

Qasimov E.M.
Aslanova V.Ə.

GÖZ XƏSTƏLİKLƏRİNİN DİAQNOSTİKASI



Bakı 2009

Az 2009
2171

Qasimov E., Aslanova V.

GÖZ XƏSTƏLİKLƏRİNİN DİAQNOSTİKASI

90086

ARXIV

AMELİYYATÇI
MƏDƏNİYYƏT MƏRKƏZİ
KİTABXANASI

M. F. Aslanova adına
Azərbaycan Milli
Kutubxanası

ARXIV

Bakı-2009



*"Həkim insanlardan özünü ayırmamalı,
özünü sevən, laqeyd insan olmamalıdır"*

Akademik Zərifə ƏLİYEVA

AKADEMİK ZƏRİFƏ ƏLİYEVANIN ƏZİZ XATİRƏSİNƏ HƏSR OLUNUR

Görkəmli alim, yüksək insani keyfiyyətlərə malik olan, böyük elmi əsərləri ilə Azərbaycan oftalmologiya elmini yüksəklərə qaldıran akademik Zərifə xanım Əliyevanın əvəzsiz xidmətini xüsusi qeyd etmək lazımdır.

Zərifə Əziz qızı Əliyeva (1923-1985) 1947-ci ildə N.Nərimanov adına Azərbaycan Tibb İnstitutunun müalicə-profilaktika fakültəsini bitirdikdən sonra Moskva şəhərində Helmqols adına Elmi-Tədqiqat Göz Xəstəlikləri İnstitutunda oftalmologiya üzrə ixtisaslaşma kursu keçmiş, öz əmək fəaliyyətinə 1949-cu ildə Azərbaycan Elmi-Tədqiqat Oftalmologiya İnstitutunda ordinator vəzifəsindən başlamışdır.

Yüksək ixtisaslı oftalmoloq, perspektivli, gələcəkdə əhəmiyyətli elmi əsərlərin müəllifi olacaq, nüfuzlu mütəxəssis, məhz institutun divarları arasında yetişdirilmişdir.

Əsrin 40-50-ci illərində Azərbaycanın bir çox cənub rayonlarının əhalisi arasında traxoma xəstəliyi geniş yayılmışdır. Z.Ə.Əliyeva traxomaya qarşı aparılan bütün işlərdə fəal iştirak edirdi. O, dəfələrlə ona həvalə edilmiş Əlibayramlı rayonunun bir sıra kəndlərinə gedirdi və burada çətinliklərə baxmayaraq, traxomaya qarşı nəzərdə tutulmuş tədbirlər kompleksini inadla yerinə yetirirdi. Bu böyük praktiki iş Zərifə xanım Əliyevanın bir sıra elmi əsərlərinin əsasını yaratmışdır. Zəngin materialın ümumiləşdirilməsi və təhlili 1959-cu ildə Z.Ə.Əliyevanın «Traxomanın sintomisin ilə və ona uyğunlaşdırılmış digər terapevtik üsullarla müalicəsi» namizədlik dissertasiyasının müdafiəsi ilə nəticələnmişdir.

70-ci illərin əvvəllərində Z.Ə.Əliyeva elmi fəaliyyətinin yeni istiqaməti kimi sənaye müəssisələrinin işçilərində görmə üzvünün peşə zərərləri təsiri nəticəsində zədələnmələrinin öyrənilməsi ilə ciddi məşğul olmağa başlamışdır. Miqyaslı klinik və eksperimental tədqiqatların nəticəsində görmə üzvünə peşə zərərləri təsirinin mühüm qanuna uyğunluqlarının aşkar edilməsi mümkün olmuşdur. Bu tədqiqatlar zərərlərin patogen təsirinin biokimyəvi mexanizminin bir çox tərəflərini aydınlaşdırmağa imkan vermişdir və 1976-cı ildə Z.Ə.Əliyeva «Azərbaycanda kimya sənayesinin bəzi müəssisələrində işçilərin görmə üzvünün vəziyyəti» mövzusunda doktorluq dissertasiyasını müdafiə etmişdir.

1979-cu ildə keçmiş İttifaqda ilk dəfə olaraq akademik Zərifə xanım Əliyevanın şəxsi təşəbbüsü və iştirakı ilə istehsalatla elmin vəhdəti olan

Bakı məişət kondisionerləri zavodunda respublika Elmlər Akademiyasının A.İ.Qarayev adına Fiziologiya institutunun peşə patologiyası üzrə problem laboratoriyası yaradılmışdır. Z.Ə.Əliyeva uzun illər ona rəhbərlik göstərmişdir. Burada müxtəlif kimyəvi maddələrin və istehsalat tullantılarının görmə üzvünə və onun əlavə aparatına xroniki təsirinin mexanizmlərinin öyrənilməsi, bu təsirin qarşı profilaktik tədbirlərin işləməsi və tətbiqi ilə əlaqədar Z.Ə.Əliyeva elmin bu sahəsində böyük müvəffəqiyyət qazanmışdır.

Sonralar Z.Ə.Əliyevanın elmi fəaliyyəti Ə.Əliyev adına Azərbaycan Dövlət həkimləri təkmilləşdirmə institutunun oftalmologiya kafedrası ilə bağlı olmuşdur. Bu dövrdə yaradılmış gözün peşə patologiyasına həsr olunmuş "Şin istehsalında gözün peşə patologiyası", "Xroniki yod intoksikasiyası şəraitində gözün patologiyası", "Yod istehsalında gözün peşə xəstəliklərinin profilaktikası", "Görmə üzvünün peşə xəstəlikləri" adlı monoqrafiyalarına və digər əsərlərinə görə o, dünyanın ən görkəmli alimlərin arasında layiqli yer tutmuşdur.

Peşə xəstəlikləri üzərində aparılmış bir sıra elmi axtarıslara görə Z.Əliyeva SSRİ Elmlər Akademiyası tərəfindən akademik M.İ.Averbax adına mükafatla təltif edilmişdir.

Görmə üzvünün peşə patologiyası problemləri ilə yanaşı Z.Ə.Əliyeva oftalmologiyanın digər aktual istiqamətlərində tədqiqatlar aparırdı. Bu tədqiqatların nəticəsində "Gözün və görmə siniri yolunun yaşla əlaqədar dəyişiklikləri", "Gözün hidrodinamik sisteminin anatomik fə fizioloji xüsusiyyətləri", "İridodiagnostika", "Şəkərli diabet zamanı gözün patologiyası", "Oftalmologiyanın aktual problemləri", "Terapevtik oftalmologiya" və başqa monoqrafiyalar çap edilmişdir. Ümumiyyətlə onun 200-qədər elmi işləri, 14 monoqrafiyası və 12 səmərələşdirici təklifləri var idi.

1982-ci ildə Z.Ə.Əliyeva Ə.Əliyev adına Azərbaycan Dövlət həkimləri təkmilləşdirmə institutunun göz xəstəlikləri kafedrasının müdiri vəzifəsinə seçilmişdir. Burada o, bir sıra yüksəkixtisaslı elmi kadrları hazırlamışdır.

Z.Ə.Əliyevanın təcürbi həkimlik işini xüsusi qeyd etmək lazımdır. Onun iş-tirakı ilə keçən klinik araşdırmalar, xəstələrin səhər yoxlamaları, konsilium və konsultasiyaların gənc həkimlərin təkmilləşdirilməsində əhəmiyyəti çox böyük olmuşdur.

Görkəmli alimə və həkimə, tibb elminin və milli səhiyyənin xadiminə xas olan ictimai və vətənpərvər borcunun, yüksək məsuliyyətinin dərindən dərk edilməsi, işə qarşı yaradıcılıq münasibətlə yanaşması akademik Z.Ə.Əliyevaya yüksək dərəcədə məxsus idi. Akademik Z.Ə.Əliyeva Azərbaycan oftalmologiyasının əsl fədaisi olmuşdur, onun vətən oftalmologiyasının inkişafında qiymətə gəlməz xidmətləri çoxdur, onlardan biri Oftalmologiya İnstitutunun yeni binasının tikintisi haqqında təşəbbüsüdür. Zərifə xanımın sayəsində hələ SSRİ dövründə həmin binanın inşaatı üçün lazım olan vəsait ayrılmışdır və

binanın təməli qoyulmuşdur.

Akademik Z.Ə.Əliyeva böyük ictimai işi də aparırdı. O, keçmiş İttifaqın Sülhü müdafiəsi komitəsinin üzvü, Azərbaycan Sülhü müdafiəsi komitəsinin sədr müavini, "Bilik" Ümumittifaq cəmiyyətinin idarə heyətinin üzvü, Ümumittifaq Oftalmoloqlar Cəmiyyətinin rəyasət heyətinin üzvü, "Vestnik oftalmologii" jurnalının redaksiya heyətinin üzvü olmuşdur.

Z.Ə.Əliyevanın əvəzsiz xidmətlərinin etirafı kimi 1983-cü ildə Azərbaycan respublikası Elmlər Akademiyasının həqiqi üzvü seçilməsi, orden və medallarla təltif edilməsi olmuşdur. Ona Azərbaycan Respublikası Əməkdar elm xadimi Fəxri adı verilmişdir, 2001-ci ildə Azərbaycan Elmi-Tədqiqat Göz Xəstəlikləri İnstitutuna akademik Z.Ə.Əliyevanın adı verilmişdir.

MÜNDƏRİCAT

MÜQƏDDİMƏ	19
GÖZ QAPAĞININ XƏSTƏLİKLƏRİ	20
Göz qapağının anadangəlmə anomaliyaları	20
• <i>Blefarofimoz</i>	20
• <i>Epikantus</i>	20
• <i>Koloboma</i>	20
• <i>Ankiloblefaron</i>	21
• <i>Mikroblefaron</i>	21
• <i>Epiblefaron</i>	21
• <i>Ablefariya</i>	21
• <i>Anadangəlmə distixiaz</i>	22
Göz qapağının qazanılma xəstəlikləri	22
Göz qapağının vəziyyət anomaliyaları.....	22
• <i>Göz qapağının daxilə çevrilməsi</i>	22
• <i>Göz qapağının xaricə çevrilməsi</i>	22
• <i>Ptoz</i>	23
Göz qapağının iltihabi xəstəlikləri	23
• <i>Blefarit</i>	23
• <i>İtdirsəyi</i>	24
• <i>Göz qapağının absesi</i>	25
• <i>Göz qapağının fleqmonası</i>	25
• <i>Meybomit</i>	26
• <i>Xalazion</i>	26
Göz qapağının yenitörəmələri	26
Göz qapağının anadangəlmə yenitörəmələri	27
• <i>Qapağın dermoidi</i>	27
• <i>Qapağın hemangiomaları</i>	27
• <i>Reklinhauzen neyrofibromatozu</i>	28
• <i>Piqmentli kseroderma</i>	28
Göz qapağının qazanılma yenitörəmələri	28
• <i>Qocalıq ziyilləri</i>	28
• <i>Dərinin buynuz qatının qalınlaşması</i>	29
• <i>Papilloma</i>	29
• <i>Bouen epiteliozması</i>	29
• <i>Göz qapağı dərisinin xərçəngi</i>	30
• <i>Göz qapağı dərisinin sarkoması</i>	30
GÖZYAŞI ÜZVLƏRİNİN XƏSTƏLİKLƏRİ	31
Gözyaşı üzvlərinin anadangəlmə xəstəlikləri	31
• <i>Anadangəlmə hipolakrimyanın persistensiyası</i>	31

GÖZ XƏSTƏLİKLƏRİNİN DİAQNOSTİKASI.

Bakı—2009.

Bu kitabda görmə üzvünün əsas xəstəliklərinin diaqnostikası üçün lazım olan qısa klinik məlumatlar verilmişdir. Müxtəlif göz patologiyalarında kliniki əlamətlər, oftalmodiaqnostika geniş işıqlandırılmışdır.

Hər bir göz xəstəliyinin təsvirində onun etiologiyası, kliniki əlamətləri, diaqnostik müayinə üsulları, proqnozu öz əksini tapmışdır.

Kitab yalnız oftalmoloqlar üçün deyil, eləcə də müxtəlif ixtisaslı həkimlər üçün də faydalı ola bilər.

• Şeqren sindromu	31
• Yenidoğulmuşların dakriosistiti	31
Yaşaparıcı yolların anomaliyalari	32
• Yaşaparıcı yolların epitelial rüşeyminin aplaziyası.....	32
• Yaş ötürmənin pozulması	32
• Yaşaparıcı yolların fistulu	32
• Divertikullar və ikili gözyaşı-burun yolları	32
Gözyaşı üzvlərinin qazanılma xəstəlikləri	33
• Kanalikulit.....	33
• Dakrioadenit.....	33
• Dakriosistit	34
Yaşaparıcı yolların yenitörəmələri	34
• Papilloma	34
• Adenoma	35
• Fibroma	35
• Limfoma	35
Yaş kisəsinin bədxassəli şişləri	35
• Yaş kisəsinin xərçəngi	35
• Yaş kisəsinin melanomasi	35
• Yaş kisəsinin sarkomasi	36
BİRLƏŞDİRİCİ QIŞANIN (KONYUNKTIVANIN) XƏSTƏLİKLƏRİ	37
Konyunktivanın ekzogen etiologiyalı iltihabi xəstəlikləri	38
Bakterial konyunktivitlər	38
• Kəskin epidemik Kox-Uiks konyunktiviti	38
• Pnemokokk konyunktiviti	39
• Diplobasillyar (anqulyar) blefarokonyunktivit	39
• Difteriya konyunktiviti	40
• Qonokokk konyunktiviti	41
• Konyunktivanın vərəmi	42
Virus konyunktivitləri	43
• Kəskin epidemik adenovirus konyunktiviti	43
• Adenofarinqokonyunktival qızdırma	44
• Epidemik hemorragik (follikulyar) konyunktivit	44
• Herpetik konyunktivit	45
• Xroniki follikulyar (mollyusk) konyunktivit	46
Yenidoğulmuşların konyunktiviti	46
• Yenidoğulmuşların konyunktiviti	46
Xlamidiyanın törətdiyi konyunktivitlər	47
• Xlamidiya konyunktiviti	47
• Traxoma	48
• Paratraxoma	49

Göbələk konyunktivitləri	49
• Göbələk konyunktivitləri	49
Allergik konyunktivitlər	50
• Bahar konyunktiviti	50
• Pollinoz konyunktiviti	51
• Kəskin allergik konyunktivit	51
• Dərman konyunktiviti	51
• Nəhəng məməcikli konyunktivit	52
Ultrabənövşəyi şüalanmanın törətdiyi konyunktivitlər	52
• Elektrooftalmiya	52
• Qar kurluğu	53
Xroniki konyunktivit	53
• Xroniki konyunktivit	53
Konyunktivanın endogen etiologiyalı iltihabi xəstəlikləri	54
• Suçiçəyi zamanı konyunktivit	54
• Qızılca konyunktiviti	54
• Parinonun okuloqlandulyar konyunktiviti	55
• Konyunktivanın pemfiqusu	55
• Stivens-Conson sindromunda konyunktivit	56
• Konyunktivanın sifilisi	57
• Fliktenulyoz toksiko-allergik konyunktivit	58
Konyunktivanın degenerativ dəyişiklikləri	59
• Qanadvari pərdə (pteriqium)	59
• Yalançı pteriqium	60
• Piyçik (pinqvekula)	60
• Kseroz	60
Konyunktivanın şişləri	61
Konyunktivanın xoşxassəli şişləri	62
• Dermoid, dermatolipoma və ya fibrolipoma	62
• Konyunktivanın papillomasi	62
• Hemangioma	63
• Limfangioma	64
• Konyunktivanın limfomasi	64
• Nevus	64
• Birincili qazanılma melanoz	65
Konyunktivanın bədxassəli şişləri	66
• Konyunktivanın kəpəklənən hüceyrəli xərçəngi	66
• Konyunktivanın melanomasi	66
• Kaposi sarkomasi	67
GÖZ YUVASININ XƏSTƏLİKLƏRİ	68
Göz almasının vəziyyət pozğunluqları	68

• Travmatik ekzoftalm	68
• Növbədənən ekzoftalm	68
• Endokrin ekzoftalm	69
• Travmatik enoftalm	70
Göz yuvasının iltihabi xəstəlikləri	70
• Tenonit	70
• Osteoperiostit	71
• Subperiostal abses	71
• Göz yuvasının fleqmonası	72
• Göz yuvasının vərami	73
• Göz yuvasının şiflisi	73
• İltihab qranulyomaları	73
Göz yuvasının göbələk xəstəlikləri	74
• Mikoz	74
Göz yuvasının damar xəstəlikləri	75
• Pulsasiyaedici ekzoftalm	75
Göz yuvasının parazitər xəstəlikləri (helmintozları)	75
• Trixinellyoz	75
• Dirofilyarioz	76
• Göz yuvasının sistiserkozu	76
• Göz yuvasının exinokokkozu	77
Göz yuvasının şişləri	77
Göz yuvasının xoşxassəli şişləri	77
• Göz yuvasının osteomasi	77
• Kista	78
• Lipoma	78
• Fibroma	79
• Orbito-sinual mukosele	79
Göz yuvasının bədxassəli şişləri	80
• Sarkoma	80
• Xərçəng	80
• Göz yuvasının karsinomasi	81
REFRAKSİYA	82
• Emmetropiyanın kliniki xarakteristikası	82
• Hipermetropiyanın kliniki xarakteristikası	83
• Miopiyanın kliniki xarakteristikası	85
• Astiqmatizm	90
• Anizometriya	91
• Afakiya	91
• Refraksiya növlərinin təyini	91
• Ambliopiya	92

AKKOMODASIYA	94
Akkomodasiyanın fiziologiyası	94
Akkomodasiyanın spazmı	97
ÇƏPGÖZLÜK	99
• Müştərək çəpgözlük	99
• Qeyri-həqiqi çəplik	101
• Gizli çəpgözlük və ya heteroforiya	102
• Çəpgözlüyün atipik növləri	102
• İftic çəpgözlüyü	103
NİSTAQM	105
BUYNUZ QIŞANIN XƏSTƏLİKLƏRİ	107
Buynuz qişanın anadangəlmə xəstəlikləri	107
• Megalokornea	107
• Mikrokornea	107
• Yastı buynuz qişa	108
• Keratokonus	108
• Buynuz qişanın dermoidi	109
• Buynuz qişanın bulanmaları	109
Buynuz qişanın distrofiya və degenerasiyaları	110
• Buynuz qişanın diyüncüklü Qrenuv degenerasiyası	110
• Dimmerin xəlbirvari distrofiyası	110
• Ferin xallı distrofiyası	110
• Şniderin kristallik distrofiyası	110
• Fransuanın çil-çil distrofiyası	111
• Zalsmanın diyüncüklü distrofiyası	111
• Mesmann-Uilkinin epitelial distrofiyası	111
• Reys-Byuklers distrofiyası	111
• Endotelial-epitelial distrofiya	111
• Buynuz qişanın piy distrofiyası	111
• Buynuz qişanın əhəngli dəyişməsi	111
• Buynuz qişanın zülal distrofiyası	111
• Qocalıq qövsü	112
• Buynuz qişanın kənarı distrofiyası	112
• Buynuz qişanın lentvari degenerasiyası	112
• Buynuz qişanın piqmentasiyası	112
KERATİTLƏR	114
Keratitlərin ümumi simptomatologiyası	114
Ekzogen keratitlər	115
• Buynuz qişanın eroziyası	115
• Buynuz qişanın sürünən (yayılan) xorası	116

• Buynuz qişanın diplobasillyar xorası	117
• Epidemik keratokonyunktivit	117
Buynuz qişanın göbələk zədələnmələri	118
• Aktinomikoz	118
• Aspergilyoz	118
• Blastomikoz	118
• Kandidomikoz	118
• Mukoroz	118
Konyunktivanın, göz qapağı və meybomi vəzilərinin xəstəliklərindən törənmiş keratitlər	119
• Buynuz qişanın kataral xorası	119
• Göz yarığının yumulmaması zamanı əmələ gələn keratit	119
• Meybomi keratiti	120
Endogen keratitlər	120
• Diffuz parenximatov keratit	120
• Neyroparalitik keratit	121
Vərəm keratitləri	122
• Dərin diffuz vərəm keratiti	122
• Buynuz qişanın dərin infiltratı	123
• Sklerozlaşdırıcı keratit	123
Allergik-vərəm keratitləri	123
• Fassikulyar (səyirici) fiktəna	124
• Pannoz fiktənyuloz keratit	124
Herpetik keratitlər	124
• Vezikulyar herpetik keratit	125
• Herpetik stromal keratit	125
• Diskvari keratit	125
• Herpetik endotelial keratit	126
Avitaminoz keratitləri	127
• Prekseroz	127
• Buynuz qişanın kserozu	127
• Keratomalyasiya	127
SKLERANIN XƏSTƏLİKLƏRİ	128
Skleranın anadangəlmə inkişaf anomaliyaları	128
• Mavi skleralar sindromu	128
• Skleranın anadangəlmə melanozu	128
• Skleranın anadangəlmə quruluş və forma anomaliyaları	128
Skleranın qazanılma inkişaf anomaliyaları	128
• Skleranın qazanılma pigmentasiyası və sarımtıl rəngi	128
• Skleranın dəyişiklikləri	129
Skleranın şişləri	129

Skleranın iltihabı	129
• İrinli sklerit	130
• İrsinsiz qranulyomatoz skleritlər	130
• Düyüncüklü episklerit	130
• Fuksun dövrü episkleriti	130
• Ön sklerit	130
• Arxa sklerit	131
Skleranın ektaziyası və stafilmaları	131
BÜLLURUN XƏSTƏLİKLƏRİ	132
Büllurun xəstəliklərinin təsnifatı	132
BÜLLURUN ANADANGƏLMƏ XƏSTƏLİKLƏRİ	133
Büllurun vəziyyət anomaliyaları	133
• Marfan sindromu	133
• Vail-Marçezani sindromu	133
Büllurun həcmnin dəyişməsi	133
• Mikrofakiya	133
Büllurun ayrılıq anomaliyaları	133
• Sferofakiya	133
• Lentikonus	134
• Lentiqlobus	134
Büllurun şəffaflığının pozulması	134
• Təcrid olunmuş kapsulyar katarakta	134
• Ön və arxa qütb kataraktası	135
• Piramidaşəkilli katarakta	135
• Milvari katarakta	135
• Qatlı katarakta	136
• Nöqtəvari katarakta	136
• Mərkəzi katarakta	136
• Total katarakta	137
• Pərdə şəkilli katarakta	137
• Anadangəlmə kataraktaların atipik formaları	137
Büllurun təhlükənin pozulması	137
• Büllurun kolobomasi	137
• Afakiya	138
QAZANILMA XƏSTƏLİKLƏR	139
Büllurun şəffaflığının pozulması	139
• Qocalıq kataraktası	139
• Fəsadlaşmış kataraktalar	140
• Uveal katarakta	140
• Travmatik katarakta	140

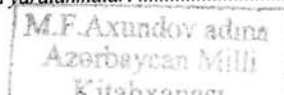
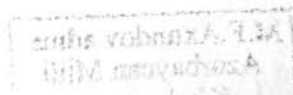
• Şüa kataraktası	141
Büllürün tamlığının, vəziyyətinin pozulması	141
• Ektopiya	141
• Büllürün çıxığı	141
• Qazanılma afakiya	142
DAMARLI QIŞANIN XƏSTƏLİKLƏRİ	143
Uveitlər	143
• İrit	143
• İridosiklit	144
• Stafilokokk iridosikliti	144
• Streptokokk iridosikliti	145
• Vərəm iridosikliti	145
• Virus iridosikliti	146
• Xorioidit, xorioretinit	146
• Sifilitik xorioretinit	147
• Vərəm xorioretinitini	147
• Toksoplazmoz xorioretinitini	147
• Herpetik uveit	148
• Periferik uveit	148
• Still sindromu	149
• Felti sindromu	150
• Foqt-Koyanagi-Xarad sindromu	150
• Benye-Beka-Şauman xəstəliyində uveit (sarkoidoz)	150
• Bexteryev-Ştryumpel-Mari xəstəliyində uveit	151
• Reyter sindromu	152
• Bexçet xəstəliyində uveit	152
• Simpatik uveit	152
Uveopatiyalar	153
• Fuks sindromu	153
• Qlaukomosiklitik kriz	154
• Psevdoksfoliativ sindrom	154
Damarlı qışanın inkişaf anomaliyaları	155
• Aniridiya	155
• Xorioideyanın koloboması	155
• Qüzehli qışanın koloboması	156
Damarlı qışanın yenitörəmələri	156
• Qüzehli qışanın melanoblastoması	156
• Kirpikli cismnin melanoblastoması	157
• Xorioideyanın nevasu	158
• Qüzehli qışanın nevasu	159
• Damarlı qışanın kistaları	160

QLAUKOMA	161
Qlaukomanın təsnifatı	161
• Birincili qlaukomanın təsnifatı	162
• Anadangəlmə qlaukomanın təsnifatı	165
• İkincili qlaukomanın təsnifatı	166
Birincili qlaukoma	167
• Açıqbucaqlı qlaukoma	167
• Alçaq təzyiqli qlaukoma	169
• Qapalı bucaqlı qlaukoma	170
İkincili qlaukoma	173
• İltihabdan sonrakı qlaukoma	173
• Heteroxrom uveopatiya (Fuks sindromu)	174
• Fakogen qlaukoma	174
• Damar sistemi ilə əlaqədar qlaukoma	175
• Flebohipertenziv qlaukoma	175
• Distrofik qlaukoma	176
• Travmatik qlaukoma	177
• Əməliyyatdan sonrakı qlaukoma	178
• Neoplastik qlaukoma	179
Qlaukoma zamanı aparılan müayinə üsulları	179
Anadangəlmə qlaukoma	180
• Anadangəlmə qlaukoma	180
• Sadə anadangəlmə qlaukoma	180
• İnfantil qlaukoma	180
• Anomaliya ilə birlikdə təsadüf olunan qlaukoma	181
• İkincili infantil qlaukoma	183
TOR QIŞANIN XƏSTƏLİKLƏRİ	184
Damar retinopatiyaları	184
• Tor qışanın mərkəzi arteriyasının okklyuziyası	184
• Tor qışanın mərkəzi arteriyası şaxəsinin okklyuziyası	185
• Tor qışanın mərkəzi venasının okklyuziyası	185
• Tor qışanın mərkəzi venası şaxəsinin okklyuziyası	186
• Hipertonik retinopatiya	187
• Diabetik retinopatiya	188
Retinal və xorioretinal degenerasiyalar	190
• Mərkəzi seroz xorioretinopatiya	190
• Qocalıq (senil) makulodistrofiyası	191
• Angioid zolaqlar	192
• Fəsadlaşmış yüksək dərəcəli miopiya	193
• Makulanın idiopatik kistası və makulanın dəliyi	193
• Preretinal fibroz	194

Tor qişanın irsi distrofiyalari	194
• <i>Piçmentli retinit</i>	194
• <i>Ştadqartın makulyar distrofiyası</i>	195
• <i>Kolbacıqların distrofiyası</i>	196
• <i>Xorioiododermiya</i>	197
• <i>Best distrofiyası</i>	197
• <i>Makulanın kolloid distrofiyası</i>	198
• <i>Koats xəstəliyi</i>	198
• <i>Retinoşizis</i>	198
Tor qişanın iltihabi xəstəlikləri	199
• <i>Vərəm retiniti</i>	199
• <i>Revmatik retinovaskulit</i>	200
• <i>Toksoplazmoz</i>	201
Tor qişanın qopması	202
• <i>Tor qişanın reğmatogen qopması</i>	202
• <i>Tor qişanın ekssudativ qopması</i>	202
• <i>Tor qişanın traksion qopması</i>	203
Tor qişanın yenitörəmələri	203
• <i>Tor qişanın kistası</i>	203
• <i>Retinoblastoma</i>	203
QİÇS olan xəstələrdə tor qişanın zədələnməsi	205
GÖRMƏ SINİRİNİN XƏSTƏLİKLƏRİ	207
Görmə sinirinin vəziyyətinin müayinəsi üçün tətbiq olunan üsullar	211
Görmə sinirinin iltihabi xəstəlikləri	211
• <i>İntrabulbar qalxan nevrıt</i>	212
• <i>Retrobulbar enən nevrıt</i>	212
Görmə sinirinin intrakranial hissəsinin iltihabi xəstəlikləri	214
• <i>Optikoxiazmal araxnoidit</i>	214
• <i>Dağınıq skleroz zamanı görmə sinirinin, xiazmanın, görmə traktının zədələnməsi</i>	216
Onurğa beyni mayesinin müayinəsi	218
Görmə siniri yolunun özünəməxsus zədələnmələri	218
• <i>Optik vərəm nevrıtı</i>	218
• <i>Sifilisdə görmə siniri yolunun zədələnməsi</i>	219
Görmə sinirinin toksiki (distrofik) zədələnmələri	220
• <i>Metilalkoqol intoksikasiyasında görmə sinirinin zədələnməsi</i>	220
• <i>Alkoqol-tütün intoksikasiyasında görmə sinirinin zədələnməsi</i>	221
Görmə sinirinin damar xəstəlikləri	222
• <i>Görmə sinirinin işemik neyropatiyası</i>	222

Görmə siniri qişalarında onurğa beyni mayesi dövrünün pozulması ilə əlaqədar xəstəliklər	224
• <i>Görmə sinirinin durğunluq diski</i>	224
• <i>Foster-Kennedi sindromu</i>	226
Görmə sinirinin atrofiyalari	227
Görmə sinirinin şişləri	229
Görmə sinirinin inkişaf anomaliyalari	229
• <i>Görmə siniri diskinin kolobomaları</i>	230
• <i>Görmə siniri diskinə çıxurcuq</i>	230
• <i>Görmə siniri diskinin və tor qişanın mielin lifləri</i>	231
• <i>Görmə siniri diskinin hipoplaziyası və aplaziyası</i>	231
• <i>Görmə siniri diskinin böyüməsi (megalopapilla)</i>	231
• <i>Görmə siniri diskinin inversiyası</i>	232
• <i>Görmə siniri diskinin anadangəlmə ekskavasiyası</i>	232
• <i>Görmə siniri diskinin (GSD) ikiqat artması</i>	232
• <i>Anadangəlmə psevdonevrit, görmə sinirinin psevdodurğunluğu</i>	232
• <i>Görmə siniri diskinin anadangəlmə piçmentasiyası</i>	233
• <i>Anadangəlmə konus</i>	233
• <i>Prepapilyar membran</i>	233
• <i>Görmə siniri diskinin druzları</i>	233
GÖRMƏ ÜZVÜNÜN ZƏDƏLƏRİ	235
• <i>Konyunktivanın yad cisimləri</i>	235
• <i>Buynuz qişanın yad cisimləri</i>	235
• <i>Buynuz qişanın eroziyası</i>	236
• <i>Buynuz qişanın kontuziyası</i>	236
• <i>Skleranın kontuziyası</i>	237
• <i>Damarlı qişanın kontuziyası</i>	237
• <i>Büllurun kontuziyası</i>	239
• <i>Tor qişanın kontuziyası</i>	240
• <i>Görmə sinirinin kontuziyası</i>	240
• <i>Gözyaşı hasil edən aparatın kontuziyası</i>	241
• <i>Yaşaparıcı aparatın kontuziyası</i>	241
• <i>Göz qapağının kontuziyası</i>	242
• <i>Gözün turşularla yanığı</i>	242
• <i>Gözün qələvilərlə yanığı</i>	243
• <i>Görmə üzvünün fosfor və onun birləşmələri ilə zədələnməsi</i>	244
• <i>Görmə üzvünün manqan kristalları ilə zədələnməsi</i>	244
• <i>Gözün ultrabənövşəyi şüalarla zədələnməsi</i>	245
• <i>Gözün infraqırmızı şüalarla zədələnməsi</i>	245
• <i>İonlaşdırıcı radiasiya ilə zədələnmə</i>	246
• <i>Buynuz qişanın dəlib-keçən yaralanmaları</i>	246
• <i>Buynuz qişanın dəlib-keçməyən yaralanmaları</i>	247
• <i>Skleranın dəlib-keçən yaralanmaları</i>	247

90086



• <i>Skleranın dəlib-keçməyən yaralanmaları</i>	248
• <i>Göz almasının hər iki tərəfi açıq yaralanmaları</i>	248
• <i>Gözün metallozu</i>	248
• <i>Simpatik oftalmiya</i>	249
• <i>Göz qapağının dəlib-keçən yaralanmaları</i>	250
• <i>Gözyaşı üzvlərinin dəlib-keçən yaralanmaları</i>	250
ƏDƏBİYYAT	251
İLLUSTRASIYALAR	253

MÜQƏDDİMƏ

Son onillikdə müasir təbabətin uğurları, müayinə üsullarının daim yeniləşməsi və mükəmməlləşməsi ilə əlaqədar olaraq görmə üzvünün xəstəliklərinin diaqnostikası əhəmiyyətli dərəcədə yaxşılaşmışdır. Belə bir şəraitdə oftalmoloq müxtəlif ümumi xəstəlikləri nəzərə almaqla düzgün diaqnoz qoymalı və xəstəni orqanizmin əsas ümumi xəstəliyinin müalicəsinə vaxtında yönəltməlidir. Ona görə də görmə üzvünün tez-tez rast gəlinən xəstəlikləri barədə lazımı məlumatları özümdə cəmləşdirən diaqnostik vəsaitə ehtiyac duyulur.

Məlumat kitabçasındakı material anatomik əlamət üzrə tərtib olunmuşdur. Hər bir xəstəliyin təsvirində həmin patologiyanın etiologiyası, klinik əlamətləri, diaqnostik müayinə üsulları, proqnozu, müalicəsi, rastgəlinmə tezliyi öz əksini tapmışdır.

Dövlət müstəqilliyi şəraitində elmi və texniki fəaliyyətin xüsusi sahələrində Azərbaycan dilinin istifadəsi ana dilində terminoloji şərhin çatışmamazlığı üzündən müəyyən çətinliklər törədir. Buradan tibbi, xüsusilə oftalmoloji terminlərin Azərbaycan dilində dəqiq və uyğun tərcüməsinə obyektiv zərurət yaranır. Təbii ki, Azərbaycan dilində oftalmoloji terminlərin izahı, xəstəliklərin təsviri ali tıbb məktəblərində tələbə və həkim-dinləyicilərin təhsili üçün, eləcə də göz həkiminin gündəlik təcrübi fəaliyyətində lazımdır.

İnanırıq ki, kitabdan ali tıbb məktəblərinin tələbələri, tıbb müəssisələrinin işçiləri, eləcə də müasir oftalmologiyanın nailiyyətləri ilə maraqlanan geniş oxucu kütləsi faydalanacaq. Bu, onların stolüstü kitabına çevriləcək.

Bu məlumat kitabçasında müxtəlif çatışmamazlıqlara rast gəlinməsi mümkündür. Ona görə də bütün iradlarımızı və təkliflərimizi bizə bildirən oxucularımıza qabaqcadan təşəkkürümüzü bildiririk.

Müəlliflər

GÖZ QAPAĞININ XƏSTƏLİKLƏRİ

Göz qapağının xəstəlikləri görmə üzvünün ən tez-tez rast gəlinən patologiyalarından-
dır. Ən geniş yayılan xəstəliklərdən hesab olunur:

- I. Göz qapağının anadangəlmə xəstəlikləri: ankiloblefaron, blefarofimoz, mikroblefaron, epiblefaron, epikantus, ablefariya, distixiaz, koloboma, qapağın xaricə və daxilə çevrilmələri, ptoz, yenitörəmələr.
- II. Göz qapağının qazanılma xəstəlikləri:
 1. Vəziyyət anomaliyaları: daxilə və xaricə çevrilmələr, koloboma, ptoz.
 2. İltihabı: blefarit, meybomit, xalazion, itdirsəyi, abses, fleqmona.
 3. Zədələr: kontuziya, dəlib-keçən yaralanma, ikitərəfli yaralanma, qələvi və turşularla yanıqlar, şüa yanıqları.
 4. Göz qapağının yenitörəmələri:
 - a) xoşxassəli: Reklinhauzen neyrobromatozu, Bouen epiteliomasi, ziyil, papilloma və s.
 - b) bədxassəli: göz qapağı dərisinin xərçəngi və sarkoma.

Göz qapağının anadangəlmə anomaliyaları

- **Blefarofimoz** (*blepharophimosis*) – göz yarığının qısalması.
Selikli qışanın xroniki iltihabı zamanı, xüsusən traxomada, yanıqlarda gözün xarici bucağında qapaq kənarlarının bitməsi kliniki olaraq qeyd olunur. Bu zaman qapaq kənarının dərisi maserasiyaya məruz qalır və epitelini itirmiş səthlər birləşirlər.
Bu anomaliyalar çox vaxt epikantus və mikroftalm ilə birlikdə rast gəlinir.
Diaqnoz kliniki şəkil, xarici baxış, yandan işıqlandırma, biomikroskopiya əsasında qoyulur.
Müalicə stasionar şəraitdə aparılır.
- **Epikantus** (*epicantus*) – göz yarıqlarının daxili bucaqlarında əmələ gələn ayparaşəkilli dəri büküşüdür.
Kliniki olaraq dəri büküşü qeyd olunur ki, bu da üst göz qapağından alt qapağa keçərək, gözün daxili bucağını və ya hətta göz yarığının daxili hissəsini bağlayır.
Pərdə şəklində olan bu büküş göz yarığının konfigurasiyasını deformasiya edərək, gözə monqoloid şəkli verir. Epikantus həmişə ikitərəfli olur.
Diaqnoz kliniki şəkil, xarici baxış, yandan işıqlandırma əsasında qoyulur.
Müalicə stasionar şəraitdə kosmetik məqsədlə aparılır.
- **Koloboma** (*coloboma*) – göz qapağı kənarının qüsurdur.
Kliniki olaraq göz qapağında, əksərən üst qapaqda qüsür aşkar olunur. Qüsür göz qapağının bütün qatlarından keçərək qapaq kənarından qaşa doğru gedir. Qüsurun əsası qapaq kənarına doğru yönəlir. Bəzən kolobomanın kənarından skleranın konyunktivaya sinə dəridən olan “körpüçük” uzanır. Koloboma bir və ya hər iki gözün bir və ya hər iki qapağında yerləşə bilər. Bəzən onlar digər göz anomaliyaları, burun, dodağın yarıqlı qü-

surları, başqa üzvlərin anomaliyaları ilə birləşə bilər.

Anadangəlmə kolobomada qüsür üçkünc formada olub, əsası qapaq kənarına doğru istiqamətlənmiş olur. Qüsurun kənarı dəyirmi olub zərif tükərlə örtülür, rudimentar piy və tər vəzilərinə malik olur.

Diaqnoz kliniki şəkil, xarici baxış, yandan işıqlandırma, biomikroskopiya əsasında qoyulur.

Müalicə stasionar şəraitdə aparılır.

- **Ankiloblefaron** (*ankyloblepharon*) – göz qapağı kənarlarının anadangəlmə irsi-dominant bitişməsidir.
Kliniki olaraq hissəvi və tam ankiloblefaron fərqləndirilir.
Hissəvidə qapağın intermarginal sahələri arasında birləşdirici toxuma “körpüçükləri” – bitişmələr olur. “Körpüçüklərin” eni sapdan tutmuş bir neçə millimetrəddir.
Tam ankiloblefaron zamanı intermarginal sahə boyunca qapağın bitişməsi baş verir, başqa sözlə desək, üst göz qapağı birbaşa alt qapağa keçir.
Gözün daxili bucağında bitişmə, adətən, gözyaşı nöqtələrinin və kanalcıqların ekto-piyası ilə birləşmə kimi görünür.
Çox vaxt ankiloblefaron dovşandodaqlıq, qurdağızlılıq və digər anomaliyalarla birlikdə olur.
Diaqnoz kliniki şəkil, xarici baxış, yandan işıqlandırma, biomikroskopiya əsasında qoyulur.
- **Mikroblefaron** – saquli vəziyyətdə qapaq ölçülərinin anadangəlmə kiçilməsidir.
Qapaq anomaliyalarının nadir rast gəlinən formalarına aiddir.
Kliniki olaraq qapaqların tam yumulmaması qeyd olunur ki, bunun da nəticəsində la-qoftalm meydana çıxır. Buynuz qışanın quruması da mümkündür.
Diaqnoz xarici baxış, yandan işıqlandırma, biomikroskopiya əsasında qoyulur.
Differensial diaqnostika qapağın xaricə çevrilməsi ilə aparılır.
Müalicə stasionar şəraitdə aparılır.
- **Epiblefaron.**
Kliniki olaraq alt və ya üst qapağın ikitərəfli dəri büküşü qeyd olunur ki, bunlar da qapaq kənarına paralel gedir. Adətən, qapağın daxilə çevrilməsi və trixiazla müşayiət olunur.
Səbəbi – qapağın dərisində “azan” əzələ liflərinin anomal inkişafıdır. Dominant ötürmə ilə irsi-ailəvi xarakter daşıya bilər.
Diaqnoz xarici baxış, yandan işıqlandırma, biomikroskopiya əsasında qoyulur.
Müalicə stasionar şəraitdə aparılır.
- **Ablefariya** – qapaqların anadangəlmə tam olmamasıdır.
Kliniki şəkli kriptoftalmda müşahidə olunur ki, qapaq dəri ilə əvəz olunur, buynuz qışa olmur; onun yerində qüzhəli qışa ilə bitişmiş fibroz toxuma yerləşir. Kriptoftalm, adətən, ikitərəfli olur. Onun patogenezi tam aydınlaşdırılmamışdır.
Diaqnoz kliniki şəkil, xarici baxış, yandan işıqlandırma, biomikroskopiya əsasında qoyulur.
Cərrahi müalicə kosmetik məqsədlə aparılır.

• **Anadangəlmə distixiaz.**

Hər göz qapağında iki və daha artıq sıra kirpiklərin olması kliniki olaraq qeyd olunur. Kirpiklər göz qapağının qabırğaarası sahəsinin ön qabırğası və arxa qabırğası boyunca yerləşir. Əlavə sıralar göz almasına doğru inkişaf edən nazik tükcüklərdən ibarət olub skleranın konyunktivasını və buynuz qişasını sürtərək iltihab əlamətlərini törədir (şək.1).

Diaqnoz yuxarıda göstərilən klinik şəkə, xarici baxışa, yandan işıqlandırmaya və bi-mikroskopiyaya əsasən qoyulur.

Müalicə stasionar şəraitdə aparılır.

Göz qapağının qazanılma xəstəlikləri

Göz qapağının vəziyyət anomaliyaları

• **Göz qapağının daxilə çevrilməsi (entropium palpebrae).**

Qapağın anadangəlmə daxilə çevrilməsi bir və ya ikitərəfli olur, bəzən ailəvi xarakter daşıyır və demək olar ki, həmişə alt qapaqda olur. Adətən, gözün dairəvi əzələsinin marginal hissəsinin hipertrofiyası, qapaq qığırdağının hipoplaziyası və ya atarziyası, epiblefaron nəticəsində meydana çıxır.

Kliniki olaraq – qapağın sərbəst kənarı (onun daxili qabırğası üzərində bitən kirpiklərlə) göz almasına doğru çevrilmiş olur. Kirpiklər buynuz qişasını sürtərək onu qı-cıqlandırır və buynuz qişanın səthi iltihabına və hətta xoralanmasına səbəb olur. Qapağın kəskin ifadə olunan daxilə çevrilməsində qapağın xarici qabırğası da göz almasına doğru çevrilmiş olur (şək.2).

Spastik daxilə çevrilmə, bir qayda olaraq, dərisinin turqoru zəif olan yaşlı şəxslərdə, məsələn, xroniki konyunktivit zamanı inkişaf edir. Cavanlarda qapağın spastik daxilə çevrilmə buynuz qişanın xəstəlikləri ilə əlaqədar olan blefarospazmda meydana çıxır. Orbital toxumanın atrofiyası nəticəsində gözlərin orbitanın dərinliyinə düşməsi, göz almasının atrofiyası və ya olmaması zamanı da qapağın spastik daxilə çevrilməsini müşahidə etmək olar.

Spastik daxilə çevrilməni törədən səbəb aradan qaldırılırsa, o, öz-özünə keçib gedə bilər. Əgər səbəb aradan qaldırılmazsa, daxilə çevrilmə tədricən artar və daimi olar.

Diaqnoz kliniki şəkil, xarici baxış, yandan işıqlandırma, biomikroskopiyaya əsasında qoyulur.

Müalicə stasionar şəraitdə aparılır.

• **Göz qapağının xaricə çevrilməsi (ectropium palpebrae).**

Göz qapağının anadangəlmə xaricə çevrilməsi çox nadir hallarda rast gəlinir. Adətən üst qapaqda, bir və ikitərəfli olur.

Kliniki olaraq – qapağın kənarı göz almasına söykənmir, konyunktival səthi xaricə çevrilmiş olur. Qapağın yüngül dərəcəli xaricə çevrilməsi zamanı qapağın kənarı göz almasından aralı qalır (şək.3). Bu da (gözyaşı nöqtəsinin qeyri-düzgün yerləşməsi nəticəsində) daimi yaşaxmaya, dərinin maserasiyasına gətirib çıxarır ki, nəticədə qapağın xaricə çevrilməsi daha da artır. Daha ağır hallarda göz qapağı xaricə o dərəcədə çevrilmiş ola bilər ki, onun kənarı orbitanın aşağı kənarı boyunca yerləşər. Xarici qıcıqlandırıcıların (hava, toz və s.) daimi təsiri zamanı xaricə çevrilmiş konyunktiva hipere-

miyalaşır, hipertrofiləşir, qurumağa məruz qalır, onun səthi dəri epidermisini şəklini alır.

Göz qapağının xaricə çevrilməsi bir çox səbəblərdən baş verir. Spastik xaricə çevrilmə selikli qişanın kəskin və xroniki iltihabı zamanı müşahidə olunur. Paralitik xaricə çevrilmə laqoftalmıa yanaşı üz sinirinin zədələnmələrində inkişaf edir. Qapağın xaricə çevrilməsi yaşa dolmuşlarda gözün dairəvi əzələsinin və qapağın dərialtı toxumasının atrofiyası nəticəsində meydana çıxıb bilər. Qapaq kənarının (xoralı blefarit) və qapaq dərisinin çapıq dəyişiklikləri (yanıq, ekzema və s.) qapağın xaricə çevrilməsinin səbəblərindən ola bilər.

Diaqnoz kliniki şəkil, xarici baxış, yandan işıqlandırma, biomikroskopiyaya əsasında qoyulur.

Differensial diaqnostika mikroblefaronla aparılır.

Müalicə göz stasionarı şəraitində aparılır.

• **Ptoz** (ptosis) – üst göz qapağının sallanmasıdır. Bu, daha tez-tez rast gəlinən göz qapağı anomaliyasıdır.

Ptoz tam və ya hissəvi, bir və ya ikitərəfli ola bilər. Ptoz ya ayrıca, ya da epikantusla birgə olur. Çox vaxt göz anomaliyaları, sümük skeleti və digər üzvlərin anomaliyaları ilə eyni vaxtda təsadüf edilə bilər.

Ptoz çox vaxt ailəvi-irsi xarakter daşıyır.

Ayrıca olan ptoz yalnız dominant yolla, epikantusla birgə olan ptoz isə həm dominant, həm də resessiv yolla ötürülür.

Kliniki olaraq ptozun 3 dərəcəsi ayırd edilir: I – üst göz qapağı buynuz qişanı bəbəyin yuxarı üçdə birinə qədər, II – bəbəyin ortasına qədər, III – bütünlüklə bəbək nahiyəsini örtür.

I dərəcəli – hissəvi, II – qeyri-tam və III – tam ptoz adlanır.

Qeyri-tam və ikitərəfli ptozda xəstələr görmə üçün daha əlverişli şərait yaratmaqdan ötrü alın əzələsini gərir, başı arxaya əyir. Qeyri-tam ptozda alın əzələsinin kompensator yığılması göz yarığının bir qədər genişlənməsini təmin edir. Bəbəyin qapaqla hissəvi örtülməsi ilə əlaqədar olaraq, görmə itiliyi zəifləyir və obskürasion ambliopiya inkişaf edə bilər və tor qişanın fəaliyyəti üçün əlverişsiz şərait olduğundan görmə sahəsinin hüdudları bir qədər daralır. Əksər hallarda ptoz zamanı görmə azaldığından müştərək çəpgözlük inkişaf edir. Çox vaxt buynuz qişanın hissiyyatı pozulur. Bəzi hallarda blefarospazm qeyd olunur.

Anadangəlmə ptoz çox vaxt göz almasını yuxarı hərəkət etdirən əzələnin funksiyasının məhdudlaşması və ya olmaması ilə müşayiət olunur.

Diaqnoz kliniki şəkil, xarici baxış, yandan işıqlandırma əsasında qoyulur.

Müalicə göz stasionarı şəraitində aparılır.

Göz qapağının iltihabi xəstəlikləri

• **Blefarit** (blepharitis) – göz qapağı kənarının iltihabıdır.

Xəstəliyi törədən ümumi səbəblər – xroniki infeksiyon və infeksiyon-allergik xəstəliklər, hipovitaminoz, anemiya, qurd invaziyası, mədə-bağırsaq traktının, burun-udlağın xəstəlikləridir.

Yerli səbəblər – korreksiya olunmamış refraksiya anomaliyaları, xroniki konyunktivitlər, yaş yollarının xəstəlikləridir.

Kliniki olaraq xəstəlik sadə, kəpəklənən və yaralı formalarda özünü göstərir.

Sadə blefariti olan xəstələr gözdə qaşınmadan, tez-tez göz qırpmadan, görmə gərginliyi zamanı gözün yorğunluğundan şikayətlənirlər. Qapaq kənarında qızartı, yüngül ödem qeyd olunur.

Kəpəklənən blefariti olan xəstələr qapaqda daimi qaşınmadan, gözün toza və süni işığa həssas olmasından şikayətlənirlər. Göz qapağı kənarının qalınlaşması və hiperemiyası kliniki olaraq özünü göstərir. Kirpiklərin kökündəki dəri quru bozuntulu-ağ kəpəkli pulcuqlarla örtülmüş olur. Konyunktiva hiperemiyalıdır. Göz yarığının bucaqlarında az miqdarda selik xarakterli ifrazat qeyd olunur.

Yaralı (xoralı) blefariti olan xəstələrin şikayəti kəpəklənən blefaritdəki kimidir, ancaq daha kəskinidir. Bu, qapaq kənarı iltihabının daha ağır formasıdır. Kirpiklərin kökündə qapaqların kənarları boyunca kirpikləri ayrı-ayrı dəstələr şəklində birləşdirən sarı irinli nazik qabıq müşahidə olunur. Konyunktiva ödemli, hiperemiyalıdır, selikli-irinli ifrazat olur. Qapaq kənarındakı nazik qabıqlar təmizləndikdən sonra yerində qanı axan yaralar qalır. Qabıqların təmizlənməsi kifayət qədər çətin və ağrılıdır. Onlarla birgə kirpiklər də çıxır. Tük kisəcikləri və piy vəzilərinin irinləməsi mümkündür.

Diaqnoz kliniki şəkil əsasında qoyulur.

Xarici baxışdan, yandan işıqlandırma üsulundan, biomikroskopiyadan istifadə olunur.

Differensial diaqnostika konyunktivit və meybomiitlə aparılır.

Müalicə ambulator aparılır. Növbəti çarpiqlaşma nəticəsində əmələ gələn fəsadlara kirpiklərin düzgün olmayan inkişafı (trichiasis), onların böyüməsinin dayanması, kirpiklərin tökülməsi (madarosis) aiddir. Eləcə də qapağın kirpik kənarlarının deformatsiyası, qalınlaşması, hipertrofiyası, çox vaxt da qapağın daxilə çevrilməsi ola bilər. Qapaq kənarının kobud dəyişiklikləri buynuz qişa tərəfindən ağır fəsadlara da gətirib çıxara bilər.

Müalicə vaxtında aparıldıqda proqnoz xoş və əlverişlidir, gec mürciət olunduqda – yalnız vaxtaşırı yaxşılaşma qeyd olunur.

- **İtdirsəyi** (*hordeolum externum*) – kirpiyin kökündəki piy vəzisi və ya tük kisəciyinin kəskin irinli iltihabıdır.

İrintörədicə mikroblar, ən çox da stafilokokklar tərəfindən törədilir. Meyillilik yarıdan amillərə aiddir: blefarit, xroniki konyunktivit, maddələr mübadiləsi pozğunluğu, mədə-bağırsaq traktının xəstəlikləri, orqanizmin ümumi zəifliyi, şəxsi gigiyena qaydalarının gözlənilməməsi.

Xəstələr qapağın ödemli və hiperemiyalı olmasından, toxunduqda ağrılı olmasından şikayətlənirlər. Əksər hallarda baş ağrısı, bədən temperaturunun qalxması olur.

Kliniki olaraq qapaq kənarına yaxın məhdud hissədə ağrılı şişkinliklə bərabər qızartı qeyd olunur. İltihabi infiltrat sürətlə artaraq, qapaq və bəzən hətta göz alması konyunktivasının şişkinliyi ilə müşayiət olunur (şək.4). 2-3-cü gün infiltratın zirvəsindəki şişkinlik sarı rəng alır. 3-4-cü gün itdirsəyinin uc hissəsi dəşilir, nekrotik toxuma xaricə açılır, iltihab əlamətləri sakitləşir, ağrı azalır. Dərinin hiperemiyası və şişkinliyi həftənin sonuna yaxın keçib gedir.

Diaqnoz kliniki şəkil, xarici baxış, yandan işıqlandırma, biomikroskopiyaya əsasında qoyulur.

Differensial diaqnoz blefarit, meybomiit, qapağın absesi və xalazion ilə aparılır.

Müalicə ambulator aparılır. İtdirsəyi xroniki konyunktivit, orbitanın fleqmonası, orbital venaların tromboflebiti, nadir hallarda isə kavernoza sinusun trombozu, irinli meningit ilə ağırlaşma bilər.

Vaxtında və düzgün aparılan müalicə zamanı proqnoz yaxşıdır.

- **Göz qapağının absesi** – qapaqda irinlə dolu boşluğun əmələ gəlməsi ilə qapaq toxumasının məhdud iltihabıdır.

İrintörədicə mikroblar tərəfindən, əksər halda qapaqdakı infeksiyalaşmış yaralar nəticəsində inkişaf edir. Absesin səbəbləri: yerli irinli iltihab, itdirsəyi, furunkul, yaralı blefarit, orbitadakı və burnun əlavə ciblərindəki irinli prosesdir. Həmçinin digər üzvlərdə septik ocaq olarsa, metastatik yolla abses meydana çıxma bilər.

Xəstələr qapaqda şişkinlik, qızartı, ağrıdan, ümumi vəziyyətin pisləşməsindən, bədən temperaturunun qalxmasından şikayətlənirlər.

Kliniki olaraq abses qapağın dərialtı toxumasının artan yayılmış infiltrasiyası ilə kəskin inkişaf edir. Qapaq ödemli, palpasiya zamanı ağrılıdır, dərisi hiperemiyalı, əl ilə yoxladıqda istidir, gərgindir, tədricən sarı rəng alır. Toxumanın nekrozu və ərimeəsi mərhələsində flüktasiya əmələ gəlir. Abses öz-özünə açıldıqdan və irin çıxdıqdan sonra iltihab əlamətləri sakitləşir. Bəzən fistul qalır.

Diaqnoz kliniki şəkil, xarici baxış, yandan işıqlandırma, biomikroskopiyaya əsasında qoyulur.

Ümumi kliniki müayinə üsullarından qanın kliniki analizi aparılır.

Differensial diaqnoz itdirsəyi, yaralı blefarit, meybomiit ilə aparılır.

Müalicə stasionar şəraitdə xəstəliyin erkən vaxtlarında aparılmalıdır.

Müalicə vaxtında aparılmadıqda abses qapağın, orbitanın fleqmonası ilə ağırlaşma bilər.

Müalicəyə vaxtında başlandıqda proqnoz müsbətdir.

- **Göz qapağının fleqmonası** – göz qapağının dərialtı toxumasının nekrozu və toxumaların ərimeəsi ilə gedən kəskin irinli prosesdir. Travma, toxumaların irintörədicə bakteriyalarla yoluxmasının fəsadı, itdirsəyi, qapağın furunkulu, yaralı blefarit, orbitadakı yaxud burnun əlavə ciblərindəki iltihabi prosesin nəticəsində inkişaf edir. Eləcə də orqanizmin müxtəlif yoluxucu xəstəlikləri zamanı metastatik yolla inkişaf edə bilər.

Göz qapağı fleqmonasının məhdud və yayılmış formaları fərqləndirilir. Məhdud fleqmonanın gedişi qapağın absesi kimidir, lakin bu zaman böyük sahə zədələnir və iltihab əlamətləri daha kəskin olur. Yayılmış fleqmonada iltihabi proses daha böyük sahəni əhatə edir və qapaqdan üzün, boynun, göz yuvasının dərialtı toxumasına keçə bilər.

Xəstələr qapaqdakı qızartı, ödem və ağrıdan şikayətlənirlər. Eləcə də baş ağrısı, yüksək bədən temperaturu qeyd edirlər.

Kliniki olaraq qeyd olunur: qapaq dərisinin gərginliyi, ödemi, hiperemiyası; bəzən əllə yoxladıqda qapaqlar bərkimiş olur; qapağın palpasiyası zamanı və həm də adi vaxtda ağrı, eləcə də baş ağrıları və bədən temperaturunun artması müşahidə olunur. Sonraları flüktasiya və irinin açılması baş verir.

Diaqnoz kliniki şəkil əsasında qoyulur.

Xarici baxış, yandan işıqlandırma üsulu, biomikroskopiyadan istifadə olunur.

Ümumi kliniki üsullardan qanın kliniki analizi aparılır.

Differensial diaqnoz itdirsəyi, qapağın absesi ilə aparılır.

Müalicə göz stasionarı şəraitində xəstəliyin erkən mərhələlərində aparılmalıdır.

Vaxtında aparılmayan müalicə zamanı proses göz yuvasının fleqmonası və septikopiemiya ilə ağırlaşır bilər.

Vaxtında başlanan müalicə zamanı proqnoz əlverişlidir.

• **Meybomit** (*meibomianum*) – meybomi vəzisinin kəskin irinli iltihabıdır.

İritörədici mikroblar, xüsusilə də stafilokokklar tərəfindən törədilir.

Xəstələr göz qapağındakı ödem, gərginlik, ağrıdan şikayətlənirlər. Kliniki olaraq qapaq kənarından xaricdə dərinin məhdud hiperemiyası, ödem və ağrı ilə özünü göstərir.

Qapağın daxili tərəfində iltihab əlamətləri daha kəskin olur.

İrinli ocaq konyunktiva tərəfdən meybomi vəzisinin yerləşməsinə uyğun şaquli sarmıtlı zolaq şəklində görünür. Ocaq qapağın dərisi tərəfdən yaxşı əllənir. Regionar limfa düyünləri böyümüş və ağırlı olur. İrinin açılması ya konyunktivadan, ya da vəzin çıxarıcı axarından baş verir. Əksərən bir neçə vəz iltihabi prosesə cəlb olunmuş olur.

Diaqnoz kliniki şəkil əsasında qoyulur.

Xarici baxış, biomikroskopiya, yandan işıqlandırma üsulundan istifadə olunur.

Differensial diaqnoz blefarit, qapağın absesi ilə aparılır.

Müalicə ambulator aparılır.

Çox halda meybomit konyunktivit ilə ağırlaşır.

Vaxtında və düzgün aparılan müalicə zamanı proqnoz əlverişlidir.

• **Xalazion** (*chalazion*) – meybomi vəzisinin ətrafındakı qığırdağın xroniki proliferativ iltihabıdır ki, qranulyasyon toxumunun inkişafı ilə müşayiət olunur. Kəskin iltihab əlamətləri olmadan ləng inkişaf edir.

Xalazionun patogenezi meybomi vəzisinin axarının tutulması ilə bağlıdır ki, ektaziya əmələ gəlir və kapsullaşmış oleumqranulyoma inkişaf edir.

Xəstələr yalnız kosmetik narahətçılıqdan şikayətlənirlər.

Kliniki olaraq xalazion bərk dairəvi yaxşı məhdudlaşmış, şişəbənzər törəmə kimi təyin olunur ki, bu törəmə noxud dənəsindən xırda albalı ölçüsünə qədər olub, dəyişilməmiş dəri ilə bitişməmişdir. O, tədricən və ləng böyüyür. İki və ya bir neçə xalazion birləşdikdə qeyri-adi böyük ölçüyə çata bilər. Xalazion qığırdaq ilə birləşib dəridən yaxşı əllənir. Konyunktiva tərəfdən xalazion bozuntulu rəngdə görünür, ətrafdakı selikli qişə qalınlaşır və hiperemiyalaşır.

Çox nadir halda xırda ölçülü xalazion sorulur. Bəzən xalazion öz-özünə konyunktiva tərəfdən açılaraq, dəliyin ətrafında yastı qranulyasiyanın inkişafı ilə nəticələnir.

Diaqnoz xarakter klinik şəkil əsasında qoyulur.

Xarici baxış, biomikroskopiya, yandan işıqlandırma üsulundan istifadə olunur.

Differensial diaqnoz meybomit, meybomi vəzisinin adenokarsinoması ilə aparılır.

Müalicə ambulator aparılır.

Proqnoz əlverişlidir.

Göz qapağının yenitörəmələri

Göz qapağının yenitörəmələri xoş və bədxassəli olur. Xoşxassəli şişlər anadangəlmə

və qazanılma olur.

Göz qapağının anadangəlmə yenitörəmələri

• **Qapağın dermoidi.** Kliniki olaraq dəri ilə bitişməyən, dairəvi formalı elastik konsistensiyalı törəmə kimi təyin olunur.

Qapağın daxili və ya xarici bitişməsi yaxınlığında sümük tikişlər nahiyəsində yerləşir. Şişin möhtəviyyatında piy və tər vəziləri, piy, tük aşkar edilir.

Diaqnoz klinik şəkil, xarici baxış, palpator müayinə, biopsiya əsasında qoyulur.

Dermoidin gözün daxili bucağında lokalizasiyası zamanı beyin yırtığı, mukosele ilə **differensial diaqnostika** aparılmalıdır.

Müalicə göz stasionarı şəraitində aparılır.

• **Qapağın hemangiomaları** – qapağın dərisində inkişaf edən anadangəlmə, xoşxassəli damar şişidir.

Hemangioma embrional dövrdə meydana çıxan disembrioplastik mezodermal şişlərə aiddir. Böyüməyən hemangiomalar bətdaxili dövrdə damar sisteminin inkişaf qüsuru hesab olunur.

Hemangiomalar – damar xəstəlikləri qrupudur ki, buraya aiddir: xoşxassəli hemangioendotelioma və kapillyar, kavernoza, salxımşəkilli hemangiomalar. Bütün dörd tip hemangiomalar qapağın dərisində yerləşir, ancaq çox vaxt orbitadaxili yerləşmə ilə birləşir.

Hemangioendotelioma və ya angioblastik hemangioma adacıqlar əmələ gətirən, kollagen liflərlə əhatə olunmuş endotelial hüceyrələrlə formalaşmışdır. Damarların mənəfi iri açıq rəngli hüceyrələrlə dolu olur.

Kapillyar hemangioma 30% hallarda orbitaya və konyunktivaya yayılır, qızlarda iki dəfə çox rast gəlinir, əsasən də üst qapaqda yerləşir (şək.5). Yenitörəmənin diffuz böyüməsi xarakterdir, böyümənin forması – yastı və düyünlü olub, dəridaxili və dərialtı lokalizasiyaya malikdir.

Şişin dəridaxili forması dənəvari səthə malik olub, rəngi – açıq-qırmızıdan göyümtula qədər ola bilər.

Müstəvi formalı yenitörəmə dərinin səthindən qalxaraq, onun qatlarının arasına daxil olur. Kapillyar hemangiomada histoloji olaraq bazal membrana üzərində yerləşən, endotellə örtülmüş kapillyar yarıq və borucqların yığıntısı qeyd olunur. Damarların mənəfi qanla dolur. Yenitörəmənin stroması çoxlu miqdarda hüceyrəvi və lifli birləşdirici toxuma elementlərindən ibarətdir.

Kavernoza hemangiomaları fərqləndirən xüsusiyyətlər – kavernalar aydın görünür, şişin damarları ətraf toxuma damarlarına bilavasitə keçmir, daima yeni boşluqlar formalaşır, irilər isə bir “düyün” şəklində birləşir. Kavernaların böyüməsi çox ləng gedir.

Salxımşəkilli hemangiomalar kliniki cəhətdən kavernoza hemangiomalarla oxşardır, yalnız histoloji olaraq diaqnoz qoyulur.

Yenitörəmənin stromasında anomal venoz damarlardan başqa arteriyalar da qeyd olunur ki, yenitörəmədəki pulsasiya da məhz bununla əlaqədar ola bilər.

Xəstələr göz yarığının üst qapaqla tam örtülməsinə gətirib çıxaran üst qapağın deformasiyası və qalınlaşmasından, rənginin dəyişməsindən şikayətlənirlər.

Diaqnoz yuxarıda təsvir olunan kliniki şəkil əsasında, xarici baxış, yandan işıqlan-

dırma üsulundan, biomikroskopiya, histoloji müayinələrəndən istifadə olunaraq qoyulur.

Hemangiomanı hematomadan, dermoid kistasından, beyin yırtığından, mukoseledən, qapağın sarkomasından **fərqləndirirlər**.

Ağırlaşmalara qapaq kənarının deformasiyası, göz yarığının daralması və ya bağlanması, ptoz və ekzoftalmi aid etmək olar.

Müalicə göz stasionarı şəraitində aparılır.

• **Reklinhauzen neyrofibromatozu**. Çox vaxt alt göz qapağında rast gəlinir və aşağıdakı növlərdə özünü göstərir:

- 1) neuroma plexiforme – qalınlaşmış qapaqda bərk qıvrım düyünlü törəmə əllənir;
- 2) fibroma molluscum – uzun ayaqcıqda və ya enli əsas üzərində yerləşən yumşaq şişlərdir;
- 3) hemihypertrophia faciei – göz qapağı və üzün yarısı hipertrofiyə.

Qapaqdakı dəyişikliklər qüzeqli qışadək neyrofibromların olması, gözün inkişaf qüsuru, ikincili qlaukoma ilə birgə rast gəlinə bilər.

Xəstəlik əksər hallarda endokrin pozğunluqlar, göz yuvası və kəllə sümüklərinin qüsurları ilə müşayiət olunur.

Diagnoz klinik şəkil əsasında qoyulur.

Xarici baxış, palpator müayinə, histoloji müayinədən istifadə olunur.

Xalazionla differensial diaqnoz aparılır.

Müalicə göz stasionarı şəraitində aparılır.

• **Piqmentli kseroderma** – dəri və selikli qışanın ultrabənövşəyi şüalara qarşı yüksək həssaslığı ilə şərtləndirilmiş anadangəlmə autosomal resessiv xəstəlikdir.

Xəstəlik həyatın 1-2-ci ilində başlayır, hansı ki, uşaq ilk dəfə bu yaşda günəş radiasiyası ilə rastlaşır.

Kliniki olaraq xəstəliyin ilk başlanğıc mərhələsi günəş eriteması şəklində ötür. Eritema uşaq günəş altında az müddət qaldıqdan sonra meydana çıxır və uzun müddət ərzində keçib getmir. Bunun ardınca çilləri xatırladan piqmentasiya inkişaf edir. Zaman keçdikcə, dəri quruyur, qabıq qoyur, teleangiektaziyalarla, məməcik şəklində artımlarla örtülür, hansı ki, sonralar xoralanmaya, maliqnezasiyaya məruz qalırlar. Ən əvvəl alt qapaq zədələnir, dərisi eritema mərhələsindən sonra atrofiyə, kirpiklər yox olur. Bunun ardınca xoralanan yenitörəmə əmələ gəlir ki, bu da qapağın dağılmasına gətirib çıxarır. Alt qapağın toxuması, demək olar ki, tam atrofiyaya uğrayaraq, göz almasının açıq qalmasına səbəb olur.

Diagnoz yuxarıda təsvir olunmuş klinik şəkil əsasında, eləcə də xarici baxış, yandan işıqlandırma, biomikroskopiya üsullarından istifadə etməklə qoyulur.

Ağırlaşmalara aiddir: alt tağın qısalması, keratit və buynuz qışa xoraları ilə müşayiət olunan simblefaron və ankiloblefaronun formalaşması.

Müalicə göz stasionarı şəraitində aparılır.

Göz qapağının qazanılma yenitörəmələri

Xoşxassəli şişlərə aiddir:

• **Qocalıq ziyilləri**. Bunun dörd morfoloji forması var:

- 1) buynuz maddənin və ziyillərin kəskin artması ilə ifadə olunan keratotik forma;

- 2) dermada epitelial toxumanın endofit inkişafı ilə gedən akantotik forma;

- 3) akantotik liflərlə anastomozlaşan adenoidli forma;

- 4) qarışıq forma.

Xəstəlik ahi adamlarda, qadın və kişilərdə eyni rast gəlinir. Qapaq nahiyəsində yenitörəmənin piqmentli formasına daha çox təsadüf edilir. Tipik lokalizasiyası alt qapağın dərisi, kirpikli və intermarginal kənarıdır.

Kliniki olaraq qocalıq ziyilləri ölçüsü bir neçə millimetrdən bir neçə santimetrədək olan, sarımtıl və ya çirkli-boz rəngli, qeyri-düzgün formalı qabağa çıxan ləkədir. Qapaq nahiyəsində onun ən çox rast gəlinəni lokalizasiya dəri və konyunktiva epitelinin alt qapağın dərisi ilə qovuşduğu intermarginal kənarıdır. Şişin səthi qeyri-hamar olub, üzərində çoxlu yarıqlar vardır. Şişin əsası ətraf sağlam toxumadan ayrılmışdır.

Diagnoz yuxarıda təsvir olunmuş klinik şəkil əsasında, eləcə də xarici baxış, yandan işıqlandırma, biomikroskopiya və histoloji müayinə üsullarından istifadə etməklə qoyulur.

Papillomatoz nevus və melanoma ilə **differensial diaqnoz** aparılır.

Fəsadlara aiddir: şişin konyunktiva tərəfə yayılması zamanı inkişaf edən konyunktivit.

Müalicə stasionar şəraitdə aparılır.

• **Dərinin buynuz qatının qalınlaşması** – xərçəngönü vəziyyət olub, adətən, degenerativ dəyişilmiş qocalmış dəri fonunda inkişaf edir.

Yenitörəmə əksərən ahi yaşda müşahidə edilir, bəzən cavanlarda da ola bilər. Dərində birincili və ikincili buynuz qatın qalınlaşması ayrd edilir. İkincili dəri buynuzlaşması xroniki iltihaba qarşı reaksiya hesab olunur.

• **Papilloma**. Çox vaxt ahi adamlarda müşahidə olunur. Başlıca lokalizasiyası – daxili bucağın yaxınlığında alt qapaqdadır.

Kliniki olaraq papilloma silindrik formalı məməcikli yenitörəmə olub, dəri səviyyəsindən əhəmiyyətli önə qabarr (qalxır) və dar əsasa malikdir. Konsistensiyası yumşaq, rəngi çirkli-sarı və ya boz olur. Yenitörəmə illərlə və on illərlə davam edən long inkişafı ilə fərqlənir.

Diagnoz yuxarıda təsvir olunan klinik şəkil əsasında, həm də xarici baxış, yandan işıqlandırma, biomikroskopiya və histoloji müayinədən istifadə olunaraq qoyulur.

Differensial diaqnostika reaktiv papillomatoz ilə aparılmalıdır.

Müalicə göz stasionarı şəraitində aparılır.

• **Bouen epitelomasi**. Xəstəlik 20-80 yaşlı adamlar arasında müşahidə edilir. Əsasən selikli qışada yerləşir.

Kliniki olaraq yastı dairəvi aydın kənarlara malik tünd-qırmızı düyündür. Yenitörəmə pulcuqlarla örtülü olur, pulcuqlar qoparıldıqdan sonra yerində kələ-kötür relyefə malik sulanan səth əmələ gəlir. Yenitörəmənin hüdudları aydın olub, onun mərkəzi hissəsində epidermisin atrofiyası mümkündür. Epitelomanın kələ-kötür relyefi məməcikli artımla şərtlənmişdir ki, o da pulcuqlar qoparıldıqdan sonra asanlıqla aşkar edilir.

Diagnoz yuxarıda təsvir olunan klinik şəkil əsasında, həm də xarici baxış, yandan işıqlandırma, biomikroskopiya və histoloji müayinədən istifadə olunaraq qoyulur.

Differensial diaqnostika qocalıq keratozu və yastıhüceyrəli xərçənglə aparılır.

Müalicə göz stasionarı şəraitində aparılır.

Bədxassəli şişlərə aiddir:

- **Göz qapağı dərisinin xərçəngi.** Dərinin yastıhüceyrəli xərçəngi bazalioma və yastıhüceyrəli karsinomanın ümumi miqdarının 15-20%-ində müşahidə olunur. Xərçəngin əmələ gəldiyi əsas yer dərinin epidermisi ilə selikli qişanın epiteli arasındakı intermarginal kənar hesab olunur.

Kliniki olaraq qapaq dərisi xərçənginin iki əsas forması – düyünlü və xorali formaları ayırd edilir.

Düyünlü forma. Xəstəlik dərinin cüzi bərkiməsindən başlayır: mərkəzdə sarı nazik qabıqlar əmələ gəlir və periferiya boyunca damarlar genişlənir. Yenitörəmənin birinci mərhələsi üçün dəri səthindən yüksələn, sarı pulcuqlarla örtülən düyün xasdır. Onun əsası bərk olub aydın deyil, toxumanın dərinliyinə gedir. Nazik qabıqlar qoparıldıqdan sonra bəzən məməcikli relyefi ilə fərqlənən, sulanan, yüngül qanayan səth aşkar olunur. Şiş böyüdükcə mərkəzi hissəsi aşağı düşür, sonra xora əmələ gəlir ki, kənarı enli olur və massiv bərk əsasa keçir.

Xorali forma. Dərinin bərkimiş hissəsi fonunda hemorragik qabıqlar əmələ gəlir ki, onlar qoparıldıqdan sonra qranulyasion toxuma görkəminə malik, qeyri-bərabər kələ-kötür dibli qanayan, xorali səth aşkar olunur. Xoranın əsası enli, bərk, qeyri-aydın sərhədli, kənarı azca qalxmış olur. Demək olar ki, həmişə xoralanmanı ikincili infeksiya müşayiət edir. Şişin nekrozu yenitörəmənin səthini örtən qabığın altından irinli ifrazata səbəb olur.

Göz qapağı dərisi xərçənginin yayılması dörd mərhələ üzrə təyin olunur: I mərhələ – derma ilə hüdudlanmış, yerini dəyişən, ən böyük diametri 0,5 sm-ə qədər olan şiş və ya xora; regionar metastazlar təyin olunmur; II mərhələ – həmin ölçüdə şiş, ancaq qapağın içəri qatlarına doğru inkişaf edir; regionar metastazlar aşkar olunmur; III mərhələ – şişin diametri 2 sm-dən artıq olub, konyunktivaya doğru inkişaf edərək orbitaya yayılır; regionar metastazlar müəyyən olunur; IV mərhələ – şiş orbitaya yayılır, episkleraya doğru inkişaf edərək, göz alması boşluğuna girib kök salır; çoxlu regionar və uzaq metastazlar təyin olunur.

Diagnoz yuxarıda təsvir olunmuş kliniki şəkil və xarici baxış, yandan işıqlandırma, biomikroskopiya, histoloji müayinə əsasında qoyulur.

Differensial diaqnostika Bouen epiteliomasi ilə aparılır.

Müalicə göz stasionarı şəraitində aparılır.

- **Göz qapağı dərisinin sarkomasi** – gözün dairəvi əzələsinin, qığırdağın, konyunktivanın pigment ləkələrindən inkişaf edir.

Kliniki olaraq dəyişilməmiş dəri altında yumşaq və ya bərk düyün şəklində malikdir. Sonra şiş sürətlə böyüyür, dəri ilə bitişir, xoralaşır və qapağın qonşu hissələrinə, gözə və orbitaya daxil olur.

Sarkoma bədxassəli gediş malikdir və regionar limfa düyünlərinə, dəri və daxili üzvlərə sürətlə metastaz verir.

Diagnoz xarakter klinik şəkil, xarici baxış, yandan işıqlandırma, biomikroskopiya, histoloji müayinə əsasında qoyulur.

Müalicə göz stasionarı şəraitində aparılır.

GÖZYAŞI ÜZVLƏRİNİN XƏSTƏLİKLƏRİ

Gözyaşı üzvlərinin daha tez-tez rast gəlinən xəstəliklərindən hesab olunur:

- I. Gözyaşı üzvlərinin anadangəlmə xəstəlikləri: yaşaparıcı yolların epitelial rüşeyminin (mayasının) aplaziyası, anadangəlmə hipolakrimiyanın persistensiyası, yaşaparıcı yolların fistulu, gözyaşı-burun yollarının divertikulu, gözyaşı nöqtəsi və kanalığın atreziyası, ikili gözyaşı nöqtələri, ikili kanalıcıqlar, gözyaşı nöqtələrinin ektopiyası, yenidoğulmuşların dakriosistiti.

II. Gözyaşı üzvlərinin qazanılma xəstəlikləri:

1. İltihabi: dakrioadenit, dakriosistit, kanalikulit, yaş kisəsinin fleqmonası.
2. Zədələr: kontuziya, dəlib-keçən və ikitərəfli yaralanmalar.
3. Yenitörəmələr:
 - a) xoşxassəli: papilloma, adenoma, fibroma, limfoma.
 - b) bədxassəli: yaş kisəsinin xərçəngi, yaş kisəsinin melanomasi, yaş kisəsinin sarkomasi.

Gözyaşı üzvlərinin anadangəlmə xəstəlikləri

- **Anadangəlmə hipolakrimiyanın persistensiyası** – gözyaşı hasilatının azalmasıdır. Xəstəliyin səbəbi göz yaşının sekresiyasına nəzarət edən sinir aparatının anadangəlmə hipo- və ya aplaziyası hesab olunur ki, bu da bəzən tüpürçəyin sekresiyasının anadangəlmə olmaması ilə birgə təsadüf oluna bilər. Nadir hallarda bu patologiya uşaqlarda həmişəlik qalır.
- **Şeqren sindromu** adətən ikitərəfli olur, 1-5 yaşda inkişaf edir. Xəstələr gözdə göynəmə, qaşınma, quruluq və yad cisim hissiyyatı, ağızda quruluq, işıqdan qorxma, görmənin tədricən zəifləməsindən şikayət edirlər. Ağladdıqda göz yaş gəlir. Kliniki olaraq konyunktivanın hiperemiyası və bəzən papillyar hipertrofiyası, konyunktiva kisəsində selik və epitelial hüceyrələrdən ibarət boz sap şəklində xarakter yapaşqan sekret qeyd olunur. Buynuz qişa aşağı hissədə parlaqlığını itirir, tədricən bulanır, onun səthindən nazik boz saplar sallanır. Bu xəstəlik ailəvi-irsi xarakter daşıya bilər. Diaqnoz yuxarıda təsvir olunan klinik şəkil, eləcə də xarici baxış, yandan işıqlandırma, biomikroskopiya üsulları əsasında qoyulur. Konyunktivit, herpetik keratitlə differensial diaqnoz aparılır. Müalicə ambulator aparılır.
- **Yenidoğulmuşların dakriosistiti (dacryocystitis neonatorum)** – yaş kisəsinin iltihabıdır. Uşaqlarda gözyaşı-burun yolları xəstəliklərinin tez-tez rast gəlinən və tipik formasıdır. Gözyaşı-burun axarının aşağı ucunun anadangəlmə atreziyası, eləcə də gözyaşı-burun yollarının təbii daralmalarında embrional toxumanın sorulmaması nəticəsində inkişaf edir. Gözyaşı-burun kanalı yenidoğulmuşlarda zarlı pərdədən əlavə jelatinöz kütlə

ilə dolu olur. Uşaqların üçdə biri həyatlarının ilk günlərində əksər halda sorulan fetal pərdə ilə doğulurlar. Çox vaxt embrional toxuma gözyaşı-burun yollarının təbii daralmalarında qalaraq göz yaşının və seliyn durğunluğuna – dakriosistitin meydana çıxmasına gətirib çıxarır.

Kliniki olaraq uşağın həyatının ilk günlərində və ya həftələrində valideynlər bir və ya iki gözədən çoxlu selikli və selikli-irinli ifrazat axdığını qeyd edirlər. Dakriosistitin kardinal əlaməti yaş kisəsi nahiyəsinə palpator təzyiq etdikdə yaş nöqtəsindən göz yaşının və ya ifrazatın xaric olmasıdır.

Bəzən yenidən doğulmuşların dakriosistiti kəskin fleqmonoz iltihab tipində keçir. Göz yaşının daxili bucağında yaş kisəsi nahiyəsində qızartı və kəskin ağrılı şişkinlik əmələ gəlir. Göz qapaqları şişir, uşaq özünü narahat aparır, bədən temperaturu yüksəlir. Bir neçə gündən sonra irin dəridən xaricə açılır, iltihab əlamətləri sakitləşir.

Yuxarıda təsvir olunan klinik şəkil əsasında xarici baxış, yandan işıqlandırma, biomikroskopiya, yaş yollarının diaqnostik yuyulması üsullarından istifadə edərək diaqnoz qoyulur. Lazım gəldikdə, gözyaşı-burun yollarının kontrast maddə ilə rentgenoqrafiyası aparılır.

Konyunktivit, yaş nöqtələrinin ektopiyası, atreziyası ilə differensial diaqnoz aparılır. Müalicə göz stasionarı şəraitində aparılır.

Fəsadlara yaş kisəsinin fistulu, yaş kisəsinin fleqmonası aiddir. Vaxtında və düzgün aparılan müalicədə proqnoz əlverişlidir.

Yaşaparıcı yolların anomaliyaları

Yaşaparıcı yolların anomaliyaları bətdaxili inkişaf dövründə müəyyən morfoloji strukturların geriyyə inkişafının ləngiməsi və ya inkişaf etməməsinin nəticəsi hesab olunur. Yaş yollarının istənilən hissəsinin anomaliyası müşahidə oluna bilər.

- **Yaşaparıcı yolların epitelial rüseyminin aplaziyası** onların tam və ya hissəvi olması ilə, adətən, üz və gözün digər anomaliyaları ilə müşayiət olunur.
- **Yaş ötürmənin pozulması** yaş yollarının müxtəlif hissələrində, xüsusilə, gözyaşı-burun kanalının aşağı burun keçəcəyinə açıldığı yerdə müşahidə oluna bilər. Bu kanalın mənfəzi yenidən doğulmuşlarda sorulmamış embrional toxuma ilə bağlana bilər. Nəticədə yenidən doğulmuşların dakriosistiti inkişaf edir.
- **Yaşaparıcı yolların fistulu** kanalçılıqlar nahiyəsində və eləcə də yaş yollarının başqa hissələrində yerləşə bilər. İltihab əlamətləri olmadıqda ən çox yaş kisəsi nahiyəsində qeyd olunur.
- **Divertikullar və ikili gözyaşı-burun yolları**, gözyaşı nöqtələri və kanalçılıqların atreziyası, əlavə yaş nöqtələri, ikili kanalçılıqlar, adətən, ailəvi-irsi xarakter daşıyır. Yaşaparıcı yolların pozulmasının əsas klinik əlamətləri – yaş durğunluğu və yaşaxmadır. Bu əlamətlər yenidən doğulmuşun həyatının ilk həftələrində, ən çox da ikinci ayından başlayaraq uşaq ağlamayan vaxt (özünü sakit apardıqda) aşkar olunur. Adı baxışda qapağın daxilə və xaricə çevrilməsi, yaş nöqtələrinin eversiyası, yaş nöqtələrinin kəskin darılması və ya olmaması kimi dəyişiklikləri müəyyən etmək olur.

Yuxarıda adları çəkilən patoloji dəyişikliklərin diaqnozu kliniki şəkil, xarici baxış,

yandan işıqlandırma, biomikroskopiya, kanalçılıq və gözyaşı-burun sınağı, kontrast maddə ilə rentgenoqrafiya əsasında qoyulur.

Müalicə göz stasionarı şəraitində aparılır.

Gözyaşı üzvlərinin qazanılma xəstəlikləri.

İltihabi xəstəliklər.

- **Kanalçılıq** – yaş kanalçılığının irinli iltihabıdır. Nisbətən az rast gəlinir, adətən, xroniki gedişə malik olur. Kanalçılıq irintörədici mikrobqlarla, virus və göbələklərlə törədilir. Xəstələr yaşaxmadan, gözün daxili yarısının qızarmasından, irinli ifrazatdan şikayətlənirlər. Kliniki olaraq yaş kanalçılığı nahiyəsində qapağın hiperemiyası qeyd olunur. Şişkinlik nəticəsində kanalçılıq qədərbənzər forma alır, gözyaşı məməcisi önə qabarr. Kanalçılığa təzyiq etdikdə gözyaşı nöqtəsindən irin xaric olur. Diaqnoz xarakter klinik şəkil əsasında qoyulur. Xarici baxış, yandan işıqlandırma üsulu, biomikroskopiyadan istifadə olunur. Konyunktivit, dakriosistit, gözyaşı-burun kanalının obstruksiyası ilə **differensial diaqnoz** aparılır. Müalicə ambulator, lazım gəldikdə - göz stasionarında aparılır.
- **Dakrioadenit (dacryoadenitis)** – gözyaşı vəzisinin iltihabıdır. İki formada – kəskin və xroniki formada özünü göstərir. Kəskin dakrioadenit oksəran endogen infeksiya nəticəsində inkişaf edir. Zökəm, qarn yatalağı, pnevmoniya, skarlatina, revmatizm, angina, qonoreya – onun səbəbləri ola bilər. Xəstələr üst göz qapağının tış hissəsində ağrı, qızartı, şişkinlikdən şikayətlənirlər. Kliniki olaraq göz qapağının bayır hissəsinin ptozu, konyunktivanın xemozu qeyd olunur. Göz alması aşağıya və içəriyə yerini dəyişir, çox vaxt ekzoftalm, göz almasının yuxarıya və xaricə (bayır tərəfə) hərəkətinin məhdudlaşması müşahidə olunur. Üst göz qapağını göz almasından ayırdıqda gözyaşı vəzisinin böyümüş palpebral hissəsi görünür. Çox vaxt ümumi yorğunluq, bədən temperaturunun yüksəlməsi ilə müşayiət olunan gözyaşı vəzisinin irinləməsi qeyd olunur. Xroniki dakrioadenit kəskin dakrioadenitdən inkişaf edə bilər, ancaq adətən sərbəst meydana çıxır. Əsas etibarilə özünü xroniki limfolyeoz və aleykəmik limfadenoz qrupuna aid olan Mikulic xəstəliyi şəklində göstərir. Vərəm və sifilitik etiologiyalı da ola bilər. Kliniki olaraq gözyaşı vəzisi nahiyəsində əlla yoxladıqda kifayət qədər bərk, orbitanın dərinliyinə doğru gedən şişkinlik əmələ gəlir. Onun üzərindəki dəri adətən dəyişilməmiş qalır. Üst qapağı çevirdikdə yuxarı-bayır bucaqda vəzin böyümüş palpebral hissəsi görünür. Xəstəlik bir və ya ikitərəfli ola bilər və kəskin iltihab əlamətləri olmadan keçib gedir. Xarakter klinik şəkil əsasında diaqnoz qoyulur. Xarici baxış, yandan işıqlandırma üsulu və biomikroskopiyadan istifadə olunur. İtdirsəyi, göz yuvasının limfomasi, xalazion, adenovirus konyunktiviti ilə **differensial diaqnoz** aparılır. Müalicə stasionar şəraitdə başlanğıc iltihab mərhələsində aparılır.

