skrining manitoringi va tug`dirish taktikasi. Bolalarda refraktsiya rivojlanishini o`ziga xosligi

				ya				
6	Qovoq va ko`z yosh a'zolari kasalliklari**.**	2s		otorinolo ringologi ya, nevrolog iya, infeksion kasallikl ar, endokrin ologiya, ichki kasallikl ar, odam anatomiy asi, biofizika , normal fiziologi ya	Assesm ent usuli	Plakat lar,mu lyaj, atlas, kuz model imulti mediy a	Hamidova M.H., Boltaeva Z.K.Ko'z kasalliklari. Darslik. – Toshkent. ZAR-QALAM. 2006 й. Xamidova M.X., Boltaeva Z.K. Ko`z kasalliklari. Darslik. – Toshkent. Abu Ali ibn Sino. 1996 y	Qovoq nuqsonl ari, qovoqni ng tug`ma o`smala ri
7	Konyukti va kasalliklar i.	2s		otorinolo ringologi ya, nevrolog iya, infeksion kasallikl ar, endokrin ologiya, ichki kasallikl	Assesm ent usuli	Plakat lar,mu lyaj, atlas, kuz model i.multi mediy a	Hamidova M.H., Boltaeva Z.K.Ko'z kasalliklari. Darslik. – Toshkent. ZAR-QALAM. 2006 й. Xamidova M.X., Boltaeva Z.K. Ko`z kasalliklari. Darslik. – Toshkent. Abu Ali ibn Sino. 1996 y	Qovoqn ing ortirilga n o`smala ri, qovoqni ng xavfli o`smala ri

				ar, odam anatomiyasi, biofizika, normal fiziologiya				
8	Shox pardaning kasalliklari	2s		otorinolo ringologiya, nevrologiya, infeksion kasalliklar, endokrinologiya, ichki kasalliklar, odam anatomiyasi, biofizika, normal fiziologiya	singuain usuli	Plakatlar,mulyaj, atlas, kuz modeli.multimediya	Hamidova M.H., Boltaeva Z.K.Ko'z kasalliklari. Darslik. – Toshkent. ZAR-QALAM. 2006 й. Xamidova M.X., Boltaeva Z.K. Ko`z kasalliklari. Darslik. – Toshkent. Abu Ali ibn Sino. 1996 y	Shegren sindromi. Ko`z yosh bezi xavli o`smalari.
9	Ko`z olmasi tomirli parda kasalliklari.	2s		otorinolo ringologiya, nevrologiya, infeksion	Assesment usuli	Plakatlar,mulyaj, atlas, kuz model	Hamidova M.H., Boltaeva Z.K.Ko'z kasalliklari. Darslik. – Toshkent. ZAR-QALAM. 2006 й. Xamidova M.X., Boltaeva Z.K. Ko`z	Shox pardaning kasbga doir zararlanishi.

				kasallikl ar, endokrin ologiya, ichki kasallikl ar, odam anatomiy asi, biofizika , normal fiziologi ya		i .multi mediy a	kasalliklari. Darslik. – Toshkent. Abu Ali ibn Sino. 1996 y	Epibulb ar o`smala r
10	To`r parda kasalliklar i.	2s		otorinolo ringologi ya, nevrolog iya, infeksion kasallikl ar, endokrin ologiya, ichki kasallikl ar, odam anatomiy asi, biofizika , normal fiziologi ya	SWOT taxlili	Plakat lar,mu lyaj, atlas, kuz model i multi mediy a	Hamidova M.H., Boltaeva Z.K.Ko'z kasalliklari. Darslik. – Toshkent. ZAR-QALAM. 2006 й. Xamidova M.X., Boltaeva Z.K. Ko`z kasalliklari. Darslik. – Toshkent. Abu Ali ibn Sino. 1996 y	Qovoq plastika si zamona viy amaliyo t turlari. Tomirli qavat anamali yalari

11	Ko`ruv nervi kasalliklari.	2s		otorinolo ringologi ya, nevrolog iya, infeksion kasallikl ar, endokrin ologiya, ichki kasallikl ar, odam anatomiy asi, biofizika , normal fiziologi ya	SWOT taxlili	Plakat lar,mu lyaj, atlas, kuz model i multi mediy a	Hamidova M.H., Boltaeva Z.K.Ko'z kasalliklari. Darslik. – Toshkent. ZAR-QALAM. 2006 й. Xamidova M.X., Boltaeva Z.K. Ko`z kasalliklari. Darslik. – Toshkent. Abu Ali ibn Sino. 1996 y	Bolalard a uveitnin g kechishi ni o`ziga xosligi, tomirli qavatnin g xavfsiz o`smala ri.
12	Glaukoma .	2s		otorinolo ringologi ya, nevrolog iya, infeksion kasallikl ar, endokrin ologiya, ichki kasallikl ar, odam anatomiy	Assesm ent	Plakat lar,mu lyaj, atlas, kuz model i multi mediy a	Hamidova M.H., Boltaeva Z.K.Ko'z kasalliklari. Darslik. – Toshkent. ZAR-QALAM. 2006 й. Xamidova M.X., Boltaeva Z.K. Ko`z kasalliklari. Darslik. – Toshkent. Abu Ali ibn Sino. 1996 y	Tomirli qavatnin g xavfli kasallikl ari. Gavxar tug`ma nuqsonl ari. Marfan sindrom i

				asi, biofizika, normal fiziologiya				
13	Umumiy kasalliklarda ko`zdagi o`zgarishlar (qandli diabet kasalligi, gipertoniya kasalligi)	2s		otorinolaringologiya, nevrologiya, infeksion kasalliklar, endokrinologiya, ichki kasalliklar, odam anatomiyasi, biofizika, normal fiziologiya	Assesment usuli	Plakatlar,mulyaj, atlas, kuz modeli multimediya	Hamidova M.H., Boltaeva Z.K.Ko'z kasalliklari. Darslik. – Toshkent. ZAR-QALAM. 2006 й. Xamidova M.X., Boltaeva Z.K. Ko`z kasalliklari. Darslik. – Toshkent. Abu Ali ibn Sino. 1996 y	Gavxarning medikamentoz davo natijasida kelib chiqadigan o`zgarishlari. Katarakt al xirurgiyani rivojlanish tarixi. Katarakt ani zamonaviy davolash va korrektsiyalash
14	Umumiy kasalliklarda ko`zdagi o`zgarishlar (buyrak	2s		otorinolaringologiya, nevrologiya,	Assesment usuli	Plakatlar,mulyaj, atlas, kuz	Hamidova M.H., Boltaeva Z.K.Ko'z kasalliklari. Darslik. – Toshkent. ZAR-QALAM. 2006 й.	Ko`ruv a'zosini qon tomir sistemasi

	kasalligi, anemiya va qon kasalliklari)			infeksion kasalliklar, endokrinologiya, ichki kasalliklar, odam anatomiyasi, biofizika, normal fiziologiya		model i multi mediya	Xamidova M.X., Boltaeva Z.K. Ko`z kasalliklari. Darslik. – Toshkent. Abu Ali ibn Sino. 1996 y	kasalliklarida o`zgarishlar.Ko`ruv a'zosini buyrak kasalliklarida o`zgarishi. Ko`ruv a'zosini Lor a'zolari va og`iz bo`shlig`i kasalliklarida o`zgarishi
15	Ko`rish a'zosi jaroxatlari	2s		otorinolo ringologiya, nevrologiya, infeksion kasalliklar, endokrinologiya, ichki kasalliklar, odam anatomiy	singuain usuli	Plakatlar,mulyaj, atlas, kuz model i multi mediya	Hamidova M.H., Boltaeva Z.K.Ko'z kasalliklari. Darslik. – Toshkent. ZAR-QALAM. 2006 й. Xamidova M.X., Boltaeva Z.K. Ko`z kasalliklari. Darslik. – Toshkent. Abu Ali ibn Sino. 1996 y	Ko`ruv a'zosini endokrin sistemasi kasalliklarida o`zgarishi. Biriktiruvchi to`qima kasalliklarida o`zgaris

				asi, biofizika, normal fiziologiya				h. Biriktiruvchi to`qima kasalliklari va ularni ko`ruv a'zosiga ta'siri. Ko`ruv a'zosining infektsion kasalliklar natijasida o`zgarishi.

Vaziyatli masalalar

1. Bemor M. bulimga ung kuzida lukillovchi ogrik, kizarishi, yoshlanishiga shikoyat kilib keldi. Ob-v kurganda: OD perikornial inektsiya, rangdor parda shishgan, rangi xiralashgan, korachik toraygan, reaktsiyasi sust, gavxar tinik, kuz tubi uzgarishsiz. Savol: Sizning tashxisingiz va kaysi kK bilan dif diag kiladi.

2. Bemor K. uchinchi bulimga kuchli lukillovchi ogrik, yoshlanish, kizarishiga shikoyat kildi. Bemorga ob-v tekshiruvdan sung iridotsikliy tashxisi kuyildi.

Savol: Bemorga kanday tekshiruvlar olib borish zarur.

3. Bemor F. bulimga ung kuzida yukori kismida shishli xosila borligini aytdi.Anamnezidan 2 oydan beri uzini kasal xisoblaydi.Obektiv kurikda OD yukori kovok soxasida nuxat kattaligida shishli xosila , palpatsiyada ogriksiz.

Savol: Sizning tashxisingiz.

4 Bemor kurish utkirligi OD 0,01ga teng.OS 0(nol)ga teng.korretsiya bermaydi

savol kaysi gurux nogironligi beriladi.

5. Bemor U. bulimiga ikkala kuzining xiralashishiga shikoyat kilib keldi, xayvonlar shifokori bulib ishlaydi artrid ob-v kurganda OU engil perikornial inektsiya korachik toraygan kuz tubi kurinmaydi. Bemorda rayta reaktsiyasi musbat chikgan.

Savol: Sizning tashxisingiz

6.Bemor ung kuz kovogining shishib ogrishiga va kizarganligiga shikoyat kildi. Anamnezidan kovogining shamollaganligini aytadi. Ob'ektiv: OD- ung kovogi taranglashgan, shishgan, bosganda ogrik, maxalliy temperatura. OS-tinch, optik muxitlar tinik. VISq OUq1,0. kuz tubi uzgarishsiz. Sizning taxminiy tashxisingiz va davolash taktikangiz.

7.Bemor ikala kovoklarda shish, kizarish, biroz kichishiga. Anamnezidan bemor kuziga xar xil buyovchi moddalar kuygan. Ob'ektiv: OU-kovoklarda shish, bosganda ogrimaydi va kizarish. VISq OUq1,0. Kuz tubi me'yorda.

Sizning tashxisingiz va davo taktikangiz.

8.Bemor ikkala kuz kovoklarda ogrik,kovoklarning yopishishi, kichishi, kipriiklarning tukilishiga shikoyat kildi. Anamnezidan oshkozon-ichak kasalligi bilan ogriydi. Ob'ektiv: OU-kovoklar kizargan, kipriklar usadigan joyda yiringli pustlokchalar, olganda kiprik tuekilib, joyi yaralanadi. OU-tinch, optik muxitlar tinik, kurish utkirligi 1,0ga teng. KIB normada. Kuz tubida uzgarishlar kuzatilmadi. Sizning taxminiy tashxisingiz..

9.Bemor chap kuzida kuchli ogrik, ogrik kechasi zurayadi, kuzining kizarganligiga, kurishining pastligiga shikot kilib keldi. Anamnezidan infektsion kasalligi bilan ogrigan. Ob'ektiv: OS- sklerada aralash in'ektsiya, shox parda orka kismida mayda nuktasimon pretsipitatlar, old kamera urtacha, rangdor parda relefi uzgargan, korachik tor, gavxar va kuz tubini anik kurib bulmaydi. VISq OD-1,0G` OS-0,7nG`k. KIB normada.

Sizning taxminiy tashxisingiz.

10.Bemor OS-Utkir iridotsiklit xuruji bilan keldi. 1-yordam.

11.Bemor ung kuzida kuchli ogrik, ogrikning boshining ung yarmiga tarkalishiga, kuzining xiralashganligiga, kizarganligiga, yoshlanishiga shikot kilib keldi. Bemor obdon tekshirilgach, OD- Glaukomaning utkir xuruji tashxisi kuyildi. Statsionar sharoitda 1-yordamni ayting.

12.Bemorni ob'ektiv kurganda ung yukori kovok kirgogida chegaralangan, ogrikli kizargan shishli xosila,anamnezida bir ikki kun ichida infiltrat ulchami kattalashgan sababini shamollash Bilan boglaydi .Sizning tashxisingiz va taktika.

13.Bemorni ob'ektiv kurganda OS- kuz yosh xaltasi proektsiyasida giperimiya, shish, palpatsiyada ogrikli, zich konsistentsiyali, bosganda shillik yirinli ajralma ajralishi. Bleforaspazm. VISq OUq1,0. KIB va kuz tubi me'yorda. Sizning taxminiy tashxisingiz va davo taktikangiz.

14.Bemor ikkala kuzida ogrik, kizarishiga shikoyatkilib keldi. Ob'ektiv: OU-sklerada perikorneal in'ektsiya, limb soxasida, sklerada 1-2 ta infiltratlar, palpatsiyada ogrikli. VISq OD-0,8 OS-0,9 Anamnezidan bir necha yillardan buyon poliartrit bilan ogriydi. Sizning tashxisingiz.

15. Bemorni tibbiy kurik vaktida obektiv kurganda ung kuzi sklerasida kobra simptomi musbat, optik kismlari tinik, kuz tubi: KNX och pushti, dumalok chegarasi anik, glaukomatoz ekskovatsiya, tomir tutami burun tomonga siljigan KIB 25, 23 mm.s.u

Savol: Sizning tashxisingizq

16 Ambulatoriyada bemor ung kuzida kuchli ogrik, ogrikning boshining ung yarmiga tarkalishiga, kizarganligiga, yoshlanishiga, kurishining xiralashganiga shikoyat kilib keldi. Bemor tekshirilgach, OD- Glaukomaning utkir xuruji deb taxminiy tashxis kuyildi. Ambulotoriyadan statsionargacha davolanish maksadida kanday xujjatlar yuboriladi.

17.Bemor bir necha yillar davomida yukori darajali miopiya kasalligi bilan davolanib kelyapti. (OU(Rf 18-20 dptr)). Kasbi ukituvchi. Xozirda kuzining judayam xiralashganigi tufayli ishlashda kiynalyapti. Nogironlikka chikishda vrachning tavsiyasiq

18.Bemor 60 yoshda. Bir necha yillar davomida glaukoma kasalligi bilan davolanib kelyapti. Xozirda kurish utkirligi OD- 0,01, OS- dv.ruki. Korrektsiya bermaydi. KIB normada . Kuz tubi: glaukomatoz atrofiya. Bemorga kaysi gurux nogironligi beriladi.

19.Bemor 29 yoshda. Bir necha yillar davomida miopiya yukori darajali tashxisi bilan davolanib kelyapti. Xozirda ung kuzi birdaniga kurmay kolganligini aytdi. Tekshirilgach bemorda OD- Tur parda kuchganligi aniklandi. Kurish utkirligi OD- dv.ruki eksts. OS-0,05 `k (-)13,0D 0,08 Sizning taktikangiz.

20.Bemor 18 yoshda. Anamnezidan ung kuzidan jaroxat olgan. Kurish utkirligi OD- 0(nol) OS-1,0. Tashxis: OD- Kuz olmasi subatrofiyasi. Bemorga kaysi gurux nogironligi beriladi.

21.Bemorning shikoyati ung kuzini ochib bilmaslik yoruglikdan kurkish, yosh kelishi, kurish xiraligiga.Obektiv kurikda OD blefarospazm, shox parda soat 12 da infiltrat, old kamera suyukligi toza gavxar tinik .kurish utkirligi 0,6 ga teng

Savol sizning taxminiy tashxisingiz va davolash usuli.

22.Bemor kasalxonaga murojaat kilib keldi.Obektiv kurikda bemorga surunkali dakriotsistit diagnozi kuyildi.

Savol sizning tavsiyangiz.

23.Bemorning shikoyati ikkala kuzida ogrik, yoshlanish, yoruglikka karay olmaslik.Anamnezidan bemor svarkada ishlagan

Savol sizning tashxisingiz va birinchi yordam.

24.60 yoshli bemor uzok uchun (-)1,0 kuz oynak takadi .Xozirda ukish yozishda kiynalayapti.Bemorga kuz oynak tanlang

25. Ambulatoriyada bemor ung kuzida kuchli ogrik, ogrikning boshining ung yarmiga tarkalishiga, kizarganligiga, yoshlanishiga, kurishining xiralashganiga shikoyat kilib keldi. Bemor tekshirilgach, OD- Glaukomaning utkir xuruji deb taxminiy tashxis kuyildi.Savol bemorga birinchi yordam kursating.

REFERAT MAVZULARI

1. Orbita anatomyasi, xususiyatlari, tugma va ortirilgan kasalliklari.
2. Kuz olmasi o’smalari va ularni davolash taktikasi.
3. Makulaning tugma va ortirilgan kasalliklari.
4. Tomirli pardaning tugma va ortirilgan kasalliklari.
5. Oksil pardaning tugma va ortirilgan kasalliklari.
6. Uveitlar, sabablari, klinikasi va davolash taktikasi.

7. Pteregium, uning turlari va davolash taktikasi.
8. Kataraktalar ularning turlari va davolash taktikasi.
9. Ko’ruv yollari, uning patologiyasi.
10. To’r parda kasalliklari sabab lari, klinikasi va davolash taktikasi

Якуний назорат саволлари

Stantsiya № 1 Kuz a'zolari anatomiyasi

1.Kuz kosasi anatomiyasi

2.Kovoklar anatomiyasi

3.Kuz yosh a'zolari anatomiyasi

4.Kuz mushak apparati

5.Kuzning kon bilan ta'minlanishi

6.Kuruv analizatori kismlari

7.Shillik parda anatomiyasi

8.Shox parda anatomiyasi

9.Oksil parda anatomiyasi

10.Gavxar anatomiyasi

11.Shishasimon tana anatomiyasi

12.Rangdor parda anatomiyasi

13.Old va orka kamera anatomiyasi

14.Tur parda anatomiyasi

15.Kipriksimon tana anatomiyasi

16.Xorioideya

17.Tomirli parda anatomiyasi

18.Kuzning optik muxitlari anatomiyasi.

19.Kuz kosasi anatomiyasi

20.Kovoklar anatomiyasi

Stantsiya №2 Refraktsiya

1.Refraktsiya nima , turlari

2.klinik refraktsiya turlari

3.miopiya nima, turlari

4.emmetropiya nima

5.gipermetropiya nima, turlari

6.astigmatizm nima, turlari

7.aralash astigmatizmni tushuntiring va misol keltiring

8.oddiy astigmatizmni chizib izoxlang

9.presbiopiya nima

10.atropinizatsiya nima, moxiyatini tushuntiring

11.Donders sxemasini tushuntiring

12.soyali sinamani tushuntiring

13.miopiya asoratlari

14.murakkab astigmatizmni chizib tushuntiring

15.refraktsiyani aniklashda subektiv va obektiv metodlar

16.miopik stafiloma va miopik konus nima

17. 50 yoshli kishiga kuz oynak tanlash

18.nistagm nima turlari

19.akkomodatsiya nima

20.strabizm nima, turlari

Stantsiya №3 Shox parda kasalliklari

1.shox parda xususiyatlari

2.shox parda funktsiyalari

3.keratit nima

4.bakterial keratitlar klinikasi

5.keratitlar klasifikatsiyasi

6.yiringli keratit turlari

7.shox pardaning gistologik tuzilishi

8.yarali yiringli keratitlar

9.shox pardaning suriluvchi yarasi

10.shox parda gonoblenoriyali yiringli yarasi

11.shox pardaning difteriyadan zararlanishi klinikasi

12.zamburugli keratitlar klinikasi

13.zamburugli keratitlarni davolash

14.gerpesli keratitlar

15.virusli keratitlarni davolash

16.flektinali keratit

17.shox parda eroziyasi

18.zaxmli keratit klinikasi

19.virusli keratitlarning turlari

20.shox pardaning konbilan va nerv bilan ta'minlanishi

Stantsiya №4 kuz yondosh a'zolari kasalliklari

1.kovoklar anatomiyasi

2.kovokning kon bilan ta'minlanishi

3.kovok abtsesi, klinika davolash

4.govmichcha, klinika, davolash

5.meybomiit, klinika, davolash

6.blefarit, turlari

7.yarali blefaritni davolash

8.xalazion, klinika, davolash

9.kovok uchuk patologiyasi

10.konyuktivit nima, turlari

11.konyuktivitlar klasifikatsiyasi

12.utkir epidemik konyuktivit klinika davolash

13.gonoblenariya davolash

14.difteriya konyuktiviti

15.virusli konyuktivit, klinika, davolash

16.allergik konyuktivit klinika, davolash

17.kuz yosh a'zolari anatomiyasi

18.surunkali dakriotsistit, klinika, davolash

19.kuz yosh kopi flegmonasi, klinika, davolash

20.tugma dakriotsistit, klinika, davolash

Stantsiya № 5 Glaukoma kasalligi

1.glaukoma nima

2.glaukoma klasifikatsiyasi

3.OBG klinikasi

4.OBGni davolash usullari

5.YoBG klinikasi

6.YoBGni davolash

7.OBG va YoBG difdiagnostikasi

8.oldingi kamera burchagining mikrostrukturasi

9.OBG patogenezi

10.YoBG patogenezi

11.tugma glaukoma

12.Glaukoma utkir xurujini davolang

13.Terminal glaukomada kuz tubidagi uzgarishlar

14.Aralash glaukoma nima

15.Fiziologik ekskovatsiya va glaukomatoz ekskovatsiyani tushuntiring

16.glaukomada maydon kurish, tushuntirib bering

17.glaukomaning boskichlari

18.tanometriya usulini tushuntiring

19.suvli sinov nima

20.pilokarpinli sinov nima, tushuntiring

Stantsiya №6 Amaliy kunikmalar ketma-ketligini aniklash

1.tugri oftalmoskopiya.
2.yon tomondan yoruglik tushirib kurish.
3.viziometriya.
4.tonometriya
5.yukori va pastki kovoklarni kayirish.
6.konyuktiva bushligiga tomchilar tomizish va malxam kuyish.
7.shox parda sezuvchanligini aniklash
8.kuz yosh yullari utuvchanligini aniklash
9.kuzning rang sezish faoliyati
10.kuzning yoruglikni sezish faoliyati
11.nur yurgizib kurish usuli
12.kuz yosh yullarini yuvish
13.konyuktiva bushligidan yot jismni olish
14.shox pardadan yot jismni olish.
15.perimetriya.
16.kuz olmasi xarakatchanligini aniklash.
17.oftalmotonusni palpator aniklash.
18.binokulyar kurishni sokolov usulida aniklash.
19.shox pardadan yot jismni olish
20.perimetriya.

Stantsiya №7

Kuz kasalliklarida kullaniladigan dori moddalariga retsept yozish

1Deksametazon eritmasiga retsept yozing

2.Eritromitsin malxamiga retsept yozing

3.Gidrokortizon malxamiga retsept yozing

4.Dikain eritmasiga retsept yozing

5.Atropin sulfat eritmasiga retsept yozing

6.Furatsilin eritmasiga retsept yozing

7.Timalol eritmasiga retsept yozing

8.Pilokarpin eritmasiga retsept yozing

9.Ampitsilin inektsiyasiga retsept yozing

10.Betoptik eritmasiga retsept yozing

11. Brimoptik eritmasiga retsept yozing

12.Diakarb tabletkasiga retsept yozing

13.Mezaton eritmasiga retsept yozing

14.Levomitsitin eritmasiga retsept yozing

15.Lekrolin eritmasiga retsept yozing

16.Kaliy yod eritmasiga retsept yozing

17.Salkaseril geliga retsept yozing

18.Taufon eritmasiga retsept yozing

19.Tobreks eritmasiga retsept yozing

20.Tetratsiklin malxamiga retsept yozing

Stantsiya №8

Kuz kasalliklarida kuz tubidagi oftalmoskopik kurinish

1 savol: Miopiyada oftalmoskopik kurinish

2 savol: Tur parda markaziy arteriyasi spazmida oftalmoskopik tasvir

3 savol: Tur parda markaziy venasining trombozida oftalmoskopik belgilar.

4 savol: Tur parda kuchishida oftalmoskopik kurinish.

5 savol: Gipertonik angiopatiyada oftalmoskopik kurinish.

6 savol: Gipertonik angiosklerozda oftalmoskopik kurinish.

7 savol: Gipertonik retinopatiyada oftalmoskopik kurinish

8 savol: Gipertonik neyroretinopatiyada oftalmoskopik tasvir.

9.Buyrak retinopatiyasida oftalmoskopik kurinish.

10.Anemik retinopatiyada oftalmoskopik kurinish

11.Leykemik retinopatiyadagi oftalmoskapik tasvir.

12.Makulyar retinodistrofiyaning oftalmoskopik kurinishi.

13.Diabetik angiopatiyada oftalmoskopik kurinish

14. Boshlangich angioretinopatiyadagi oftalmoskopik kurinish

15. Yakkol angioretinopatiyadagi oftalmoskopik tasvirni ayting.

16. Proleferativ angioretinopatiyadagi oftalmoskopik kurinishni ayting

17. Revmatik retinopatiyadagi oftalmoskopik kurinishni tushuntiring.

18. Pigmetli retinitdagi oftalmoskopik belgilar.

19. O’roqsimon qujayrali anemiyada uchraydigan retinopatiyadagi oftalmoskopik kurinish

20. Aorta koarktatsiyasidagi oftalmoskopiyadagi uzgarishlar.

9-STANTSIYA kuz va uning bulimlarining shikastlanishi. Oftalmologik tez yordam

1.elektrooftalmiya nima

2.kontuziya darajalari

3.kuzning ishkor bilan kuyishi

4.kuzning kislota bilan kuyishi

5.gifema nima

6.gemoftalm nima

7.panoftalmit nima

8.Endoftalmit nima

9.shox pardada yot jism tushishi

10.kuzning termik kuyishi

12.kontuziya engil darajasida kuzdagi uzgarishlar

13.kontuziya urta darajasida kuzdagi uzgarishlar

14.kontuziya ogir darajasida kuzdagi uzgarishlar

15.konyuktivada yot jism tushishi

16.gipopion nima

17.kuzning mexanik shikastlanishi

18.kuzning nur ta'sirida kuyishi

19.1darajali kuyishda kuzdagi uzgarishlar

20.kuyishning 4 boskichida kuzdagi uzgarishlar

10 stantsiya vaziyatli masalalar

Vaziyatli masalalar

1. Bemor M. bulimga ung kuzida lukillovchi ogrik, kizarishi, yoshlanishiga shikoyat kilib keldi. Ob-v kurganda: OD perikornial inektsiya, rangdor parda shishgan, rangi xiralashgan, korachik toraygan, reaktsiyasi sust, gavxar tinik, kuz tubi uzgarishsiz.

Savol: Sizning tashxisingiz va kaysi kK bilan dif diag kiladi.

2. Bemor K. uchinchi bulimga kuchli lukillovchi ogrik, yoshlanish, kizarishiga shikoyat kildi. Bemorga ob-v tekshiruvdan sung iridotsikliy tashxisi kuyildi.

Savol: Bemorga kanday tekshiruvlar olib borish zarur.

3. Bemor F. bulimga ung kuzida yukori kismida shishli xosila borligini aytdi.Anamnezidan 2 oydan beri uzini kasal xisoblaydi.Obektiv kurikda OD yukori kovok soxasida nuxat kattaligida shishli xosila , palpatsiyada ogriksiz.

Savol: Sizning tashxisingiz.

4 Bemor kurish utkirligi OD 0,01ga teng.OS 0(nol)ga teng.korretsiya bermaydi

savol kaysi gurux nogironligi beriladi.

5. Bemor U. bulimiga ikkala kuzining xiralashishiga shikoyat kilib keldi, xayvonlar shifokori bulib ishlaydi artrid ob-v kurganda OU engil perikornial inektsiya korachik toraygan kuz tubi kurinmaydi. Bemorda rayta reaktsiyasi musbat chikgan.

Savol: Sizning tashxisingiz

6.Bemor ung kuz kovogining shishib ogrishiga va kizarganligiga shikoyat kildi. Anamnezidan kovogining shamollaganligini aytadi. Ob'ektiv: OD- ung kovogi taranglashgan, shishgan, bosganda ogrik, maxalliy temperatura. OS-tinch, optik muxitlar tinik. VISq OUq1,0. kuz tubi uzgarishsiz. Sizning taxminiy tashxisingiz va davolash taktikangiz.

7.Bemor ikala kovoklarda shish, kizarish, biroz kichishiga. Anamnezidan bemor kuziga xar xil buyovchi moddalar kuygan. Ob'ektiv: OU-kovoklarda shish, bosganda ogrimaydi va kizarish. VISq OUq1,0. Kuz tubi me'yorda.

Sizning tashxisingiz va davo taktikangiz.

8.Bemor ikkala kuz kovoklarda ogrik,kovoklarning yopishishi, kichishi, kipriiklarning tukilishiga shikoyat kildi. Anamnezidan oshkozon-ichak kasalligi bilan ogriydi. Ob'ektiv: OU-kovoklar kizargan, kipriklar usadigan joyda yiringli pustlokchalar, olganda kiprik tuekilib, joyi yaralanadi. OU-tinch, optik muxitlar tinik, kurish utkirligi 1,0ga teng. KIB normada. Kuz tubida uzgarishlar kuzatilmadi. Sizning taxminiy tashxisingiz..

9.Bemor chap kuzida kuchli ogrik, ogrik kechasi zurayadi, kuzining kizarganligiga, kurishining pastligiga shikot kilib keldi. Anamnezidan infektsion kasalligi bilan ogrigan. Ob'ektiv: OS- sklerada aralash in'ektsiya, shox parda orka kismida mayda nuktasimon pretsipitatlar, old kamera urtacha, rangdor parda relefi uzgargan,

korachik tor, gavxar va kuz tubini anik kurib bulmaydi. VISq OD-1,0G` OS-0,7nG`k. KIB normada.

Sizning taxminiy tashxisingiz.

10.Bemor OS-Utkir iridotsiklit xuruji bilan keldi. 1-yordam.

11.Bemor ung kuzida kuchli ogrik, ogrikning boshining ung yarmiga tarkalishiga, kuzining xiralashganligiga, kizarganligiga, yoshlanishiga shikot kilib keldi. Bemor obdon tekshirilgach, OD- Glaukomaning utkir xuruji tashxisi kuyildi. Statsionar sharoitda 1-yordamni ayting.

12.Bemorni ob'ektiv kurganda ung yukori kovok kirgogida chegaralangan, ogrikli kizargan shishli xosila,anamnezida bir ikki kun ichida infiltrat ulchami kattalashgan sababini shamollash Bilan boglaydi .Sizning tashxisingiz va taktika.

13.Bemorni ob'ektiv kurganda OS- kuz yosh xaltasi proektsiyasida giperimiya, shish, palpatsiyada ogrikli, zich konsistentsiyali, bosganda shillik yirinli ajralma ajralishi. Bleforaspazm. VISq OUq1,0. KIB va kuz tubi me'yorda. Sizning taxminiy tashxisingiz va davo taktikangiz.

14.Bemor ikkala kuzida ogrik, kizarishiga shikoyatkilib keldi. Ob'ektiv: OU-sklerada perikorneal in'ektsiya, limb soxasida, sklerada 1-2 ta infiltratlar, palpatsiyada ogrikli. VISq OD-0,8 OS-0,9 Anamnezidan bir necha yillardan buyon poliartrit bilan ogriydi. Sizning tashxisingiz.

15. Bemorni tibbiy kurik vaktida obektiv kurganda ung kuzi sklerasida kobra simptomi musbat, optik kismlari tinik, kuz tubi: KNX och pushti, dumalok chegarasi anik, glaukomatoz ekskovatsiya, tomir tutami burun tomonga siljigan KIB 25, 23 mm.s.u

Savol: Sizning tashxisingizq

16 Ambulatoriyada bemor ung kuzida kuchli ogrik, ogrikning boshining ung yarmiga tarkalishiga, kizarganligiga, yoshlanishiga, kurishining xiralashganiga shikoyat kilib keldi. Bemor tekshirilgach, OD- Glaukomaning utkir xuruji deb taxminiy tashxis kuyildi. Ambulotoriyadan statsionargacha davolanish maksadida kanday xujjatlar yuboriladi.

17.Bemor bir necha yillar davomida yukori darajali miopiya kasalligi bilan davolanib kelyapti. (OU(Rf 18-20 dptr)). Kasbi ukituvchi. Xozirda kuzining judayam xiralashganigi tufayli ishlashda kiynalyapti. Nogironlikka chikishda vrachning tavsiyasiq

18.Bemor 60 yoshda. Bir necha yillar davomida glaukoma kasalligi bilan davolanib kelyapti. Xozirda kurish utkirligi OD- 0,01, OS- dv.ruki. Korrektsiya bermaydi. KIB normada . Kuz tubi: glaukomatoz atrofiya. Bemorga kaysi gurux nogironligi beriladi.

19.Bemor 29 yoshda. Bir necha yillar davomida miopiya yukori darajali tashxisi bilan davolanib kelyapti. Xozirda ung kuzi birdaniga kurmay kolganligini aytdi. Tekshirilgach bemorda OD- Tur parda kuchganligi aniklandi. Kurish utkirligi OD- dv.ruki eksts. OS-0,05 `k (-)13,0D 0,08 Sizning taktikangiz.

20.Bemor 18 yoshda. Anamnezidan ung kuzidan jaroxat olgan. Kurish utkirligi OD- 0(nol) OS-1,0. Tashxis: OD- Kuz olmasi subatrofiyasi. Bemorga kaysi gurux nogironligi beriladi.

21.Bemorning shikoyati ung kuzini ochib bilmaslik yoruglikdan kurkish, yosh kelishi, kurish xiraligiga.Obektiv kurikda OD blefarospazm, shox parda soat 12 da infiltrat, old kamera suyukligi toza gavxar tinik .kurish utkirligi 0,6 ga teng

Savol sizning taxminiy tashxisingiz va davolash usuli.

22.Bemor kasalxonaga murojaat kilib keldi.Obektiv kurikda bemorga surunkali dakriotsistit diagnozi kuyildi.

Savol sizning tavsiyangiz.

23.Bemorning shikoyati ikkala kuzida ogrik, yoshlanish, yoruglikka karay olmaslik.Anamnezidan bemor svarkada ishlagan

Savol sizning tashxisingiz va birinchi yordam.

24.60 yoshli bemor uzok uchun (-)1,0 kuz oynak takadi .Xozirda ukish yozishda kiynalayapti.Bemorga kuz oynak tanlang

25. Ambulatoriyada bemor ung kuzida kuchli ogrik, ogrikning boshining ung yarmiga tarkalishiga, kizarganligiga, yoshlanishiga, kurishining xiralashganiga shikoyat kilib keldi. Bemor tekshirilgach, OD- Glaukomaning utkir xuruji deb taxminiy tashxis kuyildi.Savol bemorga birinchi yordam kursating.

11.stantsiya katarakta

1.gavxar anatomiyasi

2.katarakta nima

3.tugma katarakta

4.gavxar tarkibi

5.tugma katarakta klinik kurinishi

6.oldingi va orka kutb kataraktasi

7.kortikal katarakta

8.kavatma-kavat zonulyar katarakta

9.diffuz katarakta

10.xayotda ortirilgan katarakta

11.asoratli katarakta nima

12.karilik kataraktasi boskichlari

13.gavxarni tekshirish usullari

14.shikastlanish kataraktasi

15.nur kataraktasi

16.tugma kataraktani davolash

17.afakiya nima

18.artifakiya nima

19.katarakta operatsiyasi turlari

20.somatik kasalliklardan keyingi katarakta

“Т А С Д И Қ Л А Й М А Н “

Ўқув ва тарбиявий ишлари проректори

_____ Г.Ж.Жарилкасинова

«_____»_____2019 йил

“К Е Л И Ш И Л Г А Н”

Ўқув бўлими бошлиғи

_____У.И. Қўчқоров.

«_____»_____2019 йил

Талабалар билимини назорат қилиш ва

баҳолашнинг рейтинг тизими тўғрисидаги

“Офтальмология” фани бўйича

Н И З О М

Ушбу Низом Ўзбекистон Республикаси Олий ва ўрта махсус таълим вазирлигининг 2009 йил 07 август № 276-сонли “Талабалар билимини назорат қилиш ва бахолашнинг рейтинг тизими тўғрисидаги Низомни амалиётга жорий этиш ҳақида”ги буйруғи билан тасдиқланган “Олий таълим муассасаларида талабалар билимини назорат қилиш ва баҳолашнинг рейтинг тизими тўғрисида “Низом” ва тиббиёт олий таълим муассасалари ректорлари Раёсати томонидан тавсия этилган “Тиббиёт олий таълим муассасаларида талабалар билимини назорат қилиш ва баҳолашнинг рейтинг тизими тўғрисида Низом” ва Ўзбекистон Республикаси Олий ва ўрта махсус таълим вазирлигининг 2010 йил 25 августдаги 333 – сон буйруғи билан Низомга ўзгартириш ва қўшимчалар киритилган ҳамда Ўзбекистон Республикаси Адлия вазиригида 2010 йил 26 августда 1981-1 сон билан Давлат рўйхатидан қайта ўтказилган “Олий таълим муасссасаларида талабалар билимини назорат қилиш ва баҳолашнинг рейтинг тизими тўғрисида Низом”и ва “Олий таълим муассасаларида талабалар билимини назорат қилиш ва баҳолашнинг рейтинг тизими тўғрисидаги низомга ўзгартириш ва қўшимчалар киритиш ҳақида”ги (Давлат рўйхати 1981-2-сон, 13.12.2013 йил), “Олий таълим тўғрисидаги низомга қўшимча киритиш ҳақида”ги (Давлат рўйхати 1222-2 –сон, 13.12.2013й) бўйруқлари ҳамда Абу Али ибн Сино номидаги Бухоро давлат тиббиёт институтида “Талабалар билимини назорат қилиш ва баҳолашнинг рейтинг тизими тўғрисида Низом”и асосида ишлаб чиқилди ва Абу Али ибн Сино номидаги Бухоро давлат тиббиёт институтида “Офтальмология” фани бўйича талабалар билимини назорат қилиш ва баҳолашда асосий меъёрий ҳужжат бўлиб ҳисобланади.

I. Умумий қоидалар

1. Талабалар билимини назорат қилиш ва рейтинг тизими орқали баҳолашдан мақсад таълим сифатини бошқариш орқали рақобатбардош кадрлар тайёрлашга эришиш, талабаларнинг фанларни ўзлаштиришида бўшлиқлар ҳосил бўлишини олдини олиш, уларни аниқлаш ва бартараф этишдан иборат.

2. Рейтинг тизимининг асосий вазифалари қуйидагилардан иборат:

а) талабаларда Давлат таълим стандартларига мувофиқ тегишли билим, кўникма
ва малакалар шаклланганлиги даражасини назорат қилиш ва таҳлил қилиб бориш;

б) талабалар билими, кўникма ва малакаларини баҳолашнинг асосий тамойиллари: Давлат таълим стандартларига асосланганлик, аниқлик, ҳаққонийлик, ишончлилик
ва қулай шаклда баҳолашни таъминлаш;

в) фаннинг талабалар томонидан тизимли тарзда ва белгиланган муддатларда ўзлаштирилишини ташкил этиш ва таҳлил қилиш;

г) талабаларда мустақил ишлаш кўникмаларини ривожлантириш, ахборот ресурслари манбаларидан самарали фойдаланишни ташкил этиш;

д) талабалар билимини холис ва адолатли баҳолаш ҳамда унинг натижаларини вақтида маълум қилиш;

е) талабаларнинг фан бўйича комплекс ҳамда узлуксиз тайёргарлигини таъминлаш;

ж) ўқув жараёнининг ташкилий ишларини компьютерлаштиришга шароит яратиш.

3. Фан бўйича талабалар билимини цикл давомида баҳолаб бориш рейтинг назорати жадваллари ва баҳолаш мезонлари асосида амалга оширилади.

II. Назорат турлари ва уни амалга ошириш тартиби

4. Назорат турлари, уни ўтказиш тартиби ва мезонлари кафедра мудири тавсияси билан факультет ўқув-услубий кенгашида муҳокама қилинади ва тасдиқланади ҳамда фаннинг ишчи ўқув дастурида машғулот турлари билан биргаликда кўрсатилади.

5. Рейтинг назорати жадваллари, назорат тури, шакли, сони ҳамда ҳар бир назоратга ажратилган максимал балл, шунингдек жорий назоратларнинг саралаш баллари ҳақидаги маълумотлар фан бўйича биринчи машғулотда талабаларга эълон қилинади.

6. Талабаларнинг билим савияси ва ўзлаштириш даражасининг Давлат таълим стандартларига мувофиқлигини таъминлаш учун қуйидаги назорат турларини ўтказиш назарда тутилади:

жорий назорат – талабанинг фан мавзулари бўйича билим ва амалий кўникма даражасини аниқлаш ва баҳолаш усули. Жорий назорат фаннинг хусусиятидан келиб чиққан ҳолда, амалий машғулотларида оғзаки сўров, тест ўтказиш, суҳбат, назорат иши, уй вазифаларини текшириш ва шу каби бошқа шаклларда ўтказилиши мумкин;

талабанинг мустақил иши ўқув режасида фанни ўзлаштириш учун белгиланган ўқув ишларининг ажралмас қисми бўлиб, у услубий ва ахборот ресурслари жиҳатдан таъминланади ҳамда бажарилиши рейтинг тизими талаблари асосида назорат қилинади.

оралиқ назорат — семестр давомида ўқув дастурининг тегишли (фаннинг бир неча мавзуларини ўз ичига олган) бўлими тугаллангандан кейин талабанинг билим ва амалий кўникма даражасини аниқлаш ва баҳолаш усули. Оралиқ назоратининг сони (бир семестрда икки мартадан кўп ўтказилмаслиги лозим) ва шакли (ёзма, оғзаки, тест ва ҳоказо) ўқув фанига ажратилган умумий соатлар ҳажмидан келиб чиққан ҳолда белгиланади;

якуний назорат – цикл якунида фан бўйича назарий билим ва амалий кўникмаларни талабалар томонидан ўзлаштириш даражасини баҳолаш усули.

Якуний назорат асосан таянч тушунча ва ибораларга асосланган “Тест синови” ва ОТКС (объектив тизимлаштирилган клиник синов) шаклида ўтказилади.

“6[1]. Назорат турларини ўтказишда холисликни таъминлаш мақсадида талабалар тўғрисидаги маълумотлар уларнинг назорат ишларига олий таълим муассасаси томонидан индентификация коди бериш орқали шифрланиши мумкин”

7. Институт раҳбарининг буйруғи билан ички назорат ва мониторинг бўлими ёки ўқув-услубий бошқарма раҳбарлигида тузилган комиссия иштирокида якуний назоратни ўтказиш жараёни даврий равишда ўрганиб борилади ва уни ўтказиш тартиблари бузилган ҳолларда, якуний назорат натижалари бекор қилиниши мумкин. Бундай ҳолларда якуний назорат қайта ўтказилади.

8. Ўқув йили тугаганидан кейин рейтинг назорати натижаларига кўра талабаларни кейинги курсга ўтказиш тўғрисида белгиланган тартибда қарор қабул қилинади.

III. Баҳолаш тартиби ва мезонлари

10. Талабаларнинг билим савияси, кўникма ва малакаларини назорат қилишнинг рейтинг тизими асосида талабанинг фан бўйича ўзлаштириш даражаси баллар орқали ифодаланади.

11. Фан бўйича талабанинг цикл давомидаги ўзлаштириш кўрсаткичи 100 баллик тизимда бутун сонлар билан баҳоланади.

Офтальмология касалликлари фани бўйича аудитория соатлари 90 соат бўлганлиги сабабли даволаш ва тиббий педагогика факултетларининг 5 курс

гурухларига оралиқ назорат ўтказилади ва ушбу 100 балл назорат турлари бўйича қуйидагича тақсимланади.

