

**РЕСПУБЛИКА ИХТИСОСЛАШТИРИЛГАН КЎЗ МИКРОХИРУРГИЯ
ИЛМИЙ-АМАЛИЙ ТИББИЁТ МАРКАЗИ ҲУЗУРИДАГИ
ИЛМИЙ ДАРАЖАЛАР БЕРУВЧИ DSc.04/30.01.2020.Tib.105.01
РАҚАМЛИ ИЛМИЙ КЕНГАШ**

ТОШКЕНТ ТИББИЁТ АКАДЕМИЯСИ

МАТКАРИМОВ АКМАЛ КАРИМОВИЧ

**ЖАНУБИЙ ОРОЛБЎЙИ ҲУДУДИДА БАЪЗИ КЎЗ
КАСАЛЛИКЛАРИНИНГ КЛИНИК КЕЧИШИ ВА ДАВОЛАШНИНГ
МИНТАҚАВИЙ ХУСУСИЯТЛАРИ**

14.00.08 – Офталмология

**ТИББИЁТ ФАНЛАРИ БЎЙИЧА ФАЛСАФА ДОКТОРИ (PhD)
ДИССЕРТАЦИЯСИ АВТОРЕФЕРАТИ**

ТОШКЕНТ – 2022

Фалсафа доктори (PhD) диссертацияси автореферати мундарижаси

Оглавление автореферата диссертации доктора философии (PhD)

Contents of dissertation abstract of doctor of philosophy (PhD)

Маткаримов Акмал Каримович

Жанубий Оролбўйи худудида баъзи кўз касалликларининг клиник кечиши ва даволашнинг минтақавий хусусиятлари..... 3

Маткаримов Акмал Каримович

Особенности клинического течения и лечения некоторых глазных заболеваний в условиях южного Приаралья..... 25

Matkarimov Akmal Karimovich

Features of the clinical course and the treatment of some eye diseases in the conditions of the South Priaral..... 47

Эълон қилинган ишлар рўйхати

Список опубликованных работ
List of published works..... 51

**РЕСПУБЛИКА ИХТИСОСЛАШТИРИЛГАН КЎЗ МИКРОХИРУРГИЯ
ИЛМИЙ-АМАЛИЙ ТИББИЁТ МАРКАЗИ ҲУЗУРИДАГИ
ИЛМИЙ ДАРАЖАЛАР БЕРУВЧИ DSc.04/30.01.2020.Tib.105.01
РАҚАМЛИ ИЛМИЙ КЕНГАШ**

ТОШКЕНТ ТИББИЁТ АКАДЕМИЯСИ

МАТКАРИМОВ АКМАЛ КАРИМОВИЧ

**ЖАНУБИЙ ОРОЛБЎЙИ ҲУДУДИДА БАЪЗИ КЎЗ
КАСАЛЛИКЛАРИНИНГ КЛИНИК КЕЧИШИ ВА ДАВОЛАШНИНГ
МИНТАҚАВИЙ ХУСУСИЯТЛАРИ**

14.00.08 – Офталмология

**ТИББИЁТ ФАНЛАРИ БЎЙИЧА ФАЛСАФА ДОКТОРИ (PhD)
ДИССЕРТАЦИЯСИ АВТОРЕФЕРАТИ**

ТОШКЕНТ – 2022

Фалсафа доктори (PhD) диссертацияси мавзуси Ўзбекистон Республикаси Вазирлар Маҳкамаси ҳузуридаги Олий аттестация комиссиясида B2020.2.PhD/Tib1356 рақам билан рўйхатга олинган.

Диссертация Тошкент тиббиёт академиясида бажарилган.

Диссертация автореферати уч тилда (ўзбек, рус, инглиз (резюме)) Илмий кенгашнинг веб-саҳифасида (www.eye-center.uz) ва «ZiyoNet» Ахборот таълим порталида (www.ziyounet.uz) жойлаштирилган.

Илмий раҳбар:

Бахритдинова Фазилат Арифовна
тиббиёт фанлари доктори, профессор

Расмий оппонентлар:

Иванова Нанули Викторовна
тиббиёт фанлари доктори, профессор
(Россия Федерацияси)

Юсупов Амин Абдуазизович
тиббиёт фанлари доктори, профессор

Етакчи ташкилот:

**Мхитара Гераци номидаги Ереван Давлат
Тиббиёт Университети**
(Арманистон Республикаси)

Диссертация ҳимояси Республика ихтисослаштирилган кўз микрохирургия илмий-амалий тиббиёт маркази ҳузуридаги DSc.04/30.01.2020.Tib.105.01 рақамли Илмий кенгашнинг 2022 йил «___» _____ куни соат ___ даги мажлисида бўлиб ўтади (Манзил: 100173, Тошкент шаҳри, Учтепа тумани, Кичик ҳалқа йўли, 14-уй. Тел.: (+99871) 217-49-34; факс: (+99871) 217-49-37; e-mail: eye-center@inbox.ru).

Диссертация билан Республика ихтисослаштирилган кўз микрохирургия илмий-амалий тиббиёт марказининг Ахборот-ресурс марказида танишиш мумкин (_____ - рақами билан рўйхатга олинган). Манзил: 100173, Тошкент шаҳри, Учтепа тумани, Кичик ҳалқа йўли, 14-уй. Тел.: (+99871) 217-49-34; факс: (+99871) 217-49-37; e-mail: eye-center@inbox.ru.

Диссертация автореферати 2022 йил «___» _____ куни тарқатилди.

(2022 йил «___» _____ даги _____ рақамли реестр баённомаси).

А.Ф. Юсупов

Илмий даражалар берувчи илмий
кенгаш раиси, тиббиёт фанлари доктори,
катта илмий ходим

Ш.А. Джамалова

Илмий даражалар берувчи илмий кенгаш илмий
котиби, тиббиёт фанлари доктори, доцент

М.Х. Каримова

Илмий даражалар берувчи илмий кенгаш
кошидаги илмий семинар раиси, тиббиёт
фанлари доктори, профессор

КИРИШ (фалсафа доктори (PhD) диссертация аннотацияси)

Диссертация мавзусининг долзарблиги ва зарурати. Жаҳон соғлиқни сақлаш ташкилотининг (ЖССТ) маълумотларига кўра, ташқи муҳит омилларининг ёмонлашиши таъсирида бутун ер юзи аҳолисининг 10% дан ортиғида кўриш муаммолари юзага келган, «...ноқулай атроф муҳит маҳаллий худудда кўз касалликларининг кенг тарқалишига ва асоратли ҳолатларнинг кўплаб кузатилишига олиб келади...»¹. Сўнги йилларда ташқи муҳит зарарли омилларининг пайдо бўлиши, тарқалиши, физик-кимёвий хусусиятлари ва салбий таъсири ҳақидаги тасаввурлар кўлами ошиб боришига қарамадан, уларнинг инсон саломатлигига, хусусан кўриш аъзосига таъсирининг кўп жихатлари кўшимча изланишларни талаб қилмоқда. Ноқулай экологик худуддаги ташқи муҳит омилларнинг ножўя таъсирлари натижасида кўз касалликлари билан касалланиш нафақат ошади, балки уларнинг айримларининг клиник манзарасида ҳам ўзига хос белгилар пайдо бўлади. Ушбу минтақавий кўз касалликларини аниқлаш, уларнинг клиник намён бўлишининг ўзига хос хусусиятларини ўрганиш, шундан келиб чиққан ҳолда уларни ташхислаш ва даволашда анъанавий усуллар билан биргаликда, махсус усулларини қўллаш долзарб вазифа бўлиб ҳисобланади.

Ҳозирги кунда Оролбўйи худудида ички тизим аъзолари касалликлари каби кўз касалликларининг ўзига хос клиник кечишини ўрганиш ва шунга мос равишда ташхислаш, ҳамда даволаш чора тадбирларини такомиллаштиришга қаратилган илмий тадқиқотларга алоҳида эътибор қаратилмоқда. Бу борада минтақадаги атроф муҳитнинг ножўя омилларининг кўзни олдинги юзаси ва ички қисмларига таъсирини ўрганиш; юзага келадиган патологик жараёнларни ривожланиши ва кечишини баҳолаш, махсус йўналтирилган ташхислаш ва даволаш усулларини ноқулай экологик худуд аҳолиси учун танлаш ва ишлаб чиқишдан иборат. Оролбўйи шароитида этиопатогенетик жихатларни инобатга олган ҳолда энг кўп кузатиладиган офталмопатологияларни аниқлаш, уларнинг клиник кечишида ўзига хос жихатларини очиб бериш, ҳамда даволашда патогенетик асосланган услубларни аниқлаш каби вазифалар белгиланган.

Мамлакатимизда тиббиёт соҳасини ривожлантириш ва халқаро андозаларга жавоб берадиган тиббий ёрдам сифатини ошириш бўйича қатор чора-тадбирлар амалга оширилмоқда. Бунинг учун «... Республиканинг барча, айниқса, чекка худудлардаги аҳолига тиббий ёрдам кўрсатиш самарадорлиги, сифати ва қулайлигини ошириш, ташхис қўйиш ва даволашнинг юқори технологияли усулларини жорий этиш, шунингдек, тиббий стандартлаштириш тизимини шакллантириш, соғлом турмуш тарзини тарғиб қилиш, патронаж ва диспансеризациянинг самарали моделларини яратиш орқали касалликларнинг олдини олиш...»² каби вазифалар белгиланган. Ушбу вазифалар мамлакатимизда экологик ночор худудлар аҳолисида кўз

¹ Череватенко А.А. Экологические факторы риска для здоровья населения. // Журнал фундаментальной медицины и биологии №3, 2018, - С. 39-45

²Ўзбекистон Республикаси Президентининг фармони № ПФ-5590 “Ўзбекистон Республикаси соғлиқни сақлаш тизимини тубдан такомиллаштириш бўйича комплекс чора-тадбирлар тўғрисида” 2018 йил 7 декабр.

касалликларини ташхислаш ва самарали даволаш тартибини такомиллаштиришда тиббий хизмат кўрсатиш даражасини янги босқичга кўтаришда замонавий технологияларни қўллашни такомиллаштириш орқали ногиронлик ва ўлим сабабларини камайтириш имконини беради.

Ўзбекистон Республикаси Президентининг 2017 йил 7 февралдаги ПФ–4947-сон «Ўзбекистон Республикасини янада ривожлантириш бўйича Ҳаракатлар стратегияси тўғрисида», 2018 йил 7 декабрдаги ПФ–5590-сон «Ўзбекистон Республикаси соғлиқни сақлаш тизимини тубдан такомиллаштириш бўйича комплекс чора-тадбирлар тўғрисида»ги фармонлари, 2017 йил 20 июндаги ПҚ–3071-сон «Ўзбекистон Республикаси аҳолисига 2017–2021 йилларда ихтисослаштирилган тиббий ёрдам кўрсатишни янада ривожлантириш чора-тадбирлари тўғрисида» қарори ҳамда мазкур фаолиятга тегишли бошқа меъёрий-ҳуқуқий ҳужжатларда белгиланган вазифаларни амалга оширишга мазкур диссертация тадқиқоти муайян даражада хизмат қилади.

Тадқиқотнинг республикаси фан ва технологиялари ривожланишининг устувор йўналишларига мослиги. Диссертация иши Ўзбекистон Республикаси фан ва техника тараққиётининг устувор йўналишларига мувофиқ VI - «Тиббиёт ва фармакология» бўлимига кўра амалга оширилди.

Муаммонинг ўрганилганлик даражаси. Дунёнинг турли ҳудудларида атроф муҳит омилларининг кўз касалликлари тарқалишига таъсири бўйича катта назарий, илмий, ижтимоий маълумотлар йиғилган. Изланишларда кўз касалликларининг сони ошиб бориши ноқулай экологик ҳолат, техноген таъсирлар, кўриш аъзосининг турли электрон воситалар туфайли зўриқишлари каби кўплаб омиллар билан тушунтирилади (Мухин Н.А., 2013; Бабанов С.А., 2015; Косарев В.В. с соавт., 2014; Атшабарова С.Ш., 2016; Ибраева Л.К., 2016; Hisanori M. Et al., 2019, Onischenko A.L., 2018). Оролбўйи минтақаси ҳам дунёда етакчи экологик ноқулай ҳудуд ҳисоблансада, айнан кўз касалликларини тизимли равишда ўрганиш шу пайтгача амалга оширилмаган.

Кўз олдинги юзаси касаллиги – реактив конъюнктивит чанг, иссиқлик, ёруғлик, тутун, шамол, денгиз суви ёки хлорли сув каби омилларнинг таъсирида пайдо бўлади ва худди аллергик конъюнктивит клиникаси билан намоён бўлади, яъни ачишиш, қичишиш ва конъюнктивал бўшлиқдан сувли ажралма ажралиши. Бундан ташқари, шамол орқали турли заррачалар, масалан кум, шох парда юзасида микрожарохатларга олиб келади ва микроорганизмлар кўпайиши учун қулай шароит пайдо бўлади (Хватова А.В., 2003, Золоторева А.И. 2002; Bragin E.V. et al. 2016; Федотова Т.С. с соавт. 2014; Papurin L.P. et al. 2016; Kudaybergenova U.K. 2014). Атроф муҳитнинг ўзига хос омиллари таъсирида нафақат яллиғланиш жараёнлари, балки дистрофик ўзгаришлар ҳам юзага келади. Конъюнктиванинг дистрофик касаллиги ҳисобланган птериgium шиллиқ қаватнинг қуруқ шабада, чанг, ультратовуш нурланишлар, майда заррачалар билан мунтазам равишда микрожарохатланиши туфайли юзага келади. Натижада қопловчи эпителийдаги реактив ва дегенератив ўзгаришлар натижасида бульбар конъюнктиванинг ички юзасида неоваскуляр гиперплазия

шаклланади. Оролбўйи худудидаги ташқи муҳит шароити, об ҳавонинг кескин мўътадиллиги, асосий экологик манбаларнинг ифлосланиш даражаси, маҳаллий аҳолининг турмуш тарзи ва иш шароитлари сурункали конъюнктивит ҳамда птериgiumнинг кенг тарқалишига сабаб бўлган (Билалов Э.Н. 2010; Камиллов Ҳ.М. ва бошқ. 2003; Ибрагимов Р.Н., Курязов И.К. 1994; Исмаилов Б.И. 1981). Оролбўйи худудида олимлар томонида ушбу касалликларни кўп учраши таъкидлансада, уларнинг клиник манзарасининг ўзига хос хусусиятлари, даволашда шу жихатларни инобатга олиш бўйича маълумотлар келтирилмаган.

Кўз гавхари касалликлари, хусусан катарактнинг юзага келишида жарохатлар, яллиғланиш жараёнлари, ионли радиоактив нурланишлардан ташқари атроф муҳитнинг ифлосланиш даражаси ва худуднинг географик-иклим хусусиятлари ҳам асосий омил ҳисобланади, шунингдек клиник ўзига хос махсус белгилар билан намоён бўлишига олиб келади (Девяткова А.С. 2011, Антропова Г.А. 2010; Bragin E.V. et al. 2016). Қорақолпоғистон Республикаси аҳолисида даволаш профилактик муассасаларнинг кўриш аъзоси бўйича бирламчи касалланиш борасида 2015-2019 йиллар давридаги статистик ҳисоботлари таҳлиliga кўра кўз гавхари касалликлари орасида – асоратли катаракта 33% ни, афакия 18,9% ни ташкил қилади. Бундай асоратли нозологик birlikларнинг ушбу худудда кўпроқ кузатилишида албатта ташқи муҳит омилларининг таъсирини истисно қилиб бўлмайди, аммо бу маълумотлар ханузгача илмий асосга эга эмаслигича қолмоқда.

Атроф муҳитнинг турли даражада ифлосланган худудлари, хусусан Оролбўйи аҳолисининг кўриш аъзосининг ҳолатини, касалликларини замонавий текшириш усуллари орқали комплекс тарзда олиб борилган ишлар маҳаллий ва хорижий адабиётларда деярли мавжуд эмас. Минтақада айрим кўз касалликларининг таҳлиliga бағишланган кам сонли ишларни кўришимиз мумкин. Қорақолпоғистонда миопияли беморларда экстраокуляр касалликларнинг таҳлили олиб борилган ва болалар, ҳамда ўсмирларда миопиянинг ривожланишида ва экстраокуляр касалликларни пайдо бўлишида ташқи муҳит омиллари билан алоқа борлиги исботланган (Курбанназаров М.К. 2016). Таҳлилларга асосан бу худуддаги миопияли болалар ва ўсмирларда экстраокуляр касалликлар Республиканинг Самарканд вилоятига нисбатан кўп кайд қилинади. Бироқ бу тадқиқотда бошқа офтальмопатологияларнинг клиник манзараси ва кечишидаги алоҳида хусусиятлар таҳлил қилинмаган, ўрганилмаган.

Шундай қилиб, Оролбўйи худудида “соғлом аҳоли – атроф муҳит” тизимида ички касалликларни ўрганиш бўйича кўплаб ишлар олиб борилган бўлсада, айнан минтақада экологиянинг кўриш аъзосига таъсири диққат марказидан четда қолмоқда. Юқорида таъкидланган барча ҳолатлар мазкур худудда экологик омиллар ва кўз касалликларининг клиник кўриниши, кечишида ўзаро алоқа мавжудлигини ва буни чуқур таҳлил қилиш зарурати борлигини тасдиқлайди.

Диссертация тадқиқотининг диссертация бажарилган олий таълим муассасасининг илмий-тадқиқот ишлари режалари билан боғлиқлиги. Диссертация иши Тошкент тиббиёт академияси илмий-тадқиқот ишлари режасига

мувофиқ кўз касалликлари кафедрасининг «Офтальмологик амалиётда янги дори шакллари яратиш ва татбиқ қилиш орқали баъзи кўз касалликарини ташхислаш ва даволаш усуллари тақомиллаштириш» мавзуси доирасида бажарилган.

Тадқиқотнинг мақсади. Жанубий Оролбўйи шароитида кўз касалликларининг ўзига хос клиник хусусиятларини инобатга олган ҳолда, ҳудудий офталмопатологияларни даволаш самарадорлигини ошириш.