Vaxtında və düzgün aparılan müalicə zamanı proqnoz əlverişlidir.

- **Dakriosistit** (*dacryocystitis*) – yaş kisəsinin iltihabıdır. Kəskin və xroniki formada təsadüf edilir. Xroniki forma daha çox müşahidə edilir.

Xroniki dakriosistitin inkişaf səbəbi gözyaşı-burun axarının abliterasiyası hesab olunur ki, bu da öz növbəsində göz yaşının və yaş kisəsi ifrazatının durğunluğuna gətirib çıxarır. Yaş kisəsinin divarları tədricən dartılaraq genişləyir. Yaş kisəsində toplanan möhtəviyyət patogen mikrofloranın inkişafı üçün əlverişli mühit hesab olunur.

Xəstələr araskəsilməz yaşaxmadan, gözdən axan irinli ifrazatdan şikayətlənirlər. Xəstənin kliniki müayinəsi zamanı alt qapağın kənarında yaş durğunluğu, qapağın daxili bağından aşağıda dəridə paxlayaoxşar yumşaq qabarıqlıq nəzəri cəlb edir. Yaş kisəsi nahiyəsinə təzyiq etdikdə yaş nöqtəsindən selikli və ya selikli-irinli ifrazat xaric olur. Gözyaşı-burun sınağı mənfidir.

Kəskin dakriosistit çox vaxt xroniki prosesin kəskinləşməsi kimi meydana çıxır və yaş kisəsinin əhatə edən toxumanın irinli iltihabıdır. Xəstələr yaş kisəsinin proyeksiyasında qapaqda ağrı, hiperemiya, ödemdən şikayətlənirlər. Eləcə də yüksək bədən temperaturu, baş ağrısı və ümumi əzginlik qeyd edirlər.

Kliniki şəkil – üzün dərisi qızıylə xəstəliyini xatırladır, ondan fərqli olaraq iltihab ocağının kəskin sərhəddi olur. Yaş kisəsi nahiyəsində dərinin kəskin qızartısı və ağrılı şişkinliyi qeyd olunur (şək.6). Qapaqlar şişkin, göz yarığı daralmış və ya qapanmış olur. Yaş kisəsi nahiyəsindəki şişkinlik bərk olur, bir neçə gündən sonra o, yumşalır, onun üzərindəki dəri saralır və abses formalaşır ki, o da öz-özünə xaricə açılır. Bundan sonra iltihab əlamətləri sakitləşir.

Xarakter klinik şəkli əsasən diaqnoz qoyulur. Xarici baxış, yandan işıqlandırma üsulu, biomikroskopiya, kollarqol və ya flüoressinlə aparılan kanalciq və gözyaşı-burun sınağından istifadə olunur. Ümumi kliniki metodlardan – kontrast maddə ilə rentgenoqrafiya, kompüter tomoqrafiyasından istifadə olunur.

Qapağın reaktiv ödemi, kəskin etmoidit, kəskin frontit, qapağın absesi ilə **differensial diaqnoz** aparılır.

Müalicə göz stasionarı şəraitində xəstəliyin erkən müddətində aparılır.

Ağırlaşmalardan buyruz qışanın irinli xorasını, yaş kisəsinin kistasını, yaş kisəsinin hidropsu, ektaziyası və fleqmonasını misal göstərmək olar. Nadir hallarda xəstəlik orbitanın fleqmonası ilə fəsadlaşır.

Vaxtında və düzgün aparılan müalicədə proqnoz əlverişlidir.

Yaşaparıcı yolların yenitörəmələri

Yaş kisəsinin xoşxassəli şişləri – papilloma, adenoma və yumşaqtoxumalı: fibroma, limfoma.

- **Papilloma.** Onun inkişafında əvvəldən olan xroniki iltihab böyük rol oynayır. Xroniki iltihab epitelial qatdakı hiperplastik prosesləri aktivləşdirərək şiş düyününün formalaşmasına kömək edir.

Papilloma öz inkişafının başlanğıcında nazik ayaqcıq üzərində yerləşən tək düyün şəklində kliniki olaraq özünü göstərir.

İnkişaf etmiş mərhələdə polipoz böyümə mümkündür. Bu zaman şiş kütləsi yaş

kisəsinin boşluğunu dolduraraq, yaş kanalciqlarından xaricə çıxa bilir.

İnkişaf edən şişin ilk simptomlarından biri yaşaxma hesab olunur; əvvəlcə o, daimi olur. Yenitörəmə böyüdükcə araskəsilməz yaşaxma və irinaxma ilə xroniki dakriosistit şəkli inkişaf edir.

- **Adenoma.** Adenoma xəlbiyyəli labirint hüceyrələrindən inkişaf edərək yaş kisəsinin ikincili zədələyir. Şiş adətən kapsula ilə örtülmüş olur, papillomaya nisbətən bərk olur.

Başlanğıc dövrdə kliniki şəkli praktiki olaraq papillomanın klinikasından fərqlənir. Şiş böyüdükcə yaş kisəsi nahiyəsində şişkinlik əmələ gəlir, onun üzərindəki dəri asanlıqla yerini dəyişir. Bu dövrdə xəstələri fasiləsiz yaşaxma və selikli və ya selikli-irinli ifrazat narahat edir. Dakriosistit yaş kisəsi mənfəzinin obturasiyası nəticəsində inkişaf edir.

- **Fibroma.** Fibromanın bərk forması üstünlük təşkil edir ki, bu halda yaş kisəsinin divarında hüduqları aydın görünən şiş əmələ gəlir. Çox ləng böyüyür.

Kliniki olaraq şiş özünü yaş kisəsi nahiyəsində bərk məhdud şişkinlik olan xroniki dakriosistit kimi büruzə verir.

- **Limfoma.** Çox vaxt reaktiv hiperplaziyanın əks olunması hesab olunur. Şiş xarakterli limfomalar – limfoid toxumanın sistem zədələnməsinin tez-tez rast gəlinən əlamətidir.

Kliniki olaraq xəstəliyin başlanğıcı yaş kisəsinin zirvəsində və oraya yaş kanalciqlarının açıldığı yerdə limfoid follikulların toplanması şəklində özünü büruzə verə bilər ki, bu da öz növbəsində yaşaxmaya gətirib çıxarır. Limfoid infiltrasiyası kisəyə bütünlüklə yayılır; yaşaxma ilə yanaşı yaş kisəsi nahiyəsində hüduqları qeyri-aydın olan yumşaq konsistensiyalı törəmə əmələ gəlir. Yaş kisəsindən irinli ifrazat gəlmir, çünki onun mənfəzi tədricən daralaraq tam obliterasiyaya uğrayır.

Diaqnoz klinik şəkil, xarici baxış, yandan işıqlandırma, biomikroskopiya, kanalciq və gözyaşı-burun sınağı, dakriosistoqrafiya, histoloji müayinələr əsasında qoyulur.

Psevdoşiş və sarkoidoz ilə **differensial diaqnostika** aparılır.

Müalicə göz stasionarı şəraitində aparılır.

Yaş kisəsinin bədxassəli şişləri.

Rastgəlinmə tezliyinə görə epitelial şişlərə (xərçəng) daha çox, sonra – yumşaqtoxumalı (sarkoma), nadir halda piqment şişlərinə (melanoma) təsadüf edilir.

- **Yaş kisəsinin xərçəngi** kisənin bütün şişlərinin 38-43%-ni təşkil edir. Bu, morfoloji olaraq silindrikhüceyrəli və ya yastıhüceyrəli xərçəngdir.

Klinikası nisbətən uzun müddət davam edən latent dövrlə səciyyəlidir. Xəstəlik əvvəlcə yaşaxma ilə başlayır, sonralar gözyaşı-burun kanalının erkən obliterasiyası nəticəsində xroniki dakriosistit klinikası qoşulur. Sonrakı mərhələlərdə burun qanaxması mümkündür.

- **Yaş kisəsinin melanoması** kisənin bütün şişlərinin 3-4%-ni təşkil edir.

Klinikası yaş nöqtəsindən seroz ifrazatın xaric olması ilə səciyyəlidir. Sonralar “qanlı gözyaşı” simptomu qoşulur, yaş kisəsi nahiyəsində şişkinlik əmələ gəlir. Gözyaşı-burun kanalının keçiriciliyi əvvəlcə saxlanılır, ancaq bu dövrdə yaş yolları yuyularkən

qanla qarışıq maye axır. Daha sonralar spontan burun qanaxmaları mümkündür.

- **Yaş kisəsinin sarkoması** xərçəngə (22-29%) nisbətən daha nadir halda rast gəlinir, uşaq və cavan yaşlarda üstünlük təşkil edir. Morfoloji olaraq çox vaxt limfosarkoma və Kapoşi sarkoması təsvir olunur.

Yaş kisəsinin sarkoması zamanı xəstəliyin latent dövrü daha qısa olur, yaş kisəsi nahiyəsində azhərəkətli şiş kütləsini daha erkən əlləmək mümkün olur. Şiş yayılaraq burun, yanaq toxumasını, orbitanı zədələyir. Qulaqotrafı, boyun, çənəaltı limfa düyünlərinə metastaz verir.

Kliniki şəkil, xarici baxış, yandan işıqlandırma, biomikroskopiya, kanalcıq və gözyaşı-burun sınaqları, dakriosistoqrafiya, histoloji müayinə əsasında diaqnoz qoyulur.

Qapağın reaktiv ödemi, kəskin etmoidit, kəskin frontit, qapağın absesi ilə differensial diaqnoz aparılır.

Müalicə göz stasionarı şəraitində aparılır.

BİRLƏŞDİRİCİ QIŞANIN (KONYUNKTIVANIN) XƏSTƏLİKLƏRİ

Görmə üzvünün bütün xəstəlikləri arasında konyunktivanın xəstəlikləri 30-48% təşkil edir ki, bu da konyunktiva ilə qapaq, buynuz qişa, gözyaşı üzvləri arasında olan sıx anatomik əlaqə, onların patoloji proseslərinin ümumi olması ilə izah olunur. Gözün açıq vəziyyəti patogen floranın konyunktiva kisəsinə çökməsinə və qıcıqlandırıcı amillərin təsirinə şərait yaradır.

Görmə üzvünün birləşdirici qişasının aşağıdakı xəstəlikləri ayırd edilir:

I. Konyunktivanın ekzogen etiologiyalı iltihabi xəstəlikləri:

1. Bakterial konyunktivitlər:

- a) kəskin epidemik Kox-Uiks konyunktiviti;
- b) pnevmokokk;
- c) diplobasillyar (anqulyar) Moraks-Aksenfeld konyunktiviti;
- d) difteriya;
- e) qonoblenoreya;
- f) sifilitik;
- g) vərəm.

2. Virus konyunktivitləri:

- a) kəskin epidemik adenovirus;
- b) adenofarinqokonyunktival qızdırma;
- c) herpetik;
- d) kontagioz mollyusk zamanı.

3. Yenidöğmüşlərin konyunktiviti

4. Xlamidiyanın törətdiyi konyunktivitlər:

- a) xlamidiya;
- b) traxoma;
- c) paratraxoma.

5. Göbələk konyunktivitləri

6. Allergik konyunktivitlər:

- a) bahar xəstəliyi;
- b) pollinoz;
- c) kəskin allergik;
- d) nəhəng-məməcikli-konyunktivit kontakt linzaların taxılması nəticəsində;
- e) dərman konyunktiviti.

7. Ultrabənövşəyi şüalanma (oftalmiya) nəticəsində konyunktivitlər:

- a) elektrooftalmiya;
- b) qar korluğu.

8. Xroniki konyunktivit

II. Konyunktivanın endogen etiologiyalı iltihabi xəstəlikləri (ümumi infeksiyon xəstəliklərdə):

1. Su çiçəyi zamanı konyunktivit

2. Qızılca zamanı konyunktivit.
3. Pemfiqus
4. Stivens-Conson sindromunda konyunktivit
5. Sifilitik
6. Fliktenulyoz (vərəm – allergik)
7. Okuloqlandulyar Parino

III. Konyunktivanın degenerativ dəyişiklikləri:

1. Pinqvekula (piycik)
2. Pteriqium (qanadvari pərdə)
3. Konyunktivanın kserozu

IV. Konyunktivanın şişləri:

1. Xoşxassəli (dermoid, papilloma, hemangioma, limfangioma, limfoma, Bouen epiteliomasi, nevus, melanoz)
2. Bədxassəli (xərçəng, melanoma, limfoma, Kapoşi sarkomasi).

Konyunktivanın ekzogen etiologiyalı iltihabi xəstəlikləri.

Bakterial konyunktivlər

- **Kəskin epidemik Kox-Uiks konyunktiviti** – gözün birləşdirici qişasının qrammənfi Kox-Uiks çöpləri tərəfindən törədilən ekzogen etiologiyalı iltihabidir.

Yer kürəsində konyunktivitin epidemiyası isti iqlimi olan ölkələrdə - Asiyada, Afrikada, Cənubi Amerikada, Orta Asiyada, Qafqazda daha geniş yayılmışdır. İqlimi mülayim və soyuq olan ölkələrdə xəstəliyin coşması hərdən bir baş verir. Geniş epidemiyalar tropik və subtropik iqlimi olan ölkələrdə yay-payız dövründə meydana çıxır. Xəstəlik yüksək dərəcədə yoluxucudur. İnfeksiya ocağı insanlar hesab olunur. İnfeksiya milçəklərlə, qulluq edən personal və xəstələrin əlləri ilə, bakteriyadaşıyıcılarla ötürülür. Çox vaxt 2 yaşa qədər uşaqlar xəstələnir.

Şikayət gözdə “qum” hissiyyatı, göynəmə, qızartı, yaşaxma, işıqdanqorxma, selikli-irinli ifrazatdan ibarətdir (şək.7).

Kliniki olaraq xəstəliyin qəflətən kəskin başlanğıcı əvvəlcə bir gözdə olur, sonra ikinci göz zədələnir. Keçid büküşlərin, xüsusilə aşağı büküşlərin ödemi, hiperemiyası, əvvəlcə selikli, sonra irinli ifrazat, işıqdanqorxma, blefarospazm, qapağın şişkinliyi müşahidə olunur. Bulbar konyunktivada çoxlu qansızmalar meydana çıxır. Skleranın qalınlaşmış və ödemli konyunktivasi əsası limbə baxan iki solğun-boz üçbucaq adacıqlar şəklində görsənir.

Qığırdığın selikli qişasında asanlıqla qopan kobud pərdələrin əmələ gəlməsi mümkündür. Bəzən konyunktivanın məməcikli artımı, follikullar əmələ gəlir. Zəifləmiş xəstələrdə ümumi əlamətlər qeyd olunur: bədən temperaturunun artması, baş ağrıları, zökəm kimi ümumi əlamətlər qeyd olunur. İrit, keratit, buynuz qişasının total xorasının inkişafı mümkündür.

Xəstəliyin silinmiş gedişi də ola bilər ki, həkimin diqqətini konyunktivitin bu etiologiyasına cəlb etməsin. Diaqnozu dəqiqləşdirmək məqsədilə konyunktiva boşluğundan götürülən yaxmanın bakterioskopik və bakterioloji müayinəsi aparılır, antibiotiklərə həssaslıq təyin edilir.

Pnevmonokk, qonoreya, difteriya konyunktivləri, traxoma ilə **differensial diaqnoz** aparılır.

Müalicə gözə gündəlik baxışla ambulator aparılır. Aktiv müalicə zamanı xəstəliyin müddəti 10 günə qədər çəkir.

Vaxtında başlanılan müalicədə **proqnoz** əlverişlidir; gec mürciət olunduqda – buynuz qişə tərəfindən fəsadlar (keratit, xora, buynuz qişə bulanmaları) ortaya çıxa bilər.

- **Pnevmonokk konyunktiviti** – gözün birləşdirici qişasının qrammüsət kapsul diplokokku (Frenkel-Vekselbaum pnevmonokoku) tərəfindən törədilən iltihabidir.

İqlimi mülayim və soyuq olan ölkələrdə xüsusən payız-qış aylarında üstünlük təşkil edir. Yoluxma, adətən, ekzogen yollaadır. Pnevmoniyası olan xəstələrdə metastatik infeksiya (endogen yoluxma) kimi rast gəlinə bilər. Əksər halda 4-7 yaşlı uşaqlar xəstələnir, uşaq kollektivlərində epidemik alovlanma mümkündür.

İnkubasion dövr – 1-2 gündür.

Xəstələr gözdə ağrı, göynəmə, qapağın ödemi, yaşaxma, güclü işıqdanqorxma və çoxlu ifrazat axmasından şikayətlənirlər.

Kliniki olaraq 3 forma ayırılır: kəskin, yalançı-pərdəli, yaşaxma ilə keçən forma. Kəskin başlanğıcı əvvəlcə bir gözdə olur, sonra ikinci gözdə qapağın intensiv ödemi, çoxlu irinli-ifrazat, skleranın konyunktivasiında petexial qansızmalar, qığırdığın selikli qişasında asanlıqla çıxarıla bilən ağıntılı-boz pərdə əmələ gəlir. Buynuz qişə epitelinin zədələnməsi və kənarı infiltratların, xoranın inkişafı mümkündür. Xəstəliyin müddəti 7-14 gündür.

Konyunktiva boşluğundan götürülən yaxmanın bakterioloji müayinəsi aparılır, törədicinin antibiotiklərə həssaslığı təyin edilir.

Kox-Uiks konyunktiviti, qonoblenoreya, difteriya konyunktivləri ilə **differensial diaqnostika** aparılır.

Müalicə xəstələr (xəstə uşağın valideynləri) tərəfindən sanitariya-gigiyena qaydalarının gözlənilməsi ilə ambulator aparılır. Adətən xəstəliyin kliniki əlamətləri özünü göstərdikdən 2-3 gün sonra pnevmonokklar konyunktivanın epitelindən və ifrazatından yoxa çıxır.

Vaxtında aparılan müalicə zamanı proqnoz əlverişlidir. Gec mürciət olunduqda buynuz qişə xoraları, bulanmaları meydana çıxa bilər.

- **Diplobasillyar (anqulyar)** blefarokonyunktivit (Moraks-Aksenfeld) – birləşdirici qişə və qapaq kənarının qrammənfi Moraks-Aksenfeld diplobasilləri tərəfindən törədilən ekzogen iltihabidir.

Yoluxma çirkli əllərdən, şəxsi əşyalardan olur. İnkubasion dövr 3-4 gün çəkir.

Şikayətlər güclü qaşınma, göynəmə, tez-tez ağrılı qırpmadandır.

Kliniki olaraq yarımkəskin və ya xroniki gedişli ikitərəfli proses müşahidə edilir.

Tipik simptomlardan: göz yarığının bucağında qapaq kənarının qızarması, göz yarığının dərində maserasiya və sulanan çatlar, konyunktivanın yüngül hiperemiyası, yapışqan qatı sekret xasdır. Gecə ərzində ifrazat göz yarığının bucaqlarında toplanır və bərk mumabənzər nazik qabıq şəklində quruyur. Prosesin kənarı infiltratlarla və ya buynuz qişə xoraları ilə **ağırlaşması** mümkündür.

Diaqnozu dəqiqləşdirmək üçün konyunktiva boşluğundan götürülən yaxmanın bak-

teriooloji müayinəsi aparılır.

Xəstəlik blefarit, allergik medikamentoz konyunktivitlə **differensasiya** olunur.

Müalicəsi ambulator aparılır, ağır fəsad meydana çıxdıqda (buynuz qişanın xorası) – stasionarda aparılır.

Vaxtında aparılan müalicədə **proqnoz** əlverişlidir; gec mürciət olunduqda buynuz qişa tərəfindən xoralanma və ya xroniki gedişli konyunktivit kimi **ağırlaşmalar** inkişaf edə bilər.

• **Difteriya konyunktiviti** – birləşdirici qişanın difteriya korinebakteriyası – Leffler çöprü tərəfindən törədilən yoluxucu xəstəliyidir.

Difteriya bütün ölkələrdə rast gəlinir. Xəstəliyin səviyyəsi əhəlinin spesifik immunitəziasının həcmindən asılıdır. İnkişaf etmiş ölkələrdə xəstələnmə təsadüfi hallarda olur və daha çox böyük adamlarda rast gəlinir.

İnfeksiya mənbəyi difteriyalı xəstələr və difteriya korinebakteriyalarının toksigen ştammlarının bakteriyadaşıyıcılarıdır.

Difteriya konyunktivanın birincili, təcrid olunmuş xəstəliyi kimi nadir halda təsadüf olunur. Çox vaxt infeksiya yuxarı tənəffüs yollarından keçir və burun, udlaq və qığırdağın difteritik zədələnməsi ilə birləşir.

Konyunktivanın difteriyası ilə məktəbəqədər və məktəbyaşlı uşaqlar (keçirilmiş xəstəliklərdən sonra zəifləmiş, peyvənd edilməmiş uşaqlar) payız aylarında tez-tez xəstələnirlər.

Törədicinin əsas yoluxma yolları hava-damcı, kontakt-məişət yollarıdır. İnkubasion dövr bir neçə saatdan 12 günə qədər, çox vaxt 2-7 gün təşkil edir.

Şikayətlər ağrı, qapağın ödemi, qapaqları yuma bilməmək, bədən temperaturunun artması, zəiflik, qulaqətrafi və çənaaltı limfa düyünlərinin ağrılı və şişkin olmasındandır.

Difteriya konyunktivinin aşağıdakı formaları fərqləndirilir: difterik; krupoz; kataral.

Difterik forma qapaq dərisinin kəskin ödemi, hiperemiyası, bərkiməsi ilə başlayır. Qapaqları güclü araladıqda selikli-irinli ifrazat xaric olur. 1-2 gündən sonra qapaqlar yumşalır, ifrazat artır. Qığırdağın konyunktivasında (bəzən də skleranın konyunktivasında) qanayan və nekroza uğramış səthin üzərində bərk, cirkli-boz rəngdə, çətinliklə qopan pərdə aşkar olunur. Pərdə bir həftədən sonra qopur, güclü irinaxma başlayır, konyunktivada qranulyasiya əmələ gəlir. Nəticədə ulduzvari çapıqlar yaranır. Skleranın konyunktivasının nekrozu zamanı simblefaron meydana çıxır. Daha təhlükəli ağırlaşma buynuz qişa xorasının (buynuz qişanın növbəti bulanması və ya deşilməsi ilə) inkişafıdır.

Göz qapağının zəif şişkinliyi, azacıq ifrazat, xemoz, qığırdaq konyunktivasında asanlıqla qoparılan pərdə və pərdənin altında qanayan səthin olması difteriya konyunktivinin krupoz forması üçün səciyyəvidir. Buynuz qişa prosesə cəlb olunmur. Nəticə əlverişlidir.

Kataral forma selikli qişanın hiperemiyası və çoxlu irinli ifrazatla özünü göstərir.

Diaqnozu dəqiqləşdirmək üçün konyunktiva boşluğundan götürülən yaxmanın bakteriooloji müayinəsi aparılır (bakterioskopiya kifayət etmir, belə ki, konyunktiva boşluğunda morfoloji cəhətdən difteriya çöplərinə oxşar kseroz çöpləri ola bilər).

Pnevmonokk konyunktiviti, epidemik Kox-Uiks konyunktiviti və adenovirus kon-

yunktiviti ilə **differensial diaqnostika** aparılır.

Xəstəlik xəstənin həyatı və ətrafdakılar üçün təhlükə yaradır. Təcili hospitalizasiya, xəstələrin təcridi və infeksiyon şöbələrdə spesifik müalicəsi (difteriya əleyhinə zərdabın təcili yeridilməsi) mütləqdir.

Vaxtında aparılmış müalicə zamanı **proqnoz** əlverişlidir; gec mürciət olunduqda buynuz qişa tərəfindən ağırlaşmaların (xoralı keratit, çapıq, endoftalmitin əmələ gəlməsi ilə buynuz qişanın perforasiyası, korluq) inkişafı cəhətdən proqnoz ciddidir.

• **Qonokokk konyunktiviti (qonoblenoreya)** – qrammənfi diplokokkun – Neisser qonokokkunun konyunktiva boşluğuna düşməsi nəticəsində inkişaf edir.

Yenidoğulmuşların, uşaq və böyüklərin qonoblenoreyası fərqləndirilir. Qonoreya dünyanın bütün ölkələrində yayılmışdır.

Qonoreyası olan xəstə ananın doğuş yollarından döl keçərkən və ya uşağa qulluq əşyalarından yenidoğulmuş yoluxa bilər. Uşaqlar xəstə valideynlərdən, gigiyena qaydalarına riayət olunmadıqda yoluxurlar. Xəstəlik qonoreya uretriti, servisitindən əziyyət çəkən böyüklərdə ifrazatın konyunktiva kisəsinə daxil edilməsi; tıbb işçilərində - belə xəstələrin müalicəsi, doğuşun qəbulu zamanı; xəstələrlə kontaktda olub gündəlik məişət əşyalarından ümumi istifadə edən şəxslərdə meydana çıxır. Nadir hallarda qonoreya uretriti olan şəxslərdə artritlə eyni vaxtda metastatik yolla əmələ gələ bilər.

Böyüklər və uşaqlar gözdə ağrı, göynəmədən, qapağın bərk şişkinliyindən, qapaq dərisinin, gözün selikli qişasının qızarmasından, ifrazatdan şikayətlənirlər (şək.8).

Yenidoğulmuşların qonoblenoreyası – gözün ikitorəfli xəstəliyidir. Kliniki gedişin 3 dövrünə malikdir: infiltrasiya, irinaxma, papillyar hipertrofiya.

İnfiltrasiya dövrü uşaq doğulduqdan 2-3 gün sonra (inkubasiya dövründən sonra) baş verir. Qapaqda göyümtül-tünd qırmızı şişkinlik qeyd olunur, qapağın xaricə çevrilməsi çətinləşir. Konyunktiva qalınlaşır, asanlıqla qanayır. İfrazat selikli-qanlı (ət yuyuntusuna oxşar) olur. 3-4 gündən sonra irinaxma dövrü başlayır ki, (müalicəsiz) bir həftəyə qədər çəkir. Qapağın şişkinliyi azalır, əllə yoxladıqda yumşalmış olur. Konyunktivanın xemozu müşahidə olunur. İfrazat irinli, çoxlu, sarı rəngdə qaymaqvari konsistensiyalı olub, yanaqla axır. Bu dövr buynuz qişanın yoluxması imkanı ilə təhlükəlidir. Belə ki, buynuz qişadakı infiltrat parçalanır, irinli xora əmələ gəlir, yaxşı hallarda xora təmizlənilir, çapıq əmələ gəlir. Ağrı hallarda endoftalmit, panofthalmit inkişafı ilə buynuz qişa deşilir (qeyd etmək lazımdır ki, yenidoğulmuşlarda qonoblenoreya demək olar ki, belə ciddi fəsadlarla nəticələnmir).

Üçüncü dövr üçün konyunktiva hiperemiyası və şişkinliyinin, ifrazatın azalması səciyyəvidir. Tədricən (müalicəsiz) ikinci ayın sonuna yaxın iltihab izsiz, konyunktivada çapıq qoymadan itib gedir.

Böyüklərin qonoblenoreyası birtərəfli başlayır. Yenidoğulmuşlardakına nisbətən gedişi daha ağır və coşğundur, çox vaxt buynuz qişa zədələnilir (nəticədə kobud çapıq, göz almasının atrofiyası əmələ gələ bilər). Eləcə də xəstəlik ümumi simptomlarla – temperaturun qalxması, oynaqların, əzələlərin zədələnməsi, ürək-damar sistemi tərəfindən pozğunluqlarla müşayiət olunur.

Qonokokk konyunktiviti ağırlığına görə uşaqlarda böyüklərə nisbətən yüngül keçir, ancaq yenidoğulmuşlardakına nisbətən ağır keçir. Çox vaxt bir göz zədələnilir, buynuz qişa prosesə cəlb olunur.

Diagnoz qoymaq üçün aşağıdakı müayinələr aparılır: yenidöğulmuşlarda buynuz qişadakı zədələnməni aşkar etmək məqsədilə rəngli maddə damızdırıldıqdan sonra göz almasını yandan işıqlandırmaqla oftalmoloji müayinə – ananın uşaqlıq yolundan götürülən yaxmanın nəticəsi; uşaqlarda bakterioskopik müayinə – konyunktivadan götürülən qaşıntının Qram üsulu ilə boyanması; konyunktiva boşluğundan əkmə və antibiotiklərə həssaslığın təyini; veneroloqda ana və onun cinsi partnyorunun müayinəsi; lazım gəldikdə xəstənin yayılmış qonokokk infeksiyasına görə müayinəsi – qanın və onurğa beyini mayesinin əkilməsi aparılmalıdır.

Pnevmonokokk konyunktiviti, Kox-Uiks konyunktiviti ilə **differensial diaqnoz** aparılır.

Müalicə gündəlik baxışla ambulator olaraq və ya prosesin ağırlığından asılı olaraq stasionarda aparılır. Yenidöğulmuşların, uşaqlar və anaların (və onların cinsi partnyorlarının) müalicəsində, qonokokkların aşkarına aid müayinələrin mənfii nəticəsi alınana və tam kliniki sağalma dövrünə qədər ümumi və yerli müalicəyə xüsusi diqqət yetirilməlidir. Orta hesabla müalicənin davam olunma müddəti – 14 gündür.

Qonoblenoreyası olan bütün yenidöğulmuşlar xlamidioza qarşı əlavə müalicə almırlar.

Vaxtında aparılan müalicə zamanı proqnoz əlverişlidir; gec mürciət olunduqda buynuz qişası xorası, onun da nəticəsində çapıq və ya endoftalmit, panoftalmit və göz almasının subatrofiyası meydana çıxır.

• **Konyunktivanın vərəmi** – birləşdirici qişanın mikobakteriya – vərəm çöpləri tərəfindən törədilən yoluxucu xəstəliyi.

Yoluxma mənbəyi – vərəmə yoluxmuş adamdır (onun ifrazatı, bəlgəmi). Əsasən, yoluxma aerogen yolla.

Vərəmlə xəstə olan heyvanlardan alimentar yolla – vərəm mikobakteriyalarını özündə saxlayan süd məhsullarından yoluxmaq olar.

Tənəffüs yolları (daha çox), mədə-bağırsaqların, udlaq badamcıqlarının, cinsiyyət üzvlərinin selikli qişaları (onların təmliyi pozularsa), çox nadir halda qapağın dərisi, konyunktiva və buynuz qişası vərəm törədicisi üçün açıq qapı rolunu oynaya bilər.

İnfeksiyanın konyunktivaya daxil olmasının üç mümkün yolları mövcuddur:

- 1) ilkin yoluxma, xarici mühitdən vərəm mikobakteriyalarının konyunktivaya düşməsinin ekzogen yolu (konyunktivada birincili prosesin inkişafına maserasiya, çatlar, travmalar, o cümlədən əməliyyat travması kömək edir);
- 2) qapağın selikli qişasının vərəmi infeksiyanın dəridən və ya şisəsinə keçməsinin nəticəsi ola bilər;
- 3) vərəm mikobakteriyalarının hematogen metastazlaşması.

Xəstələr üst qapağın altında yad cisim hissiyyatından, ağırlıq hissindən, zədələnmə göz tərəfdə qulaqətrafi limfa düyünlərinin böyüməsindən şikayətlənirlər.

Adətən, bir göz zədələnilir. Üst qapağın qığırdağının konyunktivasında girdə boz düyünlər əmələ gəlir ki, 3-4 həftədən sonra parçalanırlar, selikli qişaya xoralasılır. Düyünlər birləşə bilər, onlar parçalandıqda qığırdağa və qapağın bütün qatlarına yayıla bilən qeyri-düzgün formalı dərin xora aşkar olunur. Xoranın dibi kələ-kötür olub, piyli ərpəyə örtülür. Xoralı səthdə granulyasiya çox ləng gedir.

Diagnoz qoymaq üçün növbəti müayinələr aparılır: konyunktivanın biomikroskopiyası, immunodiagnostika (tuberkulina qarşı qanda humoral və hüceyrə antitellərinin aş-

karı); Mantu reaksiyası, Vasserman reaksiyası; döş qəfəsi üzvlərinin rentgenoqrafiyası, ftiziatrin məsləhəti; qanın analizi; konyunktivanın xorasından götürülən qaşıntının bakteriooloji müayinəsi; zədələnmə toxumunun biopsiyası.

Konyunktivanın sifilisi (bərk şankr), konyunktivanın yenitörəməsi (xərçəngi) ilə **differensial diaqnoz** aparılır.

Vaxtında aparılan müalicə zamanı proqnoz əlverişlidir. Gec mürciət olunduqda göz yarığının deformasiyası və çapıq laqofalm ilə nəticələnən qapağın xora ilə dağıdılması, görmə itiliyinin əhəmiyyətli zəifləməsinə gətirib çıxaran fəsadlar ola bilər.

Virus konyunktivləri

• **Kəskin epidemik adenovirus konyunktiviti** – VIII serotip adenovirusu tərəfindən törədilir. Virus çox yoluxucudur, suda və havada, xüsusilə aşağı temperaturda virulentiqlik qabiliyyətini saxlayır. Bununla əlaqədar konyunktivitin epidemiyası ilin soyuq aylarında, rütubət yuxarı olduqda və temperatur dəyişikliyi dövründə artır. İnkubasiya dövrü orta hesabla 10 gündür.

Xəstələr gözdə ağrıdan, yaşaxmadan, gözün qızarmasından, işıqdan qorxmadan, blefarospazm və görmənin pisləşməsindən şikayətlənirlər.

Kliniki olaraq qapağın şişkinliyi, konyunktivanın hiperemiyası, aşağı keçid büküşü toxumasının infiltrasiyası, traxomatöz prosesi xatırladan yarışəffaf boz follikullar, göz yaş atçısının infiltrasiyası müşahidə olunur (şək.9).

Bəzən, uşaqlarda, konyunktivada pərdə şəklində boz ərp əmələ gəlir, qulaqətrafi və çənəaltı limfa düyünləri böyüyür. İfrizat az miqdarda, seroz-selikli olur. İkinci göz gec olaraq prosese cəlb olunur, həmin gözdə simptomatika özünü yüngül göstərir.

Epidemik keratokonyunktivitin gedişində üç mərhələ ayrd edilir:

- 1) 5-7 gün davam edən kəskin klinik əlamətlər mərhələsi;
- 2) sönmə (yavaş-yavaş sakitləşmə) mərhələsi (birinci göz sağaldıqda digər göz zədələnilir);
- 3) buynuz qişanın zədələnməsi (buynuz qişası hissiyyatının azalması ilə səthi keratit);

Keratit xəstəliyin 2-3-cü həftəsində (2/3 hadisədə) əvvəlcə limbda, sonra buynuz qişanın mərkəzi hissəsində bozumtul infiltratlar şəklində özünü göstərir. İnfiltratlar dairəvi formada “qəpiyəoxşar” olub, buynuz qişanın səthi qatlarında yerləşir, görmə itiliyini əhəmiyyətli dərəcədə aşağı salır; aylar və ya hətta 1-1,5 il keçdikdən sonra sorulur.

Ayrı-ayrı hallarda iridosiklit meydana çıxır.

Diagnozu dəqiqləşdirmək üçün konyunktivadan götürülən qaşıntının sitoloji müayinəsi; immunofluoresensiya və ya flüoresensiyə antitellər metodu (virusun serotipini təyin etməyə imkan verir) kimi müayinələr aparılır və anamnez (konyunktiviti xəstə ilə əlaqə) yığılır.

Bakterial konyunktivit, traxoma, adenofarinqokonyunktival qızdırma ilə **differensial diaqnoz** aparılır.

Müalicəsi ambulator olmaqla, 3-4 həftə davam edərək virus əleyhinə, simptomatik aparılır.

Proqnoz adətən əlverişlidir. Bəzən adenovirus iridosiklitinin inkişafı; “qəpiyəoxşar” keratitə görə görmə itiliyinin uzun müddətə zəifləməsi, xəstəliyin uzun müddətli gedişinə, dərman preparatlarının qəbuluna toksiko-allergik reaksiyanın inkişafı mümkündür.

- **Adenofarinqokonyunktival qızdırma** – konyunktivanın 3 və 7a, bəzən də 6 və 10 tipli adenovirus tərəfindən törədilən iltihabi xəstəliyidir.

Xəstəlik yüksək dərəcədə yoluxucu olub, ilin bütün vaxtında, daha çox yaz-yay dövründə, bütün yaş qruplarında rast gəlinir. Konyunktivitlə yanaşı temperaturun qalxması, faringit, qulaqətrafi, çənəaltı limfa düyünlərinin böyüməsi ilə müşayiət olunan kəskin respirator proses baş verir. Xəstə adamdan sağlama birbaşa kontakt yolu ilə ötürülür.

İnkubasion dövr – 4-8 gündür. Əsasən məktəbəqədər və kiçik məktəb yaşlı uşaqlar xəstələnirlər.

Xəstələr göz almasının qızarmasından, gözdə göynəmə, sancı, yaşaxma və işıqdan-qorxmadan şikayətlənirlər. Bu şikayətlər keçirilmiş yuxarı tənəffüs yollarının katarından sonra meydana çıxır.

Konyunktivitın başlanğıcı kəskin olub bir gözdə başlayır, 2-3 gündən sonra digər gözə keçir.

Kliniki gedişdə 3 forma fərqləndirilir: 1) kataral; 2) follikulyar; 3) pərdəli.

Kataral forma tez-tez rast gəlinir, qapağın şişkinliyi, qapaq konyunktivasının, keçid büküşlərin hiperemiyası, azca selikli və ya selikli-irinli ifrazat, blefarospazm müşahidə olunur.

Pərdəli forma nadir rast gəlinir – pərdə zərif, bozumtul-ağ rəngdə olub, asanlıqla aralanır. Bəzən çətinliklə aralanan bərk fibroz pərdə də ola bilər; pərdə aralananndan sonra səth qanayır. Xəstəliyin nəticəsi əlverişlidir.

Follikulyar formada qiğırdağın və keçid büküşlərin konyunktivasında follikulların səpgisi, selikli ifrazat müşahidə olunur. Konyunktivitın başlamasından bir neçə həftə sonra buynuz qişada 1-2 ay ərzində izsiz sorulan xırda subepitelial infiltratlar inkişaf edə bilər. Konyunktivitlərin bütün formalarına xas xüsusiyyət buynuz qişa hissiyyatının kəskin aşağı düşməsidir.

Müayinələrə aiddir: konyunktivadan götürülmüş qaşıntının sitoloji müayinəsi, virusoloji diaqnostika.

Kəskin qeyri-spesifik, allergik, difteriya konyunktiviti (pərdəli forma); traxoma (follikulyar forma); bakterial konyunktivitlə **differential diaqnoz** aparılır.

Proqnoz əlverişlidir.

- **Epidemik hemorragik (follikulyar) konyunktivit** – konyunktivanın pikornavirus ailəsindən olan virus tərəfindən törədilən xəstəliyidir.

Afrika və Asiyanın isti iqlim şəraitində rast gəlinir. Xəstəlik yüksək dərəcədə yoluxucudur. Yoluxma tibbi alətlərdən, dərman məhlullarından, ümumi istifadə olunan əşyalardan kontakt yolu ilə baş verir. Əsas etibarilə, böyüklər xəstələnilir.

İnkubasion dövr – 12-48 saatdır.

Konyunktivitın törədicisi RNK-virusu qrupuna aiddir, insan bağırsağında (enterovirus) parazitlik edir.

Xəstələr işıqdanqorxma, yaşaxma, gözdə qum hissiyyatı, qızartı, bəzən görmənin zəifləməsi kimi şikayətlər təqdim edirlər.

Xəstəliyin başlanğıcı kəskin olur. Əvvəlcə bir göz zədələnir, 1-2 gündən sonra o biri gözdə də inkişaf edir, ancaq yüngül keçir. Qapağın, keçid büküşlərin, göz almasının konyunktivasi, eləcə də aypara büküş və göz yaş ətciyi hiperemiyalaşır, şişkinləşir. Qa-

pağın və keçid büküşlərin konyunktivasında çoxlu xırda follikullar, bəzən zərif, asanlıqla aralanan ağımıl-boz pərdə əmələ gəlir. Follikulların səpələnməsi qulaqətrafi və çənəaltı limfa düyünlərinin böyüməsi və ağırlı olması ilə müşayiət olunur; baş ağrısı, traxeobronxit müşahidə oluna bilər. İfrazat az miqdarda, selikli-köpüklüdür. Xəstəliyin ilk saatlarında qapaq və skleranın konyunktivasında xırdadan tutmuş böyük sahəni tutan qansızmalar müşahidə olunur. Buynuz qişanın müayinəsi zamanı izsiz sorulan (baxmayaraq ki, uzun müddət ərzində - 3-4 aya sorulur) çoxlu, nöqtəvari subepitelial infiltratlar aşkar olunur. Keçirilmiş konyunktivitdən sonra davamlı immunitet qalır.

Virusoloji və seroloji müayinələr aparılır.

Adeno-farinqokonyunktival qızdırma, elektrooftalmiya, qar oftalmiyası ilə **differential diaqnostika** aparılır.

Müalicəsi ambulator olub, 2 həftəyə qədər çəkir. Xəstələr şəxsi gigiyena qaydalarına əməl etməlidirlər.

Proqnoz əlverişlidir.

- **Herpetik konyunktivit** – birləşdirici qişanın sadə herpesin (herpes simplex) dermatoneyrotrop virusu tərəfindən törədilən iltihabidir.

Bəzən herpetik konyunktivit konyunktivanın dəmrov herpesi (Varicella Zoster) tərəfindən zədələnməsi zamanı meydana çıxır ki, bu patologiyada adətən buynuz qişa ağır zədələnir.

Sadə herpes virusunun daşıyıcısı – insanlardır. Yoluxma kontakt və ya hava-damcı yolu ilədir (adətən erkən uşaqlıqda). Uşaqlıqda özünü göstərən sadə herpes virusu xəstəliyin residivlərini törədərək ömür boyu özünü bürüzə verirə bilər. Orqanizmdə virus uzun müddət qeyri-aktiv vəziyyətdə ola bilər. Başqa infeksiyalar (qripp, pnevmoniya və s.), soyuqdayma, haddən artıq qızdırma, fiziki və psixi travma, qan xəstəlikləri – xəstəliyin inkişafına kömək edən amillərdəndir. Çox vaxt ilin soyuq aylarında meydana çıxır. Dəri, ağzın, burnun, gözün, sidik-cinsiyyət üzvlərinin selikli qişaları infeksiya qapısı hesab olunur. Konyunktivaya və gözün digər qişalarına virus, eləcə də hematogen yolla düşür.

Xəstələr gözün qızarması, ağrı, işıqdanqorxma, yaşaxma, görmənin pisləşməsi, qapağın, dodağın dərisində suluq şəkildə səpgilər, bəzən zəiflik, yorğunluq kimi şikayətlər təqdim edirlər.

Adətən bir göz zədələnir.

Xəstəlik 3 klinik formada keçir: follikulyar (tez-tez), kataral, vezikulyar – xoralı. Follikulyar forma üçün uzun müddətli və ləng gediş səciyyəvidir ki, bu da burnun qanadlarında və qapağın qızarmış dərisində qrup şəkildə olan xırda şəffaf herpes suluqları ilə müşayiət olunur. Böyümüş qulaqətrafi limfa düyünləri əllənir.

Kataral forma kəskin keçir, qısa müddət davam edir.

Vezikulyar – xoralı formada konyunktivada təzə herpetik suluqların səpgisi aşkar olunur (sonralar selikli qişanın çapıq dəyişiklikləri müşahidə olunmur).

Diaqnoz qoymaq məqsədilə növbəti müayinələr aparılır: anamnezin toplanması (xəstəliyin oxşar amillərinin keçmişdə olması, burnun, qapaq, dodağın dərisində, cinsiyyət üzvlərində, ağızda ağırlı səpgilər, kortikosteroidlərin qəbulu, immunodefisitinin olması); biomikroskopiya; qanda virus antigenin tapılması; virus antitelləri titrinin seroloji identifikasiyası; konyunktiva qaşıntısından (və ya zədələnmiş dərinin qaşıntı-

sından) yaxmanın götürülməsi, onun Gimza üsulu ilə rənglənməsi (çoxnüvəli, nəhəng hüceyrələr tapılır).

Differensial diaqnoz bakterial, adenovirus konyunktiviti ilə aparılır.

Müalicəsi ambulator aparılır.

Vaxtında aparılan müalicə zamanı **proqnoz** əlverişlidir, gec mürciət olunduqda hərpetik keratitin inkişafı mümkündür.

• **Xroniki follikulyar (mollyusk) konyunktivit** – qapaq kənarı dərisini zədələyən konjagioz mollyuskun, dermatrop poksvirusun toksiki təsiri nəticəsində birləşdirici qışanın iltihabıdır.

Xəstəlik yoluxucudur.

Yoluxma xəstə ilə birbaşa kontaktda olan əşyalardan baş verir. İnkubasion dövr – 2-8 həftədir. Uşaqlar, yeniyetmələr, nadir halda böyüklər xəstələnilir. Törədici yalnız insan üçün patogendir.

Xəstələr göynəmədən, gözün qızarmasından, çirklənməsindən şikayətlənirlər.

Klinik olaraq alt qapağın və tağın hiperemiyalaşmış konyunktivasında follikulların səpgisi müşahidə olunur (şək.10). Onlar şəffaf olub, səthi yerləşir, xoralaşmırlar. Selikli qışanın papillyar hiperplaziyası ola bilər. Ağır pannusla nəticələnən keratitlərə rast gəlinir.

Diaqnoz qoymaq üçün növbəti müayinələr aparılır: yarıqlı lampanın köməyi ilə müayinə (üzün dərisində, qapağın qanadlarında müxtəlif ölçüdə sarımtıl-ağ, mərkəzi batq olan, dəri səviyyəsindən qalxan dairəvi düyünlər); düyünün möhtəviyyatının mikroskop altında müayinəsi (qışa ilə əhatə olunmuş oval törəmələr aşkar olunur – “mollyusk cisimcikləri” – epidermisin dəyişilmiş hüceyrələri).

Differensial diaqnoz müxtəlif etiologiyalı konyunktivitlərlə – bahar xəstəliyi, traxoma, su çiçəyində olan konyunktivitlə (qapağın dərisində, intermarginal sahə boyunca, konyunktivada suluqların əmələ gəlməsi ilə) aparılır.

Müalicəsi ambulatordur.

Vaxtında mürciət olunduqda **proqnoz** əlverişlidir, gec mürciət olunduqda keratit inkişaf edə bilər.

Yenidoğulmuşların konyunktiviti

• **Yenidoğulmuşların konyunktiviti** – uşağın həyatının birinci ayında göz almasının və qapağın birləşdirici qışasının iltihabıdır.

Etiologiyası ola bilər: kimyəvi – xəstəlik profilaktik damcılarının (2% gümüş-nitrat) tökülməsindən bir neçə saat sonra meydana çıxır, 24-36 saatdan çox davam edir; bakterial (törədici – stafilokokk, streptokokk, qrammənfi mikroorqanizmlər); virus (sadə herpes virusu, herpes simplex); eləcə də törədici kimi Neisseria gonorrhoea (Neyser qonokokku), Chlamidia trachomatis.

Ananın, qulluq edən tibb işçilərinin şikayəti həyatının birinci ayında uşaqların bir və ya hər iki gözündən irinli, selikli və ya selikli-irinli ifrazatın axmasından, konyunktivanın diffuz infeksiyasından, qapağın müxtəlif dərəcədə bərklikdə olan şişkinliyi və xemozdandır.

Klinik olaraq kəskin başlanğıc müəyyən olunur. Klinikaya uyğun törədicinin əmələ

gətirdiyi xəstəliyin şəklinə cavab verir (bax – xəstəliyin nozologiyası üzrə).

Müayinələr daxildir: anamnezin toplanması (ananın zöhrəvi xəstəliyi, uşaqlıq yolundan götürülən yaxmanın nəticələri); buynuz qışa zədələnməsini aşkar etmək üçün rəngli maddənin – flüoresseinin (və s.) instillyasiyasından sonra yandan işıqlandırma üsulu ilə göz almasının müayinəsi; bakterioskopiya məqsədilə Gimza, Qram üsulu ilə boyamaq üçün konyunktivadan yaxmanın götürülməsi (Gimza üsulu ilə boyama zamanı yaxmada polimorfnüvəli leykositlərin və limfositlərin olması konyunktivitin xlamidiya etiologiyalı olmasını, çoxnüvəli nəhəng hüceyrələr – sadə herpes virusunun olmasını göstərir); bakteriooloji müayinə və antibiotiklərə qarşı həssaslığın təyini üçün konyunktiva boşluğundan ifrazatın əkilməsi; xlamidiyaya qarşı antitelin tapılması məqsədilə immunoflüoresent müayinə üçün konyunktivadan qaşıntının götürülməsi; virusoloji müayinə.

Differensial diaqnoz gözyaşı-burun kanalının obstruksiyası, dakriosistitlə aparılır.

Yenidoğulmuşların, eləcə də ananın (həm də cinsi partnyorun) müalicəsi bakterioskopik və bakteriooloji müayinənin nəticələri əsasında aparılır.

Vaxtında aparılmış müalicə zamanı **proqnoz** əlverişlidir; gec mürciət olunduqda müxtəlif fəsadların və onların nəticələrinin (keratit, çapıq) inkişafı mümkündür.

Xlamidiyanın törətdiyi konyunktivitlər

• **Xlamidiya konyunktiviti** – birləşdirici qışanın qrammənfi bakteriya Chlamidia trachomatis tərəfindən törədilən yoluxucu xəstəliyi.

Adətən yeniyetmələr və cavan adamlarda rast gəlinir. Çox vaxt Reyter xəstəliyində (sidik-cinsiyyət üzvlərinin zədələnməsi – uretrit, prostatit, servisit ilə, oynaqların patologiyası – artritlə və bəzən özbaşına sağalan konyunktivitlə səciyyələnən urookulosinovial sindromda) bu diaqnoz təyin olunur.

Sidik-cinsiyyət üzvlərinin qeyri-qonokokk mənşəli iltihabi xəstəliklərindən əziyyət çəkən qadınların 30-dan 60%-ə qədəri və kişilərin 51%-ə qədəri xlamidiazla xəstələnmişdir. 20% halda simptomuz xlamidiya yayanlara rast gəlinir.

Törədicinin mənbəyi – insanın xlamidiyaya yoluxmuş sidik-cinsiyyət üzvləridir.

İfrazata buluşmuş əl və tualet əşyaları vasitəsilə sidik-cinsiyyət üzvlərindən konyunktivanın yoluxması mümkündür. İnfeksiyanın ötürülmə yolları ictimai istifadə üçün olan su rezervuarlarında da həyata keçə bilər.

Doğuş yollarında keçərkən yenidoğulmuşun infeksiyalaşması mümkündür (bax – yenidoğulmuşların konyunktiviti).

İnkubasion dövr – 5-30 gündür.

Xəstələr gözün qızarmasından, işıqdan qorxma və bəzən qatı selikli ifrazatdan şikayətlənirlər.

Xəstəlik follikulyar konyunktivit (alt qapağın konyunktivasında follikullar) tipində və ya sporadik traxoma tipində keçir. Buynuz qışanın üst pannusu, buynuz qışanın periferiyasında xırda, boz-ağ subepitelial infiltratlar müşahidə oluna bilər. Bəzən qulaqtrafi limfa düyünlərinin böyüməsi ilə müşayiət olunur.

Diaqnoz qoymaq üçün növbəti müayinələr aparılır: anamnezin toplanması (sidik-cinsiyyət üzvlərinin yanaşı gedən xəstəlikləri, cinsi partnyorda xlamidiaz); yarıqlı lampanın köməyi ilə müayinə, ginekoloqun, uroloq və veneroloqun müayinəsi (cinsi yolla ötürülən digər xəstəliklərin olması); xlamidiyaya görə düz flüoresent testi (və ya xla-

midiamı yoxlamaq üçün konyunktivadan əkmə); Romanovski-Gimza üsulu ilə konyunktiva qaşıntısının boyadılması (epitelial hüceyrələrdə xlamidiyanın sitoplazmatik əlavələrinin tapılması, çoxnüvəli leykositlərin, limfositlərin aşkari).

Xəstəlik virus konyunktiviti, digər etiologiyalı bakterial konyunktivitlər ilə **differensial** edilir.

Konyunktivitin **müalicəsi** ambulator olaraq uroloqla (ginekoloq, veneroloqla) birgə, ümumi və yerli etiotrop, patogenetik və simptomatik terapiya şəklində aparılır.

Erkən, vaxtında aparılmış adekvat müalicə zamanı **proqnoz** əlverişlidir. Gec mürciət olunduqda iltihabi prosesin xroniki gedişi, residivlər mümkündür.

• **Traxoma** – selikli qişanın diffuz iltihabi infiltrasiyası ilə səciyyələnən konyunktivanın xroniki infeksiyon xəstəliyidir. Selikli qişada follikullar əmələ gəlir, məməciklərin hiperplaziyası, şəklini dəyişməsi, dağılması və növbəti çapıqlaşması ilə nəticələnir. Xəstəlik inkişaf etmiş ölkələrdə daha çox rast gəlinir. Qeyri-kafi sanitariya şərait (törədicinin kontakt yolu ilə ötürülməsi nəticəsində) onun yayılmasına kömək edir. Endemik ərazilər – Cənubi Afrika, Orta Asiya, Hindistan, Cənubi-Şərqi Asiya. İnkubasiyon dövrü – 2 həftəyə yaxındır.

Şikayətlər (xəstəliyin mərhələsindən asılı olaraq) gözdə yad cisim hissiyyəti, az miqdarda ifrazat, gözün qızarması, qapaqlarda ağırlıq hissi, qulaqtrafı limfa vəzilərinin böyüməsi, görmənin pisləşməsindən ibarətdir.

Kliniki gedişdə pretraxoma, I-IV mərhələ traxoma fərqləndirilir. Pretraxoma konyunktivanın yüngül hiperemiyası, onun az dərəcədə infiltrasiyası ilə xarakterizə olunur.

Traxomanın I mərhələsi – keçid büküşlərin qalınlaşmış konyunktivasında halmaşik-bulanıq, bozuntulu iri dənə şəklində tipik follikulların əmələ gəlməsi (selikli qişada tünd qırmızı rəngdə olur) ilə xarakterizə olunur, yuxarı səthi nöqtəvari keratit ola bilər.

II mərhələdə konyunktivanın infiltrasiyası, qapaq konyunktivasının xırda aydın olmayan çapığı, konyunktivanın dərin qatlarında boz rəngdə follikulların çoxluğu müşahidə olunur. Xəstələr bu mərhələdə yoluxma mənbəyi kimi daha təhlükəlidirlər. Buynuz qişanın yuxarı hissəsində subepitelial infiltratlar, limbdə follikullar görünür.

Traxomanın III mərhələsi konyunktivanın ocaqlı infiltrasiyası, yayılmış çapığı, tək-tək traxomatoz follikulları ilə xarakterizə olunur. Bəzən trixiyaz, qapağın daxilə çevrilməsi, yaş yollarının keçməməzliyi, pannus ola bilər.

IV mərhələ - bu, iltihab əlamətləri olmadan qurtaran prosesdir. Konyunktivanın infiltrasiyası və follikullar olmur, çapıq dəyişikliklər görünür. Qapağın, tağın konyunktivasında çoxlu xırda çapıqlar nəzəri cəlb edir. Mərhələ yoluxucu deyil.

Müayinəyə aiddir: anamnezin toplanması (traxomanın endemiyası olan ərazilərdə xəstənin yaşaması); biomikroskopiya; xlamidiyaya görə düz immunofluorescent testi; konyunktivadan əkmə xlamidiyanın aşkari; konyunktiva qaşıntısının Gimza üsulu ilə boyanması (çoxnüvəli leykositlərin, limfositlərin, epitelial hüceyrələrdə bazofil sitoplazmatik əlavələrin olması).

Differensial diaqnoz paratraxoma, follikulyar konyunktivit, adenovirus konyunktiviti (follikulyar forma) ilə aparılır.

Müalicəsi uzun müddət davam edir, ambulator-stasionar aparılır. Traxomanın yayılmasının qarşısını almaq məqsədilə xəstələr təcrid etməyə lazımdır.

Vaxtında aparılan müalicə zamanı **proqnoz** əlverişlidir. Gec mürciət olunduqda

pannus, buynuz qişası çapığı, alt qapağın trixiyazı və daxilə çevrilməsi, simblefaron, kseroz kimi ağırlaşmalar inkişaf edir.

• **Paratraxoma** – okulourogenital infeksiyadır. Göz və urogenital formalarda özünü göstərir.

İnfeksiya mənbəyi – zədələnmiş konyunktiva və ya insanın sidik-cinsiyyət üzvləridir. Xəstəlikdən 17-35 yaşlı əhali əziyyət çəkir. İnfeksiyanın törədicisi konyunktivaya uretritli xəstələrin hovuzda çimməsi zamanı sudan, əllərdən düşə bilər. Çox vaxt uşaqlıq yolunun eroziyasından, xroniki gedişli servisitdən əziyyət çəkən qadınlar xəstələnirlər. Doğuş prosesində belə hamilə qadınlardan uşaqlar yoluxa bilərlər.

Xəstələr qapağın, göz almasının qızarması və şişkinliyi; yaşaxma, selikli ifrazat, qulaqtrafı limfa vəzilərinin böyüməsi; işıqdan qorxma kimi şikayətlər təqdim edirlər.

Kliniki olaraq yoluxmadan 6-9 gün sonra, kəskin başlanğıcla bəzən bir gözdə (çox vaxt ikitərəfli xarakter daşıyır) müəyyən olunur. Qapağın hiperemiyası və yüngül ödem, konyunktivanın, xüsusən, alt qapağın və aşağı keçid büküşünün kəskin hiperemiyası, ödemi, infiltrasiyası, hiperemiyalaşmış məməciklərin, follikulların əmələ gəlməsi ilə özünü göstərir. İfrazat əvvəlcə qatı selikli olur, sonra artaraq irinli xarakter daşıyır. Xəstəliyin 7-ci günündə regional adenopatiya meydana çıxır. Əksər hallarda səthi keratit (və ya yuxarı limbin infiltrasiyası) inkişaf edir. Xəstəlik 2-3 həftə davam edir, daha uzun müddət davam edə bilər və xroniki olur.

Yenidoğulmuşlarda paratraxoma kəskin papilyar konyunktivit (çoxlu selikli-irinli ifrazatla) və ya pərdəli konyunktivit şəklində keçir.

Müayinəyə daxildir: anamnezin toplanması (xəstədə və cinsi partnyorunda uyğun vəginitin, servisitin, uretrit və xlamidioz olması); yarıqlı lampanın köməyi ilə müayinə (biomikroskopiya); xlamidiyaya qarşı düz immunofluorescent testi, xlamidiyaya görə konyunktivadan əkmə, konyunktiva qaşıntısının Gimza üsulu ilə boyanması (çoxnüvəli leykositlərin, limfositlərin, epitelial hüceyrələrdə bazofil sitoplazmatik əlavələrin olması), xəstənin uroloq və ginekoloq tərəfindən müayinəsi.

Traxoma ilə **differensial diaqnoz** aparılır.

Müalicəsi uroloq, ginekoloqla birgə ambulator aparılır.

Vaxtında düzgün aparılmış müalicə zamanı **proqnoz** əlverişlidir. Gec mürciət olunduqda, müalicə düzgün aparılmadıqda xəstəlik xroniki gediş alır.

Göbələk konyunktiviti

• **Göbələk konyunktiviti** diaqnozu nadir hallarda qoyulur, çox vaxt qapağın və ya buynuz qişanın, yaş kanalcıqlarının mikoza fonunda olur və bu hallarda konyunktivanın yanaşı gedən qıçılması kimi qiymətləndirilir.

Göbələk konyunktiviti sporotrixiya, rinosporidlar, aktinomisetlər, koksidioidlər, kandidalar, aspergillər, sefalosporlar, penisillər, mukorlar törədə bilər.

Xəstələr yaşaxmadan, gözün qızarmasından, yüngül ağrıdan, ifrazatdan şikayətlənirlər. Göbələk kanalikulitlərində qapağın nazal hissəsində ağrı, hiperemiya qeyd olunur.

Kliniki olaraq konyunktivanın kəskin hiperemiyası, ödemi müəyyən olunur. Konyunktivada qranulyasiya hipertrofiyasına oxşar və ya dənəciyə bənzər əlavələr aşkar olunur. Antibakterial müalicənin səmərəsiz olduğu müşahidə olunur.

Penisillər konyunktiva səthində yaşılımtıl-sarı rəngli ərpilə xora əmələ gətirirlər. Koksioidoz zamanı fliktenayabənər törəmələr müşahidə olunur. Kandidamikoz, aspergill-yoz üçün psevdomembranoz konyunktivitlər xarakterdir.

Konyunktivanın sefalosporiozu konyunktivanın xorası və ya kiçik eroziyası ilə müşayiət olunan iktörəfli blefarokonyunktivit şəklində keçir; eləcə də buynuz qişa, yaş kanalçıqları (onlarda konkretentlər, "tuxac") zədələnilir.

Bəzən göbələk konyunktivitləri irinləyə bilən (ifrazatda göbələk olur) limfa düyünlərinin böyüməsi ilə müşayiət olunur. Candida albicans (az hallarda penisillər, aspergillər, mukorlar) gözdan xaric ocaqlarda antigen hazırlayaraq göbələk mənşəli allergik konyunktivitləri törədə bilər.

Müayinələrə aiddir: xəstəliyin anamnezinin toplanması (antibiotiklərlə müalicəyə qarşı davamlılığın aşkarı); yaxmanın, qaşınının mikroskopik müayinəsi (Qram, Gimza üsulu ilə boyama); göbələk əleyhinə (və antibakterial) dərmanlara qarşı həssaslığın təyini ilə xüsusi mühitlərlə (tioqlikولات və Saburo mühitinə) sınaq; konyunktivanın, görmə üzvünün ön kəsiyinin, köməkçi aparatın biomikroskopiyası; ümumi yayılmış göbələk infeksiyasına görə müayinə.

Müalicəsi ambulator və ya stasionarda (proses ağır olduqda, görmənin itmə təhlükəsi olduqda) aparılır. Ümumi və yerli göbələk əleyhinə müalicə aparılır.

Proqnoz əlverişlidir. Gec mürciət olduqda keratit, xora, endofalmit, onların da nəticəsində görmənin itməsi inkişaf edə bilər.

Allergik konyunktivitlər

- **Bahar konyunktiviti (katarı)** çox vaxt ilin yaz və payız fəsilələrində özünü göstərir. Uzunmüddətli təbii insolyasiyası olan cənub ölkələrində daha geniş yayılmışdır. Ultrabənövşəyi şüaların konyunktivaya təsiri ehtimal olunur. Adətən oğlanlarda (4-10 yaş) və gənclərdə (20-25 yaşa qədər) rast gəlinir. Hər il yaz-payız aylarında kəskinləşmə və ya soyuğun düşməsi ilə bütün əlamətlərin kəskin zəifləməsi və ya yoxa çıxması xarakterdir.

Xəstənin şikayətləri gicicimədən, gözün qızarmasından, görmə yorğunluğundan, qa-paqlarda ağırlıq hissi və yaşaxmadan, günəşli havada işıqdanqorxmadan ibarətdir. Qatı yapışqan selikli ifrazat olur.

Hər iki göz zədələnilir. Qapaqlar bir qədər qalınlaşmış olur, hissəvi ptozu xatırladır. Konyunktiva tutqun-bulanıq olur. Prosesin yayılmasından və lokalizasiyasından asılı olaraq bahar konyunktivitinin şərti olaraq palpebral (tarzal), bulbar və ya limbal və qarışq formaları ayırd edilir.

Üst qapaq qığırdığından konyunktivası (keçid бүктüşünə qədər) özünəməxsus süd rəngində olur. Onun üzərində iri, bərk solğun-çəhrayı məməciklərin hipertrofiyası qeyd olunur ki, onlar bir-birinə sıx söykənərək "daş döşəməni" xatırladır (şək.11). Onlar bərk, ağrısızdırlar. Alt qapağın konyunktivasında belə hipertrofiya tək-tək olur və ya heç olmur.

Bəzən hipertrofiya limbdə (şişəbənzər jelevari halqa) müşahidə olunur. Limblə sərhəddə ağımtıl və ya bozumtul-sarımtıl hündürlüklər (Trantas ləkələri –eozinofillərin toplanması) qeyd olunur.

İfrazat cüzi, yapışqan, sap şəklində (konyunktivanın keçid бүктüşləri nahiyəsində) olur.

Müayinələrə aiddir: yarıqlı lampanın köməyi ilə baxış, ifrazatın, konyunktiva qaşın-tısının müayinəsi (Gimza üsulu ilə boyama – eozinofillər aşkar olunur); buynuz qişanın flüoresseinlə rənglənməsi (buynuz qişanın ləkəli rənglənməsi epitelin yayılmış zədələnməsini göstərir).

Traxoma, dərman allergik konyunktiviti ilə **differensial diaqnoz** aparılır.

Müalicəsi xəstəliyin fəsiləli əlaqədar kəskinləşməsi dövründə simptomatik, ambulator aparılır.

Proqnoz əlverişlidir.

- **Pollinoz konyunktivit** – bitkinin tozcuğundan törənmiş allergik xəstəlikdir, mövsümi xarakter daşıyır və havada bitki tozcuqlarının miqdarından asılıdır.

Hər yerdə yayılmışdır. Bitkilərin çiçəklənmə dövründə (ağaclar –aprelə; otlar, taxıl, alaq otu – mayda, iyun, iyulda; ambroziya – avqustun sonunda) meydana çıxır. Sentyabrın ortası-axırına yaxın zəifləyir. Konyunktivanın təcrid olunmuş ayrıca zədələnməsi nadir halda olur, adətən, astma, dermatit, kəskin respirator xəstəliyi ilə birgə olur. Əksərən cavan adamlar xəstələnilir. Pollinoz konyunktivit sürətli tipli allergik reaksiyaya malikdir.

Xəstələr yaşaxma, işıqdanqorxma, gözdə gicicimə və göynəmə, gözün qızarması, eləcə də bəzən zökəm, öskürək, yüksək bədən temperaturu qeyd edirlər.

Kliniki olaraq xəstəliyin başlanğıcı kəskinir. Qapaq və göz alması konyunktivasında şişkinlik, hiperemiya, məməcik hipertrofiyası artır. Az miqdarda şəffaf selikli ifrazat bəzən sap şəklində olur. Kəskin xəməzə buynuz qişada (göz yarığı haddində) kənarı infiltratların əmələ gəlməsi mümkündür. Xəstəlik bitkilərin çiçəklənməsi dövründə davam edə bilər.

Müayinələrə aiddir: allergeni təyin etmək üçün dəridaxili və konyunktival sınaqlar; konyunktival qaşını (eozinofillərin tapılması); qanın analizi (eozinofiliya); konyunktivanın, buynuz qişanın (flüoresseinlə boyanması) biomikroskopiyası.

Differensial diaqnoz bahar katari, adenovirus konyunktiviti, bakterial konyunktivit, nəhəng papillyar konyunktivit ilə aparılır.

Müalicəsi klinik simptomların özünü göstərdiyi dövrdə ambulator aparılır.

Vaxtında aparılmış müalicədə **proqnoz** əlverişlidir. Gec mürciət olduqda keratitin inkişafı mümkündür.

- **Kəskin allergik konyunktivitin** simptomları pollinoz konyunktivtdəki ilə oxşar olub, ancaq tozcuq allergenləri tərəfindən yox, ev tozu, heyvanların yunu, ləkə, göbələk sporları tərəfindən törədilir.

Daha çox ilin qış mövsümündə, soyuqda rast gəlinir. İlk şaxtalar düşdükdə adamlar qızdırıcılardan istifadə etməyə başlayırlar və bununla əlaqədar gənələr kif çəkilməsi vəziyyəte keçir, allergiklərdə problem yarada bilərlər.

Klinika, müayinə, differensial diaqnoz, müalicə – bax pollinoz konyunktivit.

- **Dərman konyunktiviti (dermatokonyunktivit)**. Xəstəliyin əsasında müxtəlif dərman preparatlarına qarşı orqanizmin yüksək həssaslığı durur.

Atropin-sulfat, skopolamin-hidrobromid, pilokarpin, dikain və s. damızdırıldıqdan sonra, eləcə də neyroleptiklərin, ürək qlikoizidlərinin, hipotenziv vasitələrin və digər dərman preparatlarının qəbulundan sonra əvvəlki sensibillizasiya fonunda dərmanlara qarşı orqanizmin fərdi dözülməzliyi nəticəsində meydana çıxır.

Xəstələr qapağın, gözün qızarmasından, giciməsindən, ifrazatdan (adətən əhəmiyyətsiz, selikli), qapaq dərisinin qabıq verməsindən şikayətlənirlər. Bəzən baş ağrısı, üşütmə, ümumi zəiflik hiss edirlər.

Preparatların qəbulundan sonrakı ilk saatlarda qapaq dərisinin, konyunktivanın artan ödemi və hiperemiyası əmələ gəlir. 2-5 gündən sonra qapağın dərisində səthi çatlar, bəzən vezikulyar və ya bullyoz səpgilər əmələ gəlir; konyunktiva kəskin ödemli olur. Dərman-allergenin uzunmüddətli yerli istifadəsindən sonra konyunktivanın məməcikli hipertrofiyası və onun üzərində (əvvəlcə alt qapağın və aşağı keçid бүкüşünün konyunktivasında, sonralar – bütünlüklə selikli qışada) follikulyar törəmələr meydana çıxır.

Dərman konyunktiviti birtərəfli (dərman-allergenin töküldüyü gözə) olur.

Xəstəliyin dövrü kəskinləşməsi ilə xroniki gediş mümkündür.

Müayinələrə daxildir: anamnezin toplanması (keçmişdə allergik reaksiya); allergeni aşkar etmək üçün dəri reaksiyalarının, leykositoliz reaksiyasının aparılması; konyunktiva qaşıntısının sitoskopiyası (eozinofillərin tapılması); ifrazatın bakterioloji müayinəsi; biomikroskopiya.

Differensial diaqnoz blefarit (xoralı, kəpəkli), infeksiyon konyunktiviti ilə aparılır.

Müalicəsi 3 gündən 5 günə qədər və daha çox, ambulator (allergenin aradan qaldırılması; iltihab əleyhinə, antihistamin, sedativ terapiya) aparılır.

Erkən müalicə zamanı **proqnoz** əlverişlidir. Gec müalicə zamanı ikincili infeksiyanın, prosesin xroniki gedişinin, keratitin inkişafı mümkündür.

- **Nəhəng məməcikli konyunktiviti** kontakt linzaların taxılması nəticəsində əmələ gəlir. İkincili olaraq üstü açıq tikişlər (keratoplastikadan sonra), göz protezi zamanı rast gəlinə bilər. Bir sıra müəlliflər kontakt linzaların taxılmasından olan daimi travmanın sonralar allergiya ilə fəsadlaşa bilməsi hipotezini irəli sürürlər.

Xəstələr gözə gicimə, selikli ifrazat, linzaları uzun müddət taxmağın mümkün olmaması, gözün qızarması, gözə linza olduğunu yüksək həssaslıqla hiss etmək, linzaların çox hərəkətliyi kimi şikayətlər təqdim edirlər.

Kliniki olaraq konyunktivanın yüngül inyeksiyası, üst qapağın konyunktivasında nəhəng məməciklər, selikli ifrazat, kontakt linzalar üzərində ərp, ptoz qeyd edilir.

Diaqnoz qoymaq məqsədilə növbəti müayinələr aparılır: anamnez yığılır (kontakt linzalardan istifadə barəsində – linzanın təmizlənməsi, fermentlərdən istifadə rejimi); yarıqlı lampanın köməyi ilə gözün ön yarısına baxılır (üst qapaq konyunktivasında məməciklərin aşkarı).

Virus konyunktiviti, bakterial konyunktiviti, bahar katarı ilə **differensial diaqnoz** aparılır.

Müalicəsi kontakt linzaların taxılma müddətinin qısaltılması (onların əvəz edilməsi, onların yuyulması tezliyinin artması) və ya bir dəfə istifadəyə yararlı kontakt linzalara və ya eynəklərə keçilməsi ilə 2-4 həftə ərzində okulistin müntəzəm baxımından ibarət olub, ambulatordur.

Proqnoz əlverişlidir.

Ultrabənövşəyi şüalanmanın törətdiyi konyunktivtlər

- **Elektrooftalmiya** – elektrik qaynağı, kino çəkilişi, kvars lampası ilə şüalanma zamanı

gözün ön hissəsinin ultrabənövşəyi şüalanma nəticəsində meydana çıxan iltihabıdır. Əksər halda xəstələr gecə vaxtı, gizli dövrdən – şüalanmadan simptomların əmələ gəlməsinə qədər olan dövrdən – 4-10 saatdan sonra okulistə gözə ağrı, işıqdan qorxma, yaşaxma, gözün qızarması kimi şikayətlərlə müraciət edirlər.

Kliniki olaraq blefarospazm, konyunktivanın hiperemiyası və ödemi müəyyən edilir. Xəməz və perikorneal inyeksiya ola bilər. Bəzən buynuz qışada epitelin xırda qovucuğabənzər (suluğabənzər) şişməsi, eroziya müşahidə olunur.

Müayinə anamnezin toplanmasından, yarıqlı lampanın köməyi ilə baxışdan (xüsusən, buynuz qışanın flüoresseinlə rənglənməsindən sonra) ibarətdir.

Xəstəlik allergik, virus konyunktivtləri ilə **differensiasiya** edilir.

Müalicəsi ambulatordur.

Proqnoz əlverişlidir.

- **Qar korluğu** – ultrabənövşəyi şüaların uzun müddət təsiri nəticəsində qar oftalmoplegiyası inkişaf edir.

Təmiz havanı keçərək yerə çatan ultrabənövşəyi şüaların güclü əks olunması nəticəsində dağ turistlərində, alpinistlərdə, səyahətçilərdə müşahidə olunur.

Ultrabənövşəyi aminin təsirindən 6-8 saat sonra özünü göstərir.

Xəstələr gözə kəskin ağrıdan, yaşaxmadan, blefarospazm və gözün hiperemiyasından şikayətlənirlər.

Oftalmoloji klinika, müayinə, differensial diaqnostika, müalicə, proqnoz elektrooftalmoplegiya ilə oxşardır.

Xroniki konyunktiviti

- **Xroniki konyunktiviti** – konyunktivanın tədricən başlayan, daimi uzunmüddətli gedişli (4 həftədən artıq, bir neçə ilə qədər) xarakterizə olunan iltihabıdır.

Xroniki konyunktivitin səbəbləri tüstü, toz, kimyəvi və digər maddələrlə çirkləndirilmiş hava (belə hava konyunktivaya qıcıqlandırıcı təsir göstərir); mədə-bağırsaq traktının xroniki xəstəlikləri, qurd invazyaları, anemiya, avitaminozlar; burun-udlağın, burun olavə ciblərinin xroniki xəstəlikləri; korreksiya olunmamış ametropiyalarda akkomodasiyanın həddən artıq gərginliyi konyunktivanın aktiv hiperemiyası ilə müşayiət olunur; kəskin infeksiyon konyunktivtlər (çox vaxt xlamidiya konyunktiviti, traxoma, sifilitik konyunktiviti, yoluxucu mollyusk konyunktiviti düzgün müalicə olunmadıqda xroniki gediş alır) ola bilər.

Xəstə axtarışına yaxın şikayətlərin artdığını qeyd edir.

Şikayətlərə aiddir: qapaqda ağırlıq hissi, gözün çirklənməsi, göz yorğunluğu, səhərlər qapaq kənarının yüngül yapışması.

Kliniki olaraq subyektiv şikayətlərin obyektiv dəyişikliklərə nisbətən çox olması müşahidə oluna bilər. Qapağın və keçid бүкüşlərin konyunktivasi yüngül hiperemiyalı və yumşaqdır; onun səthi konyunktiva məməciklərinin hipertrofiyası hesabına qeyri-hamar, məxmər kimidir. Az miqdarda selikli və ya selikli-irinli ifrazat aşkar olunur. Səthi nöqtəvari keratit ola bilər.

Müayinələrə aiddir: anamnezin toplanması, konyunktivanın biomikroskopiyası; bakterioskopik və bakterioloji müayinə üçün konyunktivadan yaxmanın götürülməsi; vizo-

metriya, skiaskopiya, refraksiya anomaliyasının təyini məqsədilə refraktometriya, qanın açıq şəkilə klinik analizi, xlamidiyaya görə düz flüoresent testi; digər mütəxəssislərin (burun-boğaz-qulaq həkimi, terapevtin) baxışı.

Differensial diaqnoz follikulyoz, anqular konyunktivitlə aparılır.

Müalicəsi ambulatordur.

Səbəbin vaxtında aşkarı və aradan qaldırılması halında etiopatogenetik müalicənin **proqnozu** əlverişlidir.

Konyunktivanın endogen etiologiyalı iltihabi xəstəlikləri.

• **Suçiçəyi zamanı konyunktivit** – qızdırma, dəridə və selikli qişalarda şəffaf möhtəviyyətli xırda suluqlar şəklində səpgi ilə (ləkəli-vezikulyoz səpgi) xarakterizə olunan yoluxucu xəstəlikdir.

Epidemiologiya. Tərədicisi – herpes qrupundan olan virusdur (kəmərləyici damrovun – herpes zoster tərədicisi ilə eynidir). İnfeksiya mənbəyi – xəstə adamdır. Yoluxma dəridə və selikli qişada virusun lokalizasiyası ilə, hava-damcı yolu ilədir. Çox vaxt məktəbəqədər və məktəbyaşlı uşaqlar daha tez-tez xəstələnirlər. Payız-qış mövsümlərində xəstələnmə halları yüksək olur. İnkubasion dövr – 11 gündən 23 günə qədərdir (orta hesabla 14 gün). Keçirilən xəstəlikdən sonra davamlı immunitet qalır.

Xəstənin şikayətləri gözün qızarmasından, işıqdanqorxmadan, blefarospazmdan, bədən temperaturunun yüksəlməsi və dəri və selikli qişalardakı səpgidəndir.

Klinik olaraq qapağın qığırdaq konyunktivasında və qabırğaarası sahəsində suluqların əmələ gəlməsi ilə kataral konyunktivit kimi keçir. Suluqların xoralanmasından sonra onların yerində sulcus subarsalis-də üfütü xətt şəklində yerləşən qeyri-düzgün-oval formalı səthi çıxarıqlar əmələ gəlir.

Müayinələrə aiddir: anamnezin yığılması (suçiçəyi olan xəstə ilə kontakt); gözün ön hissəsinin biomikroskopiyası, infeksiyaların baxışı.

Differensial diaqnoz qızılca konyunktiviti, allergik konyunktivit, traxoma ilə aparılır.

Xəstələri adətən evdə, orta hesabla 14 gün müalicə edirlər. Suçiçəyinin ağır və ya fəsadlanmış formaları olan xəstələri hospitalizə edirlər.

Göz üçün **proqnoz** adətən əlverişli olur.

• **Qızılca konyunktiviti** – birləşdirici qişanın kataral iltihabı şəklində özünü göstərir, virus (Rəpamyxoviridal ailəsi Morbillivirus növü) tərəfindən törədilir, kəskin yoluxucu xəstəliyin tipik əlamətləri – qızılca: intoksikasiya, yuxarı tənəffüs yollarının katarı, dəridə ləkəli-papulyoz səpgi ilə müşayiət olunur.

Qızılca – yer kürəsində ən çox yayılmış yoluxucu xəstəliklərdən biridir. Hər yerdə rast gəlinir. Xəstələnmə il boyu qeyd olunur, ancaq daha çox payız-qış və yaz mövsümlərində olur. İstənilən yaşda adamlar, xüsusilə də 4-5 yaşlı uşaqlar daha çox xəstələnirlər. İnfeksiya mənbəyi yalnız xəstə adamlardır (prodromal dövrdə və səpgi əmələ gəlməsinin ilk 3-4 günü yoluxucu olur). Ötürülmə yolu – hava-damcı yolu ilədir. Bağlı sahələrdə virus havanın cərəyanı ilə qonşu otaqlara yayıla bilər; dəhliz, pilləkən və ventilyasiya sistemi ilə digər mənzillərə yayılır.

Praktiki olaraq xəstə ilə kontaktda olan qızılca keçirməmiş və ona qarşı peyvənd olunmamış bütün adamlar xəstələnirlər.

Virus yuxarı tənəffüs yollarının və gözün selikli qişalarından keçərək orqanizmdə daxil olur.

İnkubasion dövrü – 8-17 gündür.

Xəstələr gözün, qapağın qızarması, işıqdanqorxma, yaşaxma, blefarospazm, bədən temperaturunun qalxması, zökəm, quru öskürək kimi şikayətlər təqdim edirlər.

Klinik olaraq göz almasının və qapağın hiperemiyalaşmış və ödemli konyunktivasi qeyd olunur. Bəzən qapaq konyunktivasında və gözyaşı atçiyində qırmızı halqa ilə əhatə olunmuş, diametri 0,5-1 mm olan boz-ağ papula – Belski-Filatov-Koplik ləkələri (eləcə də dodaq və yanağın selikli qişasında tapılır) aşkar olunur. Bu ləkə əsasında oftalmoloq birinci olaraq qızılca diaqnozunu qoya bilər. Bədəndə və ətraflarda səpgi əmələ gələn dövrdə (xəstəliyin başlanmasının 4-cü gününə yaxın) konyunktivit əlamətləri daha da kəskinləşir.

Blefarospazm nəticəsində torpid gedişə malik olan və özündən sonra görməni aşağı salan, davamlı bulanma qoyan keratit meydana çıxma bilər.

Müayinələrə aiddir: anamnezin toplanması (qızılca xəstələrlə kontakt); yarıqlı lampanın köməyiylə baxış; infeksiyaların baxışı; Belski-Filatov-Koplik ləkələrinin aşkarı məqsədilə dodaq və yanağın selikli qişalarına baxış.

Kəskin yoluxucu konyunktivitlə, adenovirus konyunktiviti ilə və digər etiologiyalı konyunktivitlərlə **differensial diaqnoz** aparılır.

Müalicəsi ambulator aparılır.

Vaxtında aparılan müalicə zamanı **proqnoz** əlverişlidir.

• **Parinonun okuloqlandulyar konyunktiviti.** Xəstəlik heyvanların cırmağı (daha çox yayılmış səbəb) və ya onların tüpürçəyinin adamın dərisindəki, selikli qişasındakı yayıra düşməsi (simptomların bürüzəsindən 2 həftə qabaq) nəticəsində meydana çıxma bilər.

Eləcə tulyaremiya (anamnezdə - dovşanlarla, gənələrlə, digər gəmiricilərlə kontakt), vərəm, sifilis, epidemik parotit, mononukleoz, sarkoidoz, leykoz, limfoma etioloji amil hesab olunur.

Xəstələr gözün qızarması, gözə yad cisim hissiyatı, ifrazat, bədən temperaturunun yüksəlməsi, dəridə səpgi, ön qulaq və çənəaltı limfa düyünlərinin xəstəlik olan tərəfdə böyüməsi, ümumi zəiflik, yorğunluq kimi şikayətlər qeyd edirlər.

Klinik olaraq qapaq konyunktivası hiperemiyalaşmış, ödemli, xüsusən üst keçid büküşündə sarımtıl-qırmızı rəngli follikullar, qranulyomatoz düyünlər qeyd olunur, selikli və ya selikli-irinli ifrazat müşahidə olunur.

Müayinələrə aiddir: tam oftalmoloji müayinə (vizometriya, oftalmoskopiya, biomikroskopiya); anamnezin yığılması (heyvanın cırmağı); Qram, Gimza üsulu ilə boyamaq üçün konyunktivadan yaxmanın götürülməsi, konyunktiva qəşutmasının müayinəsi; immunoflüoresenssiya reaksiyasının aparılması; döş qəfəsi üzvlərinin rentgenoqrafiyası, tuberkulin sınağı; tulyaremiyaya şübhə zamanı seroloji müayinə.

Traxoma, virus konyunktiviti, bakterial konyunktivit və digər etiologiyalı konyunktivitlərlə, bahar katarı ilə **differensial diaqnoz** aparılır.

Xəstəliyin etiologiyasından asılı olaraq müalicənin müddəti və yeri təyin olunur.

• **Konyunktivanın pempfiqusu (qovuşucuğu)** – dalğavari gedişə (remissiya və kəskinləşmə

dövrleri) malik, qapağın, üzün digər hissələrinin, bədən və ətrafların dərisinin (suluqların olması) zədələnməsi ilə müşayiət olunan ağır xroniki xəstəlikdir.

Selikli qışa-dəri-göz xəstəlikləri qrupuna aiddir.

Xəstəliyin virus etiologiyası (süzülən virusla) güman edilir.

Pemfiqusun meydana çıxması, eləcə də mübadilə pozğunluğu, endokrin pozğunluğun, mərkəzi sinir sistemindəki və simpatik qanqlıyalardakı dəyişikliklərin nəticəsində mümkündür.

Xəstəlik nadirdir, 55 yaşdan yuxarı adamlar üçün səciyyəvidir.

Xəstələr xəstəliyin tədricən başlanmasından, hər iki gözün qızarmasından, gözdə yad cisim hissiyyatından, yaşaxma və işıqdan qorxmada şikayətlənirlər.

Kliniki olaraq xəstəlik ikitərəfli proses kimi keçir. Konyunktiva hiperemiyalı, ödemlidir. Yapışqan selikli-irynli ifrazat olur. Tədricən (qığırdaq konyunktivasından başlayaraq, sonra keçid büküşlər və göz alması) asanlıqla partlayan yarımsəffaf suluqlar əmələ gəlir. Səth ağ-boz örtülərək, qanayandır. Eroziyalar tədricən çapıqlaşır, qapağın və göz almasının birləşdirici qışasının bitməsinə – simblefara, qapağın daxilə çevrilməsi və trixiya gətirib çıxarır. Buynuz qışada səthi xoralar əmələ gəlir, sonralar pannusla buynuz qışanın bulanıqlığı inkişaf edir.

İkincili bakterial konyunktivit; tağların əhəmiyyətli bitməsi və göz alması hərəkətinin məhdudlaşması nəticəsində ankiloblefaronun; göz yaşının miqdarının az olması nəticəsində kseroftalmiyanın; açıqbucaqlı qlaukomanın inkişafı mümkündür.

Sistem zədələnmələr: vezikulalar, çapıqlar, strikturalar burnun, ağızın, udlağın, yemək borusunun, uşaqlıq yolunun, uretranın, anusun selikli qışalarında, eləcə də dəridə əmələ gəlir.

Biomikroskopiya, Qram üsulu ilə konyunktivadan götürülən yaxmanın boyanması, əkilməsi (ikincili bakterial infeksiyanın qoşulmasına şübhə olduqda), selikli qışalara və dəriyə baxış, immunoflüoresent müayinəsi üçün konyunktivanın biopsiyası; dermatoloqun, otolarinqoloqun, gastroenteroloq və pulmonoloqun məsləhəti aparılır.

Stivens-Conson sindromu ilə; kimyəvi yanıqla; şüa terapiyasının nəticəsi olan yastı hüceyrəli xərcənglə; çapıq dəyişikliklərlə gedən konyunktivitlərlə (beta-hemolitik streptokokklar tərəfindən törədilmiş adenovirus və s.); traxoma ilə **differensial diaqnoz** aparılır.

Pemfiqus zamanı təcili hospitalizasiya göstəricidir. **Müalicəsi** dermatoloq və ya terapevtlə birgə uzun müddət aparılır. Göz üçün ağır fəsadların inkişafı, görmənin zoifləməsi baxımından proqnoz ciddidir.