жорий баҳолаш - 45 балл;

мустақил иш - 5 балл;

оралиқ назорат - 20 балл

якуний баҳолаш – 30 балл;

Даволаш ва тиббий педагогика факультетларининг 5-курс талабалари учун (90 соат)

№	Баҳолаш тури	Максимал балл	Саралаш бали	Коэффициент
1.	Жорий баҳолаш	45	24,75	0,45
2.	ТМИ	5	2.75	0,05
3	Оралиқ бахолаш	20	11	0.2
4	Якуний баҳолаш	30	16.5	0, 3
	ЖАМИ	100	55,0	1,0

Стоматологияфакултетининг4-курс талабалари учун (54 соат)

№	Баҳолаш тури	Максимал балл	Саралаш бали	Коэффициент
1.	Жорий баҳолаш	45	24,75	0,45
2.	ТМИ	5	2.75	0,05

3.	Якуний баҳолаш	50	27,5	0, 5
	ЖАМИ	100	55,0	1,0

12. Талабанинг рейтинг дафтарчаси ёки талабалар рейтингини ҳисобга олиш электрон тизимига алоҳида қайд қилинадиган малакавий амалиёт, фан (фанлараро) бўйича якуний давлат аттестацияси, магистратура талабаларининг илмий-тадқиқот ва илмий-педагогик ишлари, магистрлик диссертацияси бўйича ўзлаштириш даражаси – 100 баллик тизимда баҳоланади.

13. Талабанинг фан бўйича ўзлаштириш кўрсаткичини назорат қилишда қуйидаги намунавий мезонлар тавсия этилади:

а) 86-100 балл учун талабанинг билим даражаси қуйидагиларга жавоб бериши лозим:

хулоса ва қарор қабул қилиш;

ижодий фикрлай олиш;

мустақил мушоҳада юрита олиш;

олган билимларини амалда қўллай олиш;

моҳиятини тушуниш;

билиш, айтиб бериш;

тасаввурга эга бўлиш.

б) 71-85 балл учун талабанинг билим даражаси қуйидагиларга жавоб бериши лозим:

мустақил мушоҳада юрита олиш;

олган билимларини амалда қўллай олиш;

моҳиятини тушуниш;

билиш, айтиб бериш;

тасаввурга эга бўлиш.

в) 55-70 балл учун талабанинг билим даражаси қуйидагиларга жавоб бериши лозим:

моҳиятини тушуниш;

билиш, айтиб бериш;

тасаввурга эга бўлиш.

в) қуйидаги ҳолларда талабанинг билим даражаси 0-54 балл билан баҳоланиши мумкин:

аниқ тасаввурга эга бўлмаслик;

билмаслик.

14. Намунавий мезонлар асосида “куз касалликлари” фанидан жорий назорат бўйича аниқ мезонлар ишлаб чиқилиб, кафедра мудири томонидан тасдиқланади ва талабаларга эълон қилинади.

15. Намунавий мезонларга мувофиқ “куз касалликлари” фани бўйича таянч олий таълим муассаси (ТТА) томонидан якуний назорат учун баҳолаш мезонлари
ишлаб чиқилиб, институт Илмий-услубий кенгаши томонидан тасдиқланади ва турдош олий таълим муассасаларига етказилади.

16. Талабаларнинг ўқув фани бўйича мустақил иши жорий ва якуний назоратлар жараёнида тегишли топшириқларни бажариши ва унга ажратилган баллардан келиб чиққан ҳолда баҳоланади.

17. Талабанинг фан бўйича цикл давомидаги рейтинги қуйидагича аниқланади:

$$R_f = \frac{V \bullet O'}{100}$$

бу ерда:

V– цикл давомида фанга ажратилган умумий ўқув юкламаси (соатларда);

O' –фан бўйича ўзлаштириш даражаси (балларда).

18. Фан бўйича жорий ва якуний назоратларнинг ҳар бирига ажратилган балнинг 55 фоизи саралаш балл этиб белгиланади ва бунда жорий назоратларнинг ҳар бирига ажратилган баллнинг 55 ва ундан юқори фоизидан ортиқ балл тўплаган барча талабалар ушбу фан бўйича якуний назоратга киритилади.

19. Талабанинг цикл давомида фан бўйича тўплаган умумий бали ҳар бир назорат туридан белгиланган қоидаларга мувофиқ тўплаган баллари йиғиндисига тенг.

IV. Назорат турларини ўтказиш муддати

20. Якуний назорат турлари календар тематик режага мувофиқ деканат ёки факультет тузилмаси бўлмаган олий таълим муассасаларида ўқув бўлими

(ўқув-услубий бошқарма) томонидан тузилган рейтинг назорат жадваллари асосида ўтказилади. Якуний назорат циклнинг охирги кунида ўтказилади.

21. Жорий назоратда саралаш баллидан кам балл тўплаган ва узрли сабабларга кўра назоратларда қатнаша олмаган талабага қайта топшириш учун, навбатдаги шу назорат туригача, сўнгги жорий назоратлар учун якуний назоратгача бўлган муддат берилади.

Касаллиги сабабли дарсларга қатнашмаган ҳамда белгиланган муддатларда жорий ва якуний назоратларни топшира олмаган талабаларга факультет декани фармойиши ёки ўқув ишлари бўйича проректорнинг рухсатномаси асосида, ўқишни бошлаганидан сўнг икки ҳафта муддатда топширишга рухсат берилади.

22. Цикл якунида фан бўйича жорий, якуний ёки ТМИ назорат турларини ҳар бири бўйича саралаш балидан кам балл тўплаган талаба академик қарздор ҳисобланади.

Академик қарздор талабаларга цикл тугаганидан кейин қайта ўзлаштириш учун бир ой муддат берилади. Шу муддат давомида фанни ўзлаштира олмаган талаба факультет декани тавсиясига кўра белгиланган тартибда ректорнинг буйруғи билан талабалар сафидан четлаштирилади.

23. Талаба назорат натижаларидан норози бўлса, фан бўйича назорат тури натижалари эълон қилинган вақтдан бошлаб бир кун мобайнида факультет декани ариза билан мурожаат этиши мумкин. Бундай ҳолда факультет декани тақдимномасига кўра ректор буйруғи билан 3 (уч) аъзодан кам бўлмаган таркибда апелляция комиссияси ташкил этилади.

Апелляция комиссияси талабаларнинг аризаларини кўриб чиқиб, шу куннинг ўзида хулосасини билдиради.

Институтда талабанинг цикл давомида жорий назорат бўйича тўплаган баллари ушбу назорат турлари умумий балининг 55 фоизидан кам бўлса ёки якуний назорат бўйича тўплаган бали ушбу назорат тури умумий балининг 55 фоизидан кам бўлса, у академик қарздор ҳисобланади

24. Баҳолашнинг ўрнатилган талаблар асосида белгиланган муддатларда ўтказилиши ҳамда расмийлаштирилиши факультет декани, кафедра мудири, ўқув бўлими ҳамда ички назорат ва мониторинг бўлими томонидан назорат қилинади.

V. Рейтинг натижаларини қайд қилиш ва таҳлил этиш тартиби

25. Талабанинг фан бўйича назорат турларида тўплаган баллари цикл якунида рейтинг қайдномасига бутун сонлар билан қайд қилинади. Рейтинг дафтарчаси ёки талабалар рейтингини ҳисобга олиш электрон тизимининг “Ўқув режасида ажратилган соат” устунига цикл учун фанга ажратилган умумий ўқув юклама соатлари, “Фандан олинган баҳо” устунига эса 100 баллик тизимдаги ўзлаштириши қўйилади.

Талабанинг саралаш балидан паст бўлган ўзлаштириши рейтинг дафтарчасига қайд этилмайди.

26. Фан бўйича ўтказиладиган назорат турларининг натижалари гуруҳ журналлари ҳамда қайдномада қайд этилади ва шу куннинг ўзида (назорат тури ёзма иш шаклида ўтказилган бўлса, 2 (икки) кун муддат ичида) талабалар эътиборига етказилади.

27. Якуний назорат натижаларига кўра фан ўқитувчиси талабаларнинг фан бўйича рейтингини аниқлайди ҳамда рейтинг дафтарча ва қайдноманинг тегишли қисмини тўлдиради.

28. Талабанинг рейтинги унинг билими, кўникмаси ва малакалари даражасини белгилайди. Талабанинг семестр бўйича умумий рейтинги барча фанлардан тўпланган рейтинг баллари йиғиндиси орқали аниқланади.

29. Талабалар рейтингини ҳисобга олиш электрон тизимига ва рейтинг қайдномасига талабаларнинг фан бўйича рейтинги қайд этилади.

30. Талабаларнинг назорат турлари бўйича эришган натижалари кафедралар, деканатлар ва ўқув – услубий бўлинмаларида компьютер хотирасига киритилиб, мунтазам равишда таҳлил қилиб борилади.

31. Жорий ва якуний назорат натижалари кафедра йиғилишлари, факультет ва институт Илмий кенгашларида мунтазам равишда муҳокама этиб борилади ва тегишли қарорлар қабул қилинади.

VI. Якуний қоидалар

32. Ўзбекистон Республикаси Олий ва ўрта махсус таълим вазирлиги ҳамда Ўзбекистон Республикаси Вазирлар Маҳкамаси ҳузуридаги Давлат тест маркази тест баҳолари ва рейтинг балларининг холислигини текширишни ташкил этади ва назорат қилади.

33. Ушбу Низомда белгиланган масалалар бўйича келиб чиққан низолар қонун ҳужжатлари асосида ҳал қилинади.

Кафедра йиғилишида муҳокама қилинган ва тасдиқланган,

Баённома № 1.

ЛОР ва офталмология кафедраси

мудири, доцент: Нуров У.И.

TECTLAR TO`PLAMI

1. Qaysi mamlakatda qadimgi oftalmologiya ta’limoti haqida dastlabki ma’lumotlar aniqlangan?
A. Vavilon
B. Gretsiya
C. Misr
D. Rim
E. Xitoy

2. Tarixda birinchi vrach oftalmologning ismi nima?
A. Pepi Ank Iri
B. Uadjet
C. Sushruta
D. Haraki
E. Gippokrat

3. Qadimda shifokorlar kataraktani qanday davolashgan?
A. Igna sanchib
B. Gavharni shishasimon tanaga cho’ktirish yo’li bilan
C. Ekstrakapsulyarli katarakta ekstraksiyasi
D. Kuydirish
E. Ko’z oynak tayinlash

4. Qadimgi yunon tibbiyotida kim tomondan birinchi ko’z va ko’z kasalliklari ta’riflangan?
A. Galen
B. Gippokrat
C. Selsiy
D. Platon
E. Aristotel

5. Optika asoslari kim tomondan yaratilgan?
A. Galen
B. Diogen
C. Platon
D. Aristotel

E. Evklid

6. O’zbekistonda nechanchi yilda ilk ko’z kasalliklari kafedrasi tashkil etilgan?
A. 1917
B. **1920**
C. 1932
D. 1945
E. 1949

7. Ko’z tomchilarini tomizishda optimal tanaffus qancha vaqtni tashkil etadi?
A. 1-2 minut
B. 2-5 minut
C. 15-30 minut
D. 1 soat
E. 6-12 soat

8. Qanday tartibda ko’z surtmalari surtiladi?
A. 1-2 maxal kuniga
B. 3-5 maxal kuniga
C. 5-8 maxal kuniga
D. 8-12 maxal kuniga
E. 12-20 maxal kuniga

9. Oftalmologiyada midriatiklar qanday maqsadlarda qo’llanilmaydi?
A. Oftalmoskopiya o’tkazish uchun, ko’z qorachig’ini kengaytirish maqsadida
B. Sikloplegiyaga erishish uchun
C. Akkomodatsiya spazmini davolash uchun
D. Kataraktani davolash uchun
E. Uveitlarda orqa sineyxiya rivojlanishini to’xtatish uchun

10. Gemato-oftalmik to’siq quyidagilardan iborat:
A. Rangdor parda, siliar tana va xoriedeyaning qon-tomir devorlaridan
B. A. caroticus communis devori va to’r parda tomirlari devoridan
C. Ichki uyqu arteriya devori, a. ophthalmica va miya arteriyasidan
D. Konyunktiva, sklera, rangdor parda va a. hyaloidea tomirlari devorlaridan
E. Sklera, ko’zning yordamchi a’zolari tomirlari devori va shox pardadan

11.Ko’z dori-preparatlarini qabul qilganda ko’p kuzatiladigan nojo’ya tasirini sanab o’ting:
A.Ko’z qurishi, allergik reaksiya, rangdor parda pigmentatsiyasi oshishi
B. Psixoz, galyutsinatsiya, qon ivishini buzilishi
C. Tutqanoq, qon bosimi ko’tarilishi, harorat ko’tarilishi
D. Ko’z ichki bosimi pasayishi, depressiya, uyqu buzilishi
E. Ko’z nervi atrofiyasi, potensiya pasayishi, ko’z xarakatlantiruvchi muskul paralichi

12.Glaukomani davolashda kombinirlashgan preparatni ko’rsating:
A. Timolol
B. Spersallerg
C.Fotil
D. Dorzolamid
E. Latanoprost

13.Shox parda tarkibida qaysi qavat yoq?
A. Stroma
B. Boumen kapsulasi
C. Dessement qavat
D.Brux membranasi
E. Endoteliy

14.Shox parda qaysi nervdan sezgi innervatsiyani oladi?
A. Ko’zni harakatlantiruvchi nerv
B. Uch shoxli nerv
C. Yuz nervi
D. G’altaksimon nerv
E. Uzoqlashtiruvchi nerv

15.Makula nechta qavatdan iborat?
A. 2
B. 4
C. 6
D. 8
E. 10

16.Yuqori ko`z tirqishidan qaysi qon-tomir o`tadi ?
A.V. Ophtalmica
B. A. ophtalmica
C. A. Lacrimalis
D. A. ethmoidalis
E. A. ciliaris

17.Shox pardaning qaysi qavati yuqori regenerator xususiyatiga ega?
A. Stroma
B. Boumen kapsulasi
C. Dessement qavat
D.Epiteliy
E. Endoteliy

18.Shox pardaning qaysi qavati ximik reagentlar ta'sirida hosil bo'ladigan yiringli ekssudatni eritish xususiyatiga ega?
A. Stroma
B. Boumen kapsulasi
C.Dessemet qavat
D. Epiteliy
E. Endoteliy

19.Katta odamda gavharni nur sindirish ko'rsatgichi nechaga teng?
A.20 Dptr
B. 30 Dptr
C. 40 Dptr
D. 50 Dptr
E. 60 Dptr

20.Skleraning eng yupqa joyi……:
A. Limb
B. Ekvator
C.Ko'ruv nerv diski qismi
D. Qiyshiq mushak birikkan joyi
E. To'g'ri mushak birikkan joyi

21.Quyidagilardan qaysi biri sklera funksiyasiga kiradi?

A. Akkomodatsiya
B. Refraksiya
C. Trofika
D. Himoya
E. Nur o`tkazish

22. Lagoftalm qaysi nerv falajida kuzatiladi?
A. Ko'zni harakatlantiruvchi nerv
B. Uch shoxli nerv
C. Yuz nervi
D. G'altaksimon nerv
E. Simpatik nerv

23. Midriaz qaysi nerv falajida kuzatiladi?
A. Ko'zni harakatlantiruvchi nerv
B. Uch shoxli nerv
C. Yuz nervi
D. G'altaksimon nerv
E. Simpatik nerv

24. Tishsimon chiziq qayerda joylashgan?
A. Limb sohasida
B. To'g'ri mushaklar payli qismi birikish joyi
C. Kipriksimon tana sohasida
D. Ko'z ekvatorida
E. Ko'ruv nerv diskining oldida

25. To'r pardani eng tashqi qavati:
A. Pigmentli epiteliy
B. Tayoqchalar va kolbachalar qavati
C. Tashqi chegaralovchi glial membrana
D. Tashqi donador qavat
E. Tashqi to'rsimon qavat

26. Ko'z nervi diski sohasidagi tomirli pardaga mustahkam birikkan joyi ?
A. Yirik qon-tomirlar va KND atrofi
B. Sariq dog' va to'r pardaning periferiyasida
C. Tishsimon chiziq va to'r pardaning periferiyasida

D.Tishsimon chiziq va KND atrofi
E. Yirik qon-tomirlar va sariq dog’

27.Orqa kamera quyidagilarning qaysi biri bilan chegaralanmagan ?
A.Shox parda bilan
B. Rangdor parda bilan
C. Siliar tana bilan
D. Gavhar ekvatori bilan
E. Shishasimon tananing oldingi yuzasi bilan

28.Ko’ruv nervini qaysi hujayralar aksoni hosil qiladi?
A. Tayoqcha va kolbacha qavati
B. Tashqi donador qavat
C.Ganglionar qavat
D. Ichki donador qavat
E. Pigment qavat

29.Ko’ruv nervi qismi noto’g’ri berilgan javobni toping?
A. Ko’z ichi qismi
B. Mushaklar orasi qismi
C. Orbital qismi
D. Kanal ichi qismi
E. Miya qutisi ichidagi qismi

30.Xususiy tomirli pardani shakllantiradi:
A. aa. ciliares anterior
B. a. lacrimalis
C. aa. ethmoidales anterior et posterior
D.aa. ciliares posterior breves
E. aa. ciliares posterior longus

31.Normada ko’rish burchagi nimaga teng?
A.1 minut
B. 1 sekund
C. 1 gradus
D. 5 minut
E. 5 gradus

32.Ko’rish o’tkirligi qanday ko’rsatkichlar bilan o’lchanadi?
A.Qiyosiy birliklarda
B. Dioptriyalarda
C. Metrlarda
D. Millimetrlarda
E. Graduslarda

33.Ko’z to’r pardasining qaysi qismi ko’rish o’tkirligining eng yuqoriligini ta’minlaydi?
A.Sariq dog’ning markaziy chuqurchasi sohasi
B. Sariq dog’ning butun yuzasi
C. Ko’ruv nervining disk sohasi
D. Ko’rish o’tkirligi to’r pardaning butun yuzasida bir xil
E. To’r pardaning periferik qismi

34.Ko’rish analizatorida necha turdagi yorug’lik sezuvchi komponentlar bor?
A. 2
B. 3
C. 4
D. 5
E. 7

35.Optotip nima?
A.Ko’rish o’tkirligini aniqlash uchun foydalaniladigan son,xarf yoki biror boshqa belgi
B. Ko’rish qobiliyatining bir turi
C. Optik sistemaning tuzilishining o’ziga xos xususiyati
D. Optik sistemaning nur sindirish kuchini ifodalovchi ko’rsatkich
E. Rang sezish patologiyasi

36.Ko’rish o’tkirligi Snellen formulasi bo’yicha aniqlanadi. Quyidagi formulalar ichidan ushbu formulani toping.
A.visus=d/D
B. visus=D/d
C. visus=dxD
D. visus=Dd
E. visus=Dd

37.To’g’ri rang sezish qanday nom bilan ataladi?
A.Normal trixromaziya
B. Anormal trixromaziya
C. Dixromaziya
D. Monoxromaziya
E. Axromaziya

38.Protanomaliya nima?
A.Qizil rangni ajratolmaslik
B. Yashil rangni ajratolmaslik
C. Ko’k rangni ajratolmaslik
D. Hamma ranglarni umuman ajratolmaslik
E. Sariq rangni ajratolmaslik

39.Yashil rangni ajratolmaslik holati qanday ataladi?
A.Deyteranopiya
B. Deyteronomaliya
C. Protanopiya
D. Protanomaliya
E. Tritanopiya

40.Zaxarlanishdan so’ng bemor hamma narsani sariq rangda ko’ra boshladi. Sizning tashxisingiz:
A.Ksantopsiya
B. Eritropsiya
C. Xloropsiya
D. Sianopsiya
E. Monoxromaziya

41.Skotoma bu…. :
A. To’q rangli ko’z olmasining o’smasi
B. Ko’z tubidagi to’q rangli o’sma
C. Periferik chegaraga yetmaydigan, ko’rish chegarasining o’choqli defekti
D. Ko’rish maydonining konsentrik torayishi
E. Periferik chegaraga yetadigan, ko’rish chegarasining organik defekti

42.Noto'g'ri javobni tanlang. Normal binokulyar ko'rishni ta'minlash uchun quyidagi shartlar bo'lishi kerak:

A. Ikkala ko'zning yetarli darajada ko'rish o'tkirligi (0,4dan yuqori)
B. Ikkala ko'z olmasining erkin harakati
C. Ikkala ko'zda bir xil kattalikda ko'rish – izeykoniya
D. Oliy ko'rish markazlari, o'tkazish yollari va to'r pardaning normal funksional ishlashi
E. Ko'z olmalarining turli xil gorizontal va frontal kesishmada joylashishi

43.55 yoshli emmetropga o'qish uchun qanday ko'zoynak tavsiya etiladi?

A. Spherae convex (+) 2,5 D
B. Spherae concave (+)2,5 D
C. Spherae convex (+) 1,5 D
D. Spherae concave (+)1,5 D
E. Spherae convex (+) 3,5 D

44.Agar bemorda o'rta darajali miopiya, ko'rish o'tkirligi bir xil saqlansa, qanday ko'zoynak doimiy taqish uchun tavsiya etiladi?

A. Spherae concave (-)3,25
B. Spherae concave (-)3,5 D
C. Spherae concave (-)3,75 D
D. Spherae concave (-)3,0 D
E. Doimiy taqish uchun ko'zoynak kerak emas.

45.Ko'z oynak tanlashda ikkala ko'z orasidagi farq nechta dioptriygacha bo'lishi mumkin :

A. 2,0 D gacha
B. 3,0 D gacha
C. 1,0 D gacha
D. 4,0 D gacha
E. Ko'zoynak tanlaganda, ikkala ko'z orasida farq bo`lmasligi kerak

46.Asta-sekin og'riqsiz ko'rish o'tkirligini pasayishi shikoyati bilan kechadigan oftalmologik kasallikni ko'rsating.

A. Katarakta, miopiya, ochiq burchakli glaukoma
B. Konyunktivit, dakriosistit, dakrioadenit
C. Keratit, blefarit, meybomiit

D. Kanalikulit, yopiq burchakli glaukoma, quruq ko’z sindromi
E. Irit , siklit, xoreoidit

47. Qaysi kasallik yaqqol og’riq bilan va ko’rish o’tkirligini keskin pasayishi bilan kechadi?
A. Blefarit, meybomiit
B. O’tkir konyunktivit,dakriosistit
C. Yopiq burchakli glaukoma xuruji, o’tkir iridosiklit
D. Quruq ko’z sindromi,dakrioadenit
E. O’tkir xorioidit, katarakta

48. Qaysi asbob yordamida ko’z olmasining joylashishi baholanadi?
A. Maklakov tonometri
B. Oynali oftalmoskop
C. Gertel ekzoftalmometri
D. Pyezometr
E. Shiots tonometri

49. Yon tomondan yoritib ko’rish tekshiruvini o’tkazish uchun qaysi asboblar zarur?
A. Gonioskop va tirqishli lampa
B. Tirqishli lampa
C. Yorug’lik lampasi va lupa 13,0 yoki 20,0 dptr
D. Yorug’lik lampasi va oftalmoskop
E. Oftalmoskop, 13 dptr lupa va lampa

50. Ko’z tubini tekshirishda qo’llaniladigan usulni ko’rsating :
A. Gonioskopiya
B. Biomikroskopiya
C. O’tkazuvchi yorug’lik yordamida ko’rish
D. Ekzoftalmometriya
E. Oftalmoskopiya

51. Gonioskopiya quyidagini tekshirishga imkon beradi :
A. To’r pardadagi infiltratlarni cho’kish chuqurligini
B. Ko’z oldi kamerasining burchagining holatini
C. Gavhardagi xiralashishning joylashish chuqurligini
D. Qovoqlar va ko’z olmasining konyunktivasini

E. Ko’zning orqa kamerasidagi suyuqlikning tiniqligini

52.Ko’z ichki bosimini palpator tekshirishda aniqlanadigan bosimning darajalari to’g’ri ko’rsatilgan qatorni ko’rsating:
A. T_N, T_1, T_4
B. T_2, T_3, T_4
C. T_1, T_0, T_5
D. T_N, T_3, T_2
E. T_5, T_0, T_5

53.Ko’z ichki bosimini maklakov tonometri yordamida o’lchashda kerak bo`ladigan vositalarni ko’rsating:
A.Lidokain ,applanatsion tonometr (vazni 10,0gramm bo’lgan toshchalar), kollargol,spirt, Polyak lineykasi
B. Lidokain, applanatsion tonometr (vazni 5,0 gramm bo’lgan toshchalar), kollargol
C. Spirt, lyugol, applanatsion tonometr (vazni 15,0 gramm bo’lgan toshchalar), Polyak lineykasi
D. Bupivakain, applanatsion tonometr (vazni 7,5 gramm bo’lgan toshchalar), kollargol, spirt
E. Applanatsion tonometr (vazni 10,5 gramm bo’lgan toshchalar), kollargol, spirt, novokain, Polyak lineykasi

54.Qanday hollarda Maklakov tonometrini qo’llash mumkin emas:
A. Ko’z olmasining subatrofiyasida
B. Yuqori ko’z ichki bosimida
C.Ko’z olmasini ochilishi bilan kechgan operatsiyalardan so’ng va shox parda jarohatlarida
D. Bir ko’z yo’qligida
E. Ptoz va blefaritda

55.Ko’z ichki suyuqligini oqishi va ajralishini miqdorini aniqlash uchun qanday tekshirish usullari qo’llaniladi?
A. Gonioskopiya
B. Sutkalik tonometriya
C.Tonografiya
D. Diafanoskopiya
E. Reooftalmografiya

56.Qaysi kasallikning diagnostikasi uchun flyuoressent angiografiya qo'llaniladi?
A.To'r pardaning markaziy venasining trombozi
B. Gerpetik keratit
C. Shox pardaning o'rmalovchi yarasi
D. Shishasimon tana destruksiyasi
E. Yuqori darajadagi miopiya

57.To'r pardaning ko'chishini aniqlashga imkon beruvchi tekshirish usulini ko'rsating:
A. Transilyuminatsiya
B. Oftalmosfigmografiya
C. Tonografiya
D. Esteziometriya
E. Ko'zni ultratovushli tekshirish(B scan)

58.Ko'z yoshi kanallari va ko'z yoshi qopining funksiyalarini o'rganish uchun qanday sinama o'tkaziladi?
A.Kanalchali sinama
B. Burun sinama
C. Shirmer sinamasi
D. Norn sinamasi
E. Djonson sinamasi

59.Bemor 2 metrdan barmoq sanasa, uning ko'rish o'tkirligi nechaga teng?
A. 0,2
B. 0,02
C. 0,06
D. 0,04
E. 0,4

60.Ko'rish maydonidagi skotoma qaysi tekshirish usuli yordamida aniqlanadi?
A.Kampimetriya
B. Ko'rish maydonini taxminiy aniqlanishi
C. Tonometriya
D. Ko'zni ultratovush yordamida tekshirish

E. Diofanoskopiya

61.5 metr masofadan sog'lom odam Sivsev – Golovin jadvalini qaysi qatorini ko'rishi kerak?
A. 1
B. 5
C. 8
D. 10
E. 12

62.Ko'rish o'tkirligini aniqlash usullarini ko'rsating. Notog'ri javobni tanlang:
A. Golovin – Sivsev jadvali yordamida
B. Forroptor yordamida
C. Orlova jadvali yordamida
D. Qo`l barmoqlarini ko'rsatish va Snellen formulasi yodamida hisoblash
E. Adaptometr yordamida

63.Rot apparatiga joylashtirilgan Golovin – Sivsev jadvali yordamida tekshirish qanday masofadan o'tkaziladi?
A. 1 metr
B. 3 metr
C. 5 metr
D. 10 metr
E. 50 metr

64.Ko'zning fizik refraksiyasida aniqlanadi:
A. Ko'z gavharining nur sindirish kuchi
B. Ko'zning barcha optik muhitlarining nur sindirish kuchi
C. Ko'zning barcha optik muhitlarining nur sindirish kuchi va to'r pardaga nisbatan asosiy fokusni holati
D. To'r pardaga nisbatan asosiy fokusni holati
E. To'r pardaning sindiruvchi kuchi

65.Ko'zning klinik refraksiyasida aniqlanadi:
A. Ko'z gavharining nur sindirish kuchi
B. Ko'zning barcha optik muhitlarining nur sindirish kuchi

C. Ko’zning barcha optik muhitlarining nur sindirish kuchi va to’r pardaga nisbatan asosiy fokusni holati
D. To’r pardaga nisbatan asosiy fokusni holati
E. To’r pardaning sindiruvchi kuchi

66. Shox pardani nur sindiruvchi kuchi . . . . . dioptriyaga teng:
A. 1,5-2,0
B. 40,0-42,0
C. 18,0-20,0
D. 60,0-62,0
E. 28,0-30,0

67. Gavharning nur sindiruvchi kuchi … ga teng:
A. 1,5-2,0 D
B. 40,0-42,0 D
C. 18,0-20,0 D
D. 60,0-62,0 D
E. 28,0-30,0 D

68. Ko’zning nur sindiruvchi kuchi … ga teng:
A. 1,5-2,0 D
B. 40,0-42,0 D
C. 18,0-20,0 D
D. 60,0-62,0 D
E. 28,0-30,0 D

69. Akkomadatsiya tinchligida predmetlar manzarasi emmetropi joylashadi:
A. To’r pardada
B. To’r parda oldida
C. To’r parda ortida
D. Paramakulyar
E. Shishasimon tanada

70. Miopiya kasalligi – bu … miopiya:
A. O’rtacha darajadagi
B. Yuqori darajadagi
C. O’rtacha darajadagi
D. Avj olib boruvchi

E. Ko’z ichki pardalari

71.Miopiya eng yuqori ko’ruv o’tkirligini beruvchi . . . . . linza bilan korreksiyalanadi:
A. Eng ko’p musbat
B. Eng kam manfiy
C. Eng ko’p manfiy
D. Eng kam musbat
E. Korreksiya talab qilinmaydi

72.Gipermetropiya eng yuqori ko’ruv o’tkirligini beruvchi . . . . . linza bilan korreksiyalanadi:
A. Eng ko’p musbat
B. Eng kam manfiy
C. Eng ko’p manfiy
D. Eng kam musbat
E. Korreksiya talab qilinmaydi

73.Emmetropiya eng yuqori ko’ruv o’tkirligini beruvchi . . . . . linza bilan korreksiyalanadi:
A. Eng ko’p musbat
B. Eng kam manfiy
C. Eng ko’p manfiy
D. Eng kam musbat
E. Korreksiya talab qilinmaydi

74.Ko’z refraksiyasi akkomadatsiya zo’riqishida … :
A. Kuchayadi
B. Susayadi
C. O’zgarmaydi
D. Qisman kuchayadi
E. Qisman susayadi

75.Akkomadatsiya zo’riqishida ko’z qorachig’i:
A. O’zgarmaydi
B. Kengayadi
C. Torayadi
D. Ba’zi hollarda qisqaradi

E. Ba’zi hollarda kengayadi

76.Akkomadatsiyaning faol komponenti hisoblanadi:
A.Siliar mushakni qisqarishi
B. Gavharning elastik xususiyati
C. Gavharni nur sindirish ko’rsatkichini o’zgarishi
D. Ichki to’g’ri mushaklarni zo’riqishi
E. Ichki qiyshiq mushaklarni zo’riqishi

77.Sikloplegiya atamasining ma’nosi:
A. Ko’zni xarakatlantiruvchi mushaklar falaji
B. Akkomadatsiya falaji
C. Medikamentoz midriaz
D. Akkomodatsiya susayishi
E. Medikamentoz mioz

78.Mutloq akkomadatsiya nima?
A.Har bir ko’zning aloxida akkomodatsiyasi
B. Binokulyar akkomodatsiya
C. Akkomadatsiyani maksimal zo’riqishida ko’zning klinik refraksiyasi
D. Akkomadatsiyani minimal zo’riqishida ko’zning klinik refraksiyasi
E. Akkomadatsiyani o’rtacha zo’riqishida ko’zning klinik refraksiyasi

79.Presbiopiya quyidagi holat bilan bog’liq:
A.Yoshga bog’liq holda gavharning elastikligini kamayishi va siliar mushakning susayishi
B. Yoshga bog’liq holda siliar mushakni susayishi va gavharning nur sindirish ko’rsatkichini kamayishi
C. Yoshga bog’liq ravishda gavharning nur sindirish ko’rsatkichini pasayishi
D. To’r pardaning farqlovchi xususiyatini kamayishi
E. Yoshga bog’liq holda siliar mushakning susayishi

80.Presbiopiya odatda . . . . . yoshdan boshlanadi:
A. 30-35
B. 35-40
C.40-45
D. 45-50
E. 36-42

81.Presbiopiya quyidagi holatda erta boshlanadi:
A.Gipermetropiyada
B. Emmetropiyada
C. Miopiyada
D. Ahamiyati yo’q
E. Astigmatizmda

82.Gipermetropiya darajasi necha dioptriygacha kuchsiz xisoblanadi?
A. 1. 0
B. 2. 0
C. 3. 0
D. 4. 0
E. 5. 0

83.Gipermetropiya darajasi necha dioptriygacha o’rtacha xisoblanadi?
A. 1. 0
B. 2. 0
C. 3. 0
D. 4. 0
E. 2. 0-5. 0

84.Gipermetropiya necha dioptriydan keyin yuqori hisoblanadi?
A. 1. 0
B. 2. 0
C. 3. 0
D. 4. 0
E. 5. 0

85.Ametropiya kuchsiz darajasi refraksiyasi… ga teng:
A. 2,5 D
B. 3,25 D
C. 2,75 D
D. 3,5 D
E. 3,0 D

86.Ametropiya o’rtacha darajasi refraksiyasi… ga teng:
A. 2,5-5,5 D

B. 3,25- 6,0 D
C. 2,75- 5,75 D
D. 3,5-6,25 D
E. 3,0-6,0 D

87. Tashqi govmichcha – bu:
A. Konyunktiva ichki qismini chegaralangan yallig'lanishi
B. Qovoq qalinligida yallig'lanishli infiltrat
C. Ter bezining surunkali yallig'lanishi
D. Meybomiy bezining o'tkir yallig'lanishi
E. Kiprik ildizi qopchasining o'tkir yiringli yallig'lanishi

88. Tashqi govmichchani keltirib chiqaruvchi mikroorganizm:
A. Diplokokk
B. Stafilokokk
C. Pnevmokokk
D. Streptokokk
E. Kox tayoqchasi

89. Surunkali dakriosistit sababi xisoblanadi:
A. Surunkali meybomiit
B. Ko'z yoshi nayining stenozi
C. Surunkali konyunktivit
D. Ko'z yosh- burun kanaliningstenozi
E. Surunkali kanalikulit

90. O'tkir dakrioadenitda patologik jarayon joylashadi:
A. Yuqori qovoqning tashqi qismida
B. Yuqori qovoqning ichki qismida
C. Pastki qovoqning tashqi qismida
D. Pastki qovoqning ichki qismida
E. Har qanday sohada joylashishi mumkin

91. Govmichchani davolashdagi qanday muolajalar orbita flegmonasi, orbital venalar trombozi kabi asoratlarga olib kelishi mumkin?
A. Choydan tayyorlangan malham (primochka)
B. Quruq issiq
C. Autogemoterapiya

D. Yiringni siqib chiqarishga urinish
E. Kortikosteroidlar instillyatsiyasi

92. Xalazionni jarrohlik usulidan olib tashlangach, to'qima gistologik tekshiruvga yuboriladi, sababi?
A. Xalazion– bu xavfli o'sma
B. Naysimon suyaklarga metaztaz beradi
C. Xalazion o'rniga meybomiy bezi adenokarsinomasi rivojlanadi
D. Hujayralardagi viruslarni aniqlash uchun
E. Xavfli o'smaga aylanish ehtimoli bor

93. Lagoftalm uchun xos:
A. Ko'z tirqishini yopishning imkoni yo'qligi
B. Ko'z tirqishi soxasida qovoq chetlarini bitib ketishi
C. Ko'z tirqishi soxasida qovoqlar chetini qisman bitishi
D. Yuqori qovoqning tushishi
E. Ko'z tashqi burchagi soxasida teri burmasi

94. Ptoz uchun xos:
A. Ko'z tirqishini yopishni imkoni yo'q
B. Ko'z tirqishi soxasida qovoqni to'liq bitishi
C. Ko'z tirqishi soxasida qovoqlar chetini qisman bitishi
D. Yuqori qovoqning tushishi
E. Ko'z tashqi burchagi soxasida teri burmasi

95. Ptozni davolash:
A. Jarroxlik
B. Sol. Atropini sulfatis 1% instillyatsiyasi
C. Qovoq ostiga antibiotikli dori plyonkasini qo'yish
D. Yuqori qovoqni ko'taruvchi mushaklarni mustaxkamlash bo'yicha mashqlar
E. Gipnoz yordamida

96. Surunkali dakriosistitni klinik simptomatikasi:
A. Yosh oqishi va yiringli ajralma
B. Ko'z yoshi qopchasi sohasida og'riq
C. Ko'z yoshi qopchasi sohasida giperemiya va shish
D. Shox parda sindromi

E. Ko’z qurishi sezgisi

97.Entropion bu:
A.Qovoqni buralishi
B. Qovoqni ag’darilishi
C. Ko’z tirqishini qisqarishi
D. Qovoq kolobomasi
E. Ko’z tirqishini qisqarishi

98.Ektropion bu:
A.Qovoqni ag’darilishi
B. Qovoqni buralishi
C. Ptoz
D. Ko’z tirqishini kaltalashishi
E. Ko’z tirqishini qisqarishi

99.Qovoq halqasimon mushagini falaji quyidagi xolat bilan namoyon bo’ladi:
A.Lagoftalm
B. Blefarospazm
C. Ptoz
D. Qovoqni buralishi
E. Qovoqni ag’darilishi

100. Tangachasimon blefarit simptomi:
A. Qovoq chetlarini nisbatan qizarishi
B. Kipriklar asosi kulrang-oqish tangachalar bilan qoplanishi
C. Kasallik kechishi surunkali
D. Yiringli yallig’lanish
E. Tangachalar olib tashlanganda teri yaralanadi va qonaydi

101. Yarali blefarit simptomi:
A. Qovoq terisi chuqur infiltratsiyasi
B. Yiringli qobiqlar, ular olib tashlangandan so’ng qonovchi yarachalar hosil bo’ladi
C. Qovoqlarni chandiqlanishi, qalinlashishi, gipertrofiyasi
D. Kipriklar tagida kulrang-oqish rangli tangachalar
E. Qobiqlar olib tashlangach, gipertrofiyalangan do’mboqchalar hosil bo’ladi

102. Qovoq absessi sababi:
A. Govmichcha
B. Qovoqlar qayrilishi
C. Yarali blefarit
D. Oddiy blefarit
E. Xalazion

103. Infiltratsiya bosqichidagi qovoq abssessini davolash:
A. Quruq issiq
B. Antibiotiklar, umumquvvatlovchi vositalarni qabul qilish
C. Absessni ochish
D. Absess bo'shlig'ini drenajlash
E. Gipertonik eritmali bog'lam qo'yish

104. Oddiy va tangachali blefaritni mahalliy davolash mezonlari:
A. Tangachalarni va tiqinlarni olib tashlash
B. Dezinfeksion va antibakterial malhamlar bilan shisha tayoqcha yordamida qovoq massaji
C. Miotiklar tomizish
D. Tizimli kortikosteroidlar
E. Vitaminli tomchilar,regeneratsiyalovchi malhamlar (solkoseril)

105. Chaqaloqlarda dakriosistitni davolashning asosiy mezonlari:
A. Ko'z yoshi naylarini yuvish va zondlash
B. Dakriosistorinostomiya
C. Medikamentoz davolash
D. Konyunktival qopchani antiseptiklar bilan yuvish
E. Fizioterapevtik muolaja

106. Pterigiumni davolash uchun qo'llaniladi:
A. Operativ davo
B. Fizioterapiya
C. Kontakt korreksiya
D. Lazerkoagulyatsiya
E. Konservativ davo

107. Traxoma klinikasi nechta boskichdan iborat?
108. 2

109. 3
110. 4
111. 5
112. 1

113. Pnevmokokkli konyunktivit uchun xos emas:
A. Qovoq shishi
B. O`tuvchi burma sohasida follikulalar hosil bo`lishi
C. Bulbar konyunktivada nuqtali gemorragiyalar
D. Qovoqlar konyunktivasida oq-kulrang qoplamalar paydo bo`lishi
E. Konyunktiva giperemiyasi

114. Moraks-Aksenfeld diplobatsillalar chaqirgan konyunktivitda spetsifik davo:
A. Nosteroid yallig`lanishga qarshi vositalar
B. Polimiksin
C. Rux sulfat
D. Tetraksiklin qatori preparatlari
E. Kortikosteroidlar

115. Diplobatsilyar konyunktivitni klinik belgilariga xos emas:
A. Ko`z olmasi konyunktivasida kichik qon quyilishlar
B. Asosan surunkali yoki o`tkir osti kechishi
C. Kam miqdorda konyunktiva giperemiyasi shilliq ajralishi bilan
D. Ko`z tirqishi burchaklari lokalizatsiyasi o`zgarishlari
E. Ko`z tirqishi tashqi va ichki burchaklari terisi matseratsiyasi

116. Difteriyali konyunktivit belgisi bo`lib hisoblanmaydi:
A. Kuchli qovoqlar shishi
B. Ajralma xira, seroz-qonli suyuqlik
C. Qiyin ajraluvchi kulrang fibrinoz parda
D. Shox pardada infiltratlar va qon quyulishlar
E. Qovoq konyunktivasi va uning burmalarida ko'plab mayda follikulalar aniqlanadi

117. Tug'ma gonoblenoreya belgilari bola tug'ilgandan keyin nechanchi kunida rivojlanadi?
A. 2-3

B. 5-7
C. 10-12
D. 14-21
E. 1 oydan keyin

118. Ko'zdan quyuq, yiringli, qaymoqsimon konsistensiyali va sariq rangli ajralma tegishli:
A. O'tkir epidemik konyunktivit
B. Difterik konyunktivit
C. Gerpetik konyunktivit
D. Gonoblenoreya
E. O'tkir pnevmokokkli konyunktivit

119. Bakterial konyunktivitlarga kirmaydi:
A. Angulyar konyunktivit
B. Adenofaringokonyunktival isitmalash
C. O`tkir epidemik konyunktivit
D. Gonoblenoreya
E. Difteriyali konyunktivit

120. Virusli konyunktivitlarga kirmaydi:
A. Angulyar
B. Adenofaringokonyunktival isitmalash
C. Epidemik follikulyar keratokonyunktivit
D. Gerpetik
E. Epidemik gemorragik

121. Qaysi kasallik xlamidiya tabiatiga ega?
A. Adenofaringokonyunktival isitmalash
B. Epidemik gemorragik konyunktivit
C. Kox-Uiks o`tkir epidemik konyunktiviti
D. Angulyar konyunktivit
E. Paratraxoma

122. Allergik konyunktivit klinik belgilarga xos emas:
A. "Toshlik yo'l" klinik belgisini beradi
B. Limbda jelatinli infiltrat aniqlanadi

C. Kuchli qichishish kelib chiqadi
D. Steroidlar tomizilishi samarali
E. Ko`p miqdorda yiringli ajralma

123. Kox-Uiks konyunktivitida davolash taktikasi. Noto'g'ri javobni aniqlang.
A. Bemor izolyatsiyasi
B. Kasallik tashuvchi bemorlarni aniqlash
C. Dezinfeksialovchi vositalarni va antibiotiklarni tez-tez tomizish
D. Furatsillin bilan yuvish
E. Binokular bog'lam qo'yish

124. Xlamidiyali konyunktivitni davolashda ishlatilmaydi:
A. Tetrasiklin qatori antibiotiklar
B. Sulfanilamidlar
C. Makrolidlar
D. Dezinfeksiyalovchi eritmalar
E. Mikrosirkulyatsiyani yaxshilovchi eritmalar