Тадқиқотнинг вазифалари:

Жанубий Оролбўйи шароитида кўз касалликлари тарқалишининг ўзига хос хусусиятларини ЎзРССВ статистик маркази реестри маълумотлари касалланиш даражасини ретроспектив таҳлил қилиш орқали ўрганиш;

минтақада конъюнктивитнинг клиник кўринишларининг ўзига хос хусусиятларини ўрганиш ва даволаш схемасини оптималлаштириш;

минтақада птериgiumнинг клиник кўринишларининг ўзига хос хусусиятларини ўрганиш ва комплекс даволаш схемасини аниқлаш;

минтақада қарилик катарактаси клиник кўринишининг ўзига хос хусусиятларини, ҳамда ташхислаш ускунасининг танланишига боғлиқ равишда уларни фарқини ўрганиш;

ишлаб чиқилган даволаш тизимларини жанубий Оролбўйи ҳудудида офталмология клиник амалиётига жорий қилиш;

Тадқиқотнинг объекти 2019-2021 йиллар давомида Қорақолпоғистон Республикаси Бегуний туманидаги «Beruniy Innovation DMClinic» клиникасида амбулатор ва стационар даволанган сурункали конъюнктивит фонидagi “куруқ кўз” синдроми (ҚКС), птериgium, псевдоэксфолиатив синдром (ПЭС) билан асоратланган катаракта ташхиси билан 18 ёшдан 90 ёшгача бўлган 189 нафар беморлар.

Тадқиқотнинг предмети сифатида сурункали конъюнктивит фонидagi “куруқ кўз” синдроми (ҚКС), птериgium, псевдоэксфолиатив синдром (ПЭС) билан асоратланган катарактали беморларнинг умумий офталмологик ва махсус текширув усуллари – “куруқ” кўз синдромини аниқлаш тестлари, ультратовуш биомикроскопияси, ҳамда бактериологик текширув кўрсаткичлари натижалари олинган.

Тадқиқотнинг усуллари. Умумий офталмологик текширувлар: визометрия, биомикроскопия, тонометрия, авторефрактокератометрия, офталмоскопия.

Махсус текширувлар: А ва В сканирлаш, ультратовуш биомикроскопияси, ҚКС ни аниқлаш – Норн, Джонс, Ширмер синамалари.

Тадқиқотнинг илмий янгилigi қуйидагилардан иборат:

минтақа аҳолисида илк бор кўз касалликларининг тузилмаси илмий таҳлил қилинган ва тизимлаштирилган, ҳамда ноқулай атроф муҳит шароити туфайли кўп учрайдиган касалликлар, уларнинг клиник ўзига хос хусусиятлари аниқланган;

минтақада кузатувдаги барча конъюнктивитли беморларнинг 86%ида жараёни сурункалилашишига олиб келувчи ҚКС аниқланган ва даволаш режимига кўз олдинги юзасини ташқи муҳит омилларидан ҳимоя қилувчи сунъий кўз ёш дори воситаларининг қўшилиши зарурлиги илмий исботланган;

Оролбўйида птеригиум сезиларли равишда агрессив, тез, ҳамда анъанавий операциялардан кейин 87,5% гача қайталаниш ва неоваскуляризация билан кечиши аниқланган, патогенетик асосланган давони қўллаш эса асоратлар ва қайталанишни олдини олиши асосланган;

минтақада қарилик катарактаси анъанавий биомикроскопияда кузатилмайдиган капсула – боғлам тизимининг етишмовчилиги билан бирга кечиши, ҳамда “яширин” ПЭС ни аниқлаш учун УБМ усулини қўллаш оғир асоратларни эрта аниқлаш, ўз вақтида даволаш ва олдини олишга замин яратиши исботланган ва илмий тасдиқланган.

Тадқиқотнинг амалий натижалари қуйидагилардан иборат:

тадқиқот натижалари асосида экологик ноқулай ҳудудда яшовчи аҳолида минтақавий хусусиятларга эга кўз касалликларининг юзага келиши тўғрисида қоида шаклланди;

офтальмология амалиётига киритиш учун экологик офат ҳудудида яшовчи аҳоли орасида кенг тарқалган кўз касалликларини даволаш усуллари таклиф қилинди.

Тадқиқот натижаларининг ишончлилиги. Тадқиқот жараёнида замонавий усул ва ёндашувларнинг қўлланилганлиги, назарий маълумотларнинг олинган натижалар билан мос келиши, олиб борилган текширувларнинг услубий жиҳатдан тўғрилиги, беморлар сонининг етарлилиги, клиник, офтальмологик, лаборатор ва статистик тадқиқот усулларига асосланганлиги, сурункали конъюнктивит фонидagi ҚКС, птеригиум, ПЭС билан асоратланган катарактали беморларда кўриш аъзоси ўзгаришларини ташхислаш ва даволашнинг ўзига хослиги ва натижалар ҳалқаро ҳамда маҳаллий тажрибалар билан таққосланганлиги, хулоса, ҳамда олинган натижаларнинг ваколатли тузилмалар томонидан тасдиқланганлиги билан асосланади.

Тадқиқот натижаларининг илмий ва амалий аҳамияти. Тадқиқот натижаларининг илмий аҳамияти экологик ноқулай минтақа – жанубий Оролбўйида кенг тарқалган кўз касалликларини ва уларнинг клиник ўзига хос хусусиятларини аниқланганлиги, жумладан сурункали конъюнктивит фонидagi ҚКС, птеригиум, ПЭС билан асоратланган катарактали беморларни кўрув аъзоси клиник-функционал хусусиятларини баҳолаш ва ташхислашнинг замонавий ютуқларига катта хисса қўшилганлиги, ҳамда ушбу касалликлар ривожланишида келиб чиқадиган асоратларни даволаш тамойиллари ишлаб чиқилганлиги билан изоҳланади.

Тадқиқот натижаларининг амалий аҳамияти минтақада ҚКС билан бирга кечадиган сурункали конъюнктивит билан беморларни даволашда сунъий кўз ёш препаратларини қўллаш, птеригиумли беморларни кузатиш, даволаш ва ўз вақтида профилактик тадбирларни ўтказиш имконини берувчи даволаш усулини танлаш, катарактали беморларни операцияга тайёрлашда ПЭС “яширин” кўринишларини кузатиш имконини берувчи УБМ усулини қўллаш орқали даволаш самарадорлигини ошириши, иқтисодий сарф-харажатларни қисқариши ва беморларнинг ҳаёт тарзи сифатини яхшиланиши билан изоҳланади.

Тадқиқот натижаларини жорий этилиши. Жанубий Оролбўйи минтақасида кенг тарқалган кўз касалликларини клиник кечиши ва даволашнинг ўзига хос хусусиятлари бўйича тадқиқотнинг илмий натижалари асосида:

Оролбўйида ҳудудида птеригиум билан касалланган беморларни даволаш бўйича олинган илмий натижалар асосида ишлаб чиқилган «Оролбўйи ҳудудида яшовчи беморларда птеригиумэктомия усулларининг самарадорлигини қиёсий баҳолаш» номли услубий тавсиянома тасдиқланган (Соғлиқни сақлаш вазирлигининг 2020 йил 19 ноябрдаги 8н-р/434-сон маълумотномаси). Мазкур услубий тавсиянома птеригиум касаллигини самарали даволаш ва операциядан кейинги қайталанишни камайишга имкон яратган.

Оролбўйи ҳудудида сурункали конъюнктивит фонидagi “қуруқ кўз” синдроми билан касалланган беморларни даволаш бўйича олинган илмий натижалар асосида ишлаб чиқилган “Жанубий Оролбўйи ҳудудида сурункали конъюнктивит фонидagi “қуруқ кўз” синдромини клиник кечиши ва даволашнинг хусусиятлари” номли услубий тавсиянома тасдиқланган (Соғлиқни сақлаш вазирлигининг 2021 йил 1 ноябрдаги 8н-р/1052-сон маълумотномаси). Мазкур услубий тавсиянома ҳудудда сурункали конъюнктивитнинг ўзига хос клиник хусусиятларини ташхислаш ва даволашни самарали амалга ошириш имконини берган.

Жанубий Оролбўйи ҳудудида кўз касалликларининг клиник кечиши ва даволашнинг минтақавий хусусиятларига қаратилган тадқиқот натижалари соғлиқни сақлаш амалиётига, жумладан Қорақолпоғистон Республикаси Беруний туман тиббиёт бирлашмаси кўз касалликлари бўлими, Самарқанд офталмологик шифохонаси, ҳамда Хоразм вилояти Хива туман тиббиёт бирлашмаси (Соғлиқни сақлаш вазирлигининг 2021 йил 12 октябрдаги 8н-з/330-сон ва 2022 йил 25 январдаги 8н-з/25-сон маълумотномалари) амалиётига тадбиқ этилган. Олинган натижалар птеригиум ва сурункали конъюнктивит билан беморларда ташхислаш сифатини яхшилашга, даволаш даврини қисқартиришга, ҳамда самарасини ошишига, касалликларнинг қайталанишини олдини олишга имкон берган.

Тадқиқот натижаларини апробацияси. Мазкур тадқиқот натижалари 5 та, жумладан 3 та халқаро ва 2 та республика илмий-амалий анжуманларида муҳокамадан ўтказилган.

Тадқиқот натижаларининг эълон қилинганлиги. Диссертация мавзуси бўйича жами 14 та илмий иш нашр этилган, шу жумладан 8 та мақола, улардан 6 таси республика ва 2 таси халқаро журналларда, барчаси Ўзбекистон Республикаси Олий аттестация комиссиясининг диссертациялар асосий илмий натижаларини чоп этиш тавсия этилган илмий нашрларда эълон қилинган.

Диссертациянинг тузилиши ва ҳажми. Диссертация таркиби кириш, тўртта боб, хулоса ва фойдаланилган адабиётлар рўйхатидан ташкил топган. Диссертациянинг ҳажми 120 бетни ташкил этади.

ДИССЕРТАЦИЯНИНГ АСОСИЙ МАЗМУНИ

Кириш қисмида диссертация мавзусининг долзарблиги асосланган, тадқиқотнинг мақсади ва вазифалари, объекти ва предметлари тавсифланган, Республика фан ва технологиялари ривожланишининг устувор йўналишларига мослиги кўрсатилган, тадқиқотнинг илмий янгилиги ва амалий натижалари баён қилинган, олинган натижаларнинг ишончлилиги асосланган, уларнинг назарий ва амалий аҳамияти очиб берилган, тадқиқот натижаларини амалиётга жорий қилиш рўйхати, ишнинг апробацияси натижалари, нашр қилинган ишлар ва диссертациянинг тузилиши ҳақида маълумот беради.

Диссертациянинг «**Адабиётлар шарҳи**» биринчи боби учта кичик банддан иборат бўлиб, мавзуга оидадабиётлар шарҳи акс этирилган, унда атроф муҳит ва омилларининг инсон организмга, хусусан унинг саломатлигига таъсири ёритилган. Оролбўйи ҳудудидаги йиллар давомида юзага келган экологик ҳолат, унинг ҳозирги кўриниши ва шу ҳудуд аҳолисининг саломатлигида акс этиши кенг таҳлил қилинган. Бундан ташқари дунёнинг бошқа экологик ноҳуш ҳудудларида атроф муҳит зарарли омилларининг кўриш аъзосига таъсири, уларнинг офталмопатологиялар ривожланишида тутган ўрни ҳақида келтирилган.

Диссертациянинг «**Тадқиқот материали ва усуллари**» иккинчи бобида клиник материалнинг умумий хусусиятлари ва қўлланилган тадқиқот усуллари баён этилган. Клиник материални Қорақолпоғистон Республикаси (ҚР) Беруний туманидаги «Beruniy Innovation DMClinic» клиникасида 2019-2021 йиллар мобайнида мазкур минтақада кўп учрайдиган кўз касалликлари билан амбулатор ва стационар даволанган беморлар ташкил қилган.

Мазкур бобнинг илк кичик бандида сурункали конъюнктивит (СК) фонидagi “қуруқ кўз” синдроми (ҚКС), птериgium, псевдоэксфолиатив синдром (ПЭС) билан асоратланган катаракта каби офталмопатологияларни ўрганиш сабаби асосланган. Минтақада кўп учрайдиган кўз касалликларини аниқлаш учун 2009 йилдан 2019 йилгача бўлган даврдаги умумий ва бирламчи касалланиш, ҳамда унинг таркиби таҳлил қилинган. Унга кўра Оролбўйи ҳудудида кўриш аъзосининг бирламчи ва умумий касалланиш кўрсаткичлари йил сайин динамик тарзда ошиб бормоқда, бу асосан конъюнктива касалликлари, миопия ва катаракта нозологиялари ҳисобига тўғри келади. Миопия Курбанназаров М.К. (2016) томонидан чуқур ўрганилганлигини инобатга олиб, сурункали конъюнктивит, птериgium ва катарактани клиник кўринишларини ўрганиш лозим топилган.

Сурункали конъюнктивит фонида ҚКС билан беморлар умумий 140 (278 кўз) нафар сурункали инфекцион конъюнктивит клиник ташхиси қўйилган беморлар орасидан танлаб олинган. Барча беморларда конъюнктивитнинг кўзгатувчиси бактериологик текширув орқали аниқланди ва адекват маҳаллий антибиотикотерапия 7 кун давомида ўтказилди. Йўналтирилган этиотроп даво ўтказишга қарамасдан 86% (140 нафардан 121 таси) беморда шабада, кондиционер ҳавоси ва тутунни “ёқтирмаслик”, қуруқлик ва “ёт жисм” ҳисси,

кўзда ачишиш ва қадалиш ҳисси, кўз ёш пленкасининг ифлосланиши, бульбар конъюнктиванинг маҳаллий шиши ва бошқ. каби ҚКСнинг субъектив ва объектив белгилари сақланиб қолди. СК нинг асосан ҚКС билан бирга кечиши сабабли, 18 дан 66 ёшгача (ўртача $35,5 \pm 2,0$ ёш), 32 эркак ва 30 аёлдан иборат 62 (120 кўз) нафар ушбу нозологияли беморлар тадқиқотга жалб қилинди.

Тадқиқотга жалб қилиш мезонлари:

- адекват антибактериал ва яллиғланишга қарши амбулатор даволанган сурункали конъюнктивит билан беморлар;

- ҚКС нинг объектив ва субъектив белгиларининг мавжудлиги;

Тадқиқотдан истисно қилиш мезонлари:

- сурункали конъюнктивитнинг зўрайиш даври (фаол антибактериал терапияга муҳтожлик);

- таклиф қилинаётган дори воситалар ёки уларнинг таркибий қисмларига аллергик реакцияларнинг анамнезда мавжудлиги;

- қандли диабет, ревматик касалликлар, сурункали меъда ичак тракти касалликлари, охириги бир йил ичида мунтазам равишда консервант сақловчи кўз томчиларини томизиб келаётган беморлар

Беморлар даволаш тури бўйича беморлар 2 гуруҳга ажратилди:

1. Назорат гуруҳи (n=20, 40 кўз) – антисептик Цинозол (таркиби: рух сульфат, бор кислотаси) эпибульбар 2 томчидан 3 маҳал 7 кун, кейин 1 томчи 1 маҳал 3 ҳафта давомида;

2. Асосий гуруҳ (n=42, 80 кўз) – антисептик Цинозол эпибульбар 2 томчидан 3 маҳал 30 кун давомида томизилди, ҳамда сунъий кўз ёш (СКЁ) препарати – Кератроп (натрий кармеллоза, глицерин, левокарнитин, эритритол) эпибульбар 2 томчидан 3 маҳал 1 ой давомида томизилди;

Беморларга визометрия, биомикроскопия, контактсиз тонометрия, авторефрактокератометрия, офталмоскопия каби умумий офталмологик текширувлардан ташқари махсус ҚКС ни аниқлаш - Норн, Джонс ва Ширмер синамалари ўтказилди.

ҚКС нинг субъектив белгилари динамикаси OSDI³ сўровномаси, объектив белгиларини намоён бўлиши ва динамикада ўзгаришлари Е.Е. Сомов ва В.В. Бржеский (2003)⁴ томонидан таклиф қилинган 3 баллик мезон бўйича аниқланди. Кузатув муддатлари даволанишнинг 10 -, 20 - ва 30 - кунлари қилиб белгиланди.

Птериgiumли беморларда (n=54, 61 та кўз) стандарт офталмологик текширувлар ва жарроҳлик ўтказилди, уларнинг ёши 18 дан 75 гача бўлиб, ўртача $48,3 \pm 1,72$ ни ташкил қилди. Бирламчи птериgium 32 (38 кўз, 62,3%) беморда, қайталанувчи птериgium 22 (23 кўз, 37,7%) беморда қайд этилди.

Касалликнинг шакли ва даволаш усули бўйича беморлар 3 та гуруҳга ажратилди (1-жадвал).

³ Макарова Е.К. Разработка и оценка эффективности диагностики и лечения синдрома сухого глаза (ССГ) в условиях общей врачебной практики. Автореферат дис. ... канд. мед. наук / Е.К. Макарова – Ташкент, 2009. – 34 с.

⁴ Бржеский В.В., Сомов Е.Е. Роговично-конъюнктивальный кератит (диагностика, клиника, лечение). - СПб.: Левша, 2003. - 157 с.

Билалов Э.Н. (2010) томонидан таклиф қилинган птеригиумнинг патогенетик асосланган даволаш алгоритми 4 та босқичли даволашни қамраб олган⁵:

1-жадвал

Птеригиум билан беморларнинг гуруҳларга тақсимланиши

Гуруҳлар	Птеригиум шакли	Беморлар сони, (кўз)	Даволаш усули
Назорат	Бирламчи птеригиум	10 (12)	Анъанавий даво – Мак-Рейнольдс усулида птеригиумэктомия
	Қайталанувчи птеригиум	7 (7)	
Биринчи асосий	Бирламчи птеригиум	12 (12)	Э.Н. Билалов бўйича аутоконъюнктива оёқчасидан пластика билан птеригиумэктомия
	Қайталанувчи птеригиум	8 (8)	
Иккинчи асосий	Бирламчи птеригиум	12 (14)	Патогенетик асосланган даво ва Э.Н. Билалов бўйича аутоконъюнктива оёқчасидан пластика билан птеригиумэктомия
	Қайталанувчи птеригиум	8 (8)	

Биринчи босқич – операциядан олдинги икки ҳафта давомидаги патогенетик даво.

Иккинчи босқич – операциядан олдинги тайёргарлик босқичи билан биргаликдаги аутоконъюнктива оёқчасидан пластика билан птеригиумэктомия.

Учинчи босқич – операциядан кейин давом этадиган бир ойлик даво.