• **Stivens-Conson sindromunda konyunktivit** (çoxformalı ekssudativ eritemada konyunktivit). Sindromun etiologiyası ola bilər: toksiko-allergik; infeksiyon (müxtəlif göbələk, bakteriya, virus, herpes-virus, mikoplazmalar); medikamentoz (sulfanilamidlərin, barbituratların, salisilatların, tiazid qrupu diuretiklərin, tetrasiklinin, kodeinin, penisillinin qəbulu).

Adətən cavanlar xəstələnilir.

Xəstələr xəstəliyin kəskin qəfil başlanması, üşütmə, ağrı, gözün qızarması, yüksək temperatur, bədənin, ətrafların açıq səthlərinin, ayaq və əlin arxa tərəfinin dərisində suluq, papula, ləkə şəklində səpgilərin olması, ümumi zəiflik, oynaqalarda ağrı, dodaqlarda, ağız boşluğunda kiçik xoraların olması kimi şikayətlər təqdim edirlər.

Kliniki olaraq ikitərəfli selikli-irynli və ya pərdəli konyunktivit müəyyən olunur. Qıgırdağın və gözün konyunktivasında qanaxma olmadan qopan və yenidən asanlıqla yaranan qalın ağımtil pərdələr əmələ gəlir. Buynuz qışa neovaskulyarizasiyası, simblefaron – qapaq və sklera konyunktivasının tağın qısalması ilə gedən bitmiş çapıqları inkişaf edir. Qapağın deformasiyası, trixiya, gözdə quruluq, buynuz qışa xorası, buynuz qışa perforasiyası, endoftalmit baş verir.

Müayinələrə aiddir: anamnezin yığılması (səbəb olan amili aydınlaşdırmaq); yarıqlı lampanın köməyi ilə baxış; bakterioloji müayinəyə yaxma üçün konyunktivadan qasıntıların götürülməsi, floranın və antibiotiklərə həssaslığın təyini; qanın kliniki analizi: elektrolitlərin səviyyəsinin təyini.

Gözün çapıq pemfiqusu ilə, çapıq dəyişikliklərlə gedən konyunktivitlərlə, traxoma ilə; ağır dərəcədə olan kimyəvi yanıqlarla **differensial diaqnoz** aparılır.

Stivens-Conson sindromu olan xəstələr təcili hospitalizə olunmalıdırlar. İnfeksiyonla birgə etiotrop, ümumi və yerli **müalicə** aparılır.

Vaxtında aparılmış etiotrop müalicədə **proqnoz** əlverişlidir. Gec mürciət olunduqda gözün çapıq dəyişiklikləri nəticəsində proqnoz ciddidir.

• **Konyunktivanın sifilisi** – yoluxucu dəri-zöhrəvi xəstəliyidir (qazanılma, nadir halda anadangəlmə xarakterli), Şaudin-Hofman solğun treponeması (spiroxeta) tərəfindən törədilir.

Sifilisin mənbəyi – xəstə adamdır. Yoluxma cinsi akt zamanı, anal, oral yolla baş verir. Nadir hallarda məişət yoluxması halları müşahidə olunur. Treponemanın konyunktiva toxumasına bilavasitə düşməsi (ekzogen konyunktivit) və ya treponemanın və ya onun parçalanma məhsullarının təsiri ilə əlaqədar inkişaf edən allergik reaksiyaların nəticəsi olaraq (konyunktivanın endogen zədələnməsi) sifilitik konyunktivit meydana çıxır.

Xəstələr görmə üzvünün selikli qışasında xora və ya düyün şəklində ağrısız bərk törəmədən şikayətlənirlər.

Konyunktivanın sifilitik zədələnməsi xəstəliyin bütün 3 dövründə (birincili, ikincili, üçüncülü) ola bilər.

Bərk şankr (birincili dövr) paxla böyüklüyündə, ağrısız, uzunsov, qığırdaq konsistensiyalı törəmədir (xora) ki, selikli qışanın aypara və ya keçid büküşündə (nadir halda – üst qapağın və göz almasının konyunktivasında) lokalizə olunur.

Törəmənin üstündə konyunktiva yüngül xoralaşmış və fibrinlə örtülüdür. Qulaqətrafi limfa düyünləri böyüyüb.

İkincili sifilisdə (infeksiyanın limfogen-hematogen yolla yayılması ilə əlaqədar 6-7 həftədən sonra baş verir) selikli qışanın həmin hissələrində tünd-qırmızı hərəkətli və ya hərəkətsiz düyünlər şəklində papulalara rast gəlinir. Adətən, onlar dərinin sifildələri ilə birgə olur.

Anadangəlmə sifilisdə spesifik zökəmlə yanaşı gedən sürəklil, tədrici konyunktivitlər qeyd olunur.

3-4 ildən sonra sifilisin üçüncülü dövrü başlayır. Qummalar konyunktivada dərində sarımtıl-boz zirvəsi olan tünd-qırmızı rəngli müxtəlif ölçüdə olan düyünlər şəklində yerləşir. Onlar xoralaşa bilər, ancaq çapıqlaşma zamanı psevdopteriqium şəklində selikli qışanın dəyişikliklərini törədə bilər.

Müayinələrə aiddir: tam oftalmoloji müayinə (vizometriya, oftalmoskopiya, biomikroskopiya); anamnezin yığılması (uşaqda anadangəlmə sifilis zamanı anada sifilis olması; çemşiddə sifilisdə görə müalicə alıb-almaması), anadangəlmə sifilisin əlamətləri – karlıq, qılınçvari baldır və s., insan immunodefisit virusu ilə yoluxmanı təyin etmək üçün seroloji müayinə; Vasserman, Kan, Zaks-Vitebski reaksiyalarının aparılması, sifilis zərərli antitelləri ilə solğun treponemanın immobilizasiya reaksiyası, İFR (immunoüoressensiya reaksiyası – zərəddə antitellərin aşkarı); hemaqlütinasiya testi.

Xalazion, konyunktivanın xərcəngi ilə **differensial diaqnoz** aparılır.

Müalicə yerli və ümumi olaraq zöhrəvi dispanserdə aparılır.

Vaxtında aparılmış müalicədə **proqnoz** əlverişlidir; gec mürciət olunduqda qumaların xoralaşması, çapığın inkişafı, qapaq və konyunktivanın deformasiyası, keratitlərin və buynuz qişa bulanmalarının, eləcə də görmə sinirinin atrofiyası və korluqla nəticələnən nevrin inkişafı mümkündür.

- **Fliktenulyoz toksiko-allergik konyunktivit** – spesifik və qeyri-spesifik allergenlərin təsirinə qarşı konyunktivanın vərəm toksini ilə (tuberkulinlə) sensibillizə reaksiyasıdır. Xəstəliyin əmələ gəlməsinə kömək edən amillərə aiddir: orqanizmin ümumi pozğunluqları (ekssudativ-kataral və ya limfatiko-hipoplastik diatezlər, hipovitaminoz, maddələr mübadiləsi pozğunluğu), helmintozlar, qızılca, qrip, stafilokokk və streptokokk infeksiyası, duzlu qidanın, ədvaların işlədilməsi, ultrabənövşəyi şüalər kimi paraallergenlərin təsiri.

Vərəm-allergik prosesi ağciyər və ya limfatik toxumadakı kifayət qədər aktiv infeksiya fonunda meydana çıxır. Konyunktivani sensibillizə edən tuberkulin şəklində antigen məhz ağciyər və limfa toxumasından konyunktivaya düşür.

Xəstələrin arasında məktəbəqədər yaşlı uşaqlar üstünlük təşkil edir. Son zamanlar fliktenulyoz konyunktivitlə xəstələnmə halları əhəmiyyətli dərəcədə azalmışdır.

Xəstələr işıqdan qorxma, blefarospazm, yaşaxma, göz almasının qızarması kimi şikayətlər tədqiq edirlər.

Klinik olaraq xəstəliyin yarımkəskin başlanğıcı, konyunktival və perikorneal inyeksiya qeyd olunur. Yaşaxmanın nəticəsi olaraq blefarit, qapaq dərisinin ağırlı çatları (xüsusilə göz yarığının xarici bucağında) meydana çıxır. Limb nahiyəsində konyunktivada bozumtul və ya çəhrayı-sarı rəngli girdə formalı düyünlər – suluğu xatırladan fliktenalar (yunanca phlyctena – suluq, qovucucu) əmələ gəlir. Fliktena limfositlərdən, az miqdarda epitelial, plazmatik və nəhəng hüceyrələrdən (tərkibində vərəm törədici si olmur. Pirke reaksiyası qoyulduqdan sonrakı papulanın quruluşunu xatırladır) ibarətdir. Fliktenalar çox xırda, “miliar”, eləcə də az halda enli “solitar” – ölçüsü 5 mm-ə qədər ola bilər. Əksər halda tək-tək fliktenalar rast gəlinir, ancaq qrup şəklində düyünlər də müşahidə oluna bilər. Fliktenaya doğru üçbucaq formalı hiperemiya sahəsini əmələ gətirən damarlar yaxınlaşır. 2-3 həftədən sonra fliktena izsiz sorulur (bəzən zərif çapıq qala bilər) və ya növbəti epitelizasiya ilə xoralaşır. Nadir hallarda fliktena növbəti çapıqlaşma ilə episklera və skleranı əhatə edərək nekrozlaşır.

Bəzən konyunktivitlə yanaşı ağız bucağında, burun qanadlarında, qulağın arxasında və sırgalığında ekzematöz dəyişikliklər (ekssudativ diatez), eləcə də boyun limfa düyünlərinin böyüməsi müşahidə olunur.

Fliktenulyoz konyunktivit çox vaxt buynuz qişanın fliktenulyoz qızartısı ilə

müşayiət olunur.

Müayinələrə aiddir: anamnezin yığılması; konyunktivanın, buynuz qişanın biomikroskopiyası, göz dibinin müayinəsi daxil olmaqla; tam oftalmoloji müayinə, ftiziatriın, pediatriın xəstəni müayinəsi; döş qəfəsi üzvlərinin rentgenotomografiyası; qanın klinik analizinin aparılması; immunodiagnostika (in vitro, xəstə qanında tuberkulinə qarşı humoral və hüceyrə antitellərinin aşkarı); tuberkulinlə və qeyri-spesifik mitogen fitohemaqlütinlə (FHA) RBT aparılması; tuberkulino-diaqnostika (gözdə vərəm-allergik prosesi zamanı Mantu sınağına qarşı bədən temperaturunun qalxması, tərləmə, yorğunluq, hemoqrammadakı dəyişikliklər şəklində ümumi reaksiyalarla yanaşı müsbət və ya kəskin müsbət yerli reaksiya müşahidə olunur); Vasserman reaksiyasının aparılması.

Konyunktivanın sifilisi ilə, blefaritlə **differensial diaqnoz** aparılır.

Müalicəsi uzunmüddətlidir, vərəm dispanserində ümumi və yerli aparılır.

Vaxtında aparılmış kompleks ümumi və yerli müalicə zamanı **proqnoz** əlverişlidir. Gec mürciət olunduqda: görmə itiliyinin əhəmiyyətli zəifləməsinə gətirib çıxaran ağırlaşmaların inkişafı ilə, buynuz qişanın, uveal traktın, gözün digər strukturlarının prosesə cəlb olunması mümkündür. Çox vaxt xəstəliyin residivləri meydana çıxır.

Konyunktivanın degenerativ dəyişiklikləri.

- **Qanadvari pərdə (pteryqium)** – buynuz qişanın kənarı ilə bitişmiş birləşdirici toxumadamar büküşüdür (konyunktivanın duplikaturası). Həqiqi və yalançı olur.

Həqiqi pteriqiumun stasionar və progressivləşən formaları ayırd edilir.

Etiologiyası tam aydın deyil. Adətən, həqiqi qanadvari pərdə yetkin yaşlı adamlarda inkişaf edir ki, onların konyunktivasi küləyin, toz hissəciklərinin, quru havanın, tərkibi kimyəvi maddələrdən, zərərli qarışıqlardan ibarət olan havanın qıcıqlandırıcı təsirinə məruz qalmışdır. Həmçinin isti iqlimi olan zonalarda yaşayan kənd təsərrüfatı işçilərində inkişaf edir.

Şikayət gözün qıcıqlanmasından, qızartıdandır. Bəzən simptomuz gediş mümkündür.

Klinik olaraq pteriqium, adətən, göz yarığının daxili bucağı nahiyəsində, üzərində damarlar düzülmiş, konyunktivanın aypara büküşünə doğru yönəlmiş və bəzən də onunla bitişmiş geniş əsasə və eləcə də buynuz qişanın kənarı ilə bitişmiş zirvəyə (başçıq) malik üçbucaq (qanadvari) formalı konyunktiva büküşüdür.

Progressivləşən formada pteriqium qalınlaşır, hiperemiyə keçir, buynuz qişanın qatlarına doğru kök salaraq, hətta boumen qişasının dağılmasına qədər irəliləyir.

Əgər pteriqiumun başçığı buynuz qişanın mərkəzi hissəsinə, yəni bəbəyə çatırsa, görmə itiliyi əhəmiyyətli zəifləyəcək. Pteriqium aypara büküşlə bitirsərsə, yaşaparmamanın pozulması, göz almasının xaricə hərəkətinin məhdudluğu, diplopiya mümkündür.

Patoloji prosesin identifikasiyası, buynuz qişanın vəziyyətinin qiymətləndirilməsi üçün yarıqlı lampanın köməyi ilə müayinə aparılır.

Konyunktivanın epitelial şişi, konyunktivanın dermoidi və pannus ilə pteriqium arasında **differensiasiya** aparılır.

Müalicəsi konservativ və cərrahi yolla ola bilər. Konservativ müalicəsi gözün zərərli, qıcıqlandırıcı amillərdən qorunmasından (qoruyucu eynəklərin istifadəsi); gözün qıcıqlanmasından azaldılmasından ibarətdir:

- a. yüngül halda – süni gözyaşı, damarbüzücü vasitələr;
- b. ifadə olunmuş halda (xəstədə narahatçılıq varsa) – kortikosteroidlərin damızdırılması.

Aşağıdakı hallarda cərrahi müalicə (stasionar və ya ambulator şəraitdə) göstərir:

- a) pteriqium kontakt linzalardan istifadəyə mane olur;
- b) konservativ müalicəyə baxmayaraq, xəstəni diskomfort narahat etməyə davam edir;
- c) pteriqium buynuz qişanın bəbək hissəsinə yayılır.

Vaxtında aparılan müalicə zamanı **proqnoz** əlverişlidir. Gec mürciət zamanı, pteriqium bəbəyə çətmis olarsa, cərrahi əməliyyatdan sonra buynuz qişası bulanmasından he-sabına görmə zəif olur və sonralar keratoplastika əməliyyatına ehtiyac olur. Xəstəliyin residivləri də mümkündür.

- **Yalançı pteriqium** – buynuz qişası yanlıqlarından, zədələnmə və xoralarından sonra konyunktiva ilə buynuz qişası arasında çapıq bitişməsidir.

Kliniki olaraq buynuz qişanın istənilən periferik hissəsi ilə bitişən, progressivləşməyən, müxtəlif ölçüdə və formalı konyunktiva büküşü kimi özünü göstərir.

Proqnoz yalançı pteriqiumun buynuz qişanın hansı hissəsi ilə bitişməsindən asılıdır. O, görmənin optik hissəsində yerləşərsə, əməliyyatdan sonra da görmə zəif olur və keratoplastikanın aparılmasına ehtiyac qalır.

- **Piyçik (pinqvekuła, pinquecuła)** – konyunktivanın ocaqlı gialin dəyişikliyi. O, təhlükəsiz, adətən ikitərəfli və simptomuz vəziyyətdir. Çox vaxt yaşlılarda əmələ gəlir. Xəstələr, adətən, şikayət təqdim etmirlər.

Kliniki olaraq pinqvekuła göz yarığı bərabərində limbin burun və ya gicgah hissəsinə söykənən bulbar konyunktivada oval və ya üçbucaq formalı sarımtıl-ağ rəngdə böyük olmayan qalınlaşma şəklində özünü göstərir. Bəzən çox nadir halda limbə və buynuz qişaya yayıla bilər.

Yarıqlı lampanın köməyi ilə müayinə olunur.

Dermoid, lipodermoid ilə **differensial diaqnoz** aparılır.

Müalicəsi – kosmetik məqsədlə və ya buynuz qişaya yayıldıqda optik məqsədlə cərrahi yolladır.

Proqnoz əlverişlidir.

- **Kseroz** – konyunktivanın quruluğudur. Göz toxumasında gedən patoloji proseslərin nəticəsi hesab olunur və ya orqanizmin ümumi xəstəlikləri ilə müşayiət olunur.

Etioloji amillər hesab olunur: A hipovitaminozu (birincili – pəhrizdə A vitamini çatışmadıqda; ikincili – mədə-bağırsaq traktının iltihabı xəstəliklərində və mədə-bağırsaq traktında aparılan cərrahi əməliyyatlardan sonra absorbsiyanın az olması nəticəsində, mukovissidozda); birləşdirici toxumanın sistem xəstəlikləri (Vegener qranulyomatozu, Şeqren sindromunda gözyaşı hasilatının azalması); traxoma, kimyəvi yanlıqlar nəticəsində, göz pemfiqoidində, Stivens-Conson sindromunda konyunktivanın çapıq dəyişiklikləri; oral kontraseptivlərin, antihistamin preparatların uzun müddət qəbulu; göz yaşı vəzisinin şüalanmadan sonrakı fibrozu; göz yaşı vəzisinin infiltrativ zədələnməsi – sarkoidoz, şiş; müxtəlif mənşəli laqoftalm.

Xəstələr gözdə quruluqdan, ağrıdan, gözdə yad cisim hissiyyatından və görmənin

zəifləməsindən şikayətlənirlər.

Konyunktivit səthi (epitelial) və dərin (parenximatöz) olur. Səthi kserozda göz yarığı haddində konyunktiva epitelisi quruyur, konyunktivanın parlıtısı itir. Bilo (Bilot) və ya İskersko-Bito ləkələri aşkar olunur. Bu ləkələr buynuz qişanın nazal və temporal hissələrində yerləşən quru kələ-kötür səthə malik paralimbal gümüşü-ağ nöqtələrdir. Dərin parenximatöz kserozda konyunktiva quru, nahamar, boz rəngdə olub epidermi-si xatırladır.

Ağır hallarda buynuz qişanın prekserozu və kserozu meydana çıxır.

Tam oftalmoloji müayinə, eləcə də Şirmer sınağı aparılır: yarıqlı lampanın köməyi ilə, flüoresseində istifadə edərək göz yaşının meniski (gözyaşı gölcüyü qabarıq formalı olub, 1 mm hündürlüyə malik olmalıdır), eləcə də göz yaşının kəsilməsi (qırılması) vaxtına görə (qırmanın başlamasından gözüün göz yaşı ilə örtülmə qüsurunun əmələ gəlməsinə qədər ölçülən vaxtdır, normada 10 saniyəni ötməməlidir) qiymətləndirilir.

Ümumi kliniki müayinə üsullarına aiddir: anamnezin yığılması və digər müxtəssislər tərəfindən xəstəyə baxılması; qan zərdabında A vitamininin təyini; qaranlıq adaptasion elektroretinografiyasının aparılması.

Blefartitlə **differensial diaqnoz** aparılır.

Müalicəsi müntəzəm müşahidə ilə ambulatordur.

Vaxtında aparılan müalicədə (kserozun epitelial formasında) sağalma olur. Gec mürciət zamanı, parenximatöz kserozda buynuz qişanın bulanıqlığı qala bilər, görmə itiliyi zəifləyər.

Konyunktivanın şişləri.

Anatomo-topoqrafik və embrioloji amillər konyunktivada inkişaf edən şişlərin histogenezi müəyyən edir.

Epitelial yenitörəmələr olur:

1. Xoşxassəli: konyunktivanın papillomasi; keratoakantoma.
2. Yerli-dağıdıcı və xərçəngönü: Bouen epiteliomasi, piqment kserodermi.
3. Bədxassəli: konyunktivanın xərçəngi (qabıqlı-hüceyrəli xərçəng).

Piqment şişləri:

1. Xoşxassəli: nevus (stasionar); mavi nevus; anadangəlmə melanoz.
2. Yerli-dağıdıcı və xərçəngönü: nevus (progressivləşən); xərçəngönü melanoz.
3. Bədxassəli: konyunktivanın melanomasi.

Konyunktivanın yumşaq toxumalı yenitörəmələri (damar və limfogen genozli):

1. Xoşxassəli: lipoma (dermoid), dermatolipoma; hemangioma; limfangioma; limfoma (hemopoetik sistemin şişlərinə aiddir).
2. Bədxassəli: bədxassəli limfoma.

Konyunktivanın digər şişləri:

1. Xoşxassəli: onkositoma – dəyişdirilmiş vəzili epitelidən (onkositlərdən) inkişaf edir; limfoma (hemopoetik sistemin şişlərinə aiddir); fibroz histiositoma (mezenximal heterogen şiş).
2. Bədxassəli: Kaposi sarkomasi (QİÇS-də); konyunktivaya metastaz (nadir rast gəlinir).

Qapağın qoruyucu funksiyasına baxmayaraq, konyunktiva, xüsusilə də açıq göz yarığı nahiyəsində, xarici qıcıqlandırıcıların təsirinə – günəş radiasiyasına (ultrabənövşəyi hissə), aşağı və yüksək temperaturun təsirinə, tozun zədələyici təsirinə məruz qalır. Konyunktivanın, xüsusilə də tağ hissəsinin epitelı əlverişsiz amillərə qarşı proliferasiya ilə cavab verir.

Konyunktiva şişlərinə isti və quru iqlimi olan ölkələrdə, xüsusilə də ultrabənövşəyi radiasiya yüksək olan yerlərdə tez-tez rast gəlinir, eləcə də qumun və tozun zədələyici təsiri də var.

Adətən, konyunktiva şişlərinə kifayət qədər erkən diaqnoz qoyulur. Ona görə də xoşxassəli şişi və xərçəngönü xəstəlikləri başlanğıc mərhələdə olan xəstələr oftalmoloqa tez müraciət edirlər. Çox vaxt konyunktivanın şişləri uşaq yaşlarda təsadüf edilir.

Konyunktivanın xoşxassəli şişləri

- **Dermoid, dermatolipoma və ya fibrolipoma** – formalaşmasında piy toxumasının iştirak etdiyi konyunktiva yenitörəməsidir. İnkişaf qüsurlarına (xoristomlara) aiddir. Uşağın həyatının ilk aylarında aşkar olunur. Proses ikitərəfli ola bilər, qapağın inkişaf qüsurları ilə bəzən rast gəlinə bilər. Konyunktivanın xoşxassəli şişlərinin 22%-ə qədərini təşkil edir.

Uşağın valideynləri göz yarığının yuxarı-bayır kvadrantında törəmənin olmasından şikayətlənirlər (dermatolipoma çox vaxt gözün yuxarı və xarici düz əzələləri arasında və ya limbal zonada olur).

Dermoid limbdə yerləşən (gicgah tərəfdən), buynuz qişaya yayılan (onun bütün dərin qatlarını əhatə edir), eləcə də bəzən tenon kapsuluna, göz əzələlərinin altına yayılan yastı və ya kürəşəkilli sarımtıl-ağ bərk törəmə kimi özünü göstərir (şək.12). Dermoid nahiyəsində kirpikləri xatırladan tüklərin inkişafı qeyd oluna bilər.

Dermatolipoma – çoxlu miqdarda piy toxumasından ibarət dermoiddir (onun konsistensiyası yumşaq, xəmirvaridir). Adətən tağ nahiyəsində yerləşir, bəzən göz yarığını və qapağın xarici bağını deformasiya edir.

Diaqnoz qoymaq üçün mikroskopik müayinədən istifadə olunur. Mikroskopik müayinə zamanı dermoid piylə, buynuzlaşmış epitel qabıqları ilə dolu kistaya bənzəyir. Tük follikulları, piy, tör vəziləri, sinir dəstələri, damarlar differensiasiya oluna bilər.

Dermatolipoma mikroskopik olaraq lipositlərlə formalaşmış piy hüceyrələrindən ibarətdir; onun stroması az və ya çox miqdarda birləşdirici toxuma elementləri ilə təsvir olunmuşdur.

Dermoidin, dermatolipomanın aradan qaldırılması kosmetik məqsədlə aparılır.

Proqnoz əlverişlidir.

- **Konyunktivanın papillomasi** iki tip zədələnmə ilə özünü göstərir: buynuzlaşmayan və buynuzlaşan papilloma.

Buynuzlaşmayan papilloma (I tip) konyunktivanın şiş inkişaf etdiyi hissəsinin quruluş xüsusiyyətləri saxlanmaqla epitelin hiperplaziyası ilə xarakterizə olunur. Uşaqlarda və yeniyetmələrdə rast gəlinir.

Şikayətlər: göz almasında bəzən qanayan yenitörəmənin olması, gözün qızarması, gözdə yad cisim hissiyyəti, hərdən ifrazat (konyunktivitin inkişafı zamanı).

Kliniki olaraq şiş çoxlu düyüncüklərlə – dar ayaqcıq üzərində yerləşən yarımşəffaf qırmızı, güclü vaskulyarizə olunmuş törəmə şəklində özünü göstərir. Papillomanın konsistensiyası yumşaq, toxunduqda qanayır, asanlıqla infeksiyalaşır (adətən konyunktivitlə müşayiət olunur). Şiş aypara və keçid бүкüşü (çox vaxt alt tağda) nahiyəsində yerləşir.

Müayinə biomikroskopiya, mikroskopiya ilə ibarətdir.

Mikroskopik olaraq kəskin məməcikli struktur ayırd edilir; şişin mərkəzindən damar kələfi keçir; şişin parenximası bir neçə sıra kubşəkilli və qədəhəbənzər hüceyrələrdən ibarət epitelin hiperplaziyası ilə özünü göstərir.

Mikroskopik müayinə əsasında yastıhüceyrəli xərçəng, Bouen epiteliosması, qanayan angioma ilə **differensial diaqnoz** aparılır.

Buynuzlaşmayan papilloma öz-özünə reqresə uğrayır.

Müalicə tam sağalmaya qədər növbəti müşahidə altında stasionarda və ya ambulator aparılır.

Proqnoz əlverişlidir.

Buynuzlaşan papilloma (II tip) epitelin kəskin hiperplaziyası ilə xarakterizə olunur. Yaşa dolmuşlarda rast gəlinir.

Xəstələr göz almasında (göz yarığı həddində) yenitörəmə, onun gözün ümumi səthindən qabarması, gözdə yad cisim hissiyyəti, yaşaxma kimi şikayətlər təqdim edirlər.

Şiş enli əsas üzərində nahamar səthli tək hərəkətsiz bozumtul-ağ düyün şəklindədir. Paycıqlar pis ayırd edilir. Ən çox limb nahiyəsində yerləşir, buynuz qişaya yayıla bilər.

Müayinəyə aiddir: yarıqlı lampa ilə baxış; mikroskopiya (ayrıca yarımşəffək qabar-cıqlar üzrə papillomatöz şişlər təyin olunur, hər birinin mərkəzində qidalandırıcı qan damarları kələfi görsənir; epitelin para- və hiperkeratozla müşayiət olunan məməcikli hipertrofiyası xarakterlidir).

Differensial diaqnoz yastıhüceyrəli karsinoma, Bouen epiteliosması ilə aparılır.

Müalicəsi – prosesin tam sakitləşməsinə qədər növbəti müşahidə ilə ambulator və ya stasionar şəraitdə buynuzlaşan papillomanın erkən lazərəksiziyasından ibarətdir.

Papilloma vaxtında tam götürüldükdə **proqnoz** yaxşıdır; gec müraciət zamanı şişin bədxassəliyə çevrilməsi mümkündür.

- **Hemangioma** – konyunktiva nahiyəsində xoşxassəli damar şişidir. Onun əmələgəlmə mənbəyi – konyunktival, episkleral, orbital və əzələ damarlarıdır.

Uşaq anadan olan kimi (20%) və ya həyatının ilk aylarında (80%) aşkar olunur.

Valideynlər uşağın göz qapağında, göz almasının selikli qişasında böyüməyə meyilli olan göyümtül rəngli hiperemiyalaşmış törəmədən şikayətlənirlər.

Düyünlü hemangioma subkonyunktival yerləşir (düz əzələlərdən birinin birləşdiyi yerin yaxınlığında). Qıvrım damar kələfi ilə formalaşmış tünd və ya qırmızı rəngdə moruq şəklində tək düyündür.

Kapillyar hemangioma daha tez-tez rast gəlinir. Göyümtül rəngli kəskin qıvrım damarlar şəklində özünü göstərir ki, onlar da aypara бүкüşdə, göz almasının konyunktivasında olur. Konyunktivanın keçid бүкüşlərinə, orbitaya və qapağa yayıla bilər.

Müayinəyə aiddir: xarici baxış, biomikroskopiya (yenitörəmənin arteriovenoz xarakterində biomikroskopiya zamanı onun görünən pulsasiyası mümkündür).

Differensial diaqnoz konyunktivanın, qapaq və tağın piogen qranulyomasi

(şişəbənzər xəstəlik), melanoma ilə aparılır.

Müalicə xəstəliyin erkən müddətində stasionar şəraitdə aparılır, belə ki, yaşa dolmuşca şiş böyüyür. Xəstəliyin erkən mərhələsində lazerkoagulyasiya, gec mərhələlərində – dozalanmış elektrokoagulyasiya səmərə verir.

Vaxtında aparılan müalicədə göz üçün proqnoz yaxşıdır; gec müraciət olunduqda şişin orbitaya yayılması mümkündür.

• **Limfangioma** – konyunktivanın anadangəlmə xoşxassəli damar şişidir, uşaq böyüdükcə ləng progressivləşir.

Çox vaxt anadan olandan 6 yaşa qədər olan dövrdə aşkar olunur. Hemangiomaya nisbətən az rast gəlinir.

Kliniki olaraq şiş konyunktivanın yarımsəffaf, sarımtıl rəngli xəmirvari qalınlaşması kimi özünü büruzə verir. Adətən göz alması konyunktivasında və ya tağda yerləşir. Eləcə də prosesə gözyaşı ətcisi çəlb olunur. Proses diffuzdur, aydın sərhədə malik deyil, ancaq hüdudlanmış da ola bilər. Şiş göz alması konyunktivası üzrə yayılaraq limbə çatır, bəzən buynuz qışaya keçir. Ləng inkişaf prosesində orbitanın yumşaq toxumalarına keçə bilər.

Müayinələrə aiddir: biomikroskopiya; mikroskopiya; ağız boşluğuna baxış; üzə, buruna, orbitaya və qapağa baxış.

Konyunktivanın limfoması ilə **differensial diaqnoz** aparılır.

Müalicə stasionar şəraitdə, erkən aparılır.

Vaxtında aparılmış müalicə zamanı proqnoz görmə üçün yaxşıdır. Gec müraciət zamanı orbitaya doğru inkişaf edən şiş toxuması ilə görmə sinirinin sıxılması hesabına görmə itiliyinin zəifləməsi ola bilər.

• **Konyunktivanın limfoması** hemopoetik sistemin şişlərinə aiddir. Müasir təsnifata görə “limfoma” termini altında üç qrup xəstəlik birləşdirilir: idiopatik iltihab, reaktiv limfoid hiperplaziyası (və ya xoşxassəli limfoma) və bədxassəli limfoma (konyunktivada son iki qrup müşahidə olunur).

Konyunktivanın limfoması adətən cavan və orta yaşlı xəstələrdə (çox vaxt 30 yaşdan yuxarı qadınlarda) təsadüf edilir.

Şikayət yad cisim hissiyyatındandır.

Kliniki olaraq xoşxassəli limfoma açıq sarımtıl-çəhrayı rəngə malikdir. Keçid büküşləri nahiyəsində yerləşir (tağın formasını təkrar edir, burada konyunktiva mütəkkə şəklində qalınlaşmışdır), eləcə də limbin ətrafında mütəkkəyəbənzər hipertrofiya şəklində aypara büküşə, bulbar konyunktivaya yayıla bilər. Şiş yumşaq konsistensiyaya malik olub heç vaxt göz yuvasına yayılmır.

Müayinələrə aiddir: biomikroskopiya; mikroskopiya; sistem xəstəlikləri istisna etmək məqsədilə terapevtin və hematoloqun müayinəsi; qanın kliniki analizi; sitoloji müayinə.

Bədxassəli limfoma ilə **differensial diaqnoz** aparılır.

Müalicə erkən aparılmalıdır. Müşahidə altında ambulator və ya stasionar şəraitdə limfomanın tam götürülməsi lazımdır.

Görmə və həyat üçün proqnoz yaxşıdır.

• **Nevus** – konyunktivanın xoşxassəli pigment şişidir, adətən özünü ilk dəfə olaraq uşaq yaşda göstərir. Kliniki gedişində fərqləndirilir: stasionar, progressivləşən ne-

vuslar, hallı nevus, birincili qazanılma nevus.

Əksər hallarda nevus cinsi yetişməlik dövründə inkişaf edir, bulbar konyunktivada göz yarığı həddində olur. Qapaq konyunktivasının nevusu nadir rast gəlinir, bu halda birincili qazanılma melanozdan, bəxassəli melanomadan şübhələnmək lazımdır.

Stasionar nevusu. Adətən balaca uşaqlarda rast gəlinir, göz yarığı nahiyəsində (adətən limbin yaxınlığında) göz alması konyunktivasında yerləşir. Zəif-sarı, çəhrayıdan tutmuş açıq-qəhvəyi rəngdə ola bilər. Stasionar nevusların 1/3-nə qədəri pigmentləşir. Nevusun səthi hamar və ya şişdə olan xırda kistaların hesabına kələ-kötür olur. Nevusun hüdudları aydındır.

Böyüklərdə nevus gözyaşı ətcisi, aypara büküş nahiyəsində aşkar olunur. Onlar daha pigmentləşmiş olur. Hüdudları aydındır. Aypara büküş qalınlaşmış görünür, gözyaşı ətcisi nahiyəsində nevus öna qabarıq prominensiyaya edir (şək.13).

Progressivləşən nevus. Onun üçün pigmentasiyanın, vaskulyarizasiyanın güclənməsi, sərhədin qeyri-aydın olmaması kimi triada xarakterdir. Nevusun ölçüləri böyüyür, qarışıq ala-bəzək rəng alır.

Müayinələrə aiddir: biomikroskopiya; histoloji müayinə; termoqrafiya (adətən nevus nahiyəsində hipertermiya müşahidə olunur); immunodiagnostika.

Limfoid hiperplaziyası, sarkoidoz, papilloma, cavanlıq ksantoqranulyomasi ilə **differensial diaqnoz** aparılır.

Müalicə böyümənin ilk əlamətlərində göstərişdir.

Vaxtında adekvat aparılmış müalicə zamanı həyat üçün və görmə üçün **proqnoz** yaxşıdır. Gec müraciət zamanı konyunktival nevusun bədxassəli şişə çevrilməsi mümkündür.

Mavi nevus (hüceyrə nevusu) – çox nadir rast gəlinən anadangəlmə törəmədir. Gözün konyunktivası qəhvəyi rəngdədir. Törəmə yastı olub, əhəmiyyətli ölçüdədir, aydın formaya malik deyil, sərhədləri yaxşı cızılmışdır. Göz toxuması və orbitanın melanozu ilə müşayiət olunur.

Birincili qazanılma melanozla **differensial diaqnoz** aparılır.

Müalicə tələb olunmur (bədxassəli variantlar rast gəlinmir).

Proqnoz əlverişlidir.

• **Birincili qazanılma melanoz (xərçəngönü melanoz)** – konyunktivanın pigment yenitörəməsidir, adətən birtərəfli olur. Orta yaşlarda (40-50 yaş) meydana çıxır. Nadir halda rast gəlinir, illərlə və onillərlə uzana bilər. Ləng progressivləşmə xarakterdir. Bəzən çox nadir halda spontan regressiya mümkündür.

Şikayətlər konyunktivanın artan pigmentasiyasından, yastı pigment ləkəsinin olması və ya konyunktivanın sektoral tünd-qəhvəyi və ya qara rəngə boyanmasından (qapaq dərisinə, gözyaşı ətcisinə keçməklə) ibarətdir.

Şiş qapaq konyunktivasının istənilən hissəsində yerləşə bilər. Şişin inkişafı prosesində yeni pigmentasiya zonaları əmələ gəlir. Şişin xarici görkəmi – aydın sərhədlərlə olan intensiv-tünd, yastı ocaqlar şəklindədir. Törəmə asanlıqla buynuz qışaya yayılır.

Müayinələrə aiddir: biomikroskopiya; biopsiya; dōş qəfəsi üzvlərinin, qaraciyərin müayinəsi; qaraciyər sınağının, immunodiagnostikanın aparılması, qanın kliniki analizi.

Konyunktivanın melanomasi, konyunktivanın ikincili melanozu (hamiləlikdə, adison xəstəliyi, dərman preparatlarının – epinefrinin, xlorpromazinin, arsenin toksiki təsiri zamanı) ilə **differensial diaqnoz** aparılır.

Müalicəsi stasionar şəraitində cərrahidir. Yaxşı olar ki, xəstə müayinə və müalicə məqsədilə hospitalizə olunsun. Müalicə şişin planlı erkən lazer ekssiziyasından və ya elektroekssiziyasından, kriodestruksiyadan ibarətdir.

Belə şişlərin istənilən vaxt bədxassəliyə çevrilmə təhlükəsi olduğundan həyat və görmə üçün proqnoz ciddidir.

Konyunktivanın bədxassəli şişləri

- **Konyunktivanın kəpəklənən hüceyrəli xərçəngi.** Nadir halda rast gəlinir. Spontan olaraq və ya xərçəngönü proseslər fonunda inkişaf edir. Səbəb olan amillər: ultrabənövşəyi şüalanma, insanın papillomatov virusu, insanın immun çatışmamazlıq virusu (HIV infeksiyası).

Çox vaxt 50 yaşdan yuxarı şəxslərdə xərçəng diaqnozu qoyulur.

Xəstənin şikayətləri: gözdə yad cisim hissiyatı, yaşaxma, gözün “səthində”, qapağın altında yenitörəmə. Şiş göz yarığı səviyyəsində göz almasının konyunktivasında, limbin yaxınlığında, buynuz qişada, qapaq konyunktivasında yerləşə bilər. Xarici görkəminə görə yerli hiperemiya və selikli qişanın qalınlaşması və ya ağımtıl-çəhrayı rəngli papillomatov düyün (bəzən pteriqiumu xatırladır) şəklində özünü göstərir. Şişin hüdudları qeyri-aydındır. İnkişafı ləngdir, sahəsinə görə yayılır. Buynuz qişanı, skleranı dağdır.

Müayinələrə aiddir: biomikroskopiya; radiofosfor diaqnostika; termoqrafiya; mikroskopiya; histoloji müayinə; immunodiaqnostika (immunokimyəvi, hüceyrəvi, immunoloji müayinələr).

Papilloma; pteriqium; anadangəlmə xoşxassəli diskeroz; konyunktiva və buynuz qişanın birincili epitelial displaziyası; Bouen epiteliozması; fibroz histiositoma; pseudo-epitelial hiperplaziya ilə **differensial diaqnoz** aparılır.

Müalicə müddəti və yerinin təyini şişdən asılıdır.

Görmə üçün **proqnoz** şişin ölçüsündən və zədələnmə dərəcəsiindən asılıdır; limfa düyünlərinə metastaz təhlükəsi olduğundan həyat üçün proqnoz ciddidir.

- **Konyunktivanın melanoması** – bədxassəli piqment şişidir. Görmə üzvünün bədxassəli şişlərinin 2%-ə qədərini təşkil edir. Əksərən 30-60 yaşlı adamlar, ən çox da qadınlar klimakterik dövrdə xəstələnilirlər. Şişin mənbəyi – nevus (20%-ə yaxın), birincili qazanılma melanoz (75%). De novo-nun inkişafı – 5% halda olur.

Xəstələr gözdə yad cisim hissiyatından, gözün selikli qişasında tünd-qəhvəyi və ya qara rəngli böyüyən törəmədən, görmənin pisləşməsiindən şikayətlənilirlər.

Melanoma göz yaşaı ətciyi nahiyəsində, az halda qapaq konyunktivasında (çox vaxt, 70%-ə yaxın halda gözün konyunktivasında) yerləşə bilər (şək.14). Şişin intensiv piqmentli və piqmentsiz formalarına rast gəlinir. Ölçülərdə sürətli artım, düyünlü və səthi yayılmış inkişaf – melanoma üçün xarakterdir.

Şişin düyünlü forması aydın sərhədlı çəhrayı və ya tünd-qəhvəyi rəngli, məhdud yerini dəyişən bərk bir düyün şəklində təsvir olunur. Melanomanın ətrafında (biomikroskopiya zamanı) geniş, qanla dolğun episkleral damarlar görünür. Adətən limb nahiyəsində yerləşir və buynuz qişaya doğru keçir. Şiş böyüdükcə onun səthinin xoralaşması, infeksiyalanması və qanaması mümkündür. Gözyaşı ətciyi nahiyəsində olan melanoma erkən orbitaya doğru böyüyür. Konyunktival tağlarda şiş uzun müddət gizli inkişaf edir,

təsədüfən aşkar olunur.

Səthi yayılmış melanoma çoxlu lokal qalınlaşma, konyunktivanın səthində bu və ya digər dərəcədə qalxan və genişlənməmiş damar kəlfəi ilə əhatə olunan intensiv və ya qeyri-bərabər piqmentləşmiş hipertrofiya şəklində malikdir.

Biomikroskopiya zamanı alabəzək şiş nəzərə çarpır – sarımtıl-çəhrayı sahələr intensiv qəhvəyi, qara sahələrlə növbələnir, onun konturları aydın olmur.

Konyunktiva melanomasının xarakter əlaməti – əsas şiş düyünü ilə kontakt nəticəsində satellitlərin əmələ gəlməsidir. Şiş göz alması konyunktivasında yerləşərsə, qapaq konyunktivasında kontakt piqmentasiyası tez-tez aşkar olunur.

Müalicəsiz qalmış konyunktiva melanomalari regional limfa düyünlərinə – çənəaltı, qulaqətrafi, boyun limfa düyünlərinə metastaz verir.

Müayinələrə aiddir: biomikroskopiya (radiofosfor diaqnostika); şişin səthindən götürülən yaxmanın sitoloji müayinəsi; termoqrafiya; döş qəfəsi üzvlərinin rentgenoqrafiyası; funksional qaraciyər sınaqlarının aparılması; distant metastazları kənar etmə məqsədilə kompüter tomoqrafiyası; immunodiaqnostika.

Birincili anadangəlmə melanoz; proqressivləşən nevus; piqmentləşmiş papilloma; fibroz histiositoma; gənclik ksantoqranulyoması; metastaz, angioma ilə **differensial diaqnoz** aparılır.

Kombinə olunmuş üzvqoruyucu **müalicə** vacibdir.

Proqnoz çox ciddidir (hematogen metastazlaşmadan ölüm – 22-30%).

- **Kapoşi sarkoması.** Qazanılmış immunçatmamazlıq (QİÇS) sindromunda, adətən, immunçatmamazlığın inkişaf etmiş şəkli fonunda konyunktivada rast gəlinir (qazanılmış immun çatmamazlıq zamanı görmə üzvünün zədələnməsinin ümumi miqdarından 20% hadisədə).

Xəstələr göz almasının təcridən artan qızartısından şikayətlənilirlər.

Kliniki olaraq göz alması konyunktivasında, alt konyunktiva tağında, bəzən yaş kəncəqləri nahiyəsində bir neçə ay ərzində ölçüləri artan balaca, yastı, tünd-qırmızı rəngli düyünlər müşahidə olunur. Törəmə subkonyunktival qansızmanı xatırlada bilər. Subkonyunktival şişlər qapaqlarda ağrısız bənövşəyi-qırmızı düyünün əmələ gəlməsi ilə yanaşı qapağın şişkinliyi, trixiyazla müşayiət olunur.

Müayinələrə aiddir: biomikroskopiya; oftalmoskopiya; terapevtin müayinəsi; immunodiaqnostika.

Hemangioma; yad cisim qranulyoması; xroniki subkonyunktival hemorragiya ilə **differensial diaqnoz** aparılır.

Müalicəsi stasionarda aparılır.

Proqnoz ümumi xəstəliyin gedişindən asılıdır.

GÖZ YUVASININ XƏSTƏLİKLƏRİ

Təsnifat:

- I. Göz almasının vəziyyət pozğunluqları – endokrin ekzoftalm, travmatik, növbələnən ekzoftalm, travmatik enoftalm.
- II. İltihabi xəstəliklər – tenonit, osteoperiostit, subperiostal abses, fleqmona, göz yuvasının sifilisi, göz yuvasının vəرمi, iltihab mənşəli qranulyomalar.
- III. Göz yuvasının göbək xəstəlikləri.
- IV. Göz yuvasının damar xəstəlikləri – pulsasiyaedici ekzoftalm.
- V. Göz yuvasının helmintozları – exinokokkoz, sistiserkoz, filyarioz, trixinelloz.
- VI. Göz yuvasının şişləri:
 1. Xoşxassəli – kistalar, osteomalar, lipomalar, fibromalar, orbito-sinual mukosele.
 2. Bədxassəli – sarkoma, xərçəng, karsinoma.

Göz almasının vəziyyət pozğunluqları.

- **Travmatik ekzoftalm** (*exophthalmus traumaticus*) – yaralanma, orbita divarının sınıması nəticəsində göz almasının önə qabarmasıdır. Şikayətlər zədələnmiş orbitada ağrıdan, qapağın şişkinliyindən, göz almasının qızarmasından və hərəkətinin məhdud olmasındandır. Travmatik ekzoftalmın klinik şəkli: göz alması hərəkətinin pozulması, qapağın şişkinliyi və hematoması, göz almasının aşağıya, yuxarıya, yanlara, önə və ya arxaya yerdəyişməsi, göz almasının və görmə sinirinin zədələnməsi zamanı görmə itiliyinin zəifləməsi kimi simptomlardan ibarətdir. Göz yuvasının yuxarı divarının zədələnməsi pulsasiyaedici ekzoftalmı müşayiət olunur. Göz almasının vəziyyətinin dəyişməsi və hərəkətinin pozğunluğu retrobulbar hematomanı, sinir və əzələlərin zədələnməsini, göz əzələlərinə qansızmanı, yumşaq toxumaların ödemini törədir. Travmatik ekzoftalm diaqnozu xarici baxış, palpasiya, müayinənin şüa üsulları (rentgenoloji, kompüter tomoqrafiyası, maqnit-rezonans tomoqrafiyası), nevroloji müayinə əsasında qoyulur. **Differensial diaqnoz** yalançı, pulsasiyaedici, endokrin ekzoftalmı aparılır. **Ağırlaşması:** görmə sinirinin atrofiyasıdır. **Müalicə** stasionar şəraitdə xəstəliyin erkən müddətlərində aparılmalıdır. Vaxtında aparılmış müalicə zamanı **proqnoz** – sağalma; gec mürciət olunduqda – görmə sinirinin atrofiyası nəticəsində görmə funksiyalarının itməsi mümkündür.
- **Növbələnən ekzoftalm** (*exophthalmus intermittans*) – göz yuvası venalarının varikoz genəlməsi nəticəsində göz almasının önə qabarmasıdır. Şikayətlər başı aşağı əydikdə göz almasının önə qabarmasından, zədələnmiş orbitada şişkinlik hissi ilə bağlı sıxıcı ağrılardan ibarətdir. Əvvəlcə növbələnən ekzoftalm qısamüddətli (bir neçə saniyədən 3 dəqiqəyə qədər)

ola bilər və əhəmiyyətli fasilələrlə ortaya çıxa bilər. Ekzoftalm tutmaları arasındakı fasilələr (müddət) getdikcə qısalar, xəstəlik cüzi fiziki gərginlik zamanı zədələnmiş göz yuvasında gözyuvası daxili təzyiqin artması nəticəsində özünü göstərir. Orbital toxumanın kompressiyası və orada qan dövranının pozulması nəticəsində atrofiya səhələri inkişaf edir. Çox halda görmə itiliyi pozulmur.

Diaqnostika üçün vizometriyadan, orbitonometriyadan, ekzoftalmometriyadan, orbitanın venografiyasından (ən informativ üsul) istifadə olunur.

Müxtəlif mənşəli ekzoftalmırla **differensial diaqnoz** aparılır.

Ağırlaşması: göz yuvasına qansızmadır.

Müalicəni xəstəliyin progressivləşməsi, görmə itiliyinin itmə təhlükəsi olduğu zaman aparmaq lazımdır.

Proqnoz xəstəliyin progressivləşməsindən asılıdır; vaxtında aparılan müalicə və ləng progressivləşmə zamanı – sağalma; gec mürciət zamanı hətta korluğa qədər görmə itiliyinin itkisi mümkündür.

- **Endokrin ekzoftalm** (*exophthalmus endocrinicus*) – görmə üzvünün vəziyyətində patoloji əlamətlərə gətirib çıxaran hipotalamo-hipofizar-tireoid sistemdə pozğunluqdur. Şikayətlər göz almasının önə qabarmasından, qapağın sallanmasından, gözdə ağrıdan, gözə təzyiq hissindən, işıqdan qorxma, yaşaxmadandır.

Ekzoftalm, göz alması və qapağın hərəkət aparatının fəaliyyət pozğunluğu – endokrin oftalmopatiyanın əsas tərkib hissələri hesab olunur. Göz qapağı tərəfdən laqoftalm (Dalrimpl simptomu), gözü aşağı hərəkət etdirdikdə üst qapağın geri qalması (Qrefe simptomu), konvergensiyanın pozulması (Mebius simptomu), qırpmə hərəkətlərinin ləng və az olması (Ştelvaq simptomu) qeyd olunur.

Endokrin ekzoftalmın xüsusi yarımmövünə ağır gedişli hallar – bədxassəli ekzoftalm aiddir. Göz almasının yarımcıxığına və hətta çıxığına gətirib çıxaran, progressivləşən, göz almasının ikitərəfli önə qabarması obyektiv olaraq müşahidə olunur. Göz qapaqları və selikli qişə şişkin, inyeksiyalı olur. Konyunktivanın xemozu o qədər kəskin ola bilər ki, yastıq şəklində göz yarığından çıxıb sallanır. Gözün hərəkətinin pozulması yanlara hərəkətin və hətta aşağıya hərəkətin məhdudlaşmasından başlayır. Buynuz qişanın vəziyyətində hissiyyatın zəifləməsi daha erkən qeyd olunur. Bir tərəfdən, hissiyyatın zəifləməsi, digər tərəfdən göz yarığının tam örtülməməsindən quruma nəticəsində buynuz qişada infiltratların və xoranın əmələ gəlməsi, buynuz qişanın total irinli əriməsi (dağılması) baş verir.

Göz dibində venoz durğunluq əlamətləri, nadir halda – durğunluq diski, çox nadir halda – görmə sinirinin atrofiyası qeyd olunur. Ekzoftalmın çoxu inkişafı ilə əlaqədar olaraq hətta buynuz qişanın normal vəziyyətində belə görmə funksiyası kəskin pozulur. Görmə sahəsi qeyri-düzgün konsentrik tip üzrə daralır. Ayrı-ayrı hallarda hemianopsiya müşahidə olunur.

Diaqnostika üçün növbəti müayinə üsullarından istifadə olunur: xarici baxış, buynuz qişanın hissiyyatının yoxlanılması, ekzoftalmometriya, orbitonometriya, perimetriya, vizometriya, oftalmometriya, biomikroskopiya, tam endokrinoloji müayinə, göz yuvasının ultrasəs müayinəsi, qanın kliniki analizi, qanın şəkərə görə analizi, hipofizin və qalxanabənöz vəzin funksiyalarının müayinəsi.

Müxtəlif etiologiyalı ekzoftalmı (posttravmatik, pulsasiyaedici, növbələnən) **diffe-**

rensial diaqnoz aparılır.

Buyuz qışa prosesə cəlb olunarsa, müalicə oftalmoloji stasionarda, qalan hallarda – xəstəliyin erkən mərhələlərində endokrinoloji stasionarda aparılır.

Ağırlaşmaları: buyuz qışanın dayanıqlı bulanması ilə nəticələnən buyuz qışa xəstəlikləri, göz almasının çıxıq və yarımçıxığı ola bilər.

Proqnoz endokrinoloji statusdan asılıdır; gec mürciət olunduqda – görmənin itkisi ilə nəticələnir.

• **Travmatik enoftalm** (*enophthalmus traumaticus*) – əsas etibarilə, piy toxumasının atrofiyası ilə əlaqədar göz yuvası möhtəviyyatının azalması nəticəsində göz almasının arxaya yerdəyişməsidir.

Şikayətlər görmə itiliyinin zəifləməsində, göz almasının hərəkətinin məhdudlaşmasındandır.

Göz almasının arxaya yerdəyişməsi zədədən müxtəlif vaxt keçdikdən sonra əmələ gəlir. Enoftalmin dərəcəsi müxtəlif həddlərdə dəyişir, çox vaxt 3-5 mm-ə, bəzən də 6-10 mm-ə bərabər olur. Göz almasının hərəkəti qəribə şəkildə məhdudlaşır, hərəkətin yuxarıya və tşa məhdudlaşması daha kəskin ifadə olunur. Çox vaxt görmə funksiyası pozulur – tor qışa və görmə sinirindəki dəyişikliklərə görə görmə itiliyi zəifləyir, mərkəzi skotomalar müəyyən olunur. Bəbəyin vəziyyətində çox vaxt midriaz, az halda mioz, işığa qarşı bəbək reaksiyasının itməsi və konvergensiya qeyd olunur. Akkomodasiya, adətən, zəifləyir, tonus nadir halda aşağı düşür.

Diaqnostika üçün istifadə olunur: göz yuvasının vəziyyətinə xarici baxış, vizometriya, görmə sahəsi sərhədlərinin təyini, tonometriya, biomikroskopiya, düz oftalmoskopiya, göz yuvasının rentgenoqrafiyası.

Göz almasının subatrofiyası ilə, Pecet xəstəliyi ilə **differensial diaqnoz** aparılır.

Travmatik enoftalmin **müalicəsi** səmərəsizdir.

Ağırlaşması: görmə sinirinin atrofiyasıdır.

Proqnoz: həyat üçün əlverişlidir, gələcəkdə göz almasının subatrofiyası və görmə sinirinin atrofiyası baş verdiyindən görmə funksiyası üçün proqnoz əlverişsizdir.

Göz yuvasının iltihabi xəstəlikləri.

• **Tenonit** (*tenonitis*) – göz ilə tenon kapsulası arasında yerləşən limfatik sahənin iltihabıdır.

Tenonit seroz və irinli olur.

Xəstələr gözün hərəkəti zamanı ağrı, ikiləşmə, qapağın şişkinliyi kimi şikayətlər təqdim edirlər. Yüngül ekzoftalm, gözün hərəkəti zamanı ağrı, bu hərəkətlərin məhdudluğu, diplopiya, əsasən qapağın və bulbar konyunktivanın şişkinliyi qeyd olunur. Xəstəlik kəskin başlayır, 2-3 günə özünün tam inkişafına çatır.

Seroz tenonit müalicəyə asanlıqla tabe olur, özündən sonra iz qoymadan keçib-gedir. Irinli tenonitlərdə iltihab prosesi irinin konyunktiva kisəsinə açılması ilə başa çatır.

Xəstəliyin diaqnostikası üçün aşağıdakı müayinə üsullarından – göz yuvasının palpasiyası, ekzoftalmometriya, vizometriya, göz yuvasının rentgenoqrafiyası, qanın kliniki analizi kimi üsullardan istifadə olunur.

Növbəti xəstəliklərlə – göz yuvasının iltihabi xəstəlikləri (fleqmona, abses), göz qa-

pağının abses və fleqmonası, mağaralı cibin trombozu ilə **differensial diaqnoz** aparılır:

Xəstəliyin erkən mərhələlərində stasionar şərəitdə **müalicə** tövsiyə olunur.

Ağırlaşmaları: iridosiklit, xorioretinit, endoftalmit hesab olunur.

Vaxtında aparılmış müalicə zamanı **proqnoz** – sağalma; gec mürciət zamanı – görmə funksiyalarının, hətta gözün itməsi ilə xəstəliyin endoftalmitə keçməsi baş verir.

• **Osteoperiostit** (*osteoperiostitis*) – göz yuvası divarlarının sümüküstlüyünün iltihabi xəstəliyidir.

Periostit sadə və irinli olur.

Göz almasının hərəkəti zamanı ağrı, göz almalarının öna qabarması, göz yuvası divarlarının şişkinliyi və qalınlaşması, görmənin zəifləməsi, bədən temperaturunun yüksəlməsi, ümumi əzginlik kimi şikayətlər təqdim olunur.

Göz yuvasının ön hissələrində osteoperiostit özünü gah az və ya çox məhdud, gah da yayılmış şişkinlik şəklində göstərir. Göz yuvası divarına təzyiq etdikdə şişkinlik ağrıltı, bərk olur. Şişkinlik aydın sərhədə malik olmayıb, normal qonşu sahələrə keçir.

Sərhəd zonası zədələnməmiş hissədən çox vaxt yalnız ağrı olması ilə ayrılır. Göz yuvası divarının qalınlaşması, şişkinliyi göz qapağının və selikli qışanın ödemi, eləcə də konyunktiva damarlarının inyeksiyalı olması ilə müşayiət olunur. Göz qapağının şişkinliyi, adətən, səhərlər xüsusilə kəskin olur. Xəstəliyin şəkli müxtəlif müddət ərzində – bir neçə gündən bir neçə həftəyə qədər (iltihabın formasından asılı olaraq) inkişaf edir.

Sonralar seroz formada ocağın sorulması və onun birləşdirici toxuma ilə əvəz olunması, ancaq irinli formada isə ocağın yumşalması və irinin ya xaricə, ya da göz yuvası toxumasına açılması baş verir.

Göz yuvasının arxa hissəsində inkişaf edən osteoperiostitlər üçün ekzoftalm, göz almasının hərəkətinin məhdudluğu, hissiyyatın pozulması (xüsusilə ağrı proses üst göz yuvası yarığında və ya onun yaxınlığında yerləşirsə) xarakterdir. Bundan əlavə, çox vaxt görmə pozğunluqları meydana çıxır ki, bu da görmə sinirinin görmə kanalına keçdiyi sahədə onun zədələnməsi ilə əlaqədar olur. Görmə sinirinin prosesə cəlb olunması (onun sıxılması) sfenoidal sinusun xəstəlikləri nəticəsində əmələ gələn arxa osteoperiostitlər zamanı xüsusən çox müşahidə olunur. Bu halda kliniki şəkil özünəməxsusluğu ilə səciyyələyir – yüngül ekzoftalm görmənin kəskin zəifləməsi ilə müşayiət olunur.

Diaqnostika üçün növbəti müayinə üsullarından istifadə olunur: ekzoftalmometriya, orbitotonometriya, refraktometriya, vizometriya, düz oftalmoskopiya, göz yuvası divarının palpasiyası, göz almasının hərəkətiliyinin təyini, göz yuvasının və burunun əlavə ciblərinin rentgenoqrafiyası və kompüter tomoqrafiyası, qanın kliniki analizi, antibiotiklərə qarşı həssaslığın təyini, hemokulturaya qanın əkilməsi.

Karotid-kavernoz fistula, mağaralı cibin trombozu, kəllə sinirlərinin iflici, zədədən sonrakı (posttravmatik) ekzoftalm ilə **differensial diaqnoz** aparılır.

Xəstəliyin erkən mərhələlərində stasionar şərəitdə **müalicə** mütləqdir.

Ağırlaşmaları: göz yuvasının absesi, göz yuvasının fleqmonası, meningit ola bilər.

Vaxtında aparılmış müalicə zamanı **proqnoz** – sağalma; gec mürciət zamanı – ölümlə nəticələnən irinli fəsad təhlükəsi hesab olunur.

• **Subperiostal abses** (*abscessus subperiostalis*) – sümüyün nekrozu, irinin periost altına keçməsi və absesin əmələ gəlməsi ilə xarakterizə olunan göz yuvasının iltihabi

xəstəliyidir.

Şikayətlər üzün zədələnmiş tərəfinin ödemli, şişkin olmasından, görmənin zəifləməsindən və bədən temperaturunun yüksəlməsindəndir. Əgər abses göz yuvasının ön hissələrində meydana çıxırsa, böyük və kiçik ölçülü flüktasiya edən şişkinlik kimi diaqnoz qoyula bilər. Subperiostal abseslər göz yuvasının daxili divarında, eləcə də nazal yarisında onun yuxarı və aşağı divarlarında yerləşir.

Subperiostal abseslərdə göz simptomatikasında göz almasının yerdəyişməsi və onun hərəkətinin məhdudluğu ilə olan ekzoftalmın, sinirin sıxılmasının, mərkəzi görmənin zəifləməsi və görmə sahəsinin məhdudlaşması şəklində olan görmə pozğunluqlarının öz yeri vardır. Göz yuvası toxuması tərəfindən göz qapağının və selikli qişanın əhəmiyyətli şişkinliyi ilə müşayiət olunan reaktiv ödem əlamətləri qeyd olunur.

Ümumi əlamətlərə aiddir: dalğavari temperatur, leykositoz, yüksək EÇS. Subperiostal abseslər çox vaxt kəskin və ya yarımkəskin keçir. Gec və ya tezliklə onlar xaricə və ya retrobulbar toxumalara açılır, orbital abses formalaşır. Əvvəl olan reaktiv ödem irinləmə ilə əvəz olunur.

Diaqnostika üçün müayinə üsullarından istifadə olunur: göz almasının hərəkətiyinin təyini, vizometriya, ekzoftalmometriya, göz yuvası divarlarının əllənməsi, göz yuvasının və burnun əlavə ciblərinin rentgenoqrafiyası, kompüter tomoqrafiyası, qanın kliniki analizi, antibiotiklərə həssaslığı təyin etmək üçün yaxma.

Göz yuvasının fleqmonası, göz yuvasının absesi, osteoperiostit, mağaralı cibin trombozu ilə **differensial diaqnoz** aparılır.

Müalicəsi – stasionar şəraitdə absesin erkən açılmasıdır.

Ağırlaşmaları: orbital abses, meningit, beyin absesidir.

Vaxtında mürciət olunduqda **proqnoz** – sağalma; gec mürciət zamanı – ölümlə nəticələnən irinli fəsad təhlükəli ola bilər.

• **Göz yuvasının fleqmonası** (*phlegmone orbitae cellulitis*) – retrobulbar toxumanın növbəti nekrozlaşma əlamətləri ilə olan diffuz, kəskin irinli iltihabdır.

Şikayətlər gözün qızarmasından, baş ağrısından, görmənin aydın olmamasından, ikləşmədən, bədən temperaturunun yüksəlməsi və zədələnmiş göz nahiyəsində ağrıdır.

Xəstəlik həddən artıq coşğun inkişaf edərək bir neçə saat ərzində, uzağı 1-2 sutkaya ən yüksək zirvəyə çatır.

Göz yuvasının fleqmonasında göz qapaqları şişkin, infiltrasiyalı, o qədər bərk olur ki, göz yarımını açmaq mümkün olmur, şişkin selikli qişə xaricə çıxır. Böyük ekzoftalm və gözün tam hərəkətsizliyi müşahidə olunur. Görmə kəskin zəifləyərək tam amavroza qədər çatır. Güclü orbital ağrı və ya baş ağrıları, yüksək temperatur, üşütmə tutmaları əmələ gəlir, nəbz ləngimiş olur.

Fleqmonanın mağaralı cibə yayılma imkanı və meningit və sepsisin meydana çıxması böyük təhlükə yaradır. İrinli dəri xəstəliklərində uzun şişkinliyi, xüsusilə üst dodaqda, burunda, eləcə də burun boşluğunda şişkinlik üz venalarını blokada alaraq prosesin arxa axım yolları ilə irəliləməsinə, orbital venalardan mağaralı cibə keçməsinə şərait yaradır. Düz oftalmoskopiya zamanı torlu qişə venalarının durğunluq əlamətləri, görmə siniri diskinin ödəmi müşahidə olunur.

Diaqnostika üçün bu müayinə üsullarından istifadə olunur: göz yuvası toxumasının əllənməsi, ekzoftalmometriya, vizometriya, düz oftalmoskopiya, göz yuvasının və bur-

nun əlavə ciblərinin rentgenoqrafiyası, ultrasəs müayinəsi, kompüter tomoqrafiyası, qanın kliniki analizi, hemokulturaya qanın əkilməsi.

Göz qapağının absesi və fleqmonası ilə, göz yuvasının sarkoması ilə **differensial diaqnoz** aparılır.

Müalicəsi – erkən vaxtlarda stasionar şəraitdə aparılır.

Mağaralı cibin trombozu, meningit, sepsis kimi **ağırlaşmaları** mümkündür.

Vaxtında mürciət olunduqda **proqnoz** – sağalma, gec mürciət zamanı ölümlə nəticələnən mağaralı cibin trombozu qeyd olunur.

• **Göz yuvasının vərami** (*tuberculosis orbitae*) – bakterial təbiətli yoluxucu xəstəlikdir. Şikayətlər göz almasının, göz qapağının qızarmasından, ağrıdan, toxunduqda toxumaların ağırlı olmasındandır.

Göz yuvasının vərami osteomielit şəklində özünü göstərir, daha çox uşaqlarda və yeniyetmələrdə birincili vəram zamanı rast gəlinir. Əksər halda spesifik osteomielit zədədən sonra inkişaf etmiş olur. Çox vaxt göz yuvasının tış kənarı nahiyəsində ağırlı iltihab infiltrasiyası meydana çıxır. Sümükdə nekroz əlamətləri və subperiostal absesin inkişafı ilə müşayiət olunan vəram ocağı sivişin əmələ gəlməsinə meyilli olur. Svişdən irin xaric olur ki, onun da tərkibində vəram mikobakteriyaları və sümük sekvestrleri olur. Uyğun müalicə aparılmadıqda xəstəlik kobud çapıqın əmələ gəlməsi ilə qurtarır; çapıq möhkəmləndikcə laqoftalm, qapağın xaricə çevrilməsi əmələ gəlir, keratit meydana çıxır.

Xəstəliyin diaqnostikası üçün kəllənin, göz yuvasının, ağciyərin rentgenoqrafiyası, bakteriooloji və seroloji sınaqlar tətbiiq olunur.

Bakterial və sifilitik mənşəli osteomielitlərlə **differensial diaqnoz** aparılır.

Ağırlaşmaları: sivişin əmələ gəlməsi, qapağın xaricə çevrilməsi, laqoftalmdır.

Müalicəsi vəram stasionarı şəraitində xəstəliyin erkən mərhələlərində aparılmalıdır.

Vaxtında aparılmış müalicə zamanı **proqnoz** – sağalma; gec mürciət zamanı – üzün kobud deformasiyası baş verir.

• **Göz yuvasının sifilisi** (*lues orbitae*) – törədiciyi solğun treponema olan yoluxucu zöhrəvi xəstəlikdir.

Şikayətlər göz almasının hərəkəti zamanı ağrıdan, ətraf toxumaların qızartısından.

Göz yuvası tərəfdən sifilisin kliniki əlamətləri üçüncü dövrə qummoz periostit şəklində müşahidə olunur. Sifilitik periostit ən çox göz yuvasının yuxarı kənarında olur və ağırlı şişkinlik şəklində özünü büruzə verir.

Xəstəliyin diaqnostikası üçün tam oftalmoskopik müayinə, dermatoveneroloqun baxımı, spesifik seroloji reaksiyaların (immunoflüoresensiya, solğun treponemanın mobilizasiyası və reaksiyası) qoyulması kimi müayinə üsullarından istifadə olunur.

Bakterial və vəram etiologiyalı osteomielitlə **differensial diaqnoz** aparılır.

Ağırlaşmaları: beynin sifilitik zədələnməsi, göz almasının atrofiyasıdır.

Müalicəsi dəri-zöhrəvi stasionarı şəraitində xəstəliyin erkən mərhələlərində aparılmalıdır.

Proqnoz vaxtında aparılan müalicədə sağalma, gec mürciət zamanı görmə funksiyasının və bütünlüklə görmə üzvünün itməsi ilə nəticələnir.

• **İltihab qranulyomaları** (*pseudosişlər*) (*pseudotumoris*) – kliniki olaraq göz yuvasında iltihab prosesidir.

Xəstələr ağrıdan, kəskin qızartıdan, ikiləşmə və görmənin zəifləməsindən şikayətlənirlər.

Gedişi kəskin, xroniki və ya residivverən ola bilər. Xəstəliyin xroniki gedişində ekzoftalm inkişaf edə bilər. Kəskin gediş üçün ekzoftalm və göz alması hərəkətinin məhdudluğu xarakterdir. Əksər halda proses birtərəfidir. Eləcə də göz qapağının şişkinliyi və qızartısı, əsas gözyaşı vəzisinin böyüməsi, əlləmə zamanı göz yuvasında şişin olması, görmə itiliyinin zəifləməsi, GDT yüksəlməsi, görmə sinirinin ödemi və ya atrofiyası, üçlü sinirin birinci şaxəsinin innervasiya etdiyi zonada hissiyyatın zəifləməsi, konyuktivanın inyeksiyası və xemozu xasdır.

Diagnostika üçün növbəti müayinə üsullarından istifadə olunur: vizometriya, ekzoftalmometriya, refraktometriya, skiaskopiya, tonometriya, biomikroskopiya, düz oftalmoskopiya, orbitanın kompüter tomoqrafiyası, qanın açıq çəkildə təhlili, sidiyin sidik cövhəri və kreatininə görə müayinəsi, göz yuvası toxumasının biopsiyası.

Karotid-kavernoz fistula, mağaralı cibin trombozu, kəllə sinirlərinin iflici, göz almasının böyüməsi (məs., miopiya), zədələnsənraqı (posttravmatik) ekzoftalm kimi xəstəliklərlə **differensial diaqnoz** aparılır.

Müalicə müddəti stasionar şəraitdə diaqnozun düzgünlüyündən və qoyulma vaxtından asılıdır.

Ağırlaşmaları: retrobulbar nevrin, görmə sinirinin atrofiyası, tromboflebit.

Vaxtında aparılan müalicədə **proqnoz** sağalma ilə nəticələnir. Gec müraciət olunduqda – xəstəlik simptomuz ekzoftalmı xroniki formaya keçir. Vegener qranulyomatozunda – istənilən halda proqnoz ölümlə nəticələnir.

Göz yuvasının göbələk xəstəlikləri.

• **Mikoz** (*mycosis*) – göbələklərlə yoluxma nəticəsində göz yuvasının və onun möhtəviyyatının xəstəliyidir.

Şikayətlər göz almasının hərəkəti zamanı ağrıdan, ikiləşmə və görmənin zəifləməsindəndir.

İltihabın xarakteri müxtəlif cür ola bilər – proses iltihabi qranulyoma formasında, həm də diffuz formada, xroniki gedişli göz yuvası möhtəviyyatının və ya onun divarlarının iltihabi infiltrasiyası və orbital sellulit formasında keçə bilər.

Kliniki olaraq – ekzoftalm, gözün hərəkətinin məhdudlaşması, görmə sinirinin atrofiyası, göz almasının dağılması ilə nəticələnən orbital proses qeyd olunur. Prosesin üst göz yuvası divarı vasitəsilə göz yuvasından intrakranial boşluğa yayılması mümkündür.

Diagnostika üçün müayinə üsullarından istifadə olunur: göz yuvası divarının əllənməsi (palpasiya), göz alması hərəkətinin təyini, ekzoftalmometriya, orbitotonometriya, vizometriya, düz oftalmoskopiya, qanın kliniki analizi, kulturenin təyini üçün qanın əkilməsi, sidiyin analizi, göz yuvasının və burnun əlavə ciblərinin rentgenoqrafiyası, kompüter tomoqrafiyası.

Göz yuvasının bakterial mənşəli iltihabi xəstəlikləri, karotid-kavernoz fistula, zədələnsənraqı ekzoftalm kimi xəstəliklərlə **differensial diaqnoz** aparılır.

Müalicəsi stasionarda xəstəliyin daha erkən mərhələlərində aparılır.

Ağırlaşmaları: sinusitlər, frontitlər, beyin absesi, meningitdir.

Proqnoz: vaxtında aparılan müalicə zamanı – sağalma; gec müraciət olunduqda –

ikincili infeksiyanın qoşulma təhlükəsi, ölümlə nəticələnən beyin abseslərinə keçid baş verə bilər.

Göz yuvasının damar xəstəlikləri.

• **Pulsasiyaedici ekzoftalm** (*exopthalmus pulsans*) – mağaralı cibdə arterial-venoz anevrizma şəklində sirkulyator pozğunluqdur.

Göz almasının önə qabarması, görmənin zəifləməsi, başda ağrı kimi şikayətlər təqdim olunur (şək.15,16).

Mağaralı cibdə arterio-venoz anevrizmanın klinik şəkli aşağıdakı simptomlara əsaslanır: arterio-venoz anevrizma zamanı ekzoftalm kiçik göstəricidən 15-20 mm-ə qədər tərəddüd edə bilər. Vaxt ötdükcə önə qabarmanın dərəcəsi azala bilər – ekzoftalm orbital venaların trombozu ilə əlaqədar hətta enoftalma keçə bilər. Önə qabarmış göz almasının pulsasiyası bəzi xəstələrdə bədənin vəziyyətindən asılı olaraq güclənir və ya zəifləyir; başda küy mağaralı cibin arterio-venoz anevrizmasının demək olar ki, daimi simptomlarına aiddir. Stetoskop gözə və ya alın üstü və ya gicgah nahiyələrinə qoyulduqda bu küy yaxşı eşidilir; arterio-venoz anevrizmalarda axının pisləşməsi ilə əlaqədar olaraq, bir qayda olaraq, konyunktiva və qapaqların şişkinliyi, qapağın venoz damarlarının, selikli qişanın, tor qişanın, burnun selikli qişasının venoz damarlarının genişlənməsi və qıvrım olması müşahidə olunur. Tor qişanın venoz damarları norma ilə müqayisədə 2-3 dəfə genişlənir. Gözün hərəkəti və motor aparatının zədələnməsi bəzən iflic və yarımiflic şəklində müşahidə olunur.

GDT erkən və ya gec olaraq yüksəlir. Bir sıra xəstələrdə pulsasiyaedici ekzoftalm qlaukoma ilə müşayiət olunur. Tor qişanın venalarında təzyiqin yüksəlməsi və regional arteriyalarda onun azalması norma ilə müqayisədə az miqdarda qan daxil olunaraq qanın yuxu arteriyasındakı yarıqdan gözün və orbitanın venoz sistemə dolmasından irəli gəlir.

Diagnostika üçün xarici baxış, ekzoftalmometriya, orbitotonometriya, vizometriya, oftalmoskopiya, tonometriya, oftalmodinamometriya, auskultasiya, göz yuvasının reoqrafiyası, karotid angiografiya, venografiya, göz yuvasının kompüter tomoqrafiyası kimi müayinə üsullarından istifadə olunur.

Bu xəstəlik ilə zədələnsənraqı ekzoftalm, endokrin oftalmopatiya, göz almasının böyüməsi (miopiya zamanı) kimi xəstəliklər arasında **differensial diaqnoz** aparılır.

Stasionar şəraitində erkən **müalicə** göstərir.

Ağırlaşmalar: mağaralı cibin trombozu, orbital venaların trombozudur.

Proqnoz vaxtında müraciət olunduqda – sağalma ilə; gec müraciət olunduqda – xəstəliyin ölümlə nəticələnən orbital venaların trombozuna keçməsi baş verir.

Göz yuvasının parazitər xəstəlikləri (helmintozları).

• **Trixinelloz** (*trichinellosis*) – mikroskopik nematod trixinanın törətdiyi bihelmintoz, zoonozdur.

Şikayətlər: göz almasının önə qabarması, hərəkətinin məhdud olması, göz almasının hərəkəti zamanı ağrı. Sürfəli şəkildə istifadə zamanı yoluxma baş verir. Xəstələrdə qəflətən göz qapaqlarının şişkinliyi əmələ gəlir ki, şişkin sifətdə, xüsusən, üst qapaqlar böyük yarımqəffaf “kisa” şəklində sallanır. Palpasiya və göz almasının hərəkəti zamanı ağrı qeyd

olunur, göz almasının hərəkəti məhdudlaşır. İlk gündən konyunktivanın ödemə və hiperemiyası kəskin olur. Ekzoftalmı gətirib çıxaran göz yuvası toxumasının ödemə, bir sıra hallarda sinusitlə müşayiət olunur. Göz əzələlərinin zədələnməsi ilə əlaqədar olaraq göz almalarının hərəkəti zamanı ağrı hiss olunur. Həm də nəzərə almaq lazımdır ki, göz almalarının hərəkəti az və ya çox dərəcədə məhdudlaşır. Xarici əzələlərin iflici və ya yarımiflici inkişaf edə bilər, eləcə də ptoz, konvergensiyanın çatmamazlığı, diplopiya müşahidə olunur. Ayrı-ayrı xəstələrdə irit meydana çıxır. Eləcə də akkomodasiyanın pozğunluğu, skotoma qeyd olunur. Göz dibinin dəyişiklikləri xarakter əlamətlə malik deyil.

Xəstəliyin diaqnostikası üçün tam oftalmoloji müayinə, şübhəli ətin qalığında trixinell sürfələrinin təyininə görə mikroskopik müayinə; immunoloji reaksiyalar (süfədə kalsespesitasiya, mikroprespitasiya, hemaqqlütinasiya), diafanoskopiya aparılmalıdır.

Müxtəlif etiologiyalı ekzoftalmı, göz yuvasının iltihabi xəstəlikləri ilə **differensial diaqnoz** aparılır.

Ağrılıqları: miokarditlər, pnevmoniyalar, meninqoensefalitlər, hepatitlər, nefritlər, sistem vaskulitləridir.

Müalicə xəstəliyin erkən mərhələlərində stasionar şərəitdə aparılmalıdır.

Proqnoz vaxtında aparılmış müalicədə sağalma ilə nəticələnir; gec mürciət zamanı ölümlə nəticələnən fəsadlar təhlükəsi gözlənilir.

• **Dirofilyarioz** (*dirofilariosis*) – helmintin törətdiyi parazitər xəstəlikdir.

Şikayətlər: göz almasının öndə qabarması, gözdə ağrı, yaşaxma, diplopiyadandır.

Xəstəlik ağcaqanadlarla ötürülür, nadir rast gəlinir. Dirofilyarioz zamanı göz zədələnməsi daha tez-tez meydana çıxır. Adətən qapaq dərisinin altında və ya konyunktiva altında düyünlər əmələ gəlir. Bəzən belə düyünlər göz yuvasının dərinliyinə yayılır. Düyünün əmələ gəlməsi göz qapağının ödemə, konyunktivanın xəmuzu ilə müşayiət olunur. Xəstəlik konyunktivanın sürəkli hiperemiyasının səbəbi ola bilər. Göz yuvasında düyün əmələ gəldikdə tenonit, eritema, bərk ağrılar, ekzoftalm inkişaf edə bilər. Digər göz simptomlarından yaşaxma və diplopiya qeyd edilir.

Diaqnostika üçün biomikroskopiya, oftalmoskopiya, diaqnostika məqsədilə düyünlərin götürülməsi, diafanoskopiya istifadə olunur.

Müxtəlif etiologiyalı ekzoftalm ilə, orbitanın iltihabi xəstəlikləri və orbitanın kistaları ilə **differensial diaqnoz** aparılır.

Müalicə: stasionar şərəitində xəstəliyin erkən mərhələlərində aparılmalıdır.

Ağrılıqlara: ağciyərlərin zədələnməsi aiddir.

Proqnoz vaxtında aparılmış müalicə zamanı – sağalma; gec mürciət olunduqda – filyarinin göz almasının daxilinə keçib görmə sinirinin atrofiyasını törətməsi, korluqla nəticələnir.

• **Göz yuvasının sistiserkozu** (*cysticercosis orbitae*) – sistiserk sürfələri tərəfindən törədilmiş parazitər xəstəlikdir.

Şikayətlər göz almasının öndə qabarması, göz almasının hərəkətinin məhdudluğundan ibarətdir.

Lentşəkili qurdun yumurtaları mədəyə düşdükdə sistiserkoz inkişaf edir. Xəstəliyin kliniki şəkli sistiserkin lokalizasiyası və invaziyanın ağırlığı ilə müəyyən olunur. Göz yuvasında sistiserklər piy toxumasında dairəvi formalı, ətraf toxuma ilə bitişməyən və

asanlıqla yerini dəyişən kista şəklində özünü göstərir. İri sistiserk zamanı göz almasının hərəkəti məhdudlaşa bilər. Gözün xarici əzələləri tərəfindən yarımiflic, tenonit müşahidə oluna bilər. Göz dibində tor qişanın qopması və eksudat qeyd olunur.

Xəstəliyin diaqnostikası üçün vizometriya, biomikroskopiya, oftalmoskopiya, rentgenoqrafiya, ensefaloqrafiya, nevropatoloqun müayinəsi, göz yuvasının ultrasəs müayinəsi, B-skanlaşması, diafanoskopiya kimi müayinə üsullarından istifadə olunur.

Orbitanın exinokokkozu ilə, orbitanın iltihabi qranulyasiyaları, orbitanın fleqmonası ilə **differensial diaqnoz** aparılır.

Ağrılıqlar: sistiserkin məhvi nəticəsində panoftalmıt baş verə bilər.

Müalicə stasionar şərəitində xəstəliyin erkən mərhələlərində aparılmalıdır.

Proqnoz vaxtında aparılan müalicə zamanı – sağalma; gec mürciət zamanı – parazit gözün daxilinə keçib məhv olur, və nəticədə göz almasının növbəti ftizisi ilə endoftalmıt baş verir.

• **Göz yuvasının exinokokkozu** (*echinococcosis orbitae*) – lentşəkili helmintin sürfə mərhələsi – exinokokk lentşəkili qurdu tərəfindən törədilən parazitər xəstəlikdir. Şikayətlər: sancı xarakterli intensiv ağrılar, yaşaxma, göz almasının öndə qabarması və hərəkətinin məhdudluğu, diplopiya.

Göz yuvasının böyüyən kistası göz almasının yerdəyişməsinə, onun hərəkətinin məhdudluğuna, göz yuvasının sinir-damar aparatının pozğunluğuna gətirib çıxarır, kisa böyüdükcə güclənən dartıcı, üzücü sancılar, batıcı ağrılar əmələ gəlir. Bəzən ağrı sindromu ekzoftalmı qədər meydana çıxır və hətta ağrıdan xəstə yata bilmir. Meydana çıxan və güclənən laqoftalm yaşaxma, gözün qıcıqlanması, quruqluq, buynuz qişanın bulanması və xoralaşması ilə müşayiət olunur. Kista böyüdükcə paralel olaraq görmə funksiyası pozulur, hərdən görmə qəflətən itə bilər. Göz almasının yerdəyişməsinin istiqaməti kistanın göz yuvasında yerləşməsindən asılı olur. Kista böyüdükcə göz dibindəki dəyişikliklər – görmə siniri diskinin yüngül hiperemiyası, sərhəddin aydın olmaması, papillit, venanın genişlənməsi, sonra da tor qişaya qansızma, tor qişanın qopması və görmə sinirinin atrofiyası artır.

Diaqnostika üçün vizometriya, biomikroskopiya, oftalmometriya, rentgenoqrafiya, exoqrafiya, orbitanın və kəllənin kompüter tomoqrafiyası, immunodiaqnostik reaksiyalar, diafanoskopiya aparılır.

Kistaşəkili şişlərlə (seroz və dermoid), bədxassəli şişlərlə **differensial diaqnoz** aparılır.

Ağrılıqlardan görmə siniri diskinin atrofiyasını, tor qişanın mərkəzi arteriyasının trombozunu qeyd etmək olar.

Müalicə stasionar şərəitdə xəstəliyin erkən mərhələlərində aparılmalıdır.

Proqnoz vaxtında mürciət zamanı – sağalma ilə nəticələnir, gec mürciət zamanı – görmə sinirinin atrofiyası olduğundan korluq mümkündür.

Göz yuvasının şişləri.

Göz yuvasının xoşxassəli şişləri.

• **Göz yuvasının osteoması** (*osteoma orbitis*) – əsasını səfhəvəri sümük təşkil edən xoşxassəli törəmədir.

Şikayətlər göz almasının önə qabarması, yerdəyişməsi, ikiləşmə və görmənin zəifləməsindən ibarətdir.

Klinik şəkli göz almasının yerdəyişməsi, ekzoftalm ilə səciyyəlidir. Osteomalar, adətən, öz başlanğıcını əlavə boşluqlardan, daha çox alın boşluğundan və ya xəlbirvari labirintdən götürür, oradan göz yuvasına inkişaf edir. Onlar burada gözü yana sıxıdıran bərk şişlər şəklində əllənilir.

Şiş dar sümük-beyin yarıqları olan çox bərk səfhəvari sümükdən əmələ gəlmişdir ki, cibin divarı ilə əlaqəli olan ayaqcıq üzərində yerləşir, üstəndə sümüklüylü ilə örtülmüşdür.

Xəstəliyin diaqnostikası üçün vizometriya, ekzoftalmometriya, göz yuvasının ultrasonoqrafiyası, göz yuvasının nüvəli-maqrnit-rezonans müayinəsi, göz yuvasının və burunun əlavə ciblərinin rentgenoqrafiyası və kompüter tomoqrafiyası, biomikrooftalmoskopiya, diafanoskopiya kimi üsullar tətbiq olunur.

Psevdoşişlərlə, göz yuvasının iltihabi xəstəlikləri və bədxassəli şişlərlə **differensial diaqnoz** aparılır.

Ağırlaşmalardan ikincili infeksiyanın qoşulması, görmə sinirinin sıxılması və onun atrofiyasına qədər şişin böyüməsi mümkündür.

Müalicə stasionar şəraitində xəstəliyin erkən mərhələlərində aparılmalıdır.

Proqnoz vaxtında mürciət zamanı – sağalma; gec mürciət zamanı görmə sinirinin atrofiyası baş verdiyindən görmənin itməsi ilə nəticələnir.

• **Kista (cysta)** – göz yuvasının kapsuladan və onun möhtəviyyatından ibarət xoşxassəli yenitörəməsidir.

Xəstə göz almasının önə qabarması, ikiləşmə, göz alması hərəkətinin məhdudlaşması kimi şikayətlər təqdim edir.

Xəstəliyin erkən mərhələlərində klinik əlamətlər olmaya bilər. Kista böyüdükcə ekzoftalmin inkişafı, göz almasının yana yerdəyişməsi, hərəkətinin məhdudluğu qeyd olunur. Göz yuvasının xarici divarında və xarici kənarı yaxınlığında dermoid kistalara daha çox rast gəlinir. Kistanın möhtəviyyatı qopmuş epitelial hüceyrələrdən ibarət olur. Kistanın ölçüsü böyük gavalı ölçüsünə qədər çata bilər, ləng inkişaf edir.

Diaqnozun qoyulması üçün vizometriya, ekzoftalmometriya, orbitonometriya, göz yuvasının ultrasəs müayinəsi və rentgenoqrafiyası, göz yuvası toxumasının və ya şişin möhtəviyyatının biopsiyası, biomikrooftalmoskopiya, diafanoskopiya kimi müayinə üsullarından istifadə olunur.

Göz yuvasının müxtəlif mənşəli şişləri və psevdoşişləri ilə, müxtəlif mənşəli ekzoftalm ilə **differensial diaqnoz** aparılır.

Ağırlaşmalara kistanın partlaması və möhtəviyyatının göz yuvası boşluğuna keçməsi aiddir.

Müalicə: stasionar şəraitində xəstəliyin erkən mərhələlərində aparılmalıdır.

Proqnoz vaxtında aparılan müalicə zamanı – sağalma; gec mürciət zamanı kistanın deşilməsi, ikincili infeksiyanın qoşulması və nəticədə gözün məhvi ilə nəticələnir.

• **Lipoma (lypoma)** – göz yuvasının mezenximal mənşəli xoşxassəli yenitörəməsidir.