125. Kattalarda xlamidiyali konyunktivitlarga nimalar xos emas?
A. Ko'proq ayollarga xos
B. O'tkir boshlanishi, bir tomonlama kechishi
C. Follikulalarning borligi
D. Pastki qovoqning birdaniga qizarib shishib ketishi
E. Qiyin ajraluvchi, kulrang qobiqning borligi

126. Traxomaning asoratiga kirmaydi:
A. Madaroz
B. Trixiaz
C. Simblefaron
D. Kseroz
E. Pterigium

127. Konyunktival ineksiyada qaysi eritmani tomizish mumkin?
A. Adrenalin
B. Pilokarpin gidroxloridi
C. Kollargol
D. Flurossein

E. Atropin sulfati

128. Qanday preparatlar gonoblenariya davosida qo'llanilmaydi?
A. Furatsillin 1:5000 eritmasi bilan yuvish
B. Kaliy permanganat 1:5000 eritmasi bilan yuvish
C. Benzilpenitsillin natriyli tuzi bilan
D. Sulfatsil natriy 30% eritmasi bilan
E. Deksametazon 0,1%eritmasi

129. Gerpetik konyunktivit uchun xos emas?
A. Ko'z tirqishi burchagida qichishish va achishishning bo'lishi
B. Ko'pincha bolalar kasallanadi
C. Bir tomonlama shikastlanishi
D. Qovoqlar terisida ko'plab pufakchalarning bo'lishi
E. Uzoq va sust kechishi

130. Adenovirusli konyunktivit uchun xos emas?
A. Yuqori qovoqda pufakchalar borligi
B. Jag'osti limfa tugunlari kattalashishi
C. Nazofaringit simptomlari
D. Tana harorati ko'tarilishi
E. Bir tomonlama boshlanib, so'ngra ikkinchi ko'zga o'tadi

131. Zamburug'li konyunktivitning umumiy belgilariga nima xos emas?
A. Yallig'lanishni sekin kechishi
B. Konyunktivada tugunli granulemalarning shakllanishi, so'ngra yallig'lanish bilan yakunlanadi
C. Konyunktiva bezlarida cho'kmalarning shakllanishi
D. Qovoq terisi va shox pardaning birgalikda shikastlanishi
E. Uchburchakli vaskulizatsiyalangan burmani hosil bo'lishi

132. Konyunktiva saratoni belgilariga xos emas?
A. Ko'z ichki burchagi yoki limb sohasida joylashishi
B. Sklerani yuzasidan bo'rtib turishi va yuzasi notekis bo'lishi
C. Sklera va shox pardaga qarab o'sishi
D. Och-pushti rangda , keng asosli hosila

E. Tomirsiz, to’q pigmentli hosila

133. Konyunktiva gemangiomalari uchun qaysi belgilar xos emas?
A. Och-pushti rangda, keng asosli hosila
B. Kelib chiqishi tug’ma, angiomatozlar fonida
C. Silliq, yumaloq shaklli
D. To’q qizil rangda yoki kavernozli ko’rinishidagi hosila
E. Yuz terisi va bosh miya tomirlari patologiyalari bilan qo’shilib keladi

134. Ko’z shox pardasi yallig’lanish kasalliklari ataladi:
A. Konyunktivit
B. Irit
C. Keratit
D. Siklit
E. Uveit

135. Keratitlar uchun xos:
A. Oqim sustligidan kelib chiquvchi inyeksiya
B. Konyunktival inyeksiya
C. Aralash inyeksiya
D. Perikorneal inyeksiya
E. Chuqur inyeksiya

136. Ko’z muguz qavatidagi yallig’lanish qanday ataladi?
A. Absess
B. Infiltrat
C. Flegmona
D. Presipitat
E. Fibrin

137. Keratitdagi xiralashish:
A. Chetlari notekis, kulrang
B. Aniq chegaraga ega, kulrang
C. Chetlari notekis, oq rangda
D. Yallig’lanish turiga bog’liq
E. Aniq chegaraga ega, oq rangda

138. Ko’z dog’ida (belmo, leykomA. xiralashish:
A. Aniq chegaraga ega, kulrang
B. Noaniq chegarali, kulrang
C. Chetlari notekis, oq rang
D. Aniq chegaraga ega, oq rang
E. Chetlari notekis, sariq rang

139. Ekzogen keratitlarga quyidagi turlar mansub:
A. Yiringli
B. Neyroparalitik
C. Avitaminozli
D. Allergik
E. Travmatik

140. Endogen keratitlarga quyidagi turlar mansub:
A. Yiringli
B. Neyroparalitik
C. Avitaminozli
D. Allergik
E. Travmatik

141. Ko’z shox pardasiga qon -tomirlarni o’sib kirishi nomlanadi:
A. Infiltratsiya
B. Leykoma
C. Vaskulizatsiya
D. Penetratsiya
E. Ektropion

142. Yangi paydo bo’lgan yuza tomirlar ega:
A. To’q qizil rangda va cho’tkacha ko’rinishida
B. Och qizil rangda va cho’tkacha ko’rinishida
C. To’q qizil rangda va daraxt shoxi ko’rinishida
D. Och qizil rangda va daraxt shoxi ko’rinishida
E. To’q qizil rangda va nina ko’rinishida

143. Zaxmning qaysi ko’rinishida parenximatoz keratit kuzatiladi?
A. Birlamchi
B. Ikkilamchi

C. Uchlamchi
D. Tug’ma
E. Orttirilgan

144. Keratit uchun ko’z shox pardasi sezgirligining sezilarli pasayishi xos:
A. Bakterial
B. Sil
C. Gerpetik
D. Sifilitik
E. Adenovirusli

145. Shox parda yiringli yarasi ehtimoliy qo’zg’atuvchisi hisoblanadi:
A. Adenoviruslar
B. Gerpes virusi
C. Mikrobakteriyalar
D. Ko’k yiring tayoqchasi
E. Streptokokk

146. Ko’z oldi kamerasida yiring to’planishi qanday nomlanadi?
A. Gifema
B. Gipopion
C. Leykoma
D. Presipitat
E. Infiltrat

147. Ko’z muguz pardasi yiringli yarasining ehtimoliy asorati hisoblanadi:
A. Simblefaron
B. Shox parda perforatsiyasi
C. Panoftalmit
D. Pannus
E. Keratokonus

148. Yiringli keratitlarda quyidagi laborator tekshirishlarni o’tkazish zarur:
A. Immunologik
B. Biokimyoviy
C. Mikroskopik va bakteriologik
D. Flyuoressent tekshiruv usullari
E. Immunologik va biokimyoviy

149. Sifilitik parenximatoz keratit klinikasi tavsiflanadi:
A. Mahalliy infiltratsiya bilan
B. Muguz parda chuqur qavatlaridagi mahalliy infiltratsiya bilan
C. Tarqoq infiltratsiya bilan
D. Shox parda yuza qavatlaridagi tarqoq infiltratsiya bilan
E. Shox parda chuqur qavatlaridagi tarqoq infiltratsiya bilan

150. Sil-allergik keratokonyunktivitlar odatda . . . . . davrda kelib chiqadi:
A. Bolalik
B. Kattalarda
C. Yetuklik
D. Barcha yoshda
E. Chaqaloqlik

151. Sil-allergik keratitidagi shox parda sindromi namoyon bo'ladi:
A. Bo'lmaydi
B. Juda kuchli
C. Kuchsiz
D. Arang bilinadi
E. Kuchli

152. Sil-allergik keratitida limb yaqinida namoyon bo'luvchi yarim tiniq, dumaloq, kulrang "tugunchalar" nomlanadi:
A. Infiltrat
B. Fliktena
C. Yara
D. Pustula
E. Papula

153. Sil-allergik keratiti oqibatida paydo bo'ladi:
A. Turg'un infiltrat
B. Turg'un oq dog' (belmo)
C. Shox pardaning sezilarli yupqalashishi
D. Turg'un bulutcha
E. Turg'un dog'

154. Fliktenulyoz keratitning davolash mezonlari:
A. Zamburug'ga qarshi
B. Tetrasiklin qatoridagi antibiotiklar
C. Fermentativ preparatlar
D. Kortikosteroidlar
E. Sulfanilamidlar

155. Sil infeksiyasishox pardaga kiradi:
A. Tashqi muhitdan
B. Uveal traktdan
C. Konyunktivadan
D. Shishasimon tanadan
E. Ko'z ichi suyuqligidan

156. Patologik jarayonga tomirli qavatning oldingi va orqa bo'limlarini turli xil vaqtda qo'shilishi qanday omil bilan bog'liq?
A. Qon tomirlar tarmog'ini yoyilishi bilan
B. Boy innervatsiyasi bilan
C. Turli xil qon-tomirdan ta'minlanish tizimi bilan
D. Modda almashinishi kuchayishi bilan
E. Tomirli qavat ishtirokidagi murakkab vazifalari bilan

157. Rangdor parda qaysi qon- tomirlar bilan oziqlanadi?
A. Aa. Siliares posterior breves et longus
B. Aa siliares anterior et aa. Siliares poserior longus
C. Aa. Retinalis
D. Aa. Ophthalmica
E. Aa. Palpebralis

158. Irdiosiklit sababiga kirmaydi:
A. Karies
B. Tonzillit
C. Sinusit
D. Pulpit
E. Aniridiya

159. Iridosiklitda rangdor parda qanday o'zgaradi?
A. Shishadi, qalinlashadi, qorachiq torayadi, rangi o'zgaradi

B. Yassilashadi, midriaz rivojlanadi, qorachiq reaksiyasi kuzatilmaydi
C. Sarig'ish rangga kiradi, qorachiq kengayadi
D. Turg'un midriaz rivojlanadi, pigmenti siyqalashadi
E. Rangdor parda o'zgarmaydi, oldingi kamera suyuqligi o'zgaradi

160. O'tkir iridosiklitda oldingi kamera suyuqligining tarkibi qanday o'zgaradi?
A. O'zgarmaydi
B. Yot jismlar paydo bo'ladi
C. Oqsil paydo bo'lishi, qonning shaklli elementlari, epiteliy xujayralari
D. Birinchi kundan gifema paydo bo'lishi
E. Suyuqlik yashil rangga kiradi

161. Gipopion nima?
A. Oldingi kamerada qon yig'ilishi
B. Oldingi kamerada yiringli ekssudat
C. Rangdor parda pastki qismining yiringlashi
D. Rangdor parda pastki qismining defekti (kolobomasi)
E. Rangdor pardani shishishi va KIBning keskin ko'tarilishi

162. "Gifema" deyilganda nima tushuniladi?
A. Oldingi kamerada qon yig'ilishi
B. Oldingi kamerada yiringli ekssudat
C. Rangdor parda pastki qismining yiringlashi
D. Rangdor parda pastki qismining defekti (kolobomasi)
E. Rangdor pardani shishishi va KIBning keskin ko'tarilishi

163. "Rangdor parda bombaji"ni yuzaga kelishi?
A. Oldingi kamerada qon yig'ilishi
B. Oldingi kamerada yiringli ekssudat
C. Rangdor parda pastki qismining yiringlashi
D. Rangdor parda pastki qismining defekti (kolobomasi)
E. Qorachiq okklyuziyasi va seklyuziyasi

164. O'tkir iridosiklit qaysi kasallik bilan solishtiriladi?
A. Konyunktivit
B. Dakrioadenit
C. Dakriosistit

D. Glaukomaning o’tkir xuruji
E. Xalazion

165. Iridosiklitni davolashda muhim ahamiyatga ega:
A. Qorachiqni maksimal kengaytirish
B. Qorachiqni maksimal toraytirish
C. Maksimal darajada og’riqsizlantirish
D. AntiVEGF preparatlarini qo’llash
E. Antiglaukomatoz operatsiya

166. Iridosiklitda qo’llanilmaydigan preparatlar:
A. Midriatiklar
B. Steroidlar
C. Antibiotiklar
D. Taufon
E. Analgetiklar

167. O’tkir iridosiklitda bemorning shikoyatlariga kirmaydi:
A. Ko’zda kuchli tungi og’riq
B. Yiringli ajralma, ko’zning yopishib qolishi
C. Ko’z qizarishi
D. Ko’z yosh oqishi
E. Yorug’likdan qo’rqish, blefarospazm

168. Orqa sinexiyalarni uzish uchun midriatiklar bilan birga qo’llaniladi:
A. Tripsin, lidaza parabulbar, subkonyunktival, elektroforez
B. Emoksipin, retinalamin parabulbar, retrobulbar
C. Taufon, konyunktiva ostiga kvinaks, epibulbar
D. Qovoqlar massaji
E. Ko’z olmasi massaji

169. Surunkali iridosiklitga qaysi kasallik olib kelishi mumkin?
A. Tuberkulyoz
B. Ateroskleroz
C. Katarakta
D. Gipertoniya kasalligi
E. YuIK

170. Iridosiklit kasalligidan keyin ikkilamchi glaukoma sababi:
A. Sinexiyalar hosil bo'lishi
B. Oldingi kamera burchagining tug'ma noto'liq rivojlanganligi
C. Keratit
D. Presipitatlar
E. Qorachiq torayishi

171. Xoreoidit bu nima?
A. Xususiy tomirli parda yallig'lanish kasalligi
B. Rangdor parda yallig'lanish kasalligi
C. Kipriksimon tana yallig'lanish kasalligi
D. Tomirli pardaning barcha qismlarning yalliglanishi
E. Ko'zning barcha qavatlarini yallig'lanishi

172. Xoreoiditlarga qaysi infeksiyalar sabab bo'lmaydi?
A. Toksoplazmoz
B. Tuberkulyoz
C. Quturish
D. Toksokaroz
E. Sifilis

173. Lokalizatsiya bo'yicha xoreoiditlar bo'linmaydi:
A. Markaziy
B. Peripapillyar
C. Ekvatorial
D. Periferik
E. Ishemik

174. Xoreoretinal o'choq davolashdan keyin qanday o'zgaradi?
A. Chegaralari noaniqlashadi
B. Hajmi qalinlashadi
C. O'choq soxasida xoreoideya qalinlashadi
D. Chegaralari aniqlashadi
E. Yashil tusga kiradi

175. Xoreoiditlar asorati:
A. Xoreoretinit, neyroretinit
B. Ektropion, entropion
C. Simblefaron, blefaroxalazis
D. Aniridiya, tomirli parda kolobomasi
E. Quruq ko'z sindromi

176. Xoreoidit qaysi kasallik bilan solishtiriladi?
A. Xoreoideya melanomasi
B. Dakrioadenit
C. Keratit
D. Glaukoma
E. Konyunktivit

177. Xoreoiditlarni davolashda qaysi preparatlarni qo'llash tavsiya etiladi?
A. Lipostabilizatorlar
B. Kortikosteroidlar
C. Vitamin tomchilar
D. Epitelizatsiyani yaxshilovchilar
E. Ko'z ichki suyuqligini kamaytiruvchilar

178. Xoreoideyani qaysi qon-tomirlar tashkil etadi?
A. Oldingi kipriksimon arteriyalar
B. Orqa uzun kipriksimon arteriyalar
C. Orqa kalta kipriksimon arteriyalar
D. To'r parda markaziy arteriya
E. Mushak arteriyalari

179. Xoreoidit kelib chiqishiga qaysi xavf omillar sabab bo'ladi?
A. Katarakta
B. Birlamchi ochiq burchakli glaukoma
C. To'r parda markaziy venasining trombozi
D. Yallig'lanish kasalliklari
E. Gipofiz adenomasi

180. Glaukoma – bu:
A. KIB ning pasayishi bilan kechuvchi kasallik
B. KIB ning ko'tarilishi bilan kechuvchi kasallik
C. Ko'ruv maydonini kengayishi bilan kechuvchi kasallik
D. Gavharni xiralashishi bilan kechuvchi kasallik
E. Ko'ruv nervini nevriti bilan kechuvchi kasallik

181. Tug'ma glaukomaning erta belgilari:
A. Shox pardaning vertikal o'lchamlari kattalashadi
B. Shox pardaning diametri kattalashadi
C. Shox pardaning qalinlashishi
D. Shox pardaning vertikal o'lchamlari kamayadi
E. Shox pardaning gorizontal o'lchamlari kamayadi

182. Tug'ma glaukomada oldingi kamera:
A. Chuqur
B. Sayoz
C. O'rta chuqurlikda
D. Ko'rinmaydi
E. Qon bilan

183. KIBning ko'rsatkichlari bo'yicha tug'ma glaukomaning qaysi darajasi to'g'ri ko'rsatilgan?
A. Kompensatsiyalangan
B. Birlamchi
C. Normal KIB li glaukoma
D. Yuqori KIB li glaukoma
E. Juda yuqori KIB li glaukoma

184. KIBni normal ko'rsatkichlarini ko'rsating:
A. 13-20 mm sim. ust.
B. 16-26 mm sim. ust.
C. 10-25 mm sim. ust.
D. 8-24 mm sim. ust.
E. 14-28 mm sim. ust.

185. Tug'ma glaukomada operatsiyaning qaysi turi qo'llaniladi?
A. Sklerektomiya

B. Iridektomiya
C. Goniotomiya
D. Pterigiumektomiya
E. Xalazionektomiya

186. Glaukomaning o'tkir xurujida oldingi kamera burchagi:
A. Ochiq
B. O'rta
C. Keng
D. Yopiq
E. Normal

187. Glaukomaning o'tkir xurujida KIB qanchagacha oshadi?
A. 50-60 mm sim. ust
B. 20-30 mm sim. ust.
C. 16-26 mm sim. ust.
D. 18-35 mm sim. ust.
E. 30-40 mm sim. ust.

188. Glaukomaning o'tkir xurujiga xos bo'lmagan belgi:
A. Kamalak halqalar
B. Ko'ngil aynish
C. Qayt qilish
D. Yorug'likdan qo'rqish
E. Ko'zda og'riq

189. Glaukomaning o'tkir xurujida qo'llanishi mumkin bo'lgan dori-vositasini ko'rsating:
A. Pilokarpin
B. Atropin
C. Mezaton
D. Midriatsil
E. Kataxrom

190. Glaukomaning rivojlangan bosqichida ko'ruv maydoni qanchaga torayadi?
A. 20-25^{o}
B. 10-15 ^{o}

C. 5-10 ^{o}
D. 25-30 ^{o}
E. 30-35 ^{o}

191. Tug'ma glaukomaning belgisi:
A. Qorachiqning kengayishi
B. Qorachiqning torayishi
C. Blefarospazm
D. Perikorneal inyeksiya
E. Yorug'likdan qo'rqish

192. Yuklamali sinamaga oid sinamani ko'rsating:
A. Suv sinamasi
B. Arutimol sinamasi
C. Pilokarpin sinamasi
D. Glitserin sinamasi
E. Travatan sinamasi

193. Yuklamasiz sinamaga oid sinamani ko'rsating:
A. Diakarb sinamasi
B. Mezaton sinamasi
C. Atropin sinamasi
D. Adrenalin sinamasi
E. Qorong'ulik sinamasi

194. Buftalm – bu:
A. Shox parda chandig'i
B. Ko'z yosh oqishi
C. «buqako'z»
D. Blefarospazm
E. Qorachiqning bitishishi

195. Tug'ma glaukomada qaysi dori-vositalari qo'llanilmaydi?
A. Midriatiklar
B. Beta-adrenoblokatorlar
C. Prostaglandinlar
D. Diuretiklar
E. Glitserin

196. Glaukomada qaysi dispanser guruh belgilanadi?
A. 2
B. 3
C. 1
D. Berilmaydi
E. 3, 2 yoki 1ga o'tkazish bilan

197. Glaukomaning o'tkir xuruji glaukoma kasalligining qaysi turida uchraydi?
A. Ochiq burchakli glaukomada
B. Tug'ma glaukomada
C. Fakogen glaukomada
D. Yopiq burchakli glaukomada
E. Neovaskulyar glaukomada

198. Glaukoma o'tkir xurujining sababi:
A. Yallig'lanish
B. Jarohatlar
C. Stress
D. Gavharning shishishi
E. Uveit

199. Glaukomaning o'tkir xurujida oldingi kamera:
A. Chuqur
B. Sayoz
C. O'rta
D. Yiring bilan
E. Qon bilan

200. Ochiq burchakli glaukomaga xos bo'lmagan belgi:
A. Ko'zda qattiq og'riq
B. Ko'zning yoshlanishi
C. Bosh og'rig'i
D. Ko'ruv maydonini torayishi
E. KND ning ekskavatsiyasi

201. Ikkilamchi glaukoma sababi:

A. Og’ir fizik zo’riqish
B. Qorong’ulikda uzoq vaqt o’tirish
C. Stress
D. Boshni uzoq vaqt egik xolda bo’lishi
E. Qandli diabet

202. Glaukomada ko’ruv nervi ekskavatsiyasi qaysi usul yordamida aniqlanadi?
A. Kampimetriya
B. Perimetriya
C. Tonometriya
D. Oftalmoskopiya
E. Viziometriya

203. Glaukomaning o’ta rivojlangan bosqichida periferik ko’rish qanchagacha torayadi?
A. 25^{o}
B. 15^{o}
C. 30^{o}
D. 45^{o}
E. 5^{o}

204. Glaukomaning boshlang’ich bosqichida periferik ko’rish qanchaga torayadi?
A. 15^{o}
B. 20^{o}
C. 5^{o}
D. 25^{o}
E. 30^{o}

205. Katarakta – bu . . . xiralashishi bilan kechuvchi kasallik:
A. Oldingi kamera suyuqligini
B. Orqa kamera suyuqligini
C. Gavharni
D. Shishasimon tanani
E. Shox pardani

206. Boshlang’ich kataraktada qaysi dori vositasi samarali xisoblanadi:

A. Xinin
B. Kataxrom
C. Levomitsetin
D. Arutimol
E. Oftakviks

207. Tug'ma kataraktaning asoratini ko'rsating:
A. Ambliopiya
B. To'r parda distrofiyasi
C. To'r parda ko'chishi
D. Nistagm
E. Shishasimon tananing ko'chishi

208. Marfan sindromida uchraydigan belgi:
A. Gavharning siljishi
B. Afakiya
C. Aniridiya
D. Megalokornea
E. Ko'ruv nervi atrofiyasi

209. Tug'ma kataraktaning davolash usuli:
A. Xirurgik
B. Midriatiklarqo'llash
C. Vitamin tomchilar qo'llash
D. Antibiotiklar qo'llash
E. Kortikosteroidlar qo'llash

210. Gavhar ichidagi suyuqlik miqdori yosh kattalashgani sayin qanday o'zgaradi:
A. Ortadi
B. Kamayadi
C. O'zgarmaydi
D. Gipertrofiyalanadi
E. So'riladi

211. Tug'ma kataraktada qaysi belgi kuzatilmaydi:
A. Ko'zda og'riq
B. Ko'rishning pasayishi

C. G’ilaylik
D. Qorachiq kulrang
E. KIB normada

212. Mikrofakiya nima?
A. Kichik shox parda
B. Kichik rangdor parda
C. Kichik sklera
D. Kichik gavhar
E. Kichik ko’z olma

213. Afakiya nima?
A. Ko’z olma yo’qligi
B. Rang ajratishni yo’qligi
C. Gavxarni yo’qligi
D. Rangdor parda yo’qligi
E. Shishasimon tana yo’qligi

214. Shishayotgan katarakta qaysi davrda kuzatiladi:
A. 3
B. 2
C. 1
D. 4
E. 5

215. Leykokornea qaysi kasallikda kuzatiladi:
A. Glaukomada
B. Uveitda
C. Kataraktada
D. Daltonizmda
E. Retinopatiyada

216. Kataraktani zamonaviy davolash usuliga kiradi:
A. EEK
B. IEK
C. FEK
D. Goniotomiya
E. Goniopunktura

217. Ko’z to’r pardasida “olcha danagi” simptomi qaysi kasallikdan dalolat beradi:

A. To’r parda markaziy arteriyasi o’tkazuvchanligini buzilishida
B. To’r parda markaziy venasi o’tkazuvchanligini buzilishida
C. Diabetik retinopatiyada
D. Gipertonik retinopatiyada
E. Buyrak retinopatiyasida

218. Gipertoniya kasalligida ko’z tubidagi o’ziga xos simptomlar:

A. Pigment o’choqlar
B. Makulyar soxaning olachiporligi
C. Venalar arteriyalardan torroq, shtrixsimon qon quyilishlar
D. Yangi paydo bo’lgan tomirlar
E. Arteriyalarning qisqarishi, to’r pardaga mayda qon quyilish

219. Gipertoniya kasalligida ko’z tubidagi o’ziga xos simptomlar:

A. Salyus-Gunn simptomi (arteriovenoz kesishuv)
B. Makulyar soxadagi pigment o’choqlarni mavjudligi
C. Gvist simptomi (makulyar soxada mayda tomirlarning buralama egriligi)
D. Salyus-Gunn va Gvist simptomlari
E. Salyus-Gunn simptomi (arteriovenoz kesishuv), makulyar soxada pigment o’choqlarni mavjudligi

220. Tireotoksikozdagi o’ziga xos simptomlar:

A. Ko’ruv nervi diski chakka yarmida oqarishi
B. Ko’z oq, ko’ruv nervi diskida dimlanish
C. Ko’rish o’tkirligini kamayishi, mikroanevrizmalar
D. Ekzoftalm, pastga qarashda yuqori qovoqning ortda qolishi
E. Ko’z tubiga qon quyilish va mayda o’choqlar

221. Qandli diabetdagi o’ziga xos simptomlar:

A. Ko’z oq, markaziy skatoma
B. Ko’z oq, ko’rish buzilmagan, ko’z tubida Salyus-Gunn va Gvist simptomi
C. Ko’z oq, ko’rishni pasayishi, mikroanevrizmalar, qon quyilishlar
D. Ko’z oq, ekzoftalm, pastga qarashda yuqori qovoqni ortda qolishi
E. Ko’rish o’tkirligi buzilmagan, KIB me’yorda

222. Qaysi kasallik ko’ruv nervi diski ivishini keltirib chiqaradi:
A. Radikulit
B. Glaukoma
C. Ensefalit
D. Bazal meningit
E. Iridosiklit

223. Quyidagi holatda ko’ruv nervi nevriti kelib chiqadi:
A. Qon kasalligida
B. Polinevritda
C. Burun bo’shliqlari yiringli yallig’lanishida
D. Yuz nervi falajida
E. Bosh miya kontuziyasida

224. To’r parda markaziy venasi trombozi uchun xos simptom:
A. Gvistsimptomi
B. Salyus-Gunnsimptomi
C. “Yulduzcha” simptomi
D. “Ezilgan pomidor” simptomi
E. “Olcha danagi” simptomi

225. To’r parda markaziy arteriyasi okkluziyasi uchun xos simptom:
A. Gvistsimptomi
B. Salyus-Gunnsimptomi
C. “Yulduzcha” simptomi
D. “Ezilgan pomidor” simptomi
E. “Olcha danagi” simptomi*

226. Ko’zning qo’shma jarohati-bu:
A. Ko’zga yot jism tushishi bilan kechuvchi teshib kiruvchi jarohat
B. Gemoftalm va gavhar sublyuksatsiyasi bilan asoratlangan ko’z olmasi kontuziyasi
C. Boshqa a’zolarning jarohati va ko’z olmasi shikastlanishi bilan kechuvchi jarohat
D. Qovoqlar va shox pardaga yot jism tushishi bilan kechuvchi jarohat
E. Ko’z olmasi kontuziyasi va teshib kiruvchi jarohat

227. Orbita oldidagi yumshoq to'qimalar yirtilishi bilan kechuvchi jarohatlarda ko'rsatiladigan birinchi yordam:

A. Massiv antibakterial terapiya
B. Birlamchi xirurgik ishlov
C. Yallig'lanishni oldini olishga qaratilgan davo
D. Shikastlangan jarayonga muz qo'yish
E. Kipriklar epilyatsiyasi

228. Qovoq qirrasi jarohatining birlamchi xirurgik ishlovida nimaga ahamiyat berish kerak?

A. Yaraning to'liq germetizatsiyasiga erishish
B. Qovoqning marginal qirrasini tiklash
C. Qovoqning jarohatlangan qismini innervatsiyasi va qon bilan ta'minlanishini tiklash
D. Drenaj qo'yish
E. Qovoqlar to'qimasini maksimal kesish

229. Og'ir darajali kontuziyaga kiradi:

A. To'r parda yirtilishi
B. Gifema
C. Qovoqlar gematomasi
D. Subkonyunktival qon quyilish
E. Qovoqlar yirtilishi

230. Yengil darajali kontuziyaga oid jarohatlar:

A. Qovoqlar gematomasi, subkonyunktival qon quyilish
B. Gifema, gemoftalm
C. Rangdor parda ildizining uzilishi
D. Gavharning lyuksatsiyasi, makulaga qon quyilish
E. Qovoqlar va ko'z olmasi konyunktivasining yirtilishi

231. Fakodenez qandayholatda aniqlanadi?

A. Rangdor pardaning distrofik o'zgarishlarida
B. Glaukomada
C. Gavhar sublyuksatsiyasida
D. Siliar tana ko'chishida
E. Ko'z ichki suyuqligining sirkulyasiyasi buzilishida

232. O’tib kiruvchi jarohatning absolyut belgilariga kirmaydi:
A. Shox pardaning butun qavatlaridan, sklera yoki korneoskleral zonadan o’tuvchi jarohat
B. Ko’z olmasi ichki a’zolarining jarohat sohasida qisilishi
C. Ko’z ichidagi yot jism
D. Travmatik koloboma, shishasimon tanada havo pufagi
E. Katarakta

233. Teshib o’tuvchi jarohatning absolyut belgilari quyidagilarga asoslanib baholanadi:
A. Orbita ichidagi yot jism borligi
B. Gemoftalm borligi
C. Kirish va chiqish teshigining borligi
D. Ko’z olmasi xarakatlanganda og’riq paydo bo’lishi
E. Ekzoftalm borligi

234. Jarohatda birlamchijarrohlikishlovo’tkazilganda enukleatsiyaqaysiholatda qilinadi?
A. Ko’z olmasi o’tib kiruvchi jarohatlarida
B. Endoftalmitda
C. Ko’z olmasi shikastlanishida
D. Iridosiklitda
E. Gavhar sublyuksatsiyasida

235. Simpatik yallig’lanish – bu …:
A. Sog’lom ko’zda sust kechuvchi uveit belgilari
B. Revmatizmdagi keratouveit
C. Ko’zning tug’ma shikastlanishi
D. Simpatik nervning ta’sirlanishi
E. Bexterev kasalligining simptomlaridan biri

236. Ko’z metallozi klinik ko’rinishi qanday holatda uchraydi?
A. Ko’z olmasiga yot jism kirganda
B. Og’ir metall tuzlari bilan zaxarlanganda
C. Zararli ishlab chiqarishda ishlash
D. Sink tomchilarini tomizish
E. Metall taqinchoqlar taqish

237. Travmatik iridosiklit belgilariga kirmaydi:
A. Yorug'likdan qo'rqish va ko'z yosh oqishi
B. Perikorneal inyeksiya
C. Ko'zni bosganda siklitik og'riq
D. Oftalmotonus buzilishi
E. Gavhar lyuksatsiyasi

238. Endoftalmitning kardinal belgisi:
A. Ko'rishning pasayishi
B. Ko'zda qattiq og'riq
C. Qovoqlar va konyunktivaning yengil shishishi
D. Ko'z tubida pushti refleks
E. Konyunktival inyeksiya

239. Ko'zning o'tib kiruvchi jarohatlarda davolash qayerda o'tkazilishi lozim?
A. Ambulator sharoitda
B. Maxsus ko'z bo'limida
C. Umumiy profilli statsionarda
D. Davolash kerak emas
E. Qishloq vrachlik punktida

240. Ko'zning ichki qavatlari chiqishi bilan kechuvchi o'tib kiruvchi jarohatlarida UASHning birinchi yordami:
A. Chiqqan qavatlarni kirgizish
B. Chiqqan qavatlarni kesish va yarani germitizatsiyalash
C. Zudlik bilan statsionarga olib borish
D. Poliklinikada shifokor – oftalmolog konsultasiyasini tashkil etish
E. Har bir vaziyatda individual yechim topish

241. Qaysi turdagi jarohatlardaantibiotiklar zarur emas?
A. Qovoqlar gematomasida
B. Infeksion zararlanishning barcha turlarida
C. Shisha va taxtali yot jismlar kirganda
D. Gemoftalmda
E. Endoftalmitda

242. Ko'z olmasi strukturalarining kuyishlarda shikastlanish darajasi:

A. Ishqoriy kuyishda kislotali kuyishga nisbatan yuqori
B. Kislotali kuyishda ishqoriy kuyishga nisbatan yuqori
C. Uzoq oqibatlarga ko'ra bir xil
D. Kimyoviy kuyish termik kuyishga nisbatan yengilroq
E. Kimyoviy kuyish xavfsiz

243. Og'irlik bo'yicha jaroxatlar nechta darajaga bo'linadi?
A. 2
B. 3
C. 4
D. 5
E. 10

244. Ko'z kosasining eng yupqa devori qaysi ?
A. Tashqi devor
B. Yuqori devor
C. Ichki devor
D. Pastki devor
E. Hammasi tog'ri

245. Art. ophtalmica tolalariga kiradi:
A. Art. frontalis
B. Art. supraorbitalis
C. Art. lacrimalis
D. Sanalgan barcha arteriyalar
E. Sanalganlarning hech biri

246. Perikorneal inyeksiya xarakterli:
A. Keratitda
B. Ko'z ichki bosimining oshishiga
C. Qon-tomir qavatning yallig'lanishiga
D. Sanalganlarning hammasi
E. Sanalganlarning hech biri

247. Shox parda nechta qavatdan iborat?
A. 2
B. 3
C. 4

D. 5
E. 6

248. Qon-tomir qavat tarkibiga kirmaydi:
A. Xoreoideya
B. Kipriksimon tana
C. Rangdor parda
D. To’r parda tomirlari
E. Hammasi to’g’ri

249. Oldingi kameradagi suyuqlik nima orqali chiqib ketadi?
A. Qorachiq orqali
B. Gavhar kapsulasi orqali
C. Shlemm kanali orqali
D. Sanalganlarning hech biri
E. Hammasi to’g’ri

250. Skleraning vazifasi nima?
A. Trofika
B. Ko’z ichki qismlari uchun himoya
C. Nur sindirish
D. Sanalganlarning hammasi
E. Sanalganlarning hech biri

251. Xoreoideyani tashkil etadi:
A. Mayda tomirlar
B. O’rtacha tomirlar
C. Yirik tomirlar
D. Sanalganlarning hammasi
E. Sanalganlarning hech biri

252. Ko’ruv nervi … dan iborat:
A. Yumshoq qobiq
B. To’rsimon qobiq
C. Qattiq qobiq
D. Sanalganlarning hammasi
E. Sanalganlarning hech biri

253. Kalta orqa kipriksimon arteriyalar … ta’minlaydi:
A. Shox pardani
B. Rangdor pardani
C. Sklerani
D. To’r pardaning tashqi qavatini
E. Sanalganlarning hammasi

254. Geller arterial xalqasini tashkil etadi:
A. Uzun orqa kipriksimon arteriyalar
B. Kalta orqa kipriksimon arteriyalar
C. To’r parda arteriyalari
D. Mushak arteriyalari
E. Hammasi to’g’ri

255. Kipriksimon tana va rangdor parda ta’minlanadi:
A. Uzun orqa kipriksimon arteriyalardan
B. Kalta orqa kipriksimon arteriyalardan
C. To’r parda arteriyalaridan
D. Qovoq medial arteriyalaridan
E. Sanalganlarning hammasi

256. Yosh bezining yallig’lanishi asorat sifatida qachon yuzaga kelishi mumkin?
A. Qizamiq
B. Skarlatina
C. Parotit
D. Angina va O’RK
E. Sanab o’tilganlarning barchasi

257. Bolalarda sklerit umumiy kasalliklardan qaysi birining oqibatida yuzaga kelishi mumkin?
A. Sil
B. Revmatizmda
C. Kollagenozlarda
D. Yuqorida sanab o’tilgan kasalliklarda
E. To’g’ri javob yo’q

258. Tug’ma glaukomaning kardinal belgilarini tanlang:

A. Shox parda va ko’z olmasining kattalashishi
B. Old kameraning chuqurlashishi
C. Qorachiqning kengayishi, yorug’likka bo’lgan reaksiyasini sekinlashishi
D. Ko’z ichki bosimini oshishi
E. Sanab o’tilganlarning barchasi

259. Chaqaloqlarda glaukomaning eng erta belgilari deb hisoblanadi:

A. Ko’z olmasining dimlangan inyeksiyasi
B. Shox parda shishi
C. Dessement qavatning burmalanishi va yorilishi
D. Shox pardoning intermittirlanuvchi xiralashishi
E. Sanab o’tilganlarning barchasi

260. Tug’ma glaukoma bosqichi nimaga asosan aniqlanadi?

A. Yoshga nisbatan ko’z parametrlarining kattalashishi darajasi o’zgarishiga ko’ra (UTT bo’yichA.
B. Ko’ruv nervi diskining o’zgarishi bo’yicha
C. Ko’rish funksiyalarining pasayishiga ko’ra (ko’rish o’tkirligi, EFT ko’rsatkichlari)
D. Shox parda diametrining kattalishishi, limbning kengayishi
E. Sanab o’tilganlarning barchasi

261. Tug’ma glaukomaning yoshi kattalarda uchrovchi glaukomadan farqi:

A. Ko’z olmasining va shox parda diametrining kattalishishi
B. Limbning kengayishi
C. Old kameraning chuqurlashishi
D. ERG ko’rsatkichlarining pasayishi
E. Sanab o’tilganlarning barchasi

262. Bexchet sindromining ko’zga oid yuzaga keluvchi belgilarini ko’rsating:

A. Ikkala ko’zning zararlanishi (biri ertaroq, ikkinchisi kechroq)
B. Ko’zlarning zararlanishi tana haroratining ko’tarilishi va o’tkir uveit, gipopion bilan birgalikda kechadi

C. Ko’z tubidagi o’zgarishlar (macula shishi, to’r parda perivaskuliti, retinal qon quyilishlar,
shishasimon tanaga qon quyilishlar)
D. Ko’ruv nervining atrofiyasi
E. Sanab o’tilganlarning barchasi

263. Ko’ruv analizatorining qaysi asosiy funksiyasisiz boshqa funksiyalari ish bajara olmaydi ?
A. Periferik ko’rish
B. Ko’rish o’tkirligi
C. Ranglarni his qilish
D. Yorug’likni his qilish
E. Stereoskopik ko’rish

264. Ilk marta ko’rish o’tkirligini aniqlash uchun jadval tuzgan olim nomini tanlang:
A. Rabkin
B. Sitsev
C. Snellen
D. Landolt
E. Orlova

265. Zamonaviy ko’rish o’tkirligini aniqlovchi javallarda eng mayda harflar va rasmlar qanday burchak ostida ko’rinadi ?
A. 1 minut
B. 2 minut
C. 3 minut
D. 4 minut
E. 5 minut

266. Qorong’ulikka bo’lgan adaptatsiyani kimlarda o’tkazish lozim?
A. To’r pardoning pigmentli abiotrofiyasiga shubxa bo’lganda, yuqori darajali asoratlangan miopiyalarda
B. Avitaminozlarda, jigar sirrozida
C. Xoreoiditax , to’r parda ko’chishi ko’ruv nervi diskidagi dimlanish

D. Haydovchilar,aviator, poyezd haydovchilarini professional tanlashda, harbiy ekspertizalarda

E. Barchasi to'g'ri

267. Ko'rishga oid charchoqlarda qanday tuzilmalarga yuklama seziladi?

A. Yorug'likni his qiluvchi apparatga
B. Harakatlantiruvchi apparatga
C. Akkomodatsion apparatga
D. Sanab o'tilganlarning barchasiga
E. To'g'ri javob yo'q

268. Binokulyar ko'rish shakllanishi uchun quyidagilar shart:

A. Ikkala ko'z o'qlarining parallel joylashuvi
B. Yaqin joylashgan predmetlarga qaraganda o'qlarning normal konvergensiyasi
C. Fiksatsiyalangan predmet yo'nalishi bo'yicha ko'zning assotsiyalangan harakati, normal
fuziya
D. Ikkala ko'zning ko'rish o'tkirligi 0,4 dan past emas
E. Sanab o'tilganlarning barchasi

269. Bolalarda fuzion refleks qachon shakllanadi?

A. Tug'ilishiga yaqin
B. 2 oyligida
C. 4 oyligida
D. 6 oyligida
E. 1 yoshida

270. Ko'z yoshini konyunktival qopchadan burunga o'tishini nima ta'minlaydi?

A. Ko'z yoshi nuqtalari va kanallarining kapillyarligi hisobiga
B. Ko'z yoshi qopining qisqarishi hisobiga
C. Ko'z yoshi og'irligi hisobiga
D. Ko'z yoshi qopidagi manfiy bosim hisobiga
E. Barchasi to'g'ri

271. Ko’zdagi suyuqlik nima hisobiga yuzaga keladi?
A. Shishasimon tanadan filtratsiyalanishi hisobiga
B. Maxsus venalardan filtratsiyalanishi hisobiga
C. Shox pardadan osmos hisobiga
D. Kipriksimon tana tomirlaridan sekretsiyalanishi (ultrafiltratsiyalanishi) hisobiga
E. Barchasi to’g’ri

272. Ko’z ichi suyuqligi quyidagilardan tashqari qolgan barcha funksiyalarni bajaradi:
A. Ko’z ichki bosimini ma’lum bir darajagacha ushlab turish
B. Ko’zdan shlaksimon moddalarni yuvish uchun
C. Ko’zning tomirsiz strukturalarini oziqlantirish uchun
D. Yorug’likni to’r pardaga o’tkazish uchun
E. Bakteritsid va bakteriostatik ta’sir ko’rsatish

273. Qorachiqning yorug’likka nisbatan to’g’ri va kelishilgan reaksiyasi bolalarda qachon shakllanadi?
A. Tug’ilishiga yaqin davrda
B. 3 oyligida
C. 6 oyligida
D. 1 yoshida
E. 3 yoshida

274. Shishasimon tanada qancha miqdorda suv bor?
A. 40 gacha %
B. 50 gacha %
C. 60 gacha %
D. 10 gacha %
E. 98 gacha %

275. Quyidagidan tashqari qolgan barchasi shishasimon tana funksiyalariga xos:
A. Ko’z ichki bosimini nazorat qilishda qatnashadi

B. Ko’zni himoya funksiyasini bajaradi
C. Qon aylanishida qatnashadi
D. Ko’zga stabil shakl berish uchun muhim: u ko’zning tayanch to’qimasi
E. To’r pardaga yorug’likni bemalol yo’nalishini ta’minlab beradi

276. Qari odamlarda gavharning sariq rangli soyalanishi nimaga bog’liq?
A. Gavhardagi moddalarda temirning to’planishi bilan
B. Gavhardagi moddalarda xolesterinning to’planishi bilan
C. Gavhardagi moddalarda tirozinning to’planishi bilan
D. Gavhardagi moddalarning zichlashuvi bilan
E. Sanab o’tilganlarning barchasi

277. To’r parda arteriyasi pulsatsiyasi nimani anglatadi?
A. Mutloq sog’lom odamdagi qonning normal oqimi
B. Tomirlarning sklerotik o’zgarishi
C. Arterial bosimning oshishi va aortal klapanlarning yetishmovchiligi
D. Ko’z ichi va to’r parda markaziy qismi diastolik bosimlarining o’rtasidagi farq
E. Sanab o’tilganlarning barchasi to’g’ri

278. Optik sistema refraksiyasi deb … aytiladi:
A. Konvergensiya bilan bog’liq holat
B. Dioptriylarda ifodalanuvchi optik sistemaning sindirish kuchi
C. Optik sistemani undan o’tuvchi yorug’likni neytrallash xususiyati
D. Optik sistemani unga tushuvchi nurlarni akslantirishi
E. Bir biridan ma’lum uzoqlikda joylashgan linzalar sistemasi