Тўртинчи босқич – операциядан кейинги узоқ муддатли назорат ва касаллик қайталанишини олдини олиш чора тадбирлари.

Умумий текширувдан ўтган 125 (223 кўз) нафар қарилик катарактаси билан беморларнинг 58,4% да (73 бемор, 130 та кўз) ПЭС аниқланди. Бу кўрсаткични агар сўнги йиллардаги адабиётлар манбалари билан [Neha Sangal 2014; Elsie Chan et al., 2021] таққослаганда, яъни қарилик катарактасида ПЭС 15,8% дан 50% гача кузатилади, Оролбўйи ҳудудида катарактанинг ПЭС билан бирга кузатилиши бу минтақавий ўзига хос хусусият эканлиги маълум бўлади. Шунини инобатга олган ҳолда бизнинг тадқиқот материалимизни ПЭС билан асоратланган катарактали 73 нафар бемор (84 кўз)дан иборат асосий гуруҳ ва маълумотларни солиштириш мақсадида кўриш аъзоси бўйича шикоят бўлмаган 20 (40 кўз) нафар соғлом одамдан иборат бўлган назорат гуруҳи ташкил қилди. Беморлар ва кузатувдагиларнинг ёши 42 дан 87 гача бўлиб, ўртача $64,1 \pm 1,4$ ёшни ташкил қилди.

⁵Билалов Э.Н. Клинико-патогенетические аспекты развития птеригиума и разработка алгоритмов его лечения: Автореф. дис. ... докт. мед.наук / Э.Н. Билалов– Ташкент, 2010. — 45 с.

Тадқиқотга жалб қилиш мезонлари: ҚР да яшовчи, ПЭС билан асоратланган қарилик катарактаси ташхиси тасдиқланган ва операция қилинган беморлар.

Тадқиқотдан истисно қилиш мезонлари: қарилик катарактасидан бошқа барча турдаги катаракталар; глаукоманинг барча турлари (бирламчи, иккиламчи); жароҳатдан кейинги ва яллиғланиш касалликларидан кейинги ҳолатлар; компенсация қилинмаган беморниг умумий соматик ҳолати.

Барча бемор кузатувдагиларга стандарт умумофтальмологик текширувларлар ўтказилди, биомикроскопия орқали ПЭС нинг клиник белгилари ва даражаси баҳоланди. Махсус текширув усулларида А ва В сканирлаш, кўз олмаси УБМ текшируви ўтказилди ва ПЭСнинг даражаси, ҳамда гавхарнинг капсула-боғлам аппарати ҳолати баҳоланди (Тахчиди Х.П. и др., 2007).

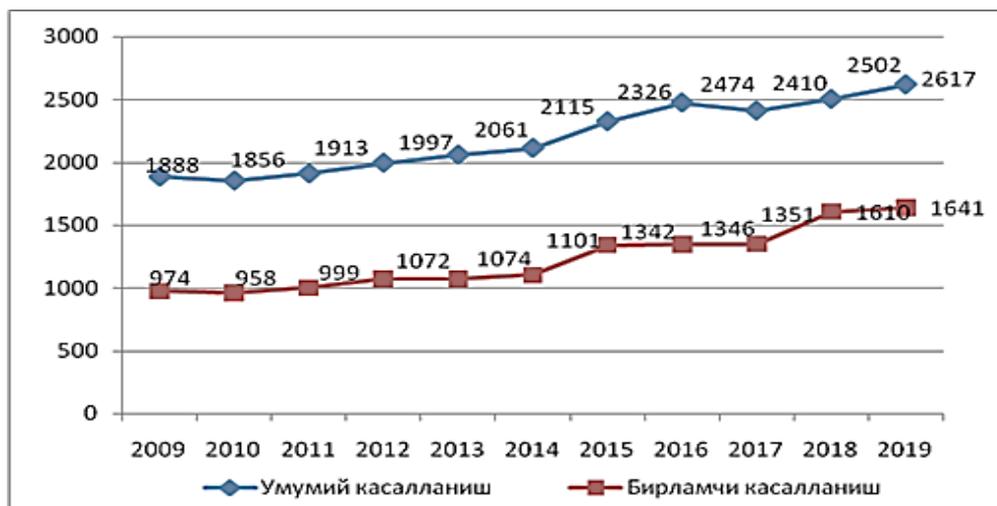
Бобнинг бошқа, қолган кичик бандларида умумий ва махсус текширув усуллари, уларнинг интерпретация, птериgiumнинг патогенетик асосланган даволаш алгоритми, сунъий кўз ёши – Керотропнинг тавсифи ва илмий ишнинг статистик қайта таҳлили, ҳамда бошқа шарҳлар келтирилган.

Диссертациянинг учинчи «**Шахсий тадқиқот натижалари**» бобида ҚР да кўз ва унинг ёрдамчи аъзолари бўйича касалланиш таҳлили натижалари ва ҳар битта нозология бўйича беморларнинг клиник - функционал ҳолатлари натижалари келтирилган.

Сўнги 11 йилда минтақа аҳолиси орасида кўз ва ёрдамчи аъзолари бўйича умумий касалланиш 39% га (1888 дан 2617 га), бирламчи касалланиш 68,5% га (974 дан 1641 га) ошган. Бу кўрсаткичлар орасида статистик аҳамиятли тафовут мавжуд $P < 0,001$ (1-Расм).

Катаракта билан умумий касалланишнинг 100 минг аҳолига ўртача кўрсаткичи $157 \pm 3,88$ ни, бирламчи касалланишнинг ўртача кўрсаткичи эса $61 \pm 15,6$ ташкил қилди (2-Расм), бу Ўзбекистон Республикасининг ушбу кўрсаткичларига нисбатан ($120 \pm 7,8$ ва $48 \pm 2,6$) мос равишда 1,3 ва 1,27 марта кўплиги аниқланди ($P < 0,001$, $P < 0,05$).

Бирламчи касалланишнинг 2015-2019 йиллардаги тузилмасини таҳлилида, 1-ўринда конъюнктив касалликлари 52,5% (бунинг 88,9% и турли этиологияли конъюнктивитлар, 11,1% и птериgium ва бошқа дистрофик касалликлардир), 2-ўринда – аккомодация ва рефракциянинг бузилишлари 16,8% (бунда миопия 57,6%), 3-ўринни кўз ва ёрдамчи аъзолари жароҳатлари 8,6%, 4-ўринни қовоқ касалликлари 7,2%, 5-ўринда гавхар касалликлари 4,6% (асоратли катаракта 33%, афакия 19,8%), глаукома 9-ўринни эгаллади (1,9%). Таҳлилларга асосан Оролбўйи ҳудудида кўз ва унинг ёрдамчи аъзоларининг умумий ва бирламчи касалланиши йил сайин ортиб бормоқда ва бу асосан конъюнктив касалликлари ва миопия хисобига тўғри келади.



1-расм. Оролбўйи аҳолиснинг кўз ва ёрдамчи аъзолари бўйича умумий ва бирламчи касалланиши (100минг аҳолига)



2-расм. Катаракта билан касалланиш (100 минг аҳолига)

СК фондаги ҚКС билан беморларнинг клиник текширув натижалари иккала гуруҳда ҳам субъектив ва объектив белгиларнинг яққол намоён бўлишини кўрсатди, бунда улар мос равишда асосий гуруҳда $28,0 \pm 0,8$ ва $1,8 \pm 0,5$, назорат гуруҳида $28,3 \pm 0,8$ ва $1,78 \pm 0,06$ ни ташкил қилди. Кўз ёш менискининг баландлиги ўртача меъёр чегараларида аниқланди. Ширмер ва Джонс синамалари кўрсаткичлари ҚКС нинг энгил даражасига мослиги, Норн синамаси эса ўрта оғирлик даражасига мослиги аниқланди.

ҚКС нинг Е.Е. Сомов ва В.В. Бржеский (2005) томонидан таклиф қилинган классификация бўйича оғирлик даражалари гуруҳларга мос равишда тақсимланди (2-жадвал). Бунда оғир даража 12 (10%), ўрта даража 80 (66,7%) ва энгил даража 28 (23,3%) ҳолатда аниқланди.

Энгил даражали ҚКС билан беморлар асосан шабада, тутун ва кондиционер ҳавосини қийин қабул қилиш, ёшланиш; ўрта даражали беморлар кўзда “қум” ёки “ёт жисм” сезгиси ва қуруқлик, ачишиш ва қадалиш; оғир даражали беморлар кўришнинг хиралиги, ёруғликдан қочиш, кўзда ачишиш каби субъектив шикоятларни намоён қилдилар.

Беморларни ҚКС нинг оғирлик даражаси бўйича гуруҳларга тақсимланиши

Гуруҳлар, (n)	ҚКС нинг оғирлик даражаси		
	Енгил	Ўрта	Оғир
Назорат гуруҳи, n=40	10 (25%)	26 (65%)	4 (10%)
Асосий гуруҳ, n=80	18 (22,5%)	54 (67,5%)	8 (10%)
Умумий, n=120	28 (23,3%)	80 (66,7%)	12 (10%)

Шундай қилиб, СК фонидаги ҚКС да кўз ёш пленкасининг нафақат сифати балки унинг ажралиш миқдори ҳам зарарланади, бу ҳам ўз навбатида худудда жараённинг мультифакториал этиопатогенезга эга эканлигинидан далолат беради.

Птериgium билан беморларнинг клиник текширув натижаларида касалликнинг етарли даражада оғир ва нафақат косметик нуқсон сифатида намоён бўлиши, балки кўриш ўткирлигиниям кескин пасайтириши (ўртача $0,26 \pm 0,03$) ва ногиронликка сабаб бўлиши мумкинлиги аниқланди.

Птериgiumнинг асосий биомикроскопик белгиларини маҳаллий тадқиқотлардаги бутун Ўзбекистон Республикаси бўйича ўртача кўрсаткичлари билан солиштирганда Оролбўйи худуди аҳолисида ушбу касаллик клиник жиҳатдан кечиши ва намоён бўлишида сезиларли тарзда тафовут аниқланди ($P < 0,01 - 0,05$). Бинобарин, птериgium бошчаси 54% (35% га қарши) да қалин, 21% да тоғайсимон (15% га қарши), 22% да (12% га қарши) шох парда билан кучли ёпишган (12% га қарши), 5% ҳолда (2% га қарши) шох парда юзасидан сезиларли тарзда кўтарилиб туриши, танасининг 68% (38% га қарши) да шишиб қалинлашганлиги, 54% да этли-томирлиги (25% га қарши), 28% да чандиқланиб ўзгарганлиги (20% га қарши), 29% да ҳаракатсизлиги (20% га қарши) аниқланди.

Птериgium билан асосан иш қобиляти юқори бўлган ёшдаги аҳолининг касалланиши, клиник манзаранинг анча оғир намоён бўлиши, анъанавий жарроҳликдан кейин қайталаниш эҳтимоли юқори эканлигини инобатга олиб, птериgium тўқимасининг фаол неоваскуляризациясини камайтириш учун операциядан олдинги адекват тайёргарлик талаб қилинади.

ПЭС билан асоратланган катарактали беморларнинг клиник текширув натижалари бўйича беморлар асосан кўришнинг хиралашиб бораётганлигидан (74 кўз, 88%), кўз олдидаги тумандан (18 кўз, 21,4%) шикоят қилишди. Анамнестик маълумотлардан 39,3% (33 кўз) ҳолатда касаллик 1-3 йил, 22,6% (19 кўз) ҳолатда 6 ойдан 1 йилгача, 21,4% (18 кўз) ҳолда 6 ойгача ва 16,5% (14 кўз) ҳолатда 3 йилдан ортиқ муддат давомида безовта қилиши аниқланди. Бу маълумотлардан Жанубий Оролбўйи худудида катаракта бошқа экологик қулай худудларга нисбатан сезиларли даражада тез ривожланиб боришини кўришимиз мумкин. Ўртача кўриш ўткирлиги коррекциясиз $0,07 \pm 0,01$, коррекция билан $0,16 \pm 0,02$, кўз ички босими (КИБ) ўртача $19,5 \pm 0,2$ мм.сим.уст. ни ташкил қилди.

ПЭС нинг УБМ ва биомикроскопик белгиларини солиштирма таҳлилида 22 та кўзда ПЭС белгилари визуал жиҳатдан аниқланмаган бўлса-да, УБМ бўйича шуларнинг 54,5% ида (12 кўз) I - даража, 41% ида (9 кўз) II - даража, хатто 1 та кўзда (4,5%) III даража кузатилди. Биомикроскопик жиҳатдан I-даражали ПЭС бўлган 18 та кўз (21,4%) дан 8 (44,4%) тасида УБМ белгилар I - ва II - даражага хос бўлса, қолган 10 та кўзда (55,6%) III – даражанинг белгилари аниқланди. 2-даражали ПЭС билан 33 та кўзнинг 8 (24,2%) тасида УБМ бўйича II –даража, 23 (69,7%) тасида III – даража, 2 (6,1%) тасида эса IV – даража аниқланди. Биомикроскопия бўйича аниқланган 3-даражали 11 та кўзнинг УБМ натижалари таҳлил қилинганда 1 (9,1%) та кўзда III, қолган 10 (90,9%) та кўзда IV даража қайд этилди. УБМ текшируви натижасида ПЭС нинг оғир даражалари (III ва IV) умумий 47 та кўзда кузатилган бўлса, биомикроскопик жиҳатдан сўнги 3-даража 11 та кўзда аниқланди, шу ўринда таъкидлаш лозимки, айнан цинн боғламларининг объектив манзараси ва ҳолатини (турли сегментлардаги кам сонли лизис ва узилишлар) биомикроскопия билан баҳолаш имкони мавжуд эмас (3-жадвал).

3-жадвал

ПЭС билан беморларнинг УБМ ва биомикроскопик даражалари бўйича тақсимланиши

ПЭС нинг УБМ даражалари	Кўзлар сони	ПЭС нинг биомикроскопик даражалари			
		0 (26,1%)	1 (21,4%)	2 (39,2%)	3 (13,1%)
I (17,8%)	15	12 (54,5%)	3		
II (26,1%)	22	9 (41%)	5	8	
III (41,7%)	35	1 (4,5%)	10	23	1
IV (14,2%)	12			2	10
Жами	84	22	18	33	11

Кўриш аъзоси бўйича шикоятлари ва клиник ўзгаришлари бўлмаган назорат гуруҳи беморларининг УБМ текширувида ПЭС ёши 45 дан ошган 3 нафар беморда (6 та кўз, 15%) аниқланган бўлса, бунда I даража 2 та, II даража 3 та, III даража 1 та ҳолатда аниқланди. Ёши 44 дан кичик бўлган беморлар кўзида ПЭС аломатлари аниқланмади (4-жадвал).

4- жадвал

Назорат гуруҳи беморларининг ёш ва ПЭС нинг УБМ даражалари бўйича тақсимланиши (20 соғлом, 40 кўз)

УБМ бўйича ПЭС даражалари	Беморнинг ёши				Жами
	18-44	45-59	60-74	75 ва катта	
I	-	1 (2)*	-	-	1 (2)
II	-	-	1 (2)	1 (1)	2 (3)
III	-	-	-	1 (1)	1 (1)
IV	-	-	-	-	-
Итого	-	1 (2)	1 (2)	1 (2)	3 (6)

Изоҳ: * - қавс ичида кўзлар сони

Асосий, яъни катарактали беморлар гуруҳидан 22 нафариди ПЭС нинг биомикроскопик белгилари кузатилмади, аммо уларни УБМ текширувида 12 та кўзда (54,5%) I даражали, 9 (41%) тасида II даражали, 1 тасида (4,5%) III даражали ПЭС аниқланди.

Бинобарин, назорат гуруҳида бу мос равишда 2 (5%), 3 (7,5%) ва 1 (2,5%) та ҳолатда аниқланди. Гуруҳлардаги натижаларни ўзаро таққослаганимизда биринчи ва иккинчи даражалар орасидаги тафовут статистик жиҳатдан аҳамиятли эканли кузатилди ($P < 0,001$, $P < 0,01$). Назорат гуруҳидаги 75 ёшли беморнинг кўзида (2,5%) биомикроскопияда ПЭС белгилари кузатилмаган бўлса-да, УБМ да III-даражага хос ўзгаришлар аниқланди, асосий гуруҳда эса бу кўрсаткич 4,5% га тенг. Ушбу ҳолат беморнинг ёши қанча катта бўлса, ПЭС нинг даражаси ва намоён бўлиш эҳтимоли ҳам юқори бўлишини тасдиқлайди (5-жадвал).

5-жадвал

ПЭС нинг УБМ бўйича гуруҳ ва даражаларга тақсимланиши

УБМ бўйича ПЭС даражалари	Асосий гуруҳ (n=22)	Назорат гуруҳи (n=40)
I – даража	12 (54,5%)	2 (5%)*
II – даража	9 (41%)	3 (7,5%)^
III – даража	1 (4,5%)	1 (2,5%)

Изоҳ: гуруҳлар кўрсаткичлари орасида статистик аҳамиятли тафовут аниқланди (* - $P < 0,001$; ^ - $P < 0,01$);

Таҳлиллар Жанубий Оролбўйи худудида катарактанинг тез суратда б ойдан 2 йилгача ривожланишини, асосан (58,4%) ПЭС билан асоратланган ҳолда, кўриш ўткирлигининг сезиларли даражада пасайиши билан кечишини кўрсатмоқда. Катаракта жарроҳлигида асосий аҳамият касб этувчи гавхарнинг капсула-боғлам аппарати ва цинн бойламларининг ностабиллик клиник белгилари 26,1% ҳолда аниқланмади.

Диссертациянинг тўртинчи **“Таклиф қилинаётган даволаш самарадорлигини клинко-функционал кўрсаткичлар маълумотларига асосан баҳолаш”** бобида ҳар битта нозология бўйича даволашдан кейинги натижалар келтирилган.

СК фонидидаги ҚКС нинг даволаш жараёнидаги клинко-функционал кўрсаткичларининг динамикасида асосий гуруҳдаги беморларда касалликнинг субъектив, ҳамда объектив клиник белгилари даволашдан олдинги ва назорат гуруҳининг кўрсаткичларига нисбатан сезиларли даражада камайди (6-жадвал).