Şikayətlər göz almasının önə qabarmasından, görmənin zəifləməsindəndir. Lipoma orbital toxumanın lipoblastlarından, lipositlərdən inkişaf edir, adətən kapsulada böyü-

yür. Adətən böyüklərdə olur. Hər iki göz yuvasının eyni vaxtda zədələnməsi mümkündür. Xəstəliyin erkən mərhələlərində klinik əlamətlər olmaya bilər. Şikayətlərin əmələ gəlməsi və klinik şəklin özünü göstərməsi şişin inkişaf tempindən asılıdır. Hipermetropiyaya doğru refraksiya anomaliyası müşahidə olunur, göz almasının hərəkətində məhdudluq ola bilər.

Diaqnostika üçün vizometriya, orbitonometriya, ekzoftalmometriya, orbitoqrafiya, yenitörəmənin möhtəviyyatının biopsiyası, göz yuvasının kompüter tomoqrafiyası kimi müayinə üsullarından istifadə olunur.

Müxtəlif mənşəli şişlərlə və psevdoşişlərlə, göz yuvasının iltihabi xəstəlikləri ilə **differensial diaqnoz** aparılır.

Ağırlaşmalar möhtəviyyatın göz yuvası boşluğuna açılması, ikincili infeksiyanın qoşulmasından ibarətdir.

Müalicəsi stasionar şəraitində xəstəliyin erkən mərhələlərində aparılır.

Proqnoz vaxtında aparılan müalicədə – sağalma; gec mürciət zamanı kistanın açılması, ikincili infeksiyanın qoşulması və nəticədə gözün məhvi ilə başa çatır.

• **Fibroma (fybroma)** – göz yuvasının fibroblastlardan törənən xoşxassəli yenitörəməsidir. Xəstələr göz almasının önə qabarması, görmənin zəifləməsi, göz alması hərəkətinin məhdudluğu və gözün hərəkəti zamanı ağrı kimi şikayətlər təqdim edir.

Klinik şəkildə ekzoftalm şişin inkişaf tempindən asılıdır. Fibroma həyatın ikinci onilliyində meydana çıxır, fibroblastlardan əmələ gəlir, ancaq həmcins quruluşlu şişlərə nadir rast gəlinir. Baxmayaaraq ki, şiş kapsulada böyüyür, onun ətraf toxumalara özündən çıxıntılar atması, sümük divarın dağılması mümkündür.

Refraksiyaya galdikdə hipermetropiyaya tərəf refraksiya anomaliyası mümkündür; şiş inkişaf etdikcə görmə sinirini sıxaraq, onun atrofiyasını törədir.

Diaqnostika üçün aşağıdakı müayinə üsullarından istifadə olunur: vizometriya, orbitonometriya, ekzoftalmometriya, orbitoqrafiya, yenitörəmənin möhtəviyyatının biopsiyası, göz yuvasının kompüter tomoqrafiyası, göz yuvasının ultrasəs müayinəsi, biomikrooftalmoskopiya, diafanoskopiya.

Müxtəlif mənşəli şişlərlə, psevdoşişlərlə, göz yuvasının iltihabi xəstəlikləri və müxtəlif genetik ekzoftalmqlarla **differensial diaqnoz** aparılır.

Ağırlaşmalar: sümük divarların dağılması ilə şişin ətraf toxumalara nüfuz etməsidir.

Müalicə stasionar şəraitində xəstəliyin erkən mərhələlərində aparılmalıdır.

Proqnoz vaxtında aparılan müalicə zamanı – sağalma; gec mürciət olunduqda – görmə sinirinin atrofiyası nəticəsində görmə funksiyalarının itməsi ilə nəticələnir.

• **Orbito-sinual mukosele (mucocele orbitosinualis)** – hər hansı əlavə boşluğun kistoz törəmələrində seliyn toplantısı və ya selikli retensiyon kistadır.

Şikayətlər bu və ya digər gözün önə qabarmasındandır.

Boşluğun, xüsusilə alın və etmoidal boşluqların aparıcı axarının mənfəzinin tutulması nəticəsində onlarda seliyəbənzər maye yığılır. Mayenin miqdarı boşluğun həcmiyyətində o, divarlara təzyiq etməyə başlayır, divarlar nazildir və dağılır. Selik orbital divar ilə əlaqəsi olan şişəbənzər qabarıqlıq əmələ gətirərək formalaşan sümük qüsurlardan göz yuvasına keçir. Göz yuvası möhtəviyyatının artması göz almasının önə qabarmasını və müxtəlif istiqamətlərdə yerdəyişməsinə törədir. Orbito-sinual mukosele görmə funk-

siyasına təsir etmir.

Diagnostika üçün aşağıdakı müayinə üsullarından istifadə olunur: vizometriya, orbitotonometriya, ekzoftalmometriya, göz yuvasının və burnun əlavə ciblərinin rentgenoqrafiyası, kompüter tomoqrafiya.

Göz yuvasının psevdofişləri, bədxassəli şişlər və xoş xassəli şişlərlə **differentzial diaqnoz** aparılır.

Müalicəsi göz və burun-boğaz şöbəsində stasionar şəraitdə xəstəliyin erkən mərhələlərində aparılır.

Ağrılıqlamalardan kəllə sümüyünün osteoporozu qeyd olunur.

Proqnoz vaxtında aparılan müalicə zamanı – sağalma ilə nəticələnir. Müraciət müddəti həyati funksiyalara və görmə itiliyinə təsir etmir.

Göz yuvasının bədxassəli şişləri.

- **Sarkoma (sarcoma)** – göz yuvasının birincili bədxassəli şişidir.

Xəstələr görmənin zəifləməsi, göz alması hərəkətinin məhdudlaşması, göz almasının hərəkəti zamanı ağrı, diplopiya, göz almasının önə qabarması kimi şikayətlər təqdim edirlər.

Göz yuvasında sarkomanın inkişafı əvvəlcə göz qapağının şişkinliyi ilə xarakterizə olunur ki, buna da ptoz qoşulur. Bu əlamətlərin meydana çıxması göz yuvasında şişmə, təzyiqli hissi ilə, bəzən gözün arxasında ara verməyən, kəsilməyən ağrı ilə müşayiət olunur. Göz yuvasının dərinliyində prosesin ilkin lokalizasiyası zamanı simptomlardan biri kimi diplopiya ola bilər. Göz almasının hərəkətinin məhdudluğu ekstraokulyar əzələlərə şiş toxumasının nüfuz etməsi ilə şərtlənir. Şişin diffuz böyüməsi göz yuvasında qan dövrəsinin kəskin pozulmasına, gözdaxili və gözyuvasıdaxili təzyiqlə artmasına gətirib çıxarır. Sonuncu da xemozun əmələ gəlməsi ilə nəticələnir. Göz yuvasında siliar sinirlərin kəskin sıxılması, perilimbal qan damarı kəllənin şişkin konyunktiva ilə sıxılması buyuz qişanın trofikasını pozur. Tez infiltrativ böyüyən şişi olan xəstələrdə görmə siniri diskinin dərindən qısqınmaməciyi inkişaf edir.

Diagnostika üçün aşağıdakı müayinə üsullarından istifadə olunur: vizometriya, biomikroskopiya, düz oftalmoskopiya, göz yuvasının kompüter tomoqrafiyası, orbitotonometriya, gözdaxili təzyiqlə ölçülməsi, orbitanın nüvə-mağnit-rezonans müayinəsi, diafanoskopiya. Onkoloqun məsləhəti, qanın kliniki analizi, daxili üzvlərin sintiqrafiyası nəzərə alınmaqla ümumi statusu müayinə etmək vacibdir.

Müxtəlif mənşəli şişlərlə **differentzial diaqnoz** aparılır.

Ağrılıqlamalar görmə sinirinin atrofiyası, şişin metastaz verməsindən ibarətdir.

Müalicəsi onkoloji stasionar şəraitində xəstəliyin erkən mərhələlərində aparılmalıdır.

Vaxtında müraciət zamanı və metastaz olmadıqda – kliniki sağalma mümkündür; gec müraciət zamanı – metastaz və ölümlə nəticələnmə bilər.

- **Xərçəng (cancer)** – proqressiv böyümə əlamətləri ilə birincili bədxassəli şişdir.

Şikayətlər göz almasının önə qabarmasından, diplopiyadan, başın uyğun yarısına irradiasiya edən zədələnmiş orbitadakı ağrılardandır.

Göz yuvası xərçənginin erkən əlamətləri şişin ilkin lokalizasiyasından asılıdır. Göz yuvasının dərinliyində inkişaf edən xərçəng üçün diplopiya, bəzən də çəpəzlük

səciyyəvidir. Ekzoftalm bir neçə ay keçdikdən sonra əmələ gəlir. Prosesin göz yuvasının ön hissəsində lokalizasiyası zamanı göz qapağının yüngül ödəmi, çox vaxt da orbitanın daxili-aşağı hissəsində müşahidə olunur. Əlləmə zamanı göz yuvasında bərk konsistensiyalı toxuma qeyd olunur. Sonradan göz almasının yerdəyişməsi, onun hərəkətinin məhdudlaşması, sonra ekzoftalm qoşulur. Sonuncu əlamət çox ləng meydana çıxır. Venoz axının pozulması nəticəsində oftalmotonusun yüksəlməsini xarakter simptom hesab etmək olar. Zədələnmiş orbitada başın uyğun yarısına irradiasiya edən ağrı gec meydana çıxır. Görmənin pisləşməsi görmə sinirinin atrofiyası nəticəsində baş verir. Göz yuvasının birincili xərçəngi, bir qayda olaraq, metastaz vermir, xəstələrin ölümü şişin kəllə boşluğuna inkişafından olur.

Diagnostika üçün aşağıdakı müayinə üsullarından istifadə olunur: tam oftalmoloji müayinə, tonometriya, göz yuvasının kompüter tomoqrafiyası, ultrasəs müayinəsi, göz yuvasının nüvə-mağnit-rezonans müayinəsi.

Müxtəlif mənşəli şişlərlə **differentzial diaqnoz** aparılır.

Ağrılıqlamalar: görmə sinirinin atrofiyası.

Müalicə onkoloji stasionar şəraitində xəstəliyin başladığı erkən mərhələlərdə aparılmalıdır.

Proqnoz ağırdır; Ömrün uzunluğu xəstəliyin ilk əlamətləri ortaya çıxan andan 5-6 ilə qədər çəkir.

- **Göz yuvasının karsinoması (carcinoma orbitae)** – epitelial mənşəli bədxassəli yenitörəmədir.

Göz alması hərəkətinin məhdudluğu, görmənin zəifləməsi, qapağın şişkinliyi - ən tez-tez rast gəlinən şikayətlərdəndir.

Göz yuvasının karsinoması tüpürcək vəzilərinin analoji şişlərinə uyğun gəlir, birləşdirici toxumadan əmələ gələn stromadan ibarətdir. Öz inkişafının başlanğıcında şiş yaxşı hüdudlanmış və nisbətən xoşxassəli olur.

İkincili olaraq karsinomalar orbitaya göz qapağından, yaş kisəsindən, konyunktiva və ya əlavə ciblərdən keçir. Yaş kisəsi nahiyəsinin və qapağın daxili bucağının karsinoması çox vaxt göz yuvasının daxili divarı boyunca dərinə yayılmış olur. Gecikmiş hallarda bütünlüklə göz yuvası karsinomatoz kütlələrlə dola bilər ki, bu da göz almasını sıxar. Şiş sümüküstlüyünü, sümüyü, skleranı və görmə sinirini əhatə edə bilər. Əlavə ciblərdən orbitaya doğru böyüyən karsinomalar uzun müddət ərzində kliniki olaraq aşkar olunmamış qala bilər.

Diagnostika üçün vizometriya, biomikroskopiya, düz oftalmoskopiya, göz yuvasının və burnun əlavə ciblərinin rentgenoqrafiyası, göz yuvasının kompüter tomoqrafiyası, diafanoskopiya kimi müayinə üsullarından, daxili üzvlərin müayinəsindən istifadə olunur.

Müxtəlif mənşəli şişlərlə (bədxassəli, xoşxassəli, ikincili) **differentzial diaqnoz** aparılır.

Ağrılıqlamalar: şişin irinləməsi və xoralaşmasıdır.

Müalicəsi onkoloji stasionarda xəstəliyin erkən mərhələlərində aparılmalıdır.

Vaxtında aparılan müalicə zamanı göz almasının saxlanması mümkündür; gec müraciət zamanı – proqnoz görmə funksiyalarının və görmə üzvünün birlikdə itkisi ilə nəticələnmə bilər.

kürəsi əhalisinin 45%-də rast gəlinir, zəif fiziki refraksiya kimi səciyyəli, əşyaların tor qışada fokusunun alınmasını təmin etmir. Göz alması oxunun uzunluğu gözün optik sisteminin fokus məsafəsinin uzunluğundan qısa olur, yəni şüalar tor qışaya doğru gəlir, tor qışaya çatana qədər fokusa yığılırlar. Əgər göstərilmiş şüaların gedişini uzatmış olsaydıq, onlar tor qışanın arxasında toplanmış olardı.

Hipermetropiyanın dərəcəsinə görə zəif-3,0D-ya qədər; orta-3,0D-dən 6,0D-ya qədər və yüksək -6,0D-dan yuxarı kimi fərqləndirilir. Aydın görmənin uzaq nöqtəsi olmur. Bununla əlaqədar hipermetroplarda görmə itiliyi hipermetropiyanın dərəcəsi artıqca azalır. Ancaq kolbacıqların diametri iki və ya üç mikrona bərabərsə və hipermetropiya zəif dərəcəlidir, görmə itiliyi orta normaya uyğun gələ bilər. Yalnız zəif dərəcəli hipermetroplarda və təkcə uşaqlarda aydın görmənin yaxın nöqtəsi mümkündür. Orta və yüksək dərəcəli hipermetroplar aydın görmənin yaxın nöqtəsinə malik olurlar, demək olar ki, akkomodasiyanın uzunluğu da olmur, yəni onlar yaxını da, uzağı da pis görürlər.

Hipermetroplarda göz dibi normaya uyğun olur, ancaq emmetroplardan fərqli olaraq görmə siniri disk girdə formada və rəngi bütün hissələrdə eyni olub açıq-cəhrayıdır. Orta və xüsusən yüksək dərəcəli hipermetropiyada göz dibində nevrin əlamətləri görünür. Belə ki, görmə siniri məməciyinin rəngi qırmızı, hüdudu pozulmuş halda görünür, lakin görmə qabiliyyəti pozulmur (korreksiya ilə görmənin artması qeyd olunur), görmə sahəsinin sərhədləri normal olur, rəng duyğusu saxlanılır. Burada heç bir iltihabi proses olmadığı üçün, bu pseudoneuritis (yalançı nevrin) adlanır.

Hipermetroplarda 40 yaşdan başlayaraq, emmetroplardakı kimi, presbiopiyanın kliniki əlamətləri inkişaf edir.

Hipermetropiyanın korreksiyasına göstərişlər. Zəif dərəcəli 1,5 D-ya qədər hipermetropiyası olan, görmə itiliyi -1,0 olan, binokulyar görməsi və normal konvergensiya olan 7 yaşa qədər uşaqlarda uzaqgörənmənin korreksiyası aparılır.

Normal konvergensiya və binokulyar görmə zamanı hipermetropiyanın 2,0 D və yuxarı olan istənilən yaşlı uşaqlarda mövcud olan hipermetropiyadan 1,0 D aşağı olmaqla daima taxmaq şərtli eynək təyin olunur. İstənilən yaşlı uşaqlarda daxili çəpəzlilik və ya binokulyar görmənin pozulması varsa, hipermetropiyanın korreksiyası tam aparılır, həm də yaxın üçün eynək təyin olunarkən ametropiyanın dərəcəsindən 3,0 D yuxarı eynək yazılır.

Əgər hipermetropiya xarici çəpəzliliklə rast gəlinərsə, uzaqgörənmənin korreksiyası əks göstərişdir, belə ki, akkomodasiya zəifləyəcək və çəplik bucağı artacaq.

30 yaşdan başlayaraq xəstələrə hipermetropiyanın dərəcəsinə uyğun olaraq daimi taxmaq üçün eynək təyin olunur.

40 yaşdan sonra presbiopiya ilə əlaqədar yaxına istifadə üçün hipermetropiyanın dərəcəsindən 1,0 D yuxarı olan, hər 10 ildən bir şüşənin gücü 1,0D artan ikinci eynək təyin olunur.

18 yaşa qədər uşaqlarda və yaşı qırxı ötmüş ahi adamlarda hər il hipermetropiyanın korreksiyasına nəzarət etmək lazımdır. 18-40 yaşlı xəstələrdə əzələ astenopiyası meydana çıxdıqda, yəni xəstələr baş ağrısından, gözün yorulmasından şikayətləndikdə korreksiyaya nəzarət aparılır.

Hipermetropiyanın korreksiyasının növləri. Hipermetropiyanın ən tez-tez rast

gəlinən korreksiya növü eynəklərdir ki, istənilən yaşda təyin olunur. Uzaqgörənmənin yumşaq kontakt linzalarla korreksiyası 3 yaşdan başlayaraq mümkündür. Ancaq yüksək dərəcəli hipermetropiya, afakiya, anizometriya zamanı, eləcə də eynəyin taxılmasına maneçilik törədən burnun, gicgah nahiyəsinin, qapağın dərisinin müxtəlif qüsurlar və xəstəliklərində kontakt linzalarla korreksiyaya üstünlük verilir. Kontakt linzaların təyini zamanı gözün ön kəsiyinin vəziyyəti, ümumi və yerli allergik xəstəliklər mütləq nəzərə alınmalıdır.

Hipermetropiyanın ağırlaşmaları. Əgər hipermetrop ametropiyanın korreksiyasından istifadə etmərsə, müxtəlif ağırlaşmalar meydana çıxır.

Birincisi, əşyaları ayırd edib, fərqləndirmək üçün hipermetrop daimi yaxın, həm də uzaq məsafəyə akkomodasiya etməlidir, yəni akkomodasiyanın həddən artıq gərginliyi baş verir ki, nəticədə akkomodativ əzələ astenopiyası – görmə yorğunluğu, baş ağrıları, baş gicəllənməsi əmələ gəlir.

Uzun müddət uyğun korreksiya istifadə olunmadıqda və akkomodasiyanın, konvergensiyanın daimi gərginliyi və qapağın dairəvi əzələsinin spazmı zamanı sadə və kəpəklili blefaritlər meydana çıxır.

Eyni zamanda akkomodasiyanın və konvergensiyanın uzunmüddətli gərginliyi daxili düz əzələlərin hipertrofiyasına gətirib çıxarır ki, nəticədə çəpəzlilik meydana çıxır. Müalicə yalnız konservativ aparılmalıdır, daim eynək taxmaq və iş üçün refraksiya anomaliyasının tam korreksiyasından ibarətdir.

Korreksiya olunmamış hipermetropiyanın ən ağır fəsadlarından biri ambliopiya – görmə itiliyinin funksional zəifləməsi hesab olunur. Tor qışada əşyaların aydın əksi alınmadığından, kolbacıqlar uyğun qıcıqlanmaya məruz qalmadığından funksional və anatomik inkişafda əhəmiyyətli geri qalır ki, bu da ambliopiya adlanır. Hipermetropiyanın dərəcəsi yüksək olduqca və uzun müddət ametropiyanın uyğun korreksiyası olmadıqca, ambliopiyanın dərəcəsi artır, yəni görmə itiliyi zəifləyir. İlk dəfə okulistdə müayinə olunan xəstə yaşca böyük olduqca, ambliopiyanı aradan qaldırmaq daha da çətinləşir. Aşkar olunmuşdur ki, əgər uşaqlarda 9 yaşına qədər hipermetropiyanın korreksiyası aparılmamışdırsa, ambliopiya praktiki olaraq müalicə olunmur.

Beləliklə, hipermetropiyanın korreksiyası vaxtında aparılmadıqda ağırlaşmalar – akkomodativ əzələ astenopiyası, blefarit, daxili müştərək akkomodasion çəpəzlilik və refraksiya tipli ambliopiya meydana çıxır.

Refraksiya ambliopiyanın kriteriləri.

1. Zəif dərəcəli – görmə itiliyi 0,8-0,4
2. Orta dərəcəli – görmə itiliyi 0,3-0,2
3. Yüksək dərəcəli – görmə itiliyi 0,1-0,05-ə düşüb.
4. Çox yüksək dərəcəli – görmə itiliyi 0,04 və 0,04-dən aşağı.

- **Miopiyanın kliniki xarakteristikası.** Miopiya (yaxındangörmə) yer kürəsi əhalisinin 10%-də müşahidə olunur. Yaxındangörmə güclü refraksiya kimi xarakterizə olunur ki, bu halda gözün optik sisteminin baş fokusu tor qışanın önündə yerləşir, tor qışaya dağınıq şüalar düşür. Baxmayaraq ki, bununla əlaqədar olaraq miopiya üç tipə ayrılır: refraksiya, ox miopiyanı və qarışıq. Miopiyanın dərəcəsinə görə: zəif – 3,0 D-ya qədər, orta – 3,0 D-dan 6,0 D-ya qədər və yüksək – 6,0 D-dan yuxarı. Miopiya zamanı aydın görmənin uzaq nöqtəsi – bizim ətrafımızda yerləşən bü-

tün əşyalardan gələn dağınıq şüalar gözə daxil olursa, tor qişada əksin fokusu topla- na bilər. Miopiya da aydın görmənin uzaq nöqtəsinin vəziyyəti miopiyanın dərəcəsinə asılıdır. Belə ki, dərəcəsi 1,0 D olan miopiya zamanı uzaq nöqtə 100 sm məsafədə, dərəcəsi 10,0 D olan miopiya da – 10 sm, 30,0 D olan miopiya da – 3 sm məsafədə yerləşir. Aydın görmənin yaxın nöqtəsi daha yaxın yerləşib, xəstənin yaşından asılıdır. Beləliklə, mioplarda akkomodasiyanın uzunluğu kiçik məsafə ilə məhdudlaşmışdır, ona görə də yaxındagörmənin istənilən dərəcəsinə xəstələr uzağı görmənin pis olmasın- dan şikayətlənirlər.

Güclü fiziki refraksiya ilə bağlı olaraq miopa akkomodasiya etmək lazım gəlmir, ancaq konvergensiya yerinə yetirilir, konvergensiya və akkomodasiyanın işində disbalans əmələ gəlir, əzələ astenopiyası inkişaf edir ki, bu da çox vaxt akkomodasiyanın spazmına – yalançı miopiya gətirib çıxarır. Bu səbəbdən başqa digər amillər – görmə gigiyenası qaydalarının pozulması, hipovitaminoz, əzələ hipodinamiyası, məktəbəqədər və məktəb yaşlı uşaqlarda həddən artıq və vaxtından qabaq görmə gərginliyi yalançı miopiya gətirib çıxarır.

Miopiyanın dərəcəsi artdıqca, bir qayda olaraq, görmə itiliyi zəifləyir. Əgər kolba- cıqların diametri iki-üç mikrona bərabər olarsa, ancaq miopiyanın dərəcəsi zəifdirsə, görmə itiliyi orta normaya uyğun ola bilər. Uşağın böyüməsi ilə əlaqədar olaraq miopi- yanın artma dərəcəsi fizioloji olub, ildə 0,25 D-dən 0,5 D-ya qədər təşkil edir. Görmənin gigiyena qaydaları pozulduqda, artmış görmə gərginliyində, pəhriz pozuntusunda, eləcə də somatik xəstəliklərdə, ametropiyanın uyğun korreksiyası aparılmadıqda miopiyanın artması əhəmiyyətli dərəcədə sürətlə gedərək ildə 1,0 D-dən 2,0 D-ya qədər arta bi- lir. Həddi-buluğa çatana qədər yüksək dərəcəli miopiya və fəsadlarla ağırlaşan daha yüksək dərəcəli miopiya formalaşır. Əgər miopiya ildə 1,0 D və ondan çox artarsa, o, progressivləşən hesab olunur.

Son onillikdə məktəblilərin əzhərəkətli həyat tərzii ilə eyni vaxtda görmə gərginliyinin çox olması, keyfiyyətsiz qidalanma, müxtəlif xəstəliklər (tonzillit, dişin kariyesi, rev- matizm və s.) ilə əlaqədar olaraq progressivləşən miopiya əhəmiyyətli dərəcədə ar- tıb. Öyrənilmişdir ki, bütün göz xəstəlikləri strukturu arasında 30%-dən çox kor- luqla nəticələnən yüksək dərəcəli miopiya dır. Bu mühüm problemin sosial, gigi- yenik və coğrafi aspektləri böyük əhəmiyyətə malikdir. Hər bir ölkədə miopiyanın progressivləşməsinin özünəməxsus səbəbləri vardır. Məsələn, miopiya üzrə aparıcı yer tutan Yaponiyada miopiyanın progressivləşməsində eyni qidaya, uşaqlarda çox erkən görmə gərginliyinə, çox xırda şriftin olmasına və təhsil müəssisələrində geniş yayılmış süni işıqlanmanın olmasına mühüm əhəmiyyət verilir.

Müəyyən olunmuşdur ki, cənubdan şimala doğru miopiya rast gəlinmə tezli- yi artır; səhərdə kəndə nisbətən, ixtisaslaşdırılmış xüsusi məktəblərdə ümumi təhsil məktəblərinə nisbətən, fiziki infantil uşaqlarda idman, üzgüçülük məşğul olan uşaqlar- na nisbətən miopiya çox rast gəlinir.

Uşaqlarda miopiyanın inkişaf mexanizmində üç əsas zəncir seçilir:

1. Yaxın məsafəyə uzun müddətli görmə işi;
2. İrsi meyillilik;
3. Zəif sklera.

Ox tipli miopiyanın progressivləşməsi göz almasının bütün strukturlarında

geridönməz morfoloji dəyişikliklərə tədricən gətirib çıxarır. Göz almasının ön- arxa öl- çüsünün əhəmiyyətli artması baş verir, göz yarığı genişlənir, sklera nazildir (xüsusilə də limbdə və ekstraokulyar əzələlərin birləşdiyi nahiyədə). Buynuz qişa dartılır və nazildir, ön kamera dərinləşir. Şüşəvari cismin durulaşması və destruksiyası meydana çıxır. Xo- rioideyanın, tor qişanın və tor qişa damarlarının gərilməsi inkişaf edir. Ox miopiyası- nın başlanğıc dərəcəsinə artıq görmə siniri diski ətrafında işıq refrleksləri əmələ gəlir, sonralar stafilomaya keçən miopik fokus inkişaf edir. Stafiloma diskin yaxınlığında xo- rioideya və piqment epitel qatının atrofiyası və skleranın dartılıb gərilməsi nəticəsində əmələ gəlir.

Miopiyanın ağırlaşmaları. Miopiyanın ox, refraksiya və refraksiya-ox kimi olan bütün tiplərində akkomodasiyanın spazmı inkişaf edir. Birinci olaraq, miopiya akko- modasiya aparatının zəifliyi, ikinci, görmə gigiyenasının müxtəlif pozğunluqları (uza- nıqlı oxumaq, 30 sm-dən yaxın məsafədə aparılan iş növləri, 30 sm məsafədə aparılan işin fizioloji normadan artıq davam etməsi, zəif işıqlandırılma şəraitində yazıb-oxumaq, korreksiya olunmamış miopiya, hipermetropiya və astigmatizm; adinamiya, alimantar hipovitaminozlar; mədə-bağırsaq traktının, qaraciyərin müxtəlif xəstəlikləri, digər ümu- mi xəstəliklər) akkomodasiyanın spazmının nəticələri hesab olunur.

Akkomodasiyanın spazmı əvvəlcə akkomodasiya ehtiyatının (rezervinin) yaşa uy- ğun normadan aşağı düşməsi şəklində özünü göstərir, sonra isə uzağa görmə itiliyinin normal olduğu şəraitdə 30-35 sm məsafədə görmə itiliyinin azalmasına gətirib çıxarır.

Akkomodasiya ehtiyatının (rezervinin) diaqnostikası üçün əvvəlcə ametropiya tam korreksiya olunur, sonra göz önünə növbə ilə 0,5 D çökək linza qoyulur və uzağa nor- mal görmə itiliyi saxlanana qədər hər 3-5 saniyədən bir mənfii linzanın qüvvəsi artırılır. Xəstədə görmə itiliyinin vahidə bərabər saxlandığı şüşəvari cismin ən böyük gücü – akkomoda- siya ehtiyatı (rezervi) həcmi təşkil edir. 10 yaşa qədər uşaqlarda norma akkomoda- siyanın həcmi 10-15 D, 11-18 yaşda – 7-9,0 D, 40 yaşa yaxın tədricən sifra qədər azalır.

Yaxın məsafə üçün akkomodasiyanın spazmının həcmi bu üsulla təyin olunur. Em- metropik gözün qarşısına, başqa sözlə ametropiyanın tam korreksiyası zamanı +3,0 D linza qoyulur. Müəyənə yaxın məsafə üçün Qolovin-Sivsev cədvəli üzrə aparılır. Xəstə uzağa görməsi 1,0 olarkən 33 sm məsafədə 1 № şrifti oxumalıdır. Əgər şrift seçilmirsə, deməli, görmə itiliyi 1,0-dən aşağıdır, – 0,5 D-dən başlayaraq mənfii linzalar qoyulur.

Görmə itiliyini 1,0-ə qaldıran ən kiçik mənfii linzanın gücü akkomodasiyanın həcmi- ni müəyən edir.

Akkomodasiya spazmının müalicəsi miopiyanın progressivləşməsinin profilaktikası üsullarından biri hesab olunur.

Şüşəvari cismin destruksiyası ox miopiyasında və refraksiya-ox miopiyasında onun dərəcəsinə asılı olmayaraq inkişaf edir. Kliniki destruksiya özünü şüşəvari cismin əsasının nazilməsi, liflərə ayrılması, şüşəvari cismin müxtəlif dərəcədə durulaşması şəklində özünü göstərir. Biomikroskopiyaya zamanı sapşəkilli törəmələr üstünlük təşkil edirsə, danavari və sapvari destruksiya adlanır.

Sapvari destruksiyanın başlanğıc mərhələsində şaquli yarıq şəklində müxtəlif endə optik boş sahələr aşkar olunur. Bunlar durulaşma sahələrinin əmələ gəldiyini göstərir. Retrolental sahə və şüşəvari cismin ön hüdudi membranası dəyişilməmiş qalır. Ön hüdudi membrana dalğavari yellənir, onun ardınca müxtəlif qalınlıqda bozumtul-ağ,

uzun, bir qədər qıvrım, şaquli və ya yuxarıdan aşağıya doğru çəp istiqamətdə yerləşmiş liflər çıxır. Liflərin daha sıx toplanması optik cəhətdən boş olan boşluqların qarşısında yerləşir. Biomikroskopik olaraq durulaşma sahələri tünd şəkildə görünür. Göz almasının hərəkəti zamanı saplar xaotik olaraq yerlərini dəyişir, sakitlikdə -əvvəlki şəkil bərpa olunur. Sapvari degenerasiyanı xəstələr "uçan ləkələr, milçəklər" şəklində görürlər.

Şüşəvari cismin sapvari destruksiyasının başlanğıc mərhələsində şüşəvari cismin strukturu böyük sahədə pozulmuş olur, praktiki olaraq boş sahələr aşkar olunmur; optik mühitdə lifli bulanıqlıqlar görünür. Ön hüdədi membrana dağılır, retrolental sahə ayırd edilməz olur. Müxtəlif qalınlıqda sapvari bulanıqlıqlar büllurun arxa kapsulunun arxasınca dərhal başlayır. Sapların uzunluğu və qalınlığı, onların gedişinin istiqaməti müxtəlif olur. Saplarla yanaşı diffuz tozvari asılqanlar qeyd olunur.

Kəskin ifadə olunmuş sapvari destruksiya zamanı uzun liflər nadir halda rast gəlinir, adətən biomikroskopik olaraq sap qırıntıları şəklində qısa liflər aşkar olunur, yəni şüşəvari cismin maksimal durulaşması baş verir, göz almasının hərəkəti zamanı tez sürətlə aşağı düşən kobud lopa-lopa bulanıqlıqlar müşahidə olunur. Şüşəvari cismin kəskin destruksiyası olan xəstələrin əksəriyyətində şüşəvari cismin qopması inkişaf edir.

Şüşəvari cismin dənəvari destruksiyasında biomikroskopiya zamanı müxtəlif ölçülü, formalı, rəngli bulanıqlıqlar (ləkələr) təyin olunur. Dənəvari destruksiya zamanı ləkələrin əmələgəlmə mexanizmi meydana çıxır: 1) şüşəvari cismin strukturunun dağılması nəticəsində onun dəyişiklikləri; 2) bulanmalar (ləkələr) dəyişilmiş damarlardan və onu əhatə edən qişalardan şüşəvari cisimə daxil olan hüceyrə elementlərindən – limfositlərdən, leykositlərdən, kirpikli cisim hüceyrələrindən, tor qişa hüceyrələrindən, o cümlədən piqment epitelindən ibarətdir.

Başlanğıc dənəvari destruksiyada şüşəvari cismin saxlanılmış şəkli fonunda bozuntuluq ağ kölgə müəyyən olunur. Eyni zamanda şüşəvari cismin şəkli dənəvari destruksiya zamanı güclə seçilir, retrolental sahə itir; şüşəvari cismin durulaşması intensivləşir.

Kəskin ifadə olunmuş dənəvari destruksiyada şüşəvari cismin işıqlanmasının aydınlığı azalır, onun total durulaşması baş verir; göz almasının hərəkəti zamanı aşağıda qalxan kobud bulanmalar, lif qırıntıları görünür. Şüşəvari cismin sapvari və dənəvari destruksiyası ayrılıqda nadir halda rast gəlinir, onlar adətən birləşmiş və ox, refraksiya-ox miopiyanın göz almasının bütün strukturlarında baş verən degenerativ dəyişikliklərin nəticəsi hesab olunur.

Şüşəvari cismin qopması ox miopiyası olan xəstələrin əksəriyyətində miopiyanın dərəcəsi yüksək olduqda daha tez-tez rast gəlinir.

Şüşəvari cismin qopması lokalizasiyasına görə arxa, ön, yuxarı, aşağı, yan olmaqla, yayılmasına görə məhdud, yayılmış; hündürlüyünə görə – yastı, hündür, çox hündür olur. Şüşəvari cismin hüdədi membranının cırılması Viger halqası nahiyəsində, görmə siniri diskinin önündə, sarı ləkənin önündə, ekvator nahiyəsində və periferiyada baş verir.

Şüşəvari cismin arxa qopması daha tez-tez rast gəlinir.

Şüşəvari cismin qopması xəstələrdə gözün qarşısında qəflətən "bulud", "hürümçək toru", "halqavari bulanıqlıq", "milçək", "sayırma" kimi şikayətlər törədərək kəskin inkişaf edir.

Oftalmoskopiya zamanı şüşəvari cismin arxa qopmasının əsas diaqnostik əlamətləri arxa hüdədi membranın yarılməsi, şüşəvari cisimdə halqavari və ya oval formalı uçan

bulanmalar və "halqa"nın mənfəzindən göz dibinin daha aydın görünməsidir. Yarığın ətrafında dar, ensiz boşluqdan tutmuş tor qişa venasının kalibrinin diametrinə qədər endə bozuntuluq-ağ haşiyə müəyyən olunur, onun bulanmasının intensivliyi – göz dibinin bir hissəsini örtən yarımqəffəddən tutmuş qatı bulud rənginə qədər olur. Yarığı (cırtığı) əhatə edən bulanıqlıq cırılmış hüdədi membranın kənarlarının çevrilməsi hesabına əmələ gəlir, nəticədə membran toxumasının qalınlaşması meydana çıxır. Halqa frontal və ya göz dibinə münasibətdə əyrisinə yerləşir. Cırtığın kənarlarından yanlara uzun qatın liflər çıxır, onlar cırtığın kənarı ilə eyni rəngdə və intensivlikdə olur. Gözün hərəkəti zamanı hüdədi membran dalğavari yellənir, cırtığın halqası bu zaman müxtəlif forma alır, ancaq görmə sahəsindən yoxa çıxır, öz yerində qalır və gözün hərəkəti dayandıqdan sonra onun əvvəlki forması bərpa olunur.

Arxa hüdədi membranın cırtığının haqiqi ölçüləri 1-3 mm-dir, ancaq oftalmoskopiya zamanı onlar 5-6 görmə siniri diski diametrinə çata bilər və vitreal qopmanın hündürlüyündən asılıdır. Beləliklə, tor qişada cırtığın diametri 1,5 disk diametrini aşmır, orta hissənin hüdudunda şüşəvari cismin cırtığı 4-5 disk diametrinə bərabər kimi görünür.

Ön vitreal qopmalarda ön hüdədi membran büllurdan arxaya çəkilir və yarıqlı lampanın optik kəşiyində enli işıqlı zolaq müəyyən olunur. Gözün hərəkəti zamanı ön hüdədi membranın dalğavari əsməsi qeyd olunur. Previtreal sahə şüşəvari cisim mayesi ilə dolmuş olur.

Hüdədi membranın dəliyinə ətrafında yan, yuxarı və aşağı cırtıqlarda kənar haşiyə olmur, eləcə də "çıxıntılar" olmur.

Ox miopiyasında gözün strukturunun və qişaların ləng gedən destruksiyası ilə əlaqədar olaraq şüşəvari cisim qopmasının bütün növlərində arxa hüdədi membranın dağılması, onun cırtığının haşiyələnməsi davam edir, nəticədə membran tam dağılır, onun arxasındakı maye durulaşmış şüşəvari cisimlə qarışır, vitreal qopma özlüyündə yox olur.

Şüşəvari cismin qopmasının, eləcə də hüdədi membranın tam dağılmasının ardınca tor qişanın qopması baş verir.

Tor qişanın qopması. Miopiya zamanı tor qişanın qopmasının inkişafına kömək edən (şüşəvari cismin qopmasından əlavə) ikinci amil göz dibinin kənar periferiyasındakı degenerativ dəyişikliklər hesab olunur. Degenerativ dəyişikliklər tədricən progressivləşdikcə tor qişa və damarlı qişa o qədər nazildir ki, birinci olaraq onların arasındakı əlaqənin zəifləməsinə gətirib çıxarır, ikincisi, nazilmiş tor qişada yarıq, oval və ya girdə formalı dəlik şəklində çoxlu sayda qüsurlar əmələ gəlir. Cırtıqlar, sonra tor qişanın qopması daha çox göz almasının yuxarı-tiş kvadrantında yuxarı çəp əzələnin birləşdiyi yerə uyğun hissədə inkişaf edir. Durulaşmış şüşəvari cisimdən yarıq (cırtıq) vasitəsilə tor qişanın altına maye keçir ki, onun hesabına tor qişa kiçik şəkildə aralanır. Xəstələrin göz qarşısında görünən "milçək", "sap" kimi şikayətlərinə periferiya boyunca pərdənin gəlməsi, onun tədricən böyüyərək mərkəzi tutması, görmə itiliyinin zəifləməsi, əşyaların təhrif olunması kimi şikayətlər də qoşulur.

Tor qişanın qopmasının diaqnostikası oftalmoskopiya, tsikloskopiya, ultrasəs müayinəsi yolu ilə aparılır. Tor qişa qopmasının müalicəsi yalnız cərrahi yollardır.

Makulodistrofiya ox və refraksiya-ox miopiyasının ən ağır fəsadlarından biridir. Gö-

zün arxa kəsiyinin dartılmasından törənmiş degenerativ dəyişikliklər xorioideyanın elastiki hüddüdi səfhəsində gərilməyə və çata səbəb olur ki, bunlar da sarımtıl və ya ağımtıl zolaqlar şəklində özünü göstərir. Daha sonralar damarlı qişanın atrofiyası baş verir ki, bunun da nəticəsində ağ ocaqlar gərsənir. Piqment epitelinin də degenerasiyası ilə əlaqədar olaraq piqment toplanması müşahidə olunur. Damarların dartılıb gərilməsi ləng sorulan qansızmalara səbəb olur, onların yerində tədricən böyüyən və intensivliyi artan piqment toplanır, nəticədə Fuksun makulyar qara ləkəsi formalaşır. Bu proses çox vaxt ləng gedir, ancaq tor qişanın makulyar hissəsinə qansızmanın ağırlığından asılı olaraq tez də baş verə bilər.

Xəstələrdə bu proses zamanı baxdıqları əşyaların əyilməsi, sonra görmə itiliyinin zəifləməsi baş verir, mərkəzi skotoma formalaşır.

• **Astigmatizm** – işıq şüaları gözün optik sisteminin müxtəlif kəsiklərində müxtəlif qüvvə ilə sındığından işıq şüası dəstəsinin qeyri-düzgün konus şəklində malik olduğu ametropiya növüdür.

Astigmatizm də buynuz qişası və ya büllür müxtəlif meridianlarda müxtəlif ayrılıya malik olur. Bununla əlaqədar astigmatizmi buynuz qişası, büllür və ya buynuz qişası-büllür astigmatizminə bölürlər. Astigmatik gözlərdə daha güclü və daha zəif şüasındırma qüvvəsi olan əsas meridianlar seçilir. Əgər əsas meridianlar bir-birinə perpendikulyardırsa və şüasındırma qüvvəsi bir meridian boyunca eynidirsə – bu növ astigmatizm müntəzəm astigmatizm adlanır. Bir meridian boyunca onun müxtəlif hissələrində şüasındırma qüvvəsi fərqli olarsa, qeyri-müntəzəm astigmatizm adlanır. Bu növ astigmatizmin çox vaxt buynuz qişanın iltihabi xəstəliklərindən, travmasından, buynuz qişada aparılan cərrahi əməliyyatlardan sonra əmələ gəlir.

Astigmatizmin düz və əks tipləri fərqləndirilir. Düz astigmatizm də şaquli meridian daha güclü refraksiyaya malik olur, əksdə isə – üfüqi meridian güclü olur. Baş meridianlarda kliniki refraksiyanın gücünə görə astigmatizm sadə, mürəkkəb və qarışıq olur. Sadə astigmatizm də mühüm meridianların birinin refraksiyası emmetropiya, digərinin refraksiyası isə ametropiya (ya miopiya, ya da hipermetropiya) olmalıdır. Əgər miopiya olarsa sadə miopik astigmatizm, hipermetropiya olarsa sadə hipermetropik astigmatizm adlanır. Mürəkkəb astigmatizm də mühüm meridianların hər ikisində müxtəlif dərəcəli eyni adlı refraksiya olur. Hər ikisi müxtəlif dərəcəli hipermetropiya refraksiyasıdırsa, bu, mürəkkəb hipermetropik astigmatizm adlanır. Əgər müxtəlif dərəcəli miopiya refraksiyasıdırsa, bu, mürəkkəb miopik astigmatizm adlanır. Qarışıq astigmatizm də isə meridianların birində miopiya, digərində hipermetropiya refraksiyası olmalıdır.

Əgər mühüm meridianlar şaquli və ya üfüqi deyilsə, müəyyən bucaq altında çəp istiqamətdə əyilmiş olarsa, bu, çəpoxlu astigmatizm adlanır.

Normal gözdə belə buynuz qişası tam ideal sferik olmadığı üçün onun şaquli meridianının qabarıqlıq radiusu üfüqi meridianın qabarıqlıq radiusuna nisbətən azdır və buna müvafiq şüasındırma qabiliyyəti isə 0,5 D artıqdır. Belə hal şüaların düzgün toplanmasına mane olmur, görmə qabiliyyəti normal saxlanılır. Bu, fizioloji astigmatizm adlanır, patologiya sayılmır, subyektiv hissiyyət törətmir və ona görə də korreksiya tələb etmir. Fiziolojiddən başqa, astigmatizmin qalan bütün növlərində görmə itiliyi pozulmuş olur. Astigmatizmin korreksiyası həkimdən böyük diqqət və təcrübə tələb edir.

Sadə astigmatizm də silindrik şüşə təyin olunur, silindrin oxu (neytral) emmetropiya

meridianı boyunca istiqamətlənir. Mürəkkəb astigmatizm də miopik sferik şüşə ilə ən az şüasındırma qabiliyyəti olan meridian düzəldilir, meridianlar arasındakı fərq isə silindrik şüşə ilə korreksiya olunur. Mürəkkəb hipermetropik astigmatizm də sferik şüşə ilə şüasındırma qabiliyyəti yüksək olan meridian, silindrik şüşə ilə meridianlar arasındakı fərq düzəldilir. Qarışıq astigmatizm də nəzəri olaraq iki variant mümkündür – əvvəlcə sferik şüşə ilə şaquli meridian, silindrik şüşə ilə meridianlararası fərq düzəldilir və əksinə. Praktiki olaraq korreksiyanın növü göz dibinin vəziyyətindən asılıdır – üstünlük təşkil edən refraksiya üzrə sferik şüşənin qüvvəsi təyin olunur.

Yalnız müntəzəm astigmatizm də eynəklərlə korreksiya mümkündür; qeyri-müntəzəm astigmatizm yalnız cərrahi yolla aradan qaldırılır.

Astigmatizm də ağırlaşmalar korreksiya olunmamış hipermetropiyadakı ilə eyni olub əzələ astenopiyasından, blefaritdən, müştərək çəpgözlükdən və ambliopiyadan ibarətdir.

• **Anizometriya** – hər iki gözdə müxtəlif refraksiyadır. Dərəcəsinə görə anizometriya zəif dərəcəli, yəni hər iki gözün refraksiyası arasındakı fərq 3,0 D-ya qədər, orta dərəcəli – 3,0 D-dan 6,0 D-ya qədər, yüksək dərəcəli – 6,0 D-dan yuxarı olur. Əgər hər iki gözdə miopiyadırsa, ancaq dərəcələri müxtəlifdirsə – miopik anizometriya; və ya hər iki gözdə müxtəlif dərəcəli hipermetropiyadırsa – hipermetropik anizometriya adlanır. Bunlar eyniadlı anizometriyanın növləridir. Müxtəlif adlı və ya qarışıq anizometriya zamanı bir gözdə miopiya, digər gözdə hipermetropiya olur. Bundan başqa, anizometriya astigmatizmlə və astigmatizmsiz olur. Anizometriyanın korreksiyası zamanı şüşələr arasındakı 2,0-3,0 D fərq asanlıqla qəbul olunur. Şüşələrdəki fərq 3,0 D-dan çox olduqda hər iki gözün tor qişasında alınan əkslər bir-birinə uyğun olmadığından (ölçüləri çox fərqli olduğundan) – anizeykoniya görə belə eynəkləri xəstələr daşıya bilmirlər, binokulyar görmə pozulur. Şüşələrdəki fərq 3,0 D-dan yuxarı olan anizeykoniya izyekonik eynəklərlə, kontakt linzalarla və cərrahi yolla aradan qaldırılır.

• **Afakiya** – gözdə büllürün olmamasıdır.

Afakiya anadangəlmə və qazanılma olur. Qazanılma, adətən, büllürün ekstraksiyası əməliyyatından sonra və çox nadir halda zədədən sonra (posttravmatik) olur. Afakiyanın kliniki əlamətləri – akkomodasiyanın kəskin zəifləməsi, dərin ön kamera, iridodenez (qüzehli qişanın titrəməsi), büllürün səthindən Purkinje əkslərinin alınmaması və refraksiyanın dəyişməsidir. Aşkar olunmuşdur ki, afakiya zamanı 95% halda müxtəlif dərəcəli hipermetropik refraksiya, 3,5% halda – emmetropiya və 1,5% halda – miopiya qeyd olunur.

Afakiya birtərəfli və ikitərəfli olur.

Afakiyanın eynəklə korreksiyası kataraktın ekstraksiyasından dərhal sonra aparılır, çünki xəstələrin əksəriyyətində əməliyyatdan sonrakı astigmatizm qeyd olunur ki, bu da əməliyyatdan sonrakı çapığın formalaşması prosesində tədricən azalır və doqquz aydan sonra başa çatır. İkitərəfli afakiyanı eynəklərlə, intraokulyar korreksiya və kontakt linzalarla korreksiya mümkündür. Birtərəfli afakiya anizometriya və anizeykoniya ilə əlaqədar olaraq kontakt linza ilə və ya intraokulyar (gözdaxili) linza ilə korreksiya olunur.

• **Refraksiya növlərinin təyini.** Eynək linzaların köməyiylə refraksiyanın təyininin sub-

yektiv üsulu daha yaxşı görmə verən linzanın seçilməsindən ibarətdir. Müayinə akkomodasiyanın iştirakı olmadan, tsikloplegiya fonunda aparılır. Gözə növbə ilə +0,5 D, sonra -0,5 D linza qoyulur. Hipermetrop müsbət (toplayıcı) şüşə ilə, miop isə mənfii (yayıcı) şüşə ilə görmənin yaxşılaşdığını qeyd edir.

Emmetropun gözünün qarşısına istənilən şüşənin qoyulması görmənin pisləşməsi ilə müşayiət olunacaq.

Refraksiyanın obyektiv təyini üsullarına skiaskopiya, oftalmometriya, refraktometriya, autorefraktometriya aiddir.

Obyektiv müayinə üsulları arasında ən geniş yayılan skiaskopiya və ya kölgə sınağıdır. Müayinə miqriatiklərdən biri olan - 0,5-1% atropin-sulfat məhlulu, 0,5-1% tropikamid, 0,5-1% homatropin hidrobromid məhlulu ilə tsikloplegiya fonunda aparılır.

Əgər yastı güzgü ilə lampanın işığını müayinə olunan gözə yönəltmək, bəbəq qırımızı işıqla "ışqlanacaq", yəni göz dibindən refleks əmələ gələcək. Şaquli və ya üfüqi ox ətrafında güzgünü fırlatsaq bəbəyin ayrı-ayrı hissələrinin işıqlanma aydınlığı dəyişəcək. Müayinə edən güzgünün bu hərəkətləri zamanı kölgənin necə yerdəyişməsinə hiss edəcək. Kölgənin hərəkət istiqaməti refraksiyadan və göz ilə güzgü arasındakı məsafədən asılıdır. Adətən skiaskopiya bir metr məsafədən aparılır. Əgər kölgənin hərəkəti müşahidə olunmursa, deməli, müayinə edən və müayinə olunanın gözləri üçün aydıngörmənin uzaq nöqtəsi eynidir, yəni işıq şüalarının fokusu müayinə olunan şəxsə tor qişanın üzərinə düşür. Miopiya zamanı kölgə güzgünün hərəkət istiqamətinin əksinə, hipermetropiyada isə - həmin istiqamətdə yerini dəyişir. Skiaskopik xətkəşin şüşələrinin köməyi ilə kölgə neytrallaşdırılır, yəni işıq şüalarının tor qişada fokusu alınır, neytrallaşdıran şüşənin göstəricisinə əsasən ametropiyanın dərəcəsi müəyyən edilir.

• **Ambliopiya.** Ambliopiya – gözün görmə-sinir aparatının anatomik və funksional cəhətdən inkişaf etməməsi hesab olunur.

Bu zaman biomikroskopik olaraq göz dibi normal olur – görmə siniri diski açıq-cəhray rəngdə, hüdudları aydın, yerləşməsi və damarların nisbəti adi, tor qişə şəffaf olur. Ancaq ambliopiyanın növündən, prosesin davamından asılı olaraq mərkəzi görmə müxtəlif dərəcədə zəifləyir.

Refraksiyon, disbinokulyar, obskurasion, anizotropik, isterik ambliopiya fərqləndirilir.

Refraksiyon ambliopiya – hipermetropiyanın, astigmatizmin, yüksək dərəcəli miopiyanın və yüksək dərəcəli anizotropiyanın (iki gözün refraksiyasındakı fərq 3,0 D-dan artıq olduqda), bir sözlə, refraksiya anomaliyasının vaxtında korreksiya olunmamasının nəticəsi hesab olunur.

Yuxarıda göstərilən refraksiya zamanı uşaqlara 6-12 aylıqından korreksiya təyin olunmayıbsa, tor qişada əşyaların fokusunun olmaması nəticəsində anatomik və funksional olaraq kolbacıq aparatı inkişaf etmir və görmə itiliyi uşaqlarda 0,08-dən yuxarı olmayacaq. Uşaqlara uyğun korreksiya nə qədər gec təyin olunarsa, ambliopiyanın dərəcəsi bir o qədər ağır olur, görmə itiliyinin yaşa uyğun bərpası üçün daha uzun müddət tələb olunur. Əgər ambliopiyanın müalicəsinə 8 yaşdan başlanılırsa, o, çox vaxt az səmərəli olur.

Disbinokulyar ambliopiya istənilən növ çərgözlük – daxili, xarici, şaquli çərgözlük nəticəsində inkişaf edir, binokulyar görmənin pozulması baş verir.

Çaplaşon gözdə əşyaların fokusu tor qişanın mərkəzi çuxurcuğundan xaricdə toplanır, kolbacıq aparatının anatomik və funksional inkişafı üçün impuls yoxdur və görmə funksiyası əvvəlcə yenidən qurulmuş görmə itiliyinə - 0,04-0,08-ə uyğun gəlir, sonra mərkəzi fiksasiya pozulur və görmə itiliyi daha da aşağı düşür.

Obskurasion ambliopiya gözün şəffaf optik mühitlərinin – buynuz qişanın, büllurun, şüşəvari cismin bulanmasının nəticəsi hesab olunur. Gözün optik mühitlərinin bulanması intensiv olduqca, obskurasion ambliopiyanın dərəcəsi bir o qədər ağır olur.

Anizotropik ambliopiya korreksiya olunmamış anizometriya zamanı meydana çıxır.

Görmə itiliyinin zəifliyindən asılı olaraq ambliopiyanın dörd dərəcəsi seçilir:

I dərəcəli – zəif, görmə itiliyi 0,8-0,4

II dərəcəli – orta, görmə itiliyi 0,3-0,2

III dərəcəli – yüksək, görmə itiliyi 0,1-0,05

IV dərəcəli – çox yüksək, görmə itiliyi 0,04 və 0,04-dən aşağı.

Ambliopiyanın dərəcəsindən asılı olaraq görmə fiksasiyası – mərkəzi, parafoveolyar, makulyar, paramakulyar, diskətrafi, periferik olur.

Refraksiyon ambliopiyanın aradan qaldırılması məqsədilə uşaq göz stasionarında görmə-sinir aparatının məşqi ilə yanaşı refraksiya anomaliyasının uyğun korreksiya-sı aparılır.

Disbinokulyar ambliopiyanın müalicəsində, refraksiya anomaliyasının korreksiya-sından başqa, yalnız görmə itiliyini yox, həm də gözün vəziyyətini, binokulyar görməni bərpa etmək vacibdir.

Obskurasion ambliopiyanın müalicəsi gözün mühitlərinin şəffaflığını bərpa etməkdən ibarətdir, sonra isə uşaq göz stasionarı şəraitində görmə-sinir aparatının məşqləri aparılır.

AKKOMODASIYA

Akkomodasiyanın fiziologiyası.

Akkomodasiya - aşıyanın yerləşdiyi məsafədən asılı olmayaraq gözün baxılan əşyaların əkslərinin tor qişada fokusunu toplamaq qabiliyyətidir. Başqa sözlə desək, gözün optik sisteminin müxtəlif məsafələrdən aydın görməyə uyğunlaşma qabiliyyətinə akkomodasiya deyilir.

Akkomodasiyanın sakit vəziyyətində uzağa baxdıqda kirpikli cisim boşalmış olur, büllür kapsulunun ekvatorial hissəsinə və kirpikli cismin daxili səthinə birləşmiş zinni bağları gərilir, nəticədə büllür daha qabarıq forma ala bilmir, yəni gərilmiş zinni bağları onu yastı vəziyyətdə saxlayır.

Akkomodasiyanın təsirindən gözdə baş verən dəyişikliklər aşağıdakı kimi olur:

1. Yaxın məsafəyə akkomodasiya zamanı bəbək daralır, uzağa baxdıqda – genişlir.
2. Qüzhəli qişanın bəbək kənarı və büllürün ön səthinin mərkəzi hissəsi akkomodasiya zamanı önə doğru qabarıq.
3. Akkomodasiya zamanı büllürün ön səthi daha qabarıq olur, nəinki uzağa baxanda.
4. Büllürün arxa səthində müşahidə olunan güzgülu əks akkomodasiya zamanı kiçilir.

Akkomodasiya zamanı skleral məhmizə hərəkətsiz birləşmiş kirpikli əzələnin meridional dəstəsinin yığılması baş verir, bunun nəticəsində damarlı qişanın ön hissəsi və kirpikli cisim büllürün ekvatoru istiqaməti üzrə bir qədər önə yerini dəyişir; bu halda zinni bağları boşalır və büllür öz elastikliyi hesabına daha qabarıq forma alır.

Akkomodasiya zamanı büllürün mərkəzi hissəsində onun ön səthinin ayrıliyi periferik şöbələrə nisbətən çoxdur; bu həmçinin büllürün arxa səthinə də bir qədər aiddir. Beləliklə, uzağa baxdıqda büllürün ön səthinin ayrılik radiusu orta hesabla 10,6 mm, akkomodasiya zamanı büllürün ön səthinin periferik hissəsinin radiusu 7,4 mm-ə qədər, mərkəzi hissənininki 5 mm-ə qədər azalır.

Akkomodasiya zamanı büllür səthinin ayrıliyinin artması yalnız zinni bağlarının boşalması nəticəsində yox, həm də büllür liflərinin elastikliyi, gözdaxili təzyiq, şüşəvari cisim kapsulunun elastikliyi, qüzhəli qişanın vəziyyəti kimi gözdaxili mexaniki amillərin ona əlavə təsirləri sayəsində baş verir.

Akkomodasiyanın maksimal gərgin vəziyyətində başın vəziyyətindən asılı olaraq büllür xüsusi ağırlığı nəticəsində müxtəlif istiqamətlərdə: aşağıya, önə, arxaya və s. düşür; bu zaman büllürün aşağı düşmə həcmi 0,25-0,3 mm-ə çata bilər. Əgər akkomodasiya zamanı boşalma yox, əksinə, şüşəvari cismin büllürün periferiyasına təzyiq qüvvəsinin artması ilə müşayiət olunan zinni bağlarının gərilməsi baş versəydi bu hadisə müşahidə olunmazdı.

Akkomodasiya zamanı büllür öz səthlərinin sferikliyinə ekstrakapsulyar qüvvələrin təsiri altında yox, zinni bağları boşaldıqdan sonra büllürün öz elastikliyi hesabına daha qabarıq forma alması nəticəsində dəyişir; bu da büllürə qeyri-sferik forma verir.

Akkomodasiya zamanı büllürün şüasındırma qüvvəsinin artması, bir tərəfdən, büllürün səthinin ayrılik radiusunun azalması (kapsuldan xaric akkomodasiya), digər

tərəfdən büllürün şüasındırma göstəricisinin artması (interkapsulyar akkomodasiya) ilə əlaqədardır.

İnterkapsulyar akkomodasiyanın mexanizmi – büllür optik nöqtəyi-nəzərindən həmcins olmayan mühit hesab olunur. Onun şüasındırma göstəricisi tədricən periferik qatlardan nüvəyə doğru gəldikcə artır. Hər bir qatın öz şüasındırma göstəricisinə malik olduğu mühitdə uyğun şüasındırma göstəricisi olan eynicinsli optik mühitlərlə məhdudlaşan iki səth fərqləndirilir; xarici səth üçün σ , 1,386, daxili səth üçün – 1,404.

Akkomodasiya zamanı büllür öz elastikliyi hesabına daha qabarıq forma alır, səthlərin nisbətlərinin dəyişməsi baş verir, büllürün bəbək nahiyəsinə uyğun gələn mərkəzi hissəsində büllür substansiyasının daha yüksək şüasındırma göstəricisinə malik daha qalın qatı olur. Bunun nəticəsində akkomodasiya zamanı büllürün gözə şüalar düşən hissəsi, ümumiyyətlə, daha yüksək şüasındırma qüvvəsinə malik olur. Bununla əlaqədar büllürün şüasındırma qüvvəsinin güclənməsi interkapsulyar akkomodasiya adlanır.

Akkomodasiyanın klinik səciyyəsi. Ümumi qəbul olunmuş təsəvvürə əsasən, akkomodasiyanın sakit vəziyyətində gözün gördüyü aydın görmənin uzaq nöqtəsindən – punktum remotumdan çıxan şüalar heç bir akkomodasiya güc olmadan tor qişada fiksə olunur.

Emmetrop gözlər üçün aydın görmənin uzaq nöqtəsi sonsuz uzaq məsafədə (göz üçün şərti mənada); miopiyada – gözə yaxın sonu olan məsafədə, ancaq hipermetropiyada gözlün arxasında mənfii fəzada yerləşir.

Nəticə etibarilə, aydın görmənin uzaq nöqtəsinin fəzada vəziyyəti gözün refraksiyasını xarakterizə edir.

Aydın görmənin yaxın nöqtəsi – punktum proksimum dedikdə, akkomodasiyanın maksimal gərgin vəziyyətində gözün aydın görə bildiyi nöqtə başa düşülür.

Gözün akkomodasiya edərək aydın görə bildiyi aydın görmənin yaxın və uzaq nöqtəsi arasındakı sahənin xətkəşlə ölçü kəmiyyəti akkomodasiyanın uzunluğu və ya sahəsi adlanır. Baxılan obyektin aydın görmənin uzaq nöqtəsindən yaxın nöqtəsinə yerdəyişməsi zamanı şüaların sınıma qüvvəsinin artması akkomodasiyanın həcmi adlanır. Yaxına görmə zamanı akkomodasiyanı, yəni gözün öz refraksiyasını gücləndirmək qabiliyyətini müsbət akkomodasiya adlandırılır.

Mənfii akkomodasiya dedikdə, aydın görmənin uzaq nöqtəsinin gözdən uzaqlaşması hesabına gözün öz refraksiyasını zəiflətmək qabiliyyətidir; buradan bu akkomodasiyanın ikinci adı – uzağa baxarkən akkomodasiya adı ortaya çıxır.

Müsbət akkomodasiya gözün hərəkəti sinirinin parasimpatik lifləri vasitəsilə kirpikli cisimə daxil olan sinir impulslarının təsiri altında baş verir ki, bunun da nəticəsində zinni bağları boşalır və büllür daha qabarıq forma alır.

Mənfii akkomodasiya simpatik sinir lifləri ilə kirpikli cisimə gələn sinir impulsları tərəfindən törədilir və əks effektə – zinni bağlarının dartılmasına və nəticədə büllürün yastı forma almasına və şüaları zəif sındırmasına gətirib çıxarır.

Bir gözlə həyata keçirilən akkomodasiya mütləq adlanır. Əgər görmə iki gözlə, binokulyar həyata keçirilirsə, akkomodasiya aktı mütləq konvergeniya ilə müşayiət olunur. Belə akkomodasiya nisbi kimi xarakterizə olunur.

Akkomodasiyanın müayinə üsulları. Gözlün akkomodasiyasını yoxlamaq üçün subyektiv metodlardan istifadə olunur.

Subyektiv metodlara aydıngörmənin yaxın nöqtəsinin tapılması və buna əsasən Doners formulu üzrə akkomodasiya həcmnin hesablanması aiddir. Onlar statik və dinamik olur.

Dinamik müayinə üsulunda yoxlanılan obyekt göz qarşısında ikiləşənə və qarışana qədər gözə yaxınlaşdırılır (Şeyner üsulu) ki, bu da aydıngörmənin yaxın nöqtəsinə uyğun gəlir.

Bu metodlara aid edilir:

- 1) bir neçə xırda deşiklərə və içərisində yanan lampaya və ya şama malik Landolt silindrinin köməyiylə aydıngörmənin yaxın nöqtəsinin təyini;
- 2) qara fonda iki paralel xətlərin obyekt kimi götürüldüyü Vannas metodu;
- 3) bucaq ölçüsü görmə itiliyi həddinə bərabər olan xırda şrifllərin oxunması;
- 4) Şeyner metodu – bəbək diametrlili ölçüdə iki sancaq boyda dəliyi olan qeyri- şəffaf ekrandan nöqtəşəkilli işıq mənbəyinə və iynənin ucuna baxılması;
- 5) statik subyektiv metodlardan istifadə zamanı yoxlanılan obyekt hərəkətsiz qalır, ona qədər olan məsafə gözün qarşısına qoyulan əvvəlcə güclü müsbət, sonra daha zəif müsbət və nəhayət daha güclü mənfə linzaların köməyiylə dəyişilir.

Dinamik metodla müqayisədə statik metodun üstünlüyü ondan ibarətdir ki, test-obyektin bucaq ölçüsü dəyişilməmiş qalır.

Ancaq linzaları dəyişdikdə bucaq nöqtəsinin yerdəyişməsi mümkündür ki, bu da ölçümlərin dəqiqliyinə mənfə təsir edir.

Akkomodasiya həcmnin ölçülməsinin dəqiqliyi testin növündən əhəmiyyətli dərəcədə asılıdır. Yaxın nöqtəyə qədər test aydın görünməlidir və dərhal bu məsafə kiçildikdən sonra qeyri-aydın olur. Testin detallarını daha yaxın məsafədən də seçmək olar, ona görə də yaxın nöqtəyə qədər olan məsafə bir qədər xəta ilə təyin olunur.

Çox vaxt yaxın nöqtəni təyin etmək üçün test iki enli xətt arasında yerləşən nazik xətlərdən ibarət ştrixlərdən təşkil olunmuş fiqurla ifadə olunur. O, astigmatizmi olmayan gözlərə və ya baş meridianları 90° və 180° altında olan astigmatik gözlərə uyğun gəlir. Bu zaman testi bir dəfə şaguli, digər dəfə üfqi yerləşdirərək yaxın nöqtələrin vəziyyətini müəyyən etmək olar. Bioxromatik testlər görmənin yaxın nöqtəsinə təyin etməyə yaxşı imkan verir. Bu halda biri qırmızı sahədə, o birisi – yaşıl sahədə yerləşən iki eyni işarədən istifadə olunur. Mətni gözə yaxınlaşdırıldıqda əvvəlcə qırmızı sahədəki, yaxınlaşdırmanı davam etdirdikcə yaşıl sahədəki işarə qeyri-aydın görünür; bu böhranlı nöqtələr arasında yaxın nöqtə yerləşir. Ən yaxın nöqtədə hər iki test işarəsi eyni dərəcədə qeyri-kəskinliyə malikdir.

Digər test, mərkəzindən qırmızı və yaşıl sahənin ayırıcı xətti keçən bir neçə konsentrik çəvrədən ibarətdir. Bu testdə eyni zamanda baxılmaya diqqət verilir.

Obyektiv üsullar:

1. Akkomodasiya prosesində büllurun ön səthinin əyriliyinin ölçülməsi və qeyd olunması:
 - a) Purkinye-Sanson əkslərinin fotoqeydi;
 - b) büllurun optik kəsininin fotoelektrik qeyd olunması üsulu.
2. Finçem, Ompbell optometrinin köməyiylə akkomodasiya prosesində iki tor qişa əkslərinin hərəkətinin qeyd olunması.

Akkomodasiyanın spazmi.

Akkomodasiyanın spazmi və ya yalançı yaxındagörmə – akkomodasiya və konvergenziyanın harmonik işinin, qabıq və qabıqatlı mərkəzlərin, kırıqlı cismin sinir-əzələ aparatının, qüzhəli qişa və ekstraokulyar əzələlərin funksional vəziyyətinin pozulması hesab olunur.

Akkomodasiyanın spazmi süni, fizioloji və patoloji olur.

Akkomodasiyanın süni spazmi miotiklərin (pilokarpin, ezerin, fosfakol, armin) təsirinə əmələ gəlir. Miotiklərin təsiri aradan qaldırıldıqdan sonra spazmin bu növü yox olur.

Korreksiya olunmamış hipermetropiya, astigmatizm (yer kürəsi əhalisinin 45-65%) zamanı öz-özünə korreksiya etməyə çalışanda fizioloji spazm inkişaf edir. Bu zaman silial əzələlər bərabər yığılır, erkən uşaq yaşlardan – uşaq ətraf mühiti dərk etməyə başlayandan əmələ gəlir.

Patoloji spazm refraksiyanın hipermetropiya və emmetropiyadan miopiya qədər güclənməsi ilə xarakterizə olunur və görmə itiliyinin azalması ilə müşayiət olunur. Patoloji spazm daim qalaraq artır, möhkəmlənir, qeyri-daimidən daimiyə, davamlıya keçir. Patoloji spazm akkomodasiyanın həddən artıq gərginliyində – uzanaraq və ya oturuqlu yaxın məsafədən oxuduqda, yaxşı işıqlandırılmamış yerdə, fasiləsiz oxuduqda, pis çap olunmuş şrifllərdən istifadə olunduqda, çox xırda obyektlərlə uzun müddət işlədikdə meydana çıxır. Çox vaxt təcrübədə qarışıq spazm – fizioloji və patoloji spazm da müşahidə olunur ki, bu da sonralar “akkomodasiyanın spazmi” və ya “yalançı miopiya” adlanır.

Akkomodasiya spazmının əsas səbəblərindən biri – vegetativ sinir sisteminin disfunksiyası, əsasən, parasimpatik tipli vegetodamar distoniyası fonunda meydana çıxan vegetativ sinir akkomodasiyasının pozğunluğu hesab olunur. Nəticədə yaxın məsafəyə görmə gərginliyi artanda, refraksiya anomaliyasının korreksiyası aparılmadıqda zəifləmiş və çox gərgin akkomodasion əzələnin rigidliyi ortaya çıxır. Eyni zamanda keçirilmiş müxtəlif ümumi xəstəliklər, tonzilogen intoksikasiyalar, atipik keçən birincili vəzəmi kompleksində vəzəm-allergik intoksikasiyalar, qurd invaziyası vegetativ distoniyaya gətirib çıxarır.

Vegetativ distoniya bəbək innervasiyasının zəifləməsinə, bəbək yığılması amplitudunun pozulmasına, anizokoriyanın meydana çıxmasına gətirib çıxarır.

Kırıqlı əzələnin qeyd olunmuş yığılması və büllurun əyriliyinin və qalınlığının artması nəticəsində fiziki və klinik refraksiya güclənir. Bu, yaxın məsafədə iş zamanı diskomforta, göz yorğunluğuna, sonralar işə görmənin daim dumanlanmasına, görmə itiliyinin yalnız yaxına yox, həm də uzağa pisləməsinə gətirib çıxarır. Göz almalarında, qarşüstü qövslərdə ağrı, yorğunluq, yaşaxma kimi akkomodativ astenopatiya əlamətləri meydana çıxır.

Akkomodasiya spazmının əsas klinik əlamətləri:

1. Yaxın məsafədə iş zamanı tez yorulma, mətni gözə yaxınlaşdırmaq cəhdi.
2. Akkomodasiya həcmnin kiçilməsi və zəifləməsi.
3. Daxili düz əzələlərin fəaliyyətinin zəifləməsi, yəni konvergenziya ehtiyatlarının azalması.

4. Gün ərzində refraksiyanın dəyişməsi.
5. Tsiklopegiya fonunda refraksiyanın zəifləməsi.
6. Tsiklopegiya fonunda görmə itiliyinin artması.
7. Binokulyar görmənin dayanıqlı, stabil olmasının pozulması.
8. Akkomodasiyanın pozğunluğu fasiləsiz artur, patoloji vəziyyət güclənir.
9. Akkomodasiyanın passiv boşalması nəticəsində oxu zamanı müsbət linzalar qoyularkən görmə itiliyinin artması.
10. Xəstə zəif işıqlandırılmış yerdə olarkən refraksiyasının zəifləməsi.

Akkomodasiya spazmının diaqnostika üsulları:

1. 0,5-1% tropikamid məhlulu ilə tsiklopegiya fonunda korreksiyasız görmə itiliyinin artması. Dayanıqlı akkomodasiya spazmında 0,5-1% atropin məhlulundan istifadə olunur.
2. Tsiklopegiya fonunda refraksiyanın zəifləməsi.
3. Akkomodasiya ehtiyatının aşağı olması və ya heç olmaması.
4. Dar bəbəklə və tsiklopegiya fonunda refraksiyanın dərəcəsindəki fərq akkomodasiya spazmının həcmi təyin edir, başqa sözlə dəsək, yalançı miopiyanın dərəcəsini müəyyənləşdirir.

Akkomodasiya spazmının müalicəsi kompleks aparılır və onu törədən səbəblərin aradan qaldırılmasından, eləcə də akkomodasiya ehtiyatlarının, konvergensiyanın və binokulyar görmənin göz stasionarı şəraitində bərpasından ibarətdir.

ÇƏPGÖZLÜK

Çəpgözlük (deviasiya, strabizm) gözün hərəkəi aparatının quruluş və innervasiyasının anadangəlmə və ya qazanılma pozğunluğunun, binokulyar görmə pozğunluğunun və göz almasının görmə oxundan əyilməsinin görünən təzahürü hesab olunur.

Çəpgözlük 1,5-2,5% uşaqlarda və 0,1% böyüklərdə rast gəlinir. Çəpgözlük formasına görə müstəqil və paralitik (iflic çəpliyi), əmələ gəlmə vaxtına görə – anadangəlmə və qazanılma; deviasiya istiqamətinə görə – üfqi (daxili, xarici, şaquli komponentlə), şaquli (yuxarı, aşağı); sabitliyinə görə – daimi, dəyişən; akkomodasion komponentə görə – akkomodasion, hissəvi-akkomodasion və qeyri-akkomodasion olur; çəpgözlüyün növləri – monolateral (bir göz çəpləşir) və alternik, başqa sözlə dəsək, növbəli; çəpgözlüyün atipik növləri; qeyri-həqiqi və gizli çəpgözlük.

- **Müstəqil çəpgözlük.** Xəstələr və ya uşağın valideynləri göz almasının əyilməsindən, çəplik uzun müddət davam etdikdə – görmə itiliyinin zəifləməsindən şikayətlənirlər. Xəstənin müayinəsi çəpliyin hansı yaşda əmələ gəlməsindən başlayır. Əgər deviasiya uşaq anadan olandan dərhal sonra və ya uşağın 1 yaşına qədər meydana çıxıbsa çəpgözlük anadangəlmə hesab olunur.

Valideynlərdən çəpgözlüyə görə anamnez, anada hamiləlik və doğuşun gedişi, deviasiyanın əmələ gəlməsinə qədər pasiyentin keçirdiyi xəstəliklər barədə məlumatlar aydınlaşdırılır.

Görmə itiliyi korreksiya ilə və korreksiyasız D.A.Sivsev, Y.M.Orlova, Zaxsenveger cədvəlləri, ayrı işarələr üzrə yoxlanılır. Gözün digər xəstəlikləri ilə bağlı olmayan görmə itiliyinin zəifliyi disbinokulyar ambliopiya adlanır. Görmə fiksasiyasının vəziyyətinə və görmə itiliyinin zəiflik dərəcəsinə görə ayrılır:

- a) zəif dərəcəli ambliopiyada görmə itiliyi 0,8-0,4; orta dərəcəlidə – görmə itiliyi 0,3-0,2; yüksək dərəcəlidə 0,1-0,05 və çox yüksək dərəcəlidə 0,04 və aşağı;
- b) görmə fiksasiyasının növünü aydınlaşdırmaq üçün vizoskopdan, fiksasion obyekt olan böyük reflekssiz oftalmoskopdan, qarşısında kürəciyi olan 13,0 D sferik linzadan istifadə olunur.

Mərkəzi, parafoveolyar, makulyar, paramakulyar, periferik, dayanıqlı (stabil), qeyri-dayanıqlı fiksasiya və fiksasiyanın olmaması ayırd edilir. Mərkəzi fiksasiya zamanı baxılan əşya sarı ləkənin mərkəzinə proyeksiya olunur. Qeyri-mərkəzi fiksasiyada əşyanın əksi sarı ləkənin mərkəzindən xaricdə yerləşir. Fiksasiya olmadıqda əşyanın əksi tor qişanın heç bir hissəsində saxlanılmır.

Çəpgözlüyün növü gözün görmə oxundan əyilmə istiqamətinə görə təyin olunur: göz daxilə əyilibsə – daxili, xaricə əyilibsə – xarici, yuxarıya və ya aşağıya – şaquli; eləcə də qarışıq əyilmələr – şaquli komponentlə daxili və ya şaquli komponentlə xarici.

Çəplik bucağı Girşberq üsulu ilə, perimetr üzrə, Maddoks şkalası üzrə, sinoptoforda müəyyən olunur. Çəplik bucağının daha dəqiq təyini Maddoks şkalası üzrə və perimetrlədir. Girşberq üsulu – təxmini üsul olub, bu üsulda oftalmoskop və ya skiaskopun köməyilə həkim işıq dəstəsini növbə ilə hər iki gözə salır. Xəstə oftalmoskopa

fiksə edir. Həkim oftalmoskopun dəliyindən buynuz qişada işıq refleksinin vəziyyətini təyin edir. Əgər işıq refleksi bir gözdə bəbəyin mərkəzində, digər gözdə bəbək kənarı ilə onun mərkəzi arasında, çəpik bucağı 10° , bəbəyin kənarı boyunca refraksiya – 15° , bəbək kənarı ilə limb arasındakı sahənin ortasında – $25^\circ-30^\circ$, limbdəki refraksiya – 45° , limbdən xaricdə – 45° -dən artıq olacaq. Əyilmə bucağını tsikloplegiyaya qədər və tsikloplegiya fonunda təyin edirlər.

Çəpəzlüylün xarakterini müəyyən etmək üçün fiksasiya sınaq aparılır: müayinə olunanın fiksə edən gözü (məsələn, sağ) ovucla örtülür və xəstədən qələmin ucuna və ya oftalmoskopun dəstəyinə baxmaq xahiş olunur. Əyilmiş göz (sol) obyektə fiksə etməyə başlayanda ovucu götürürlər və sağ göz açıq qalır. Əgər sol göz qələmin ucuna fiksə etməkdə davam edərsə, deməli, müayinə olunan şəxsdə alternatıv çəpiklikdir, əgər hər iki gözün açıq vəziyyətində sol göz yenidən çəpəlsərsə, deməli, monolateral çəpiklikdir.

Göz almasının hərəkətliyi fiksə olunan obyektin yerini dəyişməsi ilə təyin olunur. Üfüqi əzələlərin normal hərəkəti zamanı buynuz qişanın limbal hissəsi göz yarığına çatır; gözü yuxarı hərəkət etdikdə üst qapaq bəbək nahiyəsinin yarısını örtür; gözlə aşağı baxdıqda alt qapaq bəbəyin yarısını örtür.

Əzələ aparatının vəziyyətini müəyyən etmək üçün koordinatda müayinə aparılır.

Gözün fuziya qabiliyyətini sinoptofonda öyrənilir. Klinik refraksiya tsikloplegiya fonunda skiaskopiya, refraktometriya ilə təyin olunur, fiziki refraksiya isə oftalmometrda müayinə olunur.

Görmənin xarakteri Belostoski-Fridman döndürüclü rəngli testi, Sokolov fenomenini, prizma vasitəsilə yoxlanılır.

Gözün optik mühitlərinin və göz dibinin oftalmoskopiyaya, biomikroskopiyaya yolu ilə müayinəsi mühüm hesab olunur. Nevropatoloqun, pidiatrin və ya terapevtin, endokrinoloqun məsləhəti məqsədəuyğundur.

Akkomodasiya çəpəzlük müstəqil deviasiyası olan xəstələrin 24-30%-ində müşahidə olunur. Adətən valideynlər çəpəliyin uşaqlarda 2-4 yaşda meydana çıxmasından şikayətlənirlər. Daxili akkomodasiya çəpəzlük refraksiya olunmamış hipermetropiya, hipermetropik astigmatizm fonunda inkişaf edir ki, bu da akkomodasiya və konvergenziyaya güclənmiş stimulun nəticəsidir. Xarici akkomodasiya çəpəzlük refraksiya olunmamış miopiya, miopik astigmatizm fonunda, akkomodasiya və konvergenziyaya zəifləmiş stimulların nəticəsində əmələ gəlir. Çəpik bucağı orta hesabla 15° təşkil edir. Görmə itiliyi, bir qayda olaraq, aşağı düşür və ametropiyanın dərəcəsindən və çəpəzlüylün nə qədər müddət mövcud olmasından asılıdır. Göz almalarının hərəkəti tam həcmdədir. Alternatıv çəpəzlükdə görmənin xarakteri – monokulyar növbəli, monolateral çəpəzlükdə – monokulyardır.

Yüksək və çox yüksək dərəcəli ambliopiya monolateral akkomodasiya çəpəzlükdə (30-35%) alternatıv akkomodasiya (20-24%) çəpəzlüyə nisbətən daha çox təsadüf olunur. Tsikloplegiya fonunda, eləcə də ametropiyanın tam korreksiyası fonunda gözün vəziyyəti simmetrik olur. Alternatıv çəpəliyin olanların 80-85%-ində, monolateral çəpəliyin olan xəstələrin isə 30-35%-ində binokulyar görməyə nail olmaq mümkündür.

Akkomodasiya çəpəzlük hissəvi-akkomodasiya və qeyri-akkomodasiya çəpəzlüklə **differensiasiya** olunur.

Ametropiya 8-10 yaşda və daha gec korreksiya olunduqda, uşaqlarda dayanıqlı qeyri-

mərkəzi fiksasiya ilə çox yüksək dərəcəli ambliopiya inkişaf edir və ambliopiyanın sonrakı müalicəsi az perspektivli olur.

Hissəvi akkomodasiya çəpəzlük müstəqil çəpəzlüylü olan xəstələrin 40-45%-də müşahidə olunur. Valideynlər uşaq anadan olandan uşağın gözünün çəpəliyinə və 2-4 yaşda onun artdığını qeyd edirlər. Ametropiyanın tam korreksiyası və tsikloplegiya zamanı çəpik bucağı azalır. 95-97% hadisədə hissəvi akkomodasiya çəpəzlük daxili olur, bununla belə 35-45% halda şaquli komponentlə bərgəst gəlir, yalnız 3-5% halda xarici çəpəzlük qeyd olunur. Hissəvi akkomodasiya daxili çəpəzlükdə orta dərəcəli hipermetropiya refraksiyası başlıca olaraq üstünlük təşkil edir. Bu çəpəzlüylün meydana çıxmasının əsas səbəbi gözün əzələ-sinir sisteminin quruluş anomaliyası, korreksiya olunmamış hipermetropiya və astigmatizmin akkomodasiya və konvergenziyaya güclü stimulu ilə yanaşı qabıq və qabıqaltı mərkəzlərin anadangəlmə patologiyası hesab olunur.

Hissəvi akkomodasiya çəpəzlük 50-53% halda yüksək və çox yüksək dərəcəli ambliopiya ilə yanaşı gedən monolateral çəpəzlüklə, 25-30% halda isə alternatıv çəpəzlüklə müşayiət olunur. Göz almalarının hərəkəti məhdud olur, görmənin xarakteri – monokulyar və alternatıv olur. Çəpik bucağı $15^\circ-30^\circ$ olur. Müalicə konservativdir, cərrahi müalicə ilə bərgəst aparıla bilər. Disbinokulyar ambliopiyanın müalicəsi 20-25% halda az müvəffəqiyyətli olur, monolateral çəpəzlüylü olanların 20-26%-də, alternatıv çəpəzlüylü olanların 50-52%-də binokulyar görməni bərpa etmək mümkün olur. Akkomodasiya və qeyri-akkomodasiya çəpəzlüklə **differensiasiya** aparılır.

Qeyri-akkomodasiya çəpəzlük müstəqil çəpəzlüylü olan xəstələrin 34-40%-də rast gəlir. Valideynlər uşaq anadan olandan onda çəpəzlük olduğunu və sonrakı illər dəyişmədiyini qeyd edirlər. Yəni göstərilən çəpəzlük daimidir, ən başlıcası daxili olur, çox hallarda şaquli komponentlə müşayiət olunur. Yüksək və çox yüksək dərəcəli ambliopiya monokulyar çəpəzlüylü olan uşaqların 60-65%-də, eyni vaxtlı çəpəzlüylü olanların 25-30%-də (onlardan 10-15% – qeyri-mərkəzi fiksasiya) müşahidə olunur. Zəif dərəcəli hipermetropiya və emmetropiya ilə müşayiət olunur. Xəstələrin əksəriyyətində çəpik bucağı $25^\circ-30^\circ$ -dən böyük olur. Göz almasının bütün istiqamətlərdə hərəkəti tam həcmdədir. Görmənin xarakteri monokulyar, uşaqların əksəriyyətində də çəpəzlük monokulyardır. Qeyri-akkomodasiya çəpəzlüylün əsas əlaməti ekstraokulyar əzələlərin anadangəlmə quruluş və bağlanma (bitişmə) anomaliyaları, qabıq və qabıqaltı mərkəzlərin anomaliyaları hesab olunur ki, bu da çox vaxt ananın atipik gedişli hamiləliyinin nəticəsi ilə əlaqədar ola bilər. Müalicənin gedişli zamanı monolateral çəpəzlüylü olan xəstələrin 25-30%-də, alternatıv çəpəliyin olanların 70-75%-də ambliopiyanı aradan qaldırmağa nail olmaq mümkündür, binokulyar görmə monolateral çəpəzlüylü olan xəstələrin yalnız 20-26%-də, alternatıv çəpəzlüylü olanların 50-52%-də inkişaf edir.

Akkomodasiya və hissəvi akkomodasiya çəpəzlüklə **differensiasiyası** aparılır.

• **Qeyri-həqiqi çəpiklik.** Normada gözün optik oxu buynuz qişanın mərkəzindən və tor qişanın mərkəzi çuxurcuğundan keçir.

Görmə oxu baxılan obyekt ilə tor qişanın mərkəzi çuxurcuğunu birləşdirir. Optik ox ilə görmə oxu arasında qalan bucaq qamma bucağı adlanır. Adamların əksəriyyətində qamma bucağı 3° -dən çox olur. Əgər qamma bucağı 3° -dən böyük olarsa, gözün

vəziyyəti elə olur ki, guya o, çəpdir. Qeyri-həqiqi çəplikdə binokulyar görmə saxlanılır, düzəliş hərəkəti olmur, bütün görmə funksiyaları normaya uyğun gəlir.

- **Gizli çəpgözlük və ya heteroforiya.** Heteroforiya konvergensiya və akkomodasiyanın uyğun olmaması ilə, gözün hərəkəti əzələlərinin tonusunun müxtəlif olması ilə şərtlənmişdir.

Xəstələr vaxtaşırı meydana çıxan əzələ astenopiyasından şikayətlənirlər. Heteroforiya zamanı görmə analizatorunun fuzion qabiliyyəti saxlandığından gözün simmetrik vəziyyətinin pozulması baş vermir. Bəzən gözün simmetrik vəziyyətdə olmasına baxmayaraq, binokulyar görməni pozmağa cəhd etsək, yəni xəstənin bir gözünü əlimizlə örtəsək, gözün simmetrik vəziyyəti də pozulur ki, bu da gizli çəpgözlük adlanır. Əgər görmə oxu içəriyə (burna tərəf) əyilsə – bu vəziyyət ezoforiya, xaricə əyilsə – ekzoforiya, yuxarıya – hiperforiya, aşağıya – hipoforiya adlanır. Əlimizi çəkən kimi, yəni binokulyar görmə bərpa olunan kimi, gözün simmetrik vəziyyəti də bərpa olunur.

Heteroforiyanın növünü müəyyən etmək üçün gözlərdən birinin qarşısına Meddoks çubuğu qoyulur. Heteroforiya zamanı işıq mənbəyinin əksi fiksasiya nöqtəsindən kənarında yerləşir, əksin əyilmə istiqamətinə əsasən heteroforiyanın növü müəyyən olunur. Vaxtında korreksiya olunmamış ametropiyalar, görmə yorğunluğu, nevroloji xəstəliklər heteroforiyanın əmələ gəlməsinə səbəb olur. Heteroforiyada binokulyar görmə saxlanılır, ambliopiya inkişaf etmir.

Heteroforiya binokulyar görmənin həmişə pozulduğu həqiqi çəpəliklə **differentiasiya** olunur.