279. Klinik refraksiya – bu:
A. Ko’zning optic kuchi va o’qi uzunligi o’rtasidagi mutanosiblik
B. Yorug'likni qabul qila olish
C. Shox parda qiyshiqligi radiusi
D. Gavharning nur sindirish kuchi
E. Optik sistemaning bosh tekisliklari

280. Statik refraksiya nimani anglatadi?
A. Shox pardaning sindirish kuchi

B. Akkomodatsiyaning tinch holatida to’r pardada tasvirning hosil bo’lishi
C. Gavxarning sindirish kuchi
D. Kameradagi suyuqlikning sindirish kuchi
E. To’r parda funksiyasi

281. Dinamik refraksiya deyilganda nima tushuniladi?
A. **Ko’zning optik sistemasining akkomodatsiya holatida to’r pardaga nisbatan nur sindirish kuchi**
B. Shox pardaning sindirish kuchi
C. Kameradagi suyuqlikning sindirish kuchi
D. Shox pardaning bo’rtiqligi radiusi
E. Gavxarning bo’rtiqligi radiusi

282. Linzaning fokusi deb…aytiladi:
A. Sferik yuzasining markazi
B. Yassi yuzasining markazi
C. Silindrik yuzasining markazi
D. Torik yuzasining markazi
E. Linzaga tushuvchi parallel nurlarning yig’ilish nuqtasi

283. Linzaning sindiruvchi kuchi … deb aytiladi:
A. Linzaning oldingi yuzasi bo’rtiqligi radiusi
B. Uning fokus masofasiga teskari bo’lgan kattalik
C. Linzaning orqa yuzasi bo’rtiqligi radiusi
D. Linzaning diametri
E. Linza qalinligi

284. Akkomodatsiya – bu:
A. Statik refraksiya
B. Shox pardaning sindirish kuchi
C. Ko’zning old-orqa o’qi
D. Ko’zdan turlicha uzoqlikdagi predmetlarga nisbatan ko’rish apparatining moslashuvi
E. Sanab o’tilganlarning barchasi

285. G’ilaylik deb aytiladi :

A. Ko’zning normal harakatchanligini buzilishi

B. Ko’zlardan birining fiksatsiyalangan nuqtadan chetlashishi, bunda normal binokulyar ko’rish buzilgan bo’ladi

C. Ikkala ko’zning fiksatsiya nuqtasidan chetlashishi

D. Ikkala ko’zning yoki birining ko’rish o’tkirligining pasayishi

E. Normal fiziologik holatga aytiladi

286. Ambliopiya deb aytiladi:

A. Kelib chiqishi turlicha bo’lgan ko’rish o’tkirligining pasayishi bo'lib uning sababi ko’ruv analizatorining funksional buzilishi deb qaraladi

B. Ko’zlardan birining birlashgan fiksatsiya nuqtasidan chetlashishi

C. Binokulyar ko’rishning buzilishi

D. Ko’z harakatchanligining chegaralanishi

E. Sanab o’tilganlarning barchasi

287. Disbinokulyar ambliopiyaning asosiy sababi deb nima hisoblanadi?

A. G’ilaylik

B. Bitta ko’zning yo’qligi

C. Anizometropiya, anizokoriya

D. Ko’zning optik qismlarining xiralashuvi

E. Ko’zlardan birining ko’rish o’tkirligining birdaniga pasayishi

288. Yangi tug’ilgan chaqaloqqa yorug’lik yo’naltirilganida javob reaksiyasi sifatida quyidagi ko’ruv reflekslari chaqiriladi:

A. Yorug’likka qorachiqlarning to’g’ri reaksiyasi

B. Yorug’likka qorachiqlarning kelishilgan reaksiyasi

C. Yorug’likmanbaigaikkalako’zningqisqamuddatgaqarashi

D. Harakatlanuvchi obyektni kuzatishga urinish

E. Sanab o’tilganlarning barchasi

289. Binokulyar ko’rish bilan mos keluvchi ko’rish o’tkirligi deb hisoblanadi:

A. 0,04 va undan past

B. 0,05- 0,1

C. 0,9- 1,0
D. 0,4 va undan yuqori
E. 0,8- 1,0.

290. Yuqori ko'rish o'tkirligi … funksiyasi bilan bog'liq:
A. Sklera
B. Tomirli qavat
C. To'r pardaning nooptik qismi
D. To'r parda markaziy chuqurchasi
E. Sanab o'tilganlarning barchasi

291. Ambliopiya va g'ilaylik bilan bemor bolalarda ametropiyani ko'zoynak bilan korreksiyalash lozim :
A. Iloji boricha ertaroq
B. 3 yoshdan
C. 4 yoshdan
D. 5 yoshdan
E. 6 yoshdan

292. Ambliopiyani bolalarda apparat orqali davolashni qachondan boshlash lozim bo'ladi?
A. 2 yosh
B. 13 yosh
C. 4 yosh
D. 15 yosh
E. 7 yosh

293. Ambliopiyaning tibbiy-pedagogik mashqlariga kiradi:
A. Mozaika bilan shug'ullanish
B. Rasmlar chegarasini birlashtirish
C. To'qish bilan shug'ullanish
D. Marjonlarni ipdan o'tkazish
E. Sanab o'tilganlarning barchasi

294. Asosiy ortoptik uskunalarga kiradi:

A. Perimetr
B. Sinoptofor
C. Biomikroskopiya
D. Retinofot
E. Elektrik oftalmoskop

295. Qaysi mushaklar orbita uchidan boshlanib, u yerda tog'ayli halqa hosil bo'lishida qatnashadi:
A. Yuqorigi va pastki to'g'ri mushaklar
B. Ichki to'g'ri mushak
C. Tashqi to'g'ri mushak
D. Yuqorigi qiyshiq mushak
E. Sanab o'tilganlarning barchasi

296. Ko'z kosasining pastki – ichki chetidan boshlanadi:
A. Yuqorigi to'g'ri mushak
B. Pastki to'g'ri mushak
C. Ichki va tashqi to'g'ri mushaklar
D. Yuqorigi qiyshiq mushak
E. Pastki qiyshiq mushak

297. Ko'zni harakatlantiruvchi nerv innervatsiyalaydi:
A. Yuqorigi to'g'ri mushakni
B. Ichki to'g'ri mushakni
C. Pastki to'g'ri mushakni
D. Pastki qiyshiq mushakni
E. Sanab o'tilganlarning barchasi

298. Uzoqlashtiruvchi nerv innervatsiyalaydi:
A. Yuqorigi to'g'ri mushakni
B. Ichki to'g'ri mushakni
C. Pastki to'g'ri mushakni
D. Tashqi to'g'ri mushakni
E. Yuqorigi va pastki qiyshiq mushaklarni

299. N. trochlearis innervatsiyalaydi:
A. Yuqorigi va pastki to'g'ri mushaklarni
B. Ichki to'g'ri mushakni
C. Tashqi to'g'ri mushakni
D. Yuqorigi qiyshiq mushakni
E. Pastki qiyshiq mushakni

300. Hamkor g'ilaylikni xirurgik davolashda optimal yosh sifatida necha yosh deb olingan?
A. 1- 2 yosh
B. 4- 6 yosh
C. 19 yosh
D. 10- 12 yosh
E. 13-15 yosh

301. Qipiqlanuvchi blefarit xarakterlanadi:
A. Qovoqlar cheti qizarishi bilan
B. Qovoqlar cheti qalinlashuvi bilan
C. Qovoqlardagi azobli qichishish bilan
D. Kipriklar ildizi quruq qipiqlar bilan qoplangan
E. Sanab o'tilganlarning barchasi bilan

302. Qovoqlar qayrilishining qanday turlari bor?
A. Spastik
B. Chandiqli
C. Orttirilgan
D. Tug'ma
E. Sanab o'tilganlarning barchasi

303. Ko'zning adenovirus infeksiyasida:
A. Konyunktivit follikulyar hisoblanadi
B. Zararlanish bir tomonlama bo'lishi mumkin
C. Konyunktivit deyarli doim pastki botiqlikni zararlaydi
D. Shox pardaning yuzaki va chuqur xiralashishi
E. Barchasi to'g'ri

304. Allergik konyunktivit:
A. "Toshli yo'lak" tasvirini eslatadi
B. Jelatinsimon limbal infiltrat aniqlanadi
C. Intensiv qichishish yuzaga keladi
D. Steroidlar instillyatsiyasi bilan to'xtaydi
E. Barchasi to'g'ri

305. Orbita periostitlarini yuzaga keltiruvchi sabablarga kiradi:
A. Burun atrofi bo'shliqlarining kasalliklarida
B. Dakriosistit
C. Yuz terisi furunkuli
D. Tishlar kariesi
E. Barcha sanab o'tilganlar to'g'ri

306. Orbita osteoperiostitining klinik belgilari:
A. Ekzoftalm
B. Ko'z olmasi harakatchanligining chegaralanganligi
C. Bosganda og'riqlilik
D. Qovoqlar shishi
E. Barchasi to'g'ri

307. Orbita flegmonasi quyidagilardan qaysi biri tufayli yuzaga kelishi mumkin?
A. Anatomik jihatdan bir-biriga yaqin strukturalardan infeksiyaning tarqalishi tufayli
B. Uzoqdagi o'choqdan infeksiyaning metastatik yo'l orqali tarqalishi
C. Teshib kiruvchi jarohatda yot jismning mavjudligi
D. Barchasi tufayli
E. Sanab o'tilganlarning hech biri tufayli

308. Orbital kletchatkaning o'tkir diffuz yallig'lanishi – bu:
A. Osteoperiostit
B. Orbita flegmonasi
C. Abssess

D. Furunkul
E. Govmichcha

309. Shox pardaning o’rtacha diametri insonda normada nechchiga teng?
A. 8- 9 mm
B. 10 mm
C. 11- 12 mm
D. 13- 14 mm
E. 15- 16 mm

310. Insonda shox pardaning o’rtacha nur sindirish kuchi nechchiga teng ?
A. 23 dioptriy
B. 30 dioptriy
C. 43 dioptriy
D. 50 dioptriy
E. 53 dioptriy

311. Inson shox pardasining oldingi yuzasi qiyshiqligi radiusi o’rtacha kattaligi:
A. 9 mm
B. 7,7- 7,8 mm
C. 2,0 mm
D. 5,5 mm
E. 5 mm

312. Shox parda markaziy qismining normal qalinligi qanchaga teng ?
A. 1,5 mm
B. 1,2 mm
C. 0,7- 0,8 mm
D. 0,5- 0,6 mm
E. 10,0 mm

313. Quyidagi belgilarning birgalikda kelishi nimaga xarakterli: yorug’likdan qo’rqish, yosh oqishi, blefarospazm, ko’zdagi og’riq.
A. Katarakta

B. Keratit
C. To'r parda ko'chishi
D. Ko'ruv nervi atrofiyasi
E. To'r parda markaziy venasi trombozi

314. Keratitlar uchun xarakterli emas:
A. Ko'z ichki bosimining oshishi
B. Shox parda taktil sezuvchanligining pasayishi
C. Shox pardada infiltratlarning borligi
D. Shox pardaning vaskulyarizatsiyasi
E. Perikorneal yoki aralash inyeksiya

315. Ko'z olmasining perikorneal inyeksiyasi, shox pardoning notekis yuzasi, uning taktil sezuvchanligining buzilishi, vaskulyarizatsiyalanishiva undagi infiltratlar … xarakterli:
A. To'r parda markaziy zonasi tromboziga
B. Sariq dog' degeneratsiyasiga
C. Kataraktaga
D. Diabetik retinopatiyaga
E. Keratitlarga

316. Sklerit va episkleritlar etiologiyasida muhim emas:
A. Zaxm
B. Sil
C. Revmatizm
D. Gipotoniya
E. Brutsellyoz

317. Shox pardaning markaziy yarasi:
A. Periferik yaraga nisbatan potensial og'irroq
B. Bakterial kelib chiqishga ega
C. Gerpetik kelib chiqishga ega
D. Nekrotik bo'lishi mumkin
E. Sanab o'tilganlarning barchasi

318. Quyidagidan tashqari barchasi epidemik keratokonyunktivitda uchrashi mumkin:

A. O’tkir follikulyar konyunktivit
B. Infeksiya simptomlari
C. Ixtioz
D. Ko’rish o’tkirligining pasayishi
E. Shox pardaning yumaloq subepitelial infiltratlar shaklida zararlanishi

319. Neyroparalitik keratitning belgilari:

A. Yorug’likdan qo’rqish
B. Yosh oqishi
C. Shox pardaning eroziyalanishi, keyinchalik yemirilishi bilan
D. Blefarospazm
E. Barcha sanab o’tilganlar

320. Shox pardaning yuzaki vaskulyarizatsiyasi uchraydi:

A. Fliktenulyoz keratitda
B. Adenovirus konyunktivitda
C. Skleritda
D. Episkleritda
E. Barcha sanab o’tilganlarda

321. Shegren kasalligida ko’zga oid belgilar:

A. G’ilaylik
B. Ko’z ichki bosimini oshishi
C. Quruq keratokonyunktivit
D. To’r parda ko’chishi
E. Sanab o’tilganlarning barchasi

322. Yuz nervi parezi olib kelishi mumkin:

A. Ko’z ichki bosimini oshishiga
B. Keratopatiyalar va keratitlarga
C. Nistagmga
D. To’r pardaning ko’chishi
E. Sanab o’tilganlarning barchasi

323. Quruq keratitning boshlang'ich davrlarida …. . bilan instillyatsiya qilish ma'qulroq:

A. Kortikosteroidlar bilan
B. Antibiotiklar bilan
C. Sulfanilamidlar bilan
D. Miotiklar bilan
E. Sun'iy ko'z yoshi preparatlari

324. Kontakt linzalarning ko'zoynaklarga nisbatan qulayliklari:

A. Ko'ruv maydonining nisbatan kengligi
B. Tasvir normal kattaligiga mos keladi
C. Kosmetik ustunlik
D. Noto'gri astigmatizmni to'g'rilash imkoniyati
E. Sanab o'tilganlarning barchasi bilan

325. Kontakt linzalarni buyurishga qarshi ko'rsatma:

A. Shox parda epiteliysining trofikasining buzilishi
B. Gipertonik kasallik
C. Anamnezda ko'z bo'yicha operatsiyalar o'tkazganligi
D. Anamnezda to'r parda markaziy venasi trombozi
E. Sanab o'tilganlarning barchasi

326. Kontakt linzalarni buyurishga qarshi ko'rsatma:

A. Blefarit
B. Meybomit
C. Xalyazion
D. Govmichcha
E. Sanab o'tilganlarning barchasi

327. "Quruq ko'z" sindromida diagnostika uchun muxim:

A. Uzluksiz ko'z yoshi oqimi bo'lishi kerak bo'lgan bo'sh chiziqni kuzatish
B. Shirmer probasi, qovoq chetiga biriktirilgan filtratsion qog'ozni chizig'ini namlanish tezligiga asoslanish

C. Flyuoressein bo’yog’ini belgilangan miqdorda tomizish va flyuorometriya o’tkazish
D. Bengal pushtisi bilan bo’yash
E. Sanab o’tilganlarning barchasi

328. Shegren sindromi uchun xarakterli:
A. So’lak va ko’z yosh bezlarini zararlanishi
B. Quruq keratokonyunktivitni rivojlanishi
C. Yorug’likdan qo’rqish
D. Og’riq sindromi
E. Sanab o’tilganlarning barchasi

329. Shegren sindromi uchun quyidagidan tashqari qolganlari xarakterli:
A. Konyunktiva inyeksiyasi
B. Shox pardani progressirlanuvchi kserotik o’zgarishlari
C. Fleysher halqasini yuzaga kelishi
D. Yorug’likdan qo’rqishni yuzaga kelishi
E. Og’riq sindromini yuzaga kelishi

330. Shegren sindromida ko’z olmasining old kesmasida qanday belgi kuzatiladi?
A. Quruq surunkali konyunktivit va blefarokonyunktivit
B. Shox pardani epitelial distrofiyasi
C. Bullyoz ipsimon keratit
D. Shox parda kserozi
E. Sanab o’tilganlarning barchasi

331. Shox parda kasalliklarida ko’rish o’tkirligini pasayishi bog’liq bo’lishi mumkin:
A. Shox parda o’lchamlarini kattalashishi bilan (megalokornea)
B. Shox parda o’lchamlarini kichiklashishi bilan (mikrokorne)
C. Shox parda egriligi radiusini pasayishi (keratokonus)
D. Shox parda egriligi radiusini kattalashishi (applanatsionkornea)
E. Sanab o’tilganlardan istalgani

332. Shox parda eroziyasi bilan birgalikda kuzatiladi:

A. Yosh oqishi
B. Yorug'likdan qo’rqish
C. Blefarospazm
D. Ko’zda og’riq hissi
E. Sanab o’tilganlarning barchasi

333. Refraksion keratoplastika operatsiyalariga kiradi:

A. Keratomilyoz
B. Keratofakiya
C. Epikeratofakiya
D. Tonnel halqasimon keratoplastika
E. Sanab o’tilganlarning barchasi

334. Ko’zda yot jism borligi hissi nimani anglatadi?

A. Shox parda eroziyasi
B. Shox pardani kseroz yoki prekserozi
C. Keratit
D. Konyunktivit
E. Sanab o’tilganlardan istalgani

335. Poludanni qanday usulda qo’llash mumkin?

A. Tez-tez instillyatsiyalar
B. Konyunktiva osti inyeksiyalari
C. Ko’z ichi oldingi kameraga yuborish
D. Retrobulbar yuborish
E. Sanab o’tilganlarning barchasi

336. Quyidagidan tashqari barchasi ko’z ichi gerpesini davolashda ishlatiladi:

A. Zamburug’ga qarshi moddalar
B. Nospetsifik virusga qarshi moddalar
C. Antibiotiklar
D. Immunokorreksiyalovchi moddalar
E. Sanab o’tilganlarning barchasi

337. Oftalmogerpesda qarshi ko’rsatma bo’lib hisobkanadi:

A. Ko’z va ko’zdan tashqari gerpesni faol hujayraviy belgilarni yuzaga kelishi
B. Bemorni allergic va astmoid holati
C. Teri va shilliq qavatlar yiringli kasalliklari
D. Endokrin sistema kasalliklari
E. Sanab o’tilganlarning barchasi

338. Ko’zni zararlay oladigan infeksion agentlarga kiradi:

A. Viruslar
B. Zamburug'lar
C. Gelmintlar
D. Sodda jonivorlar
E. Sanab o’tilganlarning barchasi

339. Uveitlarni davolash usulini tanlashda muxim jihat:

A. Kasallikni etiologik shakli
B. Jarayonni joylashgan joyi
C. Jarayonni faolligi va kechish xarakteri
D. Hamrox kasalliklarni borligi
E. Sanab o’tilganlarning barchasi

340. Uveitlar patogenezida yetakchi o’rinni egallaydi:

A. Immun buzilishlarga nasliy moyillik
B. Organizmdagi o’tkir va surunkali infeksiyalar
C. Ta’sirotni kimyoviy va fizik faktorlari
D. Sanab o’tilganlarning barchasi
E. To’g’ri javob yo’q

341. Uveitlarda ko’z to’qimasida antigen-antitana reaksiyasi qanday jarayon bilan birgalikda kechadi?

A. Yallig’lanish bilan
B. Gemoliz bilan
C. Pigmentning to’planishi
D. Lipidlarning to’planishi

E. Sanab o’tilganlarning barchasi

342. Immunogenezning asosiy a’zolariga kiradi:

A. Suyak ko’migi
B. Ayrisimon bez
C. Taloq
D. Limfatik tugunlar
E. Sanab o’tilganlarning barchasi

343. Ko’zning “ximoya baryeri”ga kiradi:

A. Gematoftalmik baryer
B. Ko’z yoshini bakteristatik faktori
C. Proteolitik fermentlar
D. Sekretlangan va zardob immunoglobulinlar – hujayra va gumoral immunitetning spetsifik reaksiyalari
E. Sanab o’tilganlarning barchasi

344. Katta yoshli odamda gavxarni oziqlanish usuli:

A. A. hyaloidea orqali
B. Sinn boylamlari orqali
C. Ko’z ichi suyuqligi orqali diffuz yo’l bilan
D. Kipriksimon tanadan
E. Shishasimon tanani oldingi chegarlovchi membranasidan

345. Gavxar tolalarining o’sishi yakunlanadi :

A. 2 yoshga kelib
B. 5 yoshga kelib
C. 18 yoshga kelib
D. 23 yoshga kelib
E. Butun hayot davomida

346. Akkomodatsiya tinch holatda. Gavxarning nur sindirish kuchi nechchiga teng?

A. 5- 12 dioptriy
B. 12- 18 dioptriy
C. 19- 21 dioptriy
D. 25- 32 dioptriy
E. 58- 65 dioptriy

347. Har qanday ta’sirotda gavxar:

A. Shishadi va xiralashadi
B. Yallig’lanadi
C. Burushadi
D. Yadrosiga tomirlar o’sib kiradi
E. Sanab o’tilganlarning barchasi

348. Katta yoshli odamda gavxar ichi moddasini oziqlantiruvchi tomir:

A. A. hyaloidea
B. Oldingi kipriksimon arteriyalar
C. Qisqa orqa kipriksimon arteriyalar
D. Uzun orqa kipriksimon arteriyalar
E. Qon bilan ta’minlanmagan

349. Kataraktaning klinik shaklini aniqlashda o’tkaziladigan tekshiruv usuli:

A. Vizometriya
B. Biomikroskopiya
C. Perimetriya
D. Ultratovushli exooftalmografiya
E. Elektrofiziologik tekshiruvlar

350. Progressirlanib boruvchi kataraktaga kiritish mumkin:

A. Tug’ma qatlamli katarakta
B. Tug’ma to’liq katarakta
C. Orttirilgan katarakta
D. Urchuqsimon tug’ma katarakta
E. Orqa qutbli katarakta

351. Kataraktali bemorda yorug’likni noto’g’ri proyeksiyasi anglatadi:

A. Bemorda yetilgan kataraktaning borligi
B. Yetilmagan kataraktaning borligi
C. To’r parda va ko’ruv nervi patologiyasi
D. Shox parda patologiyasi
E. Shishasimon tana destruksiyasi

352. Bemorda o'tuvchi nurda koz tubida reflex kuchsiz-pushti rangda. Yon tomonlama yoritishda gavxarda aniq kulrang soyalanish. ko'rish o'tkirligi 0,03- 0,04, korreksiyalanmaydi. bemorga qo'yiladigan tashxis:

A. Boshlang'ich katarakta
B. Yetilmagan katarakta
C. Yetilgan katarakta
D. Yetlib o'tgan katarakta
E. Shishasimon tanada xiralashish

353. Bemorda ko'z tubi refleksi yo'q, gavxar kulrang rangda, ko'rish o'tkirligi – yorug'likka nisbatan to'g'ri proyeksiyada. Bemorda:

A. Boshlang'ich katarakta
B. Yetilmagan katarakta
C. Yetilgan katarakta
D. Yetilib o'tgan katarakta
E. Shishasimon tanada xiralashish

354. Gavxar kapsulasidagi sulfgidril guruhlar bilan bog'lana oluvchi modda:

A. Sistein
B. Senkatelin
C. Kvinaks
D. Kataxrom
E. Vitayodurol

355. Katarakta rivojlanishiing profilaktikasi uchun preparatlar yuborishing eng samarali usuli bo'lib hisoblanadi:

A. Instillyatsiya
B. Peroral qo'llash
C. Vena ichiga yuborish
D. Fizioterapevtik usullar
E. Mushak ichiga yuborish

356. Kataraktani jarrohlik usuli bilan davolashga absolyut tibbiy sharoit va ko'rsatma bo'lib hisoblanadi:

A. Yetilgan katarakta
B. Boshlang'ich katarakta
C. Bemorning uzining kundalik ishlarini bajara olmasligi

D. Gipertenziyasiz oldingi katarakta
E. Xiralashgan gavharning sublyuksatsiyasi

357. Ikki tomonlama kataraktada operatsiyaga ko'rsatma:
A. O'tkir ko'ruvchi ko'z
B. Ko'rish o'tkirligi pasaygan ko'z
C. O'ng ko'z
D. Chap ko'z
E. Ikkaka ko'zni bir vaqtda operatsiya qilish

358. Bemorda ikki tomonlama katarakta: yetilmagan-o'ng ko'zda(ko'rish o'tkirligi=0,1), boshlang'ich-chap ko'zda(ko'rish o'tkirligi=0,5). Bemorga tavsiya etish maqsadga muvofiq:
A. Kuzatib borish va katarakta yetilishini kutish
B. Operatsiya- o'ng ko'zda katarakta ekstraktsiyasi
C. Operatsiya- o'ng ko'zda katarakta ekstraktsiyasi intraokulyar linza inplantatsiyasi bilan
D. Savolni bemor kasbidan kelib chiqqan holda hal etish
E. Barcha javoblar to'g'ri*

359. Bemorda bir tomonlama katarakta (ko'rish o'tkirligi=0,2). Bemor transport haydovchisi. Davolash taktikasi::
A. Konservativ davolash.
B. Katarakta ekstraktsiyasi operatsiyasi keyinchalik ko'zoynaklar bilan optik korrektsiyalash.
C. Katarakta ekstraktsiyasi keyinchalik kontakt linzalar bilan korrektsiyalash.
D. Katarakta ekstraktsiyasi intraokulyar linza inplantatsiyasi bilan
E. Kasbii o'zgartirishni tavsiya qilish.

360. Kataraktaekstraktsiyasiusulinitanlashquyidagilargabog'liq:
A. Bemor yoshiga
B. Gavhar holatiga
C. Shox parda holatiga
D. Shishasimon tana holatiga
E. Barcha javoblar to'g'ri

361. Glaukomanig barcha turlariga xos bo’lgan simptomlar:
A. Suyuqlikning oqib ketishiga qarshilikning pasayishi
B. Ko’z ichki bosimining noturg’unligi
C. Ko’z ichki bosimi darajasining ortishi
D. Ko’rish maydonining o’zgarishi
E. Barchasi to’g’ri

362. Birlamchi yopiq burchakli glaukomaning xurujiga xos bo’lgan simptomlar:
A. Shox parda shishi
B. Oldingi kameranig sayozligi
C. Qorachiqnig keng ellipssimon shakli
D. Ko’z olmasining dimlanish inyeksiyasi
E. Qorachiq toraygan, yorug’likka reaksiyasi saqlangan

363. Qanday belgilarga asoslanib glaukomatoz va fiziologik ekskavatsiyaning taqqoslama tashxisi o’tkaziladi?
A. Ekskavatsiya kattaligi
B. Ko’ruv nervi ekskavatsiyasining rangi
C. Ekskavatsiya chuqurligi
D. Ekskavatsiyaning qirg’oqlari xarakteri
E. Barcha javoblar to’g’ri.

364. Birlamchi glaukomanig diagnostikasida ko’proq ahamiyatga ega:
A. Sutkalik tonometriya
B. Tonografiya
C. Gonioskopiya
D. Ko’ruv maydonini tekshirish
E. Ko’ruv nervi diskini tekshirish

365. Glaukomanig o’tkir xuruji va gipertenziya bilan kechuvchi o’tkir iridosiklitni qiyosiy tashxislashda muhim:
A. Shikoyatlar
B. Oldingi kamera xarakteri
C. Qorachiq kattaligi

D. Rangdor parda holati
E. Pretsipitatlarning borligi

366. Birlamchi ochiq burchakli va yopiq burchakli glaucoma kechishi uchun umumiy:
A. Ko'zdan suyuqlik oqib ketishinig progressiv yomonlashuvi
B. Qorachiqnig torayishi
C. Ko'ruv nervining glaukomatoz atrofiyasi rivojlanishi
D. Oldingi kamera burchagida pigmentatsiyalarning ortib borishi
E. Rangdor pardaning ildiz oldi qismi shishi

367. Birlamchi glaukoma darajasi quyidagi ko'rsatkichlarga ko'ra baholanadi:
A. Ko'rish o'tkirligi
B. Ko'z ichki bosimi darajasi
C. Ko'ruv nervi diski glaukomatoz ekskovatsiyasi maydoni
D. Ko'ruv maydoni holati
E. Ko'z ichki bosimining sutkalik tebranishlari

368. Maklakov tonometri orqali o'lchanganda ko'z ichki bosimini yuqorigi norma chegarasi:
A. 20 mm. sim. ust
B. 24 mm. sim. ust
C. 26 mm. sim. ust
D. 28 mm. sim. ust
E. Aniq norma yo'q

369. Birlamchi glaukomada boshlang'ich davrida ko'ruv maydoni :
A. 45° gacha
B. 20° gacha
C. 10° gacha
D. 5° gacha
E. Kamaymagan

370. Oldingi kamera burchagi blokiga olib kelishi mumkin:

A. So’rilmagan mezodermal to’qima
B. Rangdor parda ildizi
C. Yangi paydo bo’lgan qon tomirlar
D. Qon
E. Barcha javoblar to’g’ri

371. Tug’ma glaukoma patogenezi asosida yotadi:
A. Oldingi kamera burchagi strukturalariing noto’g’ri joylashuvi
B. Korneo-skleral trabekulalarning yetarlicha defferensiallanmaganligi
C. Oldingi kamera burchagida mezodermal to’qimaning mavjudligi
D. Siliar dana tomonidan suyuqlikning giperproduksiyasi
E. Intraskleral zona darajasida drenaj sistemasidagi o’zgarishlar.

372. Gidroftalmning yetakchi belgilari bo’lib hisoblanadi:
A. Shox parda o’lchamlarining kattalashishi
B. Ko’z olmasi o’lchamlarining kattalashishi
C. Ko’z ichki bosimining ortishi
D. Chuqur oldingi kamera
E. Barcha javoblar to’g’ri

373. Glaukomaning erta diagnostikasida nisbatan informativ usul:
A. Sutkalik tonometriya
B. Tonografiya
C. Ko’ruv maydonini tekshirish
D. Ko’z oldingi yorig’I biomikroskopiyasi
E. Barcha javoblar to’g’ri

374. Glaukomatoz jarayoning nostabilligidan darak beradi::
A. Ko’rish o’tkirligining pasayishi
B. Ko’zda og’riqlarning paydo bo’lishi
C. Ko’ruv maydoning torayishi
D. Ko’ruv nervi diski glaukomatoz ekskovatsiyasining kengayishi
E. Ko’z ichi bosimi normallashmasligi

375. Glaukomatoz jarayon dinamikasini xarakterlaydi:

A. Ko’z ichki bosimi darajasi
B. Oqib ketish yengilligi koeffitsienti darajasi
C. Ko’ruv maydoni holati
D. Ko’ruv nervi diski holati
E. Qorachiq shaklinig o’zgarishi

376. Oftalmogipertenziyaning xavf omillari bo’lib hisoblanmaydi:
A. Yaqin qarindoshlar orasidagi glaukomali bemorlar
B. Oftalmotonus 30 mm. sim. ust. dan ortiq
C. Gavxarning karaktaga xos o’zgarishlari
D. Ikkita ko’zda oftalmotonus darajasining assimmetriyasi
E. Ikkita ko’zda ko’ruv nervi diski ekskavatsiyasi darajasining assimmetriyasi

377. Ko’zning gipotenziv dorilari guruhi:
A. Xolinomimetiklar
B. Antixolinesteraz preparatlar
C. Betta adrenodlokatorlar
D. Karboangidraza ingibitorlari
E. Barcha javoblar to’g’ri

378. Antixolinesteraza moddalariga kirmaydi:
A. Ezerin
B. Armin
C. Fosfakol
D. Prostoglandin
E. Demekarium bromid (tosmilen)

379. Ko’z ichki suyuqligini ishlab chiqarilishini kamaytirmaydi:
A. Timolol
B. Klofelin (klonidin)
C. Emoksipin
D. Asetazolamid (diakarb)
E. Betaksolol (betoptik)

380. Glaukomaning umumiy davosi uchun qo’llanilmaydi:
A. Qon tomir kengaytiruvchi preparatlar

B. Angioprotektorlar
C. Kortikosteroidlar
D. Antioksidantlar
E. To’r parda va ko’ruv nervi metobolizmini yaxshilovchi vositalar

381. KND ning glaukomatoz atrofiyasini davolashning fizioterapevtik usullariga kirmaydi:
A. Magnitoterapiya
B. Past energetik lazerli nurlanish
C. Elektrostimulyatsiya
D. Ultrabinafsha nurlanish
E. UYuCh

382. Glaukomali bemor rejimi deyilganda nazarda tutiladi, quyidagilardan tashqari:
A. Suyuqlik iste’molini chegaralash
B. Ko’rish bilan bog’liq ishlarni chegaralash
C. Uzoq muddat boshni egish bilan bog’liq ishni cheklash
D. Jismoniy ishlarni cheklash
E. Chekmaslik

383. Glaukomali bemorlarda timolol buyurishga qarshi ko’rsatma:
A. Bronxospazmga moyillik
B. Bradikardiya
C. Siydik tosh kasalligi
D. Yurak blokadasida
E. ”Quruq ko’z” sindromida

384. Klofelinli ko’z tomchilarining nojo’ya ta’siriga kiradi
A. Arterial bosimnig pasayishi
B. Bradikardiya
C. Bronxial spazm
D. Umumiy holsizlik, uyquchanlik
E. Kataraktaning rivojlanishi

385. Adrenalinli ko’z tomchilarining nojo’ya ta’siriga kiradi

A. Taxikardiya

B. Konyunktivaning reaktiv giperemiyasi

C. Konyunktivaning adenoxrom pigmentatsiyasi

D. Kistoz makulopatiya

E. Qon bosimining tushish

386. Atsetazolamid /diakarb/ qabuli kuzatilmaydi:

A. Paresteziyalar bilan

B. Buyrak sanchig’I bilan

C. Metabolik atsidoz bilan

D. O’t tosh kasalligi xuruji bilan

E. Kaliemiya bilan

387. Glaukomaning o’tkir xuruji davosiga kiradi:

A. Miotoklar instillyatsiyasi

B. Betta adrenoblokatorlarni buyurish

C. Simpatomimetiklar instillyatsiyasi

D. Diakarb qabul qilish

E. Barcha javoblar to’g’ri

388. To’r parda venalari trombozida kuzatiladi:

A. Venoz sistemada dimlanish belgilari

B. Venalar kengayganligi va to’laqonligi

C. Venalarning to’q rangdaligi

D. Qon quyilishlar

E. Barcha javoblar to’g’ri

389. Olcha danagi fenomeni kuzatiladi:

A. Nevritda

B. To’r parda distrofiyasida

C. To’r parda venaralari trombozida

D. To’r pardoning o’tkir arterial tutilishida

E. Barcha javoblar to’g’ri.

390. To’r parda venalari trombozi davosiga kiradi:
A. Trombolitiklar
B. Antikoagulyant va antiagregantlar
C. Simptomatik vositalar
D. Lazer terapiyasi
E. Barcha javoblar to’g’ri

391. To’r parda ko’chishini yuzaga kelishiga olib keluvchi omillarga kiradi:
A. Embriologik va anatomik
B. Nasliy
C. Mexanik
D. Gemodinamik
E. Barcha javoblar to’g’ri

392. Diabetik angiopatiyalar asosida yotadi:
A. Moddalar almashinuvi buzilishi
B. Insulinoterapiya
C. Ko’z ichki bosimining ortishi
D. Barcha javoblar to’g’ri.
E. To’g’ri javob yo’q

393. Ko’ruv nervi diskinig dimlanishi xarakterlanadi:
A. Disk to’qimasining shishi, chegaralarining noaniqligi
B. Diskning bo’rtishi
C. To’r parda venalarining kengayishi
D. Qon quyilishlari
E. Barcha javoblar to’g’ri

394. Ko’ruv nervi diski dimlanishi rivojlanishining sababi bo’lishi mumkin:
A. Boshdagi o’sma va o’smasimon kasalliklari
B. Miya kistalari
C. Yallig’lanish jarayonlari
D. Miya travmalari
E. Barcha javoblar to’g’ri

395. Disk dimlanishi holatlarini davolashda bosh rol tegishli:
A. Oftalmologga

B. Nevropatologga
C. Neyroxirurgga
D. Terapevtga
E. Barcha javoblar to’g’ri.

396. Ko’ruv nervi nevritining rivojlanish sababi bo’lib hisoblanadi:
A. Viruslar
B. Mikrob florasi
C. Toksinlar
D. Allergiya
E. Yuqoridagi omillarning turli xildagi birgalikda uchrashi

397. Ko’ruv nervi nevritida ko’ruv diskining rangi:
A. O’zgarmaydi
B. Giperemiyalangan
C. Rangpar
D. Mumsimon
E. Kulrang

398. Ko’ruv nervi nevritida retinal tomirlar tomonidan kuzatiladi:
A. Arteriolalar kengayishi
B. Venulalar kengayishi
C. **Arteriolalar va venulalar kengayishi**
D. Venulalar torayishi
E. Arteriolalar va venulalar torayishi

399. Retrobulbar nevritlarni davolash o’z ichiga oladi:
A. Antibiotiklar
B. Sulfpreparatlar
C. Desensibilizatsiyalovchi moddalar
D. Simptomatik moddalar
E. Sanab o’tilganlarning barchasi

400. Bemor K. Shoshilinch oftalmologiya bo’limiga quyidagi simptomatika bilan murojaat qildi: qovoq shishi va gematomasi, ko’z tirqishi qisqarishi, ekzoftalm, ko’z olmasi harakatining pastga va burun tomongac heklanishi, ptoz, teri osti emfizemasi chap ko’z osti krepitatsiyasi bilan. Tashxisingiz:
A. Retrobulbar kletchatka atrofiyasi

B. Retrobulbar soxaning yallig'lanishi
C. Orbita gematomasi
D. Ko'z kosasi devorlarini sinishi
E. Ko'z to'g'ri mushaklarini mioziti

401. Ko'z kosasi medial devorini sinishi xarakterlanadi:
A. Suyaklarni maydalanib sinishi va bo'laklarni orqa , tashqariga siljishi
B. Ko'z kosasi burchagi medial boylamini uzilishi
C. Ko'z yoshi qopining siljishi
D. G'alvirsimon suyak bo'shlig'iga chiqishi
E. Sanab o'tilganlarning barchasi

402. Ko'z kosasi yon devorini sinishining klinik va rentgenografik belgilari o'z ichiga oladi:
A. Krepitatsiyani
B. Diplopiyani
C. Ko'zkosasiyonburchaginitushishi, chakka-yanoqstrukturzonasinisiljishi
D. Bosh miya 5-juft nervi 2-tarmog'ini anesteziyasi
E. Sanab o'tilganlarning barchasi

403. Orbita atrofi yumshoq to'qimalarini yirtilgan jarohatlarning o'ziga xosligi:
A. Yog' to'qimasini tushishi
B. Ko'z tashqi mushaklarini jaroxati
C. Ko'z yosh bezi jaroxati
D. Yuqori qovoq tushishi va oftalmoplegiya, ekzoftalm
E. Sanab o'tilganlarning barchasi

404. Orbita ichi yot jismlarini diagnostikasi … bilan amalga oshiriladi:
A. Rentgenografiya
B. Diafanoskopiya
C. Ultratovushli exooftalmografiya
D. Biomikroskopiya
E. Sanab o'tilganlarning barchasi

405. Ko'z olmasining gifemali kontuziyasida:
A. Old kamera burchagini fibrin va qon elementlari yopib qo'yishi mumkin
B. Shox pardaning qon bilan imbibitsiyalanishi

C. Hosil bo’lgan qonni 48 soat ichida olish lozim
D. Ko’z ichi bosimini normallashtirishda siydik haydovchi preparatlar yordam berishi mumkin
E. Sanab o’tilganlarning barchasi

406. Ko’z olmasi kontuziyasida bo’lishi mumkin:
A. Skleraning subkonyunktival yorilishi
B. Shox parda eroziyasi, to’r parda shishi
C. Ko’z ichi qon quyilishi
D. Gavxar sublyuksatsiyasi yoki lyuksatsiyasi
E. Sanab o’tilganlarning barchasi

407. Teshib kirgan jarohatning mutloq belgilari bo’lib hisoblanadi:
A. Jarohat shox pardaning, sklera yoki shox parda skleral zonaning butun qavatlaridan o’tadi
B. Jarohat atrofida ko’z ichki pardalarining yig’ilib qolishi
C. Ko’z ichi yot jismi
D. Rangdor parda travmatik kolobomasi, shishasimon tanada havo pufagi
E. Sanab o’tilganlarning barchasi

408. Teshib kirgan jarohat nisbiy belgilari deb hisoblanadi:
A. Ko’z olmasi inyeksiyalanishi, og’riq hislari
B. Ko’z funksiyasini o’zgarishi
C. Gemorragik sindrom
D. Katarakta
E. Sanab o’tilganlarning barchasi

409. Ko’z olmasining teshib o’tgan jarohati deb yakuniy tashxis qo’yiladi:
A. Orbita ichi yot jismining borligi
B. Gemoftalmda
C. Kirish va chiqish teshiklarining borligi
D. Ko’z olmasi harakatida o’tkir og’riqlar
E. Ekzoftalmda

410. Ko’zni ultrabinafsha nurlanish bilan jarohatlanishining xarakterli simptomiga kiradi:
A. Yorug’likdan qo’rqish
B. Ko’z yosh oqishi

C. Qovoq giperemiyasi
D. Ko’z olmasi inyeksiyasi
E. Sanab o’tilganlarning barchasi

411. Ko’z ichidagi yot jism nima yordamida aniqlaniladi?
A. Biomikroskopiya va oftalmoskopiya
B. Gonioskopiya
C. Rentgenologik usul
D. Ultratovush exooftalmografiya
E. Sanab o’tilgan barcha usullar

412. Teshib kiruvchi jarohatda ko’z kosasi obzor tasviri qachon o’tkaziladi?
A. Sanab o’tilganlarning barchasi
B. Anamnezda yot jismning kirganligi aniq bo’lsa
C. Orbita devorlarini sinishi simptomlari bor bo’lgandagina
D. Ko’z ortida yot jism bo’lagining borligi
E. Komberg-Baltin protezini qo’llash imkoniyatining yo’qligida

413. Ko’z jarohatida rentgenologik usuldan kompyuter tomografiyaning ustunlik jihatlarini toping va u nima beradi?
A. Ko’z ichki pardalariga nisbatan yot jism bo’laklarini joylashgan joyini va yot jism zichligini aniqlash uchun
B. Ko’ruv nervi yorilishini inkor etish uchun
C. Shishasimon tanaga quyilgan qon hajmini va jarayon bosqichini xarakterlash uchun
D. Retrobulbar soxa holatini xarakterlash uchun
E. Sanab o’tilganlarning barchasi

414. Endoftalmitni travmatik iridosiklitdan farqlovchi kardinal klinik belgilari:
A. Jarohatlangan ko’zda ko’rish o’tkirligining to’liq yo’qolishi
B. Jarohat tarafda boshning yarmida ko’zdagi kuchli og’riqlar
C. Qovoq va konyunktiva shishi
D. Ko’ztubirefleksiningyo’qligiyokiqorachiqsoxasidasarg’ishsimonreflexkuzatilishi
E. Sanab o’tilganlarning barchasi

415. O’YuCh(СВЧ) – maydon tufayli yuzaga kelishi mumkin:

A. Shox parda shishi va xemozi
B. Rangdor pardani ildizidan uzulishi
C. Katarakta rivojlanishi
D. Shishasimon tana burushishi
E. Aseptik uveit

416. Enukleatsiyaga mutloq ko’rsatma:
A. Ilk marta aniqlangan glaukoma o’tkir huruji
B. Diabetik angioretinopatiyali ko’zda gemoftalm
C. Simpatik oftalmiya rivojlanish xavfi
D. Kengko'lamliko’zolmasiteshibo’tuvchiasoratlijarohati
E. Sanab o’tilganlarning barchasi

417. Jarohatlarda ko’z olmasi subatrofiyasi bilan birgalikda kuzatiladi:
A. To’r parda va kipriksimon tana ko’chishi
B. Shvarta hosil bo’lishi natijasida ko’zni qisib qarash
C. Chandiqli deformatsiya
D. Jarohat soxasiga filtratsiyalanish
E. Sanab o’tilganlarning barchasi

418. Metil spirt bilan zaxarlanish oqibati:
A. Shox parda distrofiyasini rivojlanishi
B. Katarakta rivojlanishi
C. Uveit
D. To’r parda ko’chishi
E. Ko’ruv nervi atrofiyasi

419. Yuz vaqovoqlarkuyishinidavolashdamuhimaxamiyatgaega:
A. Jaroxatlanish darajasini baxolash
B. Asoratlarni oldini olish va tezroq bitishini stimullash
C. Infeksiyalar profilaktikasi
D. Kontrakturalar yuzaga kelishini minimumlashtirish
E. Sanab o’tilganlarning barchasi

420. Ultrabinafsha nurlanish ta’sir etganda birinchi navbatda zarar yetadi:
A. Ko’z ultrabinafsha nurlanishga chidamli
B. Konyunktiva va shox parda
C. Rangdor parda

D. Gavxar
E. To’r parda

421. Ko’zning kimyoviy usul bilan kuyishda birinchi yordam:
A. Ko’p miqdorda yuvish
B. Yuzaki maxalliy anestetiklarni qo’llanilishi
C. Antibiotiklar qo’llanilishi
D. Steroidlar qo’llash
E. Barcha javoblar to’g’ri

422. Miotiklar qo’llaniladi:
A. Iritlar
B. Glaukoma
C. Konyunktivitlar tug’ma yorug’likdan qo’rqish bilan
D. Nevralgiyalar
E. Virusli keratitlarda.