Назорат гуруҳи беморларида Цинозол кўз томчисини томизишдан 1 ҳафтадан кейин ижобий томонга ўзгаришларни кўриш мумкин, бу асосан ҚКС нинг энгил даражаси билан 9 нафар (90%) ва ўрта даражали 10 нафар (45,5%) беморлар ҳисобига тўғри келади, аммо оғир даражали беморларнинг биронтасида ижобий ўзгариш кузатилмади. Кейинги кузатув муддатларида клиник белгилар кўрсаткичларида сезиларли яхшиланишлар қайд этилмади.

Кўз ёш пленкасининг ёрилиш вақти (КЁПЁВ) – Норн синамаси фақат асосий гуруҳ беморларидагина барча кузатув муддатларида сезиларли тарзда ошиб борди ($P<0,05$), назорат гуруҳида эса бу кўрсаткич сезиларли ўзгармади. Кўз ёш ишлаб чиқарилишини белгиловчи Ширмер ва Джонс функционал синамалари, ҳамда кўз ёш менискининг баландлик кўрсаткичи барча кузатув даврларида иккала гуруҳда ҳам сезиларли ўзгаришларсиз қолди ($P\geq 0,05$).

6-жадвал

Гуруҳларда ҚКС нинг клиник ва функционал кўрсаткичлари динамикаси

Баҳоланувчи белгилар	Гуруҳлар	Даволашдан олдин	Даволаш бошланишининг		
			10 – куни	20 - куни	30 - куни
Субъектив белгилар (ўртача балл)	Назорат n=40	28,0±0,8	24,5±0,9*	27±1,1	27±0,8
	Асосий n=80	28,3±0,8	17,6±0,6*^	9,6±0,5*^	6,4±0,3*^
Объектив белгилар (ўртача балл)	Назорат n=40	1,63±0,05	1,5±0,05	1,57±0,06	1,66±0,03
	Асосий n=80	1,64±0,05	0,6±0,03*^	0,55±0,04*^	0,57±0,03*^
Ёш менискининг баландлиги (мм)	Назорат n=40	1,2±0,03	1,1±0,03	1,1±0,03	1,3±0,03
	Асосий n=80	1,3±0,03	1,1±0,03	1,2±0,03	1,2±0,03
Ширмер синамаси (мм/5мин)	Назорат n=40	11,4±1,3	11,8±1,2	12,1±1,4	11,8±1,5
	Асосий n=80	11,2±1,3	11,7±1,7	11,9±1,8	12,1±1,4
Джонс синамаси (мм/5мин)	Назорат n=40	8,3±1,1	8,8±1,5	8,4±1,6	8,3±1,2
	Асосий n=80	8,8±1,2	9,0±1,2	8,3±1,4	8,6±1,7
Норн синамаси (сек)	Назорат n=40	7,4±0,2	7,5±0,2	7,7±0,2	7,6±0,3
	Асосий n=80	7,6±0,2	9,25±0,2*^	10,1±0,1*^	11,2±0,1*^

Изох: * – даволашдан олдинги кўрсаткичлар билан статистик аҳамиятли фарқ ($P<0,01$, $P<0,001$).

^ – назорат гуруҳи кўрсаткичлари билан статистик аҳамиятли фарқ ($P<0,001$).

Шундай қилиб, актив яллиғланиш жараёнини муваффақиятли даволашдан кейин, ҚКС га қарши СКЁ – Кератроп дори воситасининг асоси ҳисобланган кармезол натрий кўзда табиий кўз ёшнинг қолдиқ қисмлари билан бирлашиб, таркибидаги гицерол туфайли шох парда ва конъюнктива учун ҳимоя пленкасини ҳосил қилади. Натижада шох парда намланади, кўз ёш пленкасининг барқарорлиги ошади, бундан ташқари препарат ташқи муҳитнинг чанг, туз зарралари, курук шамол, ультрабинафша нурлари каби ножўя экологик омилларига қарши қўрғон вазифасини бажаради. Кўз олдинги юзасига бундай таъсир СКЁ дори воситаларини экологик офат шароитида

яшовчи сурункали конъюнктивитли беморларни даволаш схемасига киритишни тўла тўқис оқлайди.

Даволаш жараёнида птеригиумли беморларнинг клинико-функционал кўрсаткичлари натижалари шуни кўрсатдики, 2-асосий гуруҳда бирламчи птеригиумли барча беморларда даволашнинг 14-кунига келиб шабада ва қуруқ шамол ҳисси, кўзда “ёт жисм” ҳисси, ёшланиш каби шикоятлар, бундан ташқари конъюнктивал инъекция ва ажралмаларнинг йўқолганлиги аниқланди. ҚҚС нинг объектив белгиларидан конъюнктива бурмалари 7,9% гача, конъюнктиванинг гиперемияси 18,4% га, ёш пленкасининг ифлосланиши 15,8% гача камайди. Қайталанувчи птеригиумли беморларда патогенетик давонинг биринчи 14 кунлик босқичидан кейин “ёт жисм” ва совуқ шабада ҳисси, тутунга чидамсизлик каби шикоятлар нисбатан камайди. ҚҚС нинг объектив белгилари – кўз ёш пленкасини ифлосланиши 52,2% гача, конъюнктива гиперемияси 56,5%, бурмалари 39,1% гача камайди.

Назорат гуруҳида Мак-Рейнольдс бўйича птеригиумэктомия, 1 - ва 2 - асосий гуруҳларда аутоконъюнктива оёқчасидан пластика билан птеригиумэктомия операциялаи бажарилди.

Таъкидлаш лозимки, 2-асосий гуруҳнинг барча беморлари патогенетик давони операциядан кейин ҳам 1 ой мобайнида давом эттирдилар.

Птеригиумнинг бирламчи ва қайталанувчи шакллари билан оғриган операциядан олдин патогенетик даво олган 2-асосий гуруҳ беморларида интраоперацион ва операциядан кейинги эрта давр назорат ва 1-асосий гуруҳга нисбатан муваффақиятли кечди, бироқ кўрсаткичлар орасида сезиларли статистик тафовут кузатилмади ($P>0,05$).

Операциядан 1 ойдан кейин барча гуруҳда кўриш ўткирлигининг сезиларли ошиши аниқланди, бу албатта шох парда оптик қисмининг птеригиум тўқимасдан озод этилганлиги ва рефракциянинг яхшиланганлиги билан изоҳланади.

Операциядан кейинги кузатув даврларида (3 ойгача) ҳеч бир гуруҳда птеригиум қайталаниш белгилари кўзга ташланмади.

Назорат гуруҳидаги бирламчи птеригиумли беморларнинг операциядан кейинги 3-6 ойлик кузатуви мобайнида, 1 та (8,3%) ҳолатда шох парда хираланиши, 3 (25%) та кўзда конъюнктивада шох парда томонга горизонтал йўналишда томирлар пайдо бўлганлиги кузатилди. Кейинчалик умумий 6 (50%) кўзда касалликнинг қайталаниши юзага келди. Оёқчали аутоконъюнктива пластикаси билан птеригиумэктомия амалиёти ўтказилган 1-асосий гуруҳда шох парда енгил васкуляризацияси 1 та (8,3%), шох парда хираланиши 1 та (8,3%) ва қайталаниш 3 (25%) ҳолатда қайд этилди. Операция ва адекват патогенетик даво ўтказилган 2-асосий гуруҳда енгил васкуляризация, шох парда хиралиги ва қайталаниш тегишлича 1 (7,1%) та дан ҳолатда кузатилди (7-жадвал).

Бирламчи птеригиумли беморларда операциядан кейинги қайталаниш частотаси, М±m

Гурухлар	Кўзлар сони	Қайталаниш сони, (%)	Ижобий натижа, %
Назорат	12	6 (50%)	50,0±14,0
1-Асосий	12	3 (25,0%)	75,0±12,5
2-Асосий	14	1 (7,14%)	92,8±6,8*

Изох: * - назорат гурухи ва 2-асосий гурух кўрсаткичлари орасида статистик ишончли тафовут – $P < 0,05$; Назорат гурухи ва 1-асосий, 1-асосий ва 2-асосий гурухлар кўрсаткичлари орасидаги тафовут статистик ишончли эмас - $P > 0,05$.

Назорат гурухидаги птеригиумнинг қайталанувчи шакли билан операция ўтказилган беморларда кузатувнинг 6-ойига келиб 1 та (14,3%) ҳолатда шох парда энгил васкуляризация билан биргаликда хираланиши, 3 та (25%) ҳолатда бульбар конъюнктиванинг ички сегментида горизонтал йўналишдаги томирлар кўринишида рецидив белгилари кузатилди. 1 йилдан сўнг 6 та (85,7%) кўзда касаллик қайталанди. 1-асосий гуруҳда энгил васкуляризация ва шох парданинг сегментар хираланиши 1 тадан (12,5%) кўзда, қайталаниш эса 3 та (42,8%) кўзда қайд этилди. 2-асосий гуруҳда ушбу кузатув даврига келиб шох парданинг энгил васкуляризацияси 2 та (25%), сегментар хираланиш 3 та (37,5%), қайталаниш эса 1 та (12,5%) кўзда аниқланди (8-жадвал).

Таъкидлаш зарурки, 2-асосий гуруҳ беморларида кўз ҳолати яхшиланди, операциядан олдин безовта қилаётган субъектив дискомфорт ва ҚКС нинг объектив белгилари тўлиқ йўқолди.

Шундай қилиб, операция билан биргаликда ўтказилган патогенетик терапия даволаш алгоритмининг юқори самарали эканлиги кўрсатди: операциядан кейинги қайталаниш бирламчи птеригиумда 7,1% гача, қайталанувчи птеригиумда 12,5% гача камайди.

Қайталанувчи птеригиумли беморларда операциядан кейинги қайталаниш частотаси, М±m

Гурухлар	Кўзлар сони	Қайталаниш сони, (%)	Ижобий натижа, %
Назорат	7	6 (85,7%)	14,3±13,0
1-Асосий	8	3 (37,5%)	62,5±17,1
2-Асосий	8	1 (12,5%)	87,5±11,7*

Изох: * - назорат гурухи ва 2-асосий гурух кўрсаткичлари орасида статистик ишончли тафовут – $P < 0,05$; Назорат гурухи ва 1-асосий, 1-асосий ва 2-асосий гурухлар кўрсаткичлари орасидаги тафовут статистик ишончли эмас - $P > 0,05$.

Демак, жанубий Оролбўйи ҳудудида птеригиумни даволашда таклиф қилинаётган патогенетик асосланган даволаш алгоритми операция, операциядан кейинги илк ва кечки даврларнинг кечишини оптималлаштиради, тикланиш жараёнларини тезлаштиради, кўриш ўткирлигини оширади,

операциядан кейинги яллиғланиш-аллергик жараёнларни камайтиради, натижада касалликнинг қайталаниш ҳолати кескин камаяди.

Даволаш жараёнида ПЭС билан асоратланган катарактали беморларнинг клиникофункционал кўрсаткичлари натижалари шуни кўрсатдики:

УБМ текшируви бўйича I даражали ПЭС билан асоратланган катарактали барча 15 та кўзда анъанавий факоэмульсификация (КФЭ) “Phacochor” усулида амалга оширилди ва интраокуляр линза (ИОЛ) имплантация қилинди. Бунда операция пайтида ультратовуш энергияси 40-90%, ирригацион най баландлиги 60-100 см, аспирацион оқим 25-30 мл/мин, вакуум 250-350 мм.сим.уст. ларини ташкил қилди. II даражали ПЭС билан (22 кўз) беморларда максимал мидриазга эришиш учун операциядан олдинги даврда 1% ли тропикамид билан бирга фенилэфрин 2,5% кўз томчиси э/б томизилди ва ўртача 6 мм мидриазга эришилди. КФЭ амалиёти параметрлари тежамкор режимда ўтказилди, бунда ультратовуш “пульс” 30-50% ни, ирригацион най баландлиги 40-60 см, аспирацион оқим 20-25 мл/мин, вакуум 100-250 мм.сим.уст.ни ташкил қилди. УБМ да III даражали ПЭС аниқланган 35 та ҳолатнинг 32 тасида 5 мм дан ортиқ медикаментоз мидриазга эришилди, бунда 3 та ҳолатда операциядан олдин конъюнктива остига 0,1мл мезатон (10 мг/мл) инъекция қилинди. 3 та ҳолатда ирис-ретракторлардан фойдаланиб механик мидриаз амалга оширилди. 17 (48,6%) ҳолатда капсула-боғлам мажмуасини ушлаб туриш учун олдиндан режалаштирилган интракапсуляр халқа капсулорексисдан кейин инжектор ёрдамида маълум сегментга имплантация қилинди. КФЭ худди ПЭС нинг II даражали беморлардаги каби параметрларда амалга оширилди. Барча ҳолатда капсула қопчаси ичига эгилувчан орқа камера учун ИОЛ имплантацияси муваффақиятли амалга оширилди. IV даражали ПЭС билан беморларнинг 12 тасидан, капсула-боғлам мажмуасининг учта сегментида Цинн боғламларининг қисман узилишлари бўлган 4 та ҳолатда тежамкор режимли КФЭ+ИОЛ операцияси амалга оширилди, бунда ирис ретракторлар ва интракапсуляр халқалардан фойдаланилди. Қолган 8 та ҳолатда Цинн боғламларининг уч сегментда тўлиқ узилиши, қисман ёки тўлиқ люксация ҳолатларида гавхар ядросининг қаттиқлиги инобатга олиниб комиссия тарзда катарактани туннел кесма орқали экстракцияси, олдинги витрэктомия ва қаттиқ ИОЛ (модель Augolab, Ҳиндистон) склерага трансцилиар фиксация билан амалиёти ўтказиш режалаштирилди ва амалга оширилди.

Операция деярли асоратларсиз кечди ва уларнинг улуши умумий 3,6% ни ташкил қилди (9-жадвал). Бунда геморрагик асоратлар 1 та ҳолатда (1,2%) IV даражали ПЭС билан беморда кузатилди. Олдинги камера бурчагидаги гифема физиологик эритма билан ювиш орқали бартараф қилинди. III ва IV даражали ПЭС ли беморларда гавхар орқа капсуласининг йиртилиши ва капсула халтасининг узилиши, шишасимон тананинг чиқиши 2 та ҳолатда (2,4%) кузатилди ва олдинги витрэктомия қилиш орқали бартараф қилинди.

**ПЭС билан асоратланган катарактали беморларда
интраоперацион асоратлар**

ПЭС даражаси	Геморрагик асоратлар	Орқа капсуласининг йиртилиши, капсула халтасининг узилиши, шишасимон тананинг чиқиши
I (15)	-	-
II (22)	-	-
III (35)	-	1
IV (12)	1	1
Жами (84)	1 (1,2%)	2 (2,4%)

Операциядан кейинги илк даврда шох парда шиши, экссудатив реакция ва офталмогипертензия каби асоратлар кузатилди. Операциядан кейин биринчи кун уларнинг умумий улуши 63,1%, 10-кун 9,5%, 1 ойдан кейин 1,2% ни ташкил қилди (10-жадвал).

**ПЭС билан асоратланган катарактали беморларда
операциядан кейинги эрта асоратлар**

Асорат	Операциядан кейинги муддатлар		
	1-кун	10-кун	1 ой
Шох парда шиши	35	5	-
Экссудатив реакция	9	2	-
Офталмогипертензия	9	1	1
Жами	62 (63,1%)	8 (9,5%)	1 (1,2%)

Беморларда кўриш ўткирлиги операциядан кейинги илк кундан яхшиланди, максимал кўрсаткич 10-кунда намоён бўлди ва ўртача $0,8 \pm 0,4$ ни ташкил қилди. КИБ операциядан кейин 1-кун 1 мм.сим.уст га ошди ва $20,5 \pm 0,4$ ни ташкил қилди 10-кунга келиб ҳеч қандай гипотензив воситалар қўлланмаган ҳолида $18,0 \pm 0,4$ мм.сим.уст.гача пасайди.

Операциядан кейинги узоқ даврда (1 йилдан кейин) 4 (4,8%) та ҳолатда орқа капсула фибрози кузатилди ва лазер капсулотомия муолажаси орқали бартараф қилинди. 2 (2,4%) ҳолатда иккиламчи глаукома кузатилди, бунда 1 та ҳолатда консерватив, иккинчи ҳолатда антиглаукоматоз операция – чуқур склерэктомия орқали КИБ меъёрига келтирилди.

Эҳтимолли интраоперацион ва операциядан кейинги асоратлар асосан гавхарнинг капсула-боғлам мажмуаси ностабиллиги ва боғламларнинг узилишлари бўлган ҳолатларда кузатилди. Бу ҳолатларнинг ўз вақтида ва операциядан олдинги даврда ультратовуш биомикроскопияси ёрдамида объектив ва аниқ ташхисланиши ПЭС ҳолатларида ҳам оғир асоратлар юзага келишини олдини олишга ва ИОЛ имплантациясини муваффақиятли ўтказишга сабаб бўлди. Бунинг натижасида операция ички ва кейинги асоратлари мос равишда 2,4% ва 1,2% гача минималлашишига эришилди.

Шундай қилиб, Оролбўйи шароитида катарактанинг ўзига хос

мураккаблигини инобатга олиб, операциядан олдин фақат биомикроскопия билан чекланиб қолмасдан, балки “яширин” ПЭС ни аниқлаш, ҳамда капсула-боғлам аппаратининг ҳолатини баҳолаш мақсадида УБМ текшируви ўтказиш лозим. УБМ орқали ПЭС белгиларини аниқ кўриш ва ташхислаш нафақат операцияда жаррохлик тактикасини олдиндан ишлаб чиқишга, балки операциянинг натижасини башорат қилишга ҳам ёрдам беради.

ХУЛОСА

1. Жанубий Оролбўйида офталмопатологиялар билан касалланиш бўйича маълумотлар таҳлиliga кўра, минтақада конъюнктивит (46,7%), птериgium (5,8%) ва қарилик катарактаси (2,1%) билан касалланиш кўп, бу ҳудуддаги экологик офат оқибатлари ва касалликларнинг анъанавий даволаш усулларига чидамлилиги натижасидир.

2. Жанубий Оролбўйидаги сурункали конъюнктивитнинг ўзига хос хусусияти даволаш схемасига сунъий кўз ёш дори воситаларини киритишни талаб қилувчи ҚКС белгилари билан биргаликда намоён бўлишидир, хусусан Керотроп даволаш самарадорлигини 70% га ошириш имконини беради ($P < 0,05$).