- **Çəpgözlüyün atipik növləri.**

1. Gözün retraksiyası sindromu – Ştilling-Tyurk-Duan sindromu. Daxili çəpəlik, gözün daxilə hərəkətinin məhdudlaşması, xaricə hərəkətinin olmaması, gözü tıx tərəfə hərəkət etdirmək istədikdə zədələnmiş göz tərəfdə göz yarığının genişlənməsi və gözü daxilə hərəkət etdirmək istədikdə göz yarığının daralması, göz almasının retraksiyası (çökəyə düşməsi) baş verir.

Anadan olandan çəpəlik qeyd olunur. O, xarici düz əzələnin anadangəlmə inkişaf etməməsi, onun qısalması, skleraya anomol birləşməsi, əzələnin patoloji innervasiyası ilə əlaqədar olur. Adətən çəpəlik bucağı az – 15°-yə qədər olur.

Diagnostika məqsədilə konyunktiva alkain məhlulu ilə anesteziya edilir. Bulbar konyunktiva pinsetlə tutulur, göz almasını xaricə çevirməyə çalışırlar, bu halda traksiyon test müsbət olur, yəni gözün xaricə hərəkəti mümkün olmur.

Retraksiyon sindromun üç tipi fərqləndirilir:

I tip – daxili çəpəlik, göz almasının çökəyə batması və göz almalarını yaxınlaşdırdıqda göz yarığının daralması, gözün xaricə çevrilməsi.

II tip – xarici çəpəlik, göz almalarını yaxınlaşdırmaq istədikdə gözün çökəyə batması.

III tip – şaquli əzələlərin iflici ilə daxili çəpəlik, göz almasının çökəyə batması və göz alması yaxınlaşdırılan zaman göz yarığının daralması.

Gözün retraksiyası sindromunun **müalicəsi** cərrahi yolladır.

Gözün retraksiyasının **differential diaqnozu** iflic çəpgözlüyü ilə aparılır.

Çəpəlik çox vaxt sol gözdə, əsasən də qadınlarda müşahidə olunur.

2. Blokada olunmuş nistaqm sindromu. Hər iki gözün eyni vaxtda çəpəşməsindən şikayətlənirlər. Bu da həyatın birinci ilində formalaşır.

Kliniki olaraq hər iki göz eyni vaxtda daxilə əyilir, düz baxdıqda nə sağ, nə də sol göz düzgün vəziyyətdə durmur, həm də dərhal təkanvarı nistaqm meydana çıxır ki, bu da göz almasının tıxa doğru hərəkəti (uzaqlaşdırılması) zamanı güclənir. Hər iki gözün daxilə əyilməsi zamanı nistaqm tam itir. Daxili düz əzələlər hipertroflaşır. Hər iki gözün tıx tərəfə uzaqlaşdırılması əhəmiyyətli pozulmuş olur. Böyük yaşlarda, ambliopiyanın inkişafı zamanı çəpəlik birtərəfliyə keçə bilər. Uşağın diqqəti əşyalara fiksə olunanda çəpəlik bucağı artır. Bütün xəstələrdə başın məcburi vəziyyəti – gözün uzaqlaşdırılması daha çox çətinlik törədən tərəfə başın əyilməsi müşahidə olunur. Xəstələrin əksəriyyətində daxilə düz əzələlərin quruluşu və skleraya birləşmə anomaliyaları olur. Bu növ çəpəlikdə zəif dərəcəli hipermetropiya refraksiyası başlıca olacaq üstünlük təşkil edir. Anamnezdə – hamiləliyin patologiyası yer tutur.

Müalicəsi cərrahi yolla aparılır.

3. Fiksə olunmuş daxili çəpəlik. Anadan olandan daxili çəpəlikdən şikayətlənirlər, çox vaxt birtərəfli olur.

Çəpəliyin səbəbi daxili düz əzələnin quruluş anomaliyası – onun qısalması və əzələ liflərinin dəyişilib birləşdirici toxuma liflərinə çevrilməsi hesab olunur. Çəpəlik bucağı əsasən 30°-dən çox olur, əyilmə bucağı böyük və daimi olduğundan əşyaların fiksasiyası mümkün olmur. Çəpəşən gözdə dayanıqlı periferik fiksasiya ilə çox yüksək dərəcəli ambliopiya qeyd olunur.

Müalicəsi yalnız cərrahi yolladır.

Differential diaqnostika iflic çəpgözlüyü ilə aparılır.

4. Dövrü (vaxtaşırı) çəpəlik. Valideynlər uşağda gözün vaxtaşırı olaraq daxilə əyilməsini qeyd edirlər. Gözün əyilməsi qısa müddət davam edir, müəyyən müddətdən sonra günün eyni saatında təkrarlanır. Qalan vaxt ərzində gözün vəziyyəti simmetrik olur, görmə itiliyi dəyişmir, binokulyar görmə pozulmur.

Çəpəliyin səbəbi konvergensiyaya, akkomodasiyaya reflektor təsirin pozulmasından ibarətdir. Bir qayda olaraq, uşaqlar müxtəlif nevroloji xəstəliklərin üzündən nevropatoloqun müşahidəsi və müalicəsi altında olurlar.

Akkomodasion iflic çəpgözlüyü ilə **differential diaqnostika** aparılır.

- **İflic çəpgözlüyü.** Gözün hərəkəti sinirinin, blokvari və uzaqlaşdırıcı sinirin nüvələrinin və ya sütünlarının, eləcə də əzələlərin özlərinin və ya sinirlərinin zədələnməsi iflic çəpgözlüyünə gətirib çıxarır.

Bu patologiya qansızmaların, iltihabi proseslərin, skleroz və travmanın nəticəsi hesab olunur. Göz yuvasının xəstəlikləri – şişi, iltihabi prosesləri, travması zamanı orbital və ya əzələ zədələnmələri meydana çıxır. İflic çəpgözlüyü anadangəlmə və qazanılma olur, diplopiya ilə müşayiət olunur. Bu çəpəlikdə göz almasının hərəkəti iflic olmuş əzələ istiqamətində məhdudlaşır və ya tam pozulur, göz alması əks tərəfə çəpəşir. Bircikli çəpəlik bucağı (çəpəşən gözün) ikincili çəpəlik bucağından kiçik olur. Xəstələrdə ikigörmə (diplopiya) əmələ gəlir ki, bu da onların mühiyyət uyğunlaşmasında çətinlik törədir. Binokulyar görmə pozulmuş olsa da, görmə itiliyi uzun müddət normal qalır.

Zədələnmiş əzələnin diaqnostikası üçün ikili təsvir (ikili əkslər) üsulundan istifadə

olunur. Xəstəyə sağ gözün qarşısında qırmızı şüşə və sol gözün qarşısında isə yaşıl şüşə olan eynək sağanağı taxılır. Xəstəyə şamın arxasınca baxmaq təklif olunur. Əvvəlcə diplopiyanın xarakteri – çarpaz və ya eyniadlı olması təyin olunur ki, bu da üç cüt əzələni dərhal istisna etməyə imkan verir. Eyni adlı diplopiya zamanı xarici düz əzələnin və ya çəp əzələlərdən birinin iflici diaqnozu qoyulur; çarpaz diplopiyada isə üç əzələnin: yuxarı düz, aşağı düz, daxili düz əzələnin iflici diaqnozu qoyulur. Sonra əyri təsvirin hansı rəngdə olması və ya hər ikisinin düz olması və eyni səviyyədə yerləşməsi aydınlaşdırılır. Əyri təsvir alındıqda xəstənin cavabı hansı gözə əzələnin iflic olduğunu göstərir. Qırmızı əyri təsvir sağ gözün yuxarı çəp və aşağı çəp əzələsinin iflicini, düz təsvir isə sağ və ya sol gözün xarici düz əzələsinin iflicini göstərir. Hansı təsvirin – yaşıl, yoxsa qırmızı təsvirin yuxarıda olduğunu müəyyən edərək iflic olmuş əzələni təyin etmək mümkündür. Şamlar arasındakı məsafə mühüm simptom hesab olunur – şamın iflic olmuş əzələ tərəfə yeri dəyişdirildikdə məsafə böyüyür.

Qırmızı rəngli əyri təsvir sağ gözün əzələlərinin iflicini, yaşıl rəngli əyri təsvir – sol gözün əzələlərinin iflicini göstərir. Nəzərə almaq lazımdır ki, daxilə dartan yuxarı düz, aşağı düz və daxili düz əzələlər çarpaz diplopiyanı verir, tışa dartan yuxarı çəp, aşağı çəp və xarici düz əzələlər eyniadlı diplopiyanı verir.

Iflic çəpgözlüyü müstəqil çəpgözlüklə **differentiasiya** edilir.

Əsas xəstəliyin **müalicəsi** nevropatoloqun nəzarəti altında aparılır, deviasiya cərrahi yolla aradan qaldırılır.

NİSTAQM

Göz almasının öz-özlünə titrəyişli hərəkəti nistaqm adlanır. Gözün titrəyişli hərəkəti görmə analizatorunun qabıq və qabıqaltı şöbələrinin tənzimləyici mexanizmi pozulduğundan görmə fiksasiyasının pozğunluğu ilə şərtlənmişdir.

Nistaqm fizioloji və patoloji olur. Patoloji nistaqm göz, labirint və mərkəzi olmaqla qruplara bölünür.

Fizioloji nistaqm tez hərəkət edən əşyalara baxılan və fiksə olunan zaman meydana çıxır: a) optokinetik və ya dəmiryolu, avtoyol nistaqmi; b) tez yerinə yetirilən dairəvi hərəkətlər zamanı idmançılarda optokinetik nistaqm; c) trenajorlarda məşqlərin yerinə yetirilməsi prosesində astronavlarda, təyyarəçilərdə, kosmonavlarda optokinetik nistaqm; d) ekstraokulyar əzələlərin tez yorulması nəticəsində onların tam yanlara uzaqlaşdırılması zamanı gözün nistaqməbənzər hərəkətləri; e) latent nistaqm – gözün biri görmə aktından çıxarıldıqdan sonra meydana çıxır, binokulyar görmənin fuzion refleksinin nəticəsi kimi özünü göstərir. Fizioloji nistaqm görmə üzvünün funksiyasının pozğunluğunu törətmir, xəstə şikayət etmir.

Göz nistaqmi uşağın həyatının birinci ilində zəif görmə itiliyinə səbəb olan anadangəlmə və qazanılma xəstəliklər zamanı, eləcə də gözün hərəkəti aparatının anadangəlmə patologiyası zamanı meydana çıxır. Belə xəstəliklərə tor qişanın mərkəzi çuxurcuğunun və görmə sinirinin kolobomasi, görmə sinirinin atrofiyası, bəndaxili keçirilmiş mərkəzi xorioretinitin nəticəsi, makulyar sahənin hipoplaziya və aplaziyası, gözün hərəkəti aparatının anadangəlmə anomaliyaları aiddir.

Labirint nistaqmi daxili qulağın xəstəlikləri zamanı inkişaf edir, həm də anadangəlmə patologiya zamanı nistaqm daimi olur, qazanılma xəstəliklərdə bir neçə gündən bir neçə həftəyə qədər davam edir. Daxili qulağın birtərəfli xəstəliyi zamanı nistaqm xəstə labirintin əks tərəfi istiqamətində olur.

Mərkəzi və ya nevrogen nistaqm görmə analizatorunun qabıq və qabıqaltı şöbələrinin, vestibulyar aparatın patologiyası, gözün hərəkəti əzələlərinin iflic və yarımfiflic nəticəsində əmələ gəlir.

Göz almasının titrəyişli hərəkətinin xarakterinə görə nistaqm kəfkrvari, təkavari və qarışıq olur. Kəfkrvari nistaqm hər iki tərəfə həcmcə bərabər olan titrəyiş fazaları ilə səciyyələnir. Təkavari nistaqmda titrəyiş fazaları müxtəlif olur – bir tərəfə ləng faza, digər tərəfə - tez faza olur. Qarışıq nistaqm özünü ön baxanda kəfkrvari, yana baxanda təkavari nistaqm kimi göstərir.

Gözün hərəkətinin istiqamətinə görə üfqi, şaquli, rotator, diaqonal nistaqm fərqləndirilir.

Titrəyişli hərəkətin amplitudası 15°-dən böyük olarsa irikalıbrli, hərəkət amplitudası 5-15° - orta kalıbrli və amplitudası 5°-dən az olarsa – xırda kalıbrli nistaqm adlanır. Titrəyişin tezliyi 1 dəq-də bir neçə onluqdan bir neçə yüzə qədər dəyişə bilər. Titrəyişin tez fazasının istiqamətinə görə soltərəfli, sağtərəfli, şaquli yuxarı və şaquli aşağı nistaqm ayırd edilir.

Patoloji nistaqın bütün növlərində xəstələr görmə itiliyinin zəif olmasından, dəqiqlik tələb olunan işlərin yerinə yetirilməsinin mümkün olmamasından, məkanda bələdçiliyin (oriyentasiyanın) itməsindən şikayətlənirlər. Gözün titrəyişi tezlaşdıqca və hərəkət amplitudası artdıqca, görmə itiliyi bir o qədər aşağı olur. Xəstələrin əksəriyyətində baş məcburi vəziyyət alır – baş hərəkətin yüksək amplitudası və daha tez fazası olan tərəfə çevrilir. Belə olduqda həm hərəkətin amplitudası və həm də titrəyişlərin tezliyi azalır, görmə üzvünün funksiyası yaxşılaşır. Qazanılma nistaqmda xəstələr ətraf əşyaların titrəməsindən şikayətlənirlər, anadangəlmə nistaqmda isə belə şikayətlər olmur.

Nistaqımı olan xəstələrin müayinəsinə mərkəzi və periferik görmənin, rəng görməsinin, binokulyar görmənin, gözün vəziyyətinin və hərəkətiliyinin, gözün refraksiyasının və göz dibinin müayinəsi daxildir. Görmə itiliyi xəstə düz qabağa baxdıqda və baş yana döndərildikdə təyin olunur. Baş yana döndərildikdə görmə itiliyinin artması gözün hərəkəti əzələlərində cərrahi əməliyyata göstəriş olduğunu göstərir. Nistaqımın növü, titrəyişli hərəkətlərin xarakteri və onun fazaları təyin olunur.

Nistaqımın xarakterinin obyektiv xarakteristikası üçün nistaqmoqrafda müayinə aparılır. Nistaqmoqrafiyanın nəticələrinə, görmə funksiyasının vəziyyətinə, nistaqımın mənşəyinə əsasən müalicənin növü təyin olunur.

Titrəyişin tez fazasını və onun böyük amplitudunu yerinə yetirən ekstraokulyar əzələlərin hipertrofiyası, müxtəlif dərəcəli ambliopiya – nistaqımın fəsadları hesab olunur.

Anadangəlmə nistaqım qazanılmadan, fizioloji nistaqım patoloji **differentiasiya** olunur.

BUYNUZ QIŞANIN XƏSTƏLİKLƏRİ

Buynuz qişanın xəstəlikləri ümumi göz xəstəliklərinin 25%-ni təşkil edir və aşağıdakılara bölünür:

- I. Anadangəlmə xəstəliklər.
- II. İltihabi xəstəliklər.
 1. Ekzogen mənşəli:
 - a) səthi, buynuz qişanın tamlığı pozulmadan;
 - b) səthi, buynuz qişa toxumasının tamlığının pozulması ilə;
 - c) dərin, buynuz qişa tamlığının pozulması ilə.
 2. Endogen mənşəli.
- III. Buynuz qişanın neyrogen xəstəlikləri.
- IV. Buynuz qişanın degenerativ dəyişiklikləri.
- V. Buynuz qişanın şişləri.
- VI. Buynuz qişanın zədələnmələri.
- VII. Buynuz qişa şəffaflığının, formasının və həcmnin dəyişməsi.

Buynuz qişanın anadangəlmə xəstəlikləri.

- **Meqalokornea** – *nəhəng buynuz qişa* (*megalocornea, cornea globosa*) – sərbəst xəstəlik kimi nadir rast gəlinir. Buynuz qişa diametrinin böyüməsi ilə xarakterizə olunur, limbin genişlənməsi, ön kamera dərinliyinin artması və qüzhəli qişanın titrəməsi – iridodenez ilə müşayiət olunur (şək.17). Buynuz qişa şəffaf qalır. Həyat boyunca xəstəliyin progressivləşməsi müşahidə olunmur. Bəzən meqalokornea bəbəyin ektoptiyası, buynuz qişa endotelində pigmentin toplanması, büllurun yarımqıxığı kimi digər anadangəlmə patologiyalarla birgə ola bilər.

Meqalokornea çox halda anadangəlmə qlaukomanın simptomu hesab olunur, ancaq bu halda göz almasının uzunluğu artır, limb nazildir, desmetat qişasında yarıq əmələ gəlir, buynuz qişa bulanıqlaşır, göz daxili təzyiq yüksəlir, xəstəlik uzun müddət davam etdikdə görmə siniri diskinin qlaukomatoz atrofiyası inkişaf edir.

Differensial diaqnoz hidroftalm ilə aparılır. Fərqləndirici əlamətləri: meqalokornea progressivləşmir, buynuz qişa şəffaf qalır, limb nazildir. Desmetat qişasında yarıq (cırtıq) olmur, funksional pozğunluqlar və qlaukomatoz ekskavasiya qeyd olunmur, göz daxili təzyiq normal olur.

Meqalokornea hər iki gözü zədələyir, çox vaxt irsi-ailəvi xarakter daşıyır, müalicə tələb olunmur.

- **Mikrokornea** – *kiçik buynuz qişa* (*microcornea*) gözün normal ölçülərində sərbəst ikitərəfli anomaliya kimi müşahidə olunur. Xəstələrdə qlaukomaya meyillilik olur. Ancaq mikrokornea çox vaxt mikroftalmın, yəni gözün bütün strukturlarının inkişaf etməməsinin simptomu hesab olunur (şək.18). Mikrokorneanın etiologiyası – dövlün formalaşmasının beşinci ayında buynuz qişa inkişafının bətdaxili pozulmasıdır.

Xəstələr görmənin zəifləməsindən, hətta tam itməsindən şikayətlənirlər. Buynuz qişanın ölçüləri əhəmiyyətli ($d = 9$ mm-dən $d = 2$ mm-dək) azalır. Buynuz qişanın sferikliyini normal və ya əhəmiyyətli dərəcədə yastı ola bilər. Refraksiya adətən hipermetropik olur, görmə itiliyi əhəmiyyətli azalır, hətta tam itə bilər. Mikrokornea ön kamera bucağının daralmasını və ya embrional toxuma ilə tutulmasını törədir ki, bunun da nəticəsində qlaukoma inkişaf edə bilər. Mikrokornea büllurun bulanması, bəbək membranının qalıqları, damarlı qişanın kolobomasi və nəticədə tor qişanın qopması ilə müşayiət olunur.

Diagnoz qoymaq üçün biomikroskopiya, refraktometriya, exoofthalmoskopiya, vizometriya, keratopografiya kimi müayinə üsullarından istifadə olunur.

Klinik şəkli kifayət qədər xarakterdir və differensial diaqnoz tələb etmir.

Buynuz qişanın şəffaflığı saxlanılarkən müalicəyə diaqnoz qoyulandan dərhal sonra başlanılır. Bəzən teleskopik eynəklərin tətbiqi ilə ametropiyanın korreksiyası imkan daxilində aparılır. Cərrahi müalicəsi – keratoplastikadır. Ağırlaşmalar olduqda – kataraktanın ekstraksiyası, antiqlaukomatoz əməliyyat aparılır.

Buynuz qişanın əhəmiyyətsiz kiçilməsi zamanı və digər anadangəlmə patologiya olmadıqda görmə üçün proqnoz əlverişlidir. Buynuz qişanın əhəmiyyətli kiçilməsi zamanı proqnoz püsür.

• **Yastı buynuz qişa** mikroftalmin növ müxtəlifliyi olub, yalnız buynuz qişa diametrinin kiçilməsi ilə deyil, həm də onun əhəmiyyətli yastılaşması ilə səciyyələnir. Ön kamera xırda olub, 30,0 D-ya qədər olan yüksək dərəcəli hipermetropiya qeyd olunur. Əgər mikroftalm zəif ifadə olunubsa, tor qişa fəaliyyət göstərir, refraksiya anomaliyasının uyğun korreksiyası aparılır, ancaq həm də intralamilyar keratoplastika da mümkündür.

• **Keratokonus (keratoconus)** – konik buynuz qişa nadir halda rast gəlinir, həm də anadangəlmə anomaliya ola bilər, adətən iki göz zədələnir.

Xəstələr görmənin əhəmiyyətli zəifləməsindən, baxılan təsvirlərin aydın görünməməsindən şikayətlənirlər.

Bu xəstəlik zamanı buynuz qişa konus şəklini alır. Xəstəlik ləng, iltihab əlamətləri olmadan tədricən inkişaf edir. İlk dövrdə konusun zirvəsində buynuz qişanın yüngül nazılaşması qeyd olunur, qeyri-düzgün formalı astigmatizm inkişaf edir. Daha sonralar buynuz qişa formasının nəzərəçarpan dəyişikliyi, onun nazılaşması müşahidə olunur. Ön kamera dərinləşir, desmetet qişasında çatlar əmələ gəlir, buynuz qişa bulanmağa başlayır (şək.19).

Biomikroskopiya zamanı aşkar olunan daha xarakter əlamətlərə aiddir: konusun zirvəsinin nazılaşması və onun bulanması, keratokonus xətləri, desmetet qişasının yarığı, Fleyşer piqment halqası, qeyri-düzgün astigmatizm. Foqat tərəfindən təsvir olunmuş keratokonus xətləri paralel gedən və ya çarpazlaşan nazik xətlər şəklində olub, stromanın dərin qatlarında yerləşir.

Fleyşer halqası yaşılımtıl və ya sarımtıl-qəhvəyi rəngdə olub, hemosiderinin toplanması ilə şərtlənmişdir, buynuz qişanın mərkəzi ilə limbin arasındakı məsafənin ortasında epitelin dərin qatlarında yerləşir, çox vaxt yarımhalqa və ya qövs formasında olub, xəstəliyin inkişaf mərhələsində əmələ gəlir.

Keratokonus histoloji olaraq əsas etibarilə buynuz qişanın ön qatlarını əhatə edən de-

generativ dəyişikliklərlə xarakterizə olunur.

Buynuz qişanın mərkəzi hissəsi nazildir və qabarıq. Bazal membranın yarığı, boumen qişasının qalınlaşması və fibrillər degenerasiyası qeyd olunur. Desmetet qişasının çoxlu miqdarda bükükləri, onun çatı (cıırıqları) müşahidə olunur.

Müayinə üsullarına yandan işıqlandırma ilə baxış, biomikroskopiya, oftalmometriya, keratopografiya, vizometriya, skioskopiya, keratometriya kimi üsullar daxildir.

Differensial diaqnoz keratoqlobusla aparılır. Keratokonusda buynuz qişa diametrinin artması olmur. Buynuz qişa toxumasının nazılaşması qeyri-bərabər olub, konusun zirvəsinə doğru güclənir. Məhz həmin hissədə buynuz qişanın bulanması, desmetet qişasının çatları yerləşir.

Keratokonusun başlanğıc mərhələsini yaxındangörmə və astigmatizmdən **differensiallaşdırmaq** lazımdır. Keratokonusun fərqləndirici xüsusiyyətləri – skioskopiya zamanı buynuz qişanın mərkəzi və periferik hissələrində kölgənin hərəkətinin üst-üstə düşməməsi (uyğun gəlməməsi), oftalmometrə və keratoskop ilə müayinə zamanı buynuz qişanın mərkəzi hissəsində güzgü əkslərinin təhrif olunması, desmetet qişasının çatları, Fleyşer halqası müşahidə olunur.

Buynuz qişanın qidalanmasının yaxşılaşdırılmasına doğru yönəldilmiş konservativ müalicə yalnız başlanğıc mərhələdə aparılır. Korreksiya cəhdi sərt kontakt linzaların tətbiqi ilə aparılır. Keratokonusun ən səmərəli müalicə üsulu dəlib-keçən keratoplastika hesab olunur.

Vaxtında təyin olunmuş sərt linzalarla kontakt korreksiyası prosesin progressivləşməsinə ləngidir.

• **Buynuz qişanın dermoidi (dermoid cornea)** – buynuz qişanın çox vaxt xarici, yuxarı-xarici kvadrantında yerləşən çox nadir anadangəlmə törəmədir. Bəzən şiş buynuz qişanın yarısını əhatə edə bilər. Bərk konsistensiyalı, çəhrayı və ya ağımtıl-sarı rəngli olub, dəri elementlərindən ibarətdir, əksər halda zəif tütküklərlə örtülmüş olur. Bir qayda olaraq buynuz qişanın dərin qatlarına nüfuz edir. Buynuz qişanın dermoidi hətta bəbək zonasından kənarda yerləşə də, astigmatizmin inkişafı nəticəsində həmişə görməni zəiflədir.

Müayinə üsulları – xarici baxış, biomikroskopiya, əməliyyat zamanı götürülmüş toxumanın biopsiyası.

Törəmə vaxtında götürüldükdə görmə üçün proqnoz əlverişlidir.

Əksər halda buynuz qişanın optik hissəsinin zədələnmədiyini nəzərə alaraq, cərrahi müalicə yenitörəmənin götürülməsindən və laylar üzrə olan keratoplastikadan ibarətdir.

• **Buynuz qişanın bulanmaları** – çapıq (*belmo*) müxtəlif lokalizasiyalı, müxtəlif intensivlikdə və dərinlikdə olur. Ancaq əksər halda bulanma mərkəzi hissələrdə yerləşir, ağ rəngli olub, kənarları aydın olur. Təsnifata görə I-IV dərəcəliyə uyğun gəlir, V dərəcəli çapıqlar anadangəlmə çapıqlardır ki, ədəbiyyatda təsvir olunmamışdır. Daha çox I-II dərəcəli çapıqlara rast gəlinir ki, onlar, bir qayda olaraq, damarsız olurlar. Əgər buynuz qişa bulanması optik zonada yerləşir və diametri 3-3,5 mm-dən çoxdursa, erkən müddətdə cərrahi müalicə – keratoplastika aparılır; zədələnmənin dərinliyindən asılı olaraq – dəlib-keçən və ya laylı keratoplastika aparılır.

Buynuz qişanın distrofiya və degenerasiyaları.

Degenerasiyanın əsasında buynuz qişada patoloji mübadilə məhsullarının toplanması ilə gedən maddələr mübadiləsinin ümumi və yerli pozğunluğu durur. Birincili – anadangəlmə və ikincili – qazanılma degenerasiyalar ayırd edilir. Birincili degenerasiyalar, adətən, ikitərəfli olur, iltihab əlamətləri olmadan xroniki progressivləşən gedişlə xarakterizə olunur. Ancaq hərdən işıqdanqorxma və gözün vaxtaşırı qıcıqlanması qeyd olunur. Buynuz qişanın vaskulyarizasiyası olmur, hissiyyatı müxtəlif dərəcədə zəifləmiş olur. Birincili degenerasiyaların etiologiya və patogenezi tam öyrənilməmişdir, çox vaxt onlar ailəvi və ya irsi xarakter daşıyır.

• **Buynuz qişanın düyüncüklü Qrenuv degenerasiyası** uşaq və cavan yaşlarda meydana çıxır, xəstəliyin kəskin ifadə olunmuş şəkli 40 yaşdan sonra müşahidə olunur. Buynuz qişanın müxtəlif qatlarında xırda, boz rəngdə bulanmaların əmələ gəlməsi ilə xarakterizə olunur. Bulanmalar əvvəlcə mərkəzi hissədə əmələ gəlir, yaş artdıqca düyüncüklər periferik hissəni də tutur. Bulanmanın ölçüsü müxtəlif olub nöqtə ölçüsündən bir neçə millimetərə qədər və daha çox arta bilər. Daha iri düyüncüklər mərkəzi hissələrdə yerləşir. Ocaqların hüdudları aydın olur. Düyüncüklər konyunktivanın altında yerləşdikdə buynuz qişanın səthi nahamar olur, tutqun şəkli alır. Epitel zədələnməmiş və şəffaf qalır. Xəstəliyin gedişi progressivləşən olur.

• **Dimmerin xəlbirvari distrofiyası** uşaq yaşda meydana gəlir, buynuz qişanın mərkəzi hissəsinin səthi qatlarında yerləşən bozumtul-ağ rəngli nazik zolaq şəklində bulanmaların əmələ gəlməsi ilə xarakterizə olunur (şək.20). Mərkəzə doğru gəldikcə bu zolaqlar şaxələnilir, öz aralarında anastomozlaşirlar. Zolaqlar arasında düyün şəklində ayrı-ayrı bulanmalar yerləşir. Mərkəzdə zolaqlar az olur, yalnız ləkə şəklində bulanmalar müəyyən olunur.

Xəstəliyin gedişi prosesində buynuz qişanın mərkəzində bütünlüklə diskvari bulanmalar əmələ gəlir. Bulanmanın sərhədləri aydın olur. Buynuz qişanın hissiyyatı əhəmiyyətli dərəcədə zəifləmiş olur. Proses, adətən, ikitərəfli olur. Xəstəlik üçün eroziyanın əmələ gəlməsi ilə müşayiət olunan kəskinləşmələr xarakterdir. Epitelizasiyadan sonra buynuz qişanın səthi kələ-kөtür olur.

• **Ferin ləkəli (xallı) distrofiyası** buynuz qişada bozumtul-ağ rəngli nöqtə şəklində zərif ləkəli bulanmaların və subepitelial qatda yerləşən sərhədləri aydın olmayan müxtəlif formalı ləkələrin meydana çıxması ilə səciyyələnilir. Ləkələr müxtəlif fiqurları, halqaları, şaxələnlən zolaqları əmələ gətirir. Sonralar buynuz qişa stromasının qeyri-intensiv diffuz bulanmaları meydana çıxır. Kiçik bulanma ocaqları mərkəzdə, daha irilər isə buynuz qişanın periferiyası boyunca onun dərin qatlarında yerləşir. Bəzən yüngül vaskulyarizasiya meydana gəlir.

• **Şniderin kristallik distrofiyası** erkən uşaq yaşlarında əmələ gəlir, buynuz qişanın mərkəzi və mərkəzətrafi hissəsində ön hüdud membranının altında yerləşən ikitərəfli simmetrik boz rəngli diskvari bulanıqlıq şəklində olur. Bəzən bulanıqlıq mərkəzi şəffaf zona olan halqa formasına malik olur. Bulanıqlıq yaşıla çalan ağımtıl rəngli radial yerləşmiş kristalabənzər iynələrdən ibarətdir.

- **Fransanın çil-çil distrofiyası** hər iki gözdə inkişaf edir, boz rəngli müxtəlif formalı, kənarları aydın olmayan çoxlu xırda subepitelial bulanmanın əmələ gəlməsi ilə səciyyələnilir. Bulanmanın forması diskşəkilli olub, buynuz qişanın mərkəzində yerləşir. Epitel, endotel, desmet qişası zədələnməmiş qalır. Buynuz qişanın hissiyyatı pozulmur, iltihab əlamətləri olmur.
- **Zalsmanın düyüncüklü distrofiyası** çələng və ya nal şəklində yerləşən iri düyünlərin əmələ gəlməsi ilə səciyyələnilir. Bulanmalar buynuz qişanın səthindən qalxıb dairəvi və ya çoxbucaqlı formasında olur (şək.21). Tək göz zədələnir. Xəstəliyin gedişi progressivləşəndir. Xəstələrin əksəriyyətinin anamnezində fliktenulyoz keratit qeyd olunur.
- **Mesmann-Uilkinin epitelial distrofiyası** “göz yarığı” nahiyəsində inkişaf edən irsi səthi distrofiya hesab olunur. Buynuz qişa epitelinin təkcə zədələnməsi səciyyəvidir. Stroma, desmet qişası, endotel prosesə cəlb olunmur. Sonradan buynuz qişa bulanmaları ilə əvəz olunan xırda qovucuqların əmələ gəlməsi müşahidə olunur. Polixarid mübadiləsi pozulur.
- **Reys-Byuklers distrofiyası** ikitərəfli olub, irsi hesab olunur. Buynuz qişanın mərkəzi hissəsində halqavari bulanma əmələ gəlir. Həyatın ilk illərində vaxtaşırı eroziyalarla olan səthi bulanma şəklində başlayır. Biomikroskopiya zamanı epitelin kələ-kөtürülyü qeyd olunur. Stroma və endotel zədələnmir. Buynuz qişanın hissiyyatı aşağı olur.
- **Endotelial-epitelial distrofiya** buynuz qişanın mərkəzi hissəsində disk formasında tüstüklü bulanmanın əmələ gəlməsi ilə səciyyələnilir. Epitel ödemli olur, epitelə qovucuqlar əmələ gəlir. Buynuz qişanın hissiyyatı zəifləyir. Xəstəlik uşaq yaşda başlayır. Biomikroskopiya zamanı buynuz qişanın qalınlaşması, səthinin deşik-deşik olması qeyd olunur ki, kobud yunu xatırladır. Epitelin çoxlu sayda qovucuğu və cırığı əmələ gəlir, bununla əlaqədar buynuz qişa tutqun olur. Bulanmalar buynuz qişanın mərkəzində və aşağı hissələrində daha intensiv olur. Buynuz qişa endotelinin distrofik dəyişiklikləri vakuol şəklində özünü göstərir, desmet qişasının qırıq-qırıq, büküklü olması və arxa epitelin qəhvəyi rəngi qeyd olunur. Bundan əlavə, ön kameraya doğru qabaran çoxlu xırda parlaq damlayabənzər sahələr təyin olunur. Buynuz qişanın arxa səthi nahamar olub, desmet qişasının ziyilli qalınlaşması – Hassal-Hehle cisimcikləri qeyd olunur. Histoloji olaraq desmet qişasının hialinozu, endotelə pigment dənəciciyi qeyd olunur.
- **Buynuz qişanın piy distrofiyası** ümumi xolesterinemiya zamanı buynuz qişanın piylə infiltrasiyası nəticəsində birincili və köhnə çapıqlarda – ikincili olur. Ləng inkişaf edir, limbdə sarımtıl-ağ rəngli xırda ocaqlar əmələ gəlir. Bulanmanın kənarları aydın, səthi nahamardır. Bulanma mərkəzdə yerləşir və dərin qatlara çatır. Hissiyat kəskin zəifləyir.
- **Buynuz qişanın əhəngli dəyişməsi.** Periferiyada, dərin qatlarda ağ parlaq bulanma şəklində yığıntı qeyd olunur. Buynuz qişanın mərkəzi hissəsi şəffafdır. Bulanma yüngül vaskulyarizə olunub. Hissiyat pozulmayıb. Buynuz qişanın səthləri arasında kalsium-fosfat toplanır.
- **Buynuz qişanın zülal distrofiyası** buynuz qişa epitelində və stromanın dərin qatlarında

da kürəyəbənzər homogen törəmə şəklində hialinin yığıntısı ilə özünü göstərir. Buynuz qişanın səthi qızılı-sarı rəngdə dənəvər qabarcıqlarla örtülmüşdür. Distrofiyanın bu forması, adətən, köhnə çapıqlarda inkişaf edir.

• **Qocalıq qövsü.** Ahıl adamlarda buynuz qişanın periferiyasında limbdən ensiz şəffaf zolaqla ayrılmış boz rəngli bulanmadır ki, onun da eni 1-2 mm-dir. Limb tərəfdən qövsün hüdudu aydındır, buynuz qişanın mərkəzi tərəfdən o, stromanın şəffaf hissəsinə hiss olunmadan keçir. Qocalıq qövsü səthi və orta qatlarda yerləşə bilər – ön qövs; ancaq dessemet qişası ilə sərhəddə yerləşə bilər – arxa qövs adlanır. Bulanma buynuz qişanın yuxarı və aşağı kənarları boyunca qövsvari olur. Bulanma buynuz qişanın səthində paralel və ya çəpinə gələn tünd xətlər sırasından ibarətdir. Qocalıq qövsünün inkişafı ön hüdudi səfhədə və buynuz qişanın stromasının səthi qatlarında piy toxumasının pozulması ilə şərtlənmişdir. Bu zaman mübadilə pozğunluğu nəticəsində xolesterin və lipidlərin yığılması baş verir.

• **Buynuz qişanın kənarı distrofiyası** periferiyada tiş kənarı tədricən limbə keçən şırımın əmələ gəlməsi ilə səciyyələnilir ki, onun da daxili kənarı birdən-birə kəskin surətdə qocalıq qövsündə kəsilir. Zədələnmə, adətən, ikitərəfli olur, vaxtaşırı olaraq gözün yaşaxma, işıqdanqorxma ilə müşayiət olunan qıcıqlanma əlamətləri meydana çıxır. Xəstəlik üçün gedişin mərhələli olması səciyyəvidir. Birinci mərhələ prelibal infiltrasiyanın meydana çıxması ilə səciyyələnilir, zədələnmə zonasının periferik kənarı bulanması və vaskulyarizasiyası baş verir.

İkinci mərhələdə prelibal zonada buynuz qişanın periferik hissəsinin nazımlası ilə özünü göstərən navalça şəklində şırım əmələ gəlir.

Üçüncü mərhələdə marginal ektaziya əmələ gəlir, yəni buynuz qişanın dartılması nəticəsində o, öndə qabarıq. Qabarma sahəsi nazik damarlarla örtülmüş olur.

Dördüncü mərhələdə proses buynuz qişaya bütünlüklə yayılır, keratokonusu xatırladan total ektaziya meydana çıxır.

• **Buynuz qişanın lentvari degenerasiyası** buynuz qişanın orta hissəsində açıq göz yarığına uyğun nahiyəsində yerləşmiş tutqun boz zolaq şəklindədir. Buynuz qişanın daxili və xarici hissələrində, limbdən şəffaf toxumanın ensiz zolağı ilə ayrılan aydın sərhəddə kiçik boz bulanmaların əmələ gəlməsi ilə başlayır. Bulanmalar ön hüdudi səfhə səviyyəsində yerləşir. Xəstəliyin başlanğıcında buynuz qişanın mərkəzi hissəsi şəffaf olur, sonrakı inkişaf etmiş mərhələlərdə bulanmalar mərkəzə yayılır, bitişir və eni 3-5 mm olan tutqun boz zolaq əmələ gətirir. Bulanma buynuz qişanın epitelinin səthi qatlarında yerləşən ağ və boz nöqtələrdən ibarətdir. Buynuz qişanın səthi nahamar, kələ-kötürdür.

Histoloji olaraq ön hüdudi səfhədə və stromanın səthi qatlarında kalsium duzlarının və hialinin yığıntısı aşkar olunur.

Lentvari distrofiya buynuz qişanın qidalanmasının pozulması nəticəsində, keçirilmiş iridosiklindən, xorioiditdən, qlaukomadan sonra meydana çıxır.

• **Buynuz qişanın piqmentasiyası** bir neçə formada ayırd edilir.

Endotelial melanozda buynuz qişanın arxa səthində əsasən aşağıya baxan üçbucaq şəklində piqment yığıntısı qeyd olunur. Daha tez-tez ahıl adamlarda, eləcə də iridosiklit, qlaukoma, diabet kimi patoloji proseslərdə müşahidə olunur.

Stelin piqmentli xətti buynuz qişanın aşağı üçdə bir hissəsində limbə çatmağa 1-3 mm qalmış, səthi qatlarda üfqə gələn, düz və ya dalğalı ensiz zolaqlar şəklində yerləşir. Zolaqların rəngi bozumtul ağdan yaşıl rəngə, zeytunu sarı rəngə qədər müxtəlif olur. Ahıl adamlarda hər hansı bir xəstəlik olmadıqda rast gəlinir.

Krukenberqin piqmentli mili buynuz qişanın arxa səthində şaquli meridian boyunca yerləşmiş ayrı-ayrı nöqtələrdən ibarət milşəkilli və ya oval formalı piqmentasiya ilə xarakterizə olunur. Piqment toplanması müxtəlif həcmdə olur. Bu patologiyanın məşəyi barədə ümumi bir fikir yoxdur – anadangəlmə ola bilər, eləcə də yaşa dolmuş adamlarda ağır iridosiklitlərin nəticəsi ola bilər.

Kayzer-Fleyşer halqası buynuz qişanın periferiyasında yerləşir, aypara və ya qövs formasına malik olur, hemosiderinin toplanması nəticəsində yaşılımtıl və ya sarımtıl-qəhvəyi rəngdə olur. Halqa arxa hüdudi səfhədə olan xırda piqment nöqtələrindən ibarətdir. Limbin yaxınlığında zeytunu-qəhvəyi rəngli aydın sərhədə malik olur, mərkəzə doğru getdikcə sarımtıl-yaşıl rəng alır, ancaq onun ən daxili qatı mavi rəngdə olur (şək.22). Hepatolentikulyar degenerasiya – Vilson-Konovalov xəstəliyində müşahidə olunur.

Takayasu xəstəliyində piqment yığıntısı buynuz qişanın arxa səthində və ön kəməra bucağında olur. Göz alması konyunktivasiyının damarlarının qıvrımlığı, qüzhəli qişanın atrofiyası, fəsadlaşmış katarakta, görmə siniri diskinin ətrafında arteriovenoz anevrizmalar, aşağı ətrafların qanla təchizatı pozulduğundan növbəli axsaqlıq qeyd olunur.

Alport sindromunda buynuz qişanın arxa səthində və büllurun ön kapsulunda piqment yığıntısı ilə yanaşı ön ikitərəfli lentikonus, qüzhəli qişanın atrofiyası, eşitmənin pozulması, nefrit müşahidə olunur.

Busak simptomu yüksək dərəcəli miopiyada, kirpikli cismin və qüzhəli qişanın zədələrində, eləcə də yaşlı adamlarda melaninin dispersiyası nəticəsində ön kamera bucağında və buynuz qişanın arxa epitelində piqmentin yığıntısı ilə səciyyələnilir.

Vesfal-Şryumpel-Vilson sindromu üçün arxa hüdudi səfhənin periferiyası boyunca yaşılımtıl-qonur rəngli piqment yığıntısı və büllurun qünəbəxan formasında bulanması xasdır.

Buynuz qişanın bütün növ distrofiyası və degenerasiyalarında xarici baxış, buynuz qişanın hissiyatının müayinəsi, biomikroskopiya, flüoresseinslə rəngləmə, qanda lipidlərin (xolesterin və triqliseridlər) təyini kimi müayinə üsullarının aparılması və genetikin məsləhəti vacibdir.

Buynuz qişanın degenerativ və distrofik proseslərinin differensial diaqnozunun aparılması patologiyasının birincili və ikincili olmasını daha dəqiq müəyyən etmək üçün lazımdır.

Buynuz qişanın birincili degenerasiyaları (və distrofiyaları) adətən ikitərəfli olur, iltihab əlamətləri olmadan xroniki progressivləşən gedişlə səciyyələnilir, bir qayda olaraq, buynuz qişanın vaskulyarizasiyası olmur, hissiyyat müxtəlif dərəcədə zəifləyir, proses ailəvi xarakter daşıyır.

İkincili degenerasiya və distrofiyalar keçirilmiş keratitlərdən sonra inkişaf edir, onların progressivləşməsi iltihab reaksiyası ilə müşayiət olunur, buynuz qişanın səthi və ya dərin neovaskulyarizasiyası ilə bircə olur.

Müalicəsi göz stasionarı şəraitində aparılır. Cərrahi müalicədən sonra proqnoz əlverişlidir.

KERATİTLƏR

Buynuz qişanın müxtəlif iltihabi, allergik, travmatik xəstəlikləri polietoloji olub, cürbəcür kliniki şəklə malikdir.

Onların ümumi səciyyəsinə qısa təsnifat şəklinə göstərmək olar:

A. Ekzogen keratitlər:

1. Buynuz qişanın eroziyaları.
2. Mexaniki, fiziki və ya kimyəvi zədələrlə şərtlənmiş travmatik keratitlər.
3. Bakterial mənşəli infeksiyon keratitlər.
4. Konyunktivanın, göz qapağının, meybomi vəzilərinin xəstəliklərindən törənən keratitlər.
5. Göbələk keratitləri.
6. Allergik keratitlər.

B. Endogen keratitlər:

1. İnfeksiyon keratitləri:
 - a) vərəm mənşəli;
 - b) sifilis etiologiyalı;
 - c) herpesik.
2. Neyroparalitik (sinir iflici).
3. Avitaminoz.

C. Etiologiyası məlum olmayan keratitlər.

Keratitlərin ümumi simptomatologiyası.

Buynuz qişa öz topoqrafik xüsusiyyətlərinə görə, daima xarici amillərin, konyunktiva kisəsi mikroflorasının, müxtəlif endogen amillərin təsirinə məruz qalır.

Buynuz qişanın zədələnməsini səciyyələndirən subyektiv simptomlara ağrı, işıqdan-qorxma, yaşaxma və görmə itiliyinin zəifləməsi aiddir. Ağrı buynuz qişanın sinir uclarının zədələnməsi, eləcə də qüzehli qişa və kirkikli cismin qıcıqlanması ilə şərtlənmişdir. İşıqdan-qorxma, yaşaxma buynuz qişada yerləşən sinirlərin qıcıqlanmasının nəticəsidir.

Buynuz qişa zədələnməsinin obyektiv əlamətlərinə blefarospazm, perikorneal inyeksiya, şəffaflığın pozulması aiddir. Blefarospazm göz qapaqlarının tam yorulmasına qədər göz yağığının ölçülərinin kiçilməsi ilə ifadə olunur. Perikorneal inyeksiya buynuz qişanın ətrafında halqa şəklinə olur, diametri 6-8 mm-ə qədər, limbdən uzaqlaşdıqca tədricən azalır. Perikorneal inyeksiyanın fərqləndirici xüsusiyyətləri bunlardır: buynuz qişanın ətrafında damarlar 6-8 mm məsafədə genişlənir; limbdən uzaqlaşdıqca inyeksiya azalır; damarlar hərəkətsizdir; damarlar bənövşəyi rəngə çalır; damarlar şaxələnir və anastomozlaşmırlar. Uzun sürən xəstəliklərdə və ya ağır formalarda perikorneal inyeksiya konyunktival inyeksiya ilə yanaşı olur, yəni göz almasının qarışıq inyeksiyası inkişaf edir. Konyunktival inyeksiya üçün bu əlamətlər xasdır: damarlar açıq-qırmızı rəngdə olur, limbdən uzaqlaşdıqca inyeksiya artır; damarlar hərəkətlidir, ağacabənzər şaxələnir, anastomozlaşır.

Buynuz qişada onun dəyişilmiş hüceyrələrindən, leykositlərdən ibarət infiltratlar əmələ gəldikcə buynuz qişanın şəffaflığı pozulur. İnfiltratlar boz, bozumtul-ağ və ya bozumtular rəngdə bulanıqlaşma şəklinə olur. İnfiltratların sərhədləri həmişə qeyri-aydın olur. İnfiltrat nahiyəsində buynuz qişa tutqun, nahamar, qeyri-şəffaf olur. İnfiltratın yerləşmə vəziyyətindən asılı olaraq səthi və dərin olurlar. Səthi yerləşmiş infiltratlar müxtəlif forma və həcmdə xoraların əmələ gəlməsi ilə bəzən parçalanırlar. Buynuz qişa qüsurunun kənarı və dibi əhəmiyyətli dərəcədə infiltrasiyaya uğrayır və ifrazatla örtülür.

Toxumalara mayenin hopması nəticəsində bulanmaların ölçüləri əhəmiyyətli artır. Yenidən əmələ gələn damarlar səthi konyunktiva damarlarından yaranırsa – səthi, episklara damarlarından əmələ gəlibsə – dərin ola bilər. Səthi damarlar limbdən buynuz qişaya keçir, ağacabənzər şaxələnir, öz aralarında anastomozlaşır, buynuz qişanın səthi qatlarında epitelin altında yerləşir və rəngi al-qırmızı olur. Dərin damarlar yalnız buynuz qişa həddində görünür, stromanın müxtəlif dərinliyində paralel yerləşir, öz aralarında anastomozlaşır qısa və ya uzun süpürgə şəkli olur.

Buynuz qişa infiltratlarının nəticəsi müxtəlif ola bilər. Keratitlərdə toxumaların parçalanması ilə müşayiət olunmayan reparativ proses tez ötüb keçir, buynuz qişa toxuması tam bərpa olunur. Toxuma parçalandıqda infiltratın müxtəlif intensivlikdə təşkili baş verir.

Əgər epitel prosesə cəlb olunmaqla infiltratın parçalanması baş verirsə, xora əmələ gəlir. Reqressiya dövründə nekrozlaşmış toxuma qopur, infiltrasiya azalır, qüsurlaşdırıcı toxuma ilə dolur ki, nəticədə davamlı bulanma əmələ gəlir. Buynuz qişa stromasının iltihab dəyişiklikləri zamanı boumen qişasında büküşlər yaranır.

Keratitlər hissiyatın zəifləməsi və ya tam pozulması, yaxud da, əksinə, keratolgiya ilə müşayiət olunur.

Buynuz qişa epiteli yüksək regenerasiya qabiliyyətinə malikdir. Əvvəlcə epitel qüsuru ətraf epitelial hüceyrələrin yastılaşması və dəyişməsi hesabına dolur, sonra hüceyrələr bölünməyə başlayır, çoxqatlılıq bərpa olunur. Buynuz qişanın xüsusi maddəsi zəif proliferasiya qabiliyyətinə malikdir. Buynuz qişanın endoteli, həmçinin epitel kimi yüksək regenerasiya qabiliyyətinə malikdir.

Keratitin ən ağır nəticəsi xoralı prosesin dərinə yayılması zamanı müşahidə olunur. Bu halda buynuz qişa arxa hüdudi səfhəyə qədər dağıla bilər. Hansı ki, gözdaxili təzyiğin təsiri altında arxa hüdudi membran önə qabarıq və yırtıq əmələ gəlir. Buynuz qişanın deşilməsi zamanı ön kamera mayesi özü ilə qüzehli qişanı apararaq axır. Bu zaman bitişmiş çapıq əmələ gəlir və ya buynuz qişanın svişi yaranır ki, bu da infeksiyanın gözün daxilinə keçməsinə şərait yaradır və endoftalmit və panoftalmitin inkişafı ilə nəticələnir.

Uzun sürən və ya dərin keratitlərdə qüzehli qişa, kirkikli cisim prosesə cəlb olunur, buynuz qişa presipitatları, qüzehli qişanın rəngi və şəklinin dəyişməsi, mioz, arxa sinexiyalar, qoniosinexiyalar, şüşəvari cismin bulanıqlaşması kimi xarakter simptomatika baş verir.

Ekzogen keratitlər.

- **Buynuz qişanın eroziyası (erosia cornea)**, yəni epitelin tamlığının pozulması ilə buynuz qişanın zədələnməsi və ya xəstəlikləri, əsasən, mexaniki, termiki, kimyəvi, şüa zədələnmələri nəticəsində, eləcə də iltihabi və ya degenerativ proseslər nəticəsində meydana çıxır.

Eroziyalar tək-tək, çoxlu, total, periferik, mərkəzi olmaqla fərqləndirilir. Xəstələr mərkəzdə yerləşmiş eroziyalar zamanı ağrıdan, işıqdanqorxma, yaşaxma və görmə itiliyinin zəifləməsindən şikayətlənirlər. Kliniki olaraq yaşaxma, işıqdanqorxma, perikorneal inyeksiya qeyd olunur. Diaqnozu dəqiqləşdirmək məqsədilə konyunktival boşluğa 1% flüoressein məhlulu damızdırılır. Buynuz qişanın epitelini itirmiş hissələri yaşılımtıl rəngə boyanır.

Eroziyanın müalicəsi ambulator aparılır.

Vaxtında aparılmış müalicədə proqnoz əlverişlidir.

• **Buynuz qişanın sürünən (yayılan) xorası (*ulcus cornea serpens*).**

Bakterial mənşəli infeksiyon keratitlərin ağır formalarından biri olub, bir qayda olaraq, böyüklərdə inkişaf edir; uşqlarda buynuz qişanın digər xəstəlikləri fonunda ikincili olaraq meydana gəlir. Sürünən xoralar çox vaxt mikrotravmalardan sonra əmələ gəlir. Əksər hallarda buynuz qişası xoraları buynuz qişaya pnevmokokların, az halda Moraks-Aksenfeld diplobasillərinin, stafilkokların, streptokok və s.-nin nüfuz etməsi ilə şərtlənmişdir. Etioloji diaqnostikani dəqiqləşdirmək məqsədilə konyunktivadan və xoranın progressiv kənarından götürülən yaxmanın müayinəsi mütləqdir. Çox vaxt konyunktiva və yaş yolları, xüsusilə də xroniki irinli dakriosistit infeksiya mənbəyi hesab olunur.

Xəstəlik kəskin başlayır. Xəstə gözdə kəskin ağrı, yaşaxma, işıqdanqorxma, gözün qızarması, görmə itiliyinin zəifləməsi kimi şikayətlər təqdim edir.

Baxış zamanı gözün qıçıqlanmış olduğu, kəskin qarışıq inyeksiya, bəzən göz alması konyunktivasının xemozu nəzərə çarpır. Buynuz qişada, xüsusilə, onun mərkəzində böyük olmayan bozuntul-sarı infiltrat əmələ gəlir. İnfiltrat parçalanır, irinli infiltrasiyalı dibi olan diskvari formalı xoraya çevrilir. O zaman xoranın bir kənarı təmizləndiyi, hamar olub epitelə örtüldüyü vaxtda, digər kənarı progressivləşir, aypara formalı olur, kəskin infiltrasiyalı olur və sarımtıl rəngə çalır. Bu kənarın ətrafında buynuz qişası diffuz bulanıq və infiltrasiyalı olur. Progressivləşən kənar tez yayılır, buynuz qişanın səthi boyunca sürünür və bir neçə gün ərzində xora buynuz qişanın çox hissəsini tuta bilir.

Sürünən xoralarda buynuz qişanın vaskulyarizasiyası olur və ya zəif ifadə olunur. Adətən xəstəliyin ilk günləri qüzehli qişaya və kirpikli cisim prosesə cəlb olunur, gözdə ağrı artır, qüzehli qişanın rəngi dəyişir, şəkli hamarlaşır, bəbəklə daralır, arxa sinexiyalar əmələ gəlir, ön kameranın dibində irinli eksudat (hipopion) toplanır. Hipopion fibrindən, leykositlərdən ibarət olur, xoranın deşilməsi baş verməyincə, o, steril qalır. Əvvəlcə hipopion duru olur və başın vəziyyəti dəyişdikdə qarışır. Sonralar fibrinin yığılması nəticəsində buynuz qişası endotelilə yapışmış qatı kütləyə çevrilir. Buynuz qişası səthinin 2/3 hissəsini tutan xora dərinə yayılır, desmetet qişası dağılır və qüzehli qişanın tökülməsi ilə buynuz qişanın perforasiyası baş verir. Bu halda proses iri leykoma (qüzehli qişaya ilə bitmiş) və ya endoftalmittə, panoftalmittə nəticələnir. Ancaq çox vaxt perforasiyadan sonra xoranın dibi tez təmizlənir və bitmiş çapığın formalaşması ilə epitelizasiya baş verir.

Xəstələrin müayinəsinə aiddir: xarici baxış; biomikroskopiya; buynuz qişanın qalxmış kənarından götürülmüş materialın bakterioskopik müayinəsi, eləcə də antibiotiklərə həssaslığın təyini ilə bakteriooloji müayinə; flüoresseinlə rəngləmə; epitelizasiya dövründə buynuz qişası hissiyyatının müayinəsi.

Patologiyani göbələk keratitindən fərqləndirmək lazımdır. Göbələk keratitində boş

bozuntul-ağ bulanma xoralanma ilə birgə yelpiyə bənzəyir, kənarın hündürlükləri eyni olur. Gimza üsulu ilə boyanmış buynuz qişası yaxmaları və əkmə prosesin etiologiyasını dəqiqləşdirməyə imkan verir.

Sürünən xorası olan xəstələrin müalicəsi stasionar şəraitdə mümkün qədər erkən aparılmalıdır. Müalicəyə qədər xoranın dibindəki konyunktiva florasının müayinəsi, eləcə də floranın antibiotiklərə həssaslığının təyini vacibdir. Gözyaşı-burun yollarının müayinəsi mütləq hesab olunur və lazım gəldikdə onların səmərəli sanasiyası aparılmalıdır.

Buynuz qişanın deşilmə təhlükəsi olduqda müalicəvi keratoplastika aparılır.

• **Buynuz qişanın diplobasillyar xorası (*ulcus cornea diplobacilla*).** Pnevmonokkoma nisbətən çox az müşahidə olunur. Sadə kataral xoradan tutmuş sürünən xoraya qədər müxtəlif formalarda keçir. Etioloji diaqnostika yalnız bakterioskopik və bakteriooloji müayinə zamanı mümkündür.

Xoradan götürülən yaxmada Moraks-Aksenfeld diplobasilləri və onun yarımövzləri, xüsusən də Pti çöpcükləri aşkar olunur.

Diplobasillyar xora kliniki olaraq bir sıra xüsusiyyətlərə malikdir – səth boyunca yox, dərinə yayılır; xoranın kənarları oxşalanmış olur, progressivləşən kənar olur. Bütünlüklə xora irinli infiltrasiyalıdır, daha çox infiltrasiya xoranın dibində - basillərin əsas kütləsinin tapıldığı yerdə olur. Hipopion qatı yapışqan konsistensiyaya malik olur.

Patologiyani göbələk keratitindən **differentiasiya** etmək lazımdır. Göbələk mənşəli keratitlərdə boş bozuntul-ağ bulanıqlaşma xoralanma ilə birgə yelpiyə bənzəyir, kənarları eyni hündürlüyə malikdir. Gimza üsulu ilə rənglənmiş buynuz qişası yaxmaları və əkmə prosesin etiologiyasını dəqiqləşdirməyə imkan verir.

Vaxtında və düzgün aparılmış müalicə zamanı proqnoz əlverişlidir.

• **Epidemik keratokonyunktivit (*keratitis epidemicus*).**

Filtrasiya olunmuş virus tərəfindən törədilir.

Kliniki olaraq özünü az miqdarda ifrazatı olan, pərdənin əmələ gəlməsi ilə kəskin follikulyar konyunktivit şəklində göstərir. Qulaqətrafi və çənəaltı limfa düyünlərinin böyüməsi və ağırlı olması, buynuz qişanın zədələnməsi ilə müşayiət olunur. Baş ağrısı, bədən temperaturunun yüksəlməsi müşahidə olunur. Xəstəlik yüksək yoluxuculuğu ilə seçilir. Buynuz qişanın zədələnməsi çox vaxt birtərəfli olur və konyunktivit başladıqdan 1-4 həftə sonra baş verir.

Epidemik keratokonyunktivit fərqləndirici **differential-diaqnostik** əlamətləri: konyunktivit başladıqdan 7-10 gün sonra, bəzən də gec – 1 ay müddətində buynuz qişanın zədələnməsidir. Hissiyatın azalması, buynuz qişası vaskulyarizasiyasının və xoralanmanın olmaması, 2-3 aya qədər uzun sürən ləng gediş tipikdir.

Buynuz qişanın üç tip zədələnməsi qeyd olunur:

- erозиyalarla müşayiət olunan çoxsaylı səthi bulanmaları;
- stromanın səthi qatlarında boumen qişasının altında əmələ gələn infiltratlar; dairəvi formaya malikdir. İnfiltratlar həcmində görə 0,5 mm-dən 2 mm-ə qədər olur; sayına gəldikdə, təkdən yüzlərcəyə qədər ola bilər;
- diametri 5 mm-dək olan diskvari bulanmaları; dərin qatlarda, adətən mərkəzdə yerləşirlər; desmetet qişasının bükükləri, presipitatlarla, ön kamera mayesinin bu-ylanması ilə, demək olar ki, iridosiklitin bütün əlamətləri, o cümlədən qüzehli qi-

şanın uyğun dəyişiklikləri ilə müşayiət olunur. Bütün hallarda buynuz qişasının histiyyatı zəifləyir, vaskulyarizasiya və xoralanma xas deyil, gedşi uzun sürəndir.

Patologiyayı göbələk keratitindən **differensiasiya** etmək lazımdır. Göbələk keratitində bozumtul-ağ bulanma xoralanma ilə yelpiyə bənzəyir, kənarları eyni hündürlükdə olur. Gimza üsulu ilə rənglənmiş buynuz qişa yaxmaları və əkmə prosesin etiologiyasını dəqiqləşdirməyə imkan verir.

Praktiki olaraq bütün göbələk keratitlərində xəstələr ağrıdan, işıqdan qorxmadan, gözün qızarmasından, yüngül yaşaxmadan şikayətlənirlər. Anamnezində ağac budağı, saman çöpü, quru ot və bitkidən əldə olunan digər əşyalarla zədə əsas yer tutur.

Vaxtında aparılan müalicə zamanı görmə üçün proqnoz əlverişlidir.

Buynuz qişanın göbələk zədələnmələri.

Gözün göbələk zədələnmələri kortikosteroidlərdən, antibiotiklərdən istifadə, immunodepressant terapiyası zamanı və digər hallarda hüceyrə immunitetinin zəifləməsi ilə müşayiət olunan müxtəlif şəraitlərdə tez-tez rast gəlinir. Buynuz qişanın yoluxması ilə əksər halda saman çöpü, ağac hissəciyi, torpaq ilə xırda zədələnmələrdən sonra və ya ilkin ocaqdan barmaqlarla göbələyin ötürülməsi zamanı baş verir.

Buynuz qişanın göbələk zədələnmələrinin aşağıdakı növləri ayrd edilir.

- **Aktinomikoz** (*actinomycosis cornea, keratitis actinomycosa*). Oftalmomikozlardan ən çox rast gəlinəndir; xüsusiyyətlərinə görə anaerob bakteriyalara yaxın olan aktinomisetlər tərəfindən törədilir. Aktinomisetlər havada, bitkilərdə, insan dərisində və selikli qişalarında, karioz dişlərdə, bağırsaqda geniş yayılmışdır.
- **Aspergilyoz** (*keratitis aspergilliana*) sağlam dəriddə və selikli qişalarda simptomuz yaşayan kif göbələyi tərəfindən törədilir. Klinik gedişinə görə vərəmi xatırladır.
- **Blastomikozun** (*keratitis blastomycosa*) törədiciləri – göyərçinlərin yuva saldığı yerlərdə, anbarlarda, tövlələrdə yaşayan müxtəlif maya göbələkləridir. Onlar dəri və selikli qişalarda, mikozla xəstə insan və heyvanların sidik və ifrazatlarında olur.
- **Kandidomikoz** (*keratitis candidomycosa*) meyvə-tərəvəzlərdə və başqa məhsullarda, çirkab sularında, sağlam adamlarda olduğu kimi, eləcə də xəstə adam və heyvanların dərisində və mədə-bağırsaq traktunda aşkar olunan maya göbələkləri tərəfindən törədilir.
- **Mukoroz** (*keratitis mucorosa*) meyvə-tərəvəzlərdə, pambıqda, quru otda geniş yayılan göbələklər tərəfindən törədilir.
Çox vaxt ahil adamlar zədədən sonra alt göz qapağının və göz almasının selikli qişasının kəskin ödəmi, gözün qızarması kimi şikayətlər bildirirlər. 8-10 gün keçdikdən sonra qızartı və selikli qişanın ödəmi azalır, buynuz qişa sindromu – yad cisim hissiyyatı, yaşaxma, işıqdan qorxma, perikorneal inyeksiya əmələ gəlir.

Aktinomikoz zədələnmə zamanı buynuz qişada xırdadənəli kənarı olan ağ ləkə əmələ gəlir ki, bu da tədricən dərin qatlarla keçir, nəticədə diskvəri keratitin kliniki şəkli formalaşır.

Buynuz qişanın kandidomikozu üçün hipopion, iritlə müşayiət olunan qalınlaşmış kənarları olan dərin torpid xora xasdır. Bəzən xora buynuz qişadan çətinliklə aralanan

quru membran ilə örtülü olur.

Buynuz qişanın bozumtul aspergilla ilə zədələnməsi zamanı xəstəliyin iki forması – fiiktenarı xatırladan yüngül və xoralı ağır formaları qeyd olunur. Zədədən 2-3 gün sonra buynuz qişanın mərkəzində asanlıqla qaşınan, bərk quru kütlə şəklində malik ağım-tıl və ya sarımtıl-ağ bulanma inkişaf edir. Göbələk dərinə yayıldıqda kliniki cəhətdən sürünən xoraya oxşar xora inkişaf edir. Bu, hipopionla müşayiət olunur, çox vaxt perforasiya və panoftalmitlə nəticələnir.

Mikroskopik müayinə zamanı buynuz qişanın səthi, həm də dərin qatlarında kif göbələyi saplarından qatı yumaq aşkar olunur.

Kliniki müayinə üsulları – keratitlərdə olduğu kimi: xarici baxış, biomikroskopiya, buynuz qişanın flüoresseinlə rənglənməsi, spesifik laborator diaqnostika.

Müalicəsi stasionar şəraitdə aparılır, dərin xoralarda müalicəvi keratoplastika göstərilir.

Görmə üçün proqnoz az əlverişlidir, göbələk infiltratları özündən sonra intensiv bulanma qoyur.

Konyunktivanın, göz qapağı və meybomi vəzilərinin xəstəliklərindən törənmiş keratitlər.

- **Buynuz qişanın kataral xorası** (*ulcus cornea cataralis*).

Bu növ keratit, adətən, kataral konyunktivitinin ağırlaşması kimi meydana çıxır.

Buynuz qişanın kataral xoraları, əksər halda yaşlı adamlarda, konyunktivit olduqda, epitelin zədələnməsinə səbəb olan kiçik zədələrdən sonra və ya göz almasının şişkin konyunktivasi tərəfindən kənarı damar kələfinin sıxılması üzündən buynuz qişanın qidalanmasının pozulması nəticəsində və ya konyunktival sekret fermentlərinin və ya toksinlərinin litik təsiri nəticəsində inkişaf edir.

Konyunktivit başladıqdan 8-10 gün sonra buynuz qişanın səthi qatlarında buynuz qişanın kənarı boyunca yerləşmiş xırda tək-tək və ya çoxlu boz infiltratlar əmələ gəlir. İnfiltratlar əvvəlcə bir gözde, sonra digər gözde əmələ gəlir, bəzən izsiz sorulurlar.

İnfiltratlar dərin qatlarda yerləşdikdə, birləşərək xoranın aypara formasını əmələ gətirirlər. İnfiltratların mərkəzə yayılması müşahidə olunmur, ancaq onlar dərinə progressivləşməyə meyilli olurlar, hətta buynuz qişa deşilə bilər. Kataral xoraların xarakter əlaməti çoxlu yeni əmələ gəlmiş damarlar hesab olunur. Kataral xoralardan sonra qalan bulanmalar periferiyada yerləşdiklərindən görmə itiliyinə, adətən, təsir etmirlər.

Müayinə üsulları digər etiologiyalı keratitlərdə olduğu kimidir.

Kataral xoralar, fiktenulyozdan fərqli olaraq limbdən ensiz şəffaf zona ilə ayrılışdır. Bundan əlavə, kataral xoralar və fiktenulyoz keratitlər müxtəlif yaş qruplarındakı insanlarda rast gəlinir.

Kataral keratitlərin terapiyasında konyunktivitinin ambulator müalicəsi mühüm yer tutur. Uyğun aparılan müalicədə proqnoz əlverişlidir.

- **Göz yarığının tam yumulmaması zamanı əmələ gələn keratit** (*keratitis logophtalmo*). Anamnezində keratit olan tərəfdə üz sinirinin iflici, zədə və göz qapağının yarıqları mümkündür. Xəstələr əhəmiyyətli yaşaxmadan, sutkanın həm gecə və həm də gündüz saatlarında göz yarığını yuma bilməmələrindən, görmə itiliyinin zəifliyindən

şikayətlərlər.

Çapıq və ya iflic laqoftalmında, müxtəlif etiologiyalı ekzoftalm üzündən göz qapaqları yumulmadıqda, eləcə də komatoz vəziyyətdə yerləşən ağır xəstələrdə buynuz qişasının qapaqla örtülməyən aşağı hissəsi qurumağa məruz qalır. Qırpmə hərəkətlərinin olmaması və göz yaşı ilə gözün kifayət qədər nəmlənməməsi quruluğa gətirib çıxarır.

Daha çox dərəcədə keratit təhlükəsi xəstə yuxuda olduqda ortaya çıxır; Bell fenomeninin (qapaq yumulan zaman gözün yuxarı əyilməsi) olması nəticəsində, əsasən, buynuz qişanın aşağı şöbəsi zədələnir.

Keratit üçün tipik şikayətlərə aiddir – yüngül işıqdanqorxma, yaşaxma, əhəmiyyətsiz ağrılar.

Əvvəlcə qapaqla örtülü olmayan səthi hissələr qurumaya məruz qalır; buynuz qişası tutqun olur. Bu bulanma az və ya geniş yayılmış ləng gedişli xoraya çevrilir. Nekrotik sahələr qopur, xora tədricən dərinləşir və buynuz qişanın bütün qalınlığını əhatə edir.

Əgər müalicə vaxtında təyin olunmazsa, buynuz qişanın geniş bulanması keratitin nəticəsi hesab olunur.

Laqoftalmı aradan qaldırmaq mümkün olmadıqda – tarzorrafiya tətbiq olunur.

- **Meybomi keratiti** (*keratitis meibomiana*) – meybomi vəzilərinin hipersekreziyası və iltihabi ilə şərtlənmişdir. Şikayətlər kəskin işıqdanqorxma və kəskin ağrılardandır. Buynuz qişaya baxış zamanı limbin yaxınlığında asanlıqla xoralaşan və dərinə yayılmağa tendensiyası olmayan boz-sarı rəngli dairəvi formalı səthi infiltratlar aşkar olunur. Infiltratlar tez itir, ancaq tez-tez residiv verir.

Müayinə üsulları – xarici baxış, biomikroskopiya, nevropatoloqun məsləhəti.

Müalicə ambulatordur.

Görmə üçün **proqnoz**, bir qayda olaraq, əlverişlidir.

Endogen keratitlər.

- **Diffuz parenximatöz keratit** (*keratitis parenchymatosa diffusa*) gecikmiş anadangəlmə sifilisdə 6-20 yaş arası müşahidə olunur.

Keratit üçün xas şikayətlər – yüngül işıqdanqorxma, yaşaxma, yüngül ağrılar. Dişlərdə dəyişiklik, sümük və oynaqların zədələnməsi daha çox müşahidə olunur.

Dişlərin distrofiyasının tipik forması – hetçinso dişləri – üst orta kəsicilərdə aypara kəsiklərin olması ilə səciyyələnir. Dişlərin forması çəlləyəbənzər olur.

Erkən uşaq yaşlarda anadangəlmə sifilisin diaqnostikası üçün üst çənənin rentgenoqrafiyasını aparmaq məsləhətdir – hələ çıxmamış, ancaq artıq formalaşmış üst orta kəsici dişlərdə tipik aypara oyuqlar müşahidə olunur. Diz oynaqının iltihabi, qamış sümüyündə “qılıncvari baldırın” formalaşması ilə periostit, qummoz osteomielit, xəncərvarı çıxıntının inkişaf etməməsi, kəllə sümüklərinin deformasiyası – alın qabarcığının önə doğru çıxması, burnun yəhorvari olması, hündür damaq və s. müşahidə olunur. Bundan başqa, bir və ya hər iki qulaqda labirint karlığı, üzün dərisinin büzüşük olması, ağız bucağında şüavari çapıqlar qey olunur.

Parenximatöz keratitin klinik şəkli müxtəlifdir, ancaq üç mərhələdə keçən tipik formasına tez-tez rast gəlinir.

3-4 həftə davam edən başlanğıc dövrdə zəif yaşaxma, işıqdanqorxma, yüngül ağrı-

lar, yüngül perikorneal inyeksiya, buynuz qişanın orta və dərin qatlarında açıq-boz diffuz bulanmalar qeyd olunur.

Biomikroskopik olaraq bulanmalar ayrı-ayrı xırda infiltratlardan, nöqtə və ya zolaqlardan ibarətdir. Bulanma buynuz qişanın kənarından sektor olur və ya hər tərəfdən başlayır, tədricən infiltrasiya mərkəzə doğru çatır. Prosesə buynuz qişanın epitel dən cəlb olunur, buynuz qişası tutqun, nahamar olur.

Prosesin ilk inkişaf mərhələsində buynuz qişada artıq yeni əmələ gəlmiş dərin damarlar meydana çıxır, ancaq çox vaxt bu, ikinci dövrdə baş verir.

İkinci mərhələ - 6-8 həftə davam edən progressiv dövrdür. İnfiltrasiya kəskin artır, buynuz qişası bütünlüklə diffuz-tutqun olur, dolğun-ağ rəng alır. Görmə itiliyi kəskin düşür. Dərin damarlar dəstə şəklində inkişaf edir. Bəzən vaskulyarizasiya buynuz qişanı tam tutur, ancaq, adətən, buynuz qişanın yuxarı kənarı boyunca rast gəlinir.

Üçüncü dövr – bir neçə aydan bir ilə qədər davam edən regressiv dövr iltihabın zəifləməsi ilə səciyyələnir, bulanmalar sorulur, buynuz qişanın vaskulyarizasiyası azalır. Buynuz qişanın aydınlaşması periferiyadan başlayır, mərkəzi hissə uzun müddət qeyri-şəffaf qaldığından görmə ləng bərpa olunur. Damarlar boşalır, görünməz olur. Ancaq keçirilmiş xəstəliyin diaqnozu bir neçə on illərdən sonra da qoyula bilər – göz almasının qapağın üstündən massajından və ya 0,25% dimedrol, 1% dionin məhlulu damızdırıldıqdan sonra qoyulur. Boşalmış damarlar qısa müddətə – yarım saata qədər – yenidən qanlı dolur və görünür.

Anadangəlmə sifilisdə əlaqədar parenximatöz keratit hər iki gözü zədələyir. Bu zədələnmə nadir hallarda eyni vaxtlı olur. Parenximatöz keratitin gedişi çox vaxt bir neçə ildən sonra da residiv verə bilər. Anadangəlmə sifilisdə parenximatöz keratit klinikasına və gedişinə görə fərqlənir. Əksər halda xəstəlik birtərəfli olur, yüngül iltihab əlamətləri ilə və vaskulyarizasiyasız keçir. Keratitin gedişi az müddətlidir və tez spesifik terapiyaya tabe olur. Diaqnostikada həlledici əhəmiyyətə malik olan seroloji müayinə – Vasserman reaksiyası 80-100% halda müsbət müşahidə olunur. Diaqnozun təsdiqi üçün anadangəlmə sifilisin 60-70% halda müşahidə olunan digər əlamətləri də böyük əhəmiyyətə malikdir.

Parenximatöz keratitin proqnozu ciddidir. Belə ki, proses korluq və ya görmənin kəskin zəifləməsi ilə başa çata bilər.

Nəticə buynuz qişada qalan bulanmaların intensivliyindən və damar traktı tərəfindən fəsadlardan asılıdır.

Əgər 1-1,5 il ərzində aparılan müalicə nəticəsində buynuz qişadakı bulanmanın sorulması mümkün olmazsa, keratoplastika göstərilir.

- **Neyroparalitik keratit** (*keratitis neyroparalitica*). Üçlü sinirin trofik liflərinin istənilən hissəsində, çox vaxt qanqlıya nahiyəsində zədələnmə nəticəsində inkişaf edir. Başlanğıc dövrdə xəstələr yad cisim hissiyyatı, dumanlanma, sonralar görmənin daha çox zəifləməsi, işıqdanqorxma, yaşaxma kimi şikayətlər söyləyirlər.

Əvvəlcə buynuz qişanın mərkəzi hissəsinin səthi qatlarında müxtəlif həcmə və formaya malik məhdud boz infiltrat əmələ gəlir. Proses tədricən yayılır, yəni periferiyada ensiz zolaq zədələnməmiş qalır. İnfiltratın üzərindəki epitel parlaqlığını itirir, səthi nahamar olur. Epitel qopur və yastı xora əmələ gəlir. Xoranın kənarlarının və dibinin infiltrasiyası qeyd olunmur. Proses uzun müddət yüngül perikorneal inyeksiya ilə keçir.

Yaşaxma, işıqdanqorxma olmur. Buynuz qişanın hissiyyatı tam itir. İkincili infeksiya qoşulmazsa, xora sağalır, zərif bulanma qoyur.

Mütləq müayinə üsullarına buynuz qişa hissiyyatının təyini, biomikroskopiya, nevropatoloqda müayinə aiddir. Buynuz qişa hissiyyatının zəifləməsinə və itməsinə nəzərə alaraq, **differensial diaqnoz** prosesin buynuz qişanın mərkəzi hissələrində olduğu dərin herpetik keratitlərlə aparılır. Perikorneal inyeksiya, infiltrasiya kəskin ifadə olunub. Kliniki sağalmaya yaxın buynuz qişa hissiyyatının hissəvi bərpası baş verir.

Buynuz qişanın epitelial-endotelial distrofiyası da buynuz qişa hissiyyatının pozulması ilə və bir sıra hallarda buynuz qişanın mərkəzi hissəsində dairəvi bozuntululanmanın formalaşması ilə keçir. Ancaq bu patolojiya zamanı buynuz qişanın səthi dəşik-dəşik olur, prosesə buynuz qişanın dərin qatları da cəlb olunur ki, bu da desmet qişasının büküslü (qırış) olmasında özünü göstərir. Endoteldə ziyilliqalınlaşmaların – Hassal-Henle cisimciklərinin formalaşması mümkündür.

Müalicəsi buynuz qişa trofikasının yaxşılaşmasına, ikincili infeksiyanın qarşısının alınmasına yönəldilmişdir.

Neyroparalitik keratit zamanı infeksiya qoşulduqda buynuz qişa xorası irinli xarakter alır, çox vaxt buynuz qişa perforasiyası ilə başa çatır.

Sağalma və görmənin bərpası üçün **proqnoz** az əlverişlidir.

Vərəm keratitləri (keratitis tuberculosis).

Vərəm etiologiyalı keratitlər iki əsas qrupa bölünür – buynuz qişaya vərəm basillərinin təsiri ilə şərtlənmiş həqiqi vərəm keratitləri və allergik-vərəm keratitləri.

Buynuz qişanın vərəm zədələnmələri buynuz qişa zədələnmələri zamanı ekzogen yolla meydana çıxıb bilər. Ancaq əsas yol hematogen yol hesab olunur. Hematogen vərəm keratitləri bir neçə kliniki formada keçir: 1) dərin diffuz (yayılmış) keratit; 2) buynuz qişanın məhdudlaşmış dərin keratiti; 3) skleranın prosese cəlb olunması ilə başlayan vərəm keratiti.

Xəstələr işıqdanqorxma, yaşaxma, gözün qızarması ilə müşayiət olunan gözə ağrı hissiyyatından (adətən birtərəfli olur) şikayətlənirlər.

- **Dərin diffuz vərəm keratiti (keratitis diffusa intestinalis)** buynuz qişanın diffuz bulanması və orta, dərin qatlarda infiltratların əmələ gəlməsi ilə səciyyələnir. İnfiltratlar iri ölçülü olmaları ilə fərqlənir, sarımtıl-boz rəngə malik olub ayrı-ayrı yerləşirlər. Buynuz qişa vaskulyarizasiyası intensiv olmur, dərin damarlarla yanaşı səthi damarlar da müşahidə olunur.

Proses, bir qayda olaraq, birtərəfli olur, gedişi uzunmüddətli, remissiyalar və kəskinləşmələrlədir. Bütün düyünlü infiltratların bir səviyyədə yerləşməsi vərəm prosesi üçün xasdır. Virulent vərəm mikobakteriyalarından ibarət massiv presipitatlar və ya azan tuberkullar damarlı qişadan infeksiyanın buynuz qişaya yeganə ötürücüsü hesab olunmur. Çox vaxt buynuz qişa yoluxmasının əsas yolu prosesin qüzhəli qişa kökündən buynuz qişanın dərin qatlarına bilavasitə keçməsidir. Bundan əlavə, ön kamera bucağında yerləşən tuberkullar öz zirvələri ilə buynuz qişanın arxa səthinə çataraq onun dərin infiltrasiyasını törədir. Bəzən buynuz qişanın diffuz ödemi nəticəsində qüzhəli qişanın patologiyasını seçmək mümkün olmur, ancaq qüzhəli qişanın infiltrasiyası sorulduqdan sonra keçmiş tuberkulların yerində qüzhəli qişadakı atrofik dəyişikliklər, presipitat qa-

lıqları şəklində qüzhəli qişanın keçirilmiş iltihabının izləri aşkar olunur.

0,1-0,2 ml durulaşdırılmış tuberkulini (1:100 000) dari altına diaqnostika məqsədilə yeridərkən gözə ocaqlı reaksiya qeyd olunur, yəni infiltrasiyanın bərk düyünləri nahiyəsində infiltrasiya artır, presipitatların həcmi və sayı artır, buynuz qişanın dərin qatlarında damarlar genişlənir.

- **Buynuz qişanın dərin infiltratı (infiltratis cornea interstinalis)** gözün hematogen vərəmi zamanı şəffaf parenximada və ya ondakı diffuz bulanma arasında yerləşən məhdud, dərin infiltratlar şəklində keçir.

Yüngül vaskulyarizasiya ilə müşayiət olunan bu infiltratlar bilavasitə desmet qişasının yaxınlığında buynuz qişanın ən arxa qatlarında yerləşir. İnfiltratlar sorulur, ləngədişli xoranın əmələ gəlməsi ilə nekrotik parçalanmaya məruz qalır. Əksər halda buynuz qişada dərin vərəm infiltratları ilə yanaşı səthi infiltratlar da müşahidə olunur; bu hallarda həm allergik, həm də buynuz qişanın metastatik vərəm zədələnməsi əlamətlərinin kombinasiyası olur.

- **Sklerozlaşdırıcı keratit (dərin sklerit əlamətləri olan keratit)** – skleranın prosese cəlb olunması ilə başlayan vərəm keratiti (keratitis solerosis) dərin skleritlə eyni vaxtda inkişaf edir. Gözdə yüngül qıçılqanma olduqda buynuz qişanın dərin qatlarında limbdən mərkəzə doğru bozuntul və ya sarımtıl-ağ infiltratlar yayılır. Buynuz qişanın vaskulyarizasiyası zəif ifadə olunub; epitel sudurcuq şəklində şişkinləşir, ancaq xoralanma müşahidə olunmur. Buynuz qişanın zədələnməsi ya bir məhdud sahədə, ya da onun çevrəsi boyunca bir sıra hissədə inkişaf edir. İnfiltrasiyaya maruz qalmış sahələr dil formasına və ya apyara şəklinə malik olur; limbin yaxınlığında bulanlıqlaşmanın dolğunluğu daha çox, mərkəzi hissələrdə isə daha zəifdir.

Proses gah sakitləşib, gah da kəskinləşərək uzun müddət – aylarla və hətta illərlə davam edir. Bu cür keratitlər residivlərə meyillid olduğundan proqnozu əlverişsizdir, hətta proses dayandıqda belə, infiltrasiyalı sahələr aydınlaşmır, buynuz qişa toxuması çapıq toxuma ilə əvəzlənmiş olur. Bunun nəticəsində, xüsusən, limbin yaxınlığında olan infiltratların bir hissəsi şəffaflığı tam itirərək ağ rəng alır, yəni elə təassürat yaradır ki, sanki sklera buynuz qişaya yaxınlaşıb. Ağır hallarda, demək olar ki, buynuz qişa bütünlüklə leykomatoz dəyişikliyə uğrayır.

İridosiklit ya belə keratitdən əvvəl olur, ya da onun prosesi gedişində inkişaf edir.

Skleranın prosese cəlb olunması ilə başlayan vərəm keratitinin klinik şəkli o qədər xarakterlidir ki, diaqnostika çətinlik törətmir, ancaq onun əsasında sifilis, revmatizm, podagra ola bilər.

- **Allergik-vərəm keratitləri (keratitis tuberculosis allergicus)** forma müxtəlifliyi, gediş müddəti, tez-tez kəskinləşmə və residivlərlə fərqlənir. Fliktenulyoz keratitlər 85% halda uşaq və yeniyetmələrdə rast gəlinir, 2-3 yaşlı uşaqlarda daha tez-tez təsadüf olunur. Allergik-vərəm keratitinin xarakter əlaməti buynuz qişada fliktenaların əmələ gəlməsidir.

Müəyyən olunmuşdur ki, fliktena qovucuq deyil, limfosit və epitelial hüceyrələrdən ibarət düyüncükdür. Buynuz qişa fliktenaları onun səthi qatlarında yerləşən yarımsəffaf hündürlük şəklindədir. Onların sayı, həcmi və lokalizasiyası müxtəlifdir. Onlar, xüsusən, limbin yaxınlığında çoxlu xırda düyüncüklər – miliar fliktenalar və ya iri tək-

tək törəmələr – bəzən diametri 5 mm-ə çatan solitar fliktenalar şəklində müşahidə olunur. Fliktenaların inkişafı buynuz qişanın səthi damarlarının əmələ gəlməsi ilə müşayiət olunur. Çox vaxt fliktenalar xoramanın əmələ gəlməsi ilə parçalanırlar, epitelizasiyadan sonra dərin qatlarda intensiv bulanma ilə faset qalır.

• **Fassikulyar (səyirici) fliktena** (*phlyctena migrans*; *keratitis fascicularis*) kənarı infiltratdan inkişaf edir, buynuz qişa boyunca ləng yayılır.

Xəstələrin subyektiv hissiyyatları güclü qıcıqlanma ilə ifadə olunur. Gözlər işığa çox həssas olur ki, bu da xəstəni işıqdan qaçmağa, qaranlıq yerdə gizlənməyə məcbur edir. Güclü yaşaxma göz qapağı dərisini qıcıqlandırır. Qapaqlar şişkin olur, ağır hallarda qapaq xaricə çevrilir.

İnfiltratın periferik kənarı təmizlənir, oraya səthi damarlar gəlir, mərkəzi kənarı infiltrasiyalı olur; o, oraqvari formaya malik olur, buynuz qişa səthindən yüngül qalxır, limbin əks tərəfinə çatmayana qədər infiltratın başcığı progressivləşir. İnfiltratın arxasında yerləşən zədələnmiş hissələr təmizlənir və üçbucaq və ya lent şəklində damar dəstəsi ilə dolur.

• **Pannoz fliktenulyoz keratit** (*keratitis phlyctenulosa pannosa*) zamanı vaskulyarizasiya xüsusilə intensiv ifadə olunur. Traxomatoz pannusdan fərqli olaraq fliktenulyoz pannus üçün damarların üstündən yox, limbin istənilən hissəsindən başlaması xasdır. Bundan başqa, damarlar seqment şəklində və ya buynuz qişanın bütün çevrəsi boyunca yayılır. Vaskulyarizasiyadan əlavə, buynuz qişanın ödemi nəticəsində onun diffuz bulanması, eləcə də müxtəlif ölçülü çoxlu miqdarda infiltratlar və köhnə bulanmalar qeyd olunur. Sağalmadan sonra pannoz keratit özümdən sonra buynuz qişanın dayanıqlı diffuz, vaskulyarizə olunmuş bulanmasını qoyur.

Fliktenulyoz keratitin bütün formaları perikorneal inyeksiya, kəskin işıqdanqorxma, blefarospazm, çoxlu yaşaxma ilə müşayiət olunur ki, bu da göz qapağı dərisinin mase-rasiyasına və göz yarığının bucaqları boyunca ağrılı çatların əmələ gəlməsinə gətirib çıxarır. Tuberkulin sınağı müsbətdir. Uşaqların 85%-də rentgenoloji müayinə zamanı vərəmin təzə formaları aşkar olunur, bronxial və parabronxial vəzilərin zədələnməsi və ağciyərin infiltrativ vərəmi tez-tez qeyd olunur. Buna görə kiçik yaşlı uşaqlarda fliktenulyoz keratitlərin aşkarı vərəmin erkən diaqnostikası üçün böyük əhəmiyyətə malikdir. Həmişə yadda saxlamaq lazımdır ki, fliktena buynuz qişaya vərəm basillərinin parçalanma məhsullarının yenidən daxil olmasına qarşı buynuz qişanın spesifik reaksiyası hesab olunur.