423. Midriatiklar q’ollaniladi:
A. Yopiq burchakli glaukoma
B. Allergik konyunktivit
C. Travmatik midriaz
D. Iritlar
E. Nevralgiyalarda.

424. Maxalliy anesteziya vositalari qo’llaniladi:
A. Gonioskopiya, tonometriya, shox pardadagi bir turdagi tanachalarni olib tashlanishi
B. Perimetriyada,ko’rish o’tkirligini tekshirish
C. Konyunktivitdan surtma olish
D. Blefaritda
E. Shox parda eroziyasi.

425. Tomirlarni kengaytiruvchi vositalar qo’llaniladi:
A. O’tkir iritlarda
B. Ko’z yoshi qopi flegmonasi
C. To’r parda va ko’ruv nervi sklerotik protsesslari
D. Blefaritlar
E. Shox parda yaralarida.

426. So’rib oluvchi dori vositalar qo’llaniladi:
A. Onkologik kasalliklar
B. Glaukoma xurujlarida
C. Konyunktivitlada
D. Shishasimon tanaga yoki to’r pardaga qon quyilishi
E. Ko’z yoshi qopchasi flegmonasi.

427. Kuydiruvchi va o’rab oluvchi dorilarga ko’rsatma:
A. Trombozlar
B. Keratitlar, konyunktivitlar
C. Katarakta
D. Glaukoma
E. Nevritlar

428. Diuretik va degidratatsion dorilarga ko’rsatma:
A. Distrofik jarayonlarda
B. Ko’z ichki bosimini oshishi
C. Qaytalanuvchi govmichcha
D. Iritlarda
E. Kataraktalarda

429. Gipoxolesterinli dori vositalar qo’llanilishi:
A. Qondagi xolesterin miqdorini pasaytiradi
B. Qondagi bilirubin miqdorini oshiradi
C. Oqsil almashinuvini normallashtiradi
D. Uglevod almashinuvini normallashtiradi
E. Xamma javoblar to’g’ri.

430. Angioprotektorlar :
A. Yallig’lanish protsesslarini tugatadi
B. Ko’z ichki bosimini tushiradi
C. Tomir devorini mustaxkamlaydi
D. Ko’z yoshi yo’li o’tkazuvchanlikni yaxshilaydi
E. Shox pardadagi jaroxatni tuzalishini tezlatadi.

431. Angioprotektorlarga kiruvchi dorilarni aniqlang:
A. Nikoshpan, no-shpa, diakarb
B. Doksium, ditsinon, vitamin “C”, askorutin

C. Girudoterapiya
D. Miotiklar
E. Midriatiklar
F.

432. Qon ivishiga ta’sir etuvchi moddalarni ko’rsating:
A. Mochevina
B. Fenillin, Eskuzan, Geparin
C. Ditsion
D. Anginin
E. Solkoseril

433. Oftalmologiyada lazerning qo’llanilishiga ko'rsatma:
A. Glaukomaning o’tkir xurujida
B. O’tkir konyunktivitda
C. O’tkir iritda
D. Shishasimon tana destruksiyasida
E. Dakrioadenitda

434. Davolovchi yumshoq kontakt linzalar:
A. Ko’z ichki bosimi normallashtiradi, yallig’lanishga qarshi, qorachiq kengaytiradi
B. Mikrosirkulyatsiyani yaxshilaydi
C. G’ilaylikni to’g’rilaydi
D. Qarilik kataraktasini so’riltiradi
E. Tug’ma kataraktani so’riltiradi.

435. Yumshoq terapevtik linzalar:
A. Dori vositalarini samarasini kuchaytirish
B. Dori vositalarini aktivlashtiradi
C. Gematooftalmik baryerning o’tkazuvchanligini oshishi
D. Travmatik katarakta sorilishi
E. Travmatik gemoftalm sorilishi

436. Vitamin tutuvchi moddalarni tomizish … mumkin:
A. Shox parda va gavxar kasalliklarida
B. Shishasimon tana kasalliklarida
C. Ko’ruv nervi kasalliklarida
D. Shishasimon tana destruksiyasida

E. Dakrioadenitda

437. Solkoseril uchun ko’rsatma:
A. Ko’zning oldingi yoriqlari yallig’lanishi
B. Degenerativ xorioretinal kasalliklar
C. Ko’z yoshi yo’llari kasalliklari
D. Ko’z ichki yot jismi va travma
E. Ko’z ichki o’smalar

438. Taufon qo’llash uchun ko’rsatma:
A. Katarakta
B. Keratitlar
C. Shishasimon tana kasalliklari
D. Ichki o’smalar
E. Ko’z ichi yot tanalar.

439. Emoksipin ning parabulbar inyeksiyasiga ko’rsatma:
A. Miopik ko’rish
B. Ko’ruv nervi diski dimlanishida
C. To’r parda ko’chishi
D. Ko’z ichki o’smalari
E. Ko’z yoshi qopchasi flegmonasi.

440. Koruv nervi diski dimlanishida retional tomirlarda kuzatiladi:
A. Arteriola va venulalar kengayishi
B. Arteriola va venulalar torayishi
C. Venula kengayishi va arteriola torayishi
D. Venula torayishi arteriola kengayishi.
E. Arteriola torayishi

441. Oftalmologiyada refleksoterapiya qo’llaniladi:
A. Terapiyaning mustaqil ko’rinishi
B. Terapiyaning yordamchi bo’g’ini
C. Maqsadsiz refleksoterapiya
D. Terapiyaning refleksoterapiya turi
E. Oftalmologiya qo’llanilmaydi

442. Qaysi yol orqali, ko’z yoshi kanali orqali dori vositasi qo’llanilmaydi:

A. Pastki ko’z yoshi kanali nuqtasi bilan
B. Yuqorigi ko’z yoshi kanali nuqtasi bilan
C. Endonazal
D. Konyunktival qopchani to’ldirish bilan.
E. O’rta ko’z yoshi kanali nuqtasi bilan

443. Yumshoq kontakt linzalar quyidagi kasalliklardan tashqari barchasida qo’llansa bo’ladi:
A. Miopiyalarda
B. Gipermetropiyalarda
C. Keratokusning og’ir shakllarida
D. Afakiyalarda
E. Presbiopiyada

444. Katarakta ekstraksiyasi qachon amalga oshirilgan?
A. XV asrdan
B. XVII asrdan
C. XVIII asrdan
D. XIX asrdan
E. Eramizgacha

445. Katarakta ekstraksiyasini ilk marta kim bajargan ?
A. V. P. Filatov
B. A. Elshnig
C. J. Daviel
D. A. Grefe
E. G. Gelmgols

446. Katarakta ekstraksiyasi operatsiyasi ilk marta qayerda amalga oshirilgan ?
A. Qadimgi Misrda
B. Hindistonda
C. Rossiyada
D. Fransiyada
E. Germaniyada

447. Katarakta reklinatsiyasi operatsiyasi qachondan boshlab amalga oshirilgan ?

A. 2 ming yil oldin
B. 1 ming yil oldin
C. XV asrdan
D. XVIII asrdan
E. XIX asrdan

448. Katarakta reklinatsiyasi operatsiyasining vatani deb qayer hisoblanadi ?
A. Misr
B. Hindiston
C. Xitoy
D. Fransiya
E. Rossiya

449. O'tkazuvchi shox parda ko'chirish amaliyotini dunyoda ilk marta muvaffaqiyatli amalga oshirgan olim nomi?
A. V. P. Filatov
B. A. Grefe
C. A. Elshnig
D. E. Sirm
E. G. Gelmgols

450. Ultratovushli fakoemulsifikatsiyani ilk marta amalga oshirgan olim:
A. V. P. Filatov
B. A. Elshnig
C. A. Grefe
D. Ch. Kelman
E. G. Gelmgols

451. Kataraktaning intrakapsulyar krioekstraksiya operatsiyasini ilk marta kim amalga oshirgan?
A. Ch. Kelman
B. V. P. Filatov
C. A. Elshnig
D. E. Krvavich
E. G. Gelmgols

452. Intrakapsulyar linza implantatsiyasini ilk marta amalga oshirgan?

A. G. Ridlij
B. A. Grefe
C. V. P. Filatov
D. A. Elshnig
E. G. Gelmgols

453. Glaukomada iridektomiya operatsiyasini tadbiq qilgan olim?
A. G. Ridli
B. V. P. Filatov
C. A. Grefe
D. A. Elshnig
E. G. Gelmgols

454. Shox parda qavatlari joylashishi:
A. Shox parda yuzasiga parallel
B. Xaotik (tartibsiz)
C. Konsentratsiyalashgan holda
D. Xaotik va konsentrik
E. Shox parda yuzasiga parallel va xaotik

455. To’r pardaning funksional markazi bu :
A. Ko’ruv nervi diski
B. Markaziy chuqurcha
C. Tishsimon chegara zonasi
D. Ko’ruv nervi diski va tishsimon chegara zonasi
E. Ko’ruv nervi diski va markaziy chuqurcha

456. Ko’zning mushak apparati … ekstraokulyar mushaklardan iborat:
A. To’rtta
B. Beshta
C. Oltita
D. Sakkizta
E. O’nta

457. Ko’z olmasining qon bilan ta’minlanishi:
A. Ko’z olmasi arteriyasi
B. To’r parda markaziy arteriyasi
C. Orqa siliar arteriyalar

D. Ko’z olmasi arteriyasi va to’r parda markaziy arteriyasi
E. To’r parda markaziy arteriyasi va orqa siliar arteriyalar

458. N. Ophthalmicus … hisoblanadi:
A. Sezuvchi nerv
B. Harakatlantiruvchi nerv
C. Aralash tipdagi nerv
D. Sezuvchi nerv va harakatlantiruvchi nerv
E. Harakatlantiruvchi nerv va aralash tipdagi nerv

459. Ko’zning ekstraokulyar mushaklari innervatsiyasi qanday amalga oshadi?
A. Ko’zni harakatlantiruvchi nerv
B. Uzoqlashtiruvchi nerv
C. N. Trochlearis
D. Sanab o’tilgan nervlarning barchasi
E. Faqatgina ko’zni harakatlantiruvchi va uzoqlashtiruvchi nervlar orqali

460. Siliar tugun o’zida saqlaydi:
A. Sezuvchan xujayralar
B. Xarakatlanish xujayralari
C. Simptomatik xujayralar
D. Barcha javoblar to’g’ri
E. Faqatgina sezuvchan va simptomatik xujayralar

461. Ko’zning kolbachalar apparati aniqlaydi:
A. Yorug’lik sezish
B. Yorug’likka adaptatsiya
C. Ko’rish o’tkirligi
D. Rang sezuvchanlik
E. Ko’rish o’tkirligi, rang sezuvchanlik

462. Yorug’lik adaptatsiyasi xarakterlanadi:
A. Ko’rish o’tkirligi bilan
B. Ko’rish maydonining kattaligi bilan
C. Farqli bo`sag`asi
D. Qo’zg’atish bo`sag`asi
E. Farqli va qo’zg’atish bo`sag`asi

463. Binokulyar ko’ruv faqatgina bo’ladi:
A. Ikkala ko’zning ko’rish o’tkirligining yuqori bo’lishi
B. Normal fuzion refleksda ortoforiya va geteroforiya
C. Ezoforiyada va ekzoforiyada
D. Xamma javoblar to’g’ri
E. Ikkala ko’zning ko’rish o’tkirligining yuqori bo’lishi normalfuzionrefleksdaortoforiyavageteroforiya

464. Ko’z mushaklari astenopiyasi rivojlanadi:
A. Akkomodatsiya va konvergensiya orasida nomutanosiblik
B. Akkomodatsiya yetishmovchiligi va konververgensiya kuchsizligi
C. Ko’ruv o’tkirligi pastligi
D. G’ilaylik
E. Akkomodatsiya va konvergensiya orasida nomutanosiblik, akkomodatsiya yetishmovchiligi va konvergensiya kuchsizligi

465. Sterioskopik ko’ruvni baxolash mezonlari:
A. Ko’zdan turli masofada joylashgan predmetlarni turli aniqlikda ko’rish
B. Atrofdagi rangli predmetlarning toyinishining turliligi
C. Ko’zdan turli masofada joylashgan predmetlarning fiziologik ikkilanishi
D. Ko’zdan uzoqlashayotgan predmetlarni xiralashuvi
E. Barcha javoblar to’g’ri

466. Monokulyar ko’rishda qaysi ko’ruv analizi ta’sirlanadi:
A. Rang adaptatsiyasining kamayishi
B. Rang ajratish yomonlashuvi
C. Pereferik ko’rish
D. Stereoskopik ko’rish
E. To’g’ri javob pereferik ko’rish,stereoskopik ko’rish

467. Qorong’ulik adaptatsiyasi buzilishi (gemoralopiya) uchrashi mumkin:
A. Uveitlar, panuveitlar, miopiyalar
B. Ko’ruv nervini yallig’lanishli zararlanishi
C. Ovqat tarkibidagi vitaminlar A,B_2, C yetishmovchiligi
D. To’r pardaning degenerativ va yallig’lanishli zararlanishi
E. Barcha javoblar to’g’ri

468. Kampimetrda ko’r dog’ning kattaligi normada nechaga teng?

A. 3x2 sm
B. 5x4 sm
C. 3x6 sm
D. 9x7 sm
E. 10x8 sm

469. Predmetlarga nisbatan fiksatsiya bolalarda qachon shakllanadi?

A. Tug’ilishiga yaqin davrda
B. 2 haftaligida
C. 2 oyligida
D. 4 oyligida
E. 6 oyligida

470. Ko’ruv maydonini konsentrik bujmayishi va xalqasimon skatoma uchraydi:

A. Xiazma jaroxati
B. To’r parda pigment zararlanish
C. Ko’ruv traktini zararlanishi
D. Xamma javoblar to’g’ri
E. Xamma javoblar noto’g’ri.

471. Ko’ruv nervi diskiga ta’sir ko’rish maydonida ko’r dog’ni kattalashuvini tushuntiring:

A. Xoriokapillyarvako’rishxujayralario’rtasidabuzilishlar
B. Sensorli to’rsimon va pigmentli epiteliyda oqsil ekssudatni bo’lishi
C. Tor parda perepapilyar zonasi sensor elementlari bilan qo’shilishi
D. Barcha javoblar to’g’ri
E. Xoriokapilyarvako’rishxujayralariortasidabuzilishlar, sensorli to’rsimon va pigmentli epiteliyda oqsil ekssudatni bo’lishi

472. Yorug’lik spektridagi barcha ranglarni qabul qilish bu:

A. Ko’rish analizatorining turli xil kortikal qismlaridagi,ranglarni qabul qilishi
B. Yon tizzasimon tanada turli xil qavatlarni borligi
C. Uchta turli xil retseptorlarning borligi
D. Xamma javoblar to’g’ri
E. Xamma javoblar noto’g’ri

473. Perimetrik tekshiruvda fiziologik skotoma normada fiksatsiya nuqtasiga nisbatan necha gradusda joylashadi?

A. 15 gradus burun tomondan
B. 20 gradus burun tomondan
C. 15 gradus chakka tomondan
D. 20 gradus chakka tomondan
E. 30 gradus chakka tomondan

474. Protanopiyali bemorlarda rang sezuvchi qaysi komponent bo'lmaydi?

A. Yashilni sezuvchi komponent
B. Qizilni sezuvchi komponent
C. Ko'kni sezuvchikomponent
D. Sariqni sezuvchi komponent
E. Qizilni va sariqni sezuvchi komponentlar

475. Katta yoshli insonlarda ko'z yoshi PHi nechchiga teng?

A. Normada 7,5 ga teng
B. Qovoq va ko'z kasalliklarida PH 7,8 dan yuqori yoki 6,6 dan past
C. Shox parda zararlanishida PH ishqoriy tomonga siljiydi
D. Barcha javoblar to'g'ri
E. Normada 7,5 ga teng va shox parda zararlanishida PH ishqoriy tomonga siljiydi

476. Yorug`likka adaptatsiya xarakterlanadi:

A. Ko`rish o`tkirligi

B. Ko`ruv maydoni kattaligi

C. Ajratish chegarasi

D. Tasirlanish chegarasi

E. To`g`ri ajratish chegarasi va t a`sirlanish chegarasi

477. Qorong`ulik adaptatsiyasini quyidagi odamlarda o`tkazish kerak:

A. To`r pardaning pigment abiotrifiyasiga shubha bo`lganda

B. Avitaminoz, jigar sirrozida

C. Xorioiditda , to`r parda ko`chishi,ko`ruv nervi diski dimlanishi

D. Professional haydovchilikka tanlash,aviator,poezd haydovchi, harbiy ekspertizada

E. Hamma sanab o`tilganlar

478. Ko`zning toliqishida buzilish kuzatiladi:

A. Yorug`lik qabul qilish apparatida

B. Harakatlantiruvchi apparatda

C. Akkomadatsiya apparatida

D. Sanab o`tilganlar barchasi

E. Faqat yorug`lik qabul qiluvchi va akkamadatsion apparatda.

479. Binokulyar ko`rish kuzatiladi:

A. Ikkala ko`zning yetarli yuqori ko`rish o`tkirligida

B. Ortaforiya va geteroforiya normal fuzion refleksda

C. Ezofariya va ekzoforiya

D. Hamma sanab o`tilganlar

E. Ikkala ko`zning yetarli yuqori ko`rish o`tkirligida va Ortaforiya va geteroforiya normal fuzion refleksda

480. Ko`zda mushak astenopiya kuzatiladi:

A. Akkomadatsiya va konvergensiya bir biriga to`g`ri kelmasligi

B. Akkomadatsiya va kuchsiz konvergensiya yetishmovchiligi

C. Ko`rish o`tkirligi pastligi

D. Sanab o`tilganlar barchasi

E. Akkomadatsiya va konvergensiya bir biriga to`g`ri kelmasligi va akkomadatsiya va kuchsiz konvergensiya yetishmovchiligi

481. Binokulyar ko`rishni shakllantirish uchun quyidagi sharoitlar kerak:

B. Ikkala ko`z o`qining parallel joylashishi

C. Yaqin joylashgan predmetlarga qaraganda ko`z o`qi normal konvergensiyasi

D. Fiksatsiyalangan predmet yo`nalishida assotsirlangan harakat , normal fuziya

E. Ikkala ko`z ko`rish o`tkirligi 0. 4 dan kam emas

F. Hamma sanab o`tilganlar

482. Sterioskopik ko`rish tekshirish kriteriysi hisoblanadi:

A. Ko`zdan har hil masofada turgan predmetlarni ko`rish tiniqligi har hilligi

B. Predmetlarning ranglarini har hil to`yinganligi

C. Predmetlar fiziologik ikkilanishi

D. Har hil masofada uzoqlashtirilganda predmetlarning soyasini o`zgarishi

E. Hamma sanab o`tilganlar

483. Monokulyar ko`rishda ko`rish analizatorining quyidagi funksiyalari buziladi:

A. Yorug`lik adaptatsiyasi pasayadi

B. Rang bilish pasayishi

C. Periferik ko`rish

D. Stereoskopik ko`rish

E. Periferik ko`rish va stereoskopik ko`rish

484. Bolalarda fuzion refleks paydo bo`ladi:

A. Tug`ilgan zahoti

B. 2 oyligida

C. 4 oyligida

D. 6 oyligida

E. 1 yoshligida.

485. Qorong`ulikka adaptatsiya (gemoralopiya) kuzatilishi mumkin:

A. Uveitlar, panuveitlar, miopiya yuqori darajasida

B. Ko`rish nervi yallig`lanishida

C. Vitamin "A" ning yetishmasligi yoki yo`qligi , hamda "B2" va "C"

D. To`r parda yallig`lanish va degenerativ zararlanishi

E. Hamma sanalganlar

486. Ko`r dog`ning kattaligi kampimetrda o`lchanganda normada:

A. 3x2 sm

B. 5x4 sm

C. 3x6 sm

D. 9x7 sm

E. 10x8 sm.

487. Predmetlar fiksatsiya refleksi bolada paydo bo`lada::

A. Tug`ilgan zahoti

B. 2 hafta

C. 2 oyligida

C. 4 oyligida

D. 6 oyligida

488. Ko`rish maydoni konsentrik torayishi va halqasimon skotoma kuzatiladi:

A. Xiazma zararlanishi

B. To`r parda pigment zararlanishi

C. Ko`rish traktini zararlanishi

D. Hamma sanalganlar

E. Sanab o`tilganlar hech qaysisi.

489. Ko`ruv nervi diski shishida ko`r dog`ning kengayishi ko`ruv maydonida o`zgaradi:

A. Xoreokapillyarlarni va ko`rish hujayralari orasidagi bog`lanish buzilishi

B. Sensor to`r parda va to`r parda pigment epiteliysi o`rtasida oqsilli ekssudat

C. Sensor elementlarni to`r parda perepapillyar sohasiga qo`shilishi

D. Hamma sanab o`tilganlar to`g`ri

E. Faqat xoreokapillyarlarni va ko`rish hujayralari orasidagi bog`lanish buzilishi va

sensor to`r parda va to`r parda pigment epiteliysi o`rtasida oqsilli ekssudat .

490. Hamma rang spektrlarini qabul qilishni tushuntirish mumkin:

A. Rang qabul qilishni amalga oshiruvchi ko`rish analizatori kortikal sohalar borligi bilan

B. Yon tizzasimon tanada turli qavatlar borligi bilan

C. Uch hil retseptorlar borligi bilan

D. Hamma sanab o`tilganlar

E. To`g`ri javob yo`q.

491. Perimetriyada normada fiziologik skotoma fiksatsiya nuqtasiga nisbatan joylashgan:

A. 20 gradus burun tomondan

B. 15 gradus chakka tomondan

C. 20 gradus chakka tomondan

D. 30 gradus chakka tomondan

492. Protanopiya kuzatiladigan bemorda tushib qolish kuzatiladi:

A. Yashil sezuvchi komponent

B. Qizil sezuvchi komponent

C. Ko`k sezuvchi komponent

D. Sariq sezuvchi komponent

E. Qizil va sariq sezuvchi komponent .

493. Katta odamda ko`z yoshining PH ko`rsatkichi teng:

A. Normada 7,5

B. Ko`z va qovoq kasalliklarida PH 7,8 dan katta yoki 6,6 dan kichik

C. Shox parda zararlanishida PH ishqoriy tomonga o`zgaradi

D. Hamma javob to`g`ri

E. Normada 7,5 shox parda zararlanganda PH ishqoriy tomonga o`zgaradi.

494. Konyunktival qopchadan yoshning burunga o'tishida qatnashadi:

A. Ko'z yosh nuqtasi va kanalchasi kapillyarligi sababli

B. Ko'z yosh qopchasi qisqarishi

C. Ko'z yosh og'irligi kuchi

D. Ko'z yosh qopchasi manfiy bosim hisobiga

E. Yuqoridagilarning barchasi

495. Bolalarda normal qovoq pirpirashi 1 minutda 8-12 marta …… bo'ladi:

A. 6 oylida

B. 1 yoshda

C. 5 yoshda

D. 7-10 yoshda

E. 15-16yoshda.

496. Yangi tug'ilgan chaqaloqlarda qovoqlar to'liq yopilmaydi, chunki:

A. Qovoqlar kalta va mushaklari to'liq rivojlanmagan

B. Mushak innervatsiyasi to'liq rivojlanmagan

C. Ko’z soqqasi oldinga chiqib turadi, chunki ko’z tubi to’liq rivojlanmagan

D. Qovoqlar kalta va mushaklari to’liq rivojlanmagan va ko’z soqqasi oldinga chiqib turadi, chunki ko’z tubi to’liq rivojlanmagan

E. Barcha javob to’g’ri

497. Bo’yovchi modda qancha vaqt ichida konyunktival qopchaga tushsa, Vesta sinamasi musbat hisoblanadi?

A. 3 minut

B. 5 minut

C. 7 minut

D. 10 minut

E. 15 minut.

498. Ko’z yoshi yo’lini contrast rentgenografiyasi uchun … ishlatiladi:

A. Flyuorescein

B. Kollargol

C. Nodlipol

D. Barcha preparatlar

E. A va B javob to’g’ri.

499. Shox parda sezgirligi … yuqoriroq:

A. Limba sohasida

B. Perilimbal zona

C. Parasentral zona

D. Sentral sohada

E. Butun yuza bo’ylab bir xil.

500. Shox parda sezgirligi qaysi nerv jarohati natijasida buziladi:

A. Yuz nervi

B. Ko’zni harakatlantiruvchi nerv

C. Uch shoxli nerv

D. Yuz nervi va ko’zni harakatlantiruvchi nerv javoblari to’g’ri

E. Yuz nervi va uch shoxli nerv javoblari to’g’ri.

501. Shox parda va konyunktivasi nimaning hisobiga har doim nam?

A. Ko’z yosh bezining sekreti

B. Yog’ bezi sekreti

C. Shilliq bezning sekreti

D. Barchasi to’g’ri

E. Ko’z yosh va shilliq bezlarining sekreti

502. Shox parda storma moddasi kuchsiz antigen hisoblanadi, agar:

A. Tomirlari yo’q

B. Oqsili kam bo’lsa

C. Shox parda stromasi mukopolisaxaridlar yordamida bir biridan uzoq joylashgan

D. barchasi

E. Oqsili kam bo’lsa va shox parda stromasi mukopolisaxaridlar yordamida bir biridan uzoq joylashgan

503. Shox parda to’qimalaridan suyuqlik, gaz va elektrolitlarning o’tishiga sabab o’luvchi omillar:

A. Shox parda epiteliysi

B. Shox parda endoteliysi hujayra membranalari

C. Shox parda descemetli membranasi

D. Shox parda stromasi

E. Shox parda epiteliysi va shox parda endoteliysi hujayra membranalari

504. Shox parda epiteliysi shishi qaysi kasallikda kuzatiladi?

A. Irit va Iridosiklit

B. Ko’z ichi bosimining yuqori bo’lishi

C. Endotelial-epitelial distrofiyalar

D. Barchasi

E. Ko’z ichi bosimining yuqori bo’lishi va endotelial-epitelial distrofiyalar

505. Ko`z yosh suyuqligi nima hisobiga hosil bo`ladi?

A. Shishasimon tanadan filtratsiya hisobiga

B. Vena tomirlaridan filtratsiya hisobiga

C. Shox pardadan osmos hisobiga

D. Kipriksimon tana tomirlaridan sekretsiya(ultrafiltratsiya) hisobiga

E. Venalardan filtratsiya va shox parda osmosi hisobiga

506. "Qon-suv nam" baryeri amalga oshiriladi: noto'g'ri javobni belgilang:

A. Kipriksimon tananing kiprikli o'simtalari epiteliysi

B. Brux membranasi

C. Shishasimon tana

D. Tomir qavatining pigment epiteliysi

E. Paraoptik To`r parda.

507. Rangdor pardoning fiziologik ahamiyati, quyidagilardan tashqari:

A. Bakteritsid

B. Quyosh nurining ultrabinafsha spektridan to`r pardani himoyalash va ko'zning orqa qismiga yorug'likni tushishi tartibga solish

C. Ko'z ichi suyuqligining oqimida va ultrafiltratsiyasida ishtiroki

D. To`r pardaning makulyar sohasiga yorug'likni markazlashtirish.

508. Ko`z yosh suyuqligi quyidagidan tashqari hamma ko`rsatilgan funksiyalarni bajaradi:

A. Ko`z ichki bosimini saqlab turadi

B. Ko`zni yuvib turish

C. Ko`zning tomirsiz strukturalarini oziqlantirish

D. Nurni to`r pardaga o`tkazib berish

E. Bakteriosit va bakteriostatik ta`sir

509. Bolalarda gavhar … tashkil topgan:

A. 40% suvdan

B. 50% suvdan

C. 65% suvdan

D. 75% suvdan

E. 90% suvdan.

510. Gavhar oqsilining oksidlanish-qaytarilish jarayonida asosiy rol o'ynaydi:

A. Albuminlar

B. Globulinlar

C. Sistein

D. Barchasi bir xil

E. To'g'ri javob yo'q

511. Gavharning zich yadrosi shakllanishiga olib keladi, noto'g'ri javobni belgilang:

A. Gavharning ichki tolalari zichlashishi tufayli doimiy yangi tolalrning hosil bo'lishi

B. Kalsiy tuzlarining yig'ilishi

C. Gavharda erimaydigan albuminoid oqsil fraksiyalarining ko'payib ketishi

D. Kristallinlarning kamayib ketishi.

512. Shox pardoning burchak tomirlari to`ri nima uchun aniqlanmaydi?

A. Qon bilan to'lmagan

B. Tiniq bo’lmagan sclera bilan yopilgan

C. Juda kichik kalibrga ega

D. Rangi bo’yicha yon to’qimalardan farq qilmaydi

E. Barchasi to’g’ri.

513. Tomirlar perikorneal inyeksiyasi uchun taaluqli emas:

A. Shox parda yallig’lanish jarayonlari

B. Konyunktivitlar

C. Irit va iridosiklit

D. Barchasi to’g’ri

E. To’g’ri javob shox parda yallig’lanish jarayonlari va konyunktivitlar.

514. Shox parda epiteliysi tez regeneratsiya bo’lishiga sabab:

A. Shoxparda или плохо проведенной хирургической обработке раны

B. Shox parda yuza jarohatlarining tez tuzalishi

C. Shox parda sezgirligining tez tiklanishi

D. Shox parda yuza jarohatlarining tez tuzalishi va shox parda sezgirligining tez tiklanishi

E. Barchasi to’g’ri

515. Ko’z kosaning to’rt qirrali pyramidal shakli bolalarda … shakllanadi:

A. 1 oylik

B. 3 oylik

C. 6-12 oylik

D. 2 yoshda

E. 3 yoshda

516. Bolalarda ko’z kosasining nosimmetrik shakllanishi quyidagi patologiyalar bilan tushuntiriladi, noto’g’ri javobni belgilang:

A. Bir tomonlama mikroftalma

B. Bir tomonlama buftalma

C. Ko’zkosasihosilalariновообразованийглазницы

D. Optik anizometropiya

517. Qorachiqning yorug`likka to`g`ri va hamhor reaksiyasi paydo bo`ladi:

A. Tug`ilgan zahoti

B. 3 oylikda

C. 6 oylikda

D. 1 yoshda

E. 3 yoshda

518. Yangi tug’ilgan chaqalaqlarning rangdor parda qavati quyidagi xususiyatga ega, noto’g’ri javobni ko’rsating:

A. Melaninkamligihisobigaochrang светлой окраски из-за малого количества меланина

B. Pigment kaymaning yuza rivojlanganligi

C. Kripta va lakunalarning rivojlanmaganligi

D. Qorachiq rigidligi

E. Stromal tomirlarning bilinarli konturirlanishi, ayniqsa kichik qon aylanish doirasida

519. Bolalarda midriatiklar yordamida qorachiq kengayishi maximal ko'rsatkichiga necha yoshdan erishish mumkin:

A. Tug'ilgan zahotiyoq

B. 3 oyda

C. 6 oyda

D. 1 yoshda

E. 3 yoshda

520. Siliar tananing sezgirligi bolalarda … shakllanadi:

A. 6 oyda

B. 1 yoshda

C. 3 yoshda

D. 5-7 yoshda

E. 8-10 yoshda

521. Ko'zlarning akkomodatsion xususiyati maksimumga qachon yetib boradi?

A. 5 yoshda

B. 7-8 yoshda

C. 10 yoshda

D. 15-17 yoshda

E. 20 yoshda

522. 1 yoshdan 15 yoshgacha ko’zning sagittal o’lchami o’rtacha qanchaga ortadi?

A. 2 mm

B. 2,5 mm

C. 3-3,5 mm

D. 4-5 mm

E. 5,5 mm.

523. Emmetropik refraksiyasi bo’lgan katta odam ko’zining sagittal o’lchami o’rtacha nechiga teng?

A. 20 mm

B. 21 mm

C. 23 mm

D. 25 mm

E. 26 mm.

524. Xorioideada vortikoz venalar obturatsiyasida sektoral joylashgan patologik o’zgarishlar aniqlanishiga … olib keladi

A. Vortikoz venalarning kvadrant tarqalishi

B. Vortikoz venalar orasida anastomoz bo’lmasligi

C. Obturatsiyalangan vena bilan drenajlanuvchi kvadrantda qonning turib qolishi, застоем крови в квадранте, дренируемом обтурированной веной

D. Barcha javob to’g’ri

E. Vortikoz venalarning kvadrant tarqalishi va obturatsiyalangan vena bilan drenajlanuvchi kvadrantda qonning turib qolishi

525. Gavhar proteinlari organospetsifik bo`lganligi tufayli gavhar haltasining butunligi buzulishi natijasida ko`z yosh va zardobda antitela hosil bo`ladi va u olib keladi:

A. Shox parda endotelial- epithelial degeneratsiyasiga

B. Fakolitik glaukomaga

C. Fakoanofilaktik uveitga

D. Barcha javob to`g`ri

E. Faqat shox parda endothelial-epitelial degeniratsiyasi va fakolitik glaukomaga.

526. Shishasimon tanada suv:

A. 40% gacha

B. 50% gacha

C. 60% gacha

D. 85% gacha

E. 98% gacha

527. Vortikoz venalarning asosiy roli:

A. Ko’z ichi bosimi regulyatsiyasi

B. Ko’z orqa sohasidan venoz qonning oqimi

C. Ko’z to’qimalari termoregulyatsiyasi

D. Barchasi to’g’ri

E. Ko’z ichi bosimi regulyatsiyasi va ko’z orqa sohasidan venoz qonning oqimi.

528. Shishasimon tana funksiyasiga kiradi, noto’g’ri javobni belgilang:

A. Ko’z ichi bosimining regulyatsiyasida qatnashish

B. Ko’zda himoya funksiyasini bajarish

C. Gavhar va to`r parda trofikasida qatnashish

D. Ko’zning stabil shaklini ta’minlash, shishasimon tana ko’zning tayanch to’qimasi

E. Yorug’likni to`r pardaga yengil o’tishini ta’minlash.

529. Shishasimon tananing qaysi patologik holatlari to`r parda ko’chishiga olib kelishi mumkin:

A. Shishasimon tana orqadan ko’chishi

B. Shishasimon tana suyuqlashishi

C. To`r parda bilan birikkan, shishasimon tana shvartalari

D. Barchasi to’g’ri

E. Shishasimon tana orqadan ko’chishi va to`r parda bilan birikkan, shishasimon tana shvartalari

530. Gavharning suvda eruvchi oqsillari keltirilgan javobni belgilang:

A. Alfa-globulinlar

B. Beta-globulinlar

C. Gamma-globulin

D. Barchasi to’g’ri

E. Faqat alfa-globulinlar va beta-globulinlar.

531. Gavharning nur sindirish kuchi:
A. 20 dioptriygacha

B. 10 dioptriygacha

C. 30 dioptriygacha

D. 35-40 dioptriygacha

E. 50 dioptriygacha.

532. Xoreoideyaning katta tomirlari qavatidan . . . vortikoz venalar chiqadi:
A. 2-3

B. 4-6

C. 8 gacha

D. 10 gacha

E. 11 dan ko’p

533. Ko’z tubinig bo’yalish intensivligi asosan … tushuntiriladi:
A. To`r pardada pigment miqdoriga qarab

B. Xromotoforlar miqdoriga qarab

C. Xoreoideyaning xoriokapillyar qavatida kapillyar to’rning quyuqlik darajasiga qarab

D. Barcha javob to’g’ri

E. To`r pardada pigment miqdoriga qarab va xromotoforlar miqdoriga qarab

534. To`r parda arteriyalari pulsatsiyasi anglatadi:

A. Normal odamda qon oqishini

B. Tomirlarda sklerotik o`zgarishlar borligini

C. Yuqori arterial bosim va aortal klapan yetishmovchiligini

D. To`r parda markaziy artwriyasi diastolik bosimi va ko`z ichi bosimi o`rtasidagi bosim farqini

E. Hamma sanab o`tilganlar

535. Normada oftalmoskopiyada to`r parda tomirlarida yaltiroq ingichka chiziqlarni ko'rishni … tushuntirish mumkin:

A. Qon tomirning yaltiroq devoriga yorug'lik refleksi bilan

B. Tomirlarda qonning to'xtab-to'xtab oqishi

C. Tomirlardagi qon taxladagi yorug`lik refleksidan

D. To`r parda yuzasi va qon tomorlar soyasi farqidan

E. Barcha javob to'g'ri.

536. "Parketsimon" ko`z tubini tushuntirish mumkin:

A. Retinal pigment kamligi bilan

B. Xorioidal pigment ko`pligi bilan

C. Tomir qavatni ko`z tubida alohida sohalarda soyalanishi bilan

D. Hamma sanab o`tilganlar

E. Faqat Tomir qavatni ko`z tubida alohida sohalarda soyalanishi bilan va xorioidal pigment ko`pligi bilan

537. Oftalmoskopiyada ko`z tubi rangining intensivligi hosil bo`ladi:

A. Retinal pigment rangidan"to`q jigar rang"

B. Skleraning oq rangidan

C. Qon tomir qavatning qizil rangi va melanin miqdoridan

D. Hamma javob to`g`ri

E. Faqat retinal pigment rangidan"to`q jigar rang" vaskleraning oq rangidan.

538. Ko`ruv nervi diskining tashqi qismi ichki qismidan hiraroq chunki u yerda…:

A. Nerv tolalar qavati yupqaroq

B. Tomirlar soni kam

C. Pigment kam

D. Nerv tolalar qavati yupqaroq va tomirlar soni kam

E. Tomirlar kam va pigment kam.

539. Flyurisent angiografiya o`tkazishga ko`rsatma hisoblanadi:

A. To`r parda va ko`ruv nervi tomir kasalliklari

B. To`r parda va ko`ruv nervi yallig`lanish kasalliklari

C. Hamma javob to`g`ri

D. To`r parda va xoreoideya degenerative o`zgarishlari

E. Faqat to`r parda va ko`ruv nervi tomir va yallig`lanish kasalliklari.

540. Flyurisent angiografiya o`tkazishga qarshi ko`rsatma hisoblanadi

A. Allergik reaksiya

B. Jigar va buyrak kasalliklari

C. Yurak-o`pka dekompensatsiyasi

D. Bronxial astma

E. Hamma javob to`g`ri

541. Quyidagi holatdan tashqari barcha sanab o`tilganlarda Retinal tomirlar flyurisent uchun o`tuvchan hisoblanadi:

A. Retinal tomirlar nekrozi

B. Retinal va periretinal qon quyilishlar

C. Yallig`lanish jarayonida

D. Kapillyar tomirlarda dimlanish bo`lganda

E. Neovaskulyarizatsiyalarda.

542. Fosfenni yo`qolish kritik chastotasi bilan o`lchanuvchi labillik ko`rsatkichi xarakterlanadi:

A. To`r parda tashqi qavatlari holati

B. To`r parda ichki qavatlati funksional holati

C. Papilla-makulyar tutam o`tkazuvchi yo`lini funksional holati

D. Ko`ruv analizatori po`stloq osti markazi funksional holati

E. Hamma javob to`g`ri.

543. Oftalmologik tekshiruvda elektroensefologramma baholashga yordam beradi:

A. To`r parda tashqi va ichki qavatlarini

B. Ko`ruv analizatori o`tkazuvchi yo`lini

C. Po`stloq ko`ruv markazini

D. Po`stloq osti ko`ruv markazini

E. Faqat po`stloq ko`ruv markazini va po`stloq osti ko`ruv markazini

544. Qaysi holatda bemor makuletesterda Gaydenger shakllarini ko`rmaydi:

A. Ambliopiya

B. Makulyar soha organik shikastlanishi

C. G`ilaylik

D. Barcha javob to`g`ri

E. Faqat ambliopiya va g`laylik.

545. Ko`zning diagnostic ultratovush tekshiruviga qarshi ko`rsatma hisoblanadi:

A. Shishasimon tanaga qon quyilishi

B. Ko`z ichida metal yot tana borligi

C. Endoftalmit

D. Yangi teshib o`tuvchi jarohat

E. Hamma javob to`g`ri.

546. Optik sistema refraksiyasi dab nomlanadi:

A. Konvergensiya bilan uzviy og`liq bo`lgan holat

B. Dioptriyalarda belgilangan optik sistemaning sindirish hususiyati

C. Optik sistemaning undan o`tayotgan nurni neytrallashi

D. Tushayotgan nurning optic sistemadagi soyasi

E. Bir biridan malum masofada joylashgan linzalar sistemasi.

547. Fizik refraksiya o`zgarish chegaralari hisoblanadi:

A. 0 -20 dioptriy

B. 21- 51 dioptriy

C. 52 - 71 dioptriy

D. 72 - 91 dioptriy

E. 91 - 100 dioptriy

548. Klinik refraksiya bu:

A. Optik kuch va ko`z o`qining o`rtasidagi mutonosiblik

B. Optik sistemaning dioptriyalarda belgilangan sindirish kuchi

C. Shox parda egriligi radiusi

D. Gavhar nur sindirish kuchi

E. Optik sistema asosiy tekisliklari.

549. Klinik refraksiya turlari:

A. Disbinakulyar- obskuratsion

B. Isterik va anizometropik

C. Shox parda va gavhar

D. Vitreal va retinal

E. Statik va dinamik

550. Statik refraksiya anglatadi:

A. Shox parda nur sindirish kuchini

B. Akkomadatsiya tinchlik paytda to`r pardada tasvir olish

C. Gavhar nur sindirish kuchi

D. Kamera suyuqligi nur sindirish kuchi

E. Akkomadatsiya paytida optic sistema nur sindirish kuchi.

551. Dinamik refraksiya anglatadi:

A. Akkomadatsiya paytida ko`z optik sistemasi xususan to`r parda nur sindirish kuchi

B. Shox parda nur sindirish kuchini

C. Kamera suyuqligi nur sindirish kuchi

C. Shox parda egrigi radiusi

D. Gavhar egriligi radiusi

552. Tiniq ko`rishning eng uzoq nuqtasi bu:

A. Shox parda cho`qqisida joylashgan

B. Akkomadatsiya tinch paytda o`rnatilgan

C. Ko`zdan 1 m uzoqda joylashgan

D. Tashqi asosiy tekislikda sohasida joylashgan

E. Maksimal akkomadatsiya zo`riqishida tiniq ko`rinishi.

553. Emmetropiyada tiniq ko`rish eng uzoq nuqtasi joylashgan:

A. 5 m

B. 4 m

C. 3 m

D. Cheksiz

E. Ko`zdan orqada.

554. Miopiyada tiniq ko`rish eng uzoq nuqtasi joylashgan :

A. Cheksiz

B. To`r pardada

C. Ko`z oldida

D. Shox parda sohasida

E. Ko`zdan orqada.

555. Gipermetropiya tiniq ko`rish eng uzoq nuqtasi joylashgan :

A. Cheksiz

B. Ko`z oldida

C. Shox parda sohasida

D. To`r pardada

E. Ko`z orqasida

556. Ametropiya yengil darajasida quyidagi refraksiyaga mutanosib:

A. 2,5 dioptriyagacha

B. 2,75 dioptriyagacha

C. 3,0 dioptriyagacha

D. 3,25 dioptriyagacha

E. 3,5 dioptriyagacha

557. Ametropiya o`rta darajasida quyidagi refraksiyaga mutanosib:

A. 2,5 dan 5,5 dioptriyagacha

B. 2,75 dan 5,75 dioptriyagacha

C. 3,0 dan 6,0 dioptriyagacha

D. 3,25 dan 6,0 dioptriyagacha

E. 3,5 dan 6,25 dioptriyagacha

558. Ametropiya yuqori darajasida quyidagi refraksiyaga mutanosib:

A. 5,5 dan yuqori dioptriy

B. 5,75 dan yuqori dioptriy

C. 6,0 dan yuqori dioptriy

D. 6,25 dan yuqori dioptriy

E. 6,5 dan yuqori dioptriy

559. Linzalarning nur sindirish yuzasiga qarab shakllari bo`ladi:

A. Sferik

B. Silindrik

C. Torik

D. Faqat sferik va torik

E. Hamma javob to`g`ri

560. Linzalar ega:

A. Sferik ta`sirga

B. Astigmatik va prizmatik ta`sirga

C. Eykonik ta`sirga

D. Sferik, astigmatik va prizmatik ta`sirga

E. Hamma sanab o`tilganlar

561. Linza fokusi nomlanadi:

A. Sferik yuzasining markazi

B. Tekis yuzasining markazi

C. Silindrik yuzasining markazi

D. Torik yuzasining markazi

E. Linzaga tushgan parallel nurlarni yig`uvchi nuqta

562. Linzaning nur sindirish kuchi nomlanadi:

A. Linzaning oldingi yuzasi egriligi radiusi

B. Fokus masofasiga teskari bo`lgan kattalik

C. Linza orqa yuzasi egriligi radiusi

D. Linzaning fokus masofasi

E. Linza qalinligi.

563. 1 dioptriy deganda linzaning …. fokus masofasida sindiruvchi kuchi .
A. 100 м