3. Ҳудудда птериgiumнинг ўзига хос клиник хусусияти янги томирлар, ҳамда птериgium танасининг жуда тез, агрессив ўсиши ва тез-тез қайталанишидир. Патогенетик асосланган кўп босқичли даволашни оёқчали аутоконъюнктив пластикаси орқали птериgiumэктомия амалиёти билан бирга ўтказиш даволаш алгоритмининг юқори самарали эканлигини кўрсатди: Амалиётдан кейинги яллиғланиш-аллергик белгилар камайди, натижада касалликнинг қайталаниши кескин тарзда камайди, яъни бирламчи птериgiumда 7,1% гача, қайталанувчи птериgiumда 12,5% гача. Анъанавий оператив даво Мак-Рейнольдс усулида ўтказиладиган жаррохлик амалиётидан сўнг птериgiumнинг тегишли шаклларига кўра қайталаниш мос равишда 50% дан 86% гача кузатилиши мумкин.

4. Қарилик катарактаси тез суратда (6 ойдан 1 йилгача) ривожланиб бориши, асосан интраоперацион ва амалиётдан кейинги асоратларга сабаб бўлувчи ПЭС билан ҳамкорликда (58,4%) кечиши билан фарқланади. УБМ билан гавҳарнинг капсула-боғлам аппарати ҳолатини текшириш орқали 26,1% ҳолатда анъанавий биомикроскопияда “яширинган” ПЭС аниқланди. Бу жаррохлик тактикасини олдиндан режалаштириш, ҳамда операция натижасини башорат қилишга имкон яратди. УБМ айниқса экологик ноқулай шароитда яшовчиларда, катаракта жаррохлигида жуда муҳим аҳамиятга эга бўлган рангдор парда, цилиар тана ва гавҳарнинг капсула-боғлам аппарати ҳолати ҳақида объектив маълумот берувчи операциядан олдинги зарурий текширув усули ҳисобланади.

5. Ишлаб чиқилган ташхислаш ва даволаш схемаларини жанубий Оролбўйида офталмология клиник амалиётига жорий этилиши птериgium қайталанишини 12,5% гача, шунингдек сурункали конъюнктивит фонидаги ҚКСи белгиларини 10% гача камайишига олиб келди.

**НАУЧНЫЙ СОВЕТ DSc.04/30.01.2020.Tib.105.01 ПРИ
РЕСПУБЛИКАНСКОМ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОМ НАУЧНО-
ПРАКТИЧЕСКОМ МЕДИЦИНСКОМ ЦЕНТРЕ МИКРОХИРУРГИИ
ГЛАЗА ПО ПРИСУЖДЕНИЮ УЧЕНЫХ СТЕПЕНЕЙ**

ТАШКЕНТСКАЯ МЕДИЦИНСКАЯ АКАДЕМИЯ

МАТКАРИМОВ АКМАЛ КАРИМОВИЧ

**РЕГИОНАЛЬНЫЕ ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКИХ ПРОЯВЛЕНИЙ
И ЛЕЧЕНИЯ НЕКОТОРЫХ ГЛАЗНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ В
УСЛОВИЯХ ЮЖНОГО ПРИАРАЛЬЯ**

14.00.08 – Офтальмология

**АВТОРЕФЕРАТ ДИССЕРТАЦИИ ДОКТОРА ФИЛОСОФИИ (PhD)
ПО МЕДИЦИНСКИМ НАУКАМ**

ТАШКЕНТ – 2022

**Тема диссертации доктора философии (PhD) по медицинским наукам
зарегистрирована в Высшей аттестационной комиссии при Кабинете Министров Республики
Узбекистан В2020.2.PhD/Tib1356**

Диссертация выполнена в Ташкентской медицинской академии.

Автореферат диссертации на трех языках (узбекский, русский, английский (резюме))
размещен на веб-странице Научного совета (www.eye-center.uz) и Информационно-
образовательном портале «Ziyonet» (www.ziyonet.uz).

Научный руководитель:	Бахритдинова Фазилат Арифовна доктор медицинских наук, профессор
Официальные оппоненты:	Иванова Нанули Викторовна доктор медицинских наук, профессор (Российская Федерация) Юсупов Амин Абдуазизович доктор медицинских наук, профессор
Ведущая организация:	Ереванский Государственный Медицинский Университет им. Мхитара Гераци (Республика Армения)

Защита состоится «___» _____ 2022 г. в ___ часов на заседании Научного совета
DSc.04/30.01.2020.Tib.105.01 при Республиканском специализированном научно-практическом
медицинском центре микрохирургии глаза (Адрес: 100173, г. Ташкент, Учтепинский район, Кичик
халка йули, дом 14. Тел./факс: (+99871) 217-49-34; (+99871) 217-49-37; e-mail: eye-center@inbox.ru).

С диссертацией можно ознакомиться в Информационно-ресурсном центре Республиканского
специализированного научно-практического медицинского центра микрохирургии глаза
(зарегистрирована за № _____). Адрес: 100173, г. Ташкент, Учтепинский район, Кичик халка
йули, дом 14. Тел./факс: (+99871) 217-49-34; (+99871) 217-49-37; e-mail: eye-center@inbox.ru

Автореферат диссертации разослан «___» _____ 2022 года.

(реестр протокола рассылки № ___ от «___» _____ 2022 года).

А.Ф. Юсупов

Председатель научного совета по присуждению
учёных степеней, доктор медицинских наук,
старший научный сотрудник

Ш.А. Джамалова

Ученый секретарь научного совета по присуждению
учёных степеней, доктор медицинских наук, доцент

М.Х. Каримова

Председатель научного семинара при научном
совете по присуждению учёных степеней,
доктор медицинских наук, профессор

ВВЕДЕНИЕ (аннотация диссертации доктора философии (PhD))

Актуальность и востребованность темы диссертации. По данным Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), в настоящее время из-за ухудшения факторов окружающей среды, более 10% населения Земли имеют заболевания органа зрения, «... экологическое неблагополучие в регионе, и как следствие изменение климата, привело к распространению и осложненным состояниям заболеваний органа зрения ...»¹. Невзирая на нарастающие знания о количестве, происхождении, физико-химических свойствах и неблагоприятных эффектах атмосферных загрязнителей, все эти аспекты требуют дальнейшего изучения. В результате неблагоприятного воздействия факторов внешней среды в неблагоприятных экологических районах не только увеличивается заболеваемость глазными болезнями, но и появляются специфические симптомы в клинической картине некоторых из них. Актуальной задачей является выявление этих регионарных заболеваний глаз, изучение особенностей их клинических проявлений и, исходя из этого, применение в их диагностике и лечении, наряду с традиционными, специальных методов.

В настоящее время особое внимание уделяется научным исследованиям, направленную на изучению специфики клинических течений заболеваний органов внутренних систем, в частности и глазных болезней, и соответственно к усовершенствованию диагностики и лечебных мероприятий в районе Приаралья. В связи с этим изучение влияния неблагоприятных факторов внешней среды региона на переднюю поверхность и внутренние сегменты глаза заключается в оценке развития и течения возникающих патологических процессов, подборе и разработке специально направленных методов диагностики и лечения жителей экологически неблагополучных районов. Определены такие задачи, как выявление наиболее часто встречающихся офтальмопатологий в условиях Приаралья с учетом этиопатогенетических аспектов, выявление их особенностей клинического течения, выявление патогенетически обоснованных методов их лечения.

В нашей стране реализуется ряд мер по развитию медицинской сферы и повышению качества медицинского обслуживания, соответствующего международным стандартам. Для этого поставлены такие задачи, как «...повысить эффективность, качество и удобство оказания медицинской помощи всем жителям Республики, особенно в отдаленных районах, внедрить высокотехнологичные методы диагностики и лечения, а также сформировать систему стандартизации медицинской помощи, пропаганды здорового образа жизни, патронажной и диспансерной профилактики заболеваний путем создания эффективных моделей...»² Эти задачи позволяют снизить причины инвалидности и смертности за счет совершенствования использования современных технологий, поднятия на новый уровень уровня медицинских

¹ Череватенко А.А. Экологические факторы риска для здоровья населения. // Журнал фундаментальной медицины и биологии №3, 2018, -С. 39-45

² Указ Президента Республики Узбекистан №УП-5590 «О комплексных мерах по коренному совершенствованию системы здравоохранения Респубилки Узбекистан от 7 декабря 2018 года.

услуг в диагностике и эффективном лечении глазных болезней у населения экологически уязвимых регионов нашей страны.

Настоящее диссертационное исследование является в таковой степени решением задач, включённых Указом Президента Республики Узбекистан от 7 февраля 2017 года № УП-4947 «О Стратегии действий по дальнейшему развитию Республики Узбекистан», № УП-5590 от 7 декабря 2018 года «О комплексных мерах по Коренное совершенствование системы здравоохранения Республики Узбекистан», Постановлением ПП-3071 от 20 июня 2017 года «О мерах по дальнейшему развитию оказания специализированной медицинской помощи населению Республики Узбекистан в 2017-2021 годах» и других нормативно-правовых документов, связанных с данной деятельностью.

Соответствие исследования приоритетным направлениям развития науки и технологий Республики Узбекистан. Диссертация реализована в соответствии с главными направлениями науки и технологии Республики VI - «Медицина и фармакология».

Степень изученности проблемы. Собран большой объем теоретической, научной и социальной информации о влиянии факторов окружающей среды на распространение глазных болезней в различных регионах мира. Согласно исследованиям, рост числа заболеваний глаз объясняется многими факторами, такими как неблагоприятная экологическая обстановка, техногенное воздействие, нагрузка на орган зрения различных электронных устройств (Мухин Н.А., 2013; Косарев В.В. с соавт., 2014; Бабанов С.А., 2015; Атшабарова С.Ш., 2016; Комилов Х.М., 2021; Ибраева Л.К., 2016; Hisanori M. Et al., 2019, Onischenko A.L., 2018). Несмотря на то, что зона Приаралья также считается ведущим в мире экологически неблагополучным регионом, до сих пор еще не проводилось систематическое изучение глазных болезней.

Заболевание передней поверхности глаза - реактивный конъюнктивит возникает под влиянием таких факторов, как пыль, тепло, свет, дым, ветер, морская или хлорированная вода, и проявляется также, как аллергический конъюнктивит, т.е. с явлениями жжения, боли, зуда и водянистым отделяемым из конъюнктивальной полости. Кроме того, различные частицы, например песок, переносимые ветром, вызывают микротравмы на поверхности роговицы и создают благоприятные условия для размножения микроорганизмов (Хватова А.В., 2003, Золоторева А.И. 2002; Bragin E.V. et al. 2016; Федотова Т.С. с соавт. 2014; Parugin L.P. et al. 2016; Kудайбергенова U.K. 2014). Под влиянием специфических факторов внешней среды возникают не только воспалительные процессы, но и дистрофические изменения. Птериgium, считающийся дистрофическим заболеванием конъюнктивы, возникает вследствие регулярных микротравм слизистой оболочки под воздействием сухого воздуха, пыли, ультразвукового излучения и мелких частиц. В результате этого на внутренней поверхности бульбарной конъюнктивы образуется неоваскулярная гиперплазия за счет реактивных и дегенеративных изменений покровного эпителия. Внешние экологические

условия в районе Приаралья, экстремальные погодные условия, уровень загрязнения основных источников природной среды, образ жизни и условия труда местного населения обусловили широкое распространение хронического конъюнктивита и птеригиума в регионе (Билалов Э.Н. 2010; Камилов Х.М. и др. 2003; Ибрагимов Р.Н., Курязов И.К. 1994; Исмаилов Б.И. 1981). Хотя учеными подчеркивалась частая встречаемость этих заболеваний в районе Приаралья, не были предусмотрены особенности их клинической картины и учет этих аспектов в проведении лечения.

Помимо травм, воспалительные процессы, ионно-радиоактивное излучение, уровень загрязнения окружающей среды и географические и климатические особенности региона являются основными факторами возникновения заболеваний глазного яблока, в частности, катаракты, а также приводят к появлению различных клинических проявлений заболеваний (Девяткова А.С. 2011, Антропова Г.А. 2010; Bragin E.V. et al. 2016). Согласно анализу статистических отчетов лечебно-профилактических учреждений Республики Каракалпакстан, по первичной заболеваемости органа зрения за 2015-2019 гг., среди заболеваний органа зрения на осложненную катаракту приходится 33% и 18,9% на афакию. Конечно, нельзя исключать значительное влияние факторов внешней среды при проведении наблюдений этих осложненных нозологических единиц в данном регионе, но эти данные до сих пор не имеют научного обоснования.

В отечественной и зарубежной литературе практически отсутствуют комплексные исследования территорий с различной степенью загрязнения окружающей среды, с использованием современных методов исследования состояния органа зрения и других заболеваний, особенно среди популяции региона Приаралья. При этом мы можем столкнуться с небольшим количеством работ, посвященных анализу некоторых заболеваний глаз. Анализ экстраокулярных заболеваний у больных миопией был проведен в Каракалпакстане, где доказана связь факторов внешней среды в развитии миопии и экстраокулярных заболеваний у детей и подростков (Курбанназаров М.К. 2016). На основании анализа было доказано, что дети и подростки с близорукостью в этом регионе, чаще страдают экстраокулярными заболеваниями по сравнению с Самаркандской областью. Однако в данном исследовании не анализировались и не изучались особенности клинической картины и течения других офтальмопатологий.

Таким образом, хотя по изучению внутренних болезней в регионе Приаралья по системе «здоровое население - окружающая среда» проведено много работ, влияние экологии на орган зрения в области остается вне поля зрения. Все вышперечисленное подтверждает наличие связи факторов внешней среды с клиникой и течением заболеваний органа зрения и необходимость их глубокого анализа в данном регионе.

Связь диссертационного исследования с научно-исследовательскими работами научно-исследовательского учреждения, где выполнена диссертация. Диссертационная работа выполнена в соответствии с планом научно-исследовательской работы кафедры офтальмологии Ташкентской

медицинской академии «Совершенствование методов диагностики и лечения некоторых видов глазных болезней с разработкой и внедрением новых лекарственных форм в офтальмологическую практику».

Цель исследования повышение эффективности лечения региональной офтальмопатологии с учетом особенностей клинических проявлений глазных заболеваний в условиях южного Приаралья.

Для достижения цели сформулированы следующие **задачи исследования**:

изучить особенности распространения глазных заболеваний в условиях южного Приаралья, путем ретроспективного анализа заболеваемости по данным реестра центра статистики МЗ РУз;

изучить особенности клинических проявлений конъюнктивита в регионе и оптимизировать схему лечения;

изучить особенности клинических проявлений птеригиума в регионе и определить схему комплексного лечения;

определить особенности клинических проявлений катаракты в регионе и их отличие в зависимости от выбора диагностического оборудования.

внедрить разработанные схемы диагностики и лечения в клиническую практику офтальмологии южного Приаралья;

Объектом исследования явились 189 больных в возрасте от 18 до 90 лет, находившиеся на амбулаторном и стационарном лечении в Берунийском филиале клиники ДМС Республики Каракалпакстан за период 2019 - 2021 гг., с диагнозами синдром «сухого» глаза (ССГ) на фоне хронического конъюнктивита, птеригиумом и возрастной катарактой.

Предметом исследования явились показатели клинических офтальмологических и специальных исследований – тесты для определения синдрома «сухого» глаза, ультразвуковые методы, а также бактериологическое исследование больных с синдромом «сухого» глаза (ССГ) на фоне хронического конъюнктивита, птеригиумом и возрастной катарактой.

Методы исследования. Офтальмологические (визиометрия, биомикроскопия, периметрия, тонометрия, автокераторефрактометрия, офтальмоскопия).

Специальные: А и В-сканирование, ультразвуковая биомикроскопия, проба Норна, Джонса и Ширмера.

Научная новизна диссертационного исследования заключается в следующем:

впервые у населения региона Южного Приаралья научно проанализирована и систематизирована структура заболеваемости органа зрения и выявлены наиболее часто встречающиеся глазные заболевания, протекающие с особенностью клинических проявлений;

определено и научно доказано, что в регионе, среди всех обследованных больных с конъюнктивитом у 86% выявлен ССГ сопровождающийся хронизацией процесса, требующей включения в схему терапии препаратов ИС, способствующих протекции переднего отрезка глаза от воздействия внешней среды;

установлено и обосновано, что в условиях региона течение птеригиума значимо агрессивно, быстротечно, сопровождается неоваскуляризацией и рецидивами после стандартных операций до 87,5%, но применение патогенетически обоснованного лечения приводит к предотвращению рецидивов и осложнений;

доказано и научно подтверждено, что возрастная катаракта в регионе сопровождается недостаточностью капсульно-связочного аппарата, которое часто не визуализируется при традиционной биомикроскопии и применение метода УБМ для диагностики “скрытых” ПЭС способствует раннему выявлению, своевременному лечению и предотвращению тяжелых осложнений.

Практические результаты исследования заключаются в следующем:

на основании результатов исследования получило развитие положение о формировании офтальмопатологии с региональными особенностями у населения, проживающего в экологически неблагоприятном районе;

предложены для внедрения в практику офтальмологии методы лечения часто встречающихся глазных заболеваний у населения, проживающего в зоне экологического бедствия.

Достоверность полученных результатов обосновывается и подтверждается использованием современных методов и подходов в исследовательском процессе, соответствием теоретических данных полученным результатам, методологической правильностью проведенных исследований, адекватностью количества пациентов, на основании клинических, офтальмологических, лабораторных и статистических методов исследования, особенностями диагностики и лечения органа зрения у больных с ССГ на фоне хронического конъюнктивита, птеригиума, ПЭС, осложненной катарактой и результатов, основанных на сравнении с данными зарубежных и отечественных ученых, заключении и подтверждении полученных данных компетентными органами.

Научная и практическая значимость результатов исследования.

Научная значимость результатов исследования заключается в том, что в экологически неблагоприятном регионе - Южном Приаралье выявлены широко распространенные заболевания глаз и их клинические особенности, это объясняется тем, что большой вклад внесен в современные достижения оценки и диагностики клинико-функциональных особенностей органа зрения у больных ССГ на фоне хронического конъюнктивита, птеригиума, ПЭС, осложненного катарактой и разработка принципов лечения, возникших последствий этих заболеваний.