Gözün vərəm xəstəliklərinin müalicəsi fiziqlərlə birgə aparılmalıdır.

Vərəm keratitlərinin **proqnozuna** gəldikdə, xəstəliyin uzun müddət davam etməsi və fliktena formalaşdıqdan sonra xüsusilə sabit qalan bulanmaların formalaşması ilə əlaqədar ehtiyatlı olmaq lazımdır. Əgər bulanma bəbəyin qarşısında dursaydı, görmənin dayanıqlı zəifləməsi mümkündür.

Herpetik keratitlər (herpes cornea simplex).

Gözün üç qrup virus zədələnməsi fərqləndirilir. Birinci qrupa gözün herpesvirus infeksiyası, adenovirus konyunktiviti, keratokonyunktivitin üstünlük təşkil etdiyi virus xəstəlikləri aiddir. İkinci qrupa ümumi simptomatikası gözün ifadə olunmuş patolo-

giyaları ilə birgə olan sistem xəstəlikləri – qızılca, suçiçəyi, məxmərək, epidemik parotit, kəmərləyici dəmrov aiddir. Üçüncü qrup – göz tərəfdən yüngül dəyişikliklərlə keçən və ümumi vəziyyət yaxşılaşdıqca dəyişikliklərin itdiyi (yox olduğu) virus mənsəli ağır sistem xəstəliklərindən – exovirusların, Koksaki viruslarının, poliomieliit, rinovirusların törədikləri xəstəliklərdən ibarətdir.

Kliniki formaların rəngarəngliyinə baxmayaraq, herpetik keratitlərdə ümumi xarakter əlamətlər olur: a) ümumi yoluxucu virus xəstəlikləri ilə sıx qarşılıqlı əlaqə; b) hissiyyatın azalması, nevrologiya ağrıları və ləng regenerasiya ilə müşayiət olunan zədələnmənin neyrogen xarakteri; c) buynuz qişa sinirlərinin və epitel örtüyünün morfoloji dəyişiklikləri; d) buynuz qişa vaskulyarizasiyasının olmaması və ya onun çox zəif ifadəsi.

Herpetik keratitlərin aşağıdakı növləri ayırd edilir:

1. Epitelial herpetik keratit – vezikulyar, ulduzvari, nöqtəvari, budaqvari, xəritəşəkilli.
2. stromal herpetik keratit – buynuz qişa xorası, stromal kazeoz, diskvari.
3. endotelial herpetik keratit.
4. Herpetik keratouveit.

Herpetik keratiti olan xəstələrin şikayətləri – şiddətli ağrı, yaşaxma, işıqdanqorxma, gözün qızarması, göz yarığının açılmasının çətinləşməsi – inkişaf edən buynuz qişa sindromu üçün tipikdir. Bir qayda olaraq, zədələnmə birtərəfidir.

• **Vezikulyar herpetik keratitdə** (*herpes cornea simplex vesiculosa*) buynuz qişa epitelində xırda şəffaf sudurcuqlar əmələ gəlir ki, bunlar partlayır, yerində səthi eroziyalar əmələ gəlir, onun kənarları boyunca yenidən təzə sudurcuqlar meydana çıxır.

Sudurcuqlar çox vaxt periferiyada, bəzən mərkəzdə yerləşir. Sudurcuqlar dərhal və ya tədricən əmələ gəlir, blefarospazm, yaşaxma, perikorneal inyeksiya, kəskin ağrı ilə müşayiət olunur. Buynuz qişanın hissiyyatı kəskin azalır. Çox vaxt epitelial sudurcuqlar buynuz qişada qalınlaşmış sinir lifləri boyunca yerləşir. Onların xoralanması nəticəsində epitelə bozuntul xətt şəklində çat əmələ gəlir. Ayrı-ayrı infiltratlar öz aralarında birləşərək budaqvari şaxələnmə – keratitis dendritica əmələ gətirir. Biomikroskopiya zamanı budaqvari şaxələnmənin ucları görsənir, infiltratın kənarları bir qədər qalxıq olur, stromanın ödemi, ön hüdədi səfhənin qalınlaşması, arxa hüdədi səfhənin büküşü qeyd olunur. Optik kəsiyin qalınlaşması nəticəsində buynuz qişanın səthi yüngül qabarıq forma alır. Buynuz qişa sinirləri qalınlaşır və yaxşı görsənir. Proses buynuz qişanın dayanıqlı bulanmasının əmələ gəlməsi ilə başa çatır. Xəstəliyin daha ağır gedişində xoralanma buynuz qişanın səthi boyunca və stromanın dərinliyinə doğru yayılır. Xəritəşəkilli keratit meydana çıxır.

• **Herpetik stromal keratitdə** (*herpes cornea simplex stromalis*) buynuz qişa xorası səthi epitelial keratitdən prosesin dərin qatlara yayılması zamanı inkişaf edir. Prosesin başlanğıcında epitel qalxır, sonra tez qopur. Nazik bozuntul bulanma şəklində qüsür əyri qövsvari və düz xətləri xatırladır. Prosesin ləng və uzun sürən gedişi xarakterdir. Epitelə patoloji proses olmadıqda buynuz qişa stroması infiltrasiyalı olarsa ağ infiltrat – stromal kazeoz keratit əmələ gəlir. Virus keratitlərində presipitatlar xırda, şəffaf, çoxlu miqdarda olur.

• **Diskvari keratit** (*keratitis disciformis*) buynuz qişanın dərin qatlarının herpetik zədələnməsidir. Buynuz qişanın orta və dərin qatlarında açıq-boz rəngli, bəzən

mərkəzində kül rəngli (intensiv) qalın ləkə görsənən infiltrat əmələ gəlir. İnfiltrat buy-nuz qişanın mərkəzi hissəsində yerləşir və düzgün diskvari formaya malikdir. İnfiltratın kənarları buynuz qişanın şəffaf hissəsindən kəskin ayrılmış boz xətli hüdudlanmışdır. İnfiltratın üzərindəki epitel nahamardır. Bəzən xoralanma müşahidə olunur. Buynuz qişanın hissiyyatı kəskin azalır. Xəstəliyin gecikmiş dövründə buynuz qişaya infiltrata doğru dərin damarlar gələ bilər. Xəstəlik uzun sürür və buynuz qişanın intensiv bulanması ilə başa çatır.

• **Herpetik endotelial keratit** (*herpes cornea posterior*) tez-tez epitelial və stromal keratitlər zamanı ayrıca xəstəlik kimi müşahidə olunur. Buynuz qişanın mərkəzi hissəsində dərin qatlarında endotel sudurcuqları və arxa hüdudi səthənin büküşü ilə dairəvi bulanmalar qeyd olunur. Ocaq ödemli zona ilə əhatə olunmuşdur. Adətən seroz və ya seroz-fibrinoz iritlə müşayiət olunur. Buynuz qişanın hissiyyatı olmur. Torpid gedişə malik olub, damarların əmələ gəlməsi xas deyil.

Herpetik keratouveitdə infiltratlar müxtəlif ölçüdə olur və buynuz qişanın müxtəlif qatlarında yerləşir. İnfiltratlar xoralana bilir. Desmetet qişasının kobud büküşü, çoxlu presipitatlar, iridosiklit müşahidə olunur. Xəstəlik uzun müddət davam etdikdə buynuz qişanın səthi və dərin vaskulyarizasiyası baş verir. Buynuz qişanın hissiyyatı olmur, epitelizasiya çox ləng gedir, nəticədə patogen flora qoşulur.

Müayinə üsulları – xarici baxış, buynuz qişanın hissiyyatının müayinəsi, flüoresceinlə rəngləyərək biomikroskopiya aparmaq. Herpes simplex tərəfindən törənen xəstəliklərin əksəriyyətinə xas klinik şəkil əsasında diaqnoz qoyulur, laborator müayinələrin aparılmasına ehtiyac qalmır. Şübhəli diaqnozda aşağıdakı müayinələr gərəkdir:

- 1) buynuz qişanın zədələnmiş hissəsindən qaşıntı götürüb Gimza üsulu ilə boyamaq – çoxnüvəli nəhəng hüceyrələr aşkar olunur;
- 2) immunoferment analiz (ELISA-test);
- 3) mümkün bakterial floranın aşkarı üçün yaxmanın götürüldü əkilməsi;
- 4) virusun əkilməsi (vezikula steril iynə ilə deşildikdən sonra steril pambıq tamponu buynuz qişaya və konyunktivaya sürtmək);
- 5) immunodefisit vəziyyətinin aşkarı üçün immunoloji müayinə.

Budaqvari herpetik keratitlə gözün herpes zoster tərəfindən törədilən zədələnməsinin differensiasiya etmək lazımdır. Herpes zoster zamanı dəridə sinirlərin gedişi boyunca ağırlı vezikulyoz səpgi olur ki, o da orta xətdən əks tərəfə yayılır, çox vaxt səpgidən qabaq kəskin ağrı olur. Herpes zoster zamanı dendritlər flüoresceinlə zəif rəngləyir, terminal qalınlaşmaya malik olmur.

Buynuz qişanın residivverən eroziyası sağalma mərhələsində oxşar kliniki şəkllə malik olur və psevdodendriti xatırladır. Belə xəstələrin anamnezində buynuz qişanın eroziyası və ya bazal membranın distrofiyası, sıyrıntı mümkün yer tutur. Ağrı, bir qayda olaraq, yuxudan sonra əmələ gəlir.

Dərin diskvari keratiti buynuz qişanın sürünən (yayılan) xorasından differensiasiya etmək vacibdir. İfadə olunmuş neyrotrofik pozğunluqlar (hissiyatın kəskin azalması, buynuz qişaya toxumasının ödəmi), epitelin iri sudurcuğabənzər qopması, buynuz qişanın sinirlərinin qalınlaşması sürünən xoralanma üçün xas deyil.

Müalicəsi göz stasionarı şəraitində buynuz qişanın herpetik zədələnməsi diaqnozu qoyulduqdan sonra dərhal aparılmalıdır.

Buynuz qişanın herpetik xorası zamanı çapıqlaşmanın daha zərif olması üçün lazer arqon koagulyasiyası aparılır.

İkincili infeksiya qoşulduqda, prosesə qüzhəli qişaya cəlb olunduqda fəsadlar müşahidə olunur, irit, iridosiklit inkişaf edir, panofalmit də mümkündür.

Səthi herpetik keratitlər üçün **proqnoz** vaxtında aparılan müalicə zamanı əlverişlidir; dərin keratitlər üçün – görməni əhəmiyyətli zəiflədən çapıq bulanmanın formalaşması nəticəsində nisbətən əlverişli olur.

Avitaminoz keratitləri (keratitis avitaminosa).

Bu etiologiyalı keratitlər qıdada vitaminlərin miqdarı kifayət qədər olmadıqda, mədəbağirsaq traktının xəstəlikləri, vitamin mübadiləsinin pozulması, qaraciyər xəstəlikləri və digər xəstəliklər zamanı müşahidə olunan endogen avitaminoz nəticəsində inkişaf edir.

A avitaminozu ilə şərtlənmiş keratitlər daha ağır keçir. Avitaminozun dərəcəsindən asılı olaraq prekseroz, kseroz və keratomalyasiya müşahidə oluna bilər. Adətən, hər iki göz zədələnir.

Xəstəlik daha çox uşaq və yeniyetmələrdə özünü göstərir. Şikayətlər görmənin zəifləməsindən, işıqdan qorxma, blefarospazmdandır.

- **Prekseroz** zamanı konyunktiva parlaqlığını itirir, limbin yaxınlığında nöqtə və tutqun-ağ rəngdə ləkə toplanması – İskerski-Bito düyünləri qeyd olunur. Buynuz qişanın tez quruması, epitelin deskvamasiyası baş verir. Buynuz qişaya prekserozundan qabaq hemeralopiya və konyunktivanın kserozu olur.
- **Buynuz qişanın kserozu** epitelin sərtləşməsi və plastlar şəklində deskvamasiyası ilə (hissə-hissə qopması) səciyyələnir. Kseroz epitelin sərtləşməsinin başlanmasını, İskerski-Bito düyüncüklərinin olmasını göstərən buynuz qişanın nöqtəvari bulanıqlaşması şəklində özünü büruzə verir. Buynuz qişanın vaskulyarizasiyası nadir halda müşahidə olunur. Proses görmə itiliyinin əhəmiyyətli zəifləməsinə gətirib çıxarır. Müalicə vaxtında aparıldıqda və keyfiyyətli qidalandıqda buynuz qişanın şəffaflığı tez bərpa oluna bilər.

- **Keratomalyasiya.** A avitaminozunun ən ağır büruzəsidir, süddə A vitamini çatışmadıqda südümər uşaqlarda, yenidoğulmuşların sarılığında, eləcə də mədəbağirsaq xəstəliklərində müşahidə olunur.

Buynuz qişanın ən müddət ərzində dağılması, deşilməsi və gözün daxili qişalarının xaric düşməsi ilə səciyyələnir.

Adətən, gözün simmetrik hissələrində, daha çox buynuz qişanın aşağı yarısında oval formada bulanma əmələ gəlir. Buynuz qişaya səthi tutqun, hissiyatı zəifləmiş olur, infiltrat tez böyüyür. Bulanmış sahələr üzərində buynuz qişaya epitel qopur. Sonradan xoraya çevrilən sarımtıl-boz infiltrasiya əmələ gəlir. İkincili infeksiya qoşulduğundan xoranın dibi sarı rəng alır. Nekrozlaşmış sahələr qopur, buynuz qişanın əriməsi nəticəsində onun perforasiyası baş verir. Çox vaxt panofalmit meydana çıxır. Buynuz qişanın hissiyyatı, adətən, itmiş olur və parçalanma prosesi ağrısız keçir. Nəticədə böyük sahəni əhatə edən çapıq, stafiloma əmələ gəlir.

Müalicəsi ambulator aparılır.

Vaxtında aparılmış uyğun **müalicə** zamanı proqnoz əlverişlidir.

SKLERANIN XƏSTƏLİKLƏRİ

Skleranın anadangəlmə inkişaf anomaliyaları.

- **Mavi skleralar sindromu** 1833-cü ildə Lobşteyn tərəfindən təsvir olunmuşdur. Simptomatoloji triadanın daim olmasından ibarətdir: uzun sümüklərin çoxlu sınığı, mavi ağıl qişə və karlıq. Bu sindrom ədəbiyyatlarda müxtəlif adlar altında göstərilmişdir: Lossterin natamam gecikmiş osteogenezi, Lobşteynin osteopsatiroz, idiopatik osteopsatiroz, Hyunterin yarımqıç osteogenezi, Apertin irsi sümük kövrəkliyi, Ekman-Lobşteyn sindromu, sümüküstü aplaziyası.

Skleraların mavi rəngi ağıl qişanın həddən artıq nazik olması ilə şərtlənmişdir. Ağıl qişə daha şəffaflaşmış olur, nəticədə damarlı traktın piqmenti görünür. Bəziləri hesab edirlər ki, patoloji şəffaflıq toxumanın kolloid-kimyəvi xüsusiyyətinin dəyişməsi nəticəsində meydana çıxır.

Uzun sümüklərin proksimal seqmentlərində yerləşmiş sümüklərin çoxlu sınığı yüngül zədə zamanı əmələ gəlir. Sınığın müalicəsindən sonra sümük deformasiyaları – kifoz, budun çıxığı, proksimal zonada çoxlu sümük döyənəkləri olduğundan uzun sümüklərin qısalması meydana çıxır. Sümük kövrəkliyi və çoxsaylı sınıqlar anadan olandan sonra yaranır və yaş artdıqca güclənir. Karlıq ateroskleroz nəticəsində baş verir – başlanğıcı erkən olur, zəif eşitmədən karlığa qədər olan müddət çox qısa olur, yəni zəif eşitmə tezliklə karlığa keçir. Lobşteyn sindromu sübhəsiz genetik etiologiyaya malikdir və bir və ya bir qrup dominant autosomal mutasiyanın olması ilə əlaqədardır; onlar osteoplastların və digər mezenximal komponentlərin keyfiyyət qüsurlarının yaranmasına gətirib çıxarır, nəticədə az sayda osteoid toxuma əmələ gəlir. Osteoid toxuma çatmamazlığı normal ossifikasiyaya mane olur, sümüklər kövrək və osteoporozlu qalır, asanlıqla sınırlar.

- **Skleranın anadangəlmə melanozu** skleraya tünd-qəhvəyi rəng verən xromatoforların skleranın səthi qatlarında ocaqlı və ya diffuz toplanması ilə səciyyələnir. Sklera və qüzehli qişanın yayılmış piqmentasiyası zamanı göz almasının melanozu şəklində meydana çıxır. Əksər halda skleranın melanozu patoloji əhəmiyyət kəsb etmir. Çox nadir halda onun əsasında bədxassəli melanoma inkişaf edir. Ona görə də melanoz müşahidə tələb edir.
- **Skleranın anadangəlmə quruluş və forma anomaliyaları** – onlara skleranın anadangəlmə arxa stafilomalı, onun kolobomalı, ondakı hialin qişırdağı səthləri (hansı ki, buna atavizm kimi də baxılır), skleranın anadangəlmə kiçik kistaları (adətən limbin yaxınlığında olur); özündə saçın, dərinin, piy və tərzivilərinin elementlərini saxlayan, skleranı, konyunktivanı, hərdən buynuz qişanı tutan dermoid şişlər aiddir. Bu anomaliyalar, adətən, gözün digər inkişaf qüsurları ilə birləşir.

Skleranın qazanılma inkişaf anomaliyaları.

- **Skleranın qazanılma piqmentasiyası və sarımtıl rəngi aşağıdakı hallarda ola bilər:**

1. Odlu silahla yaralanma nəticəsində skleraya barıt hissəcicinin yeridilməsi;
2. Qulağın, burnun piqmentasiyası, havada sidinin qaralması ilə müşayiət olunan al-kaptopuriya – anadangəlmə zülal mübadiləsi pozğunluğu (oxrokoz) zamanı sklerada homohentizin turşusunun göyümtül-qara yığıntısı;
3. Ölümün əlamətlərindən olan sklerada qaramtıl və ya şirqli-göyümtül ləkə.
4. Skleranın sarımtıl rəngi qaraciyər və öd yollarının xəstəliklərində, orqanizmin karotidlə həddən artıq yüklənməsində, kəskin böyrək çatmamazlığında, nitrobenzolla, pikrin turşusu, anilinlə, qeyri-üzvi sianidlərlə kəskin və xroniki zəhərlənmələrdə, eləcə də bir sıra helmintlərlə zədələnmədə ola bilər.

• **Skleranın dəyişiklikləri:**

1. Skleranın hialin səthləri sklerada gözün düz əzələ vətərlərinin birləşdiyi yerdə şaquli yerləşmiş yarımsəffaf səthlərin əmələ gəlməsi ilə səciyyələnir; çox vaxt osteoartridlə, katarakta ilə yanaşı rast gəlinir.
2. Deşilən skleromalyasiya və ya nekrotik sklerit – sklerada dairəvi formalı dəliyin əmələ gəlməsi, damarlı traktın açıq qalıb yalnız konyunktiva ilə örtülməsi, sklerada bir və ya bir neçə sarımtıl nekroz ocaqlarının inkişafı ilə müşayiət olunur. Xəstəlik, adətən, yaşı 50-dən yuxarı olanlarda rast gəlinir, yüngül iltihab əlamətləri olan kiçik sarımtıl düyüncük formasında başlayır və revmatik artritlə birləşir. Bəzən bir neçə düyün birləşir, skleranın geniş perforasiyası əmələ gəlir. Histoloji müayinədə xroniki iltihab əlamətləri və kollagenozlara xas fibrinoid degenerasiyası təyin olunur. Xəstəliyin gedişi xronikidir, müalicəsi az dərəcədə uğurludur, açıq fistula formalaşdıqda onun plastik bağlanması həyata keçirilir.

Skleranın şişləri.

Skleranın bir və çoxkəməralı kistaları, adətən, dəlib-keçən yaralardan, deşilən xoraklardan, sklera və limbin cərrahi kəsiklərindən sonra buynuz qişanın yaxınlığında inkişaf edir. Onların həcmi noxud böyüklüyündən tutmuş daha böyük ölçülərə çatır. Kistalar hərəkətsiz, ləng inkişaf edir, çox vaxt girdə formalı olur, yarımsəffaf, bərk olub, asanlıqla hərəkət edən konyunktiva ilə örtülüdür. Histoloji cəhətdən onların divarları konyunktival və ya buynuz qişə epitelilə örtülüdür. Yara kanalı boyunca epitelin daxil olması və eləcə də sklera toxumasının maye ilə – limfa, kamera mayesi və ya eksudatla laylara ayrılması, boşluğun əmələ gəlməsi nəticəsində kistalar inkişaf edir.

Skleranın şişləri ikincili mənşəyə malikdir.

Skleranın iltihabı.

Sklera xarici qıcıqlandırıcılara qarşı iltihab eksudasiyası və proliferasiya ilə zəif reaksiya verir. Proses ləng, xroniki gedişə malik olur. Ona görə də skleranın infeksiyon iltihabı – xüsusilə də dərin iltihabı – nisbətən nadir halda müşahidə olunur.

Sklera tipik kollagen toxuması kimi, allergik kollagen xəstəliklərində iştirak etməyə meyillidir. Onun xəstəliklərinin simptomatologiyası monoton və zəifdir.

Uşaqlarda skleranın iltihabı çox ağır keçir. İltihab skleranın yalnız səthi qatlarını əhatə edərsə – episklerit və ya dərin qatları əhatə edərsə – sklerit adlanır. Episkleriti xarici görkəminə görə dərin skleritlərdən ayırmaq həmişə asan olmur. Əsas fərqləndirici

əlamət skleritlərdə prosesə damarlı traktın cəlb olunmasıdır. Patoloji dəyişiklik skleranın ön kəsiyində – limbdən gözün ekvatoruna qədər olan hissədə yerləşirsə – ön sklerit hesab olunur. Skleranın iltihabi ekvatorun arxasındadırsa, arxa sklerit adlanır və xarici baxış üçün əlverişsiz hesab olunur. Bu halda tor qişa və xorioideyanın zədələnməsini aşkar edən oftalmoskopik müayinədən də istifadə olunur.

• **İrinli sklerit** nadir rast gəlinir, skleranın diatermokoakyasiyasından sonra, ümumi sepsisdə, orqanizmdə furunkulyoz, osteomielit, tonzillit, dolama, qonoreya, sidik-cinsiyət üzvlərinin və s. iltihabi kimi irinli ocaqlar olduqda inkişaf edir. Skleranın absesi daha çox ümumi furunkulyoz fonunda inkişaf edir. Metastatik abses sklerada ayrıca və ya gözün daxili qişalarının prosesə cəlb olunması ilə birgə inkişaf edir. Ön və ya arxa kirpikli arteriyalarda septik embolun əmələ gəlməsindən asılı olaraq ön və ya arxa metastatik sklerit inkişaf edir. Abses, adətən, limbin yaxınlığında hiperemiya və məhdud şişkinlik şəklində meydana gəlir, tezliklə düyünə çevrilir, sonralar düyüncük yumşalır və partlayır, qopan kütlədə qızıl stafilkokk daha çox aşkar olunur. Nadir halda abses açılmadan sorulur. Damarlı traktın ön kəsiyi prosesə cəlb olunduqda iridosiklit hipopionla inkişaf edir, bəzən göz alması deyil, subatrofiya ilə nəticələnən panoftalmit baş verir.

Müalicəsi – göz stasionarı şəraitində aparılır.

• **İrinsiz qranulyomatoz skleritlər** əksər halda hansı bir spesifik kliniki əlamətlərə malik olmur. Yerləşməsindən və ifadə dərəcəsindən asılı olaraq müxtəlif şəkildə özlərini göstərir və növbəti xüsusiyyətlərlə səciyyələnir. Prosesin nəzərə çarpmayan, ləng və ya yarımkəskin başlanğıcı, ifadə olunmuş ağrı hissiyatı qeyd olunur. Əksər halda skleranın ön hissəsində, ön siliar damarların skleranı dəşdiyi yerdə yerləşir. Episkleral və skleral damarların xarakter bəndəşəyi rəngdə hiperemiyası, skleranın və episkleranın diffuz qalınlaşması və ayrılmiş düyüncüklərin əmələ gəlməsi qeyd olunur. Dərin skleritlərdə damarlı trakt prosesə cəlb olunur. Göstərilən skleritlərin gedişi xroniki, residivverən olur, çox vaxt ikincili qlaukoma ilə ağırlaşır. Əksər halda buynuz qişa prosesə cəlb olunur.

• **Düyüncüklü episklerit** adətən böyüklərdə müşahidə olunur, limbin yaxınlığında tək-tək, dairəvi formalı, ölçüsü 1-5 mm-ə qədər olan ağrılı düyüncüklərin inkişafı ilə xarakterizə olunur (şək.23).

Düyüncük hərəkətsizdir, onun üzərindəki konyunktiva hərəkətlidir. Düyüncük tədricən inkişaf edir, xroniki gediş alır, güclü perikorneal inyeksiya ilə müşayiət olunur. 1-1,5 aydan sonra o, tədricən yastılaşıb, özündən sonra kiçik çapıq qoyaraq sorulur.

Düyüncüklü episkleritin gedişi residivverən olur, adətən, hər iki göz zədələnir. Yaşaxmaya və işıqdan qorxmaya, xoralanmaya meyilliliyin olmaması xasdır. Əksər halda etiologiyasında revmatizm, allergiya əlamətləri ilə olan fokal infeksiyalı yer tutur.

• **Fuksun dövr episkleriti** sklerada kiçik düyüncüklərin və ya yastı, kəskin ayrılmayan və ya diffuz iltihab ocaqlarının əmələ gəlməsi ilə səciyyələnir, ağrı, hiperemiya, toxumaların şişkinliyi ilə müşayiət olunur. Proses qəfildən gah bir, gah da digər gözədə baş verir, tez ötüb keçir, bir neçə saatdan bir neçə günə qədər davam edir və düzgün dövriliklə residiv verir. Xəstəlik ciddi ağırlaşma olmadan keçir. Əksər halda xəstəliyin allergik təbiətliliyi müəyyən edilir.

• **Ön sklerit** sklerada göyə çalan tünd qırmızı rəngli bir və ya bir neçə iltihab oca-

ğı ilə müşayiət olunur. Ocaqlar limbdən aralıda yerləşir, yayılmış xarakter daşıyır, sağlam toxumadan qeyri-kəskin ayrılır. Ağır hallarda onlar bütünlüklə perikorneal sahəni əhatə edə bilər ki, bu da halqəşəkili sklerit adlanır. Proses xroniki keçir, bir neçə həftə, ay və il ərzində kəskinləşir. Bir qayda olaraq, buynuz qişanın zədələnməsi (sklerozlaşdırıcı keratit), uveit, şüşəvari cismin bulanqlaşması, ikincili qlaukoma ilə fəsadlaşır. Tədricən damarların inyeksiyası azalır, ocaqlar yastılaşıb, infiltrasiyası xoralanma baş vermədən sorulur, yerində tünd rəngli çapıq dəyişiklikləri və skleranın nazillmiş hissələri qalır. Xəstəlik hər iki gözü zədələyir, əsasən cavan qadınlarda rast gəlinir, müalicəyə pis təbə olur.

Ön skleritin növ müxtəlifliyinə həlmləşik və ya ətli sklerit aiddir ki, bu da buynuz qişanın ətrafında yerləşən toxumanın qalınlaşması və diffuz iltihab infiltrasiyası ilə xarakterizə olunur ki, bu da hiperemiya, özünəməxsus qırmızı-qəhvəyi rənglə və jelatinəbənzər görkəmlə müşayiət olunur. İnfiltrat və şişkinliyin hesabına qalxmış konyunktiva, kəskin xəmozda olduğu kimi, buynuz qişanın periferiyası azalır, orada buynuz qişanın sağlam toxumalarından kəskin ayrılma bozuntulu rəngli haşiyə əmələ gəlir; infiltrasiyalı kənar həlmləşik şəkli malikdir. Arxada iltihabi proses kəskin sərhəd olmadan sağlam toxumaya keçir, heç vaxt ekvatorun arxasına keçmir. Sonra infiltrasiya buynuz qişanın mərkəzi hissələrinə yayılır. Proses ağır iridosiklitlə müşayiət olunur. Xəstəlik, əsas etibarilə, yaşlı qadınlarda daha tez-tez qeyd olunur, hər iki göz zədələnir. Etiologiyası aydınlaşmamış qalır.

• **Arxa sklerit** – sklerotenonit, proses skleranın arxa kəsiyində, ekvatorun arxasında yerləşir, nisbətən nadir halda rast gəlinir. Göz almasının hərəkəti zamanı spontan ağrı, hərəkətin məhdudluğu, göz qapaqlarının şişkinliyi və yüngül ptoz, yüngül ekzoftalm, xəmoz kimi əlavə, ikinci dərəcəli simptomlara əsasən skleranın iltihabi barədə mühakimə yürütmək olar. Arxa skleritin kliniki diaqnostikası göz yuvasının çoxsaylı xəstəliklərinə oxşardır (şək.24).

Skleranın ektaziyası və stafilomaları.

Keçirilmiş iltihab nəticəsində skleranın nazillmiş hissələri hətta normal gözdaxili təzyiqlə davam gətirə bilməyərək dartılır və qabarıq.

Nazilən yerlərdə damarlı traktın piqmenti görünüyündən qara rəngdə ləkələr, önə qabarmalar meydana çıxır bilər. Çoxlu qabarmalar üzüm salxımını xatırladır, stafiloma adı da oradan götürülmüşdür. Sklera uşağ və yeniyetmə yaşlarında daha elastiki olub, şəklini asanlıqla dəyişir.

Ektaziya və stafiloma yalnız nazilən yerlərdə yox, həm də skleranın normada az davamlı olan yerlərində də əmələ gəlir. Ön siliar damarların və kirpikli sinirlərin keçdiyi ön perikorneal sahə və sklerit ocaqlarının daha çox yerləşdiyi sahə belə yerlərdən hesab olunur. Skleranın siliar venalarla deşilən ekvatorial hissəsi, eləcə də xəlbiyari səthə, arxa qütb hissəsində skleranın yanaşı şöbələri (bu yerlərdə yüksək dərəcəli miopiya zamanı arxa stafiloma və qlaukomoza ekkavasiya meydana gəlir) az davamlıdır.

Ön stafilomalarda kirpikli cismin proyeksiyasına uyğun gələn siliar və şlem kanalının və ondan çıxan venaların lokalizasiyası boyunca interkalyar olmaqla bölünür. Onlar, adətən, çoxlu olur və bitişməyə meyilli olur – halqəvari stafiloma əmələ gətirir.

BÜLLURUN XƏSTƏLİKLƏRİ

Büllurun xəstəliklərinin təsnifatı:

- I. Anadangəlmə xəstəlikləri.
 1. Büllurun vəziyyət anomaliyaları: Marfan sindromu, Vail-Marçezani sindromu.
 2. Büllurun həcmnin dəyişməsi: mikrofakiya.
 3. Büllurun əyrilik anomaliyaları: sferofakiya, lentikonus, lentiqlabus.
 4. Büllurun şəffaflığının pozulması: katarakta – kapsulyar, ön və arxa qütb kataraktası; piramidaşəkilli, milvari, qatlı; nöqtəvari; mərkəzi; total, atipik.
 5. Büllurun tamlığının pozulması – koloboma, afakiya.
- II. Qazanılma xəstəlikləri.
 1. Büllurun şəffaflığının pozulması: katarakta – yaşla əlaqədar (qocalıq), fəsadlaşmış, uveal, travmatik, şüa kataraktası.
 2. Büllurun vəziyyətinin, tamlığının pozulması – ektopiya, büllurun çıxığı, afakiya.

BÜLLURUN ANADANGƏLMƏ XƏSTƏLİKLƏRİ

Büllurun vəziyyət anomaliyaları.

- **Marfan sindromu** – büllurun supratemporal istiqamətdə yarımcıxığı ilə araxnodaktiliya, mezodermal hipoplastik distrofiya, dilatatorun hipoplaziyasının birlikdə olmasıdır. Gözün zədələnməsinə, adətən, iridodenezlə birgə olan büllurun ikitərəfli yarımcıxığı; yüksək dərəcəli miopiya, qüzehli qışanın heteroxromiyası aiddir (şək.25). Ürəyin və iri damarların zədələnməsi – aortanın qalxan hissəsinin genişlənməsi, mitral qapağın prolapsı xasdır. Çox vaxt bud, qasıq və diafraqmal yırtıqlar, dərialtı toxumanın və əzələlərin hipoplaziyası, əzələ hipotoniyası olur. Skolioz, kifoz, qıfabənzər döş qəfəsi, ensiz sifət, hündür qövsvari damaq, ayaq altının yastı olması kimi hallara belə xəstələrdə tez-tez rast gəlinir.

Biomikroskopik olaraq bəbəklərdə çəhray refleks fonunda yerini dəyişmiş büllur, onun ekvatoru və zinni bağları təyin olunur.

Müalicəsi büllurun yerdəyişmə dərəcəsindən asılı olaraq göstəriş üzrə ixtisaslaşdırılmış mikrocerrahiyyə mərkəzində aparılır.

- **Vail-Marçezani sindromu** – kürəşəkilli büllurun yarımcıxığı braximorfik dəyişikliklərlə birgə olur. Büllur tərəfdən sferofakiya və mikrofakiya müşahidə olunur. İridodenez və büllurun aşağıya yarımcıxığı qeyd olunur. Zinni bağlarının lifləri uzamır, üzərində pigment yığıntıları olur. Ağırlaşmaları: ikincili qlaukomanın inkişafı ilə büllurun ön kameraya tam çıxığı mümkündür.

Differensial diaqnoz büllurun digər növ yarımcıxıqları ilə aparılır.

Müalicəsi ixtisaslaşdırılmış mikrocerrahiyyə mərkəzində aparılır.

İntraokulyar korreksiya ilə vaxtında aparılmış cerrahiyyə əməliyyatı zamanı **proqnoz** görmə funksiyaları üçün əlverişlidir.

Büllurun həcmnin dəyişməsi.

- **Mikrofakiya** – büllurun ölçülərinin kiçilməsidir. Etiologiyası embriogenin 5-6 aylarında büllurun inkişafının ləngiməsi hesab olunur. Şikayətləri görmənin işıq hissiyyatına qədər zəifləməsindən ibarətdir. Biomikroskopik olaraq bəbəklərdə kiçilmiş büllur, büllurun şüşəvari cisim və ya ön kamera tərəfi yarımcıxığı müəyyən olunur. Əksər halda mikrofakiya mikroftalm ilə, meqalokornea və mezodermal distrofiya ilə birgə rast gəlinir. Cərrahi əməliyyatın məqsəduyğunluğu fərdi həll olunur.

Büllurun əyrilik anomaliyaları.

- **Sferofakiya** – büllurun kürəşəkilli formasıdır. Biomikroskopik olaraq kürəvari büllur və büllurun ön kameraya çıxması təyin olunur.

Müalicəsi – uşağın həyatının ilk illərində cərrahi yolla.

Ağrılması: ikincili qlaukoma.

- **Lentikonus** – bülürün ön (ön lentikonus) və ya arxa (arxa lentikonus) səthinin konusvari qabarmasıdır.

Bütün növ lentikonuslarda görmə itiliyi əhəmiyyətli azalır.

Biomikroskopik olaraq uyğun istiqamətdə bülürün ön və ya arxa qabıq qatlarının qabarması ilə bülür kapsulunun nazılması müəyyən olunur.

Bülürün qeyri-bərabər refraksiyası nəticəsində əlavə refraksiyalar olduğundan skiaskopik müayinənin aparılması çox vaxt mümkün olur.

Müayinə üsulları: biomikroskopiya, skiaskopiya, refraktometriya, ötürücü işıqda müayinə.

Travmatik katarakta, keratokonus, lentiqlabus ilə **differensial diaqnoz** aparılır.

Müalicəsi uşağın həyatının ilk illərində cərrahi yolla.

- **Lentiqlabus** – bülürün ön və ya arxa səthinin sferik qabarmasıdır.

Biomikroskopik olaraq bülürün qabıq qatlarının qabarması ilə onun ön və ya arxa kapsulunun nazılması qeyd olunur. Bəzən zədələnmə zonasında pigment yığıntısı müəyyən olunur.

Differensial diaqnoz lentikonusla, keratokonusla aparılır.

Ağrılmaları: dayanıqlı ambliopiya.

Müalicəsi uşağın həyatının ilk illərində cərrahi yolla.

Gözün anadangəlmə patologiyalarının digər formaları olmadıqda bülür vaxtında çıxarılıb intraokulyar korreksiya verildikdə proqnoz əlverişlidir.

Gec mürciət olunduqda dayanıqlı ambliopiyanın inkişafı mümkündür.

Bülürün şəffaflığının pozulması.

Bulanmanın intensivliyinə və lokalizasiyasına görə anadangəlmə kataraktanın xarakteristikası sadədir.

- **Təcrid olunmuş kapsulyar katarakta** nadir rast gəlinir.

Valideynlər görmənin zəifləməsindən, eləcə də bəzən “bəbəyin ağ rəngindən” şikayətlənirlər. Bülürün qalınlaşmış ön kapsulunda yerləşmiş müxtəlif formalı və həcmli məhdud bozuntul-ağ və ya ağ bulanmanın olması ilə səciyyələnilir. Əksər vaxt birincili bəbək membranının qalıqları ilə birləşərək rast gəlinir.

Müayinə üsulları: ötürücü işıqda baxış, yandan işıqlandırma, biomikroskopiya, ultrasəs skanlaşması.

Differensial diaqnoz digər növ kataraktalar ilə, şüşəvari cismin patologiyası ilə aparılır.

Müalicə müddəti: bülürün bulanmasının diametri 2 mm-dən çox olmadıqda müalicə aparılmır, ambliopiya praktik olaraq inkişaf etmir; bulanmanın diametri böyük olduqda obskurasion ambliopiyanın inkişaf etməsi təhlükəsi olduğundan – diaqnoz qoyulduqdan dərhal sonra cərrahi müalicə aparılır.

Əməliyyat ixtisaslaşdırılmış mikrocərrahiyyə mərkəzində aparılmalıdır.

Vaxtında aparılan cərrahi müalicə və sonrakı pleoptik müalicədə yüksək görmə funksiyaları üçün **proqnoz** əlverişlidir. Əməliyyat gec aparıldıqda dayanıqlı ambliopiyanın

inkişafı ehtimalı yüksək olur.

- **Ön və arxa qütb kataraktası.**

Valideynlər uşağın görməsinin zəifləməsindən şikayətlənirlər.

Qütb kataraktası bəbək nahiyəsində (mərkəzdə) 2mm-ə qədər diametrində ağımtıl və ya bozuntul ləkənin olması ilə səciyyələnilir. Belə kataraktalar bülür kapsulunun ön və ya arxa qütbündə yerləşə bilər. Adı gözlə, əsasən ön qütb kataraktaları gərsənir. Arxa qütb kataraktaları ötürücü işıqda, daha yaxşı biomikroskopiya zamanı aşkar olunur.

Kliniki olaraq bülür kapsulunun və onun daha dərin qabıq qatlarının polimorf bulanması qeyd olunur. Bulanma ağ rəngdə, hüdudları aydın, dairəvi formalı olur. Bulanma proqressivləşir.

Müayinə üsulları: ötürücü işıqda baxış, yandan işıqlandırma, biomikroskopiya, ultrasəs skanlaşması.

Müalicə müddəti: bülür bulanmasının diametri 2 mm-dən çox deyilsə, müalicə aparılmır, belə ki, ambliopiya praktik olaraq inkişaf etmir; bulanmanın diametri böyük olduqda obskurasion ambliopiya təhlükəsi olduğundan – diaqnoz qoyulduqdan dərhal sonra cərrahi müalicə aparılır.

Əməliyyat ixtisaslaşdırılmış mikrocərrahiyyə mərkəzində aparılmalıdır.

Differensial diaqnoz digər növ kataraktalar ilə, şüşəvari cismin patologiyası ilə aparılır.

Vaxtında aparılan cərrahi müalicə və sonrakı pleoptik müalicədə yüksək görmə funksiyaları üçün **proqnoz** əlverişlidir. Əməliyyat gec aparıldıqda dayanıqlı ambliopiyanın inkişafı ehtimalı yüksək olur.

- **Piramidaşəkilli katarakta.**

Valideynlər uşaqlarında görmə itiliyinin zəifləməsindən, bəbək zonasının boz və ya ağ rəngdə olmasından şikayətlənirlər.

Klinikası: bulanmış kapsulyar qatların ön hissəsi buynuz qışa endotelilə sapvari liflərlə birləşərək ön kameraya prominensiya edir.

Differensial diaqnoz müxtəlif növ kataraktalar ilə, şüşəvari cismin patologiyası ilə aparılır. Görmə itiliyi əhəmiyyətli zəiflədiyindən piramidaşəkilli kataraktaların müalicəsi uşağın həyatının ilk illərində yalnız cərrahi yolla.

Əməliyyat ixtisaslaşdırılmış mikrocərrahiyyə mərkəzində aparılmalıdır.

Vaxtında aparılan cərrahi müalicə və sonrakı pleoptik müalicədə yüksək görmə funksiyaları üçün **proqnoz** əlverişlidir. Əməliyyat gec aparıldıqda dayanıqlı ambliopiyanın inkişafı ehtimalı yüksək olur.

- **Milvari katarakta.**

Klinikası: bülürün bulanmış zonasının sagittal istiqaməti ilə fərqlənir, formasına görə bülürün ön kapsulundan arxa kapsuluna qədər uzanan mili xatırladır.

Differensial diaqnoz: digər növ kataraktalarla, şüşəvari cismin patologiyası ilə aparılır.

Milvari kataraktanın bütün növlərində, “mil”in diametrindən asılı olmayaraq görmə funksiyası kəskin aşağı düşdüyündən uşaqların həyatının ilk illərində cərrahi müalicə aparılır.

Əməliyyat ixtisaslaşdırılmış xüsusi mikrocərrahiyyə mərkəzində aparılmalıdır.

Vaxtında aparılan cərrahi müalicə və sonrakı pleoptik müalicədə yüksək görmə funksiyaları üçün **proqnoz** əlverişlidir. Əməliyyat gec aparıldıqda dayanıqlı ambliopiyanın inkişafı ehtimalı yüksək olur.

• **Qatlı katarakta.**

Şikayətlər görmə itiliyinin zəifləməsindəndir. Bəbək zonası ağ və ya bozumtul-ağ rəngdə görünür.

Klinikası: xırda çoxlu və zəif bulanmalarla yanaşı daha kobud dəyişikliklər oftalmoskopiya olunur. Qatlı kataraktanın ekvatorial zonasında sancaq başı şəklində radiar yerləşmiş bulanma sahələri qeyd olunur. Oftalmoskopiya zamanı göz dibinin ayrı-ayrı hissələri görsənir. Görmə itiliyi əhəmiyyətli zəifləyir, ancaq bəbək genişləndirildikdə isə yaxşılaşır.

Qatlı katarakta çox vaxt mikroftalm, qüzehli qişa kolobomaları və ya aniridiya kimi digər inkişaf anomaliyaları ilə birgə rast gəlinir.

Differensial diaqnoz digər növ kataraktalarla, şüşəvari cismin patologiyası ilə aparılır. Müalicə müddəti: bülürün bulanmasının diametri 2 mm-ə qədər olarsa, praktiki olaraq ambliopiya inkişaf etmədiyindən müalicə aparılmır. Bulanma böyük sahəni əhatə edərsə, obskurasion ambliopiyanın inkişaf təhlükəsi olduğundan – diaqnoz qoyulduqdan dərhal sonra cərrahi müalicə aparılmalıdır.

Əməliyyat ixtisaslaşdırılmış mikrocərrahiyyə mərkəzində aparılmalıdır.

Vaxtında aparılan cərrahi müalicə və sonrakı pleoptik müalicədə yüksək görmə funksiyaları üçün **proqnoz** əlverişlidir. Əməliyyat gec aparıldıqda dayanıqlı ambliopiyanın inkişafı ehtimalı yüksək olur.

• **Nöqtəvari katarakta** – xəstəliyin nadir formasıdır.

Xəstənin **şikayəti** görmə itiliyinin əhəmiyyətsiz zəifləməsindəndir.

Klinikası: bülürün üzərində yayılmış nöqtə şəklində müxtəlif intensivlikdə çoxlu bulanmanın olması xasdır. Müxtəlif növ anadangəlmə kataraktalarla birgə rast gəlinə bilər.

Müayinə üsulları: ötürücü işıqda baxış, yandan işıqlandırma, biomikroskopiya, ultrasəs skanlaşması.

Differensial diaqnoz: müxtəlif növ kataraktalarla, şüşəvari cismin patologiyası ilə aparılır.

Bu növ anadangəlmə kataraktada cərrahi müalicə göstəriş deyil.

• **Mərkəzi katarakta.**

Xəstə görmə itiliyinin zəifləməsindən şikayətlənir.

Kliniki olaraq embrional nüvə zonasını əhatə edən kəskin hüdudlanmış mərkəzi nüvə bulanmaları ilə fərqlənir. Bülürün mərkəzi bulanması zəif seçilən cəhrray refleksi fonunda “qar topası” şəklində ola bilər.

Müayinə üsulları: ötürücü işıqda baxış, yandan işıqlandırma, biomikroskopiya, ultrasəs skanlaşması.

Differensial diaqnoz: digər növ kataraktalarla, şüşəvari cismin patologiyası ilə aparılır.

Müalicə müddəti: obskurasion ambliopiyanın inkişafı təhlükəsi olduqda – diaqnoz qoyulduqdan dərhal sonra cərrahi müalicə aparılmalıdır. Əməliyyat ixtisaslaşdırılmış mikrocərrahiyyə mərkəzində aparılmalıdır.

Vaxtında aparılan cərrahi müalicə və sonrakı pleoptik müalicədə yüksək görmə funk-

siyaları üçün **proqnoz** əlverişlidir. Əməliyyat gec aparıldıqda dayanıqlı ambliopiyanın inkişafı ehtimalı yüksək olur.

• **Total katarakta.**

Xəstələr əşya görüntüsünün olmamasından şikayətlənir.

Bülür bulanmasının növündən və dərəcəsindən asılı olaraq kliniki şəklın rəngarəngliyi ilə fərqlənir. Homogen ağ, boz rəngdə qeyri-bərabər bulanmaya rast gəlinir. Göz dibindən refleksi alınmır.

Cərrahi müalicə uşağın həyatının ilk həftə və günlərində aparılır.

Hətta vaxtında aparılan müalicə zamanı **proqnoz** şübhəlidir.

• **Pərdə şəkilli katarakta.**

Şikayət görmə itiliyinin zəifləməsindəndir.

Xəstəliyin adından məlum olduğu kimi, klinikası şəffaflığı az və ya çox dərəcədə olan pərdənin əmələ gəlməsi ilə fərqlənir. Pərdənin üzərində epitel hüceyrələri və bülür lifləri qalığı müəyyən olunur ki, bu da qeyri-düzgün formalı ağ və boz rəngli bulanma əmələ gətirir. Belə katarakta bülür kütləsinin hissəvi və ya tam reabsorbsiyasından sonra əmələ gəlir. Nəticədə ön və arxa kapsula arasında yerləşən ağ bulanma qalır.

Müayinə üsulları: ötürücü işıqda baxış, yandan işıqlandırma, biomikroskopiya, ultrasəs skanlaşması.

Differensial diaqnoz: müxtəlif növ kataraktalarla, şüşəvari cismin patologiyası ilə aparılır.

Müalicənin xarakteri və müddəti bulanmanın intensivliyindən asılı olaraq müəyyən edilir.

• **Anadangəlmə kataraktaların atipik formaları.**

Xəstə görmə itiliyinin zəifləməsindən şikayətlənir.

Kliniki olaraq bulanmış sahələrin müxtəlif intensivlikdə olması və yerləşməsinə görə qəribə formalı (sancağabənzər, qönçəyəbənzər, mərcanvari) olması ilə səciyyələnir.

Müayinə üsulları: ötürücü işıqda baxış, yandan işıqlandırma, biomikroskopiya, ultrasəs skanlaşması.

Differensial diaqnoz: digər növ kataraktalar ilə, retrolental fibroplaziya ilə, şüşəvari cismin digər növ fibroz dəyişiklikləri ilə aparılır.

Müalicə müddəti: cərrahi müalicəyə göstəriş olduqda (obskurasion ambliopiya təhlükəsi) uşağın yaşından asılı olmayaraq anadangəlmə katarakta diaqnozu dərhal qoyulduqdan sonra müalicə aparılmalıdır. Cərrahiyyə əməliyyatı ixtisaslaşdırılmış mikrocərrahiyyə mərkəzində həyata keçirilməlidir.

Erkən və vaxtında aparılan **müalicə** zamanı görmə funksiyası cəhətdən proqnoz əlverişlidir. Gec mürciət zamanı bülürün çıxarılması, bir qayda olaraq, yüksək görmə funksiyasına gətirib çıxarmır.

Bülürün tamliğinin pozulması.

• **Bülürün kolobomasi.** Kirpikli cisim qalıqlarının inkişaf anomaliyaları nəticəsində inkişaf edir.

Kolobomani əmələ gətirən bülür ekvatorunun deformasiyası biomikroskopik olaraq

təyin olunur. Onun forma və ölçüsü müxtəlif ola bilər. Üçdə bir halda koloboma büllurun bulanmaları ilə müşayiət olunur. Tez-tez yanaşı gedən mikroftalmalara, kirpikli cism kistalarına, damarlı qışa kolobomalarına rast gəlinir.

Yanaşı gedən anadangəlmə patolojiyalarla birgə olduqda görmə funksiyaları üçün **proqnoz** əlverişsizdir.

• **Afakiya** – büllurun olmamasıdır. Afakiyanın xarakter simptomlarına dərin ön kamera, iridodenez, yüksək dərəcəli hipermetropiya, biomikroskopiya zamanı optik kəsikdə Purkinye fiqurlarının olmaması, akkomodasiyanın itməsi aiddir. Afakiya zamanı görmə itiliyi 0,02-0,08 olur.

Afakiyanın korreksiyası eynəklə, kontakt linza ilə, intraokulyar və anizeykonik linza ilədir və operativ yolu keratofakiyadır.

Afakiyanın korreksiyası refraksiyon ambliopiyanın profilaktikası məqsədilə uşağın həyatının ilk aylarından aparılmalıdır.

QAZANILMA XƏSTƏLİKLƏR

Büllurun şəffaflığının pozulması.

• **Qocalıq kataraktası.**

Yaşla əlaqədar kataraktalar morfoloji təsnifata görə bölünür: nüvə kataraktası qabıq kataraktası və subkapsulyar katarakta. Büllur nüvəsinin yaşla əlaqədar dəyişikliyə məruz qalması nəticəsində nüvə kataraktası inkişaf edir. Nüvə kataraktasında mərkəzi görmə erkən pozulur. Uzağı görmə pisləşir, yaxıngörmə yaxşılaşdığından xəstə presbiopik eynəksiz sərbəst oxumağa başlayır. Büllurun şüasındırma qabiliyyətinin artması hesabına müvəqqəti yaxındangörmə inkişaf edir. Katarakta inkişaf etdikcə nüvə daha da tündləşir. Belə kataraktalar bərk konsistensiyaya malik olur və cərrahi əməliyyata göstəriş hesab olunur.

Qabıq kataraktasında bulanmanın ilk əlamətləri ekvator yaxınlığında büllurun qabığında əmələ gəlir. Mərkəzi hissə uzun müddət şəffaf qaldığından görmə itiliyi zəifləmir, göz dibi yaxşı görsənir.

Subkapsulyar kataraktalar, adətən fəsadlaşmış hesab olunur. Arxa subkapsulyar kataraktanı yandan fokal işıqlandırmanın köməyi ilə təyin etmək olmur. Bunun üçün ötürücü işıqda müayinədən istifadə olunur. Arxa subkapsulyar katarakta zamanı gözü döndərdikdə tünd bulanma əks istiqamətdə hərəkət edəcək. Ön subkapsulyar katarakta da isə bulanma eyni istiqamətdə hərəkət edəcək.

Qocalıq kataraktasında şikayətlər yaşı 60 və ondan yuxarı olan xəstələrdə görmənin tədricən və ağrısız zəifləməsindəndir. Bəzən ikiləşmədən və ya işıqda görmənin kəskin zəifləməsindən də (kataraktanın mərkəzi formasında) şikayətlənilir. Xəstəliyin gec mərhələlərində görmə itiliyi işıq hissiyyatına qədər azalmış olur. Başlanğıc kataraktada biomikroskopik olaraq ön və arxa kapsulların altında yarımsəffaf radiar yarıqlar müəyyən olunur ki, onlar da sonradan yerini milvari bulanmalara verir. Sonralar daha dərin qatları əhatə edən daha massiv və bərk bulanmalar inkişaf edir.

Kataraktanın yetişməmiş fazasının inkişafı zamanı büllurun tədricən bulanana liflərinin şişməsi baş verir. O, həcmə böyüyə bilər. Büllurun kapsulunun altında optik boş ensiz yarıq görsənir. Ön qabıq qatlarında vakuollar biomikroskopiya olunur.

Yetişmiş katarakta bulanmanın dərini getməsi və diffuz yayılması ilə səciyyələnir. Büllur homogen intensiv ağ və ya ağımtıl-boz rəng alır.

Kataraktanın ifrat yetişmiş mərhələyə keçdiyi bulanmış liflərin parçalanması ilə müşayiət olunur. Ön kapsulun altında ağ düyünlər əmələ gəlir. Büllurun şəkli itir, qabıq qatlar ağ kütləyə çevrilir. Nüvə bozumtul rəng alır. Nadir hallarda nüvə intensiv qaralır.

Müayinə üsulları: vizometriya, yandan işıqlandırma, ötürücü işıqda baxış, biomikroskopiya, rəng duyğusunun müayinəsi, ultrasəs skanlaşması, fosfen.

Differensial diaqnoz: digər növ kataraktalarla, şüşəvari cismin bulanması, hemoftalm, ön kamera şvartaları ilə aparılır.

Fəsadları: ikincili fakogen qlaukoma, büllurun ön kameraya və ya şüşəvari cismə çıxışı hesab olunur.

Vaxtında aparılan əməliyyat zamanı **proqnoz**: uyğun korreksiya ilə yüksək görmə funksiyasının əldə olunması.

Gec müraciət olunduqda və artıq fəsadlar inkişaf etmiş olduqda müalicə böyük həcmdə cərrahi köməklik tələb edir. Çox vaxt xəstəliyin nəticəsində funksional nəticəni kəskin aşağı salan ikincili dəyişikliklərə rast gəlinir.

- **Fəsadlaşmış kataraktalar** – müxtəlif endogen xəstəliklər tərəfindən törədilən büllur bulanmasıdır. Əksər halda fəsadlaşmış kataraktaların inkişaf səbəbləri şəkərli diabet, miksedema, sklerodermiya, eləcə də gözdə uveal traktın xroniki iltihabi prosesləri hesab olunur.

Xəstəliyin intensivliyindən asılı olaraq tam və qeyri-tam fəsadlaşmış katarakta fərqləndirilir.

Xəstələrin **şikayəti** adətən görmənin tədricən zəifləməsi ilə məhdudlaşır.

Klinikası: şəkərli diabeti olan xəstələrdə fəsadlaşmış katarakta zamanı büllurun ön və arxa qabıq qatlarında, birbaşa kapsulun altında faseti xatırladan bulanmalar inkişaf edir. Diabetik katarakta tez proqressivləşə bilər, həmçinin çox vaxt ikitərəfli simmetrik xarakter daşıyır. Bir sıra hallarda xəstəlik qüzhəli qişanın piqment epitelinin qalınlaşması ilə müşayiət olunur. Bu da piqmentin qüzhəli qişanın ön səthi üzərində yayılmasına gətirib çıxarır. Əksər vaxt kataraktanı qüzhəli qişanın neovaskulyarizasiyası müşayiət edir.

Müayinə üsulları: vizometriya, ötürücü işıqda baxış, yandan işıqlandırma, biomikroskopiya, ultrasəs skanlaşması, fosfen.

Proqnoz tor qişanın, görmə sinirinin diabetik zədələnməsinin dərəcəindən asılıdır. Retinopatiya olmadıqda əməliyyat görmə funksiyalarının bərpasını təmin edir.

- **Uveal katarakta** büllurun subkortikal qatlarda yerləşən polimorf bulanmaları ilə yanaşı arxa sinexiyaların, buynuz qişası endotelində presipitatların olması və uveitin digər əlamətləri ilə səciyyələnir.

Müayinə üsulları: vizometriya, ötürücü işıqda baxış, yandan işıqlandırma, biomikroskopiya, ultrasəs skanlaşması, fosfen.

Vaxtında aparılan cərrahi müalicə zamanı göz dibində əsas xəstəliyin əlamətləri olmadıqda görmə funksiyalarının bərpası üçün proqnoz əlverişlidir.

Əməliyyat gözün mikrocərrahiyyəsi mərkəzində aparılmalıdır.

- **Travmatik katarakta** göz almasının küt zədələri və ya dəlib-keçən yaralanmaları nəticəsində inkişaf edir.

Şikayətlər görmə itiliyinin zəifləməsindən və ya əşya görüntüsünün tam olmamasından ibarətdir.

Küt zədə zamanı kataraktanın kliniki olaraq səciyyəvi əlamətlərindən biri büllurun ön kapsulunda bəbək kənarına uyğun olan halqayabənzər bulanma (Fossius halqası) hesab olunur. Gen bəbəkdə yaxşı görünən piqment hissəciklərindən ibarətdir. Həmçinin subkapsulyar bulanmalara da rast gəlinir.

Dəlib-keçən yaralanmalardan sonra travmatik kataraktanın inkişafı zədənin xarakterindən asılıdır. Zədələyici agentin daxil olduğu zonada büllurun məhdud bulanması sabit qala bilər və müxtəlif qatlarda lokal bulanma şəklində müəyyən oluna bilər.

Büllurun geniş zədəsi ön kapsulun cırığı və nüvənin və ya büllur kütlələrinin ön kameraya çıxması ilə müşayiət olunur.

Differensial diaqnoz digər növ kataraktalarla aparılır.

Müayinə üsulları: vizometriya, ötürücü işıqda baxış, yandan işıqlandırma, biomikroskopiya, ultrasəs skanlaşması, fosfen.

Gözün digər hissələrinin zədəsində vaxtında aparılan cərrahi müalicə zamanı **proqnoz** zədələnmə dərəcəsiindən asılıdır. Büllurun ayrıca zədələnməsi zamanı vaxtında aparılan əməliyyat görmə funksiyalarının bərpasını təmin edir.

- **Şüa kataraktası.**

Xəstə görmə itiliyinin zəifləməsindən, ya da görmənin tam itməsindən şikayətlənir. İonlaşdırıcı radiasiyanın, infraqırmızı, ultrabənövşəyi şüalanmanın təsiri nəticəsində inkişaf edir.

Subkapsulyar kataraktanın klinikası ilə erkən mərhələlərdə biomikroskopik olaraq müəyyən olunur.

Çox vaxt ön subkortikal səbəblər zədələnilir. Bəzən büllurun şəffaf qatlarından ayrılan pilyaləbənzər bulanmalar əmələ gəlir.

Xəstəliyin proqressivləşməsi büllurun diffuz bulanması ilə total kataraktaya gətirib çıxarır.

Müayinə üsulları: vizometriya, yandan işıqlandırma, biomikroskopiya, ultrasəs skanlaşması, fosfen.

Differensial diaqnoz digər növ kataraktalarla aparılır.

Vaxtında aparılan cərrahi **müalicə** zamanı görmə funksiyaları üçün proqnoz əlverişlidir.

Büllurun tamlığının, vəziyyətinin pozulması.

- **Ektopiya** – müxtəlif zədələr nəticəsində büllurun yarımcıxığı meydana gəlir. Çox vaxt büllurun şüşəvari cismə yerdəyişməsi baş verir.

Büllurun ektopiyasının üç dərəcəsi ayırd edilir: birinci dərəcə – onun səthinin 1/3 hissəsinin yerdəyişməsi, ikinci dərəcə – onun səthinin 1/2-nin yerdəyişməsi və üçüncü dərəcə – onun səthinin 3/4 hissəsinin yerdəyişməsi. Birinci dərəcəli ektopiya zamanı görmə itiliyi nadir halda pozulur, müalicə aparılmır. Büllurun ikinci və üçüncü dərəcəli ektopiyasında görmə itiliyi kəskin zəifləyir. Bununla əlaqədar büllur çıxarılıb intraokulyar korreksiya verilir.

Vaxtında aparılmış cərrahi müalicə zamanı **proqnoz** cəhətdən görmə funksiyaları yüksəkdir.

Ağrılıqları: şüşəvari cismin kapsulunun tamlığı pozulduqda ikincili qlaukoma.

- **Büllurun çıxığı** göz alması yaralanmalarında, küt zədələrdə baş verir. Büllur ön kameraya, şüşəvari cismə, göz almasının konyunktivasının altına yerini dəyişə bilər.

Büllurun şüşəvari cismə, konyunktiva altına çıxığı zamanı kliniki olaraq afakiya əlamətləri – dərin ön kamera, iridodenez, yüksək dərəcəli hipermetropiya, büllurun optik kəsiyində Purkinye fiqurunun olmaması və akkomodasiyanın itməsi qeyd olunur. Operativ müalicə dərhal zədədən sonra aparılır və yerini dəyişmiş büllurun çıxarılmasından ibarətdir. Mümkün olduqda intraokulyar korreksiya aparılır, eləcə də kontakt linaza ilə korreksiya mümkündür.

Əgər büllur ön kameraya tərəf yerini dəyişirsə, gözdaxili mayenin axımı pozulur.

gözdaxili təzyiq artır. Bu zaman ağrı, işıqdanqorxma, yaşaxma baş verir, buynuz qişasının şəffaflığı pozulur, görmə itiliyi göz qarşısında barmaqların sayına qədər zəifləyir. Ön kamera darin olur, orada biomikroskopik olaraq yerini dəyişmiş büllür müəyyən olunur. Təcili operativ müalicə – büllürün ön kameradan çıxarılması və intraokulyar və ya kontakt linza ilə növbəti korreksiyanın aparılması məqsədəuyğundur.

Proqnoz: büllürün bütün növ çıxıqlarında, təbii ki, əgər gözün digər şöbələri zədələnməyibsə, görmə itiliyi cərrahi müalicədən və uyğun korreksiyadan sonra yüksək olur.

Ağırlaşması: ikincili qlaukoma mümkündür.

• **Qazanılma afakiya** zədədən sonrakı, əməliyyatdan sonrakı ola bilər.

Afakiyanın kliniki əlamətləri – dərin ön kamera, iridodenez, yüksək dərəcəli hipermetropiya, biomikroskopiya zamanı optik kəsikdə Purkinye fiqurlarının olmaması, akomodasiyanın pozulması. Qazanılma afakiyada planlı cərrahi müalicə zamanı limbal zonada əməliyyatdan sonrakı çapıq və ya yaralanma nəticəsində göz alması konyunktivasının çapığı qeyd olunur.

Görmə itiliyi afakiyada 0,02-0,08 olur. Afakiyanın korreksiyası – intraokulyar və kontakt linza ilə olan korreksiyadır.

Proqnoz: digər xəstəliklər olmadıqda və travma zamanı zədələnmə baş vermədikdə görmə funksiyaları normaya qədər qayıda bilər.

Qocalıq kataraktalarının planlı cərrahi müalicəsində **ağırlaşma** qeyd olunmur. Fəsadlaşmış, travmatik kataraktaların çıxarılmasından sonra tor qişanın qopması, ikincili qlaukoma mümkündür.

DAMARLI QIŞANIN XƏSTƏLİKLƏRİ

Göz almasının damarlı qişasının xəstəlikləri oftalmologiyanın aktual problemlərindən birini təşkil edir.

Damarlı qişanın iltihabi patologiyasının müalicə və diaqnostika məsələləri bütün oftalmoloqların nəzər diqqətindədir. Bir tərəfdən bu, görmə üzvü patologiyasının strukturunda uveitlərin xüsusi çəkisinin yüksək olması (7-30%) ilə şərtlənmişdir.

Patoloqoanatomik müayinələrin nəticəsinə görə, göz almasının xəstəlikləri arasında uveit və uveoretinitlər uşaqlarda 33,3% təşkil edir.

Xəstəlik çox vaxt cavan və orta yaşlı adamlarda əmələ gəlir və əmək qabiliyyətinin əhəmiyyətli azalmasına, korluğa və görmə şikəstliyinə gətirib çıxarır.

Endogen uveitlərin ağır nəticəsi xəstəliyin xroniki, residivverən gedişi, etioloji diaqnostikanın çətinliyi, aparılan müalicənin kifayət qədər səmərəli olmaması, gözün damarlı qişasında iltihabi proses nəticəsində əmələ gələn göz alması strukturlarında və toxumalarındakı kobud anatomik dəyişikliklərlə şərtlənmişdir.

Uveitin nəticəsi 8,1% halda göz almasının çıxarılması səbəblərindən hesab olunur. Son vaxtlar müasir müalicə üsullarının tətbiqinə baxmayaraq, xroniki residivverən uveitlərin xüsusi çəkisi ildən-ilə artır.

Bəzən uveit sistem xəstəliyin əlaməti hesab olunur. Belə hallarda damarlı qişadakı iltihab prosesi çox ağır keçir, 17,1% halda korluqla, 17% halda görmə itiliyinin zəifləməsi (0,01-0,09) ilə nəticələnir.

Uveit şikəstliyin və korluğun səbəbi kimi 8,8%-dən 39%-ə kimi təşkil edir. Sistem xəstəlikləri fonunda olan uveitlərdə görməyə görə şikəstlik 27,1%, ayrı nozoloji formalarda 37-42,8% təşkil edir.

Göz almasının damarlı qişasının xəstəlikləri belə təsnif olunur:

- iltihabi xəstəlikləri (uveitlər)
- degenerativ-distrofik xəstəlikləri (uveopatiyalar)
- inkişaf anomaliyaları
- yenitörəmələri və kistaları.

Uveitlər.

- **İrit** – qüzehli qişanın endogen və ya ekzogen xarakterli kəskin və ya xroniki iltihabi xəstəliyidir. Ayrı-ayrılıqda iritə çox nadir rast gəlinir. Xəstələr gözdə xüsusən gecələr kəskinləşən kəsicici ağrılardan şikayətlənirlər. Ağrı üçlü sinirin bütün istiqamətləri üzrə, diş nahiyəsinə, yanağa, burna, gicgah və alın nahiyəsinə irradiasiya edir, yaşaxma, işıqdanqorxma olur, görmə itiliyinin zəifləməsi mümkündür.

Oftalmoloji şəkli: göz almasının perikorneal, bəzən qarışıq inyeksiyası, qüzehli qişanın rənginin dəyişməsi, qüzehli qişanın ön aydın relyefinin (şəklinin) pozulması. Mavi qüzehli qişaya yaşıl rəngə, boz – çirkli-yaşıl rəngə, qəhvəyi isə pas rənginə çevrilir. Qüzehli

qişanın rənginin dəyişməsi onun damarlarının qanla dolğunluğunun artmasından, qanda hemoglobinin hemosiderinə çevrilməsindən asılıdır.

İritin xarakter əlamətlərindən biri ekssudasiyadır. Ekssudat qüzehli qişanın səthinə çökür. Bəbək daralır, işığa qarşı reaksiyası zəifləyir. Qüzehli qişa ödemli olur.

İritin kliniki əlamətlərini aşkar etmək üçün oftalmoskopiya və biomikroskopiya aparılır. İriti konyunktiviti, iridosiklit və uveitdən differensiasiya etmək lazımdır.

Müalicəsi göz stasionarı şəraitində aparılır.

Vaxtında aparılan müalicədə proqnoz – sağalma; gec mürciət zamanı – görmə funksiyası cəhətdən şübhəlidir.

• **İridosiklit** – damarlı qişanın ön hissəsinin, qüzehli qişa və kirpikli cismın kəskin və ya xroniki iltihabıdır.

Ekssudatın tipinə görə iridosiklitlər seroz, fibroz-plastik, irinli və hemorragik olur; iltihabi prosesin xarakterinə görə qranulyomatoz və qeyri-qranulyomatoz olur.

Xəstələrin şikayətləri – gözdə üçlü sinirin gedişi boyunca irradiasiya edən, gecələr güclənən (gecə “miqrəni”) ağrı, yaşaxma, işıqdanqorxma, görmənin zəifləməsi, kirpikli cisim nahiyəsinin palpasiyası zamanı ağrı qeyd olunur.

İridosiklitin klinikası – perikorneal inyeksiya, qüzehli qişa rənginin dəyişməsi, bəbəyin daralması, qüzehli qişa şəklinin pozulması və toxumalarının ödemi, arxa sinexiyaların əmələ gəlməsi, işıqdanqorxma, blefarospazm, yaşaxma, ağrı, kirpikli cisim nahiyəsinin palpasiyası zamanı güclü ağrı. Mənbəyi kirpikli cisim hüceyrələri hesab olunan presipitatların əmələ gəlməsi iridosiklit üçün daha xasdır. Presipitatlar buyuz qişanın arxa səthində aşağı hissədə, əksər halda zirvəsi yuxarıya baxan üçbucaq şəklində yerləşir (şək.26). Bu, aydın sərhəddli ağımtıl və ya boz rəngli nöqtəvari çöktündür. Ön kameraya ekssudasiya – “Tindal” effekti qeyd olunur, ekssudat ön kameranın dibində toplanı bilər, hipopion, hifemanın olması da mümkündür.

İridosiklitin simptomlarından biri şüşəvari cismin ön ücdə bir hissəsinin bulanıqlığı hesab olunur. Çox vaxt ekssudat sorulur, ancaq ekssudatdan birləşdirici toxuma pərdəsi də əmələ gələ bilər.

Oftalmoloji müayinə üsulları: oftalmoskopiya, biomikroskopiya, sikloskopiya.

Differensial diaqnoz qlaukomanın kəskin tutması, uveopatiyalarla aparılır.

Müalicəsi göz stasionarı şəraitində aparılır.

Müalicə zamanı **proqnoz** əlverişlidir; ağır gedişdə və ya müalicəyə vaxtında başlanılmadıqda uveal katarakta, qlaukoma, tor qişanın qopması, makulyar nahiyənin ödemi, keratit, görmə sinirinin nevriti, vaskulit, perivaskulit, görmə sinirinin atrofiyası, hipotoniya, göz almasının atrofiyası və subatrofiyası kimi **ağırlaşmaların** inkişafı mümkündür.

• **Stafilokokk iridosikliti** – qüzehli qişanın və kirpikli cismın stafilokokk etiologiyalı kəskin və ya xroniki iltihabi xəstəliyidir.

Xəstələr axşama yaxın güclənən göz ağrılarından, yaşaxmadan, blefarospazmdan, görmə itiliyinin zəifləməsindən şikayətlənirlər.

Stafilokokk etiologiyalı iridosiklitlər çox ağır və coşğun gedişi ilə fərqlənir. Qısa müddət ərzində damarlı qişanın arxa şöbəsi, tor qişa, görmə siniri prosesə cəlb olunur.

Stafilokokk infeksiyasının yayılmış şəkli (meningitlər, meninqoensefalitlər, stafilo-

kokk sepsisi) inkişaf edə bilər.

Oftalmoloji müayinə üsulları: biomikroskopiya, oftalmoskopiya, sikloskopiya.

Stafilokokk allergeni ilə aparılan dəridaxili immunoloji test, eləcə də stafilokokk allergeni ilə qoyulan dəridaxili sınaqdan sonra ocaqlı reaksiyanın müayinəsi – spesifik müayinələrdən hesab olunur.

Streptokokk etiologiyalı, vərəm, revmatik etiologiyalı iridosiklitlərlə **differensial diaqnoz** aparılır.

Müalicəsi göz stasionarı şəraitində urgent ardıcılıqda aparılır.

Proqnoz – müalicə zamanı əlverişlidir; ağır gedişdə və ya vaxtında başlanılmayan müalicə zamanı uveal katarakta, qlaukoma, tor qişanın qopması, makulyar zonanın ödemi, keratit, görmə sinirinin nevriti, vaskulit, perivaskulit, görmə sinirinin atrofiyası, hipotoniya, göz almasının subatrofiyası və atrofiyası kimi ağırlaşmaların inkişafı mümkündür.

• **Streptokokk iridosikliti** – damarlı qişanın ön şöbəsinin streptokokk etiologiyalı kəskin və ya xroniki iltihabıdır.

Xəstələr axşama yaxın güclənən göz ağrılarından, görmə itiliyinin zəifləməsindən, yaşaxma və blefarospazmdan şikayətlənirlər.

Streptokokk etiologiyalı iridosiklitin xüsusiyyəti kəskin ekssudasiya ilə coşğun başlanğıcdır.

Perikorneal inyeksiya qeyd olunur; hipotoniya, mioz presipitatların əmələ gəlməsinə şərait yaradır. Presipitatlar əvvəl xırda olur, sonra iriləşir. Qüzehli qişa damarları genişlənir, bəbək kənarında seroz və fibrinoz ekssudat toplanması müşahidə olunur. Ön kamera mayesi bulanır. Şüşəvari cisim bulanır, iri arxa sinexiyalar əmələ gəlir. Gözün arxa hissəsində neyrotretinit, vaskulit, nöqtəvari ekstravazatlarla perivaskulit şəklində ağırlaşmalar inkişaf edə bilər.

Etioloji diaqnostikanın əsas üsulu streptokokk allergeni ilə qoyulan dəridaxili immunoloji test və bu dəridaxili sınaqdan sonra ocaqlı reaksiyaların müayinəsi hesab olunur.

Differensial diaqnoz stafilokokk, vərəm və revmatik etiologiyalı iridosiklitlərlə aparılır.

Müalicəsi göz stasionarı şəraitində urgent ardıcılıqla aparılır.

Vaxtında aparılan müalicədə **proqnoz** əlverişlidir, ancaq ağırlaşmaların inkişafı mümkündür. Ağır gedişdə və ya vaxtında başlanılmayan müalicə zamanı uveal katarakta, qlaukoma, tor qişanın qopması, makulyar zonanın ödemi, keratit, görmə sinirinin nevriti, vaskulit, perivaskulit, görmə sinirinin atrofiyası, hipotoniya, göz almasının subatrofiyası və atrofiyası kimi ağırlaşmaların inkişafı mümkündür.

• **Vərəm iridosikliti** – qüzehli qişa və kirpikli cismın vərəm etiologiyalı spesifik iltihabi xəstəliyidir.

Qüzehli qişada yeni əmələ gəlmiş damarlar qeyd olunur, bəzən 1-2 dairəvi sarımtıl-çəhrayı infiltrat (qabarcıq) əmələ gəlir. İnfiltrata doğru yeni əmələ gəlmiş damarlar uzanır.

Bəbəyin kənarı boyunca xırda dairəvi yumşaq tötəmələr, arxa kobud və böyük sinexiyalar aşkar olunur. Büllurun ön kapsulunda çox vaxt qüzehli qişaya doğru gələn, damarlarla deşilən yarımsəffaf zərif pərdə əmələ gəlir. Şüşəvari cisimdə çoxlu intensiv bulanma müşahidə olunur.

Oftalmoloji üsullar: biomikroskopiya, oftalmoskopiya, sikloskopiya.

Instrumental və ümumi kliniki müayinə üsulları: dəri-allergik sınaqları (Pirke reak-

siyası, Mantu reaksiyası, Kox sınağı); qanın ümumi analizi (limfo və monositoz, EÇS); tuberkulin sınaqlarına qədər və sonra zülal fraksiyalarının müayinəsi; bəlgəmin, mədə sırasının analizi.

Differensial diaqnoz streptokokk, stafilkokk etiologiyalı iridosiklitlərlə aparılır.

Müalicəsi – göz stasionarı şəraitində aparılır.

Proqnoz: müalicədən sonra xəstələr fiziatri və okulistin nəzarəti altında olmalıdırlar.

- **Virus iridosikliti** adətən keçirilmiş qrippin fəsadı kimi meydana çıxır, çox vaxt birtərəfli zədələnmədir.

Xəstələrin şikayəti – üçlü sinirin gedişi boyunca irradiasiya edən göz ağrısından olur. Ağrı axşamlar güclənir (gecə “miqreni”). Palpasiya zamanı ağrı qeyd olunur. Subyektiv olaraq (baş ağrısı, baş gicəllənməsi) – siliar ağrı müşahidə olunur.

Kəskin subyektiv əlamətlərlə, siliar ağrı ilə, perikorneal inyeksiya ilə keçir. Ön kamrada seroz ekssudat, buynuz qişanın arxa endotelində xırda bozuntul presipitatlar toplanır. Qüzhəli qişanın bəbək kənarının büllurun ön kapsulu ilə ayrı-ayrı piqmentli arxa bitişmələri və şüşəvari cismin bulanması əmələ gəlir (şək.27). Bir qayda olaraq, bir göz zədələnilir.

Diaqnostika üçün aşağıdakı müayinə üsulları tətbiq olunur: düz oftalmoskopiya, kon-yunktiva qaşıntısında qripp virusu antigeninin immunoflüoresensiya üsulu ilə aşkari.

Differensial diaqnoz digər uveitlərlə aparılır.

Müalicəsi stasionar şəraitində aparılır.

Vaxtında aparılan müalicədə **proqnoz** əlverişlidir; ağır gedişdə və ya müalicəyə vaxtında başlanılmadıqda uveal katarakta, qlaukoma, tor qişanın qopması, makulyar nahiyənin ödemi, keratit, görmə sinirinin nevrیتی, vaskulit, perivaskulit, görmə sinirinin atrofiyası, hipotoniya, göz almasının subatrofiyası və atrofiyası kimi ağırlaşmaların inkişafı mümkündür.

- **Xoroidit, xorioretinit.** Xoroidit – göz almasının xüsusi damarlı qişasının iltihabıdır. Xorioretinit – tor qişanın prosesə cəlb olunması ilə xüsusi damarlı qişanın iltihabıdır. Təsnifata görə ekzogen və endogen olur. Zədələnmənin xarakterinə görə: ocaqlı, dif-fuz. İnfiltratın lokalizasiyasına görə: mərkəzi, peripapilyar, ekvatorial, periferik.

Ocağın göz dibinin mərkəzi hissələrində yerləşməsi zamanı xəstə görmə itiliyinin zəifləməsindən, baxılan əşyaların təhrif olunmasından, fotopsiyadan şikayətlənir. Göz dibinin periferik hissəsi zədələndikdə ala-toranlıq görməsi pozulur (hemeralopiya).

Klinikası – göz dibində dəyişiklik, infiltrasiya ocağı tək və çoxlu sayda, müxtəlif həcmli və formalı ola bilər. Adətən, ocaqlar dairəvi formada olur. İltihabın başlanğıcında sərhədləri aydın olmayan bozuntul və ya sarımtıl ocaqlar aşkar olunur ki, onlar da şüşəvari cismə prominensiya edir (şək.28). Damarlar prosesə cəlb olunarsa, xorioidəyaya, tor qişaya, şüşəvari cismə qansızmalar meydana gələ bilər. Vaxt ötdükcə ocaq ağımtıl-boz olur, sərhədləri aydınlaşır. Sərhədləri boyunca ifadə olunmuş piqmentasiya əmələ gəlir (şək.29).

Diaqnostika üçün vizometriya, biomikroskopiya, oftalmometriya kimi müayinə üsullarından istifadə olunur.

Differensial diaqnoz retinitlə, tor qişanın distrofiyası ilə aparılır.

Müalicəsi stasionar şəraitində aparılır.

Proqnoz: xorioideyadakı iltihab prosesi tor qişanın ikincili distrofiyası ilə, görmə siniri nevriti ilə, tor qişanın ekssudativ qopması və şüşəvari cismə qansızma ilə ağırlaşma bilər.

- **Sifilitik xorioretinit** – tor qişanın və xorioideyanın sifilis etiologiyalı iltihabi xəstəliyidir.

Mərkəzi diffuz xorioretinit və periferik xorioretinit fərqləndirilir.

Şikayətlər görmənin zəifləməsi, metamorfoziya, fotopsiya, hemeralopiyadan ibarətdir.

Anadangəlmə sifilisdə erkən yaşda göz dibində xorioideyanın rəngsizləşmiş sahələri xırda piqment toplanı ilə əvəzlənir, “istiqla duz”u xatırladır. Görmə siniri diski solğun, damarları dardır. İri ölçüdə piqmentli ocaqların və ya piqmentlə haşiyələnmiş ağ rəngli iri xorioretinal ocaqların əmələ gəlməsi mümkündür. Qazanılma sifilisin I və II mərhələlərində diffuz xorioretinit meydana gəlir. Bu hallarda şüşəvari cismin arxa qatlarının bulanması nəticəsində göz dibi pərdə arxasından dumanlı görsənir, görmə siniri diski hiperemiyalaşır, sərhədləri aydın olmur, tor qişaya ödemli olur. Makulyar zonada və görmə siniri diskinin ətrafında bozuntul-sarı və ya çəhrayı ocaqlıqlar əmələ gəlir (şək.30).

Tədricən damarlı qişanın diffuz atrofiyası, xorioidal damarların ağ zolaq şəklində daralması və boşalması, görmə sinirinin atrofiyası inkişaf edir.

Diaqnostika üçün bu müayinə üsullarından istifadə olunur: görmə itiliyinin təyini, biomikroskopiya, oftalmometriya, perimetriya, Vasserman reaksiyası, ocaqlı sınaqlar.

Differensial diaqnoz vərəm, virus, toksoplazmoz və digər etiologiyalı xorioretinitlə aparılır.

Müalicəsi ixtisaslaşdırılmış stasionar şəraitində (dəri-zöhrəvi dispenseri) və həm də oftalmoloqla aparılır.

Vaxtında aparılan müalicə zamanı **proqnoz** əlverişlidir, ancaq tor qişanın degenerasiyası, görmə sinirinin atrofiyası kimi **ağırlaşmaların** inkişafı mümkündür.

- **Vərəm xorioretinit.** Çox vaxt uşaqlarda birincili vərəm kompleksinin yayılma mərhələsində progressivləşən gedişdə ortaya çıxır.

Şikayətlər görmənin zəifləməsindən, əşyaların ayılməsindən, fotopsiya və görmə sahəsinin sərhədlərinin daralmasından ibarətdir.

Xorioideyada tor qişanın prosesə cəlb olunması ilə ocaqlıqlar əmələ gəlir; görmənin zəifləməsi, əşyaların ayılməsi, fotopsiya və s. kimi subyektiv pozğunluqlar qeyd olunur. Ocaqlar, adətən, paramakulyar zonada yerləşirlər. Göz dibində: qeyri-aydın hüddülu dairəvi formalı, tor qişanı qaldıran təzə ocaqlarla yanaşı piqmentlə əhatə olunmuş ay-dın sərhədli köhnə ağımtıl ocaqlar müşahidə olunur.

Əlavə müayinə üsulları: görmə itiliyinin təyini, perimetriya, biomikroskopiya.

Diaqnostika üçün aşağıdakı müayinə üsullarını aparmaq vacibdir: tuberkulinin dəridaxili yeridilməsinə qarşı ocaqlı reaksiya, ekspress-diaqnostika, Mantu, Pirke reaksiyaları.

Differensial diaqnoz toksoplazmoz və digər etiologiyalı xorioretinitlə, vərəmin digər formaları ilə aparılır.

Müalicəsi – stasionar şəraitində aparılır.

Proqnoz – tor qişanın ekssudativ qopması meydana gələ bilər.

- **Toksoplazmoz xorioretinit** – toksoplazma tərəfindən törədilir. Oftalmoloji klinikada

anadangəlmə və qazanılma toksoplazmoz fərqləndirilir.

Qazanılma – cinsi yetişkənlik dövründə, anadangəlmə - hamilənin xəstəliyi zamanı bətdaxili inkişafda əmələ gəlir.

Şikayətlər – görmə itiliyinin zəifləməsi (mərkəzi formalarda), görmə sahəsi sərhədlərinin daralması.

Anadangəlmə xorioretinitdə göz dibinin mərkəzi hissəsində çapıq və ya atrofik xorioretinal ocaqlar müşahidə olunur ki, ocağın kənarı boyunca piqmentin kobud yığıntısı olur (şək.31). Çox vaxt ikitərəfli simmetrik zədələnmədir.

Qazanılma xorioretinit üçün geniş proliferasiya ocaqlarının əmələ gəlməsi xasdır. Göz dibinin mərkəzi zonasında yerləşən çoxlu xırda dairəvi çəhray-ağ rəngli ocaqlar əmələ gəlir.

Əlavə oftalmoloji müayinə üsullarına aiddir: perimetriya, görmə itiliyinin təyini, bi-omikroskopiya.

Instrumental və ümumi kliniki müayinə üsullarına aiddir: toksoplazmaya qarşı antitelin RFA və ya RSK reaksiyasında təyini; toksoplazminin dəridaxili yeridilməsinə ocaqlı reaksiyalar və ekspress-diaqnostika; RTB-də toksoplazminə limfositlərin sensibillizasiyasının aşkarı.

Differensial diaqnoz: Koats retiniti, digər etiologiyalı xorioretinitlə aparılır.

Müalicəsi stasionar şəraitdə aparılır.

Proqnoz görmə funksiyaları cəhətdən əlverişsizdir. Uzunmüddətli müalicə tələb olunur.

• **Herpetik uveitdə** şikayətlər: görmənin zəifləməsi, ağrı.

Oftalmoloji klinika: zəif ifadə olunmuş ağrı sindromu və siliar inyeksiya, bozuntul polimorf presipitatların olması, qranulyom nahiyəsində qüzhəli qişanın ocaqlı atrofiyası, qüzhəli qişanın rənginin və şəklinin dəyişməsi, arxa sinexiyalar, şüşəvari cismin bulanması, drenaj zonasının sinexial obliterasiyası ilə əlaqədar hipertenziya. Bəzən göz dibində tor qişanın vaskuliti, damarların kənarı boyunca qansızmalar, görmə siniri diskinin ödemi və seroz makulit aşkar olunur.

Diaqnostika üçün aşağıdakı müayinə üsullarından istifadə olunur: biomikroskopiya, düz oftalmoskopiya, zədələnməmiş gözün konyunktivasından götürülən qaşınıtda flüoressədicil antitel üsulu ilə herpes virusu antigeninin aşkarı, herpetik antigenlə dəridaxili ocaqlı sınaq.

Müxtəlif uveitlərlə **differensial diaqnoz** aparılır.

Müalicəsi stasionar şəraitdə aparılır.

Vaxtında aparılan müalicə zamanı **proqnoz** əlverişlidir.

Ağır gediş zamanı və ya vaxtında başlanılmayan müalicə zamanı uveal katarakta, qlaukoma, tor qişanın qopması, makulyar zonanın ödemi, keratit, vaskulit, perivaskulit, görmə sinirinin atrofiyası, hipotoniya, göz almasının subatrofiyası və atrofiyası və s. kimi ağırlaşmaların inkişafı mümkündür.

• **Periferik uveit.** **Şikayətlər** ala-toranlıq görməsinin pozulmasından, görmə itiliyinin zəifləməsindən və göz qarşısında "milçəklərin" uçmasından ibarətdir. Əksər halda çavanlar xəstələndir. Xəstələyin başlanğıcında, demək olar ki, şikayətlər olmur.

Görmə siniri diskində və makulyar zonada ödemin inkişafı xasdır.

Lokalizasiyanın tipik yeri aşağı-bayır kvadrant hesab olunur.

Bazal, prebazal və retrobazal formalar ayırd edilir.