B. 10 м

C. 1 м

D. 10 sм

E. 1 sм

564. 0,5 m fokus masofada linzaning sindirish kuchi:
A. 4,0 dioptriya

B. 2,0 dioptriya

C. 1,0 dioptriya

D. 0,5 dioptriya

E. 0,1 dioptriya

565. 0,25 m fokus masofada linzaning sindirish kuchi:
A. 4,0 dioptriya

B. 2,0 dioptriya

C. 1,0 dioptriya

D. 0,5 dioptriya

E. 0,1 dioptriya

566. 0,5 m fokus masofada linzaning sindirish kuchi::

A. 4,0 dioptriya

B. 2,0 dioptriya

C. 1,0 dioptriya

D. 0,5 dioptriya

E. 0,1 dioptriya

567. Bemorda eng uzoq tiniq ko`rish masofasi 0. 5 м bo`lganda miopiya:

A. 1,0 dioptriya

B. 2,0 dioptriya

C. 4,0 dioptriya

D. 5,0 dioptriya

E. 10,0 dioptriya.

568. Bemorda eng uzoq tiniq ko`rish masofasi 1,0 м bo`lganda miopiya:

A. 1,0 dioptriya

B. 2,0 dioptriya

C. 4,0 dioptriya

D. 5,0 dioptriya

E. 10,0 dioptriya.

569. Bemorda eng uzoq tiniq ko`rish masofasi 25 см bo`lganda miopiya:

A. 1,0 dioptriya

B. 2,0 dioptriya

C. 4,0 dioptriya

D. 5,0 dioptriya

E. 10,0 dioptriya

570. Bemorda eng uzoq tiniq ko`rish masofasi 10 sм bo`lganda miopiya:

A. 1,0 dioptriya

B. 2,0 dioptriya

C. 4,0 dioptriya

D. 5,0 dioptriya

E. 10,0 dioptriya

571. Astigmatizmning quyidagi turlari farqlanadi:

A. Oddiy, qiyin, aralash

B. Tekis, qaytar, qiyshiq o`qli

C. To`g`ri, noto`g`ri, shox pardali, gavharli

D. To`g`ri oddiy, murakkab, aralash va tekis, qaytar, qiyshiq o`qli

E. Hamma javob to`g`ri

572. To`r pardaning holati va qisman fokal liniyaga bog`liq holda astigmatizm turlari:

A. Oddiy va qiyin gipermetropik

B. Oddiy va qiyin miopik

C. Aralash

D. To`g`ri oddiy va murakkab gipermetropik va oddiy va murakkab miopik

E. Hamma sanab o`tilganlar

573. Asosiy meridianlar holatiga bog`liq holda astigmatizm turlari farqlanadi:

A. Tekis

B. Qaytar

C. Qiyshiq o`qli

D. To`g`ri tekis va qaytar

E. Hamma javob to`g`ri

574. To`g`ri astigmatizm deyiladi:

A. Asosiy meridianlar har biriga nur sindiruvchi kuchi doimiy qoladi

B. Ikkita asosiy meridianda nur sindirish kuchi bir hil

C. Asosiy meridian birontasida nur sindirish kuchi o`zgaradi

D. Fiziologik astigmatizm

E. Ikki asosiy meridianda refraksiya har hilligi 2,0 dioptriy dan oshmaydi.

575. Sferik ekvivalent nima?

A. Astigmatizmli ko’zning asosiy meridian refraksiyasi

B. Sferik ko’z refraksiyasi

C. Shox parda refraksiyasi

D. Gavhar refraksiyasi

E. Astigmatizmli ko’zning ikki asosiy meridianining o’rtacha arifmetik refraksiyasi

576. Musbat linza:

A. Fokusni oldinga suradi va tasvirni kattalashtiradi

B. Gipermetropiyani korreksiyalaydi

C. Akkomadatsiyani kamaytiradi va ekzoforiyani kuchaytiradi

D. Uzoq va yaqin ko’rish nuqtalarini biroz uzoqlashtiradi

E. Sanalganlarning hammasi

577. Manfiy linza:

A. Fokusni orqaga suradi va tasvirni kichraytiradi

B. Miopiyani korreksiyalaydi

C. Akkomadatsiyani va ekzoforiyani kuchaytiradi

D. Uzoq va yaqin ko’rish nuqtalarini biroz yaqinlashtiradi

E. Sanalganlarning hammasi

578. Gipermetroplarda ko’ruv sistemasi dezadaptatsiyasi nima bilan tugashi mumkin:

A. Refraksion ambliopiya va astenik shikoyatlar bilan

B. Binokulyar ko’rish buzilishi va tashqi g'ilaylik paydo bo'lishi bilan

C. Gipermetropiya darajasini oshishi bilan

D. Refraksion ambliopiya to’grilanishi va astenik shikoyatlar, binokulyar ko’rish buzilishi va tashqi g’ilaylik paydo bo’lishi bilan

E. Sanalganlarning hammasi

579. Miopiklarda ko’ruv sistemasi dezadaptatsiyasi nima bilan tugashi mumkin:

A. Korreksiyalanmagan ko’rish o’tkirligi kuchli pasayishi va astenik shikoyatlar bilan

B. Binokulyar ko’rishning buzilishi va tashqi g’ilaylik paydo bo’lishi bilan

C. Miopiya darajasining kamayishi

D. Korreksiyalanmagan ko’rish o’tkirligi kuchli pasayishi, astenik shikoyatlar va binokulyar ko’rishning buzilishi va tashqi g’laylik paydo bo’lishi

E. Hamma sanalganlar.

580. Linzalar yordamida refraksiyani aniqlash metodlarini ko’rsating:

A. Maksimal ko’rish o’tkirligiga erishish metodi va harakatlanayotgan jism harakatining neytrallashish metodi

B. Ko’zning xromotik abberatsiyasi xolatiga bog’liq metod

C. Sheyner fenomeni – monokulyar jismning ikkilanishi metodi

D. Maksimal ko’rish o’tkirligiga erishish metodi va harakatlanayotgan jism harakatining neytrallashish metodi, Sheyner fenomeni – monokulyar jismning ikkilanishi metodi

E. Sanalganlarning hammasi

581. Skioskopiyada yorug`lik dog`ini oyna bilan birga harakatlanishi quyidagi refraksiyadan dalolat beradi:

A. Gipermetropik

B. Emmetropik

C. Miopik 1 dioptriyadan kam.

D. Hamma javob to`g`ri

E. Faqat gipermetropik va emmetropik.

582. Bolalar va o`smirlarda sikloplegik vositalar qo`llashdan avval refraksiyani aniqlash tekshiruvi o`z ichiga oladi:

A. Har bir ko`z ko`rish o`tkirligini aniqlash

B. Skiaskopiya

C. Musbat va manfiy linzalar bilan sinama

D. Ko`rish o`tkirligini aniqlash va skiaskopiya

E. Hamma javob to`g`ri

583. Ko`zning refraksiyasini sikloplegiya sharoitida aniqlash o`z ichiga oladi:

A. Skiaskopiya, zarur holatda refraktometriya va oftalmometriya

B. Diafragmasiz ametropiyani butunlay koreksiyalovchi linzalar bilan har bir ko`zni ko`rish o`tkirligini aniqlash

C. Silindrik oynani kuchini va o`qini aniqlovchi sinama o`tkazish

D. Skiaskopiya, zarur holatda refraktometriya va oftalmometriya

E. Diafragmasiz ametropiyani butunlay koreksiyalovchi linzalar bilan har bir ko`zni ko`rish o`tkirligini aniqlash va Silindrik oynani kuchini va o`qini aniqlovchi sinama o`tkazish

F. Hamma javob to`g`ri

584. Refraktometr hizmat qiladi:

A. Ko`z refraksiyasini obyektiv aniqlash

B. Refraksiyaning sferik va astigmatik komponentlarini aniqlash

C. Astigmatik ko`zning asosiy tutashishlarini o`rnatish

D. Refraksiyaning sferik va astigmatik komponentlarini aniqlash va Astigmatik ko`zning asosiy tutashishlarini o`rnatish

E. Hamma javob to`g`ri

585. Refraktometriya o`tkazish tavsiya qilinadigan akkomodatsiya holati:

A. Akkomodatsiyaning medikamentoz falaji

B. Qisman qo`shilgan akkomodatsiya

C. Bo`shashmagan akkomodatsiya

D. Faqat akkomodatsiyaning medikamentoz falaji va qisman qo`shilgan akkomodatsiya

E. Hamma javob to`g`ri

586. Oftalmometr hizmat qiladi:

A. Shox parda oldingi yuzasi egriligining radiusini o`lchash

B. Shox parda oldingi yuzasining nur sindirish kuchini o`lchash

C. Shox parda astigmatizmini o`lchash

D. Faqat shox parda oldingi yuzasi egriligining radiusini o`lchash va Shox parda oldingi yuzasining nur sindirish kuchini o`lchash

E. Hamma javob to`g`ri

587. Bemor tekshiruviga optic korreksiya tayinlanishidan maqsad:

A. Birinchi tekshiruv tabiiy holatda, so’ng sikloplegiya sharoitida

B. Qayta teshiruv tabiiy holatda va tayyor ko’zoynakda

C. Qayta tekshiruv sikloplegiya sharoitida

D. Birinchi tekshiruv tabiiy holatda, so’ng sikloplegiya sharoitida va qayta teshiruv tabiiy holatda va tayyor ko’zoynakda

E. Barcha javob to’g’ri.

588. Gipermetropiya optic korreksiyasi tayinlanadi:

A. 3. 5 dioptriy gipermetropiyali yosh bolalarda

B. Astenopik shikoyatlarda yoki kamida bir ko’zning ko’rishini yomonlashuvida

C. Doimiy yoki davriy g’ilaklikda

D. 3. 5 dioptriy gipermetropiyali yosh bolalarda va astenopik shikoyatlarda yoki kamida bir ko’zning ko’rishini yomonlashuvida

E. Barcha javob to’g’ri

589. Miopiya optic korriksiyasi tayinlanadi:

A. 1-2 dioptriyli miopiyalarda faqat zaruriyat tug’ilganda qo’llaniladi

B. 2 dioptriydan ortiq miopiyalar doimiy yoki to’liq uzoqqa korreksiya tayinlanadi

C. 1-2 dioptriyli miopiyalarda doimiy korreksiya tayinlanadi

D. 1-2 dioptriyli miopiyalarda faqat zaruriyat tug’ilganda qo’llaniladi va 2 dioptriydan ortiq miopiyalar doimiy yoki to’liq uzoqqa korreksiya tayinlanadi

E. Barcha javob to’g’ri.

590. Astigmatizmda ko’zoynak buyurishning umumiy qoidalariga kiradi:

A. Ko’rish o’tkirligining pasayishi bilan kechadigan astigmatizmning barcha turlarida, ko’zoynak taqish buyuriladi

B. Korreksiyaning astigmatik komponenti subyektiv ko’tara olshi va keyinchalik to’liq tuzalib ketishga qarab buyuriladi

C. Sferik komponentning korreksiyasi umumiy qoidalar bilan yoziladi

D. Barcha javob to’g’ri

E. Korreksiyaning astigmatik komponenti subyektiv ko’tara olshi va keyinchalik to’liq tuzalib ketishga qarab buyurilad va Sferik komponentning korreksiyasi umumiy qoidalar bilan yoziladi.

591. Anizometropiyada:

A. Doimiy optic korreksiya buyuriladi

B. Korreksiyada o’ng va chap linza orasidagi kuch subyektiv ko’tara olish hisobga olinadi

C. Anizometriyaning katta darajalarida (5. 0 dioptriy va undan yuqori) kontakt korreksiya qo’llash maqsadga mouvofiq

D. Barcha javob to’g’ri

E. Doimiy optic korreksiya buyuriladi va korreksiyada o’ng va chap linza orasidagi kuch subyektiv ko’tara olish hisobga olinadi.

592. 50 yoshdagi 1 dioptriyli gipermetrop o’qishi uchun … ko’zoynak ishlatiladi:

A. + 1 dioptriyli

B. + 2 dioptriyli

C. + 3 dioptriyli

D. + 4 dioptriyli

E. + 5 dioptriyli.

593. 60 yoshli emmetrop o'qishi uchun … ko'zoynak ishlatiladi:

A. + 1 dioptriyli

B. + 2 dioptriyli

C. + 3 dioptriyli

D. + 4 dioptriyli

E. + 5 dioptriyli.

594. Akkomodatsiya – bu:

A. statik refraksiya

B. Shox parda kuchi

C. Ko'zning oldingi o'qi

D. Ko'ruv apparatining ko'zdan turli xil masofada bo'lgan buyumlarni ko'rishga moslashishi

E. Barcha javob to'g'ri.

595. Akkomodatsiyaning fiziologik mehanizmi:

A. Ciliar mushak qisqaradi, zonulyar tolalar bo'shashadi

B. Gavharning tortilish darajasi pasayadi

C. Gavhar do'ppayib chiqadi va uning sindirish kuchi ortadi

D. Siliar mushak qisqaradi, zonulyar tolalar bo’shashadi va Gavhar do’ppayib chiqadi va uning sindirish kuchi ortadi

E. Barcha javob to’g’ri

596. Aniq ko’rishning yaqin nuqtasi – bu:

A. Shox parda cho’qqisidagi nuqta

B. Gavhar oldidagi nuqta

C. Gavhar ortidagi nuqta

D. Akkomodatsiya maksimal zo’riqishida ko’rinadigan minimal masofa

E. Nurlarning optic sistemadan o’tgandan keyingi nuqta

597. Absolut akkomodatsiya – bu:

A. O’chirilgan konvergensiyada, har bir ko’z uchun alohida

B. Ikki ko’z uchun

C. Aktiv konvergensiyada

D. Qisman o’chirilgan konvergensiyada

E. Barcha javob to’g’ri.

598. Akkomodatsiya uzunligi yoki sohasi – bu:

A. Shox parda refrasiyasi

B. Gavhar sindirish xususiyati

C. Ko’zning umumiy refraksiyasi

D. Aniq ko’rishning ko’zdan uzoq va yaqin farqini chiziqli kattaliklarda farqi

E. Barcha javob to’g’ri.

599. Absolut akkomodatsiya hajmi deganda::

A. Shox parda astigmatizmi tushuniladi

B. Gavhar astigmatizmi tushuniladi

C. Dioptriylarda belgilangan aniq ko’rish nuqtalari farqi, ya’ni maksimal dinamik va static refraksiya farqi tushuniladi

D. Ko’z umumiy astigmatizmi

E. Barcha javob to’g’ri.

600. Taqqoslama akkomodatsiya – bu … o’lchangan akkomodatsiya:

A. Har bir ko’z uchun alohida

B. Ikki ko’zda bir vaqtda

C. Qisman o’chirilgan konergensiyada

D. Har bir ko’z uchun alohida va Qisman o’chirilgan konergensiyada

E. Barcha javob to’g’ri.

601. Taqqoslama akkomodatsiyaning manfiy qismi – bu:

A. Ko’rishga ketgan taqqoslama akkomodatsiya qismi

B. Ko’payuvchi kuchga ega musbat zo’riqishni aniqlovchi taqqoslama akkomodatsiya qismi

C. Ko’zning summar sindirish xususiyatiga ega optik sohalari

D. Ko’rishga ketgan taqqoslama akkomodatsiya qismi va ko’payuvchi kuchga ega musbat zo’riqishni aniqlovchi taqqoslama akkomodatsiya qismi

E. Barcha javob to’g’ri.

602. Akkomodatsiyning manfiy qismi o’rtacha:

A. 1,0 dioptriy

B. 2,0 dioptriy

C. 3,0 dioptriy

D. 4,0 dioptriy

E. 5,0 dioptriy.

603. Akkomodatsiyaning musbat qismi deb::

A. Zahirada qoluvchi taqqoslama akkomodatsiya qismi

B. Ko’payuvchi kuchli manfiy linzalarning taqqoslama akkomodatsiyasi

C. Ko’zning summar sindirish xususiyatiga ega optik sohalari

D. Zahirada qoluvchi taqqoslama akkomodatsiya qismi va Ko’payuvchi kuchli manfiy linzalarning taqqoslama akkomodatsiyasi

E. Barcha javob to’g’ri.

604. O`quvchilarning nisbiy akkomadatsiyasini qoniqarli qismi o`rtacha …… ga teng.

A. 1,0-2,0 Dioptriy

B. 3,0-5,0 Dioptriy

C. 6,0-8,0 Dioptriy

D. 9,0-10,0 Dioptriy

E. 11,0-12,0 Dioptriy .

605. Absolut akkomodatsiya hajmi kamaygan yoki taqqoslama akkomodatsiya zahirali bemor korreksiyasi uchun zarur:

A. Yaqin masofada ishlash uchun alohida ko'zoynak

B. Uzoq uchun alohida ko'zoynak

C. Astigmatic ko'zoynak

D. Eykonik ko'zoynak

E. Barcha javob to'g'ri.

606. Akkomodatsiya spazmi – bu:

A. Tabiiy holatda miopiya aniqlanadi

B. Siklоplegiya sharoitida emmetropiya, gipermetropiya yoki tabiiy sharoitda miopiyadan kam

C. Ko'zning umumy refraksiyasi

D. Tabiiy holatda miopiya aniqlanadi va siklоplegiya sharoitida emmetropiya, gipermetropiya yoki tabiiy sharoitda miopiyadan kam

E. Barcha javob to'g'ri

607. Akkomodatsiya spazmi simptomlari::

A. Ko'rish o'tkirligining uzoqqa manfiy linza ishlatganda yaxshilanishi

B. Ko'rish o'tkirligining uzoqqa manfiy linza ishlatganda yaqinga kuchsiz musbat linza ishlatganda yaxshilanishi

C. Akkomodatsiya hajmi kamayishi

D. Ko'rish o'tkirligining uzoqqa manfiy linza ishlatganda va yaqinga kuchsiz musbat linza ishlatganda yaxshilanishi

E. Barcha javob to’g’ri

608. Astenopiya turlari:

A. Akkomodativ va mushakli

B. Nevrogen va simptomatik

C. Disbinokulyar

D. A va B javob to’g’ri

E. Barcha javob to’g’ri

609. Akkomodativ astenopiya simptomlariga kiradi:

A. Ko’zda og’irlik va charchoqlik hissi, yaqindan ko’rganda boshda og’riq

B. Zo’rayuvchi imopiya hosil bo’lishi

C. Ko’rilayotgan detal yoki harflar konturlari suzishi

D. Ko’zda og’irlik va charchoqlik hissi, yaqindan ko’rganda boshda og’riq va Ko’rilayotgan detal yoki harflar konturlari suzish

E. Barcha javob to’g’ri

610. Akkomodatsiya paralichi belgilari vo’lib hisoblanadi:

A. Yaqindan ko’rishni yaxshilanishi, qorachiq torayishi

B. Yaqindan ko’rishning buzilishi, qorachiq kengayishi

C. Uzoqdan ko’rishni yaxshilanishi

D. Uzoqdan va yaqindan ko’rishni yaxshilanishi

E. Barcha javob to’g’ri

611. Akkomodatsiya paralichi asosiy sabablari:

A. Infeksion kasalliklar va ovqatdan zaharlanish

B. Atropindan zaharlanish

C. Orbita jarohatlari

D. Atropindan zaharlanish va orbita jarohatlari

E. Barcha javob to'g'ri

612. Ambliopiya – bu:

A. Ko'ruv analizatorlar funksional buzilishiga olib keluvchi turli xil ko'rish o'tkirligining buzilishi

B. Bir ko'zning fiksatsiyalangan nuqtadan ortda qolishi

C. Binokulyar ko'rish buzilishi

D. Ko'z harakatining cheklanishi

E. Barcha javob to'g'ri.

613. Kelib chiqishi bo'yicha ambliopiya bo'linadi:

A. Refraksion va anizometropik

B. Obskuratsion va disbinokulyar

C. Travmatik

D. Refraksion va anizometropik va Obskuratsion va disbinokulyar

E. Barcha javob to'g'ri.

614. Disbinokulyar amblipiyaning asosiy sababi:

A. G'ilaklik

B. Refraksiya anomaliyalari

C. Anizometropiya

D. Ko’z optic qismi xiralashishi

E. Bir ko’zda ko’rish o’tkirligi tez pasayishi.

615. Ambliopiya yuqori darajasiga taaluqli:
A. Ko`ruv o`tkirligi 0,04 dan past

B. 0,05-0,1

C. 0,2-0,3

D. 0,4-0,8

E. 1,0 va undan yuqori

616. Amblopiya yuqori darajasiga taaluqli :
A. Ko`ruv o`tkirligi 0,04 dan past

B. 0,05-0,3

C. 0,2-0,3

D. 0,4-0,8

F. 1,0 va undan yuqori.

617. Amblopiya o`rta darajasiga taaluqli :
A. Ko`ruv o`tkir 0,04 dan yuqori

B. 0,05-0,1

C. 0,2-0,3

D. 0,4-0,8

E. 1,0 va undan yuqori

618. Amblopiya yengil darajasiga taaluqli :
A. Ko`ruv o`tkir 0,04 dan yuqori

B. 0,05-0,1

C. 0,2-0,3

D. 0,4-0,8

E. 1,0 va undan yuqori

619. Yangi tug`ilgan chaqaloqlarda ko`rish o`tkirligi teng:
A. 0,001

B. 0,1 dan yuqori

C. 0,6 dan yuqori

D. 0,8 dan yuqori

E. 1,0 dan yuqori.

620. 6 oylik bolaga ko`rish o`tkirligi teng:
A. 0,001

B. 0,1 dan yuqori

C. 0,6 dan yuqori

D. 0,8 dan yuqori

E. 1,0 dan yuqori.

621. 3 oylik bolaga ko`rish o`tkirligi teng:
A. 0,001

B. 0,1 dan yuqori

C. 0,6 dan yuqori

D. 0,8 dan yuqori

E. 1,0 dan yuqori.

622. 5 oy bolaga ko`rish o`tkirligi teng:
A. 0,1 dan yuqori

B. 0,3 dan yuqori

C. 0,6 dan yuqori

D. 0,8 dan yuqori

E. 1,0 dan yuqori.

623. 7 oy bolaga ko`rish o`tkirligi teng:
A. 0,1 dan yuqori

B. 0,3 dan yuqori

C. 0,6 dan yuqori

D. 0,8 dan yuqori

E. 1,0 dan yuqori.

624. Yangi tug`ilgan chaqaloqlarning yorug`likka javob reaksiyasida shartsiz refleks kuzatiladi:

A. Qorachiqning yorug`likka to`g`ri reaksiyasi

B. Qorachiqning yorug`likka hamkor reaksiya

C. Yorug`lik manbaiga qisqa muddatli qovoqning qayrilishi

D. Harakatlanuvchi obyektni kuzatishga intilish

E. Hammasi to`g`ri

625. Ambliopiya ko'proq kuzatiladi:
A. Monolateral g'ilaylik

B. Alternirlovchi g'ilaylik

C. Noakkomodatsion g'ilaylik

D. Qisman akkomodatsion g'ilaylik

E. Akkomodatsion g'ilaylik

626. Binokulyar ko'rish bilan mos keluvchi ko'rish o'tkirligi :
A. 0,04 va undan past

B. 0,05-0,1

C. 0,2-0,3

D. 0,4 va undan yuqori

E. 0,8-1

627. Yuqori ko'rish o'tkirligi qaysi soxa funksiyasi bilan bog'liq?
A. Sklera

B. Tomirli parda

C. To’r parda nooptik soxasi

D. To’r parda markaziy chuqurchasi

E. Sanab o’tilganlarning barchasi

628. To’r parda markaziy chuqurchasining yuqori ko’rish o’tkirligi nima bilan bog’liq?

A. Markaziy chuqurcha ko’zning optik sistemasining deyarli o’qi bo’yicha joylashgan

B. Kolbochkalarning maksimal konsentratsiyalanishi bor

C. Har bir kolbochka o’zining ganglioz hujayrasi bilan bog’langan

D. Faqat to’g’ri javob bu - Kolbochkalarning maksimal konsentratsiyalanishi bor va Har bir kolbochka o’zining ganglioz hujayrasi bilan bog’langan

E. Sanab o’tilganlarning barchasi

629. Ko’ruv fiksatsiyasi deb aytiladi:

A. Statik refraksiya

B. Dinamik refraksiya

C. Astigmatism

D. Anizometropiya

E. Qaralayotgan obyektga nisbatan ko’zning nisbiy harakatsiz holati

630. Ko’ruv fiksatsiyasiga asosan ambliopiyaning quyidagi turlari bor:

A. To’g’ri fiksatsiya bilan

B. Noto’g’ri fiksatsiya bilan

C. Fiksatsiyaning yo’qligi

D. Sanab o’tilganlarning barchasi

E. Faqat noto’g’ri fiksatsiya bilan va fiksatsiyaning yo’qligi

631. Qarorlilik belgisiga ko’ra noto’g’ri fiksatsiyani farqlashadi:

A. Almashinib keluvchi

B. Beqaror nomarkaziy

C. Doimiy nomarkaziy

D. Sanab o’tilganlarnng barchasi

E. Faqat almashinib keluvchi va beqaror nomarkaziy

632. Ko’ruv fiksatsiyasi normada bo’lishi kerak:

A. Markaziy qarorli

B. Almashinuvchi

C. Beqaror nomarkaziy

D. Doimiy markaziy

E. To’g’ri javob - almashinuvchi va doimiy markaziy

633. Qachon qarab turuvchi obyektga nisbatan harakatsiz bo’lgan fiksatsiya markaziy doimiy deyiladi?

A. To’r parda markaziy chuqurchasi

B. Sariq tana

C. Ko’ruv nervi diski

D. Sanab o’tilganlarning barchasi

E. To’g’ri javob – sariq tana va ko’ruv nervi diski

634. Almashinib keluvchi fiksatsiyali ambliopiyaga xarakterli:

A. To’r parda markazi bilan fiksatsiya

B. Markaziy va markaziy bo’lmagan fiksatsiyaning ketma-ket kelishi

C. To’r parda periferiyasi bilan fiksatsiyasi

D. Ko’ruv nervi diski bilan fiksatsiya

E. Sanab o’tilganlarning barchasi

635. Beqaror markaziy bo’lmagan fiksatsiyali ambliopiyaga xarakterli:

A. To’r parda markazi bilan fiksatsiya

B. Markaziy va markaziy bo’lmagan fiksatsiyaning ketma-ket kelishi

C. To’r pardaning bir birini o’rniga almashinib keluvchi periferik soxalari bilan fiksatsiyalash

D. Ko’ruv nervi diski bilan fiksatsiya

E. Sanab o’tilganlarning barchasi

636. Barqaror markaziy bo’lmagan fiksatsiyali ambliopiyaning xarakterli belgisi:

A. To’r parda markazi bilan fiksatsiya

B. Ko’z tubining ma’lum bir periferik soxasi bilan fiksatsiyalash

C. Markaziy va markaziy bo’lmagan fiksatsiyaning ketma-ket kelishi

D. Ko’ruv nervi diski bilan fiksatsiya

E. Sanab o’tilganlarning barchasi

637. Fiksatsiyasi bo’lmagan ambliopiyaning belgisi:

A. To’r parda markazi bilan fiksatsiya

B. Markaziy va markaziy bo’lmagan fiksatsiyaning ketma-ket kelishi

C. To’r pardaning bir birini o’rniga almashinib keluvchi periferik soxalari bilan fiksatsiyalash

D. To’r pardaning ma'lum bir periferik soxasi bilan fiksatsiyalash

E. Ko’z tubining hech bir soxasi qarab turgan obyektga nisbatan fiksatsion holatni egallamaydigan holat

638. Topografik belgisiga ko’ra ko’ruv fiksatsiyasi bo’linadi:

A. Foveolar va parafoveolar

B. Makulyar va paramakulyar

C. Periferik

D. Faqat foveolyar va parafoveolyar, makulyar, paramakulyar

E. Sanab o’tilganlarning barchasi

639. Parafoveolyar fiksatsiya chegarasi joylashgan:

A. Foveolda

B. Sariq dog’ markazidan uning chekkasining o’rta masofasigacha

C. Sariq dog’ chegarasigacha

D. Sariq dog’ chegarasi va ko’ruv nervi diski chegarasi masofa o’rtasi

E. To’r parda periferiyasida

640. Makulyar fiksatsiya chegarasi … joylashgan:

A. foveolda

B. Sariq dog’ markazidan uning chekkasining o’rta masofasigacha

C. Sariq dog’ chegarasigacha

D. Sariq dog’ chegarasi va ko’ruv nervi diski chegarasi masofa o’rtasi

E. To’r parda periferiyasida

641. Paramakulyar fiksatsiya chegarasi … joylashgan:

A. Foveolada

B. Sariq dog’ markazidan uning chekkasining o’rta masofasigacha

C. Sariq dog’ chegarasigacha

D. Sariq dog’ chegarasi va ko’ruv nervi diski chegarasi masofa o’rtasi

E. To’r parda periferiyasida

642. Periferik fiksatsiya zonasi … joylashgan:

A. Foveolada

B. Sariq dog’ markazidan uning chekkasining o’rta masofasigacha

C. Sariq dog’ chegarasigacha

D. Sariq dog’ chegarasi va ko’ruv nervi diski chegarasi masofa o’rtasi

E. To’r parda periferiyasida

643. Ko’rish fiksatsiyasi holatini … aniqlash mumkin:

A. Katta reflekssiz oftalmoskopda

B. Qo’l elektrik oftalmoskopida

C. Qoraytiruvchi sharik oynali oftalmoskopda

D. Barcha javob to’g’ri

E. Katta reflekssiz oftalmoskopda va qo’l elektrik oftalmoskopida

644. Ambliopiyali maktabgacha yoshidagi bolalarga ko’zoynak buyurish maqsadidagi refraksiyada akkomodatsiya holati:

A. Akkomodatsiya medikamentoz paralichi

B. Bo’shashmagan akkomodatsiya

C. Qisman o’chirilgan akkomodatsiya

D. Barcha javob to’g’ri

E. Bo’shashmagan akkomodatsiya va qisman o’chirilgan akkomodatsiya.

645. G’ilaklik va uzoqdan ko’ra olmaslikning o’rta va yuqori darajalari birga kelganda qanday ko’zoynak buyuriladi:

A. Faqat yaqidan ko’rish uchun

B. Doimiy taqish uchun

C. Faqat uzoqdan ko’rish uchun

D. Faqat yaqidan ko’rish va uzoqdan ko’rish uchun

E. buyurilmaydi.

646. Miopiya va g’ilak birga kelganda buyuriladi:

A. Musbat linzalar

B. Miopiyaga mos manfiy linzalar

C. Ko’rish o’tkirligiga mos kuchsiz mangiy linzalar

D. Barcha javob to’g’ri

E. Musbat linzalar va miopiyaga mos manfiy linzalar

647. Ambliopiyali va g’ilakligi bor bolalarda ametropiyani … korreksiya qilinadi:

A. Iloji boricha vaqtliroq

B. 3 yoshdan

C. 4 yoshdan

D. 5 yoshdan

E. 6 yoshdan

648. Pleoptik davoni quyidagi metodlari farqlanadi:

A. Asosiy va yordamchi

B. Birlamchi va ikkilamchi

C. Kirish va xulosa

D. Barcha javob to’g’ri

E. Birlamchi, ikkilamchi, kirish va xulosa

649. Pleoptik davoning asosiysi yordamchidan … farq qiladi:

A. Markaziy ko’rish o’tkirligini o’zi ko’tara oladi

B. Ko’rish fiksatsiyasini tiklaydi

C. Har biri alohida sezilarli musbat effektga ega

D. Markaziy ko’rish o’tkirligini o’zi ko’tara oladi va har biri alohida sezilarli musbat effektga ega

E. Barcha javob to’g’ri

650. Pleoptik davoning yordamchisi asosiysidan… farq qiladi:

A. Ambliopiya asosiy davolash turlari uchun sharoit yaratadi

B. Ambliopiyani asosiy davolash choralarini mustahkamlaydi

C. Har biri alohida klinik effektga ega

D. Barcha javob to’g’ri

E. Ambliopiyani asosiy davolash choralarini mustahkamlaydi va Har biri alohida klinik effektga ega

651. Pleoptik davoning asosiy metodiga kiradi:

A. To’g’ri okklyuziya va penalizatsiya

B. To’r parda Avetisov bo’yicha markaziy chuqurchani Local “ko’r qiluvchi” nur bilan qitiqlash

C. Kyuppers bo’yicha qadamma-qadam manfiy nurlarni ishlatish

D. To’g’ri okklyuziya va penalizatsiya va To’r parda Avetisov bo’yicha markaziy chuqurchani Local “ko’r qiluvchi” nur bilan qitiqlash

E. Barcha javob to’g’ri

652. Pleoptik davolashning yordamchi usullariga kiradi:

A. Qayta okklyuziya

B. Kovalchuk bo’yicha nurlanish va to’r parda orqa qutbni qizil nur bilan nurlanishi

C. Ambliotrener va makulotesterda shug’ullanish

D. только обратная окклюзия и занятия на амблиотренере и макулотестере

E. Barcha javob to’g’ri

653. Pleoptik davolashning asosiy vazifalari:

A. Ko’rish o’tkirligini oshirish ko’zning 0. 4 va undan yuqori korreksiyasi

B. Ikkala ko’zda markaziy turg’un fiksatsiyani tiklash

C. Monolateral g’ilaklikni alternirlanganga o’tkazish

D. Barcha javob to’g’ri

E. Ko’rish o’tkirligini oshirish ko’zning 0. 4 va undan yuqori korreksiyasi va monolateral g’ilaklikni alternirlanganga o’tkazish

654. To’g’ri okklyuziya – bu:

A. "Yaxshi ko’ruvchi" ko’zni o’chirish

B. "Yomon ko’ruvchi" ko’zni o’chirish

C. Ko’zlarni galma-galdan o’chirish

D. Barcha javob to’g’ri

E. "Yaxshi ko’ruvchi" ko’zni o’chirish va "yomon ko’ruvchi" ko’zni o’chirish.

655. To’g’ri okklyuziya o’rtacha … beriladi:

A. 1 oyga

B. 2 oyga

C. 3 oyga

D. 4 oyga

E. 4 oyga, va natijalarni mustahkamlash uchun yana 3 oyga

656. To’r parda markaziy chuqurchasi local “ko’r qiluvchi” qitiqlash o’tkaziladi:

A. Katta reflekssiz oftalmoskopda

B. Refraktometrda на рефрактометре

C. Oftalmometrda

D. Tirqishli lampada

E. Oynali oftalmoskopda.

657. Lokal “ko’r qiluvchi” nurlanishlar buyuriladi::

A. Markaziy turg’un fiksatsiyada

B. Markaziy noturg’un fiksatsiyada

C. To’r parda local ta’sir qilish imkoni bo’lgandagi noturg’un fiksatsiyaga

D. Barcha javob to’g’ri

E. Markaziy turg’un va noturg’un fiksatsiyada

658. Kyuppers bo’yicha ketma-ket manfiy nurlanishlar ishlatiladi:

A. Katta reflekssiz oftalmoskopda

B. Refraktometrda на рефрактометре

C. Oftalmometrda

D. Tirqishli lampada

E. Oynali oftalmoskopda.

659. Penalizatsiya usulida qo’llaniladi:

A. To’r pardaga yorug’lik bilan local ta’sir

B. Manfiy ketma-ket holatni ishlatish

C. Lokalizatsiyada mashqlar

D. Ko’zning ajralishi, bittasi uzoqqa, bittasi yaqinga fiksatsiyalanadi

E. Barcha javob to’g’ri.

660. Bolalarda ambliopiyani apparat davolash… boshlanadi:

A. 2 yoshdan

B. 3 yoshdan

C. 4 yoshdan

D. 5 yoshdan

E. 6 yoshdan.

661. Penalizatsiyani davolash … boshlanadi:

A. Erta bolalikdan

B. 4 yoshdan

C. 5 yoshdan

D. 6 yoshdan

E. 7 yoshdan.

662. Ambliopiyada qayta okklyuziyani nima bilan buyuriladi:

A. Markaziy turg’un fiksatsiya bilan

B. O’zgaruvchi fiksatsiya bilan

C. Nomarkaziy noturg’un fiksatsiya bilan

D. Nomarkaziy tur’gun fiksatsiya

E. Barcha javob to’g’ri.

663. Qayta okkluziya qancha vaqtga buyuriladi:

A. 2 hafta

B. 4-6 hafta

C. 2 oy

D. 3 oy

E. 4oy.

664. To’r parda orqa qutbiga qizil nur bilan umumiy nurlanish nimada o’tkaziladi:

A. Katta reflekssiz oftalmoskopda

B. Refraktometrda

C. Oftalmometrda

D. Tirqishli lampada

E. Oynali oftalmoskopda

665. To’r parda orqa qutbiga qizil nur bilan umumiy nurlanish qachon o’tkaziladi:

A. Markaziy turg’un fiksatsiya

B. Oraliq fiksatsiya

C. Nomarkaziy turg’un fiksatsiya

D. Keskin noturg’un fiksatsiya

E. Barchasi to’g’ri

666. Kovalchuk bo’yicha nurlanishlar … bolalarga buyuriladi:
A. Katarakta ekstraksiyasidan so’ng obskuratsion ambliopiyali

B. Refraksion ambliopiya

C. Anizometropik ambliopiya

D. Disbinokulyar ambliopiya

E. Barcha javob to’g’ri

667. Ambliopiya uchun medigo-pedagogik mashqlar o’z ishiga oladi:
A. Mozaika bilan ishlash

B. Rasmlar konturlarini chizish

C. Gilamchalar to’qish

D. Leskaga marjon taqish

E. Barcha javob to’g’ri

668. Asosiy pleoptik asbob bo’lib hisoblanadi:
A. Katta reflekssiz oftalmoskop

B. Refraktometr

C. Oftalmometr

D. Tirqishli lampa

E. Oynali oftalmoskop

669. Binokulyar ko’rish bilan mos fiksatsiya … hisoblanadi:

A. Periferik fiksatsiya

B. Makulyar fiksatsiya

C. Markaziy turg’un fiksatsiya

D. Barchasi to’g’ri

E. Faqat periferik va makulyar fiksatsiya

670. G’ilaklikni bevosita sababi:

A. Bir ko’zning ko’rish o’tkirligi pastligi

B. Bifikatsiya mehanizmi buzilishi

C. Anizometropiya

D. Astigmatizm

E. Barcha javob to’g’ri.

671. Gaploskopik sharoit bu-……. . :

A. Ikkala ko`z ko`ruv maydonini bo`linishi prinsipi asos bo`lgan sharoit

B. Har bir ko`zga o`z g`ilayligiga mos o`z burchak ostidagi obyekti taqdim etishga asoslangan

C. Bitta ko`zni o`chirish

D. Ikkala ko`z ko`ruv maydonini bo`linishi prinsipi asos bo`lgan sharoit va har bir ko`zga o`z g`ilayligiga mos o`z burchak ostidagi obyekti taqdim etishga asoslangan

E. Hamma javob to`g`ri

672. Asosiy ortoptik asbob hisoblanadi:

A. Refraktometr

B. Sinoptofor

C. Biomikroskop

D. Retinofot

E. Elektr oftalmoskop

673. Ko`zda oftalmoskopdan kelayotgan yorug`lik refleksi shu ko`z shox pardasida qorachiq tashqi qirrasida joylashgan bo`lishi hos:

A. Ichkariga qaragan g`ilaylik 15 gradus burchak ostida

B. Tashqariga qaragan g`ilaylik 15 gradus burchak ostida

C. Tashqariga qaragan g`ilaylik 30 gradus burchak ostida

D. Ichkariga qaragan g`ilaylik 45 gradus burchak ostida

E. Tashqariga qaragan g`ilaylik 45 gradus burchak ostida

674. Ko`zda oftalmoskopdan kelayotgan yorug`lik refleksi shu ko`z shox pardasida qorachiq ichki qirrasida joylashgan bo`lishi hos:

A. Ichkariga qaragan g`ilaylik 15 gradus burchak ostida

B. Tashqariga qaragan g`ilaylik 15 gradus burchak ostida

C. Tashqariga qaragan g`ilaylik 30 gradus burchak ostida

D. Ichkariga qaragan g`ilaylik 45 gradus burchak ostida

E. Tashqariga qaragan g`ilaylik 45 gradus burchak ostida

675. Ko`zda oftalmoskopdan kelayotgan yorug`lik refleksi shu ko`z shox pardasi qirrasi va qorachiq qirrasida tashqi qismi yarmida joylashgan bo`lishi hos:

A. Tashqariga yoki ichkariga qaragan g`ilaylik 15 gradus burchak ostida

B. Ichkariga qaragan g`ilaylik 30 gradus burchak ostida

C. Tashqariga qaragan g`ilaylik 30 gradus burchak ostida

D. Ichkariga qaragan g`ilaylik 45 gradus burchak ostida

E. Tashqariga qaragan g`ilaylik 45 gradus burchak ostida

676. Ko`zda oftalmoskopdan kelayotgan yorug`lik refleksi shu ko`z shox pardasi qirrasi va qorachiq qirrasida tashqi qismi yarmida joylashgan bo`lishi hos:

A. Tashqariga yoki ichkariga qaragan g`ilaylik 15 gradus burchak ostida

B. Ichkariga qaragan g`ilaylik 30 gradus burchak ostida

C. Tashqariga qaragan g`ilaylik 30 gradus burchak ostida

D. Ichkariga qaragan g`ilaylik 45 gradus burchak ostida

E. Tashqariga qaragan g`ilaylik 45 gradus burchak ostida

677. Ko`zda oftalmoskopdan kelayotgan yorug`lik refleksi shu ko`z shox pardasi qirrasi va qorachiq qirrasida ichki qismi yarmida joylashgan bo`lishi hos:

A. Tashqariga yoki ichkariga qaragan g`ilaylik 15 gradus burchak ostida

B. Ichkariga qaragan g`ilaylik 30 gradus burchak ostida

C. Tashqariga qaragan g`ilaylik 30 gradus burchak ostida

D. Ichkariga qaragan g`ilaylik 45 gradus burchak ostida

E. Tashqariga qaragan g`ilaylik 45 gradus burchak ostida

678. Ko`zda oftalmoskopdan kelayotgan yorug`lik refleksi shu ko`z shox pardasi tashqi qirrasida joylashgan bo`lishi hos:

A. Tashqariga yoki ichkariga qaragan g`ilaylik 15 gradus burchak ostida

B. Tashqariga qaragan g`ilaylik 30 gradus burchak ostida

C. Ichkariga qaragan g`ilaylik 30 gradus burchak ostida

D. Ichkariga qaragan g`ilaylik 45 gradus burchak ostida

E. Tashqariga qaragan g`ilaylik 45 gradus burchak ostida

679. Ko`zda oftalmoskopdan kelayotgan yorug`lik refleksi shu ko`z shox pardasi ichki qirrasida joylashgan bo`lishi hos:

A. Tashqariga yoki ichkariga qaragan g`ilaylik 15 gradus burchak ostida

B. Tashqariga qaragan g`ilaylik 30 gradus burchak ostida

C. Ichkariga qaragan g`ilaylik 30 gradus burchak ostida

D. Ichkariga qaragan g`ilaylik 45 gradus burchak ostida

E. Tashqariga qaragan g`ilaylik 45 gradus burchak ostida

680. Ko`z olmasi harakati norma hisoblanadi agar tashqi limb:

A. Qovoqlarning tashqi bitishmasigacha yetadi

B. Qovoqlarning tashqi bitishmasigacha yetmaydi

C. Qovoqning tashqi bitishmasi ichiga kiradi

D. Qovoqlarning tashqi bitishmasigacha yetadi va qovoqning tashqi bitishmasi ichiga kiradi

E. Hamma javob to`gri

681. Ko`zning tashqi mushaklariga kiradi:

A. Yuqorigi va tashqi to`g`ri mushak

B. Ichki va tashqi to`g`ri mushak

C. Yuqorigi va pastki qiyshiq mushak

D. To`g`ri javob yo`q

E. Hamma javob to`g`ri

682. Orbita cho`qqisidan boshlanib tog`ayli halqa hosil qiladi:

A. Yuqori va pastki to`g`ri mushak

B. Ichki to`g`ri mushak

C. Tashqi to`g`ri mushak

D. Yuqori qiyshiq mushak

E. Hamma javob to`g`ri

683. Ko`z kosasi pastki ichki qirrasidan boshlanadi:

A. Yuqori to`g`ri mushak

B. Pastki to`g`ri mushak

C. Ichki va tashqi to`g`ri mushak

D. Yuqori qiyshiq mushak

E. Pastki qiyshiq mushak

684. Ko`zning tashqi mushaklarini innervatsiya qiladi:

A. Ko`zni harakatlantiruvchi nerv(n. Oculomotoris)

B. G`altaksimon nerv(n. Trochlearis)

C. N. Abducens

D. Hamma javob to`g`ri

E. Faqat n. oculomotoris va n. abducens

685. Ko`zni harakatlantiruvchi nerv inervatsiya qiladi:

A. Yuqori to`g`ri mushak

B. Ichki to`g`ri mushak

C. Pastki to`g`ri mushak

D. Pastki qiyshiq mushak

E. Hamma javob to`g`ri

686. N. abducens innervatsiya qiladi:

A. Yuqorigi to`g`ri mushak

B. Ichki to`g`ri mushak

C. Pastki to`g`ri mushak

D. Tashqi to`g`ri mushak

E. Yuqori va pastki qiyshiq mushak.

687. N. Trochlearis innervatsiya qiladi:

A. Yuqori va pastki to`g`ri mushak

B. Ichki to`g`ri mushak

C. Tashqi to`g`ri mushak

D. Yuqorigi qiyshiq mushak

E. Pastki qiyshiq mushak

688. Ko`z olmasining ichkariga harakati amalga oshiriladi :

A. Tashqi to`g`ri mushak

B. Pastki qiyshiq mushak

C. Yuqori qiyshiq mushak

D. Hamma javob to`g`ri

E. Faqat tashqi va yuqori to`g`ri mushak

689. Ko`z olmasining ichkariga harakati amalga oshiriladi:

A. Ichki to`g`ri mushak

B. Yuqorigi to`g`ri mushak

C. Pastki to`g`ri mushak

D. Faqat ichki va pastki to`g`ri mushak

E. Hamma javob to`g`ri

690. Sinoptofor qo`shimcha obyektlari:

A. Qo`shish uchun

B. Yoritish uchun

C. Stereoskopiya uchun

D. Qo`shish uchun va yoritish uchun

E. Hamma javob to`g`ri

691. Akkomodatsiyaga bog`liq holda g`ilaylik farqlanadi:

A. Akkomodatsiyalanmaydigan

B. Qisman akkomadatsiyalanadigan

C. Akkomodatsiyalanadigan

D. Faqat Akkomodatsiyalanmaydigan vaqisman akkomadatsiyalanadigan

E. Hamma javob to`g`ri

692. Ko`zning qaysi tarafga siljiganligiga qarab g`ilaylik bo`lishi mumkin:

A. Ichkariga qaragan

B. Tashqariga qaragan

C. Vertikal

D. Faqat ichkariga va tashqariga qaragan g`ilaylik

E. Hamma javob to`g`ri

693. Ortoptik davolash usuliga taaluqli:

A. Sinoptoforda shug`ullanish

B. Kashenko usuli bilan ketma ketlik tarzda

C. Xeyroskopda mashq

D. Sinoptoforda shug`ullanish va Kashenko usuli bilan ketma ketlik tarzda

E. Hamma javob to`g`ri

694. Asosiy pleoptik asbob bo’lib hisoblanadi:

A. Katta reflekssiz oftalmoskop

B. Refraktometr

C. Oftalmometr

D. Tirqishli lampa

E. Oynali oftalmoskop.

695. Binokulyar ko’rish bilan mos fiksatsiya … hisoblanadi:

A. Periferik fiksatsiya

B. Makulyar fiksatsiya

C. Markaziy turg’un fiksatsiya

D. Barchasi to’g’ri

E. Faqat periferik va makulyar fiksatsiya.

696. Qovoqlar - bu :

A. Ko’ruv a’zosining yordamchi qismi

B. Ko’ruv a’zosining ximoya apparati

C. To’g’ri javob A va B

D. To’g’ri javob yoq

E. Ko’ruv a’zosining yordamchi apparati

697. Qovoqlar jaroxatida regeneratsiya qanday bo’ladi?

A. Yuqori

B. Past

C. Yuzning boshqa sohalaridan farq qilmaydi

D. Yuzning boshqa sohalaridan pastroq

E. Yuzning boshqa sohalaridan yuqoriroq

698. Qovoqlardagi qon oqimi qaysi tomonga oqadi?

A. Ko’z kosasining venalari tomoniga

B. Yuz venalar tomoniga

C. Ikki tomonga ham

D. Hech qaysi tomonga

E. Ko’z kosasining arteriyasi tomonga

699. Ko’z yosh ishlab chiqarish a’zolariga nimalar kiradi?

A. Ko’z yosh bezi va qo’shimcha ko’z yosh bezchalari

B. Ko’z yosh nuqtalari

C. Ko’z yosh kanalchalari

D. Xamma javob to’g’ri

E. To’g’ri javob yo’q

700. Ko’z yosh bezining innervatsiyasi:

A. Parasimpatik nerv sistemasi

B. Simpatik nerv sistemasi

C. Aralash turda

D. Somatik nerv sistemasi

E. Bir turda

701. Ko’z yosh kanali qayerga ochiladi?
A. Pastki burun yoli

B. O’rta burun yoli

C. Yuqori burun yoli

D. To’g’ri javob o’rta va yuqori burun yoli

E. Tashqi burun yoli

702. Shox parda oziqlanishi qanday amalga oshiriladi?
A. Chetgi xalqasimon tomirlar to’ri

B. To’r parda markaziy arteriyasi

C. Ko’z yosh arteriyasi

D. Xamma javob to’g’ri

E. To’r parda markaziy venasi

703. Shox pardoning egrilik radiusi va nur sindirish kuchini aniqlash uchun qanday asbob qo’llaniladi?
A. Oftalmometr

B. Refraktometr

C. Oftalmoskop

D. Retinofot

E. Dioptrimetr

704. Shox parda qalinligini o’lchash uchun qanday asbob qo’llaniladi?

A. Oftalmometr

B. Keratopaximetr

C. Keratometr

D. Refraktometr

E. Esteziometr

705. Yorug’likdan qo’rqish, ko’z yoshlanishi, blefarospazm, ko’zda og’riq xisslar to’plami qaysi kasallikga xos?

A. Katarakta

B. Keratit

C. To’r parda ko’chishi

D. Ko’ruv nervining atrofiyasi

E. To’r parda markaziy venasi trombozi

706. Shox parda markazi yarasining teshilish xavfi bo’lganda nima qo’llaniladi?

A. Antibiotiklar inyekciyasi va tomchilari

B. Miotiklar inyekciyasi va tomchilari

C. Midriatiklar

D. Kortikosteroidlar

E. Shoshilinch operativ davo

707. Shox pardaga qanday choklar qoyiladi?

A. Turkman ipagi

B. Virgin ipagi

C. Naylon

D. Ketgut

E. Xamma javob to’g’ri

708. Subtotal keratoplastikadan keyin choklarni olishning optimal vaqti?

A. 3-4 xafta

B. 1-2 oy

C. 3-4 oy

D. 4-5 oy

E. 6 oy va ko’proq

709. Bu belgilar qaysi kasallikga xos: ko’rish o’tkirligini pasayishi, ko’z oynak to’g’ri kelmasligi, shox parda egrilik radiusini pasayishi, noto’g’ri shox parda astigmatizmi?

A. Keratit

B. Katarakta

C. Keratokonus

D. Sklerit

E. Pingvekula

710. Keratokonusga xos belgilar:

A. Gipermetropiya

B. To'g’ri astigmatizm

C. Noto’g’ri astigmatizm

D. Xamma javob to’g’ri

E. To’g’ri javob yoq

711. Skleritga xos belgilar:

A. Sklera qoplamining jaroxatlanishi

B. Og’riq

C. Biriktiruvchi to’qimaning kasalliklari

D. Skleraning yupqalashishi

E. Xamma javoblar to’g’ri

712. Episkleritga xos bo’lgan belgilar:

A. Episklera to’qimasining yallig’lanishi

B. Yoqimsiz xis uyg’otadi

C. Ko’rish o’tkirligiga ta’sir ko’rsatmaydi

D. O’z-o’zidan yoqolib ketadi

E. Xamma javoblar to’g’ri

713. Shox parda pigmentatsiyasida temir moddasi qayerdan to’planadi?

A. Ko’z yosh suyuqligidan

B. Qon plazmasidan

C. Ko’z ichki suyuqligidan

D. Xo’jayra ichi citoxrom fermentlarning parchalanishi

E. Xamma javoblar to’g’ri

714. Sclera tug’ma kistasiga xos bo’lmagan belgilar:

A. Kamdan kam uchrashi

B. Tug’ilganda kichik bo’lishi

C. Odam o’sishi bilan uning xajmi xam kattayadi

D. Shox parda chetida joylashadi

E. Epithelial xo’jayra bilan qoplangan

715. Qarilik shox parda aylanasi:

A. 50 yoshdan katta bo’lgan 3/4 bemorlarda uchraydi

B. 30-40 yoshli bemorlarda uchraydi

C. Shox parda epiteliysi bilan cheklanadi

D. Limbga yetib bormaydi

E. Xamma javoblar to’g’ri

716. Nasliy epithelial-endotelial shox parda distrofiyasida nimalar aniqlanadi?

A. Epitelial kistalar

B. Epithelial defektlar

C. Endoteliyning xirralanishi va nuqsonlari

D. Xamma javoblar to’g’ri

E. Faqat epiteliy nuqsonlari va endoteliy xirralanishi

717. Kattalashgan shox pardada (megalokornea) :

A. Shox parda tiniq

B. Shox parda limb soxasidagi tug'ma xirralanishi

C. Old kamera chuqur

D. Gavxar dislokaciyasi

E. Xamma javoblar to'g'ri

718. Shox parda yarasida mikoz qachon paydo bo'ladi?

A. Antibiotiklarga rezistentlikda

B. Qirishdan keyin

C. Suyulish chegarasi bilan qoplangan

D. Xamma javoblar to'g'ri

E. Faqat antibiotiklarga rezistentlikda va qirishdan keyin

719. Shox parda zamburug' kasalliklarda nimani unutmaslik kerak?

A. Ba'zilari sulfamidlarga sezgir

B. Ba'zilari santibiotiklarga sezgir

C. Kortikosteroidlar infekciyani kechishini murakkablashtiradi

D. Xech qaysi zamburug'ga qarshi vosita keng spektrli emas

E. Xamma javoblar to'g'ri

720. Traxomaga xos bo'lgan belgilar:

A. Qovoq yuqori tog'ayida yetilmagan follikulalar

B. Epithelial keratit

C. Pannus paydo bo’lishi (membranosimon vaskulyarizaciya)

D. Chandiqli to’qima qovoqlarda asorati bilan bo’lishi

E. Xamma javoblar to’g’ri

721. Shox parda qirrali yarasi qanday bo’ladi?

A. Toksik, konyunktivitdan keyingi

B. Moren shaklida

C. "Acne rosacea" chaqiradi

D. Umumiy kasalliklar bilan bog’liq

E. Xamma javoblar to’g’ri

722. Yuzaki nuqtasimon keratit:

A. Taygenson mustaqil kasallik deb izoxlagan

B. Shox pardani mayda nuqtalar bilan qoplaydi

C. Ko’z nisbatan yallig’lanmagan

D. To’g’ri javob yoq

E. Xamma javoblar to’g’ri

723. Shox parda donador distrofiyasiga xos (Grenou tip I):

A. Jaroxatning yuzaki joylashishi

B. Chetga yetmaydi

C. Dominant tipda nasldan naslga o’tishi

D. Shox parda sezgirligini qisman yoqolishi

E. Xamma javoblar to’g’ri

724. Shox parda lentasimon distrofiyasiga xos:

A. Bolalarda uchrashi

B. Artrit va irit bilan bog’liq

C. Interpalpebral tirqish soxasida paydo bo’lishi

D. Boumen membranasida biomikroskopiyada qora “teshiklar” ko’rinishi

E. Xamma javoblar to’g’ri

725. Shox parda makulyar distrofiyasiga xos:

A. Diffuz va tez rivojlanuvchi bulutsimon xirralanish paydo bo’lishi

B. Shox parda markazida yuzaki joylashgan jaroxatlanishlar

C. Shox parda chetida stromaning jaroxatlanishi

D. Ko’rish o’tkirligini erta pasayishi

E. Xamma javoblar to’g’ri

726. Vilson kasalligidagi pigmentli Kayzer-Fleysher aylanasiga xos bo’lgan belgilar:

A. Descement qavatda joylashgan

B. Misning to’planishi

C. Endoteliy tiniq

D. Xamma javoblar to’g’ri

E. Faqat misning to’planishi va endoteliy tiniq

727. O’tkir keratokonus:

A. Ko’rishning keskin tumanlashishi

B. Paydo bo’lganda keratit belgilarini beradi

C. O’tkir jarayon tinchlangandan keyin ko’rishning yaxshilashi

D. Descemet qavat yorilishidan keyin shox parda gidrataciyasidan keyin paydo bo’ladi п

E. Xamma javoblar to’g’ri

728. Sifilitik keratit qanday kechadi:

A. Og’riq va yorug’likdan qo rqishning erta paydo bo’lishi

B. Sinexiyalar paydo bo’lishi

C. Stromal qoplama markazda qattiq bo’lishi

D. KIB baland bo’lishi

E. Xamma javoblar to’g’ri

729. Shox parda transplantati ko’chishining sabablari:

A. Jarroxning texnik nosozliklari

B. Donorda shox parda kasalliklari va degeneraciyasi bo’lsa

C. Donorlik maxsulotni noto’g’ri saqlanishi

D. Donorlik maxsulotni uzoq muddat saqlanishi

E. Xamma javoblar to’g’ri

730. Kontakt linzalar taqqanda paydo bo’ladigan shish nima bilan bog’liq:

A. Kislorod bilan ta’minlanishining kamayishi shish kelib chiqish asosiy sabab sifatida

B. Nisbatan o’tkazmas baryer paydo bo’lishi

C. Ko’z yoshining ishlab chiqarilishining vaqt o’tgan sayin va s’yegren sindromida kamayishi

D. Xamma javoblar to’g’ri

E. Faqat kislorod bilan ta’minlanishining kamayishi shish kelib chiqish asosiy sabab sifatida va Nisbatan o’tkazmas baryer paydo bo’lishi

731. Shox pardada mis to’planishi:

A. Stokker chizig’i

B. Xadson-Shtali chizig’i

C. Kayzer-Fleysher xalqasi

D. Fleysher chizig’i (aylana)

E. Xamma javoblar to’g’ri

732. Shox pardada temir moddasining to’planishi:

A. Qarilik aylanasi

B. Fleysher chizig’i (aylana)

C. Kayzer-Fleysher xalqasi

D. Xamma javoblar to’g’ri

E. Faqat Qarilik aylanasi va Kayzer-Fleysher xalqasi

733. Vegener kasaligida(nekrotik yuqumsiz granulematoz) ko’zda bo’ladigan o’zgarishlar

A. Keratokonus

B. Yarali qirrali keratit

C. Mikrokornea

D. Tug’ma katarakta

E. Xamma javoblar to’g’ri

734. Shox pardada yog’ to’planishi:

A. Kayzer-Fleysher xalqasi

B. Stokker chizig’i

C. Qarilik aylanasi

D. Xadson-shtali chizig’i

E. Xamma javoblar to’g’ri

735. Kontakt linzalarga qarshi ko’rsatma:

A. Shox parda epiteliysining butunligining buzilishi

B. Gipertoniya kasaligi

C. Anamnezida ko’zda o’tkazilgan jarroxliklar

D. Anamnezida to’r parda markaziy venasining trombozi

E. Xamma javoblar to’g’ri

736. Kontakt linzalarga qarshi ko’rsatma:

A. Blefarit

B. Meybomit

C. Xalyazion

D. Govmicha

E. Xamma javoblar to’g’ri

737. Shox parda kasalliklarda ko’rish o’tkirligini pasayishi nima bilan bog’liq?

A. Shox parda xirralanishi

B. Shox parda vaskulyarizaciyasi

C. Shox parda normal sferikligini buzilishi

D. Xamma javoblar to’g’ri

E. Faqat shox parda xirralanishi va shox parda normal sferikligini buzilishi

738. Shox parda sindromiga xos:

A. Yorug’likdan qo’rqish va ko’z yosh oqishi

B. Blefarospazm

C. Qovoqlar ostida yod jism xissi

D. Xamma javoblar to’g’ri

E. Faqat yorug’likdan qo’rqish va ko’z yosh oqishi

739. Gerpetik keratitga xos bo’lgan xususiyat:

A. Jaroxatning neyrotrofik tabiati va unga bog’liq bo’lgan shox parda sezgirligini pasayishi

B. Regeneraciyani pasayishi

C. Antibiotiklarning samaradorsizligi

D. Faqat jaroxatning neyrotrofik tabiati va unga bog’liq bo’lgan shox parda sezgirligini pasayishi va Regeneraciyani pasayishi

E. Xamma javoblar to’g’ri

740. Yuzaki gerpetik keratitlarga nimalar kiradi?

A. Daraxtsimon keratit

B. Metagerpetik keratit

C. Landkartsimon keratit

D. Disksimon keratit

E. Faqat daraxtsimon va landkartsimon keratit

741. Oftalmogerpes klinik kechishining shakllari:

A. Vezikulez keratit

B. Qirrali keratit

C. Recidivlovchi shox parda eroziyasi

D. Uveit

E. Xamma javoblar to’g’ri

742. Gerpetik keratitning samarali davosi:

A. Interferonlar va interferonogenlar

B. Kortikosteroidlar

C. Antibiotiklar

D. Faqat interferon, interferonogenlar va antibiotiklar

E. Xamma javoblar to’g’ri

743. Oftalmogerpes diagnostika usullari:

A. Citologik diagnostika

B. O’choqli allergik reakciyalar

C. Flyuorescent antitelolar metodi

D. Faqat citologik diagnostika va o’choqli allergik reakciyalar

E. Xamma javoblar to’g’ri

744. Poludan oldingi kameraga qachon kiritiladi?

A. Shox parda yuzasini jaroxati keratoiridociklit bilan kechganda

B. Shox parda orqa tomonini jaroxati uveakeratit bilan kechganda

C. Izolyaciyalangan iridokeratit va uveitlarda

D. Kon’yuktiva ekmasida pathogen mikroflora aniqlansa

E. Faqat izolyaciyalangan iridokeratit va uveitlarda va kon’yuktiva ekmasida pathogen mikroflora aniqlansa

745. Nospetsifik virusga qarshi davo qaysi dori vositasi bilan qo’llaniladi?

A. Poludan

B. Prodigiozan

C. Gerpesga qarshi vakcina bilan

D. Aciklovir

E. Faqat poludan va prodigiozan

746. Diabetik retinopatiya 1 bosqichiga xos bo'lgan oftalmoskopik belgilar:

A. To'r parda va shishasimon tanaga qon quyulishi

B. Gemianopsiya

C. Rangdor parda neovaskulyarizaciyasi

D. Orqa sinexiyalar, arteriya va arteriolalar torayishi

E. Makro- va mikroanevrizmalar

747. Diabetik retinopatiya 2 bosqichiga xos bo'lgan oftalmoskopik belgilar:

A. Angioskleroz

B. Makro- va mikroanevrizmalar

C. To'r parda va shishasimon tanaga qon quyulishi

D. Proliferativ o'zgarishlar, glioz

E. To'r parda ko'chishi

748. Diabetik retinopatiya 3 bosqichiga xos bo'lgan oftalmoskopik belgilar:

A. Shishasimon tanaga qon quyulishi proliferaciyani boshlanishi bilan neovaskulyarizaciya

B. To'r parda ko'chishi

C. Makulodistrofiya

D. To'r parda markaziy venasining to'liq yoki noto'liq trombozi

E. Ko'ruv nervini qon bilan ta'minlaydigan sistemada o'zgarishlar

749. Bolalar va o'smirlar diabetic retinopatiyasida birlamchi belgilariga nimalar kirmaydi?

A. Ko’ruv nervida yangi tomirlar paydo bo’lishi

B. Macula soxasida yangi qon tomirlar, mayda distrofik o’choqlar paydo bo’lishi

C. To’r pardaga qon quyilishi

D. Transsudaciya o’choqlari

E. Arterio-venoz chorraxasida patologiya to’r parda ko’chishi va druzalar

750. Qandli diabet bilan kasallangan bemorlarda old kamera burchagidagi o’zgarishlariga nimalar kirmaydi?

A. Yangi qon tomirlar

B. Goniosinexiyalar

C. Ekssudat

D. Trabekulalarning degeneraciyasi, pigment qoldiqlari

E. Rangdor parda kolobomasi

751. Diabetik irit belgilari:

A. Yaqqol in’yekciya

B. Yaqqol precipitatlar

C. Gipopion

D. Qorachiqni sust kengayishi

E. Xammasi

752. Qandli diabet bilan kasallangan bemorda afakiyani korrekciya qilishning eng optimal usuli?

A. Ko’z oynak

B. Qattiq kontakt linza

C. Yumshoq kontakt linza

D. IOL

E. Keratomilez

753. Diabetik angioretinopatiyani davolash usullariga nimalar kirmaydi?
A. Yallig'lanishga qarshi terapiya

B. Antidiabetik dorilar

C. Tomirlarni kengaytiruvchi dorilar

D. Vitaminoterapiya

E. Mikrocirkulyaciyani yaxshilash uchun dorilar

754. Diabetik angioretinopatiyaning gemorragik shaklini davolash usullariga nimalar kirmaydi?
A. Tomir devorini mustaxkamlovchi dorilar

B. Mikrocirkulyaciyani yaxshilash uchun dorilar

C. Tomirlarni kengaytiruvchi dorilar

D. So'riltiruvchilar

E. Yallig'lanishga qarshi terapiya

755. Diabetik retinopatiyada vitrektomiyaga ko'rsatma:
A. To'r parda ko'chishi

B. Shishasimon tanani xirralanishi

C. Shishasimon tanani neovaskulyarizaciyasi

D. Shishasimon tanani proliferaciyasi va gliozi

E. Xammasi

756. Qandli diabeti bor bemorlarda oqsil almashinuvini regulyatsiyasini amalga oshiradi:

A. Parmidin

B. Teonikol

C. Trental

D. Retabolil

E. Xammasi

757. Qandli diabeti bor bemorlarda oksidlanish-qaytarish jarayonlarni yaxshilaydi:

A. Dicinon

B. Miskleron

C. Parmidin

D. Solkoseril

E. Faqat dicinon va parmidin

758. Qandli diabeti bor bemorlarda homiladorlikni saqlashga qarshi ko’rsatmaga nimalar kirmaydi?

A. Tomirlarni zararlanishining yuvenil diabeti bor bo’lgan bemorlarda rivojlanishi (dibetik retinopatiya, nefropatiyA.

B. Ota va onasida diabet bo’lishi

C. Agar oilada diabet bilan og’rigan boshqa bolalar bo’lsa

D. Proliferative va diabetic retinopatiya

E. Birinchi xomiladorlik

759. Qandli diabet bilan og'rigan bemorlarda glaukomani uchrash chastotasi

A. 5%

B. 8%

C. 12%

D. 20%

E. 20% ortiq

760. Diabetik retinopatiyada lazerkoagulyaciyaning samaradorligiga nimalar kirmaydi?

A. Ko'z olmasining orqa qismini mikrocirkulyaciyasini yaxshilash

B. Ko'z olmasining old qismida mukrocirkulyaciyani yaxshilashi

C. Rubeozda ikkilamchi glaukomani oldini olish

D. To'r parda markaziy qismini adapataciyasini yaxshilanishi

E. Diabetik retinopatiyani rivojlanishini oldini olish

761. 55 yoshli bemor 15 yil qandli diabet bilan kasallangan. Shishasimon tanaga ko'ruv nervi qismida total qon quyilishdan keyin bo'rtma xosil bo'lgan. Bo'rtmada yangi qon tomirlar o'sishi kuzatilgan. Bemorga nima tavsiya berasiz?

A. Tomirlar kengaytiruvchi terapiya

B. So'riltiruvchi terapiya

C. Vitrektomiya

D. Tomirlarni mustaxkamlovchi terapiya

E. Lazerterapiya

762. 42 yoshli bemor 20 yil qandli diabet bilan kasallangan. Bemorda ikki tomonlama diabetic katarakta bor. Visus = 0,2 k/b, KIB = 21 mm sim. ist. , ko'ruv maydoni normada, KCHSM = 44 Gc, ERG . Katarakta yetilmagan, orqa subkapsulyar, po'stloq va yadro xirralashmagan. Ummiy siydik taxlilida qand 3%, oqsil 1%. Bemorga nima tavsiya berasiz?

A. Vitamin tomchilar tomizish

B. 1 kurs terapiya o'tkazish

C. Katarakta ekstrakciyasi

D. Katarakta ekstrakciyasi IOL implantaciyasi bilan

E. Lazerterapiya

763. 35 yoshli bemor, kasbi xaydovchi. Visus OD = 1,0, OS= 0,1 k/b, KIB OU = 21 mm sim. ist. , ko'ruv maydoni normada, KCHSM = 44 Gc, ERG normada. OS tinch, shox parda optic qismida 2x3 мм xirralanish, old kamera o'rta chuqurlikda, suyuqligi tiniq, rangdor parda strutur, muxitlar tiniq, ko'z tubida o'zgarishlar yoq. Anamnezida kislotali kuyish (2yil oldin). Shox parda sezgirligi saqlangan. Bemor ko'rish o'tkirligi tiklanishi va kasbiga qaytish ushun shox pardani ko'chirib o'tkazishni so'rayapti. Qisman qavatma qavat keratoplastika qilish kelishilgan. Operatsiya oldidan qaysi muolajalar muhim:

A. Fizioterapiya

B. Yangi qon tomirlarning lazerkoagulyaciyasi

C. So'riliruvchi terapiya

D. To'qima terapiyasi kursi

E. Xamma javoblar to’g’ri

764. Qandli diabeti bor bemorda gonioskopiyada aniqlovchi soxalarda ekzogen va endogan pigmentaciya aniqlangan. Burchak o’rta ochiqlikda, tekismas. Visus OU = 1,0, KIB OU = 30. Qandli diabet bilan 20 yil kasal. Qandli diabet o’rta og’irlikda, kompensaciyalangan, insulinga bog’liq. Davolashda: 1% pilokarpin eritmasi 3 maxal kuniga, fosfakol eritmasi 1 maxal, diakarb xam ichib turadi. Bemorga nima tavsiya qilish mumkin:

A. Miotik rejimni kuchaytirish

B. Glaukomaga qarshi jarroxlik o’tkazish

C. Lazer bilan davolash

D. Medikamentoz davoni maqsadli o’tkazish

E. Glaukomaga qarshi jarroxlik o’tkazish va lazer bilan davolash to’g’ri

765. 25yoshli bemorda qandli diabet bilan kasal, 3 yoshdan shishasimon tana va to’r pardaga qon quyilib turgan. Qandli diabetni kechishi labil, qondagi qand miqdori turg’un emas. Gipoglikemiya xolatlari tez tez uchraydi. Qandli diabet insulinga moyil. Kompleks davo regulyar emas. Bemorga nima tavsiya qilasiz?

A. Antisklerotik terapiya

B. So’riltiruvchi terapiya

C. Tomirlar mustaxkamlovchi terapiya

D. Xech narsa

E. Xamma javoblar to’g’ri

766. 15 yoshli bemor 5 yoshidan beri qandli diabet bilan kasallangan. Rangdor pardan, KND va peripapillyar soxada neovaskulyarizaciya aniqlangan. Bemorga tavsiyangiz:

A. Antisklerotik terapiya

B. So’riltiruvchi terapiya

C. Tomirlar mustaxkamlovchi terapiya

D. Lazerterapiya

E. Sklerotik vositalar

767. Angiopatiya kelib chiqish faktorlariga nima kiradi?
A. Giperglikemiya

B. Gipermetropiya

C. Kon’yuktivit

D. Giperglikemiya va gipermetropiya

E. Giperglikemiya va kon’yuktivit

768. Absolyut gipoglikemiyaga xos:
A. Qondagi qand miqdori 5,5 mmol/l past

B. Qondagi qand miqdori 10 mmol/l baland

C. Qondagi xolesterin miqdori 9-10 mmol/l

D. Qondagi qand miqdori 10 mmol/l baland va qondagi xolesterin miqdori 9-10 mmol/l

E. Qondagi qand miqdori 5,5 mmol/l past va qondagi xolesterin miqdori 9-10 mmol/l

769. Ko’z to’qimalarda bo’ladigan asosiy jarayonlari:
A. Yalig’lanish

B. Degenerativ

C. Gemorragik

D. Yalig’lanish va gemorragik

E. Degenerativ va gemorragik

770. Qandli diabet bilan kasallangan bemorlarda yalig’lanish jarayoni ko’zning qaysi qismida bo’ladi?

A. Gavxarda

B. Rangdor pardada

C. To’r pardada

D. Gavxarda va to’r pardada

E. Rangdor parda va to’r pardada

771. Qandli diabet bilan kasallangan bemorlarda keyinchalik ko’zda qanday o’zgarishlar bo’ladi?

A. Yalig’lanish

B. Neovaskulyarizaciya

C. Distrofik

D. Yalig’lanish va distrofik to’g’ri

E. Neovaskulyarizaciya va distrofik to’g’ri

772. Qandli diabet bilan kasallangan bemorlarda konyunktivaga xos bo’lgan belgilar:

A. Kon’yuktivit

B. Xolesterin-oqsil frakciyasining cho’kmasi

C. Qon quyilishlar

D. Arteriolalarning torayishi

E. Xolesterin-oqsil frakciyasining cho’kmasi va qon quyilishlar

773. Qandli diabet bilan kasallangan bemorlarda shox pardaga xos bo’lgan belgilar:

A. Vaskulyarizaciya

B. Shox parda yupqalashishi va keratokonus

C. Epithelial distrofiya

D. Sezgirlikning pasayishi

E. Epithelial distrofiya va sezgirlikning pasayishi

774. Qandli diabet bilan kasallangan bemorlarda rangdor pardaga xos bo’lgan belgilar:

A. Neovaskulyarizaciya

B. Qorachiqni sust kengayishi

C. Polikoriya

D. Aniridiya

E. Neovaskulyarizaciya va qorachiqni sust kengayishi

775. Diabetik kataraktaning boshlang’ich belgilari:

A. Gavxar yadrosi xirralanishi

B. Gavxar po’stlog’idagi xirralanishi

C. Ajralish zonasida xirralanish

D. Subkapsulyar vakuolalar

E. Gavxar yadrosi xirralanishi va gavxar po’stlog’idagi xirralanishi

776. Diabetik kataraktaning uchrashi:
A. 2 - 6 %

B. 6 - 12%

C. 12 - 25%

D. 30 - 40%

E. 40% yuqori

777. Diabetik kataraktaning boshlang’ich belgilari:
A. Ko’rish o’tkirligining pasayishi

B. Miopiya va miopik refrakciyani oshishi

C. Gipermetropiyani paydo bo’lishi

D. Tindal’ fenomenini olidingi kamerada paydo bo’lishi

E. Ko’rish o’tkirligining pasayishi va miopiya va miopik refrakciyani oshishi

778. Diabetik iritning belgilari:
A. Yaqqol aralash inyekciya

B. Yakka precipitatlar

C. Ciliar inyekciya

D. Yaqqol ekssudaciya

E. Yaqqol aralash inyekciya va yakka precipitatlar

779. Qandli diabetda shishasimon tanada bo'ladigan o'zgarishlarga xos emas:

A. "Oltin yomg'ir" va "kulrang yomg'ir" destrukciyasi

B. Neovaskulyarizaciya

C. Gemorragiya

D. Shvartalar

E. Ciliar inyekciya

780. Diabetik angioretinopatiyaning klinik shakllari:

A. "Quruq" yoki degenerative

B. Gemorragik

C. "Nam", transsudativ

D. Yallig'lanish

E. Yalig'lanishdan tashqari

781. Diabetik retinopatiyaning sklerotik shaklining belgilari:

A. To'r pardaga oqsil to'planishi

B. To'r parda va shishasimon tanaga qon quyilishi

C. Xolesterinning to'r pardada to'planishi

D. Xamma javoblar to'g'ri

E. Faqat to'r pardaga oqsil to'planishi va to'r parda va shishasimon tanaga qon quyilishi

782. Diabetik retinopatiyaning gemorragik shaklining belgilariga nima kirmaydi?

A. Mikro- va makroanevrizmalar

B. To’r parda va shishasimon tanaga qon quyilishi

C. Proliferaciya va ganglioz to’qimaning shishasimon tanada paydo bo’lishi

D. Preretinal qon quyilishlar

E. Rangdor parda va kon’yuktivaga qon quyilishi

783. Diabetik angioretinopatiyada qon quyulishlarning recidiviga nimalar kiradi:

A. Absolyut va nisbiy gipoglikemiya

B. Kapillyarlar oklyuziyasi

C. Giperglikemiya va glyukozuriya

D. Albuminuruya

E. Absolyut va nisbiy gipoglikemiya va kapillyarlar oklyuziyasi

784. Diabetik angioretinopatiyada “nam” shaklining jadallashishiga nima sabab bo’ladi:

A. Albuminuriya

B. Tomirlar devorining o’tkazuvchanligining oshishi

C. Gipertoniya kasalligi

D. Giper- va gipoxolesterinemiya

E. Tomirlar devorining o’tkazuvchanligining oshishi va gipertoniya kasalligi

785. Tomirlar devorining o’tkazuvchanligini qanday tekshiriladi?

A. Gemodinamik va elektofiziologik tekshiruvlar

B. FAG

C. Biomikrooftamoskopiya

D. Xamma javoblar to’g’ri

E. To’g’ri javob yoq

786. Diabetik retinopatiyani klinik belgilari paydo bo’lmasdan oldin qaysi tekshiruv qilinmaydi?

A. Biomikrooftamoskopiya

B. Elektofiziologik tekshiruvlar

C. FAG

D. Adaptometriya

E. Tonometriya

787. Diabetik retinopatiyada fagda xos bo’lmagan belgilar:

A. Kapillyarlar okklyuziyasi, mikroanevrizmalar, qon quyilishlar

B. Yangi qon tomirlar, olib keluvchi tomirlar

C. To’r parda qavatlarning ajralishi, pigment epiteliysining ko’chishi

D. Fluoresceinni ekstravazaciyasi

E. To’r parda ko’chishi

788. Diabetik retinopatiyaning boshlang'ich davrlari to'r parda qayerida joylashmaydi?

A. Macula soxasida

B. Chakka venalarining yo'li bo'ylab

C. KND, peripapilyar soxa

D. Ko'z tubi periferiyasida

E. Arteriyalar bo'ylab

789. Qandli diabetda refrakciya va akkomadaciyaning buzilishlariga nimalar kirmaydi?

A. Absolyut va nisbiy akkomadaciya rezervining kamayishi

B. Refrakciyaning oshishi

C. Akkomodativ astenopiya

D. Absolyut va nisbiy akkomadaciya rezervining oshishi

E. KND, peripapilyar soxa

790. Diabetik angioretinopatiyaning klassifikaciyasi asosiga qaysi faktorlar kirmaydi?

A. Gemorragiyalar

B. Transsudat

C. To'r parda venalarining anevrizmasi

D. Tomirlar devorining sklerozi

E. To'r pardada pigment to'planishi

791. Katta odamda gavxar:

A. Sharsimon

B. Yumshoq konsistenciyali

C. Tiniq

D. Zich sarg'ish rangda

E. Sharsimon va zich sarg'ish rangda

792. Gavxarning ortirilgan kasalliklari:

A. Gavxar xirralanishi (katarakta)

B. Yallig'lanish

C. O'smalar

D. Faqat katarakta va o'sma

E. Xamma javob to'g'ri

793. Kataraktasi bor bemorlarda endothelial mikroskopiya qaysi maqsadda qilinadi?

A. Shox parda orqa endoteliysining zichligini aniqlash uchun mm2

B. Xirurgik davolashning taktikasini aniqlash

C. Katarakta ekstrakciyasining turini tanlash

D. Shox pardadagi ayrim o'zgarishlarni aniqlash

E. Xamma javob to'g'ri

794. Purkinye – Samsona figuralari ko'zning qaysi qismidan aksini qiyinlashtiradi?

A. Shox parda

B. Gavxarning oldingi kapsulasi

C. Gavxarning orqa kapsulasi

D. Shishasimon tana

E. A. hyaloidea

795. Diabetik kataraktaga xos:

A. Jarayonni ikki tomonlama bo'lishi

B. Gavxarning xirralanishini ko'zdagi o'zgarishlari bilan baravar uchrashi

C. Parchalanish zonasida xirralanishlar bo'lishi

D. Gavxarning xirralanishini ko'zdagi o'zgarishlari bilan baravar uchrashi va parchalanish zonasida xirralanishlar bo'lishi

E. Xamma javoblat to'g'ri

796. Keratofakiya opaciyasi qachon qilinadi?

A. Yuqori darajali miopiya

B. Gipermetropiya

C. Afakiya

D. Yuqori darajali miopiyadan tashqari xammasi to'g'ri

E. To'liq katarakta

797. Gavxar qalinligi va ko'z old-orqa xajmini qanday aniqlash mumkin?

A. Biomikroskopiya

B. Paximetriya

C. Ultratovushli exooftalmografiya

D. Rentgenologik usul

E. Refraktometr yordamida

798. Kataraktada to’r pardaning elektrofiziologik tekshiruvi qachon o’tkaziladi?

A. Katarakta ekstrakciyasidan keyin ko’rish o’tkirligini aniqlash uchun

B. Xirurgik taktikani aniqlash uchun

C. Konservativ davoni operaciya oldidan zarurligini aniqlash

D. Postxirurgik taktikani aniqlash uchun

E. Xamma javob to’g’ri

799. Asoratli kataraktalar turi:

A. Uveal katarakta

B. Glaukomada

C. Miopik katarakta

D. Xamma javob to’g’ri

E. Shishasimon tanada xirralanishlar

800. Bemorda ko’z tubidan och-pushti refleks. Yon tomondan yoritib ko’rganda gavxar kulrang rangda. Visus = 0,03-0,04, k/b. Tashxisingiz:

A. Boshlang’ich katarakta

B. Yetilmagan katarakta

C. Yetilgan katarakta

D. Yetilib o’tgan katarakta

E. Shishasimon tanada xirralanish

801. Bemorda KIB 34 mm sim. ust. , shox parda shishi, aralash inyekciya, old kamera chuqur, morganiy kataraktasi, ko’z tubidan pushti refleks. Bemorda nima:

A. Glaucoma o’tkir xuruji

B. Gipertenziya iridociklit bilan

C. Yetilib o’tgan katarakta

D. Boshlang’ich katarakta

E. Uveit

802. Fakomorfik glaukomaning belgilari:

A. Ko’z olmasining dimlanish inyekciyasi

B. Old kamera tirqishsimon

C. Qorachiq keng, noto’g’ri shaklda

D. Gavxarning notekis xirralanishi

E. Xamma javoblar to’g’ri

803. Fakolitik va fakomorfik glaukomaning farqi:

A. Qorachiq jiyagini yaqqol pigmentaciyasi

B. Rangdor pardoning atrofiyasi

C. Old kamera burchagi ochiq

D. Trabekulaning yaqqol pigmentaciyasi

E. KIB oshishi

804. Shishgan katarakta asoratlari:

A. Glaucoma o’tkir xuruji

B. Iridociklit

C. Shox parda shishi va keyinchalik distrofiya

D. Fakogenn glaucoma

E. Xamma javoblar to’g’ri

805. Fakolitik glaukomada vrach taktikasi:

A. KIB tushirishga mo’ljallangan konservativ davo

B. Gavxar ekstrakciyasi

C. Gavxar ekstrakciyasi antiglaukomatoz component bilan

D. Antiglaukomatoz operaciya

E. Ambulator kuzatuv

806. Senkatalin qarilik kataraktani rivojlanishini qanday tormozlaydi?

A. Membranostabilovchi

B. Fotooksidlanish antagonisti

C. Lipidlar oksidlanishiga qarshi

D. Aldozoreduktazani kamaytiradi

E. Xamma javoblar to’g’ri

807. Iridosiklit va shishsiz travmatik kataraktani qanday operaciya qilish kerak?

A. Birlamchi xirurgik ishlovdan keyin shoshilinch

B. 3-7 kun travmadan keyin

C. 2-4 xafta travmadan keyin

D. 8-12 oy travmadan keyin

E. Xamma payt individual yondashish kerak

808. Bir tarafli afakiyada korrekciya turi:

A. Ko’z oynak

B. Kontakt

C. IOL

D. Keratofakiya

E. Kontakt va keratofakiya

809. IOLni intrakapsulyar kiritishga ko’rsatma:

A. Shox parda orqa epiteliysi zichligi 1800 mm2 kam bo’lsa

B. Gavxarning "zichligi"

C. Shishasimon tana xirralanishi

D. Glaucoma

E. Xamma javoblar

810. EEK qachon qilinadi?

A. Shox parda orqa epiteliysi zichligi 1800 mm2 yuqori bo’lsa

B. Gavxarning dislokaciyasi

C. Shishasimon tana exografik tiniq

D. Qari odamlarda

E. Xamma javoblar to’g’ri

811. IEK va EEK farqi?

A. Irrigaciya-aspiraciyani jarayonda qo’llanilishi

B. Krioekstrakciyani jarayonda qo’llanilishi

C. Orqa kapsulani saqlanishi

D. Xamma javoblar to’g’ri

E. Irrigatsiya-aspiratsiyani jarayonda qo’llanilishi va krioekstraktsiyani jarayonda qo’llanilishi

812. IYAT-lazerlar qachon qo’llaniladi?

A. Yetilgan kataraktani davolashi

B. Ikkilamchi kataraktaning tilishi

C. To’r parda lazerkoagulyaciyasi

D. Yot jismni inkapsulyaciyasi

E. Xamma javoblar to’g’ri

813. Eksimerlazer nimaga to’g’ri kelmaydi?

A. Keratotomiya

B. Gipermetropiyani davolashda shox parda koagulyaciyasi

C. Keratoplastikada shox parda loskutini kesimi qilinganda

D. Gavxar old kapsulasini tilinganda

E. Keratotomiya va Gavxar old kapsulasini tilinganda

814. Ekspulsiv gemorragiyaning belgilari:

A. Yaradan rangdor parda va shishasimon tanani tushishi

B. Oftalmogipotenziyani oshishi

C. Ko'zda qattiq og'riq

D. Shishasimon tananing pulsaciyasi gemorragik ajralma bilan

E. Xamma javoblar to'g'ri

815. Ekspulsiv gemorragiyaga qarshi chora-tadbirlar:

A. Yaraning mustaxkam germetizaciyasi

B. Orqa ciliar arteriyalarning transskleral diatermokoagulyaciyasi

C. Umumiy gemostatik terapiya

D. AB va KIB pasaytirish

E. Xamma javoblar to'g'ri

816. Katarakta ekstarkciyasidan keyin Zaydel sinamasi musbat bo'lganda:

A. Konservativ davo

B. Korneo-skleral, yoki shox parda choklarni qoyish

C. Eski choklarni olib tashlash va yangilarni qoyish

D. Qavatma qavat keratoplastika

E. Qonli tarzorrafiya

817. Xoreoideya ko’chishining belgilari:

A. Ko’zda keskin gipotoniya

B. Old kamera sayoz

C. Pushti refleksni yoqolishi yoki pasayishi

D. Ko’rish o’tkirligini pasayishi

E. Xamma javoblar to’g’ri

818. Xoreoideya ko’chishining asoratlari:

A. Shox parda distrofiyasi

B. Old kamera burchagi oldingi va orqa sinexiyasi

C. Ikkilamchi glaucoma

D. Ko’z olmasining subatrofiyasi

E. Xamma javoblar to’g’ri

819. Shishasimon tana asoratlanmagan churrasi qachon paydo bo’ladi?

A. Miopiklarda gavxar ekstrakciyasi

B. Vitreolensektomiya

C. FEK

D. Intrakapsulyar katarakta ekstrakciyasi

E. Xamma javoblar to’g’ri

820. Irvin-Gass nima bilan izoxlanadi?

A. Gavxarda o’zgarishlar

B. Old kamera burchagida o’sishlar

C. Rangdor parda atrofiyasi

D. Kipriksimon tana ko’chishi

E. Macula shishi

821. Ekdan keyin endothelial-epitelial distrofiyasi qachon rivojlanadi?
A. Endothelial xo’jayralar yetishmovchiligi

B. Qorachiq bloke

C. Yaraning filtraciyasi

D. Ikkilamchi glaucoma

E. Xamma javoblar to’g’ri

822. Optik ko’rsatkichlar bo’yicha iolni ko’rsating:
A. Polimetilmetakrilat

B. Leykosapfir *

C. Silicon

D. Gidogel

E. Xamma modellar bir xil

823. O’sma qanday joylashganda dimlangan disk bo’lmaydi?
A. Engsa soxa

B. Tepa soxa

C. Peshona soxa

D. Gipofiz soxasida

E. Miya asosi

824. Kennedi sindromi qanday ifodalanadi:

A. Ikki tomonlama dimlangan disklar

B. Bir tomonlama dimlangan disk

C. Ikki tomonlama ko’ruv nervi atrofiyasi

D. Bir tomonlama ko’ruv nervi atrofiyasi

E. Bir tomonlama dimlangan disk va bir tomonlama ko’ruv nervi atrofiyasi

825. Oddiy dimlangan disk:

A. Ko’ruv nervini koncentrik torayishi

B. Central va paracentral skotoma

C. Sektoral tushishi c

D. Gemianopsiya

E. Xamma javoblar to’g’ri

826. Asoratlangan dimlanish disklar:

A. Assimmetrik funkciyalar

B. Assimmetrik oftalmoskopik ko’rinish

C. Ko’rish maydonining xos bo’lmagan o’zgarishlari

D. Xamma javoblar to’g’ri

E. Faqat assimmetrik funkciyalar va assimmetrik oftalmoskopik ko’rinish

827. Ko’ruv nevri nevritiga xos:

A. Ko’rishning keskin pasayishi

B. Ko’ruv nevri giperemiyasi

C. Ko’ruv nevri shishi

D. Xamma javoblar to’g’ri

E. Faqat ko’rishning keskin pasayishi va ko’ruv nevri shishi

828. To’r parda tomirlarida ko’ruv nervida druzalar paydo bo’lganda qanday o’zgarishlar paydo bo’ladi?

A. Vena va arteriolalarni kengayishi

B. Vena va arteriolalarni torayishi

C. Arteriolalarni kengayishi va vena torayishi

D. Vena kengayishi va arteriolalarni torayishi

E. To’r parda tomirlari o’zgarishsiz

829. Retrobulbar nevritning periferik shaklida:

A. Sentral skotoma

B. Ko’ruv maydonini koncentrik torayishi

C. Sektoral tushishi

D. Arkasimon skotoma

E. Ko’ruv maydoni o’zgarmagan

830. Retrobulbar nevritning aksial shaklida:

A. Sentral skotoma

B. Ko’ruv maydonini koncentrik torayishi

C. Sektoral tushishi

D. Arkasimon skotoma

E. Ko’ruv maydoni o’zgarmagan

831. Retrobulbar nevritning transverzal shaklida:

A. Sentral skotoma

B. Ko’ruv maydonini koncentrik torayishi

C. Sektoral tushishi

D. Arkasimon skotoma

E. Ko’ruv maydonini koncentrik torayishi va central skotoma

832. Orqa ishemik neyropatiyada:

A. Sentral skotoma

B. Ko’ruv maydonini koncentrik torayishi

C. Sektoral tushishi

D. Arkasimon skotoma

E. Ko’ruv maydoni o’zgarmagan

833. Og’riq sindromi nevritning qaysi shaklida bo’ladi?

A. Intrabulbar

B. Retrobulbar aksial

C. Retrobulbar periferik

D. Retrobulbar transverzal

E. Periferik va transversal retrobulbar nevrit

834. Retrobulbar nevrit o’tkir davrining davosi:

A. Tomirli terapiya

B. Yallig’lanishga qarshi

C. Xirurgik davo

D. Lazerterapiya

E. Xamma javoblar

835. Glaukoma boshlang’ich davrida ko’ruv maydonidagi o’zgarishlar:

A. Byerrum soxasida yoysimon skotomalar

B. Ko’r dog’ning silliqlanishi

C. Izopter depressiyasi

D. Ko’r dog’ning kattayishi

E. Xamma javoblar to’g’ri

836. BOBG mos bo’lmagan belgilar:

A. Old kamera sayoz

B. Ko’z olmasining old-orqa xajmini kichrayishi

C. Miopik refrakciya

D. Old kamera burchagi yopiq

E. Miopik refrakciya va old kamera burchagi ochiq

837. Glaucoma o’tkir xurujidan keyin rangdor pardaning atrofiyasi belgilari:

A. KIB yuqori

B. Rangdor parda tomirlarining strangulyaciyasi

C. Rangdor pardaning mexanik jaroxatlanishi

D. Rangdor pardaning yallig’lanishi

E. Xamma javoblar to’g’ri

838. Burchak profili qanday aniqlanadi:

A. Siliar tana joylashishi

B. Rangdor parda qobig’i korneoskleral trabekulalarga nisbati

C. Shlemm kanali joylashishi

D. Skleral shporaning joylashishi

E. Xamma javoblar to’g’ri

839. Qorachiq blokli byobg qanday belgilanadi:

A. O’tkir kechishi

B. Old kamera notekis sayoz

C. Old kamera burchagi yopilishi

D. Gavxar dislokaciyasi

E. Xamma javoblar to’g’ri

840. Old kamera burchagi funkcional va organik blokining differencial diagnostikasi qanday qilinadi?

A. Tonografiya

B. Gonioskopiya

C. Shlemm kanalining retrograd qon bilan to'lishi

D. Gonioskopiya shox parda kompressiya bilan

E. Gonioskopiya transilluminaciya bilan

841. Ko'z ichki suyuqligi qayerda ishlab chiqariladi?

A. Siliar tana silliq qismi

B. Siliar tana o'siqchalarda

C. Rangdor tana epiteliysida

D. Xamma javoblar

E. KIB nisbati

842. Gidroftalm asosiy belgisi:

A. Shox parda xajmining kattalashishi

B. Ko'z olmasining xajmining kattalashishi

C. KIB oshishi

D. Chuqur old kamera

E. Xamma javoblar to'g'ri

843. Qaysi sindromlarda o'smirlik glaukomasi rivojlanadi?

A. Frank-Kamenickiy sindromi

B. Riger sindromi

C. Styurj-Veber sindromi

D. Reklingauzen neyrofibromatozi

E. Xamma javoblar to’g’ri

844. “Qorachiq blokida” qaysi simptomlar uchraydi?

A. KIB oshishi

B. Old kamera va orqa kamera aloqaning buzilishi

C. Old kamera sayoz

D. Old kamera chuqur

E. Old kamera burchagi yopiq

845. Glaucoma diagnostikasidagi eng informativ tekshiruv:

A. Sutkalik tonometriya

B. Tonografiya

C. Ko’ruv maydonining tekshiruvi

D. Ko’z old qismi biomikroskopiyasi

E. Xamma javoblar to’g’ri

846. Glaukoma jarayonini nostabilligi xaqda nima ma’lumot beradi?

A. Ko’rishning pasayishi

B. Ko’zda og’riq

C. Ko’ruv maydonining torayishi

D. Glaukomatoz ekskavaciyaning kengayishi

E. Kibning noturg’unligi

847. Glaukoma jarayonini dinamikasini aniqlaydi:

A. KIB o’lchami

B. Oqib ketish koefficientining miqdori

C. Ko’ruv maydonining xolati

D. KND xolati

E. Qorachiq shaklini o’zgarishi

848. Byobgning xavfli shakli qachon bo’ladi:

A. Qorachiq blokida

B. Gavxar blokida

C. Shlemm kanalining blokida

D. Blok bilan bog’liq emas

E. Qorachiq va gavxar blokida

849. Glaukomaning asosiy turlari:

A. Tug’ma

B. Infantile

C. Birlamchi

D. Ikkilamchi

E. Tug’ma, birlamchi va ikkilamchi

850. Birlamchi glaukomaning turlari:

A. Yopiq burchakli

B. Ochiq burchakli

C. Neovaskulyar

D. Aralash

E. Yopiq va ochiq burchakli

851. Birlamchi yopiq burchakli glaukomaning turlari:

A. Nisbiy qorachiq blokli

B. Old kamera burchagining qisqarishi (“o’rmalovchi”)

C. Tekis rangdor parda bilan

D. Vitreogavxarli blok

E. Xamma javob to’g’ri

852. Birlamchi ochiq burchakli glaucoma turlari:

A. Oddiy

B. PES

C. Pigmentli

D. Tekis rangdor parda

E. To’g’ri javob A, B, C

853. Ikkilamchi glaucoma turlari:

A. Yallig’lanishdan keyin

B. Fakogen

C. Tomirli

D. Distrofik

E. Xamma javob to’g’ri

854. Yallig’lanishdan keyin rivojlanadigan glaucoma sabablari:
A. Oldingi uveitlar

B. Xorioiditlar

C. Skleritlar

D. Keratitlar

E. Neyroretinitlar

855. Ikkilamchi tomirli glaucoma turlari:
A. Neovaskulyar

B. Flebogipertenziv

C. Glaukomaciklitik kriz

D. Geteroxrom uveopatiya (Fuks)

E. Flebogipertenziv va neovaskulyar

856. Ikkilamchi travmatik glaukoma sabablari:
A. Ko’z ichiga qon quyilishlar

B. Gavxar jaroxati va dislokaciyasi

C. Old kamera burchagi recessiyasi

D. Ko’zning kuyishi

E. Xoreoideya yirtilishi

857. Ikkilamchi distrofik glaukoma sabablari:

A. To’r parda ko’chishi

B. Rangdor pardaning progressiv atrofiyasi

C. Ko’z ichiga qon quyilishlar

D. Shox parda endothelial-epitelial distrofiyasi

E. To’r parda ko’chishi, rangdor pardaning progressiv atrofiyasi va ko’z ichiga qon quyilishlar

858. Neovaskulyar glaukoma qachon rivojlanadi:

A. To’r parda markaziy venasi trombozi

B. Diabetik proliferativ retinopatiyada

C. To’r parda markaziy arteriyasi okklyuziyasida

D. Senile makulopatiyada

E. Ko’zning radiatsion zararlanishida

859. Xavfli glakoma qachon rivojlanadi?

A. Birlamchi glaukomada mustaqil shakli sifatida

B. Antiglaukomatoz operaciyadan keyin

C. Katarakta ekstrakciyasidan keyin

D. Shishasimon tananing orqa tomondan ko’chishi

E. Uveitlar natijasida

860. Oftalmogipertenziya klassifikaciyasi:

A. Essencial

B. Simptomatik

C. Yopiq burchakli

D. Psevdogipertenziv

E. Essencial va simptomatik

861. Essencial gipertenziya sabalariga nimalar kirmaydi?

A. KIB oshishi

B. Old kamera burchagi yopiq

C. Normal ko'ruv maydoni

D. KND glaukomatoz ekskavaciyasi bo'lmasligi

E. Ko'zning old segmentida psevdoeksfoliaciyalar

862. Simptomatik oftalmogipertenziya turlari:

A. Uveal

B. Retinal

C. Diencefal

D. Retinaldan tashqari xammasi

E. Kortikosteroid

863. Xolinomimetiklarga kirmaydi:

A. Pilokarpin

B. Aciklidin

C. Ezerin

D. Ezerin va fosfakol

E. Fosfakol

864. Ko’zda gipotenziv operaciyalar turlariga kirmaydi:

A. Fistulovchi

B. Ciklodestrukciya

C. Ciklodializ

D. Vitrektomiya

E. Iridektomiya

865. Lazerli gipotenziv operaciyalar turlariga kirmaydi:

A. Lazerli trabekuloplastika

B. Lazerli iridektomiya

C. Gonioplastika г

D. Lazerli ciklokoagulyaciya

E. To’r parda lazerli pankoagulyaciya

866. KND glaukomatoz atrofiyasining fizioterapevtik davosi:

A. Magnitoterapiya

B. Past chastotali lazer bilan davolash

C. Elektrostimulyaciya

D. Ultrabinafsha nurlar bilan davolash

E. Ultrayuqori chastotali tok bilan davolash

867. Xolinomimetiklar nojoya ta’siriga kirmaydi:

A. Yorug’ligi past joyda ko’rishning pasayishi

B. Refrakcion miopiyani paydo bo’lishi

C. Old kamera chuqurlashishi

D. Ko’zda og’riq

E. Umumiy xolsizlik, qayd qilish

868. Antixolinesteraz miotiklar nojoya ta’siriga kirmaydi:

A. Refrakciyani kuchayishi

B. Katarakta rivojlanishi

C. Senil makulopatiyani rivojlanishi

D. Shishasimon tananinr xirralanishi

E. Ko’zda va boshda og’riq

869. Klofelin ko’z tomchisining nojoya ta’siri:

A. Arterial qon bosimini pasayishi

B. Bradikardiya

C. Bronxial spazm

D. Umumiy xolsizlik, qayd qilish

E. Katarakta rivojlanishi

870. Adrenalin ko’z tomchisining nojoya ta’siri:

A. Taxikardiya

B. Konyunktiva reaktiv giperemiyasi

C. Konyunktiva adenoxrom pigmentaciyasi

D. Kistoz makulopatiya

E. Arterial qon bosimining pasayishi

871. Fistolovchi operaciyalar asorati:

A. Konyunktival loskutning fenestraciyasi

B. Old kameraga qon quyilishi

C. Gavxar jaroxati

D. Shishasimon tana tushishi

E. Xamma javoblar to’g’ri

872. Fistolovchi operaciyalardan keyin uchramaydigan asoratlar:

A. Cilioxorioidal ko’chish

B. Gifema

C. Xoreoretinit

D. Iridociklit

E. Xavfli glaukoma

873. Siklodestruktiv operaciyalardan keyin uchramaydigan asoratlar:

A. Ko’zning gipotoniyasi

B. Ko’z olmasining subatrofiyasi

C. Ko’ruv nervining nevriti

D. Iridociklit

E. Katarakta rivojlanishi

874. Xavfli glaukomaning davolash usullari:

A. Miotiklar buyurish

B. Gavxarni olib tashlash

C. Diakarb buyurish

D. Atropin buyurish

E. B, C, D reakciyasi

875. Glaucoma o’tkir xurujining davosi:

A. Miotiklar tomizish

B. Beta-adrenoblokatorlar buyurish

C. Simpatomimetiklar tomizish

D. Diakarb ichish

E. Xamma javoblar to’g’ri

876. Ciklodestruktiv operaciyalarga kirmaydi:

A. Ciklodestrukciya

B. Ciklodiatermiya

C. Medikamentoz ciklodestrukciya

D. Lazer ciklodestrukciya

E. Ultratovushli ciliar tananing destrukciyasi

877. Ko’zning drenaj tizimiga nimalar kiradi:
A. Trabekulalar

B. Sclera

C. Burunyosh kanali

D. Pastki burun yoli

E. Ko’z yosh kanalchalari

878. Ko’zning drenaj tizimiga nimalar kiradi::
A. Shlemm kanali

B. Vortikoz arteriyalar

C. Ko’z yosh xaltasi

D. Ko’z yosh nuqtalari

E. Ko’z yosh kanali

879. Shox parda gistologik tekshiruvida nima aniqlanadi:
A. Oldingi epiteliy

B. Oldingi chegaralovchi plastinka

C. Oldingi pigment epiteliy

D. Orqa pigment epiteliy

E. Shox parda kapsulasi

880. Ko’z yosh oqishing sabablari:

A. Ko’z yosh nuqtalarni ko’z yosh ko’llariga cho’kmasligi

B. Ko’z yosh kanalchalarning yallig’lanishi

C. Ko’z yosh xaltachasining yallig’lanishi

D. Ko’z yosh burun kanalining yallig’lanishi

E. Xamma javoblar to’g’ri

881. Kanalcha sinamasi musbat bo’lganda, ko’z olmasi 3% sol. collargoli bilan bo’yalgandan keyin qachon rangsizlanadi?

A. 1- 2 daqiqadan keyin

B. 3- 4 daqiqadan keyin

C. 5 daqiqa

D. 10 daqiqa

E. 10 daqiqa ortiq

882. Blefaritga xos bo’lmagan belgi:

A. Qovoqlar qirgo’gi yallig’lanishi

B. Kipriklar to’kilishi

C. Uzoq muddat kechishi

D. Kipriklar chetida tangachalar paydo bo’lishi

E. Ekzoftalm

883. Blefaritga kelib chiqishiga xos bo’lmagan sabablar:

A. Ovqat xazm qilish sistemasi kasalliklari

B. Endokrin va moddalar almashinuvining buzilishi

C. Parazitar kasalliklar

D. Refrakciyaning korrekciya qilinmaganligi (gipermetropiya, astigmatizm)

E. N. oculomotoris parezi

884. Blefaritning samarali davosi:

A. Kasallik etiologiyasini aniqlash

B. Sistematik, regulyar davo

C. Ammetropiya korrekciyasi

D. Racional ovqatlanish

E. Xamma javoblar to'g'ri

885. Burun sinamasi musbat xisoblanadi, agar 3% sol. collargoli burunga qancha vaqtda o'tsa?

A. 1- 2 daqiqa

B. 3- 5 daqiqa

C. 5- 10 daqiqa

D. 10- 15 daqiqa

E. 15- 20 daqiqa

886. Ko'z yosh olib ketuvchi yollarning obliteratsiyasi haqida nima aniq informatsiya beradi?

A. Kanalcha sinamasi

B. Burun – ko’z yosh sinamasi

C. Ko’z yosh olib ketuvchi yollarning yuvish

D. Diagnostik zondlash

E. Kontrast modda bilan rentgenografiya

887. Dakrioadenit qanday kasallikni asorati hosiloblanadi?
A. Gripp kasalligining

B. Angina kasalligining

C. Qorin tifi

D. Epidemik parotit

E. Yuqoridagilarning barchasi

888. Blefarit simptomiga kirmaydi?
A. Qovoq qirg'og'ining qizarishi

B. Kiprik to'kilishi

C. Uzoq muddat kechishi

D. Kiprik asosida qatqaloqlarning bolishi

E. Ekzoftalm

889. Blefarit sababiga kirmaydi?
A. Oshqazon ichak tizimi kasalliklari

B. Endokrin va umumiy buzulishlar

C. Gijja invaziyasi

D. Refraksiya anamaliyalarining korreksiya qilmaslik (gipermetropiya, astigmatizm)

E. парез глазодвигательного нерва

890. Qovoqning havfli o'smasi?
A. Dermoid kista

B. Meybomiy bezining adenakarsenomasi

C. Meybomiy bezining adenomasi

D. Hamma javob tog'ri

E. Tog'ri javob yo'q

891. Qovoqning havfsiz o'smasini belgilang?
A. Dermoid kista

B. Teri papilomasi

C. Meybomiy bezining adenomasi

D. Gemangioma

E. Yuqoridagilarning hammasi

892. Shoh pardaning gistalagik qavatlaridan biri?
A. Endoteliy

B. Orqa chegaralovchi plastinka

C. Shoh parda yadrosi

D. Nerv tolalai qavat

E. Orqa pigmentli qavat

893. G'ilaylikning davolash metodi?
A. Ko'zoynakli korreksiya

B. Ko'z sekkluziyasi

C. Gomomushak ko'chiirib otkazish

D. Mushak degeneratsiyasi

E. Ko'z mushagining plastikasi

894. G'ilaylikning davolash metodi?
A. Mushak retsessiyasi

B. Лазерная коррекция

C. Mushak denervatsiyasi

D. Allotransplantatsiya

E. Mushak olib tashlash

895. Yon tomondan yoritish usuli yordamida ko'zning qaysi strukturasi ko'rinadi?
A. Sklera

B. Horiodeya

C. Kipriksimon tana

D. To'r parda

E. Ko'z tubi tonirla

896. Yon tomondan yoritish usuli yordamida ko'zning qaysi strukturasi ko'rinadi?

A. Rangdor parda

B. Orqa kamera

C. Shishasimon tana

D. Xoreoideya

E. To’r parda

897. Tonometriya o’tkazishning asosiy qismi?

A. Maklakov yanometri

B. 0,5% atropin

C. Polyak tanometri

D. Mahsus chizg’ich

E. 0,5 % pilokarpin

898. Tonometriya o’tkazishning tarkibiy qismi?

A. Metil spirti

B. Kollargol

C. Konselyar chizg’ich

D. 0,5 % timalol

E. Polyak tanometri

899. Sog’lom shoh pardoning hususiyatlari?

A. Yumshoq

B. Yuqori sezuvchan

C. Hira

D. Konussimon

E. Ellipsimon

900. Sog'lom shoh pardaning xususiyatlari?

A. Sferik

B. Qon tomirga ega

C. Qovoq konyunktivasi tomiri orqali oziqlanadi

D. Sezuvchanligi past

E. Konussimon

901. Keratitga hos tipik belgilar?

A. Yuqori qovoq ostida yod jism hissi

B. Qon ketish

C. Yorug'likka qaraganda sanchuchvchi og'riq

D. Og'irlik hissi

E. Qichishish sezgisi

902. Virusli konyunktivitning davosida qo'llaniladigan preparat?

A. Ung. Neladexi 0,25%0,5%

B. Sol. Zoviraxi

C. Sol. Tobrimedi

D. Sol. Medexoli 0,1%

E. Sol. Atropini sulfatis 1%

903. Virusli konyunktivitning davosida qo'llaniladigan preparat?
A. Sol. Ophthalmoferoni

B. Sol. Atropini

C. Sol. Dexamethasoni 0,1%

D. Sol. Tetracaini 1%

E. Sol. Tobrimedi

904. Blefarit simptomi?
A. Qovoq qirg'og'ining yallig'lanishi

B. Ko'rishning hiralanishi

C. Blefaraspazm

D. Yorug'likdan qo'rqish

E. Yiringli ajralma

905. Blefarit simptomi?
A. Qovoqning yupqalanishi

B. Qovoq qirg'og'ida qatqaloqlar

C. Enoftalm

D. Ekzoftalm

E. Quyuq yiringli ajralma

906. Dorilar ta’sirida yuzaga kelgan konyunktevitga xarakterli?

A. Mahalliy dori tomizganda yuzaga kelmaslik

B. Qovoq konyunktivitida yaqqol giperemiya

C. Qovoq konyunktivasida katta o’choqli qon quyilish

D. Sklera konyunktivasida katta o’choqli qon quyilish

E. Gavhar hiralanishi

907. Dorilar ta’sirida yuzaga kelgan konyunktivitga xarakterli?

A. Qovoq konyunkteviti bezchalarining gipertrofiyasi

B. Mahalliy dorilarning uzoq muddat tomizish natijasida yuzaga keladi

C. Qovoq konyunktivasida petihial qon quyilishlar

D. Sklera konyunktivasida katta petihiali qon quyilish

E. Gavhar hiralanishi

908. Blefarit sababi?

A. Yurak kasalliklari

B. Endokrin buzulishlar

C. Buyrak kasalliklari

D. O’pka kasalliklari

E. Suyak sistemasi kasalliklari

909. Blefarit sababi?

A. Anemiya

B. Refraksiya anamaliyasini to’g’ri korreksiyasi (Gipermetropiya, astigmatizm)

C. Ko’z harakatlantiruvchi nervning parezi

D. Yurak qon tomir sistemasi patalogiyasi

E. O’pka kasalliklari

910. Govmicha yuzaga kelishiga olib keluvchi omil?
A. Refraksiya anomaliyasining korreksiya qilinmaganligi

B. Gippervitaminoz

C. Shishasimon tana destruksiyasi

D. Kibning oshishi

E. Uchlik nervining parezi

911. Govmicha yuzaga kelishiga olib keluvchi omil?
A. Immunitet pasayishi

B. Virusli konyunktevit

C. Allergik konyunktevit

D. Gavhar hiralanishi

E. Glaukoma

912. Allergik konyunktivitning davosi?
A. Susp. Hydrocortisoni 0,5 1%

B. Sol. Tetracaini 0,1%

C. Sol. Timololi 0,5%

D. Sol. Timololi 0,25%

E. Sol. Laevomycetini 0, 25%

913. Allergik konyunktevitning davosi?
A. Sol. Lecrolini 4%

B. Sol. Atropini 0,1%

C. Sol. Timololi 0,5%

D. Sol. Mesatoni 0,1%

E. Sol. Pilocarpini 1%

914. Govmicha asorati?
A. Ko’z kosasining gangrenasi

B. Uveit

C. Iridosiklit

D. Glaukoma

E. Katarakta

915. Govmicha asorati?
A. Halazion

B. Gangrena

C. Bakterial konyunktevit

D. Keratit

E. Glaukoma

916. Gemianopsiyaning qanday turlarini bilasiz?
A. Gomonim

B. Monotemporal

C. Uchlamchi

D. Ikkilamchi

E. Birlamchi

917. Qanday gemianopsiya turlarini bilasiz ?
A. Binazal

B. Tetraanopsiya

C. Dumaloq

D. Oval

E. O’choqli

918. Iridosiklitga hos tipik belgilar?
A. Ertalablari qovoqlarning yopishib qolishi

B. Yorug’likka qaraganda sanchuvchi og’riq

C. Ko’z oldidagi yengil tuman

D. Yuqori qovoq ostida yod jism hissi

E. Yorug’likka qaraganda kamalak halqalar

919. Iridoseklitga hos tipik belgilar?
A. Blefarospazm, yorug’likdan qo’rqish

B. Ertalabki og’riq

C. Ko’zda achishish hissi

F. Ertalablari qovoqlarning yopishib qolishi

D. Ko’z oldida tuman

920. O’tkir konyunktevit bilan kasallangan bemorning shikoyatlari?
A. Ko’zda qum tiqilish hissi

B. Qovoqning qizarishi

C. Yorug’likka qaraganda kamalak halqalar

D. Ko’zdagi kechki og’riq

E. Palpatsiyada og’riq

921. Qaysi kasallikning asorati dakroadenit hisoblanadi?
A. Angina

B. Infarkt

C. Insult

D. Konyunktevit

E. Katarakta

922. Qaysi kasallikning asorati dakroadenit hisoblanadi?
A. Gripp

B. Frontit

C. Infarkt miokard

D. Qandli diabet

E. Katarakta

923. Blefaritning asosiy belgisi?
A. Qovoq shishi

B. Ektrapion

C. Qovoqning tashqariga qayrilishi

D. Mahalliy haroratning ko’tarilishi

E. Qovoq gematomasi

924. Yuqori darajali miopiyaga hos bo’lgan ko’z tubidagi o’zgarish?
A. Miopik konus

B. KND ekskavatsiyasi

C. KND dimlanishi

D. Qon tomir tutamining nazal tomonga siljishi

E. Qon tomir tutamining temparal tomonga siljishi

925. Yuqori darajali miopiyaga hos bo’lgan ko’z tubidagi o’zgarish?
A. To’r parda atrofiyasi

B. Fuks dog’i

C. KND ekskavatsiyasi

D. KND atrofiyasi

E. Qon tomir tutamining nazal tomonga siljishi

926. Shoh pardaning o’rmalovchi yarasiga hos klinik belgi
A. Erta iridosiklit

B. Keratoglobus

C. Keratokonus

D. Gifema

E. Gavhar hiralanishi

927. Shoh pardoning yiringli yarasiga hos asorat?
A. Halazion

B. Endoftalm

C. Ko’z kosaining atrofiyasi

D. Katarakta

E. Simplefaron

928. Shoh pardaning yiringli yarasiga hos asorat?
A. Pingvekula

B. Endoftalm

C. Pannus

D. Keratokanyunktevit

E. Katarakta

929. Ko’zning optik sistemasini tashkil qiluvchi element?
A. Ko’z ichki suyuqligi

B. Sklera

C. Horioideya

D. To`r parda

E. Kipriksimon tana

930. Ko’zning optik sistemasini tashkil qiluvchi element?

A. Sklera

B. Shishasimon tana

C. Rangdor parda

D. Qorachiq

E. Horiodeya

931. Keratit asorati?

A. Katarakta

B. Belmo

C. Miopiya

D. Gipermetropiya

E. Presbiopiya

932. Keratit asorati?

F. Gipermetropiya

A. Shoh parda yarasi

B. Glaukoma

C. Katarakta

D. Presbiapiya

933. Astigmatizm turi?
A. Chiziqli

B. Teskari

C. Chiziqli

D. Terminal

E. Kataraktal

934. Astigmatizm turi?
A. Murakkab

B. Chiziqli

C. Ikkilamchi

D. Asoratli

E. Terminal

935. Astigmatizm turi?
A. Oddiy

B. Glaukomali

C. Terminal

D. Kataraktal

E. Chuqurlashgan

936. Astigmatizm turi?

A. Kataraktal

B. Qiyshiq o’qli

C. Ikki tomonlama

D. Asoratli

E. Kataraktal

937. Ko’z yosh funksiyasi?

A. Bakteriatsit

B. To’siqli

C. Libid hosil qiladi

D. Suyak hujayrasini hosil qiladi

E. Temperatura saqlash

938. Ko’z yosh tarkibidagi immun faktor?

A. Globulin

B. Laktoferrin

C. Prostagalandin

D. Xolinesteraza

E. Amilaza

939. Ko’z yosh tarkibidagi immun faktor?

A. Interferon

B. Globulin

C. Bradikinin

D. Gistamin

E. Amilaza

940. Ko’z yosh bezining innervatsiyasi?

A. Motorli

B. Ko’z yosh nervi

C. Bloksimon nerv

D. Ko’z nervi

E. Sezuvchi nerv

941. Ko’z yosh olib ketuvchi tizimga kiradi?

A. Ko’z yosh oroli

B. Ko’z yosh qudug’i

C. Krauze bezi

D. Mansa bezi

E. Tseys bezi

942. Ko’z yosh olib ketuvchi tizimga kiradi?

A. Ko’z yosh qudug’i

B. Ko’z yosh qopchasi

C. Ko’z yosh bezi

D. Wolfrang bezi

E. Tog’ri javob yo’q

943. Qaysi yoshda miopiya rivojlanish xavfi yuqori?
A. 17

B. 40

C. 2

D. 5

E. 45

944. Qovoq konyunktivasida joylashgan bezni belgilang?
A. Genli

B. Shultsa

C. Behterev

D. Ashov talalayev

E. Simons

945. Qanday tug’ma rang ajratish anomaliyalarini bilasiz?
A. Deyteranamaliya

B. Kvadranomaliya

C. Sianopsiya

D. Eritropsiya

E. Xloropsiya

946. Qanday tug’ma rang ajratish anomaliyalarini bilasiz?
A. Dixromaziya

B. Pentanopsiya

C. Normal trixromaziya

D. Ksantopsiya

E. Eritropsiya

947. KIBning normal ko’rsatkichini belgilang (tonometrik)?
A. 18 mm. sm. ust.

B. 29 mm. sm. ust.

C. 13 mm. sm. ust.

D. 28 mm. sm. ust.

E. 30 mm. sm. ust.

948. Oq rang uchun normal perimetrik chegarani belgilang?
A. Yuqori – 50 gradus

B. Ichki – 80 gradus

C. Ichki – 50 gradus

D. Tashqi – 60 gardus

E. Yuqori temporal – 90 gradus

949. Qanday kasb egalari uchun binokulyar ko’rish o’tkirligi muhim?
A. Xirurg

B. Operator

C. Quruvchi

D. Qo’shiqchi

E. Yozuvchi

950. Qanday kasb egalari uchun binokulyar ko’zrish o’tkirligi muhum?
A. Soatsoz

B. Mehanik

C. Quruvchi

D. Oshpaz

E. Dasturchi

951. “Ko’z oldingi qism”larin nima tashkil qiladi?
A. Konyunktiva

B. Ko’z yosh kanali

C. Xoreoideya

D. To’r parda

E. Kipriksimon tana

952. “Ko’z oldingi qism”larin nima tashkil qiladi?
A. Oraqa kamera

B. Shoh parda

C. Xoreoideya

D. Gavhar

E. Shishasimon tana

953. Gonioskopiya o’tkazish uchun muhum?
A. Goldman Goniolinza

B. Perimetr

C. Pnevmotanometr

D. OCT

E. Midreatsil

954. Normal oftalmoskopiyada ko’z tubida normada nima ko’rinadi?
A. Qon quyilish

B. Makula

C. Qon quyilish o’choqlari

D. Pigmentli o’choq

E. Svalbe liniyasi

955. Kataraktanin konservativ davosi?
A. Kataksol

B. Katanorm

C. Shaylok

D. Diklofenak oftalmik

E. Oftagel

956. Kataraktaning konservativ davosi?

A. Vitayotriol

B. Kvinaks

C. Deksametazon

D. Emoksipin

E. Oftagel

957. Ko’zda modda almashinuvini yahshilovchi preparat?

A. Emoksipin

B. Kataxrom

C. Shaylok

D. Diklofenak oftalmik

E. Oftagel

958. Ko’zda modda almashinuvini yahshilovchi preparat?

A. Diklofenak

B. Taufon

C. Shaylok

D. Deksametazon

E. Emoksipin

959. Virusga qarshi ko’z tomchilarini belgilang?

A. Interferon

B. Shaylok

C. Ketorolak

D. Siprofloksatsin

E. Tobramitsin

960. Virusga qarshi ko’z tomchilarini belgilang?

A. Oftagel

B. Poludan

C. Ketarolak

D. Deksametazon

E. Diklofenak

961. Glaukomada qo’llaniadigan preparat?

A. Poludan

B. Arutimol

C. Emoksepin

D. Oftagel

E. Ditsinon

962. Glaukomada qo’llaniadigan preparat?

A. Latasopt

B. Oftagel

C. Kataksol

D. Taufon

E. Emoksipin

963. Travmatik gemoftalmda qanday preparat qo'llaniladi?

A. Atropin

B. Askorutin

C. Siproflaksatsin

D. Tobrametsin

E. Kataksol

964. Travmatik gemoftalmda qanday preparat qo'llaniladi?

A. Doksium

B. Askoril

C. Siproflaksatsin

D. Levomitsisin

E. Kvinaks

965. Midriatiklarga nima kiradi?

A. Midriatsil

B. Pilokarpin 3%

C. Pilokarpin 1%

D. Pilokarpin 2%

E. Timalol

966. Midriatiklarga nima kiradi?

A. Atropin

B. Pilokarpin 3%

C. Pilokarpin 1%

D. Pilokarpin 6%

E. Armin

967. Glaukomaning terminal bosqichida periferik ko’rish qanday darajagacha o’zgaradi?

A. Aniqlanmaydi

B. 20°

C. 30°

D. 15°

E. 25°

968. Ochiq burchakli va yopiq burchakli glaukomaga hos?

A. Ko’z ichki suyuqligining oqib ketishini yomonlashib borishi

B. Qorachiq torayishi

C. Kndning glaukomatoz atrofiyasi

D. Oldingi kamera burchagining pigmentatsiyasi

E. Rangdor pardoning shishi.

969. Birlamchi glaukomaning boshlang'ich bosqichida ko'rish maydonidagi o'zgarish?

A. 45^0 gacha

B. 20^0 gacha

C. 10^0 gacha

D. 5^0 gacha

E. Toraymagan

970. Glaukomaning erta diagnostik tekshiruvlar?

A. Sutkalik tanometriya

B. Tonografiya

C. Ko'rish maydoning tekshirish usuli

D. Ko'z oldingi qismi biomikroskopiyasi

E. Yuqoridagilarning hammasi

971. Ikkilamchi travmatik glaukomaga kiradi?

A. Ko'z ichiga qon quyilishi

B. Gavhar Dislokatsiyasi va zararlanishi

C. Oldingi kamera burchagining retsessiyasi

D. Ko'z kuyish kasalligi

E. Xoreoideya yertilishi

972. Yomon sifatli glaucoma kelib chiqmaydigan holat?

A. Birlamchi glaukomaning mustaqil kelishi

B. Antiglaukomatoz jarrohlik amaliyotidan so’ng

C. Katarakta ekstraksiyasidan keyin

D. Shishasimon tana ko’chishi

E. Uveitdan keying holat.

973. Ko’zdagi gipotenziv jarrohlik amaliyotiga kiradi?

A. Fistulasimon aralashuv

B. Siklokriodestruksiya

C. Siklodializ

D. Vitreoektomiya

E. Iridektomiya.

974. Afakiya – bu?

A. Gavhar yo’qligi

B. Yetilib o’tkan katarakta erta belgilari

C. Shishasimon tanaga gavhar siljishi

D. Rangdor pardoning yo’qligi

E. Ko’z olmasining hamma qavatlarining yallig’lanishi

975. Afakiya korreksiyasining eng yahshi usuli?

A. Intraokulyar linza implantatsiyasi

B. Kontakt linza bilan korreksiya

C. Ko’zoynak bilan korreksiya

D. Bifakal ko’zoynak taqish

E. Astigmatik linza bilan korreksiya

976. Glaukomadagi rangdor pardadagi distrofiya bosqichi va harakterini aniqlash usuli?
A. Biomikroskopiya

B. Tonografitya

C. Gonioskopiya

D. Perimetriya

E. Viziometriya

977. Ko’z ichki suyuqligi qayerdan ishlab chiqariladi?
A. Kipriksimon tanada

B. Xoreoideya

C. Tomirli pardoning tomiridan

D. Rangdor pardoning tomiridan

E. To’r pardadan

978. Ko’z olmasi kontuziyasida gavhar dislokatsiya belgilari?
A. Oldingi kamera notekis chuqurlikda, iridodenez

B. Pretsepetat va gipopion

C. Gavhar hiralanishi

D. Gifema, midriaz

E. Endoftalmit

979. Ko’z olmasining kuyishidagi birlamchi yordam?
A. Konyunktival bo’shliqni yuvish

B. Binokulyar bog’lam qo’yish

C. Orbita rentgenografiyasi

D. Yog’simon ko’z tomchisi

E. Antidot qo’llash

980. Qorli oftalmiya kimlarda uchraydi?
A. Alpinistlarda

B. Shifakorlarda

C. Rentgenologlarda

D. Uchuvchilarda

E. Shifakor va uchuvchilarda

981. Elektrooftalmiyada birlamchi yordam?
A. Dikain tomzish

B. Furatsillin tomizish

C. Hinin tomizish

D. Antibiotik tomizish

E. Midriatsil tomizish

982. Miotikga tegishli?
A. Bisoprolol

B. Armin

C. Midaks

D. Atropin

E. Mezaton

983. Miotikga tegishli?
A. Pilokarpin 2%

B. Tetrakain

C. Midaks

D. Midriatsil

E. Midoptik

984. Mahalliy anestetikga kiradi?
A. Dimeksid

B. Tetrakain

C. Gentamitsin

D. Tobramitsin

E. Vizizn

985. Mahalliy anestetikni belgilang?
A. Dimeksid

B. Lidokain

C. Gentamitsin

D. Siprofloksatsin

E. Nozaylin

986. Tomir toraytiruvchi dori vositasi

A. Monozolin

B. Oksimeazolin

C. Pilokarpin 1%

D. Pilokarpin 2%

E. Timalol

987. Tomir toraytiruvchi preparatlar:

A. Eufillin

B. Vizin

C. Pilokarpin 1%

D. Pilokarpin 6%

E. Armin

988. Qovoq terisidagi zamburug'li kasallikni belgilang?

A. Aktinomekoz

B. Gangrena

C. Abstsess

D. Flegmona

E. Furunkul

989. Qovoq terisidagi zamburug'li kasallikni belgilang?
A. Trixofitiya

B. Gangrena

C. Abstess

D. Tuberkulyozli bo'richa

E. Qovoqning sifilitik zararlanishi

990. Qovoqning o'tkir bakterial kasalligini belgilang?
A. Flegmona

B. Gangrena

C. Kandidoz

D. Sporotrihoz

E. Trixoftiya

991. Qovoqning o'tkir bakterial kasalligini belgilang?
A. Karbunkul

B. Flegmona

C. Fktinomekoz

D. Blastomikoz

E. Trixoftiya

992. Qovoqning allergik kasalligini belgilang?
A. Atopik dermatit

B. Angionevrotik shish

C. Kandidoz

D. Sporotrixoz

E. Trixoftiya

993. Blefarit turini ko’rsating?
A. Oddiy

B. Qipiqsimon turi

C. Aftoz

D. Papulyoz

E. Koh Uiks

994. Blefarit turini ko’rsating?
A. Demodekoz

B. Yiringli

C. Gigant hujayrali

D. Yassi hujayrali

E. Koh-Uiks

995. Kontakt linza turlari?
A. Qattiq

B. Nam

C. Yarim yumshoq

D. Mumsimon

E. Quruq

996. Kontakt linzaning asorati?
A. Yallig'lanish

B. Nam ko'z sindromi

C. Bahorgi katar

D. Blefarit

E. Glaukoma

997. Endogen keratitga hos?
A. Tuberkulyoz

B. Gipervitaminoz

C. Posttravmatik

D. Bakterial etiologiyali keratit

E. Keratomikoz

998. Ekzogen keratitga hos?
A. Gipervitaminoz

B. Keratomikoz

C. Tuberkulyoz

D. Neyroparalitik

E. Avitaminoz

999. Ekzogen keratitga hos?

A. Tuberkulyoz

B. Keratomikoz

C. Sifilitik

D. gerpetik

E. Neyroparalitik

1000. Keratit diagnostikasi uchun muhim?

A. Ko’z UTTsi

B. Biomikroskopiya

C. Gonioskopiya

D. Oftalmoskopiya

E. Diafanoskopiya