Практическая значимость результатов исследования заключается в применении препаратов искусственной слезы при лечении больных хроническим конъюнктивитом, сопровождающимся ССГ в регионе, выборе метода лечения, позволяющего контролировать, лечить и своевременно проводить профилактические мероприятия у больных птеригиумом, с применением метода УБМ, позволяющего отслеживать «скрытые» проявления ПЭС при подготовке катарактальных больных к операции,

объясняется повышением эффективности лечения, снижением экономических затрат и улучшением качества жизни пациентов.

Внедрение результатов исследования. На основании научных результатов исследования течения и особенностей лечения распространенных заболеваний глаз в регионе Южного Приаралья:

Утверждены методические рекомендации «Сравнительная оценка эффективности способов птеригиумэктомий у пациентов, проживающих в зоне Приаралья», разработанные на основании научных результатов лечения больных птеригиумом в регионе Приаралья (Заключение 8н-р/434 от 19.11.2020г. Министерства здравоохранения Республики Узбекистан). Данные методические рекомендации позволили эффективно проводить лечение птеригиума и снизить частоту послеоперационных рецидивов.

Утверждены методические рекомендации «Особенности клинического течения и лечения синдрома «сухого глаза» на фоне хронического конъюнктивита в регионе Южного Приаралья», разработанные на основании результатов научных исследований по лечению больных с синдромом «сухого глаза» на фоне хронического конъюнктивита в регионе Приаралья (Заключение №8 н-р/1052 от 01.11.2021г. Министерства здравоохранения Республики Узбекистан). Данные методические рекомендации позволили эффективно диагностировать и лечить особенности клинического течения хронического конъюнктивита в регионе.

Результаты исследования, посвященного клиническому течению глазных заболеваний в регионе Южного Приаралья и региональным особенностям их лечения, внедрены в практику здравоохранения, в том числе в отделение глазных болезней Берунийского районного медицинского объединения Республики Каракалпакстан, Самаркандской офтальмологической больницы, Хивинского районного медицинского объединения Хорезмской области (Заключение 8н-з/330 от 12.10.2021 г. И заключение 8н-з/25 от 25.01.2022 г. Министерства здравоохранения республики). Полученные результаты позволили улучшить качество диагностики у больных птеригиумом и хроническим конъюнктивитом, сократить сроки и повысить эффективность лечения, предотвратить рецидивы заболеваний.

Апробация результатов исследования. Результаты данного исследования были обсуждены на 5 научно-практических конференциях, в том числе, на 3 международных и 2 республиканских.

Публикации результатов исследований. По результатам исследований было издано 14 научных работ. Из них 8 журнальных статей, 2 опубликованы в международных журналах, 6 в республиканских журналах (журналы рекомендованы ВАК РУз).

Структура и объём диссертации. Диссертационная работа состоит из введения, четырех основных глав, которые содержат в себе основную структуру диссертации, выводов, практических рекомендаций и списка цитируемой литературы. Объём текстового материала составляет 120 страницы.

ОСНОВНОЕ СОДЕРЖАНИЕ ДИССЕРТАЦИИ

Во введении обосновывается актуальность и востребованность проведенного исследования, определены цель и задачи, объект и предмет исследования, указано соответствие работы с важными направлениями развития науки и технологий Республики Узбекистан, излагаются научная новизна и практические результаты исследования, обоснована достоверность результатов, раскрывается их научная и практическая значимость, внедрение результатов исследования в практическую деятельность, сведения по опубликованным работам и структуре диссертации.

В первой главе диссертации **«Обзор литературы»** отражен обзор литературы, состоящий из трех подглав, в которых приводятся сведения о влиянии окружающей среды на человека, в частности на его здоровье. Сделан развернутый анализ литературных источников, посвященных вопросам экологической ситуации в регионе Приаралья и воздействия её на здоровье местного населения. Подробно излагаются, как в других экологически неблагоприятных регионах мира загрязнение окружающей среды влияет на развитие офтальмопатологий.

Во второй главе диссертации **«Материал и методы исследования»** описаны общая характеристика клинического материала и использованные методы исследования. Клинический материал представлен больными, получавшими амбулаторное и стационарное лечение в клинике «Beruniy Innovation DMClinic» за период с 2019 по 2021 гг.

В первой подглаве обосновывается причина изучения офтальмопатологий, таких как синдром «сухого глаза» (ССГ) на фоне хронического конъюнктивита (ХК), птеригиум, катаракта, осложненная псевдоэксфолиативным синдромом (ПЭС). Для определения распространённости наиболее часто встречающихся глазных заболеваний нами были изучены данные реестра центра статистики Министерства здравоохранения Республики Узбекистан за 2009-2019 гг. В анализах выявлена, что общая и первичная заболеваемость глаз и его придатков в зоне Приаралья увеличивается с каждым годом. В этом случае динамика роста заболеваемости приходится на долю пациентов с заболеваниями конъюнктивы, миопией и катарактой. Учитывая что, миопия достаточно глубоко изучена Курбанназаровым М.К. (2016), нам представлял интерес изучение клинических проявлений хронического конъюнктивита, птеригиума и катаракты.

Больные с ССГ на фоне хронического конъюнктивита отобраны от общего числа 140 (278 глаз) пациентов, которых в клинике обследованы и поставлен клинический диагноз хронический инфекционный конъюнктивит. Для определения этиологии ХК было проведено бактериологическое исследование мазка конъюнктивы и проведена адекватная местная антибиотикотерапия в течении 7 дней эпibuльбарно. При этом, несмотря на прицельную этиотропную антибиотикотерапию больных с хроническим конъюнктивитом, у 86% (121 из 140) из них сохранились субъективные и объективные признаки ССГ, такие как, плохая переносимость ветра и кондиционированного воздуха, дыма; ощущение сухости, инородного тела;

жжения и рези в конъюнктивальной полости; загрязнения слезной пленки; локальный отек бульбарной конъюнктивы и т.п.

Учитывая региональную особенность хронического конъюнктивита в Южном Приаралье, в исследование были включены 62 пациента (120 глаза) с признаками ССГ на фоне хронического конъюнктивита в возрасте от 18 до 66 лет (в среднем $35,5 \pm 2,0$ лет), мужчин - 32, женщин – 30.

Критериями включения в исследование явились:

- амбулаторные пациенты с хроническим конъюнктивитом, с проведенной предварительной адекватной антибактериальной и противовоспалительной терапией;

- наличие объективных и субъективных признаков ССГ.

Критериями исключения из исследования явились:

- наличие обострения хронического конъюнктивита, требующей активной этиотропной и противовоспалительной терапии;

- присутствие в анамнезе сведений об аллергических реакциях на компоненты предлагаемой терапии;

- пациенты, имеющие сопутствующие патологии, такие как сахарный диабет, ревматические и другие заболевания соединительной ткани, хронические заболевания желудочно-кишечного тракта, а также в течение последнего года закапывающие консервант содержащие глазные капли.

В зависимости от проведенной терапии, больные с ССГ на фоне ХК (62 пациента, 120 глаз) разделены на две группы:

1. В контрольной группе (n=20, 40 глаз) – использовался антисептик – Цинозол (состав: цинк сульфат, борная кислота) эпибульбарно, по 2 капли 3 раза в течение 7 дней, дальше по 1 капле 1 раз в день в течении 3 недели;

2. В основной группе (n=42, 80 глаз) – использовался антисептик Цинозол эпибульбарно, по 2 капли 3 раза в течение 10 дней, а также препарат искусственной слезы (ИС) Керотроп (состав: кармеллоза натрия, глицерин, левокарнитин, эритритол) по 2 капли 3 раза в день в течение месяца.

Больным были проведены стандартные офтальмологические обследования – визометрия, бесконтактная тонометрия, биомикроскопия. Для верификации ССГ проведены специальные исследования – тесты Ширмера, Норна, Джонса, определяли высоту нижнего слезного мениска.

Для оценки, а также и мониторинга выраженности субъективных признаков заболевания проводилось анкетирование при помощи опросника OSDI³, кроме того вычислены показатели объективных проявлений, расчет которых проводился из усредненных значений, оцененных по трехбалльной шкале⁴. Сроки наблюдения составили 10, 20 и 30 дней.

³Макарова Е.К. Разработка и оценка эффективности диагностики и лечения синдрома сухого глаза (ССГ) в условиях общей врачебной практики. Автореферат дис. ... канд. мед. наук / Е.К. Макарова – Ташкент, 2009. – 34 с.

⁴Бржеский В.В., Сомов Е.Е. Роговично-конъюнктивальный ксероз (диагностика, клиника, лечение). - СПб.: Левша, 2003. - 157 с.

Больных с птеригиумом (n=54, 61 глаз) были проведены стандартные офтальмологические обследования и хирургическое лечение. Возраст пациентов колебался от 18 до 75 лет, в среднем составил $48,3 \pm 1,72$ лет.

Первичный птеригиум диагностирован у 32 пациентов (38 глаз) - 62,3%, рецидивирующий - у 22 пациентов (23 глаз- 37,7%).

В зависимости от вида заболевания и лечения пациенты были разделены на три группы: контрольная, первая основная и вторая основная по форме и по назначенной терапии разделены на 3 группы (Таб.1).

Предложенный Билаловом Э.Н. (2010), патогенетически обоснованный алгоритм лечения птеригиума состоит из четырех последовательных этапов⁵:

Первый этап – дооперационная патогенетическая терапия в течение двух недель.

Таблица 1

Распределение больных с птеригиумом по группам

Группы	Вид птеригиума	Количество больных, (глаз)	Способ лечения
Контрольная	Первичный птеригиум	10 (12)	Традиционное лечение – птеригиумэктомия по методу Мак-Рейнольдса
	Рецидивирующий птеригиум	7 (7)	
Первая	Первичный птеригиум	12 (12)	Птеригиумэктомия с пластикой аутоконъюнктивы на ножке по Э.Н. Билалову
	Рецидивирующий птеригиум	8 (8)	
Вторая	Первичный птеригиум	12 (14)	Патогенетически ориентированное лечение в сочетании с птеригиумэктомией
	Рецидивирующий птеригиум	8 (8)	

Второй этап – предоперационная подготовка и хирургическое лечение - удаление птеригиума с пластикой аутоконъюнктивы на ножке.

Третий этап – послеоперационное лечение в течение одного месяца.

Четвертый этап – длительный контроль в отдаленном послеоперационном периоде и профилактические мероприятия рецидивов.

Больные с катарактой осложненным ПЭС были отобраны от общего числа 125 больных (223 глаз) с диагнозом возрастная катаракта, при этом составляя 58,4% (73 из 125). По данным мировой литературы ПЭС при возрастной катаракте составляет от 15,8% до 50% (Neha Sangal 2014; Elsie Chan et al., 2021), тогда как в регионе Приаралья этот показатель намного выше. Учитывая данную особенность возрастной катаракты в регионе нашим материалом исследования явились 73 пациента (84 глаз) с диагнозом

⁵Билалов Э.Н. Клинико-патогенетические аспекты развития птеригиума и разработка алгоритмов его лечения: Автореф. дис. ... докт. мед.наук / Э.Н. Билалов– Ташкент, 2010. — 45 с.

катаракта, осложненная ПЭС (основная группа), которым проводилась операция экстракция катаракты и 20 (40 глаз) здоровых лиц (контрольная группа) без глазной патологии для сравнительной диагностики. Возраст исследованных больных колебался от 42 до 87 лет, в среднем составил $64,1 \pm 1,4$ лет.

Критериями включения в исследование явились: пациенты, проживающие в РК, которые оперировались экстракцией катаракты с подтвержденным клиническим диагнозом возрастной катарактой, осложненным ПЭС.

Критериями исключения из исследования явились: все виды катаракт, за исключением возрастной; все формы глауком (первичные и вторичные) и последствия травм и воспалительных заболеваний глаз; иная глазная патология, могущая оказать влияние на «чистоту» исследования; некомпенсированные общие соматические заболевания.

Всем исследуемым проведены стандартные офтальмологические исследования, при биомикроскопии по клиническим признакам оценивалась степень ПЭС. Из специальных офтальмологических обследований проведены А и В сканирование, также УБМ глазного яблока, с помощью которых определялась стадия ПЭС и состояние капсульно-связочного аппарата хрусталика (Тахчиди Х.П. и др., 2007).

В остальных подглавах второй главы приведены общие и специальные методы исследования и их интерпретация, патогенетически обоснованный алгоритм ведения больных с птеригиумом, характеристика препарата ИС – Керотроп, а также комментарии о статистической обработке материала.

В третьей главе **«Результаты собственных исследований»** представлены результаты анализа заболеваемости глаз и его придатков в РК и клинико-функциональной характеристики материала по каждой нозологии.

За последнее 11 лет общая и первичная заболеваемость глаз и его придатков в регионе возросла на 39% (с 1888 до 2617), 68,5% (с 974 по 1641), соответственно. При этом различия показателей между годами были статистически значимыми в обоих случаях, $P < 0,001$ (Рис. 1).

Средняя общая заболеваемость катарактой на 100 тыс. населения составила $157 \pm 3,88$, т.е. в 1,3 раза больше ($P < 0,001$), первичная заболеваемость - $61 \pm 15,6$, т.е. в 1,27 раз больше ($P < 0,05$) чем по всей республике Узбекистан в целом, которая составила $120 \pm 7,8$ и $48 \pm 2,6$ соответственно (Рис.2.).

При анализе структур первичных заболеваний за период 2015 – 2019гг. выявлено, что 1-е место занимают болезни конъюнктивы 52,5% (из них конъюнктивиты разной этиологии 88,9%, птеригиум и другие дистрофические заболевания роговицы 11,1%), что связано с влиянием загрязнений атмосферы на орган зрения; 2-е место – нарушения аккомодации и рефракции 16,8% (из них 57,6% с миопией) и 3-е место занимают травмы глаза и её придатков 8,6%, 4-е - болезни век (7,2%), 5-е - болезни хрусталика - 4,6% (из них осложненная катаракта - 33%, афакия - 19,8%), глаукома - на 9-м месте (1,9%).

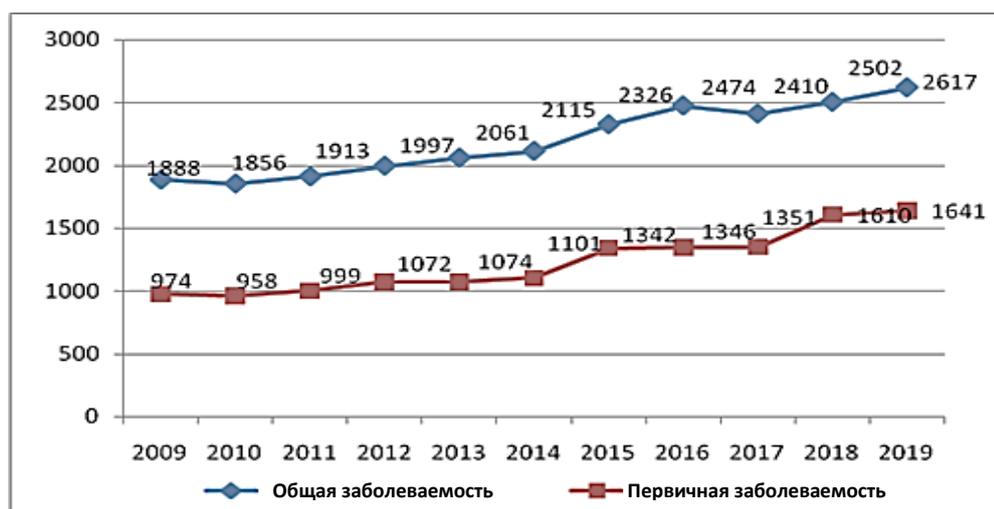


Рис. 1. Общая и первичная заболеваемость глаза и его придатков населения Южного Приаралья

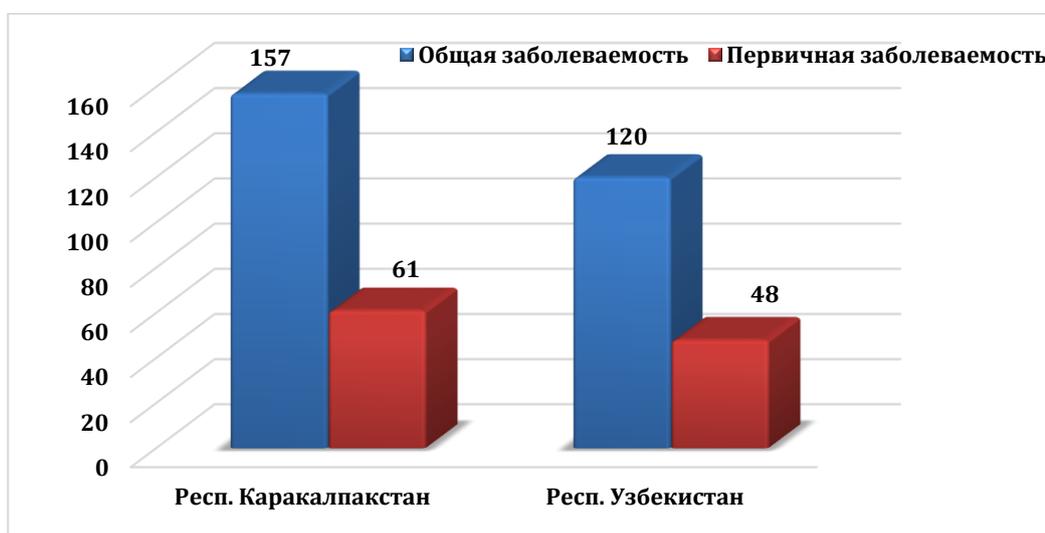


Рис. 2. Средняя заболеваемость катарактой на 100 тыс. населения

Анализ данных показала, что общая и первичная заболеваемость глаз и вспомогательного аппарата в зоне Приаралья увеличивается с каждым годом. В этом случае динамика роста заболеваемости приходится на долю пациентов с заболеваниями конъюнктивы и катарактой.

Результаты клинических исследований ССГ на фоне ХК свидетельствует о том, что субъективные и объективные признаки в обеих группах были умеренно выражены, составляя $28,0 \pm 0,8$ и $1,8 \pm 0,05$ у больных основной группы, $28,3 \pm 0,8$ и $1,78 \pm 0,06$ у больных контрольной группы. Высота слезного мениска оказалась в пределах нормальных значений в обеих группах. Данные показателей проб Ширмера и Джонса охарактеризовали легкую степень, а проба Норна среднюю степень тяжести ССГ.