Üçgüzlü Qoldman linzasının köməyiylə aparılan oftalmoskopiya zamanı (sikloskopiya) təyin olunur:

- 1) şüşəvari cisimdə pərdə və kirpikli cismin yastı hissəsində, əsasən də tor qişanın aşağı-bayır kvadrantında eksudasiya;
- 2) aşağı-bayır kvadrantda dişli xətt nahiyəsindən ayrılmaqla tor qişanın qopması ola bilər;
- 3) dişli xətt nahiyəsindən ayrılmadan tor qişanın qopması ola bilər;
- 4) şüşəvari cismin mərkəzi hissələrində destruktiv dəyişikliklər;
- 5) makulyar zonanın ödemi;
- 6) tor qişanın ocaqlı dəyişiklikləri:
 - a) mərkəzi (makulada "damcı" simptomu)
 - b) periferik (prosesin aktiv fazasında – şüşəvari cismin lokal bulanmaları ilə birləşdirilmiş ağ rəngli ocaqlar, gecikmiş mərhələlərdə tor qişanın prioral zonasının dispiqmentasiyası kimi distrofik dəyişikliklər, yastı piqment ocaqları üstünlük təşkil edir);
- 7) tor qişanın periferik şöbələrinin vaskulitləri.
- 8) görmə sinirinin hissəvi atrofiyası ilə nəticələnən papillit.

Ağırlaşmaları: şüşəvari cismin fibroz, görmə sinirinin atrofiyası, arxa kapsulyar katarakta, tor qişasının traksiyon qopması.

Müalicəsi: göz stasionarı şəraitində aparılır.

Vaxtında aparılan müalicə zamanı **proqnoz** nisbi əlverişlidir, müalicəyə vaxtında başlanılmadıqda – ağırdır.

• **Still sindromu** – uşaqlarda revmatoidli artrit, Still xəstəliyi fonunda əmələ gəlir.

Göz simptomatikası ümumi xəstəliyin ilk əlaməti ola bilər. Xəstələr arasında qızlar üstünlük təşkil edir. Hər iki gözün eyni vaxtda zədələnmədiyinə baxmayaraq, proses əksər halda ikitərəfli olur.

Şikayətlər görmənin zəifləməsindən, ağrıdan, işıqdan qorxma və yaşaxmadandır.

Still sindromunda gözdəki dəyişiklik simptomların triadasını xarakterizə edir: iridosiklit, buynuz qişanın lentşəkili distrofiyası, fəsadlanmış katarakta. Bunlardan əsası iridosiklitdir ki, gözün xəstəliyi bundan başlayır. Balaca uşaqlarda iridosiklit çoxlu bitişmələrlə, bəbəyin tam qapanması və yastı sinexiyalarla çox ağır keçir. Gözdə nəzərə çarpan qiçilənmə qeyd olunmadığından valideynlər uşaqda xəstəliyi vaxtında hiss etmirlər. İridosiklitin özünü göstərməsi, triadanın digər simptomları kimi, Still sindromunun ümumi simptomlarının intensivliyindən asılı olmur. İltihab həmişə uveal traktın ön şöbəsi ilə məhdudlaşmışdır. Bir sıra hallarda qüzhəli qişanın, kirpikli və şüşəvari cismin dəyişiklikləri ilə birlikdə xorioidal ocaqlar aşkar olunur ki, bu da panuveitdən xəbər verir.

Buynuz qişada saat 3 və 9 radələrində qurumuş sabun köpüyünə oxşar bozuntul-ağ, ya da qəhvəyi rəngli ləkələr olur. Müalicəsiz lentşəkili distrofiyanın ləkələri tədricən intensivləşir, limbdə genişlənir və buynuz qişanın mərkəzinə doğru qarşı-qarşıya üfüqi istiqamətdə yayılır. Kəskin hallarda buynuz qişanın xarici limbindən daxili limbina qədər uzanan enli lent kimi ləkəli bulanma əmələ gəlir.

Xəstələrin əksəriyyətində üçüncü simptom – fəsadlanmış katarakta aşkar olunur. O, büllurun ön subkapsulyar qatlarının bulanmasından başlayır, proqressivləşir və bir neçə

ay müddətində bulanma total olur. Büllur qüzehli qışaya yapışır.

Instrumental və ümumi kliniki müayinə üsulları: revmatizmin aşkarına aid sınaq, S-reaktiv zülal. Gözdaxili təzyiqin ölçülməsi.

Differensial diaqnoz revmatik uveitlərlə, Reyter sindromundakı, Bexteryev xəstəliyindəki uveitlərlə aparılır.

Müalicəsi – stasionar şəraitdə aparılır.

Proqnoz:

- xəstəlik torpid və ağır gedişi ilə fərqlənir;
- gecikmiş mürciət zamanı görmə itiliyinin işıq duyğusuna, ya da korluğa qədər zəifləməsi.

• **Felti sindromu** – bəzən böyüklərdə inkişaf edir, Still sindromuna oxşar xəstəlikdir. Onun ümumi təzahürləri visseral patologiya ilə (limfa düyünlərinin böyüməsi, bədən temperaturunun yüksəlməsi) keçən tipik revmatoid artritində ifadə olunur.

Daha çox cavan və orta yaşlı kişilər xəstələnilər, xəstəlik buynuz qişanın lentşəkilli distrofiyası və katarakta ilə fəsadlanmış seroz-plastik və ya plastik ön uveit kimi gedir.

• **Foqt-Koyanaqi-Xarad sindromu** – meninqoensefalitin uveitlə əlaqəsi, yəni birgə rast gəlinməsidir.

Əksər halda orta yaşlı adamlar, çox vaxt kişilər xəstələnilir. Başlanğıcı kəskin olur, ümumi əzginlik, ürəkbulanma, qusma, bədən temperaturunun yüksəlməsi, başağrısı, başgicəllənməsi, oynaqlarda ağrı əmələ gəlir. Bazal-sütun seroz meninqoensefaliti üçün xas nevroloji simptomlar inkişaf edir. Çox vaxt xəstəliyin 2-4-cü həftəsində, bəzən həttə xəstəliyin başlanğıcında ikitərəfli ağır plastik və ya seroz iridosiklitin inkişafı nəticəsində görmə tez pisləşir. Şüşəvari cisimdə bulanmalar görünür, görmə siniri diskinin hüdudları pozulur, tor qişa damarları genişlənir, onların gedişi boyunca bozumtul-sarımtıl ocaqlar müşahidə olunur (şək.32). Xəstəliyin 3-4-cü həftəsində makulyar sahədə tor qişanın qopması ilə ağırlaşma bilən tor qişanın kəskin ödəmi baş verir. Nəticədə tor qişanın öz-özünə yerinə qayıtması mümkündür. Gözdaxili mayenin ifrazının azalması nəticəsində gözdaxili təzyiq nəzərə çarpan dərəcədə azalır. Ön kamera, adətən, dərin olur. Bu dövrdə və ya bir qədər sonra trofik dəyişikliklər – qaşların, kirpiklərin, tüklərin ağarması, başda tükün ocaqlı tökülməsi (allopesiya), başın dərisində və çiyin qurşağında simmetrik ləkələr baş verir. Xəstələrin 60%-də orta qulağın və ya eşitmə sinirinin əsas sütununun zədələnməsi nəticəsində qulaqlarda küy, eşitmənin zəifləməsi qeyd olunur.

İltihabi prosesin sakitləşməsindən sonra göz dibinin özünəməxsus depiqmentasiyası, bəzən damarlı qişada böyük olmayan atrofik ocaqlar qalır.

Tez-tez ikincili qlaukoma və katarakta kimi ağırlaşmalar inkişaf edir.

Diaqnoz qoymaq üçün xəstənin dəqiq nevroloji müayinəsi, onunğ beyni mayesinin müayinəsi və limbal punksiyadan sonra göz tərəfdən dinamikənin öyrənilməsi lazımdır.

Differensial diaqnoz uveitlərin müxtəlif formaları ilə aparılır.

Müalicəsi stasionar şəraitdə aparılır.

Görmə cəhətdən proqnoz əlverişsizdir. Çox vaxt karlıq da inkişaf edir.

• **Benye-Beka-Şauman xəstəliyində uveit (sarkoidoz)** – əsasında iltihabi qranulyomaların əmələ gəlməsi duran, çoxlu kliniki təzahürlərlə özünü göstərən mezenximal to-

xumanın və limfatik aparatın sistem zədələnməsidir.

20 yaşdan 40 yaşa qədər adamlar tez-tez xəstələnilər.

Xəstəlik Şimali Avropada, ABŞ şərqində, Qafqazda yayılıb.

Bütün limfatik düyünlərin böyüməsi, çəhrayı-bənövşəyi infiltratlar – dəridə sarkoidlər, qulaqətrafi vəzlərin şişməsi müşahidə olunur.

Ön qranulyomatoz uveit – daha təhlükəli və tez-tez rast gəlinən forma olub, təcridən başlayır. Xəstə gözdə yüngül ağrıdan və gözün qızarmasından şikayətlənir.

Kəskin başlanğıcda xəstə güclü ağrıdan, işıqdan qorxmadan və göz almasının intensiv inyeksiyasından şikayətlənir.

Biomikroskopiya zamanı – endotelin ödəmi və az miqdarda buynuz qişa presipitlarını qeyd olunur. Qüzehli qişada bəbək kənarı boyunca Renne düyüncükləri və çoxlu arxa sinexiyalar meydana çıxır. Sonralar ikincili qlaukoma ilə qüzehli qişanın bombajı inkişaf edə bilər.

Gözün arxa seqmentinin zədələnməsi ön uveitin yayılması nəticəsində və ya sərbəst ola bilər. Şüşəvari cisimdə “qar topaları”, “yaşılımtıl cisimciklər” şəklində dəyişikliklər özünü göstərir. Tor qişanın ödəmi, görmə sinirinin hipereyemiyası müşahidə olunur. Bu da nevrıtə, sonra da görmə sinirinin atrofiyasına gətirib çıxarır.

Differensial diaqnoz vərəm uveiti ilə aparılır.

Müalicəsi – stasionar şəraitdədir.

Proqnoz – şübhəlidir.

• **Bexteryev-Ştryumpel-Mari xəstəliyində uveit** spondiloartrit fonunda keçir.

Xəstəlik gənc yaşlarda, çox vaxt da kişilərdə başlayır. Bir neçə il ərzində müalicə aparılmadıqda şikəstliyə gətirib çıxara bilər.

Sarkoidozla xəstə olanların təxminən yarısında gözlər prosesə cəlb olunur. Episklerit və skleritlər, dərin sklerit əlamətləri olan keratit inkişaf edə bilər, ancaq xroniki və uzunmüddətli gedişi ilə fərqlənən ön uveitlər və panuveitlər daha tez-tez əmələ gəlir.

Uveit onurğa və oynaqların patologiyasından qabaq ola bilər, ancaq çox vaxt dəyişikliklər kəskin təzahür edən mərhələdə artıq bürüzə verir. Adətən, hər iki göz zədələnilir, bəzən gözlərin biri ilə digərinin zədələnməsi arasında əhəmiyyətli interval olur.

Oftalmoloji şəkli: uveit seroz-plastik xarakter daşıyır, gözün yüngül qıcılınması ilə keçir, ancaq arxa bitişmələrin (sinexiyaların) əmələ gəlməsinə meyillik çox olduqda fibrin çöküntüsü jəlatinəbənzər qatı maye şəklində ön kameranın dibinə və bəbək kənarına çökür, bu da görmə itiliyinə mənfi təsir göstərir. Ön kamera dibində irinəbənzər şəkil alınır ki, bu da hipopionu xatırladır. Əgər ekssudat qan elementləri qarışarsa, o, qırmızı rəngdə olub hifema adlanır. Residivdən sonra arxa bitişmələr qalır. Təcridən ön kamera bucağı obliterasiyaya uğrayır, ikincili qlaukoma, fəsadlanmış katarakta, vitreal şvar-talar, tor qişanın retraksiyon qopması inkişaf edir.

Instrumental və ümumi kliniki müayinə üsulları: oynaqların, onurğanın rentgenoqrafiyası.

Differensial diaqnoz revmatoidli uveit, revmatik uveit və Reyter xəstəliyi ilə aparılır.

Müalicəsi – stasionar şəraitdədir.

Proqnoz: müalicə aparılmadıqda korluqla nəticələnir. Vaxtında aparılan müalicə zamanı – uveitin remissiyasına nail olunur. Görmə üçün proqnoz prosesin ağırlığından və

əmələ gələn ağırlaşmalardan asılıdır.

• **Reyter sindromu** sidik yollarının, gözün və oynaqların birmə zədələnməsi ilə səciyyələnir.

Xəstəlik çox vaxt kəskin uretrit simptomlarından başlayır, sonradan (5-7 gündən sonra) konyunktivit, uveit, neyrorretinit və poliartrit qoşulur.

Göstərilən zədələnmələr müxtəlif müddətli intervallarla ardıcıl meydana çıxma bilər. Eləcə də dəri (eritematoz və ya papulyoz səggi) və mədə-bağırsaq traktı (dispeptik pozğunluqlar şəklində) zədələnmə bilər. Sindromun tam inkişaf etməməsi halları mümkündür.

Bəzən klassik triadaya əlavələrə selikli qişanın stomatit, keratodermiya, eritema şəklində vezikuloz və ya bullyoz zədələnməsi də daxil edilir. Əksərən 30-40 yaşlı kişilər xəstələnilir.

Xəstələr ağırdan, işıqdanqorxma, yaşaxma və görmənin zəifləməsindən şikayətlənirlər. Çox vaxt perikorneal inyeksiya, presipitatlarla iridosiklit şəkli ortaya çıxır; arxa bitişmələr, ön kamerada və şüşəvari cisimdə ekssudat əmələ gəlir.

Differensial diaqnoz Bexteryev-Ştryumpel-Mari xəstəliyi ilə, revmatoidli uveitlə, revmatik uveitlə aparılır.

Müalicəsi – stasionar şəraitdə aparılır.

Proqnoz nisbətən əlverişlidir, ancaq residivverən gediş xasdır.

• **Bexçet xəstəliyində uveit** – simptomların triadası – residivverən hipopion-iridosiklit, aftoz stomatit, dəri və selikli qişaların xorali zədələnməsi ilə özünü təzahür edən xəstəlikdir.

Yayıldığı yerlər – Aralıq dənizi sahillərində yerləşən Yaxın Şərq ölkələri, Avropanın cənub rayonları, Böyük Britaniya, Skandinaviya, Azərbaycan, Ermənistan.

Əksərən 15-40 yaşlı kişilər xəstələnilirlər.

Şikayətləri: yorğunluq, yüksək bədən temperaturu, əzələlərdə ağrı, ağızın selikli qişasında sonradan əmələ gələn aftoz stomatit, cinsiyyət üzvlərinin dərisində və selikli qişasında xoralanma.

Oftalmoloji şəkil yalnız bir neçə ildən sonra meydana gələ bilər və yaxud əksinə, birinci növbədə inkişaf edə bilər.

Bir qayda olaraq, hər iki göz zədələnilir. Bir neçə gün ərzində qalan, sonralar hər 2-4 aydan bir yenidən əmələ gələn hipopion-iridosiklit və şüşəvari cisimdə bulanma inkişaf edir. Bu, arxa bitişmələrin, bəbək qapanmasının (occlusio pupillae) əmələ gəlməsinə, ikincili qlaukomanın inkişafına, fəsadlaşmış kataraktaya, şüşəvari cismin dayanıqlı bulanmasına gətirib çıxarır.

Prosesin gözün arxa kəsiyində başlaması – az xarakter əlamətdir.

Bunun üçün xasdır: makulanın ödemi, periflebit, periartrit, tor qişaya və şüşəvari cisimə qansızma, papillit.

Differensial diaqnoz sarkoidozdakı uveitlə, Reyter sindromu ilə aparılır.

Müalicəsi – göz stasionarı şəraitində aparılır.

Proqnoz – görmə funksiyalarının proqressivləşən zəifliyi baş verə bilər.

• **Simpatik uveit** – dəlib-keçən yaralanmadan sonra zədələnməmiş gözdə ləng gedişli uveit olduqda zədələnməmiş gözdə inkişaf edən mülayim gedişli irinsiz iltihabdır. Göz toxumalarına qarşı autoimmun reaksiyaların inkişafı nəticəsində meydana çıxır.

Formaları: seroz iridosiklit, fibrinoz-plastik iridosiklit, simpatik neyrorretinit, qarışıq.

Oftalmoloji şəkli və şikayətlər. Seroz iridosiklit zamanı yaşaxma, işıqdanqorxma, göz almasının qarışıq inyeksiyası, buynuz qişanın arxa səthi boyunca xırda ağımtıl və piqmentləşmiş presipitatlar, qüzehli qişanın ödemi və hiperemiyası, büllurun ön kapsulunda tək-tək piqment yığıntıları, şüşəvari cismin zərif bulanmaları, tək-tək bitişmələr.

Fibrinoz-plastik iridosiklitin daha ağır forması zamanı qüzehli qişanın bəbək kənarının büllurun ön kapsulu ilə dairəvi bitişməsinə gətirib çıxaran sinexiyalar (bitişmələr), ikincili qlaukoma inkişaf edir, xorioideya iltihabi prosesa cəlb olunur.

Simpatik neyrorretinit ön hissədə dəyişikliklərin olmaması və tədricən başlaması ilə xarakterizə olunur. Göz dibində – görmə siniri diski hiperemiyalı, diskin toxuması və onu əhatə edən tor qişə ödemi, diskin konturları qeyri-aydın; görmə itiliyi zəifləyir, rəng duyğusu pozulur.

Qarışıq formada – neyrorretinit əlamətləri ilə iridosiklit əlamətləri birmə olur.

Differensial diaqnoz: Foqt-Koyanagi-Xarad sindromu ilə, sarkoidozdakı uveitlə aparılır.

Müalicəsi – göz stasionarı şəraitində aparılır.

Proqnoz – görmə funksiyalarının zəifləməsi ilə proqressivləşən gediş.

Uveopatiyalar.

• **Fuks sindromu** – heteroxromiya, buynuz qişə endotelində presipitatlar və katarakta kimi simptomların triadası ilə səciyyələnən, damarlı qişanın ön şöbəsindəki ləng gedişli degenerativ-distrofik prosesdir.

Xəstəliyin inkişafının dörd mərhələsi təsnif olunur:

I. Başlanğıc – buynuz qişanın arxa səthində əhəmiyyətsiz miqdarda presipitatlar, düz və ya inert tipli heteroxromiya, qüzehli qişanın başlanğıc atrofiyası, şüşəvari cisimdə yüngül uçan bulanmalar.

II. Keçid mərhələsi – qüzehli qişadakı distrofik dəyişikliklər artır, bəbəyin piqment haşiyəsinin destruksiyası, büllurun arxa qatlarında vakuollar və subkapsulyar bulanmalar əmələ gəlir, vaxtaşırı oftalmotonusun qeyri-kəskin artması.

III. İnkişaf etmiş mərhələ – qüzehli qişə stromasının əhəmiyyətli atrofiyası, buynuz qişanın arxa səthindəki presipitatların artması, şüşəvari cismin pambıq şəklində bulanması, büllurun ön hissəsində və nüvəsində əmələ gələn dəyişikliklər, tez-tez oftalmotonusun qalxması.

IV. İfrat inkişaf etmiş mərhələ – buynuz qişanın arxa səthində presipitatlar, qüzehli qişə stromasının ifadə olunmuş atrofiyası, damarların görünməsi, şüşəvari cisimdəki dəyişikliklərin III dərəcəyə nisbətən daha da dərin olması, katarakta, oftalmotonusun dayanıqlı yüksək olması.

Tezliyi – bütün uveitlərin 3%-ni təşkil edir. Xəstələrin orta yaşı 25-30 arasındadır. Kişilərdə qadınlara nisbətən 10% çox rast gəlinir.

Şikayətlər: gözün vaxtaşırı qızarması və diskomfort, görmənin dumanlanması. Oftalmoloji şəkli: heteroxromiya, midriaz, bəbək reaksiyasının pozulması; Fuks sindromu üçün sinexiyaların olmaması (əməliyyatdan sonrakını çıxmaq şərti) xasdır (şək.33).

Buynuz qişanın arxa səthindəki presipitatlar (köhnə, aydın sərhədlili, tünd) onun sahəsi

boyunca bərabər yerləşir.

Büllurun arxa kapsulu boyunca büllurun piyaləyəbənzer bulanması baş verə bilər.

Instrumental və ümumi kliniki müayinə üsulları: qonioskopiya; tonometriya, flüoresent angiografiyası.

Müalicəsi göz stasionarı şəraitində aparılır.

Proqnoz – görmə funksiyalarının zəifləməsi ilə progressivləşən gediş.

- **Qlaukomosikliklik kriz** – birtərəfli siklik simptomları ilə gözdaxili təzyiğin tutmaşkilli qalxmasından ibarət degenerativ-distrofik xəstəliklərə (uveopatiyalara) aiddir. Tutmalar kirpikli cisimdə gedən degenerativ-distrofik proses nəticəsində əmələ gəlir və hipertenziya ilə müşayiət olunur.

Şikayətlər görmənin dumanlanması, işıq mənbəyinə baxdıqda göy qurşağı halqalarının əmələ gəlməsindən, gözdə ağırlıq hissindən və bəzən göz almasında yüngül ağrılardandır.

Xəstəlik tez-tez baş verən tutmalarla səciyyələnir. Krizlərin davam etmə müddəti bir neçə saatdan 5-7 günə qədərdir. Tutmalar müxtəlif tezliklə – 1-2 aydan 5 ilə qədər olan tezliklə təkrarlanır. Xəstəlik oftalmohipertenziya tipi üzrə keçir.

Oftalmoloji şəkli: göz almasının inyeksiyası, buynuz qişa epitelinin ödemi, buynuz qişa presipitatları.

Qonioskopiya zamanı – ön kamera bucağı açıq olur.

Oftalmotonus bəzən 40-50 mm c. süt-na qədər yüksəlir. Tutma zamanı normada gözdaxili mayenin axımının kəskin azalması və sekresiya göstəricisinin azalması müşahidə olunur. Sonralar tutma olmayan (tutmasız) vaxtlar hər iki gözdə gözdaxili mayenin axım əmsalının dayanıqlı azalması da qeyd olunur.

Differensial diaqnoz hipertenziya ilə gedən iridosikliklə; birincili qapalı bucaqlı qlaukomanın kəskin tutması ilə aparılır.

Müalicəsi: stasionar şəraitində aparılır.

Proqnoz nisbətən əlverişlidir.

- **Psevdoeksfoliativ sindrom** – ləng və nəzərəcərpədən gedən, nəticədə damarlı qişanın ön şöbəsində ifadə olunmuş dəyişikliklərə gətirib çıxaran degenerativ-distrofik xarakterli spesifik uveal prosesdir.

Şikayətlər konkret kliniki əlamətlərdən asılı olub, görmənin zəifləməsindən, göz qarşısında nöqtələrin görülməsindənəndir.

Əsas simptomlardan hesab olunur:

- 1) gözün ön şöbəsinin bütün strukturlarında eksfoliativ maddənin bozultul-ağ rəngli zərif lopa-lopa toplanmasıdır. Psevdoeksfoliativ yığıntılar qüzehli qişada, onun ön və arxa səthlərində, xüsusən də bəbək kənarı boyunca, ön kamera bucağında, kirpikli cismin siliar çıxıntılarında və yastı hissəsində, büllurun ön kapsulunda, zinni bağlarının liflərində, eləcə də şüşəvari cismin ön hüdudi membranı üzərində yerləşir;
- 2) qüzehli qişanın və kirpikli cismin atrofik dəyişiklikləri;
- 3) onun sərtliyinin pozulmasına gətirib çıxaran zinni bağlarının distrofik dəyişiklikləri. Kliniki olaraq bu, kataraktanın ekstraksiyası zamanı büllurun vaxtından əvvəl yerdəyişməsi, eləcə də gözün yüngül küt zədəsi nəticəsində və ya spontan olaraq büllurun dislokasiyası ilə ifadə olunur.

Psevdoeksfoliativ sindromu olan gözlərdə zinni bağının lifləri şəffaflığını itirir, yapışaraq dəstə şəklini alır, liflərdə ağımtıl kürəciklər şəklində psevdoeksfoliasiya konqlomeratları toplanır.

4) büllurun bulanması;

5) ön kamera bucağının piqmentasiyası (Şvalbe xəttinin buynuz qişa tərəfi boyunca piqment qranullarının yığılması);

6) gözün hidrodinamikasının pozulması (psvdoeksfoliativ materialın əmələ gəlməsinə gətirib çıxaran damarlı qişanın və xüsusilə də piqment epitelinin degenerasiyası, psevdoeksfoliativ materialın göz almasından ön şöbəsinin bütün strukturlarında yığılması, eləcə də axım yollarının sklerozlaşması, hidrodinamik göstəricilərin pisləşməsi və oftalmotonusun yüksəlməsi). Psevdoeksfoliativ sindrom tez-tez qlaukoma ilə birləşir. Qonioskopiya zamanı – ön kamera bucağı orta enlikdə olur.

Psevdoeksfoliativ material, əsasən, ön kamera bucağının aşağı seqmentində yığılır.

Ön kamera bucağının endogen piqmentasiyası.

Hipertenzivasız psevdoeksfoliativ sindromu olan xəstələrdə tonografiya zamanı gözdaxili mayenin axım əmsalının və kamera mayesinin daşıqçılıq həcm göstəricisinin həqiqi azalması aşkar olunur, qlaukoma qoşulduqda bu göstərici daha da azalır.

Perimetrik, kammimetrik, adaptometrik göstəricilər qlaukoma qoşulduqda dəyişir. Adətən görmə sahəsinin daralması burun tərəfdən başlayır və görmə sinirindəki dəyişikliyə uyğun olaraq tədricən progressivləşir.

Müalicəsi – stasionar şəraitindədir.

Proqnoz nisbətən əlverişlidir, ancaq qlaukomanın, kataraktanın inkişafı mümkündür.

Damarlı qişanın inkişaf anomaliyaları.

- **Aniridiya** – qüzehli qişanın olmamasıdır. Qüzehli qişa (onun kökündəki ensiz zolağı çıxmaq şərti ilə) olmur. Bu zaman büllür bütünlüklə görünür.

Aniridiyanın daha aydın şəklini biomikroskopiya və ötürücü işıqda baxış verir, bu zaman buynuz qişanın diametrinə uyğun olaraq göz dibindən cəhriyi refleksi alınır.

Aniridiya çox vaxt işıqdan qorxma ilə müşayiət olunur. Belə adamlarda görmə itiliyi aşağı olur və korreksiya az təbə olur. Çox vaxt niştəmə olur. Gözdaxili maye axımının əsas yolu hesab olunan gözün drenaj sisteminin anadangəlmə patologiyası nəticəsində bu anomaliya bəzən anadangəlmə qlaukoma ilə birləşir.

Ağırlaşması – ambliopiya (vaxtında aparılmayan müalicə zamanı).

Qlaukomasız aniridiyanın müalicəsi – fərdi hazırlanmış kosmetik kontakt linzanın daşınması ola bilər.

- **Xorioideyanın kolobomasi** – müxtəlif həcmli və formalı, ağ rəngdə (sklera görüncə), aydın və kənarları kələ-kötür olan qüsurdur.

Şikayətlər görmə itiliyinin zəifləməsindən və görmə sahəsinin qüsurlundan ibarətdir. Koloboma, adətən, göz dibinin aşağı yarısının çox hissəsini tutur, ötürücü işıqda qırmızı refleksi ağ və ya yaşılımtıl-mavi rəngə keçdiyini görmək olar. Kolobomanın dibi tam və ya hissəvi ektaziya olunmuş skleradan yaranıb, bəzən piqment topalanı ilə ayrı-ayrı pəncicqlərə bölünmüş olur. Kolobomanın kənarları kəskin olur və çox hissəsi piqmentlə haşiyələnmiş olur. Görmə siniri məməciyi kolobomaya daxil olur, ancaq ondan normal göz dibinin ensiz körpücüyü ilə ayrılmış olur. Kolobomadan retinal damarlar keçir.

Müalicəsi yoxdur.

- **Qüzehli qişanın kolobomasi** – aşağıda, aşağı-İçeridə, nadir halda aşağı-bayırda yerləşən yarıqvari qüsurdur. Bir və ya İkitərəfli, tam və ya hissəvi ola bilər. Ailəvi-irsi anamnezə malik olub, çox vaxt dominant xarakter daşıyır.

Şikayətlərə bəbəyin formasının dəyişməsi, görmə itiliyinin zəifləməsi aiddir.

Bəbək aşağıya dartılmış armud formasındadır. Sfinkter kolobomanın bütünlüklə kənarını əhatə edir, hansı ki, gözünü işıqlandırdıqda koloboma yığılır. Bu xüsusiyyətinə görə anadangəlmə koloboma iridektomiya zamanı sfinkterin biri kəsildikdən sonra alınan kolobomadan fərqlənir. Qüzehli qişanın tipik kolobomalarından başqa, aşağıya yox, yuxarı-İçəriyə və ya yuxarı-bayıra istiqamətlənən atipik formaları da var.

Qüzehli qişanın kolobomasında görmə itiliyi, bir qayda olaraq, zəifləyir. Proses, əksərən, birtərəfli xarakter daşıyır.

Differensial diaqnoz digər növ kolobomalarla aparılır.

Oftalmoloqun müşahidəsi və kosmetik kontakt linzanın təyini sualının həlli mühümdür.

Damarlı qişanın yenitörəmələri.

- **Qüzehli qişanın melanoblastomasi** – qüzehli qişanın bədxassəli gözdaxili şişidir. Daha çox aşağı sektorda, sonra yuxarı, İçəri və nadir hallarda xarici sektorda yerləşir. Təsnifatı.

I. Xarici görkəminə görə: düyünlü (daha tez-tez rast gəlinir); böyümənin müstəvi və ya diffuz forması.

II. Mərhələlər üzrə kliniki təsnifat (Khapp, 1968): 1 mərhələ – başlanğıc, arektiv və ya müjdəci mərhələsi; 2 mərhələ – şiş inkişaf etdikdə ağırlaşmaların inkişafı, qlaukوماتoz və ya İltihab mərhələsi; 3 mərhələ – şişin göz almasından kənarlara inkişafı; 4 mərhələ – distant metastazların inkişafı ilə prosesin yayılması.

Qüzehli qişanın melanoblastomasi damarlı qişanın bədxassəli melanomalarının 6,9%-ni təşkil edir.

İstənilən yaşda rast gəlinir.

Şikayətləri təsadüfi aşkar olunmuş məhdud piqmentasiya ocağından, onun rənginin dəyişməsi və böyüməsindən, bəbəyin formasının dəyişməsindən ibarətdir.

Oftalmoloji şəkli xəstəliyin mərhələsindən asılıdır:

I mərhələ – qüzehli qişada tünd oval və ya qeyri-düzgün formalı ləkənin meydana gəlməsi. Daha diqqətli olan xəstə bu ləkənin tədricən və əhəmiyyətsiz böyüdüyunü qeyd edir. Ləkənin səthi hamar və ya kələ-kötür olur. Piqmentasiya müxtəlif intensivlikdə – qəhvəyi, boz, sarımtıl rəngli olur. Bu yerdə qüzehli qişanın şəkli və relyefi pozulmuş olur, şişdə yeni əmələ gəlmiş damarlar yaranır. Şişin tədrici inkişafı zamanı bəbəyin deformatsiyası və şiş tərəfə dartılması, ön kameranın qeyri-bərabər dərinliyi müşahidə olunur.

2 mərhələ – ikincili ağırlaşmaların inkişafı, xüsusilə də gözdaxili təzyiqlə tənziminin pozulması. Xəstə başın uyğun yarısında və gözdə arasıkəsilməz ağırlardan, gözün qızarmasından, görmənin zəifləməsindən, gözdaxili təzyiqlə artmasından şikayətlənir.

3 mərhələ – ekstrabulbar böyümənin əsas yolu – filtrasiya aparatı və nadir halda ön silial damarların emissarıdır.

Birinci simptom – gözdə ağırların sakitləşməsi (oftalmotonusun düşməsi nəticəsində).

İkinci simptom – təzə başlayan ekzoftalm (nadir rast gəlinir).

4 mərhələ – prosesin yayılması, daxili üzvlərə lokal və ya distant metastazların inkişafı ilə səciyyələnilir. Çox nadir halda müşahidə olunur.

Diaqnostika üçün aşağıdakı müayinə üsullarından istifadə olunur: qonioskopiya, sikloskopiya, diafanoskopiya, USM, KT, tonometriya, flüoresent angiografiyası, ön kamera mayesinin və subretinal mayenin punksiyası, flüoromikroskopiya, kağız xromatografiyası, şiş hüceyrələrinin qanda aşkarı, sidikdə melaninin tapılması.

Differensial diaqnoz piqment epitelinin qopması ilə, piqment qatının xaricə çevrilməsi; spesifik qranulyoma; qüzehli qişanın nevusu; İnterapitelial kista; leyomioma; hemangioma; limfosarkoma; xərçəngin metastazları ilə aparılır.

Müalicəsi: stasionar cərrahi müalicə.

Proqnoz: a) vaxtında aparılan müalicədə – əlverişlidir; b) gec müraciət olunmuşda – əlverişsizdir.

- **Kirpikli cismnin melanoblastomasi** – əsasən akkomodasiya əzələ nahiyəsində, kirpikli cismnin çıxıntılarında, yastı hissəsində, nadir halda damarlı qatda (30%) yerləşən bədxassəli gözdaxili şişdir.

Mərhələlər üzrə kliniki təsnifat (Khapp, 1968).

1 mərhələ – başlanğıc, arektiv və ya müjdəci mərhələsi.

2 mərhələ – şiş böyüdükcə ağırlaşmaların inkişafı, qlaukوماتoz və ya İltihab mərhələsi.

3 mərhələ – şişin göz almasından uzaqlara inkişafı.

4 mərhələ – distant metastazların inkişafı ilə prosesin yayılması.

Kirpikli cismnin melanoblastomaları damarlı qişanın bütün bədxassəli melanomalarının 10,5%-ni təşkil edir.

Yetkin yaşda və ahillərdə, 40-60 yaşlı şəxslərdə daha çox təsadüf edilir.

Şikayətləri:

a) tədricən və ya təsadüfən aşkar olunan görmə zəifliyi və ya görmənin dumanlanması, ancaq bəzən gözün korluğu;

b) çox vaxt xəstə müxtəlif sayırma, işıq zolağı, xromo-, foto- və metamorfopsiya, “uçan milçək” hissiyatını qeyd edir;

c) gecikmiş mərhələlərdə (o cümlədən, ikincili qlaukomatada) o, gözdə və başın uyğun yarısında ağrı, gözün qızarmasını hiss edir.

Kliniki əlamətlər xəstəliyin mərhələsindən asılıdır.

1 mərhələ – ön silial damarların genəlməsi və qıvrım olması, skleranın müəyyən sektorunda, kirpikli cismnin proyeksiyasında zərif teleangiektaziya, bu sektorda buynuz qişanın lokal anesteziyası.

2 mərhələ – ikincili ağırlaşmaların inkişafı, gözdaxili təzyiqlə tənziminin pozulması. Gözdə və başın uyğun yarısında ağrıdan, görmənin pisləşməsindən şikayətlənirlər.

Oftalmoskopik olaraq – dar ön kamera, bəbəyin genəlməsi və deformatsiyası.

3 mərhələ – ön silial damarların perivaskulyar yollarından və skleradan ekstrabulbar inkişaf.

Gözün xarici qişalarına şişin inkişafının ilk simptomu oftalmotonusun düşməsi ilə əlaqədar gözdə ağrının sakitləşməsidir.

İkinci simptom – təzə başlayan ekzoftalmıdır. Gec mərhələlərdə sklerostafiloma tipində şişin subkonyunktival və ya episklralar düyünlərini aşkar etmək olar. Nadir halda rast gəlinir.

4 mərhələ – daxili üzvlərə lokal və ya distant metastazların inkişafı ilə prosesin yayılması dövrü. Çox nadir halda müşahidə olunur.

Diaqnostika üçün aşağıdakı müayinə üsullarından istifadə olunur: qonioskopiya, sikloskopiya, diafanoskopiya, USM, KT, tonometriya, flüoresent angiografiya, ön kəməra mayesinin və subretinal mayenin punksiyası, flüoromikroskopiya, kağız xromatografiyası, qanda şiş hüceyrələrinin aşkari, sidikdə melaninin tapılması.

Differensial diaqnoz: piqment epitelinin qopması ilə, piqment qatının xaricə çevrilməsi, spesifik granulyoma, qüzhəli qışanın nevasu, intraepitelial kista, leyomioma, hemangioma, limfosarkoma, xərçəng metastazları ilə aparılır.

Müalicəsi: stasionar cərrahi müalicə.

Proqnoz:

- a) vaxtında aparılan müalicə zamanı əlverişlidir;
- b) gec mürciət zamanı ölümlə nəticələnmə mümkündür.

• **Xorioideyanın nevasu** – xorioideyanın xoşxassəli piqment yenitörəməsidir.

Təsnifatı:

- A) Xorioideyanın stasionar nevasu;
- B) Proqressivləşən nevasu.

Rastgəlinmə tezliyi: gözün digər şişlərinə nisbətli 1:88; xorioideyanın bədxassəli melanoması olan xəstələrdə nevasu tez-tez rast gəlinir.

Əksər halda xorioideyanın arxa kəşiyində yerləşir. Yenitörəmənin diametri 0,5 mm-dən 6,5 mm-ə qədər, qalınlığı – 0,5-2 mm.

A. Xorioideyanın stasionar nevasu – bu, xoşxassəli piqment törəməsidir ki, onun da mənbəyi kirpikli sinir qışalarının lemnositləri (şvannov hüceyrələri) və stromal melanositlər ola bilər.

Bir qayda olaraq, profilaktik baxışlarda aşkar olunur. Şikayətlər yoxdur.

Özünü melanositlərin ocaqlı toplanması şəklində göstərir, aydın sərhədlərə malikdir. İnkişafın erkən mərhələlərində damarlı qışanın səthi qatlarında yerləşir, sonradan dərin qatlara yayılır.

Oftalmoskopik olaraq – oval və ya girdə formalı, ölçüsü 0,5 görmə siniri diski diametridən 2,0 disk diametrinə qədər, sərhədləri aydın və ya yüngül pozulmuş olan bozumtul rəngli törəmə aşkar olunur. Nevusun mərkəzi hissəsi tor qışanın səthindən az da olsa qalxır. Törəmənin berrəngli olması və böyüməməsi xasdır. Nevuslar tək və ya çox sayda ola bilər, çox vaxt görmə siniri diskinin yaxınlığında və ya paramakulyar zondada yerləşir.

Instrumental və ümumi klinik müayinə üsulları: USM – ayrı-ayrı hallarda törəmənin 1,0-1,5 mm qalxdığını aşkar etməyə imkan verir; angiografiya zamanı işıqlanmanın xoriooidal fazasında yenitörəmənin kölgəsi əmələ gəlir.

Differensial diaqnoz xorioideyanın proqressivləşən nevasu ilə, bədxassəli melanoblastoma ilə aparılır.

Prosesin gedişində dinamika olmadıqda müalicə tələb olunmur.

Əksərən proqnoz əlverişli olur, ancaq xəstə dispanser müşahidə altında olmalıdır –

şişin böyüməsi sualının həlli və dinamikada müqayisəsi üçün ildə 1-2 dəfə tam müayinə aparılmalıdır.

B. Xorioideyanın proqressivləşən nevasu – dinamik müşahidənin gedişində aşkar olunan şişin ölçülərinin böyüməsi ilə səciyyələnir.

Xorioideyanın proqressivləşən nevasu ölçülərinin artması və formasının dəyişməsi, sərhədlərin aydın olmaması, rəngin eynicinsliyinin pozulması, yenitörəmənin ətrafında durğunluq əlamətlərinin olması ilə xarakterizə olunur.

Diaqnostika üçün vizometriya, perimetriya, biomikroskopiya, USM, flüoresent angiografiyası, foto ilə şəklini çəkmə kimi müayinə üsullarından istifadə olunur.

Nevusda flüoresesinin toplanması qeyd olunmur.

Differensial diaqnoz melanoma ilə, stasionar nevasu ilə aparılır.

Müalicəsi: foto- və lazerkoagulyasiya.

Proqnoz çox vaxt əlverişli olur, ancaq maliqnezasiya da baş verə bilər.

• **Qüzhəli qışanın nevasu** – bu gözdaxili şişdir.

Təsnifatı:

- A) Stasionar nevasu;
- B) Proqressivləşən nevasu.

A. Qüzhəli qışanın stasionar nevasu – bu, yetkin piqment hüceyrələrindən – qüzhəli qışanın ön hissəsində inkişaf edən melanositlərdən ibarət anadangəlmə xoşxassəli piqment törəməsidir.

Rastgəlinmə tezliyi: uşaqlarda həyatlarının ilk illərində və pubertat dövründə tez-tez müşahidə olunur.

Nevusun iki növü fərqləndirilir:

- xırda piqment ləkələri;
- iri piqmentləşmiş sahələr (aydın sərhədə və məxməri səthə malik, rəngi sarımtıldan intensiv qəhvəyi rəngə qədər olan hiperpiqmentasiya sahələridir). Mərkəzi hissəsi daha bərk görünə bilər, həmin hissəyə uyğun olaraq qüzhəli qışanın şəkli olur. Nevusun ölçüləri 2-3 mm-dən başlayaraq iri ləkə ölçüsünə qədər olub, qüzhəli qışa kvadrantını əhatə edir.

Daha informativ müayinə üsulu biomikroskopiya hesab olunur ki, şişin sərhədləri, onun qüzhəli qışa səthindən qalxması, eləcə də stromaya yayılma dəriniyi barədə daha dəqiq məlumat verir. Bu zaman sağlam və xəstə toxumanın sərhədində divarların və kriptaların dibinin piqmentasiyasına diqqət yetirmək lazımdır. Stasionar nevasu ətrafında damar kələfi adətən dəyişmişdir. Biomikroskopiya görəndüyü kimi nevas bəbək əzələlərinin hərəkəti zamanı qüzhəli qışa toxumasının yığılmasına və boşalmasına mane olur.

Differensial diaqnoz melanoma ilə aparılır – ondan fərqli olaraq sərhədləri aydın olur, piqmentasiyanın bərabər olması, dinamik müşahidə zamanı böyümənin olmaması, eləcə də onun ətrafında durğunluq əlamətlərinin və atrofik haşiyənin olması xasdır.

Müalicə tələb olunmur. Dinamikada müşahidə tələb olunur.

B. Qüzhəli qışanın proqressivləşən nevasu – qüzhəli qışanın yerli destruksiya olunan şişidir.

Rastgəlinmə tezliyi: uşaqlarda həyatının ilk illərində və pubertat dövründə tez-tez rast gəlinir.

Oftalmoloji şəkli: stasionar nevusdan kliniki fərqləri – sərhədlərin qeyri-aydın olması, periferiya boyunca toz halında pigmentasiyadan haşiyənin əmələ gəlməsi, eləcə də radiar damarlarda durğunluq dəyişiklikləri. Göstərilən bütün əlamətlər bədxassəliyə keçmənin mümkünlüyünü göstərir.

Proqressivləşən nevusların və melanomaların pigment törəməsi komponentləri olan xallardan differensial diaqnostikasında ikincili lüminessensiya kömək edə bilər. İkincili lüminessensiya proqressivləşən nevuslarda və melanomalarda rəngi aspid-bozumtuldən qara kömür rənginə dəyişdirir.

Bundan fərqli olaraq, xoşxassəli nevuslar öz əvvəlki rəngini saxlayır, yalnız onların sərhədləri aydınlaşır.

Bədxassəli şişlər flüoresseini toplayıb 1-5 sutka ərzində saxlamaq qabiliyyətinə malikdir.

Differensial diaqnoz melanoma ilə, stasionar nevusla aparılır.

Müalicəsi: cərrahi stasionar şəraitindədir.

Proqnozu əlverişlidir.

• **Damarlı qişanın kistaları** yarışəffaf qovluğu (suluq) xatırladır.

Təsnifatı:

1. Kistanın növləri: qüzehli qişanın, kirpikli cismin, xorioideyanın kistaları.

2. Mənşəyinə görə: anadangəlmə, qazanılma: travmatik, əməliyyatdan sonrakı.

Kiçik ölçülü kistalarda şikayət – simptomuz xarakter daşıyır. Nəticədə ikincili qlaukoma inkişaf edir ki, onda da özünəməxsus şikayətlər olur.

Fokal işıqlanmada onlar görsənir.

Epiteldaxili kistalar tünd-qəhvəyi və ya qara rəngdə olur. Onların səthi hamar, kənarları dəyirmi olur.

Qazanılma sədəfəbənzər (mirvariyyə oxşar) kistalar qüzehli qişanın səthində çox da böyük olmayan sədəf parıltılı ağımtıl rəngdə girdə törəmə şəklində görsənir.

Seroz kistalar qüzehli qişanın stromasında yerləşib, müxtəlif ölçüdə olur.

Kirpikli cismin kistaları onun həm yastı və həm də çıxıntılı hissəsində yerləşir, tək və çoxlu sayda olur. Onların böyüməsi ləng gedir, kiçik ölçülü olduqda – simptomuz gedisə malik olur. Ancaq sonradan ikincili qlaukoma əmələ gəlir.

Diafanoskopiya və ya biomikroskopiya zamanı onların şəffaflığı daha aydın görsənir.

Kistalar qonioskopiya zamanı qeyri-düz diafanoskopik işıqlanmada daha aydın aşkar olunur.

Əlavə oftalmoloji müayinə üsullarına radioizotop müayinə, exoqramma aiddir.

Differensial diaqnoz kistaların növləri arasında, şişlərlə aparılır.

Müalicəsi – stasionar şəraitindədir.

Proqnozu əlverişlidir.

QLAUKOMA

Qlaukoma – yunan termini olub yaşıl deməkdir. Keçmişdə yunanlar korluğa gətirib çıxaran bütün göz xəstəliklərini belə adlandırmışlar.

Hazırda “qlaukoma” anlayışı altında gözdaxili təzyiqin daima və ya vaxtaşırı qalxmasından və optik neyropatiyadan: ekskavasiya ilə görmə sinirinin atrofiyası, görmə funksiyalarının və xüsusən görmə sahəsinin özünəməxsus dəyişikliklərindən ibarət qlaukoma sindromu ilə olan xəstəliklərin böyük qrupu birləşir.

Qlaukoma dünyanın bütün ölkələrində, demək olar ki, eyni yayılmışdır. Qadınlarda qapalı bucaqlı qlaukomaya, kişilərdə isə açıqbucalı qlaukomaya daha çox rast gəlinməsi barədə məlumatlar var.

Bir sıra tayfa və xalq qlaukoma ilə ümumiyyətlə xəstələnmirlər (Avstraliyanın yerli əhalisi, Yeni Zenlandiyada maori tayfası).

İslandiyada, Orta Asiyanın ayrı-ayrı rayonlarında qlaukoma ilə xəstələnmə adi haldan yüksəkdir. Hipertoniya xəstəliyi, şəkərli diabeti, ametropiyası olanlar qlaukoma ilə bəşqalarına nisbətən daha çox xəstələnilirlər.

Qlaukoma orta və ahl yaşlarda meydana çıxır, ancaq onun tezliyi qocaldıqca proqressiv artır. Belə ki, əhəlinin birincili qlaukoma ilə xəstələnməsi həyatlarının üçüncü dekadasında 0,35%, dördüncü dekadasında 0,65%, beşincidə - 1,455%, altıncıda – 2,8%, yeddinci dekadada 4,48% təşkil edir. Xüsusən 75 yaşdan sonra bu əyri kəskin qalxır. Avropalılarda açıqbucalı qlaukoma qapalı bucaqlıya nisbətən 11,4 dəfə çox rast gəlinir.

Qlaukoma probleminə ənənəvi maraq bütün inkişaf etmiş ölkələrdə bu xəstəlikdən korluğun yüksək faiz olması ilə izah olunur. Qlaukomanın öyrənilməsində və müalicəsində son üç onillikdə əhəmiyyətli nailiyyətlər əldə olunmasına baxmayaraq bu xəstəlikdən kor olanların sayı artmaqdadır.

Qlaukomanın təsnifatı.

“Qlaukoma” qrupunda birləşmiş gözün patoloji vəziyyətləri ümumi simptomlara malik olduğu kimi, fərqli xüsusiyyətlərə də malikdir.

Özünəməxsus qlaukoma simptomokompleksinə gözün hidrodinamikasının pozulması, gözdaxili təzyiqin dəyişməsi və onun dayanıqlı yüksək olması, ekskavasiya ilə görmə sinirinin atrofiyası və görmə funksiyalarının zəifləməsi daxildir.

Gözün hidrodinamikasının pozulma mexanizmi müxtəlif ola bilər, ancaq belə pozğunluğun nəticəsi həmişə gözdaxili mayenin axımının çətinləşməsi olacaq (şək.34, 35).

Hazırda hipersekretor qlaukomanın mövcudluğu qəbul olunmur. Gözdaxili mayenin artıq ifrazı müvəqqəti oftalmohipertenziyanın səbəbi ola bilər, ancaq gözün drenaj zonası mükəmməl işlədikdə spesifik qlaukomatoz dəyişikliklər törənmir. Bəzi hallarda uzun müddət davam edən hipersekresiya anatomik meyilli gözlərdə qlaukomanın formalaşması üçün işəsalma mexanizmi ola bilər. Gözdaxili təzyiqin dəyişkən olması sutkalıq dəyişmə amplitudasının artması ilə özünü göstərir. Oftalmotonusun sutkalıq dəyişməsinin orta amplitudası nəzarət qrupuna nisbətən birincili qlaukoması olan

xəstələrdə 2 dəfə, ikincili qlaukoması olan gözlərdə isə 1,9 dəfə çox olmuşdur (50-80 yaşlı sağlam adamlarda saat 7 və 19-da oftalmotonusun iki dəfə ölçülməsi zamanı dəyişmə normativləri 1,6 mm c.süt-dan 5,7 mm c.süt-na qədər təşkil edir).

Qlaukoma zamanı gözdaxili təzyiğin artması – bu, gözün daxili mayesinin gözdən axımının çətinləşməsinin təzahürüdür. Qlaukomalı xəstələrdə gözdaxili təzyiğin dəyişməsi normal göstəricilərdən 60-70 mm c. süt.-na qədər olur. Görmə funksiyasının pozğunluqları, bir qayda olaraq, tolerant gözdaxili təzyiqli (dözümlü bilən oftalmotonusun fərqi yuxarı həddidir) yüksək olduqda başlayır. Normal təzyiqli qlaukoma gözdaxili təzyiğin qalxması simptomu tamamilə olmaya bilər.

Ekskavasiya ilə görmə sinirinin atrofiyası – gözün qlaukomatoz zədələnməsinin ayrılmaz simptomudur (şək.36). Proses görmə sinirinin daxili hissəsini tədricən əhatə edərək ləng gedir. Yalnız sinir lifləri deyil, həm də görmə siniri diskinin (GSD) dayaq strukturları da dağılır ki, bunun da nəticəsində onların arxaya yerdəyişməsi baş verir. GSD solğun, bozuntul rəngdə görünür və ekskavasiyası geniş olur.

Gözdaxili təzyiğin yüksəlməsi və görmə sinirinin atrofiyası görmə funksiyalarının zəifləməsi ilə təzahür edir: görmə itiliyi pozulur, qaranlıq adaptasiya pisləşir, parasentral zonalarda (Byerrum zonası) və burun yarısında görmə sahəsinin qüsurları əmələ gəlir.

Qlaukomanın üç əsas tipi: birincili, ikincili və anadangəlmə tipləri fərqləndirilir.

- **Birincili qlaukomanın təsnifatı.** Daha tez-tez, bir qayda olaraq, 40 yaşdan yuxarı şəxslərdə rast gəlinir. Əvvəllər sağlam hesab olunan gözlərdə aşkar səbəb olmadan yaranır. Ancaq gözdaxili təzyiğin (GDT) artması gözün drenaj zonasında distrofik proseslər nəticəsində baş verir. Göz almasının ön kəsiyindəki toxumaların belə üzvi dəyişiklikləri sərbəst əhəmiyyət kəsb etməsə də, onlar qlaukomatoz prosesin patogenezinə bir mərhələ hesab olunur.

İkincili qlaukoma gözdə olan hər hansı bir xəstəliyin nəticəsində baş verir.

Anadangəlmə qlaukoma isə ön kamera bucağının və ya drenaj zonanın disgenezi ilə şərtlənmişdir. Əgər xəstəlik uşaq dərhal anadan olan kimi və ya yaxın 3 ildə təzahür edirsə, infantil qlaukoma adlanır. Drenaj sistemdəki dəyişikliklər qeyri-kəskin ifadə olunarsa, qlaukomanın kliniki əlamətləri gec olaraq, uşaq və ya gənclik yaşlarında inkişaf edir.

Gözdaxili təzyiğin qeyri-qlaukoma xarakterli yüksəlməsi “gözün hipertenziyası” adını almışdır. Bu, mürəkkəb bir anlayışdır. Oftalmohipertenziya ümumi və yerli xarakterli yanaşı gedən xəstəliklər, gözün daxili mayesinin ifrazı və axımındaki yaşla əlaqədar disbalans tərəfindən törədilə bilər. Bir çox hallarda yaşla əlaqədar disbalans tədricən bərabərləşir. Əsas xəstəliyin sağlamlığı gözdaxili təzyiqli normallaşdır. Gözün hipertenziyası intoksikasiyalarda, diensefal, endokrin pozğunluqlarda, böyük doza hormonların uzun müddət qəbulu zamanı əmələ gələ bilər. Hipertenziyanı qlaukoma ilə fərqləndirən xüsusi əlamətlər, görmə sinirinin zədələnməsidir. Eyni zamanda uzun müddət davam edən hipertenziya tam qlaukoma simptomokompleksinin inkişafı üçün təkan verən ola bilər. Ona görə də oftalmohipertenziyanı qlaukomanın risk amillərinə aid edirlər.

Gözdaxili təzyiğin səviyyəsinin qiymətləndirilməsi ilə eyni zamanda görmə sahəsinin və görmə siniri diskinin vəziyyətinə görə qlaukomatoz prosesin mərhələlərinə bölünməsi mühüm addım hesab olunur. Bu, xəstəliyin dinamikasını izləməyə, onun gedişini proqnozlaşdırmağa və vaxtında adekvat terapiyaya başlamağa imkan verir.

Qlaukomanın daha dolğun patogenetik istiqamətlənmiş təsnifatı (1975-ci il) iki

bölmədən ibarətdir. Birinci bölməyə əsas təsnifat sxemi aiddir. Orada qlaukomanın forması gözdaxili təzyiğin artmasına gətirib çıxaran yerli patofizioloji mexanizmlərlə müəyyən olunur (cədvəl 1).

Cədvəl 1.

Birincili qlaukomanın təsnifatı

Qlaukomanın forması	Mərhələsi	GDT-in vəziyyəti	Görmə funksiyalarının dinamikası
Qapalı bucaqlı	Başlanğıc (I)	Normal (A)	Stabilləşmiş
Açıqbucaqlı	İnkişaf etmiş (II)	Az yüksəlmiş (B)	Stabilləşməmiş
Qarışıq	İfrat inkişaf etmiş (III)	Yüksək (C)	
	Terminal (IV)		

Qlaukomanın kəskin tutması. Açıqbucaqlı qlaukoma trabekulada, skleral sinusda gedən distrofik proseslər nəticəsində drenaj sistemlə gözdaxili mayenin axımının çətinləşməsi ilə şərtlənmişdir.

Qapalı bucaqlı qlaukoma ön kamera bucağının qüzhəli qişanın kökü və ya qoniosinexiyalarla blokadası nəticəsində gözdaxili mayenin axımı çətinləşir.

Qlaukomanın qarışıq formasında hər iki patofizioloji mexanizm bir gözdə olur. Bunu anamnez və ya diqqətli aparılan qonioskopiya əsasında təyin etmək olar (ön kamera bucağı dardır və ya müxtəlif seqmentlərdə bərabər deyil). Əgər qlaukoma əvvəllər açıqbucaqlı olub sonradan xəstəliyin gedişi zamanı qapalı bucaqlıya keçmişsə, bu növ qlaukoma qarışıq qlaukoma adlanır.

Təsnifatın ən əsas bölməsi qlaukomanın dörd mərhələsinin – başlanğıc, inkişaf etmiş, ifrat inkişaf etmiş və terminal mərhələlərinin ayrılmasıdır.

Başlanğıc mərhələ üçün görmə itiliyinin və görmə sahəsinin periferik sərhədlərinin olduğu kimi qalması xasdır, görmə siniri diskinin kənarı ekskavasiyası aşkar olunmur. Eyni zamanda görmə sahəsində kor ləkənin böyüməsi, burun “pilləsinin” və ya parasentral skotomaların olması ola bilər. Görmə siniri diskinin diqqətli müqayisəli qiymətləndirilməsində qlaukomatoz ekskavasiyanın bir sıra əlamətləri – hər iki gözdə ekskavasiyanın asimmetriyası, gözlərin birində onun diametrlərinin şaquli istiqamətdə böyüməsi qeyd olunur.

Qlaukomanın inkişaf etmiş mərhələsi GSD-nin kənarı ekskavasiyası və görmə sahəsinin əhəmiyyətli qüsurları ilə səciyyələnir. Görmə sahəsinin periferik sərhədlərinin burun tərəfdən 10° və çox, fiksasiya nöqtəsindən 15°-yə qədər daralması qlaukomanın inkişaf etmiş kimi qiymətləndirməyə imkan verir. E/D=0,5-0,7.

Əgər görmə sahəsi burun tərəfdən fiksasiya nöqtəsindən 15°-dən çox və ya konsent-

rik daralarsa, GSD-nin kənarı subtotal ekskavasiyası qeyd olunarsa, ifrat inkişaf etmiş qlaukomadan söhbət gedir. Yəni bu zaman fiksasiya nöqtəsindən ancaq 15°-yə qədər qalır. E/D=0,8-0,9.

Terminal qlaukomada görmə tamamilə olmur və ya qeyri-düzgün proyeksiyalı işıq hissiyyatı saxlanılır.

Gözdaxili təzyiğin səviyyəsi üç göstəriciyə bölünür: A – normal (23 mm c.süt-nu ötmür, 10 q-lıq tonometrik yük üçün – 26 mm.c.süt.); B – 32 mm.c.süt.-na qədər; C – 33 mm.c.süt. və daha yüksək.

Görmə funksiyalarının dinamikasına uzun müddətli müşahidə qlaukomatoz prosesin stabilləşməsi və ya əksinə olması barədə fikir söyləməyə imkan verir. Görmə sahəsi sərhədlərinin progressivləşən daralması, qlaukomatoz ekskavasiyanın dərinləşməsi və ya böyüməsi qlaukomatoz prosesin stabilləşməmiş olduğunu göstərir.

Baxılan təsnifatda qlaukomanın kəskin tutması ayrıca yer tutur. Qlaukoma tutması gözün drenaj imkanlarının dekompensasiya vəziyyətini təzahür edir. Qlaukomatoz prosesin ağırlığı yalnız tutma aradan qaldırıldıqdan sonra qiymətləndirilə bilər.

Təsnifatın ikinci bölməsi yüksək ixtisaslaşmış xüsusi oftalmoloji tibb müəssisələrində istifadə üçün tövsiyə olunur. Bu təsnifatda gözdən gözdaxili mayenin axımına müqavimətin lokal mexanizmi göstərilməklə qlaukomanın əsas patogenetik formalarını növləri də nəzərdə tutulur (cədvəl 2).

Cədvəl 2.

Birincili qlaukomanın təsnifatının əlavə sxemi.

Qlaukomanın forması	Növü	Axıma müqavimətin əsas hissəsi
Qapalı bucaqlı	Bəbək bloku ilə	Pretrabekulyar zona
	Bucağın qısalması ilə	
	Yastı qüzehli qişa ilə	
	Şüşəvari cisim-büllur bloku ilə (bədxassəli)	
Açıqbucaqlı	Adi	Trabekulyar zona
	Psevdoeksfoliativ	İntraskleral zona (Şlemm kanalının kollapsı daxil olmaqla)
	Piqmentli	

Qarışıq		Kombinə olunmuş zədələnmə
---------	--	---------------------------

• **Anadangəlmə qlaukomanın təsnifatı.**

Anadangəlmə qlaukomada hidrodinamikanın pozğunluğu gözün embrional inkişaf anomaliyaları ilə - ön kamera bucağının disgenezi ilə şərtlənmişdir.

Anadangəlmə birincili qlaukomanın simptomları anadan olandan sonra əmələ gələ bilər və ya uzunmüddətli latent dövrdən sonra özünü göstərə bilər. Bununla əlaqədar anadangəlmə (3 yaşa qədər), infantil (3 yaşdan 10 yaşa qədər) və yuvenil birincili qlaukoma (11-35 yaş) fərqləndirilir. Yaşlara görə olan bu bölgü Rusiya məktəbinə məxsusdur. Aşağıda xarakteristikası verilən yaşlara görə bölgü (D.Teylor, K.Xoyt) Rusiya məktəbininkindən fərqlənir.

Anadangəlmə qlaukoma sadə (birincili) və ya həqiqi hidroftalm və ikincili olur. Sadə anadangəlmə qlaukoma sərbəst keçir və ya digər inkişaf anomaliyaları ilə bağlı olur. İkincili anadangəlmə qlaukoma gözün ön kəsiyinin inkişaf anomaliyaları ilə, anadangəlmə sindromlar əlaqədar olur. eləcə də fakomotozlarda da rast gəlinir. Buna misal olaraq aniridiyanı, Styurj-Verber sindromunu, Riger sindromunu, Frank-Kamenetski sindromunu, fakomotozları və s.-ni göstərmək olar. Qlaukomanın bu formaları nisbətən gec inkişaf edir və bu halda kəskin ifadə olunmuş hidroftalm əlamətləri olmur. İkincili anadangəlmə qlaukoma, həmçinin doğuş vaxtı və ya doğuşaqədərki dövrdə keçirilən digər göz xəstəliklərinin (iltihab, zədə, şişlər) nəticəsi də hesab oluna bilər.

Uşaq doğulduqdan dərhal sonra ilk günlərdə və ya yaxın 3 il ərzində aşkar olunan anadangəlmə qlaukoma infantil adlanır.

Bir qədər böyük yaşda ortaya çıxan anadangəlmə qlaukoma gənc yaşın qlaukoması (yuvenil qlaukoma) adlanır.

İnfantil anadangəlmə qlaukoma daha xarakter klinik şəkllə malikdir. Bu zaman buyuz qişa ölçülərinin, eləcə də bütünlüklə göz almasının həcme böyüməsi (hidroftalm, buftalm) baş verir.

Gənc yaşın anadangəlmə qlaukomasının gedişi böyüklərdəki birincili qlaukomaya çox oxşardır.

Erkən uşaq yaşda oftalmoloji müayinənin özünə xas xüsusiyyəti ilə əlaqədar anadangəlmə qlaukomada patoloji dəyişiklikləri anatomik meyarlara görə təsnifləşdirmək təklif olunmuşdur.

Mərhələlərə bölgünün əsasında buyuz qişa diametri və gözün ön-arxa oxunun uzunluğu əsas götürülür (cədvəl 3).

Cədvəl 3.

Qlaukomanın mərhələsi	Buyuz qişanın diametri	Ön-arxa ox	Görmə itiliyi
Başlangıç	1-2 mm böyük	2 mm böyük	Saxlanıb

İnkişaf etmiş	3 mm böyük	3-4 mm böyük	Zəifləyib
İfrat inkişaf etmiş	4 mm böyük	5 mm böyük	Kəskin zəifləyib

• **İkincili qlaukomanın təsnifatı.**

Gözdən gözdaxili mayenin axımının çətinləşməsinə formalaşdırılan konkret səbəblərin müxtəlifliyi ikincili qlaukomanı təsnifləşdirməyi çətin vəzifəyə çevirir. Ona görə də gündəlik təcrübədə etioloji xarakteristika üzrə olan təsnifatdan istifadə olunur.

İkincili qlaukomanın təsnifatının sxemi:

A. Uveal iltihabdan sonrakı qlaukoma:

- 1) sklerit və keratitlərin törətdiyi qlaukoma;
- 2) postuveal;
- 3) heteroxrom uveopatiyalardakı qlaukoma.

B. Fakogen qlaukoma:

- 1) fakotopik;
- 2) fakomorfik;
- 3) fakolitik.

C. Damar sistemi ilə əlaqədar qlaukoma:

- 1) neovaskulyar;
- 2) fleboh hipertenziv.

D. Travmatik qlaukoma:

- 1) kontuzion (küt zədə ilə bağlı);
- 2) yara.

E. Degenerativ qlaukoma:

- 1) uveal;
- 2) tor qişanın xəstəliklərində, hemolitik, hipertenziv.

F. Neoplastik:

- 1) gözdaxili şişlərdə;
- 2) göz yuvasının şişlərində və endokrin ekzoftalmda.

İltihabi qlaukoma keratitlərdə, skleritlərdə, uveitlərdə iltihabi prosesin gözün drenaj zonasına yayılmasının, ön kamera bucağının, bəbəyin bitişməsi və qapanmasının nəticəsi hesab olunur.

Fakotopik qlaukoma büllurun dislokasiyası zamanı baş verir.

Fakomorfik qlaukomanı yetişməmiş, ifrat yetişmiş və ya travmatik katarakta zamanı büllurun şişməsi törədir. Bu hallarda bəbək bloku inkişaf edir.

Fakolitik qlaukoma – büllur liflərinin parçalanması, zülal molekullarının büllur kapulundan ön kamera mayesinə keçməsi və onların trabekulda çökməsi nəticəsində baş verir.

İkincili damar qlaukoması gözün qişalarının işemizasiyası və qüzehli qişanın və ön kamera bucağının kompensator neovaskulyarizasiyası fonunda əmələ gəlir. Fibrovaskulyar mēmbanlar trabekulyar şəbəkəni blokada edir.

Fleboh hipertenziv qlaukoma ön siliar və ya burulğan venalarda təzyiqin artması fo-

nunda inkişaf edir. Bu, Styurj-Verber sindromunda, karotid-kavernoz anastomozda, göz yuvasının yeni törəmələrində, endokrin ekzoftalmda baş verir.

Gözün distrofik xəstəlikləri də ikincili qlaukoma gətirib çıxarır: qüzehli qişanın progressivləşən atrofiyası, qopmadan sonrakı vəziyyət, hemoftalmların nəticəsi.

Küt zədədən, yanıqdan, yaralanmalardan sonra – drenaj zona nahiyəsində gözün bir-baş zədənmələrindən sonra – gözdaxili mayenin retensiyası formalaşır.

Kobud çarıq prosesi ilə keçən (kataraktanın ekstraksiyası, keratoplastika) və ya qüzehli qişa-büllur diafraqmasının önə yerdəyişməsi ilə keçən cərrahi əməliyyatlar – əməliyyatdan sonrakı ikincili qlaukomanın əmələgəlmə səbəblərindən hesab olunur.

Gözdə və ya göz yuvasındakı şiş prosesi gözdaxili mayenin axım yollarını zədələmiş olarsa, ikincili qlaukoma baş verər.

Birincili qlaukoma.

• **Açıqbucaqlı qlaukoma**, bir qayda olaraq, 40 yaşdan sonra meydana çıxır. Kişilərdə (63%), qadınlarda (37%) nisbətən tez-tez rast gəlinir.

85% halda subyektiv simptomatika olmur. Bir sıra xəstələr gözdə, qaşüstü qövsdə, başın uyğun yarısında küt ağrılar, göz almasında dolğunluq, görmənin dumanlanması kimi şikayətlər söyləyirlər. Bəzən xəstənin ilk şikayəti presbiopik eynəyi tez-tez dəyişməsi olur.

Qlaukoma çox vaxt aterosklerozla, hipertoniya xəstəliyi ilə, diabetlə, ağciyərin xroniki xəstəlikləri ilə birgə rast gəlinir.

Baxış zamanı aşkar olunan obyektiv dəyişikliklər azdır. Onlara “kobra simptomu” (ön siliar arteriyaların emissara daxil olduğu yerdə genişlənmələr), ön kameranın dərinliyinin kiçilməsi, göz almasının arxa şöbəsinin uzanması aiddir.

Açıqbucaqlı qlaukoması olan xəstələrin əksəriyyətində qüzehli qişada və kirpikli cisimdə distrofik dəyişikliklər: qüzehli qişanın bəbək zonasının diffuz atrofiyası, piqmentli bəbək haşiyəsinin dağılması, piqmentin qüzehli qişanın ön səthində yayılması müşahidə olunur. Kirpikli cisim çıxıntıları nazildir, qısalır, “keçəlləşir”, sarımtıl və ya boz rəng alır, çox vaxt psevdooksfoliativ yığıntılar aşkar olunur.

Açıqbucaqlı qlaukoma qonioskopiya zamanı ön kamera bucağının hər tərəfdən açıq olduğu müəyyən olunur. Ön kamera bucağı, əksərən, enli və ya orta enlikdə olur, ancaq az halda (23-26%) ensiz də olur. Açıqbucaqlı qlaukoma trabekulanın şəffaflığı adi yaşla əlaqədar involyusiya prosesindəki nisbətən daha çox azalır. Trabekula çini rəng alır, şlem kanalının görünən konturları pozulur.

Açıqbucaqlı qlaukoma trabekulanın ekzogen piqmentasiyası kifayət qədər tez-rez rast gəlinir və qüzehli qişanın və kirpikli cismin piqment qatının dağıldığını göstərir. Kamera mayesinə düşən piqment hissəcikləri trabekulyar səthlərdə çökür və filtrasion qabiliyyətini pozur. Qlaukomatoz proses inkişaf etdikcə və oftalmotonus artdıqca ekzogen piqmentasiyanın intensivliyi artır.

GSD-nin qlaukomatoz dəyişiklikləri diskin solğunlaşmasından, fizioloji ekskavasiyanın genişlənməsi və dərinləşməsindən, damar dəstəsinin burun tərəfə yerdəyişməsindən başlayır. Tədricən bu proses artır, ekskavasiya görmə siniri diskinin kənarına çatır. Ekskavasiya əvvəlcə diskin aşağı-gicgah hissəsində, sonralar isə diskin bütün çevrəsi boyunca kənara qədər çatır – kənarı ekskavasiya görünür. Sinir toxuması nazildir, xəlbrivari

səhənin şəkli görsənir (şəx.36). Atrofiya prosesinə xorioideyanın yanaşı zonası da cəlb olunur, GSD ətrafında ağımtıl-sarımtıl halqa – Halo glaucomatosus formalaşır.

Gözdaxili təzyiq artır, sutkalıq enib-qalxmaların amplitudası dəyişir, gözün rigidliyi artır.

Tədricən gözdaxili mayenin axımına müqavimət artır. Açıqbucaqlı qlaukomanın başlanğıc mərhələsində axımın yüngüllük əmsalı 1 mm.c.süt.-na 0,14 mm³/dəq., inkişaf etmiş və ifrat inkişaf etmiş mərhələlərdə – 0,08, terminalda – 0,04 təşkil edir. Axımın yüngüllük əmsalı gözdaxili təzyiqin səviyyəsinə bilavasitə təsir edir və eyni zamanda qlaukomatoz prosesin intensivliyindən və davam etmə müddətindən asılıdır.

Görmə funksiyalarının dəyişməsi xəstə üçün nəzərə çarpmadan ləng baş verir. Görmə sahəsi daha erkən və kəskin pozulur. Qlaukoma üçün, xüsusilə, Byerrum zonasındaki qüsurlar – kor ləkə ilə bağlı olan qövsvari skotomalar xasdır. Bəzən yuxarı və aşağı qövsvari skotomalar birləşərək halqa şəklini əmələ gətirir və ya görmə sahəsinin periferik qüsurları ilə birləşir. Periferik görmə sahəsinin daralması daha çox burun yarısında, xüsusilə də yuxarı-burun hissədə ifadə olunmuşdur. Sonralar görmə sahəsinin daralması konsentrasiya xarakter alır. Xəstəliyin gecikmiş mərhələlərində qalıq görmə sahəsi iki variantda: mərkəzi boruəkilli və ya görmə sahəsinin gicgah yarısında görmə adacığı kimi formalaşır. Görmə sahəsinin təsvir olunmuş dəyişiklikləri qlaukomatoz prosesin bütün formalarında müşahidə olunur.

Açıqbucaqlı qlaukoma üçün ləng proqressivləşən gediş xasdır. Qlaukomatoz proses gözdən gözdaxili mayenin axımının pisləşməsindən başlayır. Xəstəliyin başlanğıc mərhələlərində gözdaxili mayenin axımının pisləşməsi onun hasilatının azalması ilə kompensə olunur. Bu vəziyyətin davam müddətini dəqiq təyin etmək mümkün deyil. Müxtəlif müəlliflərin fikrinə bu dövr 1-5 il təşkil edir.

Açıqbucaqlı qlaukoması olan xəstələrdə 2-4 il müddətində gözdaxili təzyiqin səviyyəsinin daim 35 mm. c. süt.-dan yuxarı olduğu halda görmə funksiyalarının pisləşməsi müşahidə olunur. Əgər ayrı-ayrı sıçrayışlarla oftalmotonus 35 mm. c. süt.-dan bir qədər aşağı olarsa, görmə funksiyalarının zəifləməsi 5-8 ildən sonra başlayır.

Kompensə olunmayan birincili qlaukoma da görmə siniri diskinin qlaukomatoz ekskavasiyası 1-2 ildən sonra, subkompensasiya zamanı – 2 ildən 7 ilə qədər, kompensə olunan gözdaxili təzyiqi olan xəstələrdə – 4 ildən 12 ilə qədər əmələ gəlir.

Qlaukomatoz prosesin mərhələlərindən hər birinin davam müddəti patoloji prosesin fərdi xüsusiyyətlərindən, eləcə də aparılan müalicənin düzgün və vaxtılı-vaxtında aparılmasından əhəmiyyətli dərəcədə asılıdır.

Açıqbucaqlı qlaukoma çox vaxt eksfoliativ toplanti ilə müşahidə olunur. Onlar qabıq verən bozumlu kəpək şəklində olub büllurun səthində, qüzhəli qişanın bəbək kənarı boyunca, buyuz qişanın arxa səthində, kirpikli çıxıntılarda və zinni bağlarında, ön kamera bucağında toplanır. Eksfoliasiyanın olması açıqbucaqlı qlaukomanın proqnozunu ağırlaşdırır – xəstəlik tez proqressivləşir, konservativ müalicəyə pis təbə olur və çox vaxt katarakta ilə yanaşı olur.

Piqment qlaukoması açıqbucaqlı qlaukomanın daha bir növüdür. O, əksər halda miopiya dan əziyyət çəkən 15-68 yaşlı kişilərdə üstünlük təşkil edir. Piqment epitelinin intensiv parçalanması qlaukomanın bu formasının əsas xüsusiyyəti hesab olunur. Piqmentdən azad olan qranullar endotelə (Krukenberq mili), büllurun səthində

və xüsusən ön kamera bucağında yığılır. Qonioskopiya da trabekulyar toxumayı örtən qatı-tünd zolaq diqqəti cəlb edir.

- **Alçaq təzyiqli qlaukoma** – görmə sahəsinin tipik qlaukoma xas dəyişiklikləri, ekskavasiya ilə görmə sinirinin atrofiyası və açıq ön kamera bucağında gözdaxili təzyiqin normal göstəriciləri ilə səciyyələnir. Belə vəziyyət adi açıqbucaqlı qlaukomanın təzahürü ola bilər: yüksəlmiş gözdaxili təzyiq ekskavasiya ilə görmə sinirinin spesifik atrofiyasına gətirib çıxarır. Sonralar, göz almasının ön kəsinə distrofik proseslər nəticəsində gözdaxili mayenin hasilatı stabil azalmış olur və gözdaxili təzyiq normal göstəricilərə çatmış olur. Ancaq görmə sinirindəki qlaukomatoz dəyişikliklər və görmə sahəsindəki uyğun dəyişikliklər dərinləşməkdə davam edir, proqressivləşir. Diaqnozu dəqiqləşdirmək məqsədilə piqmentli bəbək haşiyəsinin və qüzhəli qişanın piqment qatının atrofiyası əlamətlərinə, silial çıxıntılarda atrofiyasına, gözdaxili təzyiqin qalxma hallarına, axımın yüngüllük əmsalının (C) və mayenin dəqiqlik həcmində aşağı olmasına xüsusi diqqət yetirməklə xəstəliyin anamnezini diqqətlə öyrənmək lazımdır.

Digər varianta görə, alçaq təzyiqli qlaukomanı gözdaxili təzyiqə qarşı görmə siniri diskinin toleranlığının aşağı olması ilə əlaqələndirirlər. Görmə siniri diskinin atrofiyası və ekskavasiyası kimi dəyişiklikləri, görmə sahəsinin tipik daralması gözdaxili təzyiqin və maye axımının yüngüllük əmsalının normal göstəricisi ilə yanaşı olur.

Xəstəliyə tolerant oftalmotonusun aşağı göstəriciləri ilə olan açıqbucaqlı qlaukoma kimi baxmaq olar. Belə olan halda, onun fərdi qalxması onun orta statistik normativlərinə ötmür, ancaq görmə siniri atrofiyasının proqressivləşməsi üçün kifayət edir.

Ümumi hemodinamikanın kəskin pozğunluqları alçaq təzyiqli qlaukomanın meydana çıxmasına səbəb ola bilər, bu da kəllədaxili təzyiqin azalması ilə şərtlənə bilər.

Hər hansı bir ümumi damar xəstəlikləri fonunda görmə siniri diskinin aşağı-gicgah hissəsində görmə sinirinin infarktı zamanı bəzi halda diskin səthinə kiçik qansızmalarla müşayiət olunan kəskin qan dövrünü pozğunluğu baş verir. Subyektiv olaraq xəstələr göz qarşısında dumanlılıq qeyd edirlər, ancaq perimetriya isə qövsvari skotomayı aşkar edir. İnfarkt nəticəsində görmə siniri diskinin kənarı ekskavasiyası formalaşır. Diaqnostikada kömək edən amillərə aiddir: kəskin başlanğıc, görmə siniri diskinin və görmə sahəsinin vəziyyətində dinamikanın olmaması, gözdaxili təzyiqin və gözdaxili maye axımının normal göstəriciləri, görmə sinirinin məhdud zonasının zədələnməsi.

Görmə siniri başcığında qan dövrünün fokal və ya diffuz pozulması qlaukoma üçün xas olan görmə sinirinin ekskavasiyası və atrofiyasının səbəbi ola bilər. Tipik hallarda görmə siniri diski solğun, səthində kiçik qansızmalarla ödemli görsənir. Ön ishemik neyropatiyada gözdaxili təzyiqin qalxması olmur.

Bir sıra hallarda görmə siniri diskinin anadangəlmə anomaliyaları diaqnostika üçün müəyyən çətinliklər törədə bilər: “çəp disk”, görmə siniri diskinin koloboması, diskdə çuxur. Belə vəziyyətlərdə digər qlaukomatoz əlamətlərin olmaması əsas fərqləndirici xüsusiyyət hesab olunur.

Şikayətlərin xarakterinə görə açıqbucaqlı qlaukomanı qocalıq kataraktı kimi qəbul etmək olar. Hər iki xəstəlik əhəmiyyətli yaşda meydana çıxır və görmənin tədricən zəifləməsi ilə xarakterizə olunur. Yaşlı adamlarda bəbək daralmağa meyilli olur, fakoskleroz isə bəbək zonasında bozumlu refleks təəssüratı yaradır ki, səhvən bunu büllurun bulanma-

sı ilə əlaqələndirirlər.

Differensial diaqnoz ötürücü işıqda gözün müayinəsi, biomikroskopiya, oftalmoskopiya, tonometriya və perimetriya əsasında aparılır.

Açıqbucaqlı qlaukomanın erkən diaqnostikası – hər konkret halda fərdi yanaşma tələb edən çətin vəzifədir. Açıqbucaqlı qlaukoma diaqnozu qonioskopik şəkil və qlaukoma-ya xas əlamətlər toplusuna əsaslanır. Bu əlamətlərə aiddir: görmə sahəsinin qlaukoma-ya xas dəyişiklikləri ilə gözdaxili təzyiğin daim və ya vaxtaşırı yüksəlməsi, görmə siniri diskində atrofiya və patoloji ekskavasiya şəklində dəyişikliklər, gözdaxili maye axımının yüngüllük göstəricilərinin azalması, ekskavasiyanın diskə nisbətinin asimmetriyası, qüzhəli qişanın distrofiyası, eksfoliasiyalar, trabekulanın intensiv pigmentasiyası.

Oftalmotonusun normal göstəricilərində görmə siniri diskinin dəyişiklikləri və görmə sahəsinin uyğun qüsurları qeyd olunarsa, lakin anamnezdə gözdaxili təzyiğin yüksəlməsi halları və ya yaxın qohumlarında qlaukoma rast gəlinərsə, qlaukoma diaqnozu qoymaq olar.

Şübhəli hallarda xəstə uzun müddət (aylar, illər) ərzində müşahidə olunmalıdır.

• **Qapalı bucaqlı qlaukoma** 40 yaşdan yuxarı qadınlarda (66%) açıqbucaqlı qlaukoma-ya nisbətən tez-tez rast gəlinir. Qapalı bucaqlı qlaukoma klinik əlamətlər özlərini təzahür etdiklərinə görə açıqbucaqlıya nisbətən xəstə həkimə tez müraciət edir və tez aşkar olunur. Birincili qlaukomanın bu növü miozlara nisbətən emmetrop və hipermetropalarda tez-tez rast gəlinir.

Birincili qapalı bucaqlı qlaukomanın patogenezi əsas zəncir gözün drenaj sisteminin daxili bloku – ön kamera bucağının qüzhəli qişanın kökü ilə blokadası hesab olunur. Ön kamera bucağının bağlanması səbəbi nisbi bəbək bloku ola bilər, lakin gözlərdə qüzhəli qişanın kökündən öndə qabarması ola bilər. Bəbək genəldə ön kameranın dar bucağının filtrasiya zonasını örtən kök üstündə olan büküşlər əmələ gəlir. Arxa hissədə maye toplandıqda şüşəvari cismin və büllurun öndə yerdəyişməsi baş verir və ön vitreal və büllur bloku formalaşır. Qüzhəli qişanın kökü trabekulaya doğru basılıb sıxılır. Ön kamera bucağında blokadanın meydana çıxmasını üç amillə – anatomik meyillilik, yaşla bağlı dəyişikliklər və funksional xarakterli kifayət qədər öyrənilməmiş amillə əlaqələndirirlər.

Anatomik meyillilik xüsusiyyətinə göz almasının kiçik ölçüsü, büllurun iri ölçüsü, qüzhəli qişanın kirpikli cismə ön bitməsi, şlem kanalının arxa yerləşməsi aiddir. Həmçinin kirpikli cismin quruluş xüsusiyyətləri də müəyyən rol oynayır. Belə ki, iri çıxıntılı olan massiv kirpikli cisim gözdaxili mayeni çox sekresiyaya edir. Gözdaxili mayenin yüksək sekresiyası ilə kirpikli cismin ön vəziyyəti və dar ön kamera bucağı kirpikli cisim – büllur blokunun formalaşması üçün şərait yaradır.

Həmçinin büllurun periferik hissələrinin qalınlaşması ilə onun fasiləsiz böyüməsi, qüzhəli qişanın kök üstündə olan hissəsinin atrofiyası, şüşəvari cismin arxa şöbəsində mayenin toplanması daxili blokun inkişafına kömək edir.

Gözün qapalı bucaqlı qlaukoma-ya meyilliliyi dedikdə, ön kameranın dərinliyi, onun bucağının eni və qüzhəli qişanın vəziyyəti nəzərə alınır.

Bəbək bloku ilə olan qapalı bucaqlı qlaukoma bu formalı qlaukoma olan bütün xəstələrin 70-80%-ni təşkil edir. Xəstəlik dalgəvari tutmalarla və remissiyalarla ötür. Bəbək bloku və qüzhəli qişanın bombajı daimi xarakter daşıyır, ancaq tutma öndə və ya

tutma zamanı bilavasitə güclənir.

Qapalı bucaqlı qlaukoma tutması bəbəyin dərmanla genəlməsi, uzun müddət qaralıqda olduqda (yuxusuz), uzun müddət başın aşağıya əyilmiş vəziyyəti, emosional təsir (xüsusilə mənfəi emosiyalar), çoxlu miqdarda maye qəbulu zamanı baş verə bilər.

Qapalı bucaqlı qlaukomanın kəskin və yarımkəskin formaları ayırd edilir.

Kəskin qlaukoma tutması ardıcıl olaraq birində o birinə keçən bir neçə fazadan ibarətdir. Kəskin tutmanın gedişində 5 faza fərqləndirilir: 1) işəsalma fazası; 2) qüzhəli qişanın köküstü zonasının kompressiyası fazası; 3) reaktiv faza; 4) straqulyasiya (sıxılma) və iltihab fazası; 5) gözdaxili təzyiğin azalması fazası.

İşəsalma fazası zəif klinik simptomatika ilə keçir. Ön kamera dərinliyinin kiçilməsini, qüzhəli qişanın bombajı əlamətlərini, qonioskopiya zamanı – bucağın əvvəllər açıq olan zonasının bağlanması müşahidə etmək olar.

Kompressiya fazasında gözdaxili maye ön kamera bucağı buxtasına düşə bilər, şlem kanalında təzyiç düşür, trabekula yerini dəyişir və şlem kanalını blokada alır. Qüzhəli qişanın kökü skleranın limbal zonasına daha çox basılıb sıxılır. Bu dövrdə xəstələr gözə, qaşüstü qövsdə və başın bütün yarısında ağrıdan şikayətlənir. Görmə dumanlanır, işıq mənbəyinə baxdıqda əlvan halqalar əmələ gəlir. Baxış zamanı göz alması səthində damarların genəlməsi, buyuz qişanın epitel və stromasının ödemli, dayaz ön kamera, öndə qabarmış qüzhəli qişanın genəlməsi, gen hərəksiz bəbək diqqəti cəlb edir. Oftalmotonus kəskin yüksəlmiş olur. Ağrı hissiyyatı qüzhəli qişanın kökündəki sinir elementlərinin sıxılması ilə, digər şikayətlər isə buyuz qişanın ödemli ilə bağlıdır. Kəskin ifadə olunmuş tutma zamanı ürəkbulanma, qusma ola bilər, ancaq ağrılar başa, boyuna, gövdəyə irradiasiya edir. Bəbəyin genəlməsi onun sfinkterinin parəsi ilə əlaqədardır.

Reaktiv faza əvvəlki fazada əmələ gələn klinik simptomların güclənməsi ilə xarakterizə olunur. Qüzhəli qişanın damarlarının keçiriciliyi artır, qüzhəli qişanın şəkli hamılaşır. Hətta buyuz qişanın presipitatlarının əmələ gəlməsi də mümkündür. Yüksək təzyiç nəticəsində qüzhəli qişada ayrı-ayrı radial damarlar straqulyasiyaya uğura-raq sıxılır. Uyğun sektordakı kəskin qan dövranı pozğunluğu nekrozu və aseptik iltihabı törədir. Bəbəyin kənarı boyunca arxa sinexiyalar, pigment epitelinin dağılması və yayılması baş verir, qoniosinexiyalar və qüzhəli qişanın ocaqlı atrofiyası formalaşır. Bəbək şaquli və ya şaquli-çəp istiqamətdə dartılır. Bunu ön kamera bucağının anatomik daha dar yuxarı hissəsində kobud bitişmələr nəticəsində qüzhəli qişanın qısalması ilə əlaqələndirirlər.