По степени тяжести ССГ по классификации Е.Е. Сомова и В.В. Бржеского (2005) больные идентично распределены по исследуемым группам (табл.2). При этом тяжелая степень ССГ обнаружена в 12 случаях (10%), средняя в 80 (66,7%) и лёгкая степень в 28 случаях (23,3 %).

Таблица 2

Распределение больных по группам и по тяжести ССГ

Группы, (n)	По степени тяжести ССГ		
	Легкая	Средняя	Тяжелая
Контрольная группа, n=40	10 (25%)	26 (65%)	4 (10%)
Основная группа, n=80	18 (22,5%)	54 (67,5%)	8 (10%)
Общая, n=120	28 (23,3%)	80 (66,7%)	12 (10%)

Пациенты при легкой степени предъявляли жалобы главным образом на трудную переносимость ветра, дыма и кондиционированного воздуха, слезотечение; при средней тяжести – на чувство «инородного тела» и/или песка и чувство сухости, реже на рези и/или жжение, а при тяжелой степени больше на рези и жжение в глазах, расплывчатость зрения, светобоязнь.

Таким образом, у больных с ССГ на фоне хронического конъюнктивита нарушаются качественные, а также частично количественные свойства слезной пленки, которые подтверждают мультифакториальный этиопатогенез ССГ в данном регионе.

Результаты клинических исследований больных с птеригиумом показывают, что в регионе заболевание протекает достаточно тяжело и вызывает не только косметический дефект, но и резкое снижение остроты зрения (в среднем $0,26 \pm 0,03$), вплоть до инвалидизации.

При сравнении основных биомикроскопических характеристик птеригиума с данными средним по Республике Узбекистан обнаружена значительная разница по характеру клинических проявлений течения данного заболевания в регионе южного Приаралья ($P < 0,01-0,05$). При этом головка птеригиума в 54% случаях (против 35%) была плотной, в 21% случае хрящевидная (против 15%), в 22% случаях (против 12%) сильно спаянная с роговицей, в 5% случаях (против 2%) - значительно выступала над роговицей. А тело птеригиума было утолщенным в 68% случаях (против 38%), мясистым – в 54% (против 25%), рубцово-измененным – в 28% (против 20%), неподвижным – в 29% случаях (против 20%).

Учитывая, что птеригиумом страдают, в основном, люди зрелого работоспособного возраста, а клиническая картина достаточно тяжелая, с высокой частотой рецидивов после традиционной хирургии, возникает необходимость назначения предоперационной терапии для снижения активной неоваскуляризации ткани птеригиума.

Результаты клинических исследований больных с катарактой осложненным ПЭС показали, что пациенты в основном имели жалобы на постепенное снижение зрения (74 глаз, 88%), туман перед глазами беспокоил в 18 случаях (21,4%). В 39,3% (33 глаз) случаях заболевание продолжалось 1 – 3 года, в 22,6% (19 глаз) случаях от 6 мес. до 1 года, в 21,4% (18 глаз) случаях до 6 месяцев, и в 16,5% (14 глаз) случаях более 3 лет. Эти данные свидетельствуют о том, что в условиях Южного Приаралья катаракта прогрессирует значительно быстрее, чем в более экологически благоприятных регионах. Острота зрения составила в среднем без коррекции $0,07 \pm 0,01$, а с коррекцией $0,16 \pm 0,02$, а ВГД $19,5 \pm 0,2$ мм.рт.ст.

При сравнении диагностики ПЭС по результатам УБМ и биомикроскопии выявлено, что на 22 глазах, когда отсутствовали визуальные признаки ПЭС, обнаружена, что в 54,5% (12 глаз) случаях I стадии, в 41% (9 глаз) случаях II стадии, даже 4,5% случаях (1 глаз) III стадия ПЭС по УБМ. Из 18 глаз (21,4%), где было I-стадия ПЭС по биомикроскопии, в 8 случаях (44,4%) оказалась I и II стадии, в 10 (55,6%) случаях III стадии ПЭС по УБМ. Из 33 глаз с 2- стадией ПЭС по биомикроскопии, в 8 (24,2%) глазах оказалась II- стадия, в 23 (69,7%) III-стадия, в 2 (6,1%) IV-стадия ПЭС по УБМ признакам. Из 11 глаз с 3-стадией ПЭС по биомикроскопии в одном (9,1%) III-я, в 10 (90,9%) глазах оказалась IV-стадия по УБМ признакам. III и IV стадии ПЭС выявлены в 47 случаях на УБМ, при этом 3-стадия по биомикроскопии обнаружена лишь на 11 глазах, т.е. именно объективная картина состояний цинновых связок (единичные лизисы, частичные разрывы в сегментах) невозможно оценивать по биомикроскопии (табл.3).

Таблица 3

Распределение пациентов с ПЭС по данным УБМ и биомикроскопии

Стадии ПЭС по УБМ	Число случаев	Стадии ПЭС по биомикроскопии			
		0 (26,1%)	1 (21,4%)	2 (39,2%)	3 (13,1%)
I (17,8%)	15	12 (54,5%)	3		
II (26,1%)	22	9 (41%)	5	8	
III (41,7%)	35	1 (4,5%)	10	23	1
IV (14,2%)	12			2	10
Всего	84	22	18	33	11

При УБМ исследовании пациентов контрольной группы, которые были выбраны для сравнения, ПЭС обнаружен у 3 (6 глаз, 15%) пациентов в возрасте свыше 45 лет. При этом 1-я стадия в 2 х глазах, 2-я стадия в 3 глазах, 3 –я стадия ПЭС в одном глазу. У пациентов в возрасте до 44 лет ПЭС не выявлено (табл.4).

Таблица 4

Распределение пациентов контрольной группы по возрасту и стадиям ПЭС (20 здоровых лиц, 40 глаз)

Степени ПЭС по УБМ	Возраст, лет.				Итого
	18-44	45-59	60-74	75 и выше	
I	-	1 (2)*	-	-	1 (2)
II	-	-	1 (2)	1 (1)	2 (3)
III	-	-	-	1 (1)	1 (1)
IV	-	-	-	-	-
Итого	-	1 (2)	1 (2)	1 (2)	3 (6)

Примечание * - количества глаз

В основной группе пациентов в 22 глазах при биомикроскопии клинических признаков ПЭС не выявлено, но в этих же глазах при осмотре при помощи УБМ в 12 случаях (54,5%) выявлена ПЭС I степени, в 9 (41%)-II

степени и в одном случае (4,5%) - III степень ПЭС. Тогда как, в контрольной группе эти показатели были в 2 (5%), 3 (7,5%) и 1 (2,5%) глазу соответственно. При сравнении данные ПЭС первой и второй степени по группам оказались статистически значимым ($P < 0,001$, $P < 0,01$). В одном случае (2,5%) у пациентки контрольной группы, где не было признаков ПЭС в возрасте 75 лет, на УБМ обнаружилась ПЭС III степени, тогда как, в основной группе данный показатель составил 4,5%. Это тоже подтверждает тот факт, что чем выше возраст, тем и больше выраженности и степени ПЭС (табл 5).

Таблица 5

Распределение пациентов с ПЭС по данным УБМ

Степени ПЭС по УБМ	Основная группа, n=22	Контрольная группа, n=40
I – степени	12 (54,5%)	2 (5%)*
II – степени	9 (41%)	3 (7,5%)^
III – степени	1 (4,5%)	1 (2,5%)

Примечание: различия по сравнению данных между группами статистически значимы (* - $P < 0,001$; ^ - $P < 0,01$);

Анализ результатов показывает, что в Южном Приаралье катаракта прогрессирует очень быстро - за период от 6 месяцев до 3-х лет. Чаще всего (58,4%) протекает как осложнённая катаракта с ПЭС, со значимым снижением зрения. В 26,1% случаях при биомикроскопии клинических признаков несостоятельности капсульно-освязочного аппарата хрусталика и цинновых связок, имеющих важное значение, для тактики хирурга во время операции, не выявлено.

В четвертой главе «**Оценка эффективности предложенного лечения по данным клинико-функциональных показателей**» представлены результаты лечения больных по каждой нозологии.

Результаты клинико-функциональных показателей в процессе лечения ССГ на фоне ХК показали, что у пациентов основной группы как субъективные, так и объективные признаки заболевания значительно уменьшились по сравнению с исходными данными. При этом надо отметить, что эти показатели во всех периодах наблюдения имеют достоверно положительные отличия от данных контрольной группы (табл.6).

У пациентов контрольной группы через неделю после закапывания Цинозола отмечалась положительная динамика за счет пациентов с легкой (9 глаз, 90%) и почти половины пациентов (10 глаз, 45,5%) со средней степенью тяжести ССГ. Но у пациентов с тяжелой степенью заболевания успеха от лечения не наблюдалось. Подобная динамика лечения у данных пациентов сохранялась до конца месяца. Установлено, что средние показатели времени разрыва слезной пленки (ВРСП, проба Норна) достоверно возрастали лишь у пациентов основной группы ($P < 0,05$), но у больных контрольной группы эти показатели значимо не изменились. Показатели функциональных проб Ширмера и Джонса, которые являются основными идентификаторами слезопродукции, а также, значение высоты нижнего слезного мениска век во всех периодах наблюдения достоверно не изменились ($P \geq 0,05$) в обеих группах.

Таблица 6

**Динамика клинических и функциональных проявлений
ССГ у пациентов с ХК**

Оцениваемый параметр	Группы	До лечения	После начала лечения		
			10 дней	20 дней	30 дней
Субъективные признаки (средний балл)	Контрольная n=40	28,0±0,8	24,5±0,9*	27±1,1	27±0,8
	Основная n=80	28,3±0,8	17,6±0,6*^	9,6±0,5*^	6,4±0,3*^
Объективные признаки (средний балл)	Контрольная n=40	1,8±0,05	1,67±0,06	1,69±0,06	1,68±0,06
	Основная n=80	1,78±0,06	0,7±0,05*^	0,29±0,04*^	0,12±0,03*^
Высота нижнего слезного мениска (мм)	Контрольная n=40	2,2±0,09	2,3±0,1	2,4±0,1	2,4±0,1
	Основная n=80	2,3±0,1	2,4±0,1	2,2±0,1	2,6±0,1
Проба Ширмера (мм/5мин)	Контрольная n=40	13,3±0,5	13,2±0,6	13,3±0,5	13,9±0,5
	Основная n=80	13,1±0,5	13,1±0,6	13,2±0,6	13,5±0,6
Проба Джонса (мм/5мин)	Контрольная n=40	9,1±0,4	8,9±0,4	8,8±0,4	8,9±0,4
	Основная n=80	8,4±0,3	8,4±0,3	8,7±0,3	8,6±0,3
Проба Норна (сек)	Контрольная n=40	7,2±0,4	7,6±0,4	7,6±0,4	7,7±0,3
	Основная n=80	6,6±0,2	9,3±0,3*^	9,8±0,3*^	10,4±0,2*^

Примечание: * – разница по сравнению с исходными величинами статистически значима (P<0,01, P<0,001).

^ – разница по сравнению с величинами контрольной группой статистически значима (P<0,001).

Таким образом, согласно нашим исследованиям применение ИС – Керотроп у больных с ССГ на фоне хронического конъюнктивита уменьшает степень объективных и субъективных признаков заболевания и улучшает стабильность прероговичной слезной пленки. Механизм действия препарата заключается в том, что кармезол натрия - основа препарата, смешиваясь с остатками нативной слезы, вместе с глицеролом, создает защитную пленку на роговице и конъюнктиве. В результате роговица увлажняется, повышается стабильность слезной пленки, препарат действует как протектор в отношении различных факторов экологического бедствия, таких как пыль, соль, сухой ветер, а также ультрафиолетовое излучение. Подобный механизм воздействия на глазную поверхность оправдывает включение препаратов ИС в схему лечения хронических конъюнктивитов у пациентов, проживающих в зоне экологической катастрофы.

Результаты клиничко-функциональных показателей больных с птеригиумом в процессе лечения показали, что пациенты с первичном

птеригиумом 2-основной группы на 14-й день после проведенного лечения отметили значительное снижение чувства плохой переносимости дыма и ветра, чувства «инородного тела» в глазах, слезотечения, воспалительных признаков таких, как конъюнктивальная инъекция, отделяемое из конъюнктивальной полости. Объективные признаки ССГ такие, как: складчатость конъюнктивы обнаружена в 3 глазах (7,9% против 42,1%), вялая гиперемия конъюнктивы на 7 (18,4% против 78,3%) глазах, загрязнения слезной пленки на 6 (15,8% против 78,9%) глазах.

В группе пациентов с рецидивирующим птеригиумом на 14-й день после предложенного лечения жалобы на чувства «инородного тела» в глазах, плохой переносимости дыма, чувства холодного ветра снизились, но были более выражены, чем при первичном птеригиуме. Объективные признаки ССГ такие, как загрязнение слезной пленки обнаружены в 12 глазах (52,2%) (против исходного в 21 глазу (91,3%)), вялая гиперемия конъюнктивы – в 13 глазах (56,5%) (против исходного в 19 глазах (82,6%)), складчатость конъюнктивы обнаружена в 9 глазах (39,1%) (против исходного в 12 глазах (52,2%)).

Всем больным была произведена операция, при этом больным контрольной группы проводили птеригиумэктомию по Мак Рейнольдсу, больным 1-й и 2-й основной группы – птеригиумэктомию с пластикой аутоконъюнктивы на ножке. Надо отметить, что все пациенты 2-основной группы в послеоперационном периоде продолжали патогенетическую терапию в течение 1 месяца.

У пациентов, как с первичной, так и с рецидивирующей формами птеригиума во 2-основной группе, интраоперационный и ранний послеоперационный период протекали более успешно, чем у больных контрольной и 1-основной группы за счет проведенной дооперационной терапии, однако достоверно статистическое различие при этом не отмечено ($P>0,05$).

Через 1 месяц после операции у пациентов во всех группах улучшалась острота зрения и рефракция, вследствие освобождения оптической зоны роговицы от ткани птеригиума и коррекции рефракции.

В последующие сроки после операции (до 3-х месяцев), у пациентов во всех группах результаты были одинаковыми. Явных рецидивов практически не наблюдалось.

У больных с первичным птеригиумом в контрольной группе за 3-6 месяца в послеоперационном периоде, у 1 больного (8,3%) наблюдалось помутнение роговицы, а в 3 глазах (25%) - рост горизонтально-направленных сосудов в сторону роговицы. В итоге в 6 глазах (50%) наблюдался рецидив. У больных 1-основной группы, оперированных с пластикой аутоконъюнктивы на ножке наблюдалась нежная васкуляризация роговицы в 1 (8,3%), помутнение роговицы - в 1 (8,3%) и рецидив птеригиума - в 3 случаях (25%). Тогда как, у больных 2-основной группы, получавших до и послеоперационную терапию, наблюдалась нежная васкуляризация, помутнение роговицы и рецидив птеригиума, лишь в 1 глазу (7,1%), соответственно (табл. 7).

Таблица 7

**Частота рецидивов у оперированных больных
с первичным птеригиумом, М±m**

Группа	Количество	Количество рецидивов, шт., %	Положительный результат, %
Контрольная	12	6 (50%)	50,0±14,0
1-Основная	12	3 (25,0%)	75,0±12,5
2-Основная	14	1 (7,14%)	92,8±6,8*

Примечание: * - достоверное отличие показателей контрольной и 2-основной группы – $P < 0,05$; Сравнения данных показателей между контрольной и 1-основной, а также 1-основной и 2 основной статистически не значимый - $P > 0,05$.

У пациентов с рецидивирующей формой птеригиума в контрольной группы за 6 месяцев наблюдения выявлено в одном случае (14,3%) помутнение роговицы с нежной васкуляризацией, в 3 случаях (25%) появились признаки рецидива в виде роста горизонтально-направленных в сторону роговицы сосудов. В итоге через год, в 6 глазах (85,7%) наблюдался рецидив заболевания. У пациентов 1-основной группы, оперированных с пластикой аутоконъюнктивы наблюдалась нежная васкуляризация роговицы в одном случае (12,5%), помутнение роговицы - в одном случае (12,5%) и рецидив птеригиума - в 3 случаях (42,8%). У пациентов 2-основной группы, за этот период наступила нежная васкуляризация в 2 глазах (25%), и помутнение роговицы в 3 глазах (37,5%). Рецидив птеригиума отмечен в одном случае через 1 год после операции (табл.8.).

Патогенетическая терапия в комплексе с операцией показала высокую эффективность разработанного алгоритма лечения: частота послеоперационных рецидивов при первичном птеригиуме снижается до 7,1%, а при рецидивирующем птеригиуме – до 12,5%.

Таблица 8.

**Частота рецидивов у оперированных больных
с рецидивирующим птеригиумом, М±m**

Группа	Количество	Количество рецидивов, шт., %	Положительный результат, %
Контрольная	7	6 (85,7%)	14,3±13,0
1-Основная	8	3 (37,5%)	62,5±17,1
2-Основная	8	1 (12,5%)	87,5±11,7*

Примечание: * - достоверное отличие показателей контрольной и 2-основной группы – $P < 0,05$. Сравнения данных показателей между контрольной и 1-основной, а также 1-основной и 2 основной статистически не значимый - $P > 0,05$.

Таким образом, предложенный патогенетически обоснованный алгоритм лечения птеригиума в регионе Южного Приаралья оптимизирует течение внутриоперационного, а также раннего и позднего послеоперационных периодов. Предложенный способ лечения ускоряет процессы регенерации, повышает остроту зрения пациентов, снижает частоту послеоперационных

воспалительно-аллергических явлений, вследствие чего резко уменьшается число послеоперационных рецидивов птеригиума.

Результаты клинико-функциональных показателей больных катарактой осложненным ПЭС в процессе лечения показывало, что: у пациентов (15 глаз) с I стадии ПЭС по УБМ исследованиям была проведена традиционная факоэмульсификация катаракты (ФЭК) по методу «Phacochor» с имплантацией интраокулярной линзы (ИОЛ). При этом во время операции параметры ультразвука колебалась 40-90% в зависимости от плотности ядра хрусталика, ирригационная емкость была 60-100 см, аспирационный поток 25-30 мл/мин, вакуум 250-350 мм.рт.ст., т.е. в щадящем режиме. А у пациентов со II стадией (22 случаях) ПЭС по УБМ для достижения максимального мидриаза в дооперационном периоде закапаны комбинированные препараты тропикамида 1% и фенилэфрина 2,5%. Вследствие чего достигнут мидриаз не менее чем 6 мм. Пациентам проведена ФЭК с использованием щадящих режимов ультразвука – «пульс» (30-50%), ирригационная емкость 40-60 см, аспирационный поток 20-25 мл/мин, вакуум 100-250 мм.рт.ст.,

Пациентам (35 глаз) с катарактой, осложненной III стадией ПЭС по УБМ во время операции (32 операции) был достигнут мидриаз не менее 5 мм. При этом в 3-х случаях пришлось вводить 0,1 мл раствора Мезатона (10мг/мл) до операции, в 3 случаях пользовались ирис-ретрактором. В 17 (48,6%) случаях было имплантировано внутрикапсульное кольцо инжектором после капсулорексиса, что заранее планировалось для удержания капсульно-связочного аппарата. Факоэмульсификация проведена в щадящем режиме, также, как и у пациентов со II стадией ПЭС. Всем пациентам в капсульный мешок успешно имплантирована заднекамерная гибкая ИОЛ.

В 4 случаях из 12 глаз с IV стадией ПЭС по УБМ, у которых был частичные разрывы в волокнах цинновых связок в 3-х сегментах, была проведена операция ФЭК в щадящем режиме с использованием ирис ретракторов и внутрикапсульных колец. В 8 случаях с разрывом цинновых связок в 3-х сегментах и люксацией хрусталика, учитывая плотность ядра, предварительно до операции на консилиуме было решено, провести операцию туннельной экстракции катаракты с имплантацией жесткий ИОЛ (Aurolab, Индия) с трансцилиарной фиксацией к склере.

Операция протекала без особых осложнений, показатель составил 3,6%. Случаи интраоперационных осложнений по стадиям псевдоэксфолиативного синдрома приведены в табл. 9. При этом геморрагическое осложнение наблюдалось в одном случае (1,2%), у пациента с IV стадией ПЭС. Частичная гифема в углу передней камеры была промыта физиологическим раствором. Разрыв задней капсулы и отрыв капсульного мешка сопровождался с выпадением стекловидного тела в 2 (2,4%) случаях, у пациентов III и IV стадией ПЭС, и было устранено передней витректомией.

В раннем послеоперационном периоде наблюдались такие осложнения, как отек роговицы, экссудативная реакция и гипертензия. В первый день после операции доля осложнений составили 63,1%, на 10-й день 9,5% и через месяц после операции 1,2% (табл. 10).

Таблица 9

**Интраоперационные осложнения у пациентов с катарактой,
осложненной ПЭС**

Стадии ПЭС	Геморрагические осложнения	Разрыв задней капсулы, отрыв капсульного мешка с выпадением стекловидного тела
I (15)	-	-
II (22)	-	-
III (35)	-	1
IV (12)	1	1
Всего (84)	1 (1,2%)	2 (2,4%)

Таблица 10

Ранние послеоперационные осложнения у пациентов с катарактой

Осложнения	Сроки наблюдения после операции		
	1-й день	10-й день	1 месяц
Отек роговицы	35	5	-
Экссудативная реакция	9	2	-
Гипертензия	9	1	1
Всего	62 (63,1%)	8 (9,5%)	1 (1,2%)

Средняя острота зрения с первого дня после операции достоверно улучшалась в сравнении с исходными данными, максимальное значение отмечено на 10-й день после операции и стабильно держалась, составляя в среднем $0,8 \pm 0,4$ во всех периодах наблюдения. Средний показатель ВГД в первый день после операции повысился на 1,0 мм.рт.ст, составляя $20,5 \pm 0,4$, на 10-й день нормализовался до $18,0 \pm 0,4$ без медикаментозной коррекции.

В отдаленном послеоперационном периоде (через 1 год) в 4 (4,8%) случаях наблюдался фиброз задней капсулы, устраненный лазерной капсулотомией, в 2 случаях вторичная глаукома, компенсированная в одном случае медикаментозно, в другом с помощью антиглаукоматозной операции – глубокой склерэктомией.

Ожидаемые внутри и послеоперационные осложнения отмечены у пациентов с нестабильными состояниями капсульно-связочного аппарата и разрывом волокон связок. Своевременная и обязательная предоперационная диагностика таких нарушений с помощью ультразвуковой биомикроскопии позволили предотвратить грозные интраоперационные осложнения при ПЭС, и минимизировать число осложнений с успешной имплантацией ИОЛ. Вследствие этого внутри и послеоперационные осложнения минимизированы до 2,4%, 1,2% соответственно и операция завершилась успешной имплантацией планируемых интраокулярных линз при нестабильных состояниях капсульно-связочного аппарата.

Таким образом, катаракта в условиях Приаралья является осложненной ПЭС, поэтому при осмотре пациентов в регионе нельзя ограничиваться

биомикроскопией, а необходимо исследовать состояние капсульно-связочного аппарата на УБМ для выявления «скрытых» ПЭС. Правильная диагностика и визуализация ПЭС при помощи УБМ позволит не только заранее разработать хирургическую тактику операции, но и прогнозировать исход операции, с учетом стадии ПЭС.

ВЫВОДЫ

1. Анализ данных по заболеваемости офтальмопатологией в зоне Южного Приаралья свидетельствует о том, что в регионе преобладает заболеваемость конъюнктивитом (46,7%), птеригиумом (5,8%) и возрастной катарактой (2,1%), являющийся следствием экологической катастрофы и развившийся резистентностью заболеваний к традиционным методам лечения.

2. Характерными клиническими особенностями хронического конъюнктивита в регионе Южного Приаралья является присутствие симптомов ССГ, требующей включения в схему лечения препараты искусственной слезы, на примере Керотроп, позволяющей повысить эффективность лечения на 70% ($P < 0,05$).

3. Клиническими особенностями развития птеригиума в регионе являются агрессивный рост новообразованных сосудов и тела птеригиума, а также частые рецидивы заболевания. Патогенетически обоснованная многоэтапная терапия с птеригиумэктомией с пластикой аутоконъюнктивы, показала высокую эффективность разработанного алгоритма лечения: частота послеоперационных воспалительно-аллергических явлений снижается, вследствие чего резко снижается число послеоперационных рецидивов птеригиума при первичном птеригиуме до 7,1%, при рецидивирующем птеригиуме – до 12,5%. После птеригиумэктомии проведенной стандартным методом (по Мак-Рейнольдсу) рецидив заболевания составил от 50% до 86% соответственно, при соответствующих формах птеригиума.

4. Возрастная катаракта отличается быстрым прогрессированием (от 6 месяцев до 1 го года), часто сопровождается ПЭС (58,4%), что приводит к внутри и послеоперационным осложнениям. Визуализация капсульно-связочного аппарата хрусталика при помощи УБМ позволило в 26,1% выявить ПЭС, «скрытый» при традиционной биомикроскопии, что позволило предварительно планировать хирургическую тактику и прогнозировать исход операции. УБМ является необходимым дооперационным методом диагностики, представляющим объективную информацию о состоянии цилиарного тела, радужки и капсульно-связочного аппарата хрусталика, что особенно важно в хирургии катаракты пациентов, проживающих в зоне экологического неблагополучия.

5. Внедрение разработанных схем диагностики и лечения в клиническую практику офтальмологии южного Приаралья привело к снижению рецидивов птеригиума до 12,5%, а также признаков ССГ на фоне хронического конъюнктивита до 10%.

**THE SCIENTIFIC COUNCIL DSc.04/30.01.2020.Tib.105.01 ON
AWARDING OF SCIENTIFIC DEGREES
AT THE REPUBLICAN SPECIALIZED SCIENTIFIC-PRACTICAL
MEDICAL CENTER OF EYE MICROSURGERY**

TASHKENT MEDICAL ACADEMY

MATKARIMOV AKMAL KARIMOVICH

**FEATURES OF THE CLINICAL COURSE AND THE TREATMENT OF
SOME EYE DISEASES IN THE CONDITIONS OF THE SOUTH PRIARAL**

14.00.08 – Ophthalmology

**DISSERTATION ABSTRACT OF THE DOCTOR OF PHILOSOPHY (PhD)
ON MEDICAL SCIENCES**

TASHKENT – 2022

The theme of the dissertation of the Doctor of Philosophy (PhD) registered by the Supreme Attestation Commission of the Cabinet of Ministers of the Republic of Uzbekistan №B2020.2.PhD/Tib1356.

The dissertation has been done in the Tashkent medical academy.

The abstract of the dissertation is posted in three (Uzbek, Russian, English (resume)) languages on the website of the Scientific Council (www.eye-center.uz) and Informational and Educational portal of «Ziyonet» (www.ziyonet.uz)

Scientific adviser:

Bakhritdinova Fazilat Arifovna
Doctor of medical sciences, professor

Official opponents:

Ivanova Nanuli Viktorovna
Doctor of medical sciences, professor
(Russian Federation)

Yusupov Amin Abduazizovich
Doctor of medical sciences, professor

Leading organization:

**Yerevan State Medical University after
Mkhitar Heratsi**
(Republic of Armenia)

Defense will take place «_____» _____ 2022 y. _____ at the meeting of Scientific Council DSc.04/30.01.2020.Tib.105.01 at the Republican specialized scientific-practical medical center of eye microsurgery (Address: 100173, Tashkent, Uchtepa district, Kichik khalka yuli, 14. Phone/fax: (+99871) 217-49-34; (+99871) 217-49-37; e-mail: eye-center@inbox.ru).

The dissertation can be reviewed at the information Resource Center of the Republican specialized scientific-practical medical center of eye microsurgery (is registered under No _____) (Address: 100173, Tashkent, Uchtepa district, Kichik khalka yuli, 14. Phone/fax: (+99871) 217-49-34; (+99871) 217-49-37; e-mail: eye-center@inbox.ru)

Abstract of dissertation sent out on «_____» _____ 2022 y.
(mailing report No.: _____ on «_____» _____ 2022 y).

A.F. Yusupov

Chairman of the scientific council for the award of degrees, doctor of medical sciences, senior researcher

Sh.A. Djamalova

Scientific secretary of the scientific council for the award of degrees, doctor of medical sciences, docent

M.Kh. Karimova

Chairman of the scientific seminar of the scientific council for the awarding of scientific degrees, doctor of medical sciences, professor

INTRODUCTION (abstract of PhD dissertation)

The aim of the research work. Increasing the effectiveness of the treatment of regional ophthalmopathology, taking into account the peculiarities of the clinical manifestations of eye diseases in the conditions of the Southern Aral Sea region.

The object of the study were 189 patients aged 18 to 90 years who were on outpatient and inpatient treatment in the Beruni branch of the DMC clinic of the Republic of Karakalpakstan for the period 2019 - 2021.

The scientific novelty of the dissertation research is as follows:

for the first time, the structure of the morbidity of the organ of vision in the population of the region was scientifically analyzed and eye diseases were identified like most common in the population and occur with specific clinical manifestations;

It has been proven that chronic conjunctivitis in the conditions of the Aral Sea region in 86% of cases is accompanied by secondary DES, which indicates the need to include AT drugs in the pathogenetic treatment regimen;

It is substantiated that pterygium surgery (pedicle autoplasty) in combination with therapy carried out before and after it is especially effective in case of regional pterygium accompanied by an aggressive and recurrent course (87.5 per cent of cases accompanied with neovascularization and relapse after standard methods of operations);

It has been proven that age-related cataract in the region is accompanied by PEX, the advantage and necessity of the UBM method to visualize PEX, "hidden" in traditional biomicroscopy of the capsular-ligamentous apparatus, has been revealed.

Implementation of research results. Based on the scientific results of the study of the course and features of the treatment of common eye diseases in the South Aral Sea region:

Approved methodological recommendations "Comparative evaluation of the effectiveness of pterygiumectomy methods in patients living in the Aral Sea region", developed on the basis of scientific results of the treatment of patients with pterygium in the Aral Sea region (Conclusion No. 8n-r/434 of November 11, 2020 of the Ministry of Health of the Republic of Uzbekistan). These methodological recommendations made it possible to effectively treat pterygium and reduce the frequency of postoperative relapses.

Approved methodological recommendations "Peculiarities of the clinical course and treatment of the "dry eye" syndrome against the background of chronic conjunctivitis in the South Aral Sea region", developed on the basis of the results of scientific studies on the treatment of patients with the "dry eye" syndrome against the background of chronic conjunctivitis in the Aral Sea region (Conclusion No. 8n-r/1052 of November 01, 2021 of the Ministry of Health of the Republic of Uzbekistan). These guidelines made it possible to effectively diagnose and treat the features of the clinical course of chronic conjunctivitis in the region.

The results of a study on the clinical course of eye diseases in the South Aral Sea region and the regional features of their treatment have been introduced into healthcare practice, including in the Department of Eye Diseases of the Beruni

District Medical Association of the Republic of Karakalpakstan, the Samarkand Ophthalmological Hospital, the Khiva District Medical Association of the Khorezm Region (Conclusion of the Ministry of Health of the Republic of Uzbekistan No. 8n-z/330 dated October 12, 2021 and Conclusion of the Ministry of Health of the Republic of Uzbekistan No. 8n-z/25 dated January 25, 2022). The obtained results allowed to improve the quality of diagnostics in patients with pterygium and chronic conjunctivitis, reduce the time and increase the effectiveness of treatment, and prevent recurrence of diseases.

The structure and volume of the dissertation. The dissertation consists of an introduction, four chapters, conclusion, list of sources and literature. The volume of dissertation is 120 pages.

ЭЪЛОН ҚИЛИНГАН ИШЛАР РЎЙХАТИ
СПИСОК ОПУБЛИКОВАННЫХ РАБОТ
LIST OF PUBLISHED WORKS

I бўлим (I часть; I part)

1. Маткаримов А.К., Бахритдинова Ф.А., Миррахимова С.Ш. Орол денгизи минтақасидаги экологик ҳолатнинг офталмопатология ривожланишига таъсири (Адабиётлар шарҳи) // Научно-практический журнал «Инфекция, иммунитет и фармакология». – Ташкент, 2019. – №6. – С. 14-22. (14.00.00; №15)

2. Оралов Б.А., Миррахимова С.Ш., Нарзикулова К.И., Маткаримов А.К., Набиева И.Ф. Иккиламчи куруқ кўз синдромини ташҳислашда қиёсий ёндашув // Научный журнал «Проблемы Биологии и медицины». – Самарканд, 2020. – №2 (118). – С. 193-197. (14.00.00; №19)

3. Маткаримов А.К., Бахритдинова Ф.А., Билалов Э.Н., Максудова З.Р., Оралов Б.А. Оценка эффективности патогенетически обоснованного лечения птеригиума в Южном Приаралье // Научный журнал «Проблемы Биологии и медицины». – Самарканд, 2020. – №5 (122). – С. 29-34. (14.00.00; №19)

4. Маткаримов А.К., Бахритдинова Ф.А., Максудова З.Р. Analysis of the structure of eye diseases in the population of the South Aral Sea region // Офтальмологический журнал. – Одесса. 2021. – №1. – С. 46-49. <http://doi.org/10.31288/oftalmolzh202114649> (14.00.00; №99)

5. Маткаримов А.К., Бахритдинова Ф.А., Максудова З.Р., Миррахимова С.Ш. Особенности клинического течения и лечения синдрома «сухого глаза» на фоне хронического конъюнктивита в регионе Южного Приаралья // Научно-практический журнал для офтальмологов и оптометристов «The EYE Глаз». Том 23. №3. Москва. 2021. – С.39-45. (14.00.00; №41)

6. Маткаримов А.К., Сафаров Ж.О., Оралов Б.А., Орипов О.И. Особенности клинического течения и лечения синдрома сухого глаза // Вестник ТМА специальный выпуск. – Ташкент, 2020. – С. 167-168. (14.00.00; №13)

7. Маткаримов А.К., Эгамбердиева М.Э. Использование НПВС в профилактике послеоперационных осложнений экстракции катаракты // Вестник ТМА специальный выпуск. – Ташкент, 2020. – С. 180-181. (14.00.00; №13)

8. Маткаримов А.К., Бахритдинова Ф.А., Максудова З.Р. Выявляемость заболеваний хрусталика среди населения Республики Каракалпакстан за период 2015-2019 гг. // Вестник ТМА. – Ташкент, 2020. – №3. –С. 32-34. (14.00.00; №13)

II бўлим (II часть; II part)

9. Маткаримов А.К., Бахритдинова Ф.А., Максудова З.Р., Оралов Б.А. Анализ общей и первичной заболеваемости глаз в Южном Приаралье // IX Международная научно-практическая конференция «Perspectives of world science and education». – Осака, 2020. – С. 289-294.

10. Маткаримов А.К., Бахритдинова Ф.А. Жанубий Оролбўйи худудида кўз ва ёрдамчи аъзоларининг касалланиши // “Профилактик тиббиётда юқори инновацион

технологияларни қўллаш” Республика илмий – амалий анжумани материаллари. – Андижон, 2020. – С.667-668.

11. Бахритдинова Ф.А., Билалов Э.Н., Маткаримов А.К. Анализ кератотопографических показателей в процессе птеригиумэктомии // Матер.научн.-практич. конф. с международным участием «Актуальные проблемы микрохирургии глаза» – Ташкент, 2011. – С. 74-75.

12. Бахритдинова Ф.А., Билалов Э.Н., Маткаримов А.К. Динамика кератотопографических показателей в процессе птеригиумэктомии // Матер.научн.-практич. конф. офтальмологов с международным участием «Филатовские чтения» –Одесса, 2009. – С. 6.

13. Маткаримов А.К. Сравнительная оценка эффективности способов птеригиумэктомий у пациентов, проживающих в зоне Приаралья // Методические рекомендации. – Ташкент, 2020. – 20 с.

14. Маткаримов А.К. Особенности клинического течения и лечения синдрома «сухого глаза» на фоне хронического конъюнктивита в регионе южного Приаралья // Методические рекомендации. – Ташкент, 2021. – 14 с.

Автореферат «Тошкент тиббиёт академияси ахборотномаси» журнали
таҳририятида таҳрирдан ўтказилди



MUHARRIRIYAT VA NASHRIYOT BO'LIMI

Разрешено к печати: 23 августа 2022 года
Объем – 2,9 уч. изд. л. Тираж – 50. Формат 60x84. 1/16. Гарнитура «Times New Roman»
Заказ № 1754 - 2022. Отпечатано РИО ТМА
100109. Ул. Фароби 2, тел: (998 71)214-90-64, e-mail: rio-tma@mail.ru