Tutmanın geriye inkişafı (gözdaxili təzyiğin aşağı düşmə fazası) kirpikli cismin sekretor funksiyasının parəsi nəticəsində başlayır. Yüksək gözdaxili təzyiç, kirpikli cisimdəki iltihabi və distrofik proseslər gözdaxili mayenin sekresiyasını azaldır, göz almasının arxa şöbəsində təzyiç düşür, qüzhəli qişanın büllur diafraqması arxaya yerini dəyişir, qüzhəli qişanın bombajı azalır, ön kamera bucağı hissəvi və ya tam açılır.

Kirpikli cismin sekretor funksiyası bir neçə gün və ya bir neçə həftə ərzində tədricən bərpa olunur.

Qoniosinexiyalar, qüzhəli qişanın seqmentar atrofiyası, bəbəyin deformasiyası həmişəlik qalır və qlaukomatoz prosesin sonrakı gedişini dərinləşdirir.

Kəskin tutmanın tam şəkli həmişə inkişaf etmir. Bəzi halda ön kamera bucağı tam tutulmadıqda birinci faza straqulyasiya (sıxılma), iltihab və reaktiv fazaların ötürək

sonuncu fazaya keçir. Belə tutmalar yarımkəskin adlanır və onlar zəif kliniki simptomatika ilə müşayiət olunur. Yarımkəskin tutmadan sonra bəbəyin deformasiyası və yerdəyişməsi, qüzhəli qışanın seqmentar atrofiyası, kobud qoniosinexiyalar olur.

Kəskin və ya yarımkəskin tutmadan qapalı bucaqlı qlaukoma başlayır. Tutmalararası dövrdə gözdaxili təzyiq və gözün hidrodinamik göstəriciləri norma daxilində olur. Xəstəliyin başlanmasına qədər göz almasına baxdıqda dayaz ön kameranı, qüzhəli qışanın bombajını, ensiz ön kamera bucağını görmək olar.

Qapalı bucaqlı qlaukomanın təkrar tutmaları ön kamera bucağının üzvi blokadasına (qoniosinexiyalar, trabekulyar şəbəkənin və şlem kanalının zədələnməsi və distrofiyası) gətirib çıxarır. Qapalı bucaqlı qlaukoma xroniki gediş alır, açıqbucaqlı qlaukomanın gedişinə çox oxşayır: gözdaxili maye axımının progressiv çətinləşməsi, gözdaxili təzyiqin artması, patoloji ekskavasiya ilə görmə siniri diskinin artan atrofiyası, görmə funksiyalarının aşağı düşməsi baş verir.

Qapalı bucaqlı qlaukomanın variantlarından biri "sürünən qlaukoma" hesab olunur. O, başlıca olaraq qadınlarda müşahidə olunur və qapalı bucaqlı qlaukomanın 7%-ni təşkil edir. Xəstəliyin bu formasının əsas xüsusiyyəti qüzhəli qışa kökünün ön kamera bucağının ön divarı ilə bitməsidir. Bitişmə bucağın zirvəsindən başlayır, tədricən Şvablenə halqasına qədər trabekulaya yayılır. Bucağın qısalma dərəcəsi müxtəlif xəstələrdə və ön kamera bucağının müxtəlif hissələrində cürbəcür ola bilər.

"Sürünən qlaukomanın" klinik əlamətləri az ifadəlidir. Buna yarımkəskin tutmalar, dayaz ön kamera aiddir, qüzhəli qışanın bir qədər önə prominensiyası mümkündür. Diaqnoz qonioskopik şəkil əsasında qoyulur.

Xəstəliyin ən nadir rast gəlinən forması yastı qüzhəli qışa ilə olan qapalı bucaqlı qlaukoma hesab olunur. Yaşı 30 ilə 62 arasında olan adamlarda qapalı bucaqlı qlaukomanın 5%-ində bu növ qlaukoma aşkar olunur.

Yastı, nisbətən qalın stromalı, bombajsız qüzhəli qışa diqqəti cəlb edir. Ön kamera orta dərinlikdə olur, bəbəklə blokə əlamətləri olur. Qonioskopiya ön kameranın dar bucağının dimdiyəbənzər konfigurasiyasını, qüzhəli qışanın qalın periferik büküşünü (Fuks büküşü) aşkar edir. Tutma medikamentoz midriaz zamanı və ya qaranlığın təsiri altında meydana çıxır. Tutmanın müalicə və profilaktikasının səmərəli üsulu miotiklərin damızdırılması hesab olunur.

Göz almasının kiçilmiş ölçüləri, massiv kirpikli cisim və iri büllür gözün arxa şöbəsində vitreal mayenin toplanmasına səbəb ola bilər. Belə hallarda büllür və şüşəvari cisim önə yerini dəyişərək, ön kamera bucağını blokədədir. Şüşəvari cisim-büllür bloku ilə qapalı bucaqlı qlaukoma inkişaf edir. Göz almasına baxış zamanı yarıqşəkili ön kamera, büllürə sıx söykənən, bombaj əlamətləri olmayan qüzhəli qışa müşahidə olunur. Belə hallarda miotiklər səmərəsizdir. Tsikloplegik vasitələrin, xüsusilə atropinin istifadəsi daha məqsədəuyğundur. Çünki atropindən istifadə edərək zinni bağları dar-tılır və ön kamera dərinləşir.

Qapalı bucaqlı qlaukomanın erkən diaqnostikası.

Kəskin qlaukoma tutması zamanı diaqnoz qoymaq böyük çətinliklər törətmir. Xroniki başlanğıc qapalı bucaqlı (sürünən) və açıqbucaqlı qlaukomanın **differentensial diaqnozu** qonioskopiya əsasında aparılır.

Tutmalararası dövrdə anamnez, ön kameranın dərinliyi, qüzhəli qışanın və bəbəyin

vəziyyəti mühümdür. Hidrodinamika göstəriciləri normal ola bilər. Qonioskopik müayinələr hətta bir seqmentdə belə ön kamera bucağının daralması və ya tam tutulmasını, qoniosinexiyaları aşkar edir.

Qapalı bucaqlı qlaukomanın erkən diaqnostikası üçün yükləyici sınaqlardan istifadə mümkündür. Midriatik sınağı – qlaukomanın ağır, kəskin tutmasını törətmək nöqtəyindən təhlükəsiz deyil. Sınaq midriatiklərin instillyasiyasına qədər və damızdırılmasından 1-1,5 saat sonra gözdaxili təzyiqin ölçülməsindən ibarətdir. Əgər oftalmotonus 8 mm. c. süt-dan çox qalxarsa, sınaq müsbət hesab olunur. Qlaukomanın kəskin tutmasının əmələgəlmə riskini azaltmaq üçün midriatik və miotiklərin eyni zamanda istifadəsi təklif olunmuşdur: 2% pilokarpin və 10% fenilefrin 1 dəqiqədən bir, gözə 3 dəfə damızdırılır. 2 saatdan sonra gözdaxili təzyiq təkrar ölçülür, onun 8 mm. c. süt. və daha çox qalxması diaqnostika üçün əhəmiyyətlidir.

Pozision sınaq – gözdaxili təzyiq ölçüldükdən sonra xəstə 1 saat üzü üstə uzanır. Bu pozada qüzhəli qışa-büllür diafraqması önə yerini dəyişir, gözdaxili maye axımı pozulur və oftalmotonus artır.

Halqəşəkili kompression sınaq – 10 q-lıq Maklakov tonometri ilə gözdaxili təzyiq ölçüldükdən sonra göz alması üzərinə çəkisi 50 q, daxili diametri 16 mm və xarici diametri 17 mm olan halqəşəkili kompressor qoyulur. 3 dəqiqəlik kompressiyadan sonra gözdaxili təzyiq təkrar ölçülür. Kompressiya zamanı göz almasının arxa şöbəsində təzyiq artır, qüzhəli qışa-büllür diafraqması önə yerini dəyişir və təzyiq artır.

Bütün yükləyici sınaqlar ön kamera bucağının blokadası nəticəsində axımın çətinləşməsi ehtimalını aşkar edir və ona görə də əsas müayinə üsullarını tamamlayaraq qapalı bucaqlı qlaukomanın diaqnostikasında yalnız köməkçi xarakterə malikdir.

İkincili qlaukoma.

İkincili qlaukoma kliniki simptomokompleksin formalaşmasında etioloji amillərə və patogenetik mexanizmlərə görə çox müxtəlifdir. İkincili qlaukomanın ən tez-tez rast gəlinən formaları bunlardır: iltihabdansonrakı, heteroxrom uveopatiyası, fakogen, damar, flebohipertenziv, distrofik, travmatik, əməliyyatdan sonrakı, neoplastik qlaukoma.

İltihabi və iltihabdan sonrakı qlaukoma skleranın, buynuz qışanın, uveal traktın xəstəliklərində rast gəlinir.

Skleritlərdən sonradan çapıqlaşma ilə nəticələnən epi- və intraskleral damarların pozğunluğu tövədir. İltihabi proses skleral sinusa və trabekulaya yayıla bilər və bu strukturların obliterasiyası ilə qurtarar. Göz almasının ön kəsiyinin iltihabında kortikosteroidlərdən uzun müddətli istifadə də ikincili qlaukoma gətirib çıxarır.

Keratitlə reaktiv hipertenziya şəklində gözdaxili təzyiqin artması ilə müşayiət olunur ki, sonradan qoniosinexiyaların formalaşması, gözdaxili maye axımı yollarının çapıqla bağlanması baş verir.

- **İltihabdan sonrakı qlaukoma** kamera mayesinin bulanması ilə keçən ön uveitlərdən (iridosiklitlərdən) sonra inkişaf edir, ön kamera bucağının filtrasiya zonasının bağlanması səbəb olur. Damar divarının keçiriciliyi artır, dairəvi arxa sinexiya əmələ gəlir, kamera mayesinin normal cərəyanı pozulur və gözdaxili təzyiq kəskin artır. Gözdaxili təzyiqin dayanıqlı yüksəlməsi – bilavasitə uveitlərdən sonrakı ikincili qlaukoma

ukoma – iltihabi prosesin nəticəsinin həcmindən asılıdır.

Trabekulyar aparatın iltihabdan sonrakı distrofiya və degenerasiyası açıqbucaqlı qlaukomanın klinikasını formalaşdıracaq. Dairəvi arxa sinexiya bəbəyin üzvi blokadasına və kəskin qapalı bucaqlı qlaukomağa gətirib çıxaracaq. Qoniosinexiyaların əmələ gəlməsi ön kamera bucağının tədricən bağlanması və klinik simptomların yavaş-yavaş artmasına səbəb olur.

Ancaq şox vaxt trabekuladakı dəyişikliklər, bəbəyin qapanması və qoniosinexiyaların əmələ gəlməsi eyni vaxtda baş verir.

Gözdaxili maye axımının çətinləşməsinin daha aqressiv mexanizmini müəyyən etmək üçün tonometriya, tonografiya, biomikroskopiya və qonioskopiya kimi üsullardan istifadə olunur.

Müalicəsi – mümkün olan bütün antiqlaukomatoz üsullarla (medikamentoz terapiya, lazer terapiyası, cərrahiyyə) yalnız sakit dövrdə deyil, həmçinin iltihab əleyhinə müalicə altında xroniki uveit fonunda da aparılır.

Proqnozu ciddidir. Görmənin vəziyyəti əsas patoloji prosesin gedişindən, səmərəli və vaxtında təyin olunan müalicədən asılıdır.

• **Heteroxrom uveopatiya (Fuks sindromu)** – bu, qüzhəli qışanın distrofiyası, katarakta və qlaukoma ilə yanaşı gedən zəif ifadə olunmuş sikihtir.

Fuks uveopatiyasının ən əsas simptomu – qüzhəli qışanın bəbəkdən başlayan rəngsizləşməsidir ki, periferiyaya yayılır (şək.33). Göz sağlam gözlə müqayisədə daha açıq rəngli olur. Proses açıqbucaqlı qlaukoma tipində gedir.

Əgər xəstəlik hər iki gözü zədələyərək, ancaq heteroxromiya zəif ifadə olunmuş olarsa, diaqnostikada çətinlik meydana çıxır.

Hipotenziv vasitələr səmərəsiz olduqda antiqlaukomatoz əməliyyat aparılır. Bu halda **proqnoz** əlverişlidir.

• **Fakogen qlaukoma.** Fakotopik, fakomorfik və fakolitik ikincili qlaukoma fərqləndirilir.

Fakotopik qlaukoma linzanın çıxığı, yarımçıxığı və ya dislokasiyası ilə əlaqədardır. Büllurun vəziyyətinin pozulması zinni bağlarının gərilməsini, tam cırılmasını törədir.

Büllur arxa kamerada yerində qala bilər, ancaq gözün hərəkəti zamanı titrəyir. Büllur yerini dəyişən zaman ön kamerada və ya şüşəvari cisimdə ola bilər. Büllurun ön kameraya çıxığı kliniki olaraq kəskin qlaukoma kimi təzahür edir. Büllurun digər yerdəyişmələri gözdaxili təzyiğin qalxmasına səbəb olmur. Belə hallarda qlaukomanın səbəbi ön kamera bucağının və ya gözün drenaj zonasının strukturunun pozğunluğu hesab olunur.

Linzanın anadangəlmə dislokasiyası – göz almasının ön kəşiyinin inkişaf anomaliyaları ilə əlaqədar bir sıra sindromların (Marfan sindromu, Merkezani sindromu, homosistiriya) simptomlarından biridir.

Gözün ölçülərinin böyüməsi (yüksək dərəcəli miopiya, hidroftalm və ya zinni bağlarının patologiyası, ifrat yetişmiş katarakta, psevdoksfoliativ sindrom, uveitlər) büllurun dislokasiyasını törədir. Ancaq qlaukoma büllurun ön kameraya yerini dəyişməsi zamanı nadir hallarda meydana çıxır. Belə vəziyyətlər cərrahi müdaxilə tələb edir.

Fakomorfik qlaukoma – yetişməmiş və ya travmatik katarakta zamanı büllurun

şişkinləşməsinin nəticəsidir. Büllurun həcmimin artması ön kameranın dərinliyinin azalmasına, nisbi bəbək blokunun formalaşmasına gətirib çıxarır ki, bu da öz növbəsində qapalı bucaqlı qlaukomanın kəskin və ya yarımkəskin tutması ilə nəticələnə bilər.

Diaqnoz biomikroskopiya əsasında qoyulur: linzanın qeyri-bərabər bulanması, büllur kapsulunun gərginliyi, sulu yarıqların olması, qüzhəli qışanın periferiyasının bombajı əlamətləri, dayaz ön kamera. Qonioskopiya zamanı ensiz və ya qapalı ön kamera bucağı aşkar olunur.

Görmə üçün **proqnoz** xəstəliyin erkən vaxtlarında uyğun cərrahi yardımın göstərilməsi şəraitində əlverişlidir.

Fakolitik qlaukoma ifrat yetişmiş katarakta zamanı inkişaf edir. Büllurun kapsulunda mikroperforasiyalar əmələ gəlir ki, oradan da zülal mikrohissəcikləri ön kameraya mayesinə keçir. Sonuncular maye cərəyanı ilə trabekulyar aparata ötürülür və onun dəliklərini və trabekulyararası yarıqları tutur. Anatomik meylli gözlərdə şlem kanalının funksional bloku əmələ gəlir. **Kliniki şəkli** qlaukomanın kəskin tutmasını xatırladaraq tez inkişaf edir.

Qapalı bucaqlı qlaukomanın kəskin tutmasından fərqli olaraq bəbək bloku simptomatikası olmur, ancaq qonioskopiya zamanı bütünlüklə enli ön kamera bucağı açıq görünür.

Uveal qlaukoma əlamətləri də: arxa sinexiyalar və qoniosinexiyalar olmur.

Kataraktanın cərrahi yolla çıxarılması gözdaxili təzyiğin dayanıqlı normalaşmasına gətirib çıxarır.

• **Damar sistemi ilə əlaqədar qlaukoma.** Damar sistemi ilə əlaqədar qlaukomanın ən ağır formaları neovaskulyar və flebohipertenziv qlaukomaadır.

Neovaskulyar qlaukoma tor qışada qan dövrəni pozğunluğu ilə (diabetik retinopatiya, tor qışanın mərkəzi venasının trombozu) əlaqədardır.

Neovaskulyar qlaukomanın patogenezdə tor qışanın işemiyasına xüsusi yer verilir. Hesab olunur ki, hipoksiya vəziyyətində tor qışa vazoproliferativ amil hasil etməyə başlayır ki, bu da kifayət qədər toplandıqda yeni əmələ gəlmiş damarların inkişafına səbəb olur. Vazoproliferativ amil bəbək vasitəsilə ön kameraya düşür, ona görə də qüzhəli qışanın vaskulyarizasiyası məhz bəbək zonasında başlayır (şək.37). Xırda damarlar və birləşdirici toxumanın nazik qatı qüzhəli qışanın səthi boyunca periferiyaya doğru yayılır və ön kamera bucağına (skleral mahmız, trabekula, kirpikli cisim) çatır. Yeni əmələ gəlmiş fibrovaskulyar toxuma zaman keçdikcə, büzüşərək, sanki qoniosinexiyaları əmələ gətirir. Ön kamera bucağı tədricən tam bağlanır, qapalı bucaqlı qlaukoma formalaşır ki, buna da ağrı sindromu, buynuz qışanın ödemi və gözdaxili qansızmalar (hifema, hemoftalm) xasdır.

Neovaskulyar qlaukomanın **müalicəsi** üçün dərmanla müalicə, lazer terapiyası və cərrahi müdaxilə tətbiq olunur.

Neovaskulyar qlaukomanın profilaktikasının daha mühüm prinsipi –neovaskulyar qlaukomağa gətirib çıxaran göz xəstəliklərinin (diabetik preproliferativ retinopatiya, hipertonik retinopatiya) vaxtında düzgün aparılan müalicəsi hesab olunur.

Proqnozu əlverişsizdir.

• **Flebohipertenziv qlaukoma.** Episkleral venalarda – gözdaxili maye axımının son

nöqtələrində təzyiğin qalxması gözdaxili maye axımını çətinləşdirir və oftalmotonusun yüksəlməsinə səbəb olur.

Episkleral venalarda təzyiğin artması onların genişlənməsi və qıvrılması ilə təzahür edir, ön kamera bucağı açıq olur, sklral sinus qanla dolur.

Bu vəziyyətin uzun müddət ərzində saxlanılması drenaj zonasında ikincili distrofik dəyişikliklərə və qlaukoma simptomokompleksinin formalaşmasına gətirib çıxarır.

Flebohıperenziv qlaukoma Styurj-Weber sindromunda, göz yuvası venalarının varikoz genişlənməsində, karotid-kavernoz anastomozunda, göz yuvasının yenitörəmələrində, ödemli endokrin ekzoftalmında inkişaf edə bilər.

Styurj-Weber sindromunda, üst göz qapağının prosesə cəlb olunması ilə dəri hemangiomasından başqa, episkleral və ya xorioidal hemangioma aşkar olunur. Episkleral venalarda təzyiğin artmasının səbəbi kimi episkleral hemangioma zonasında arterio-venoz fistulanın olması ehtimal olunur.

Göz yuvası venalarının varikoz genişlənməsi qısa müddətli gözdaxili təzyiğin qalxması və başı aşağı əyidkə ekzoftalm ilə müşayiət olunur. Diaqnostika üçün rentgenoqrafiyadan, exoqrafiyadan, orbitanın kompüter tomoqrafiyasından istifadə olunur.

Karotid-kavernoz fistula spontan olaraq və ya zədədən sonra meydana çıxır. Bəzən fistula ahiil adamlarda aterosklerotik və ya hipertonik dəyişikliklər fonunda əmələ gəlir. Xəstələr baş ağrısı zamanı "üfürücü" küy hissiyyatından, göz qarşısında sayrışmadan, görmənin zəifləməsindən, ikiləşmədən şikayətlənirlər. Küyü göz yuvasının daxili kənarında fonendoskopla eşitmək olar. Baxış zamanı pulsasiyaedici ekzoftalm, episkleral və konyunktival venaların genişlənməsi qeyd olunur. Gözdaxili maye axımının yüngül-lik əmsalının normal göstəricilərində gözdaxili təzyiq artır.

Göz yuvasının yenitörəmələri patoloji lokalizasiyasından, həcm və xarakterindən asılı olaraq, mexaniki olaraq venoz axımı pozur və gözdə təzyiği artırır.

Ödemli endokrin ekzoftalm oftalmotonusun mümkün qalxması ilə yanaşı, göz yuvası-daxili venoz təzyiğin yüksəlməsi ilə müşayiət olunur.

Gözdaxili təzyiği aşağı salmaq üçün gözdaxili mayenin sekresiyasını azaldan üsullardan endokrinoloji terapiya ilə birlikdə istifadə olunur.

• **Distrofik qlaukoma.** Qüzehli qışanın essensial mezodermal distrofiyası ilə əlaqədar inkişaf edən qlaukomaadır. Bu patologiya üçün qüzehli qışa stromasında atrofiyanın tədricən progressivləşməsi, bəbəyin desentrisiyası xasdır. İltihab əlamətləri olmur. Ön kamera bucağı qısalır, mezodermal toxuma pərdəsi ilə tutulmuş olur.

Tor qışanın qopması nəticəsində törənən ikincili qlaukoma açıqbucaqlı qlaukoma tipi üzrə inkişaf edir. Onun yaranma patogenezini aydın deyil.

Tor qışanın uzun müddət yerinə gəlməyən qopmalarında gözdaxili təzyiq yüksəlir və ağrılarla, degenerativ və iltihabi dəyişikliklərlə müşayiət olunur.

Gözdaxili yenitörəmələrlə **differensial diaqnostikani** aparmaq mühümdür. Bunun üçün diafanoskopiyadan, exoskopiyadan istifadə olunur.

Qapalı bucaqlı tipində ikincili qlaukoma tor qışanın qopması üzündən aparılmış əməliyyatdan sonra əmələ gələ bilər.

Skleranın içəri basılması (sirklyaj, plomblama) ön kameranın dərinliyinin kiçilməsi, ön kamera bucağının daralması və onun blokadası şəkildə göz almasının həcmi azaldır. Gözün kameralarında təzyiqlər bərabərləşdikdən sonra gözdaxili təzyiq normallaşır.

Proqnoz: tor qışanın qopmasına dair aparılmış uğurlu əməliyyat gözdaxili təzyiği normallaşdırır.

Endotelial distrofiyalarda ikincili qlaukomanın qoşulması mümkündür. Gözdaxili maye axımının pozğunluğunun formalaşması mexanizmini ön kamera bucağının endotelial membranla dolması ilə əlaqələndirirlər. Hansı ki, sonradan bütüncük qoniosinexiyaların əmələ gəlməsinə gətirib çıxarır.

Şüşəvari cismə iri qansızmalardan sonra hemolitik qlaukoma yarana bilər.

• **Travmatik qlaukoma.** Göz almasının mexaniki, kimyəvi və şüa zədələnmələri qlaukomağa səbəb ola bilər. Gözdaxili mayenin retensiyasının formalaşması mexanizmi hər bir konkret halda müxtəlifdir.

Gözdaxili travmatik qansızmalarda gözdaxili təzyiğin yüksəlməsi trabekulyar aparatın qanın formalı elementləri və onların parçalanma məhsulları ilə hopdurulması ilə əlaqələndirilir.

Oftalmotonusun kəskin artması ağrı sindromu ilə təzahür edir və təcili hipotenziv sorucu terapiya, bəzən isə cərrahi müalicə tələb edir.

Proqnozu əlverişlidir, qanın hüceyrə elementləri sorulduqdan sonra gözdaxili mayenin axımı bərpa olunur.

Büllurun travmatik dislokasiyası da gözdaxili təzyiğin artmasına gətirib çıxarır. Daha təhlükəli büllurun ön kameraya çıxığı hesab olunur ki, ön kamera bucağı blokada olunur, endotel zədələnilir, kəskin qlaukoma tutması şəkli inkişaf edir. Belə vəziyyət təcili cərrahi müalicə tələb edir.

Büllurun şüşəvari cismə çıxığı, bir qayda olaraq, gözdaxili təzyiğin yüksəlməsi ilə müşayiət olunmur. Bu, həm də büllurun yarımcıxığına da aid edilir. Ancaq adları çəkilən bütün variantlarda şüşəvari cisim yurtdışının və bəbək blokunun əmələ gəlməsi üçün şərait yaranır.

Büllur kapsulu dağıldıqda büllur lifləri şişir, linzanın həcmi böyüyür və qlaukomanın kəskin tutulmasının mexanizmi formalaşır. Parçalanmış büllur lifləri trabekulyar şəbəkəni dolduranda başqa şəkil alınır. Həm bu, həm də digər halda əlverişli nəticə cərrahi əməliyyatın vaxtında aparılmasından asılıdır.

Gözün küt zədəsi bəzən trabekulyar səthlərin cırığı ilə müşayiət olunur ki, nəticədə çapıq toxuma ilə əvəz olunur və gözdaxili mayenin normal drenajına mane olur. Ancaq küt zədələrdə kirpikli əzələ lifləri çox vaxt cıvrılır (ön kamera bucağının resessiyası baş verir). Tədricən belə cırıqlar çapıqlaşır, bəzən arxa sinexiyalar əmələ gəlir. Gözdaxili maye axımının çətinləşməsi prosesi çox ləng artır və birincili açıqbucaqlı qlaukoma və ya qarışıq qlaukoma tipi üzrə keçir.

Üzün zədəsinin olması, qlaukomanın birtərəfli xarakteri, dərin ön kamera, genişlənmis sklral mahmız, qüzehli qışa kökünün arxa birləşməsi haqda məlumatlar diaqnoz qoymağa kömək edir.

Gözün dəliib-keçən yarananmalarından sonrakı ikincili qlaukoma travmatik uveitlə, bəbəyin bitişməsi və qapanması ilə, kataraktanın şişməsi, qoniosinexiyaların əmələ gəlməsi ilə əlaqədar ola bilər.

Gözün kimyəvi yanlıqları iltihab məhsullarının və zədələnmis toxumaların parçalanma məhsullarının gözə daxil olmasına cavab kimi yaxın vaxtlarda müvəqqəti göz hipertenziyasını törədir. Patoloji prosesin daha gecikmiş fazalarında qoniosinexiyalar,

bəbəyin qapanması (bitişməsi), fəsadlaşmış katarakta, ön kamera bucağı strukturlarının distrofiyası əmələ gəlir.

Gözün və gözyuvası şişlərinin şüa terapiyası bəzən qüzehli qişanın rubeozu və göz-daxili qansızmalarla yanaşı olan açıqbucaqlı qlaukomanın inkişafına səbəb olur.

Proqnoz əsas xəstəliyin gedişi və xarakteri ilə müəyyən olunur.

- **Əməliyyatdan sonrakı qlaukoma.** Kataraktanın ekstraksiyası, keratoplastika, tor qişanın qopmasına və birincili qapalı bucaqlı qlaukomaya dair əməliyyatlar – əməliyyatdan sonrakı ikincili qlaukomanın ən tez-tez rast gəlinən əmələ gəlmə səbəblərinə aiddir.

Kataraktanın ekstraksiyasından sonra ikincili afakik qlaukoma inkişaf edir.

Əməliyyat zamanı və əməliyyatdan sonra rast gəlinən ağırlaşmalar: şüşəvari cismin yaraya axması və orada sıxılması, bəbək blokadası ilə şüşəvari cismin ön kamerasına axması, residivverən hifemalar, xüsusi kəşiklər aparılarkən gözün drenaj zonasının zədələnməsi əməliyyatdan sonrakı yaxın dövrdə qlaukomanın (müvəqqəti reaktiv hipertenziyadan başqa) səbəbi ola bilər. Kataraktanın ekstrakapsulyar ekstraksiyasından sonra trabekulyar şəbəkənin büllur kütləsi qalıqları ilə blokadası mümkündür.

Intraokulyar linzanın implantasiyası ilə texniki cəhətdən yaxşı yerinə yetirilmiş kataraktanın ekstrakapsulyar ekstraksiyası göstərilən ağırlaşmalardan əhəmiyyətli dərəcədə yaxa qurtarmağa imkan verir.

İkincili afakik qlaukomada gözdaxili təzyiqi normallaşdırmaq üçün qlaukomanın əsas səbəbini aradan qaldırmaq vacibdir.

Əməliyyatdan sonrakı gec dövrdə qlaukomanın inkişaf səbəbləri çapıq və distrofik proseslər, gözün drenaj zonasında piqment yığıntısı, bəbəyin bitişməsi və qapanması, qüzehli qişanın koloboması hesab olunur.

Əməliyyat zədəsi genetik meyilli gözlərdə birincili qlaukomanın təzahürlərinə səbəb ola bilər.

Gözdaxili maye axımının pozulma mexanizmindən asılı olaraq afakik qlaukomanın klinikası açıqbucaqlı və ya qapalı bucaqlı xarakter alır.

Səbəbləri aradan qaldırmaq üçün müxtəlif üsullara – terapevtik, lazer və cərrahi müalicə üsullarına əl atılır.

Proqnozu ikincili qlaukomanın səbəblərinin vaxtında aradan qaldırılmasından asılıdır.

Keratoplastikadan sonra ikincili qlaukomaya kifayət qədər tez-tez (10-40%) rast gəlinir və transplantatın bulanması səbəblərindən biri hesab olunur. Keratoplastika və kataraktanın ekstraksiyası əməliyyatlarına eyni zamanda məruz qalan xəstələrdə belə fəsadlara daha tez-tez rast gəlinir. Qlaukomanın meydana çıxması ilə transplantatın ölçüləri (diametri, qalınlığı) arasında müəyyən asılılıq mövcuddur. Resipiyyentin yatağının və transplantatın diametri böyüdükcə qlaukomanın inkişaf riski də artır. Eyni zamanda transplantatın diametri resipiyyentin yatağından 0,2-0,5 mm böyükdürsə, qlaukomanın tezliyi azalır.

Bu gün üçün keratoplastikadan sonra qlaukomanın inkişaf mexanizminə dair əsaslı izahat yoxdur.

Ehtimal olunur ki, qlaukomatoz dəyişikliklərin formalaşmasında desmet qişasının zədəsi mühüm rol oynayır. Zədə nəticəsində trabekulanın gərilməsi zəifləyir ki, bu da

skleral sinusun kollapsına səbəb olur.

Keratoplastikadan sonrakı ikincili qlaukomanın müalicəsi əsasən cərrahi yolla və proqnoz şübhəlidir.

Əməliyyatdan sonrakı vitreal və şüşəvari cisim-büllur bloku ilə olan ikincili qlaukoma daha çətin vəzifəni təşkil edir.

Kataraktanın ekstraksiyasından və afakik gözdə digər gözdaxili əməliyyatlardan sonra belə şəkil meydana çıxa bilər.

Aydın olmayan səbəblər üzündən vitreal maye göz almasının arxa şöbəsində toplanır, şüşəvari cisim və qüzehli qişa önə yerini dəyişir, ön kamera bucağı bağlanır. Gözdə ağrı, yaşaxma, işıqdan qorxma, buynuz qişada ödem, yarıqşəkilli ön kamera, damarların durğunluq inyeksiyası və yüksək gözdaxili təzyiq müşahidə olunur.

Belə xəstəyə yalnız uyğun cərrahi müdaxilə kömək edə bilər, ancaq proqnozu əlverişsizdir.

- **Neoplastik qlaukoma.** Kirpikli cisim və qüzehli qişa zonasında yerləşən gözdaxili yenitörəmələr qlaukomatoz simptomokompleksi ilə müşayiət oluna bilər. Qüzehli qişa-büllur diafraqmasının önə yerdəyişməsi, ön kamera bucağının qüzehli qişa kökü ilə blokadası qapalı bucaqlı qlaukomanın klinikası şəklində təzahür edir.

Şişin ön kamera bucağı strukturlarına yayılması, trabekulyar şəbəkədə şiş hüceyrələrinin və ya şiş toxumasının nekrozu məhsullarının yığılması qlaukomatoz prosesin xroniki gedişinə səbəb olur.

Adətən, belə qlaukomanın diaqnostikası çətinlik törətmir.

Proqnozu əlverişsizdir.

Qlaukomanın kəskin tutmasının differensial diaqnozu. Qlaukomanın kəskin tutmasını iritdən, iridosiklitdən, kəskin konyunktivitdən differensiasiya etmək lazımdır.

Proqnozu: vaxtında aparılan cərrahi müalicə zamanı qənaətbəxşdir.

85% halda gözdaxili təzyiqin stabil normallaşmasına nail olmaq olur.

Gecikmiş mərhələlərdə əməliyyat olunmuş xəstələrin 15-20%-də, başlanğıc mərhələdə isə xəstələrin 75%-də görmə bütün həyatı boyu saxlanılır.

Qlaukoma zamanı aparılan müayinə üsulları.

Qlaukomanın diaqnostikası üçün, xüsusən onun başlanğıc mərhələlərində çoxsaylı müayinə üsullarının və sınaqların nəticələrindən istifadə edilir. Diaqnostik simptomların ayrılıqda heç biri qlaukoma üçün spesifik hesab olunmur. Əsas müayinələrdən biri tonometriyadır.

Gözdaxili təzyiq normal statistik və fərdi tolerant olmaqla bölünür. Qlaukomatoz gözlərdə həqiqi tolerant gözdaxili təzyiqin yuxarı sərhədi 19 mm. c. süt-nu ötmür.

Tolerant gözdaxili təzyiqin müayinəsi yalnız yüksək ixtisaslaşdırılmış müalicə müəssisələrində yerinə yetirilir.

Sutkada 2 dəfə səhər saat 6-8-də və 12 saatdan sonra ölçülən tonometrik gözdaxili təzyiqin (Maklavov tonometri, Qoldman tonometri) müayinəsi üsulu daha geniş yayılmışdır. Gözdaxili təzyiqin belə vaxtlarda ölçülməsi oftalmotonusun sutkalıq dəyişmə əyrisi ilə müəyyən olunur. Maksimal göstərici səhər saatlarında və minimal göstərici isə axşam və ya gecə saatlarında qeyd olunur.

Anadangəlmə qlaukoma.

- **Anadangəlmə qlaukomanın** bu formaları fərqləndirilir: birincili (sadə) və ikincili (anomalıya ilə birlikdə təsadüf olunan).

3 yaşa qədər təzahür edən anadangəlmə qlaukoma infantil adlanır. Anadangəlmə qlaukomanın bir qədər gec təzahürü gənclik qlaukomasına aid edilir.

Gözdaxili təzyiqin qalxmasının əsas mexanizmi birincili anadangəlmə qlaukoma olduğu kimi, yanaşı olan anadangəlmə qlaukoma da gözün drenaj zonasının inkişaf anomaliyası hesab olunur.

Ön kamera bucağının və gözün drenaj sisteminin differensiasiya və inkişaf pozğunluqları ön kamera bucağında endotelial membranın, mezenximal embrional toxumanın tam sorulmamasında, qüzehli qişa kökünün ön birləşməsində, şlem kanalının arxa yerləşməsində, kobud dişli bağların formalaşmasında özünü göstərir.

6 aylıq döldə ön kamera bucağının zirvəsi trabekulanın başlanğıcı səviyyəsində, 7 aylıqda – trabekulanın ortasında yerləşir, anadan olana yaxın bucağın zirvəsi skleral mahımza doğru yerini dəyişir. Eyni vaxtda mezenximal toxuma və endotelial membran sorulur.

7-8 aylıq döldə ön kamera bucağının inkişafdan qalması qoniodisgenез adlanır. Belə hallarda qüzehli qişanın periferiyası trabekulaya, hətta Şvalbe halqasına yaxın yerləşmiş olur, ancaq bucağın zirvəsi olmur. Digər hallarda ön kamera bucağının taxçası (divar oyuğu) uveal toxuma qatı və ya endotelial membran pərdəsi ilə örtülmüş olur. Belə dəyişikliklərin ifadə dərəcəsi müxtəlif ola bilər, ona görə də qoniodisgenезin üç dərəcəsi ayrd edilir: I dərəcə – ön kamera bucağı normaldan fərqlənir, bucağın taxçasında və trabekulada yalnız bozuntul pərdə aşkar etmək olar; II – dərəcə qüzehli qişanın kökü anomal trabekulanın arxa üçdə biri səviyyəsində birləşir, açıq rəngli qüzehli qişada onun kökü naxışlı, diş-diş edilmiş olur, trabekulada jeleyəbənzər toxuma olur; tünd rəngli qüzehli qişada – kobud daraqlı bağ bucağın taxçasını bağlayır və trabekulanın orta üçdə birinə bağlanır; disgenезin III dərəcəsi – qüzehli qişa trabekulanın yuxarı üçdə birinə bağlanır.

- **Sadə (birincili) anadangəlmə qlaukoma** və ya həqiqi hidroftalm daha çox həyatın birinci ilində təzahür edir və 80% halda ikitərəfli olur. Oğlanlar qızlara nisbətən daha tez-tez xəstələnirlər. Əksəriyyətində irsi əlaqəyə əhəmiyyət verilir.

Sadə anadangəlmə qlaukomanın patogenezini ön kamera bucağının disgenезi ilə əlaqələndirirlər. Morfoloji müayinələr və qonioskopiyanın nəticələri əsasında pretrabekulyar membran, ön kamera bucağında toxumaların qeyri-tam parçalanması, kirkpikli cismin köndələninə əzələlərinin korneoskleral trabekulaya birləşməsi, skleral mahımzın və şlem kanalının rudimentar vəziyyəti, sonuncunun həddən artıq arxa vəziyyəti təsvir olunmuşdur.

- **İnfantil qlaukomanın** klinikası kifayət qədər özünəməxsusdur. Buynuz qişanın darılması və ödəmi nəticəsində törənən işıqdan qorxma, yaşaxma səciyyəvidir. Göz alması inyeksiyalı ola bilər. Daha tipik simptomlar buynuz qişada, ön kamera bucağında, qüzehli qişada və görmə siniri diskində aşkar olunur.

Sağlam yenidöğülüşdə buynuz qişanın üfqi diametri 10 mm olur, iki yaşda 12 mm-ə çatır. İnfantil qlaukoma buynuz qişanın diametri artıq 1 yaşda 12 mm-ə qədər

və ondan artıq olur. Buynuz qişa stromasının ödəmi və desmetet qişasının cırığı ilə müşayiət olunan dartılma hesabına buynuz qişanın qalınlığı azalır. Xəstəliyin gecikmiş mərhələlərində buynuz qişa çəpirləşərək bulanır.

Eyni vaxtda ön kameranın darınlığı, qüzehli qişanın atrofiyası təyin olunur.

Anadangəlmə qlaukoma görə siniri diskinin ekskavasiyası artır və dərinləşir. Ancaq bu dəyişikliklər gəriyə dönmə xarakter daşıyır və gözdaxili təzyiq aşağı düşdükdə itir.

Ekskavasiya və diskin diametrləri arasındakı nisbət artması ilə buynuz qişanın ölçüləri arasında düz asılılıq mövcuddur. Bu da oftalmoskopiyasız görmə siniri diskinin vəziyyətini təxminən qiymətləndirməyə imkan verir.

Buynuz qişa diametrinin, göz alması uzunluğunun böyüməsindən başqa, limb konturlarını itirərək genişləyir, tutqun buynuz qişanın vaskulyarizasiyası mümkündür. Belə gözlərə öküzgözlülük (buftalm) deyilir. Zinni bağlarının həddən artıq gərilməsi onların hissəvi cırılması ilə yanaşı gedən iridodenezə, bülürün yarıncığına gətirib çıxarır.

Buynuz qişanın kobud dəyişiklikləri göz almasının subatrofiyası ilə nəticələnən xoralanmanın, perforasiyanın meydana çıxması ilə müşayiət olunur.

Anadangəlmə qlaukomanı meqalokorneadan, uşaqlarda buynuz qişanın qazanılma zədələnmələrindən, desmetet qişasının travmatik cırıqlarından **differensiasiya** etmək lazımdır.

Anadangəlmə qlaukoma fərqli olaraq, meqalokorneada hər iki gözün buynuz qişası şəffaf olur, həcmində, qalınlığına və ayrıliyinə görə eyni olur, limbin eni adi olub aydındır.

Erkən yaşlı uşaqlarda buynuz qişanın bulanması keratitlərin, buynuz qişanın anadangəlmə distrofiyasının, mukopolisaxoridozun nəticəsində meydana çıxma bilər. Bu zaman anadangəlmə qlaukomanın digər əlamətləri olmur.

Gənclik anadangəlmə qlaukomasının gedişi infantil anadangəlmə qlaukoma qonioskopiyada göz almasının uzanması gərilməsi əlamətlərinin olmaması ilə fərqlənir.

Differensial diaqnostika qonioskopiya əsasında aparılır. Qonioskopiyada ön kamera bucağının bu və ya digər dərəcədə disgenезi aşkar olunur.

Sadə anadangəlmə qlaukomanın proqnozu uşaqlarda görmə funksiyalarının pozulma dərəcəsi ilə əlaqələndirilir.

Vaxtında aparılan cərrahi müalicə hadisələrin müəyyən faizində görməni uzun müddət saxlamağa imkan verir.

- **Anomalıya ilə birlikdə təsadüf olunan qlaukoma** da ön kamera bucağının disgenезi nəticəsində inkişaf edir və infantil və gənclik (yüvenil) formalarında rast gəlinir. Birincili anadangəlmə qlaukoma fərqli olaraq aniridiya, mikrokornea, mezodermal disgenез, fakomatozlar, Marfan və Markezani sindromları, persistə edici birincili şüşəvari cisim, xromosom pozğunluqları, qızılca virusu ilə bətdaxili zədələnmənin nəticələri kimi anomaliyalarla birlikdə təsadüf olunur.

Aniridiya autosom – dominant tipi üzrə irsən keçir. Qüzehli qişa olmur, balaca “güdü” şəklində qalır və ya hissəvi qüsurları aşkar olunur.

Belə xəstələrin 50-75%-də qlaukoma rast gəlinir, gənclik qlaukoması tipində keçir, 5-15 yaşlı adamlar arasında təsadüf edilir.

Aniridiya zamanı gözdaxili maye axımının çətinləşməsi ön kamera bucağının disgenезi ilə olduğu kimi, eləcə qüzehli qişa “güdü” və bucaq strukturlarının vaskulya-

rizasiyası ilə əlaqədardır. Bu da öz növbəsində sonralar trabekulyar zonanın bitişməsinə gətirib çıxarır.

Mikrokornea – kiçik buynuz qişa. Buynuz qişanın diametri 10 mm-dən az olur, sferikliyi saxlanılır və ya buynuz qişa yastılaşa bilər. Belə gözlərin refraksiyası çox vaxt hipermetropik olur, ön kamera dayaz, ön kamera bucağı ensiz olur.

Mikrokornea olan gözlərdə qlaukoma qapalı bucaqlı tipi üzrə keçir, ancaq açıqbucaqlı anadangəlmə qlaukoma halları da təsvir olunmuşdur.

Periferik mezodermal disgenez anlayışı arxa embriotoksonu və Riger sindromunu birləşdirir.

Arxa embriotokson (Aksenfeld anomaliyası) zamanı Şvalbenin ön hüddü halqası əhəmiyyətli prominensiyaya edərək önə yerini dəyişir ki, bu da biomikroskopiya və qonioskopiya ilə asanlıqla fiksə olunur.

Riger sindromunda ön kamera bucağında daha kobud dəyişikliklər aşkar olunur. Riger sindromu – ötürülmə yolu autosom-dominant tiplə olan irsi ikitərəfli xəstəlikdir.

Xəstəliyin tipik əlamətləri arxa embriotokson və çıxıntılar və ya onu Şvalbenin ön hüddü halqası ilə birləşdirən qüzhəli qişa pərdəsi hesab olunur. Qüzhəli qişa stromanın hipoplaziyası, bəbəyin dislokasiyası, piqment vəraqının xaricə çevrilməsi kimi əlamətlərə malikdir, bəzən qüzhəli qişada dəlik əmələ gəlir. Riger sindromu olan xəstələrdə çox vaxt üst çənənin inkişaf qüsurları, dişlərin ölçü və saylarının qüsurları, qabağa çıxması alt dodaq və burnun üst hissəsinin yastı olması aşkar olunur.

Belə xəstələrin yarısında qlaukoma (uşaq və ya gənclik) diaqnozu qoyulur.

Qlaukomanın formalaşması mexanizmində əsas rol gözün drenaj zonasının inkişaf anomaliyalarına məxsusdur.

Qüzhəli qişanın mezodermal distrofiyası ilə **differensial diaqnoz** aparmaq lazımdır. Riger sindromu üçün mühüm sayılan əlaqə anamnezi, uşaq yaşda başlaması, zədələnmənin ikitərəfli xarakteri, dişlərin dəyişikliyi hesab olunur. Qüzhəli qişanın mezodermal distrofiyası üçün orta yaşlarda əmələ gələn birtərəfli zədələnmə daha səciyyəvidir.

Frank-Kamenetski sindromu oğlanlarda qüzhəli qişa stromasının hipoplaziyası və anadangəlmə qlaukoma ilə səciyyələnir.

Qüzhəli qişa iki rəngdə – bəbək zonasında açıq və siliar zonada tünd görünür. Bunun səbəbi qüzhəli qişa stromasının siliar zonada hipoplaziyası və piqment qatının görülməsidir.

Marfan sindromu (araxnodaktiliya) – autosom-dominant tiplə ötürülən irsi hipoplastik, mezenximal distrofiyadır.

Skeletin dəyişikliklərinə (araxnodaktiliya, dolixosefaliya, nazik uzun ətraflar, zəifləmiş bağ və oynaq, kifoskolioz) göz alması ölçülərinin böyüməsi, kiçilməsi bülürün yuxarıya dislokasiyası ilə birgə rast gəlinir. Bir sıra hallarda ön kamera bucağının disgenezi (skleral məhmuzun zəif inkişafı, trabekulyar şəbəkənin qalınlaşması, şlem kanalının zəif inkişafı) ilə əlaqədar uşaq və ya gənclik qlaukoması inkişaf edir.

Əksər halda qlaukoma metabolizmin homosistein pozğunluqları ilə Marfan sindromunun gedişini çətinləşdirən və əqli inkişafın ləngiməsi ilə müşayiət olunan **homosis-tinuriyada** rast gəlinir.

Markezani sindromu (sferofakiya-braximorfiya) – gözün inkişaf anomaliyası, skelet

və digər üzvlərin anomaliyaları ilə yanaşı rast gəlinən ailəvi-irsi patologiyadır.

Xəstələr qısa gövdəyə, boyun və ətraflara, yaxşı inkişaf etmiş əzələlərə və dərialtı yağ qatına, braxisefalik kəlləyə malik olurlar.

Göz simptomatikasına bülürün dislokasiyası (çox vaxt aşağıya) ilə mikrosferafakiya, proqressivləşən yüksək miopiya daxildir.

Markezani sindromunda qlaukoma ümumi inkişaf anomaliyasında ön kamera bucağının disgenezi nəticəsində meydana çıxanda kliniki olaraq özünü açıqbucaqlı qlaukoma kimi göstərir. Sferik bülürə bəbəyin blokadası nəticəsində əmələ gəldikdə isə qapalı bucaqlı qlaukomanın klinikasına inkişaf edir.

Diaqnoz xarakteri kliniki şəkə əsaslanır. Marfan sindromu və Aksenfeld sindromu ilə **differensiasiya** etmək lazımdır. Aksenfeld sindromu olan xəstələrdə skeletin dəyişikliyi olmur, bülürdə bulanmalar aşkar olunur. Qüzhəli qişa kolobomalarla, hipoplastik olur, bəzən aniridiya müşahidə olunur. Markezani sindromunda dolixosefalik kəllə, nazik uzun ətraflar, şəffaf bülürənin yuxarıya və ya aşağı tərəfə simmetrik yarımqığı, mikrotalm, damarlı qişanın koloboması qeyd olunur.

Okuloserebral sindrom sistem asidoz əlamətləri, ketonuriyanın, albuminuriyanın, qlükozurinin, aminoasiduriyanın artması, əzələ, skelet və sinir-psixi pozğunluqlar ilə fərqlənir.

Belə xəstələrdə qlaukoma infantil şəkildə olur və anadangəlmə katarakta ilə birgə olur.

Ensefalotrigeminal angiomatoz (Styurj-Weber-Krabbe sindromu) fakomatozlara aid edilir, üzün, gözün və yumşaq beyin qişalarının angiomatoz zədələnməsi ilə təzahür edir. Üzün angioması tünd-qırmızı rəngdə olur, üçlü sinirin I və II şaxələrinin şaxələndiyi zonada yerləşir. Çox vaxt üzün bir tərəfi zədələnilir. Yumşaq beyin qişalarının angiomatoz dəyişiklikləri venaların obliterasiyası və arteriyaların kalsifikasiyası baş verən ənsə paylarında yerləşir. Nevroloji statusda epileptik tutmalar müşahidə oluna bilər.

Göz tərəfdən patologiya konyunktivanın, episklara və xorioideyanın hemangioması ilə, anadangəlmə qlaukoma ilə təzahür edir.

Bir qayda olaraq, göz almasının zədələnməsi üst qapağın zədələnməsi ilə müşayiət olunur.

Görmə siniri diskində eksavasiya, bəzən mielin lifləri tapılır.

Tor qişa venaları genişlənir, qıvrılır, tor qişanın yastı qopması ola bilər.

Biomikroskopik olaraq limb nahiyəsində və episklral olaraq genişlənmiş qıvrım venalar aşkar olunur.

Anadangəlmə qızılca zamanı gözdaxili təzyiqin artması 3-25% halda rast gəlinir, ancaq bəzən bu, müvəqqəti olur və gözdə iltihabi proseslərlə bağlı olur.

Həqiqi anadangəlmə qlaukoma iridokorneal bucağın inkişaf pozğunluqlarında inkişaf edir.

- **İkincili infantil qlaukoma** retinoblastomanın, retrolental fibroplazianın, gənclik ksantofanulyomasının, gözün arxa kəsiyinin iltihabının və zədəsinin nəticəsi hesab olunur.

Qlaukomanın əmələ gəlmə mexanizmi bütün hallarda gözdaxili maye axımının pozulması ilə əlaqədardır. Buynuz qişanın və göz almasının ön kəsiyinin digər törəmələrinin böyüməyə meyilli olması ilə ikincili qlaukomadan fərqlənir.

TOR QIŞANIN XƏSTƏLİKLƏRİ

Tor qişa hissi sinir liflərinə malik olmadığından tor qişa xəstəliklərinin yeganə simptomu görmə funksiyalarının zəifləməsi hesab olunur.

Tor qişa xəstəliklərinin aşağıdakı əsas qrupları ayırd edilir:

1. Damar retinopatiyaları (qan xəstəlikləri və ya qan damarlarının xəstəliklərinin nəticəsində).
2. Retinal və xorioretinal degenerasiyalar.
3. Tor qişanın irsi distrofiyaları.
4. Tor qişanın iltihabi xəstəlikləri.
5. Tor qişanın qopması.
6. Tor qişanın yenitörəmələri.

Damar retinopatiyaları.

• Tor qişanın mərkəzi arteriyasının okklyuziyası.

Bir gözdə görmənin qəfil, kəskin və ağrısız itkisi tor qişanın mərkəzi arteriyasının okklyuziyası üçün xasdır. Xəstənin anamnezində qısamüddətli amavroz qeyd oluna bilər.

Oftalmoskopiya zamanı tor qişa, xüsusən, qanqlioz hüceyrələr və sinir lifləri qatının daha sıx olduğu arxa qütbə qeyri-şəffaf və ödemli olur. Makulanın mərkəzində qırmızı ocaq ("albalı çəyirdəyi" simptomu) müəyyən olunur (şəkl.38). Tor qişanın arteriolaları daralır, onlarda qan sütunu seqmentasiyası və bəzən embol təyin olunur. Afferent innervasiya pozğunluğu nəticəsində bəbəyin əhəmiyyətli ifadə olunmuş anomol reaksiyası diaqnozu qoyulur.

Vaxt ötdükcə tor qişa arteriyası trombonun rekanalizasiyası bas verir ki, bu da tor qişa ödemini azalmasına gətirib çıxarır; ancaq tor qişanın infarktı olduğundan, adətən, görmə funksiyalarının bərpası baş vermir.

Göz arteriyasının kəskin okklyuziyası ilə (görmə funksiyalarının tam itkisi və ya işığın qeyri-düzgün proyeksiyasının saxlanması qeyd olunur, tor qişa solğun olur, "albalı çəyirdəyi" simptomu olur); görmə sinirinin işemik neyropatiyası ilə (anamnezdə başda, gicgah nahiyəsində ağrı, çəynəmə zamanı ağrı, zəiflik, görmə sinirinin solğun və ödemli olması) **differentensial diaqnoz** aparılır. Metabolitlərin toplanması ilə müşayiət olunan sistem xəstəliklərində "albalı çəyirdəyi" simptomu (Tay-Sachs sindromu) – proses ikitərəfli olub, digər sistem simptomları ilə müşayiət olunur.

Tor qişanın mərkəzi arteriyasının kəskin okklyuziyasında təxminən 18-20% halda xəstəlik başlandıqdan 4-5 həftə sonra qüzhəli qişanın və görmə siniri diskinin neovaskulyarizasiyası diaqnozu qoyulur.

65%-dən çox halda nəticədə görmə itiliyi 0,05-dən aşağı olur. Görmə funksiyalarının 0,05 səviyyədə və ondan artıq olması əksər halda makulanın qanla təchizatını təmin edən silioretinal arteriyanın olması ilə izah edilir (15-30% təsadüf edilir).

Müalicəsi stasionar şəraitdə terapevt və endokrinoloqla birlikdə aparılır.

• Tor qişanın mərkəzi arteriyası şaxəsinin okklyuziyası.

Tor qişanın mərkəzi arteriyası şaxəsinin kəskin okklyuziyası – qəfildən, ağrısız, birtərəfli görmə sahəsi qüsurlarının əmələ gəlməsidir.

Anamnezində görmənin qısa müddətli itkisi – amavroz mümkündür. Əvvəlcə xəstəlik oftalmoskopik olaraq simptomuz keçə bilər, ancaq bir neçə saat ərzində tor qişanın zədələnməmiş hissəsinin ödemi, avazması və ya bulanması müəyyən olunur. Bunun da səbəbi tor qişanın infarktı ilə bağlıdır. Tor qişanın mərkəzi arteriyasının zədələnməmiş şaxəsi daralır, orada bəzən embol və ya seqmentləşmiş qan sütunu oftalmoskopiya olunur. Vaxt ötdükcə, zədələnməmiş damarın rekanalizasiyası, perfuziyanın bərpası və tor qişa ödemini azalması baş verir; ancaq görmə sahəsi qüsurları daimi qalır.

Müalicəsi stasionar şəraitdə terapevt və endokrinoloqla birlikdə aparılır.

• Tor qişanın mərkəzi venasının okklyuziyası.

Tor qişanın mərkəzi venasının okklyuziyası iki tipdə olur: işemik və qeyri-şemik mənşəli.

Hər iki halda xəstələr bir gözdə bir neçə saat – bir neçə gün ərzində görmə funksiyalarının tədricən ağrısız zəiflənməsindən şikayətlənirlər.

Qeyri-şemik tip (venoz dərğunluq retinopatiyası) flüoresent angiografiyanın nəticəsinə əsasən, kapillyar perfuziyanın hissəvi saxlanması ilə müşayiət olunur.

Hemorragik tip kimi tanınan işemik tip üçün göz almasının arxa qütbündə kapillyar perfuziyanın tam olmadığı sahələr xasdır.

Tor qişanın mərkəzi venasının qeyri-şemik tipli okklyuziyası tor qişanın mərkəzi venasının bütün şaxələrinin qıvrılması və yüngül genişlənməsi, tor qişanın bütün sektorlarında alovun dilinə bənzər və ştrixvari qansızmalar ilə xarakterizə olunur. Makulyar zonanın ödemi və görmə siniri diskinin yüngül öna qabarması bütün hallarda oftalmoskopiya olunmur. Görmə itiliyi 0,1-dən yuxarı olur. Flüoresent angiografiya, adətən, kapillyar perfuziyanın pozulması ilə retinal qan dövrəni müddətinin uzanmasını nümayiş etdirir.

Tor qişanın mərkəzi venasının işemik tipli okklyuziyası, adətən, tor qişanın dörd sektorunda iri qansızmalarla, onun ödemi ilə müşayiət olunur. Venalar genişlənilir və qıvrılır, çoxlu pambığabənzər ocaqlar qeyd olunur. Görmə siniri diski ödemli olur, qansızmalar mümkündür. Çox vaxt onun afferent innervasiyasının pozulması zamanı bəbəyin anomol reaksiyası müşahidə olunur. Görmə itiliyi 0,1-ə qədər və daha aşağı düşür. Flüoresent angiografiyası kapillyar perfuziyanın olmadığı geniş zonanı və retinal qan dövrəni vaxtının uzanmasını nümayiş etdirir.

Diabetik retinopatiya ilə (proses ikitərəfidir, eksudatlar daha kəskin görsənir, qansızmalar və mikroanevrizmalar makulyar və paramakulyar zonada cəmləşiblər), görmə siniri diskinin ödemi ilə (proses ikitərəfidir, əsasən görmə siniri diskinin ətrafında qansızmalar qeyd olunur və tor qişanın periferiyasına yayılırlar), gözün işemik sindromu ilə – yuxu arteriyasının okklyuziyası ilə (anamnezində bəzən amavroz, beyin qan dövrəninə növbələən pozğunluğu, göz yuvasında ağrı qeyd olunur; görmə siniri diskinin ödemi və onun üzərində qansızmalar olur; venalar genişlənilir, ancaq adətən qıvrılmaz; qansızmalar, xüsusən, arxa qütb ilə periferiya arasında yerləşir; mərkəzi arteriyada perfuzion təzyiq aşağı düşür) **differentensial diaqnoz** aparılır.

Qeyri-şemik tip üçün görmə funksiyalarına görə proqnozun müxtəlif olması xasdır. Belə ki, 35-40% halda görmə funksiyalarının tam bərpası, 20-25% halda – işemik tipə

keçid, 35% halda isə – hissəvi bərpa mümkündür. Yeni damarların əmələ gəlməsi sonralar nadir halda müşahidə olunur.

Tor qişanın mərkəzi venasının işemik tip okklyuziyasında görmə funksiyaları təcürən proqnoz əlverişsizdir. Yalnız 10% halda görmə itiliyi 0,2-dən yuxarı ola bilər. Bundan əlavə, görmə siniri diskində, tor qişada, qüzeqli qişada yeni əmələ gələn damarların inkişafı riski (60%-ə qədər) yüksəkdir. Xəstəlik başladıqdan təxminən 3-4 ay sonra yeni damarlar əmələ gəlir.

Müalicəsi stasionarda aparılır.

• **Tor qişanın mərkəzi venası şaxəsinin okklyuziyası.**

Prosesin lokalizasiyasından asılı olaraq tor qişanın mərkəzi venasının aşağı və ya yuxarı-gicgah, aşağı və ya yuxarı-burun şaxələrinin okklyuziyası fərqləndirilir.

Xəstələr görmə funksiyalarının zəifləməsindən və skotomanın əmələ gəlməsindən **şikayətlənirlər**. Xəstəlik çox vaxt birtərəfli olur.

Tor qişanın mərkəzi venası şaxələrində kəskin qan dövranı pozğunluğunun oftalmoskopik əlamətlərinə orta xətti ötməyən səthi qansızmalar, tor qişanın ödemli, tor qişanın zədələnmiş venaya uyğun sektorunda yerləşən pambığabənzer ocaqlar aiddir. Tor qişası şaxələrinin okklyuziyası, adətən, arterio-venoz çarpazda baş verir və makulanın prosesə cəlb olunma dərəcəsindən asılı olaraq görmə funksiyası zəifləyir. Okklyuziya arterio-venoz çarpazda baş vermədikdə, iltihabi prosesin mümkünlüyü də nəzərə alınmalıdır.

Trombla tutulmuş vena genişlənmiş, qıvrılmış olur və vaxt ötdükcə uyğun arteriyaya darala bilər, ancaq onun divarı bərkidir. Proses daha çox yuxarı-gicgah sektorunda (63%) baş verir, tor qişanın mərkəzi venası şaxəsinin trombozu burun sektorlarında kliniki olaraq nadir aşkar olunur (şək.39).

Risk amilləri: sistem hipertoniyası (65-75%), şəkərli diabet (2-13%), ateroskleroz (orta yaş 60 və yuxarı), uzaqdangörmə.

Differensial diaqnoz diabetik retinopatiya ilə (orta xətdən yayılan nöqtə və ocaq şəklində qansızmalar, flebopatiya, prosesin ikitərəfli olması); hipertenziv retinopatiya ilə (qansızma sektorla məhdudlaşmış, arteriya kəskin daralır, proses ikitərəfli olur) aparılır.

Vizual proqnoz kapillyarların zədələnmə dərəcəsi və tor qişanın işemiya dərəcəsi ilə sıx bağlıdır. Kapillyar perfuziyanın olmadığı sahələrin lokalizasiyasını və dərəcəsini qiymətləndirmək üçün flüoressent angiografiyasından istifadə olunur. Parafoveolyar kapillyarların saxlanılması – görmə funksiyalarının bərpası proqnozunun mühüm amilidir. Kəskin dövrdə görmə makulanın ödeminə, retinal qansızmalara və ya perifoveolyar kapillyar okklyuziyaya görə zəifləyə bilər.

Zaman ötdükcə qansızma sorulur, ancaq kapillyar kompensasiya və kollateralaların formalaşması makulyar ödemə həllinə və görmə funksiyalarının yaxşılaşmasına kömək edə bilər. Digər hallarda kapillyarların progressivləşən okklyuziyası müşahidə oluna bilər.

Tor qişanın geniş işemiya (5 görmə siniri diski diametridən çox sahədə perfuziyanın olmaması) çox vaxt tor qişada və görmə siniri diskində yeni damarların əmələ gəlməsi ilə ağırlaşır. Şüşəvari cismə qansızmalar görmə funksiyalarının zəifləməsinə səbəb ola bilər.

Tor qişanın mərkəzi venası şaxələrinin okklyuziyası ilə olan xəstələrin 50-60%-də

vaxtında müalicə aparıldıqda sonralar görmə itiliyi 0,5 və yuxarı olur.

Müalicəsi stasionarda aparılır.

• **Hipertonik retinopatiya.**

Sistem arterial hipertoniyası – minimal diastolik təzyiq 90 mm c. s.üt. və ya minimal sistolik təzyiq 140 mm. c. s.üt. olan vəziyyətdir.

Oftalmoskopiya və vazografiya sayəsində hipertoniya zamanı dəyişikliklər müşahidə oluna və təsnifləşdirilə bilər. Arxa seqmentin damar dəyişikliklərinin diaqnostikası oftalmoloqlara birinci olaraq hipertoniya diaqnozu qoymağa və xəstəni xəstəliyin potensial ağırlaşmalarına hazırlamağa imkan verir.

Hipertenzion retinopatiyanın Avropa təsnifatı:

Mərhələ 0. Dəyişikliklər yoxdur.

Mərhələ 1. Yalnız arteriyaların daralması müəyyən olunur.

Mərhələ 2. Arteriyaların daralması və ocaqlı dəyişikliklər görünür.

Mərhələ 3. 2-ci mərhələ üçün xas əlamətlərə retinal qansızmalar və / və ya ekssudat əlavə olunur.

Mərhələ 4. 3-cü mərhələ üçün xas simptomlara görmə siniri diskinin ödemi əlavə olunur.

MDB ölkələrində hipertoniya xəstəliyində göz dibindəki dəyişiklikləri ifadə edən aşağıdakı təsnifat məşhurdur:

- 1) retinal damarların yalnız funksional dəyişiklikləri ilə xarakterizə olunan hipertoniya angiopatiya;
- 2) hipertoniya angioskleroz;
- 3) yalnız damarların yox, eləcə də tor qişası toxumasının, hətta bəzən görmə siniri diskinin zədələndiyi hipertoniya retino- və neyretinopatiya.

Retinopatiya 3 qrupa bölünür: sklerotik, böyrək mənşəli və bədxassəli.

Proses çox vaxt simptomuzdur. Hipertoniya retinopatiyanın erkən funksional əlamətlərindən biri – qaranlıq adaptasiyanın zəifləməsidir. Eyni vaxtda görmə sahəsinin sərhədlərinin yüngül daralması və “kor ləkənin” genişlənməsi müşahidə olunur. İfadə olunmuş retinopatiyalarda görmə sahəsinin parasentral zonasında skotomalar aşkar etmək olar.

Nadir hallarda – işemik makulopatiya, makulyar ödem, makulyar zonada hemorragiyanın zamanı, neyretinopatiyanın gec mərhələlərində epiretinal membranın formalaşması zamanı və digər hallarda görmə itiliyi aşağı düşür (şək.40).

Tam **oftalmoloji müayinənin** aparılmasına oftalmoskopiya və gen bəbəkdə arxa bi-mikroskopiya daxildir.

Hipertenzion retinopatiyanın ümumi oftalmoskopik simptomlarından biri tor qişası arteriyalarının lokal və ya yayılmış daralması (“mis” və ya “gümüş” mətil) və arterio-venoz kəşimə yerində patoloji dəyişikliklər (Salyus-Qunna simptomu) hesab olunur. Simptomun mahiyyəti ondan ibarətdir ki, kəşimə olan yerdə bərkimiş arteriya tərəfindən venaların hissəvi sıxılması baş verir. Bu simptomun üç dərəcəsi fərqləndirilir:

I dərəcə – arteriyanın altında və damarların kəşidiyi yerin yaxınlığında venaların mənfəzinin daralması.

II dərəcə – venaların yalnız hissəvi sıxılması yox, həmçinin onun yana yerdəyişməsi oftalmoskopiya olunur (“qövs simptomu”).

III dərəcə “qövs simptomu” ilə xarakterizə olunur, ancaq arteriyanın altında vena görsənir və sanki tam sıxılmış hesab olunur.

Arterial və venoz damar yatağının dəyişiklikləri tor qişa damarlarının arterio-venoz nisbatındakı dəyişikliklərdə təzahür edir. Normada bu nisbat təxminən 2:3, hipertoniya xəstəliyi olanlarda arteriya daraldığından və venalar genişliyindən nisbət 1:2, 1:3 olur.

Hipertonik angiopatiya zamanı tez-tez rast gəlinən simptomlardan biri – retinal arteriyaların normal şaxələnməsinin pozulmasıdır. Adətən arteriyalar iti bucaq altında di-xotomik şaxələnir. Yüksək nəbz vurğularının təsiri altında hipertoniylərdə bu bucaq art-mağa meyilli olur və çox vaxt arteriyaların düz və hətta kor bucaq altında şaxələndiyini göstərmək olur (“öküz buynuzları” simptomu).

Yüksək arterial təzyiq və böyük nəbz amplitudası damar divarının yalnız yanlara yox, həm də köndələnə dartılmasının artması ilə müşayiət olunur ki, bu da damarların uzanmasına və qıvrılmasına gətirib çıxarır. Hipertoniya xəstəliyi olan xəstələrin 10-20%-də paramakulyar venuların qıvrılması (Qvist simptomu) oftalmoskopiya olunur.

Pambığabənzər eksudatların əmələ gəlməsi hipertoniya xəstəliyi üçün daha xasdır. Bu, əsasən paramakulyar və parapapillyar zonalarda oftalmoskopiya olunan bozmtul-ağ rəngli, prominensiya edən ocaqlardır. Onlar heç vaxt bir-birilə birləşmirlər. Sorul-duqda ölçülərdə kiçilərkə yastılaşıb və “makulyar ulduz” şəklini alırlar. Hipertenzion re-tinopatiya üçün həmçinin alov dilinə oxşar qansızmaların tor qişada əmələ gəlməsi, tor qişanın ödəmi, arterial mikroanevrizmalar, xorioretinal atrofiya (Elşniq ocaqları) xasdır ki, bu da xorioidal perfuziyanın olmadığını sübut edir.

“Bədxassəli” retinopatiya zamanı simptomlara görmə siniri diskinin ödəmi də əlavə olunur. Görmə siniri diskinin ödəmi müxtəlif dərəcədə – konturlarının yüngül yuyul-masından tutmuş durğunluq diskinin inkişaf şəklinə qədər ifadə oluna bilər. Hipertoni-ya xəstəliyində durğunluq diski çox vaxt peripapillyar tor qişanın ödəmi, retinal qansız-malar və pambığabənzər ocaqlarla birləşərək rast gəlinir.

Əgər dəyişikliklər yalnız bir gözdədirsə, cüt göz tərəfindən yuxu arteriyasının obs-truksiyasını istisna etmək lazımdır.

Differensial diaqnoz diabetik retinopatiya ilə (nöqtə və ocaq şəklində qansızmalar); kollagenozlarla (əsasən pambığabənzər ocaqlar oftalmoskopiya olunur, qalan simptom-lar az ifadə olunur); şüa retinopatiyası ilə (anamnezində gözünn şüa terapiyası olduq-da); tor qişanın mərkəzi venasının və ya onun şaxələrinin trombozu ilə (proses çox vaxt birtərəfli olur, həm də hipertoniya xəstəliyinin ağırlaşması kimi meydana gələ bilər) aparılır.

Bəzən hipertoniya xəstəliyi şüşəvari cismə qansızmalarla, tor qişanın mərkəzi ve-nasının və ya arteriyasının və ya onların şaxələrinin trombozu ilə ağırlaşır. Tor qişanın mərkəzi venasının trombozu nəticəsində yaranan işemiyə yeni damarların əmələ gəlməsinə, epiretinal membranın inkişafına və tor qişanın traksion qopmasına gətirib çıxarır.

Müalicəsi ambulator və stasionar olaraq, terapevtlə birlikdə aparılır.

• **Diabetik retinopatiya** – 20-60 yaşda olan xəstələrdə korluğun əsas səbəbidir.

Dünyada geniş istifadə olunan 1989-cu ildə R.Klein tərəfindən təklif olunmuş təsnifatdır:

1. Qeyri-proliferativ retinopatiya.

2. Proliferativ retinopatiya.

3. Proliferativ retinopatiya.

Şəkərli diabeti olan xəstələrdə retinopatiyanın bütün mərhələlərinin yayılması diabe-tin müddətindən, xəstənin yaşından asılı olaraq artır.

Yaşı 10-dan aşağı olan uşaqlarda diabetin davam etmə müddətindən asılı olmayaraq diabetik retinopatiya diaqnozu nadir halda qoyulur. Cinsi yetişkinlikdən sonra retino-patiyanın inkişaf riski artır.

1. Qeyri-proliferativ retinopatiyada mikroanevrizmalar; damarların boyunca parama-kulyar, makulyar zonada çoxlu nöqtəvari və ocaqlı qansızmalar; makulyar zonada tor qişanın ödəmi və transsudativ ocaqlar müəyyən olunur. Proses, adətən, ikitərəfli olur.

2. Preproliferativ retinopatiya göz almasının arxa qütbündə çoxlu sarı və ağ rəngdə ocaqların olması ilə özünü göstərir. Sərt və yumşaq “pambığabənzər transsudatlar”, flebopatiya (varikoz genişlənmə, qıvrılması, təsbehşəkilli olması), intraretinal mik-rodamar anevrizmaları, çoxlu sayda iri ölçülü retinal qansızmalar, eləcə də qeyri-proliferativ retinopatiyaya xas olan simptomlar qeyd olunur (şək.41). Flüoresent an-gioqrafiyada çoxlu miqdarda kapillyar perfuziyanın azalması ocaqları qeyd olunur.

3. Proliferativ retinopatiya görmə siniri diski nahiyəsində, peripapillyar zonada yeni əmələ gəlmiş damarların olması ilə səciyyələnir, eləcə də tor qişanın neovaskulyari-zasiyası (daha çox paramakulyar zonada) təyin olunur. Ekstraretinal fibrovaskulyar proliferasiya daxili hüddü membranından xaricə yayılır. Yeni əmələ gəlmiş damarların inkişafının üç mərhələsi ayırılır: minimal fibroz toxuma ilə nazik yeni əmələ gəlmiş damarların ilk görünməsi (1), artmış fibroz komponentlə yeni əmələ gələn da-marların eni və ölçülərinin böyüməsi (2), qalıq fibrovaskulyar proliferasiyanın artma-sı ilə yeni əmələ gələn damarların repressiyası (3).

Fibrovaskulyar proliferativ toxumanın artması zamanı şüşəvari cismin traksiyası şüşəvari cismin hissəvi arxa qopması kimi fəsadın inkişaf səbəbi ola bilər ki, bu da çox vaxt fibrovaskulyar proliferasiyası olan gözlərdə inkişaf edir. Yeni əmələ gəlmiş damar-ların traksiyası nəticəsində şüşəvari cismə qansızmalar (hissəvi və ya tam hemoftalm) və ya preretinal qansızmalar mümkündür (şək.42). Proqressivləşən fibrovaskulyar pro-liferasiya tor qişanın traksion qopmasına kömək edə bilər.

Biomikroskopiya və qonioskopiya zamanı ön kamera bucağının və qüzhəli qişa rube-ozunun olması müəyyən olunur. Belə ki, qüzhəli qişanın və ön kamera bucağının yeni əmələ gəlmiş damarları ikincili neovaskulyar qlaukomanın inkişaf səbəbi hesab olunur.

Patoloji perfuziya sahələrinin təyini, foveolanın işemiyasını, mikroanevrizma və kli-niki aşkar olunmamış neovaskulyarizasiyanı müəyyən etmək məqsədilə flüoresent an-gioqrafiya aparılır.

Differensial diaqnoz aparılır:

- tor qişanın mərkəzi venasının okklyuziyasında proses əksər halda birtərəfli olur, ve-naların qıvrımlığı daha ifadə olunur; çox halda sərt eksudatlar olmur, görmə siniri diski ödəmli, qansızmalar daha kəskin görsənir;

- tor qişa venalarının şaxələrinin okklyuziyasında: qansızmalar zədələnmiş vena bo-yunca yayılır və orta xətdən (üfq tikiş) ötmür;

- hipertenziv retinopatiyada: qansızmalar çox vaxt alov dili formasına malik olur, mik-roanevrizmalar nadir halda oftalmoskopiya olunur, arteriyalar daralır;

- radiyasiyada sonrakı retinopatiyada mikroanevrizmalar nadir halda oftalmoskopiyaya olunur. Xəstəlik gözün və ya yaxında yerləşən üzvlərin (beyin, burun cibləri, burun-udlaq) şüa terapiyasından sonra əmələ gəlir. Şüalanma zamanı gözün zədələnməsindən yayınmaq çətin olur.
- oraqvarı-hüceyrəli anemiyada retinopatiya zamanı: tor qişanın makulyar zonasında yox, başlıca olaraq, periferiyasında “dəniz yelkəni” formasında neovaskulyarizasiya;
- sarkoidoz: uveitlə, venaların ətrafında eksudatların əmələ gəlməsi ilə, sistem təzahürləri ilə müşayiət olunur;
- gözün işemik sindromu, əksər halda ağrı ilə, buyunuz qişanın ödemi, episkleral damarlarda qan durğunluğu ilə müşayiət olunur. Bəbək bir qədər gen, işığa reaksiyası zəif olur. Qüzehli qişanın rubeozu və barmaqla gözə yüngül təzyiq etdikdə tor qişanın mərkəzi arteriyasının pulsasiyası müəyyən olunur.

Xəstəliyin **proqnozu** şəkərli diabetin ağırlığından asılıdır. Bir sıra sistem xəstəlikləri də diabetik retinopatiyanın gedişinə təsir göstərə bilər. Bir neçə il ərzində kompensə olunmamış arterial hipertenziya makulanın diabetik ödeminin proqressivləşməsinin və yeni əmələ gəlmiş damarların inkişafının risk amili hesab olunur. Hamiləlik də retinopatiyanın proqressivləşməsinə səbəb olur. Beləliklə, şəkərli diabetlə xəstə olan hamilə qadınlar uçota durduqda tor qişanın və görmə funksiyalarının vəziyyətinin qiymətləndirilməsi üçün mütləq oftalmoloqun baxımından tez-tez keçməlidirlər. Preproliferativ diabetik retinopayada makuladakı ödemənin inkişafı nəticəsində və ya proliferativ diabetik retinopatiyanın gedişinin ağırlaşmasına görə görmə funksiyalarının zəifləməsi inkişaf edə bilər. Doğuşdan sonra retinopatiyanın repressiyası qeyd olunur. Şəkərli diabetin böyrək çatışmazlığı və anemiya kimi ağırlaşmaları da diabetik retinopatiyanın gedişinə pis təsir edir.

Müalicəsi ambulator və stasionarda endokrinoloq və terapevtlə birlikdə aparılır.

Retinal və xorioretinal degenerasiyalar.

• **Mərkəzi seroz xorioretinopatiya.**

Tor qişanın piqment epitelini səviyyəsində baryer funksiyasının dəyişməsi nəticəsində sensor tor qişanın (neuroepitelin) seroz ayrılmasının inkişafı ilə xarakterizə olunur. Patoloji proses xoriokapillyarlar cəlb oluna bilər. Xəstəlik 30-50 yaşlı kişilər üçün xasdır. Həmçinin qadınlarda, xüsusən, hamiləlik dövründə bu xəstəliyə rast gəlinməsi halları da qeydə alınmışdır.

Xəstələr dımanlı görmədən, mikropsiyadan, metamorfopsiyadan, mərkəzi skotomadan və rənglərin dolğunluğunun azalmasından şikayətlənirlər. Əgər proses makulaya yayılmayıbsa, xəstəlik simptomuz keçə bilər. Xəstəlik, adətən, bir gözüz zədələyir.

Oftalmoskopik olaraq neyroepitelin tor qişanın piqment epitelindən lokal seroz qopması müəyyən olunur. Arxa biomikroskopiyada qopmuş tor qişanın qonşu sahələrə tədricən keçməsi müşahidə olunur. Qansızmalar olmur.

Amsler torunun köməyilə tor qişanın prosesə cəlb olunmuş sahələrini müəyyən etmək olur.

Xorioidal neovaskulyarizasiyanı istisna etmək üçün və lazer fotokoagulyasiyasına göstəriş olduqda flüoresent angiografiya aparılır. Sonuncunun nəticəsində, angiogrammanın erkən fazasında tor qişanın piqment epitelindən flüoresseinin ölçüdə və

intensivlikdə artan ocaqlı sızması müəyyən olunur. Angiogrammanın gec fazalarının kadrları mütləq lazımdır ki, flüoresseinin subretinal sahədə depolaşmasının həcmi müəyyən olunsun. Flüoresseinin itkisi subretinal maye toplanmasının yeganə səbəbi kimi izah edilməməlidir. Adı vəziyyətlərdə bu maye tor qişanın piqment epitel-xoriokapillyar səviyyəsində tez qovulardı. Ancaq mərkəzi seroz xorioretinopatiyada maye toplanmaqda davam etdiyindən, tor qişanın piqment epitelini səviyyəsində birincili dəyişiklikləri mayenin evakuasiyasına mane olur.

50 yaşdan yuxarı xəstələrdə senil (qocalıq) makulodistrofiyası (druzlar, tor qişanın piqment epitelinin alterasiyası, hemorragiyalar, subretinal neovaskulyar membranın olması) ilə; makula zonasında tor qişanın reqmatogen qopması (oftalmoskopiyaya zamanı dəyişin görsənməsi) ilə; damarlı qişanın yenitörəməsi (həcmli yenitörəmə oftalmoskopiyaya olunur) ilə **differensial diaqnoz** aparılır.

Mərkəzi seroz xorioretinopatiyanın əksər halında (80-90%) **proqnoz** əlverişlidir: xəstəliyin ilk simptomlarının əmələ gəlməsindən keçən 1-6 ay ərzində görmə itiliyinin 0,6-0,7-ə qədər bərpası (baxmayaraq ki, yüngül metamorfopsiya, nisbi skotoma, kontrast həssaslığın dəyişilməsi tez-tez saxlanılır). 40-50% halda residivlərin sayı bir və daha artıq olur. Bu halda görmə funksiyaları üçün proqnoz pisləşir.

Müalicəsi: stasionar şəraitdə aparılır.

• **Qocalıq (senil) makulodistrofiyası.**

Senil makulodistrofiya (makulanın yaşla əlaqədar degenerasiyası və ya qocalıq-involusion makulopatiyası) – yaş 50-dən yuxarı xəstələrdə bir və ya hər iki gözün görmə itiliyinin ciddi itkisinin əsas səbəbidir.

Senil makulodistrofiyanın iki forması: erkən – quru, qeyri-eksudativ və gecikmiş-eksudativ, yaş forması mövcuddur.

Erkən senil makulodistrofiya zamanı piqment epitelinin degenerasiyası olmadan və ya onunla tək və çoxlu bitişmiş, yumşaq və sərt druzlar aşkar olunur.

Gecikmiş senil makulodistrofiyasında eksudativ formada xorioidal neovaskulyarizasiya, piqment epitelinin və neyroepitelin qopması, dissiform atrofiyası; coğrafi atrofiya müşahidə olunur.

A. Erkən senil makulodistrofiyası. Xəstələr görmənin tədricən ağrısız zəifləməsindən şikayətlənirlər, bəzən simptomuz keçir.

Oftalmoskopik olaraq tor qişanın piqment epitelinin alterasiyası ilə və ya onsuz druzlar, hipovə ya hiperpiqmentasiya sahələri qeyd olunur. Druzlar – tor qişanın arxa qütbündə yerləşmiş sarımtıl rəngli degenerasiya ocaqlarıdır. Druzlar heç vaxt patoloji proses nəhiyəsində yerləşən görmə reseptorlarına toxunmurlar. Bu halda onlar görmə funksiyalarının ciddi itkisinin səbəbi ola bilməz. Bəzi xəstələrdə görmə reseptorlarının əhəmiyyətsiz dəyişiklikləri ola bilər ki, bu da görmə itiliyinin azalmasının və ya qarantılığa adaptasiyanın çətinləşməsinin səbəbi hesab olunur.

Mərkəzi və parasentral skotomanın **diaqnostikası** üçün perimetriya, kampimetriya və Amsler torunun köməyilə müayinə aparılır. Oftalmoskopiyaya və arxa biomikroskopiyaya zamanı eksudasiya simptomlarının olmasına xüsusi diqqət verilir.

Differensial diaqnoz tor qişanın miopik degenerasiyası ilə (peripapillyar dəyişikliklər və druzların olmaması); tor qişanın periferik druzları ilə (makula nəhiyəsində druzların olmaması) differensial diaqnoz aparılır.

B. Gecikmiş senil makulodistrofiyası. Xəstələr görmə itiliyinin kəskin zəifləməsindən, mərkəzi və ya parasentral skotomaların olmasından və xətlərin əyilməsindən şikayətlənirlər.

Oftalmoskopik olaraq, tor qişanın piqment epitelinin qopması olmadan subretinal neovaskulyar membran olduqda tor qişanın altında yerləşən boz və ya çirkli-yaşıl rəngində pərdə müəyyən olunur. Bu səviyyədə də qansızmalar, ekssudat, piqment halqası, subretinal fibroz aşkar olunur. Tor qişaya, şüşəvari cismə qansızmalar mümkündür. Tor qişanın piqment epitelinin qopması zamanı oftalmoskopik olaraq tor qişə və piqment epitelinin tor qişə səviyyəsindən bir qədər qalxmış məhdud sahəsi müəyyən olunur.

Əlavə müayinə üsulları kimi Amsler torundan, perimetriya və kampimetriyadan istifadə olunur. Subretinal neovaskulyar membranın olmasına şübhə olduqda flüoresent angiografiya aparılır. Flüoresent angiografiyada erkən fazada tor qişanın xarici qatında və ya tor qişanın piqment epitelinin altında krujeva şəklində çoxlu xırda kapillyarlar aşkar olunur. Sızma hesabına orta və gecikmiş fazalarda bu damarların sərhədləri tutunlaşır, qarışır.

Kobud çapıq dəyişikliklərində və görmə funksiyalarının yaxşılaşması baxımından ümidsizlik gözləniləndə flüoresent angiografiya təyin olunmur.

Differensial diaqnoz yüksək dərəcəli miopiya ilə (yüksək dərəcəli miopiya refraksiyası, görmə siniri diskinin xarakter dəyişiklikləri, "minimal çatlar"); angioid zolaqlarla (görmə siniri diskindən radial aralanır, subretinal yerləşir, boz və ya qırmızı-qəhvəyi rəngdə olur); damarlı qişanın travmatik cırığı ilə (proses, başlıca olaraq birtərəfli olur, anamnezdə zədə); damarlı qişanın şişi ilə; iltihabi xorioretinal proseslə; görmə siniri druzları ilə aparılır.

Əgər subretinal neovaskulyar membran ikinci gözdə inkişaf edərsə, xəstə çox vaxt kor olur. Ancaq əgər subretinal neovaskulyar membran ikinci gözdə inkişaf etmərsə, druzların olmasına və tor qişanın piqment epitelinin alterasiyasına baxmayaraq onun orta görmə itiliyi 0,5-0,6 qalır və ya 5 illik dövrdə yaxşılaşır.

Müalicəsi ambulator aparılır.

• **Angioid zolaqlar.** Daha çox simptomsuz gedişə malik olur. Xəstələr subretinal xorioidal neovaskulyarizasiyanın əmələ gəlməsi zamanı görmə funksiyalarının zəifləməsindən şikayətlənirlər.

Oftalmoskopiya zamanı görmə siniri diskindən aralanan və tor qişada dərində yerləşən qırmızı-qəhvəyi, tünd-qırmızı və ya boz zolaqlar ikitərəfli müəyyən olunur. Onlar kalsinasiyaya uğramış və qalınlaşmış Brux membranında çat və qüsurlardan ibarətdir. Göz dibi "portağal qabığı" xatırladır, subretinal qansızmalar, makulyar zonada piqmentin alterasiyası, orta periferiya sahəsində xırda ağ xorioretinal çapıqlar, görmə siniri diski druzları mümkündür.

Flüoresent angiografiyanın erkən mərhələlərində zolaqlar hiperflüoresent kimi görünür. Belə ki, tor qişanın piqment epitelə angioid zolaqlar nəhiyəsində nazılmış olur (pəncərə qüsuru). Brux membranası qüsurunun digər hallarında subretinal xorioidal neovaskulyarizasiya və onun da nəticəsi olaraq makula nəhiyəsində tor qişanın ekssudativ qopması və mərkəzi görmə itiliyinin itməsi inkişaf edə bilər.

50% halda xəstəlik sistem xəstəliklərlə (Pseudoxanthoma elasticum və ya Grenblad-Strandberq sindromu, Paget xəstəliyi, oraqvari hüceyrəli anemiya, Ehlers-Danlos sind-

romu), qalan hallarda – idiopatik etiologiya ilə əlaqədar olur.

Görmə funksiyası cəhətdən angioid zolaqlarının daha ciddi ağırlaşması – subretinal neovaskulyar membranın inkişafıdır. Subretinal neovaskulyar membranın aşkırı üçün 6 ayda 1 dəfədən az olmayaraq göz dibinin oftalmoskopiyası aparılır.

Differensial diaqnoz yüksək dərəcəli ağırlaşmış miopiya ilə (yüksək miopiya refraksiyası, görmə siniri diskinin miopik dəyişiklikləri, makulada degenerasiya ocaqları); damarlı qişanın cırığı ilə (göz almasının zədəsi nəticəsində sarımtıl-ağ zolaqlar meydana gəlir) aparılır.

Müalicəsi ambulator aparılır.

• **Fasadlaşmış yüksək dərəcəli miopiya** – gözün ön-axsa oxunun əhəmiyyətli patoloji uzanması ilə (32,5 mm və artıq) şərtlənmiş, refraksiyası, adətən, 6,0-8,0 dioptriya və ya artıq olan, tor qişada degenerativ dəyişikliklərlə müşayiət olunan xəstəlikdir.

Xəstələr, xüsusən, 30 yaşdan sonra görmənin tədricən zəifləməsindən şikayətlənirlər.

Oftalmoskopik olaraq miopik stafiloma, makulyar zonada piqmentin yenidən paylanması, Fuks ocağı – öz-özünə sorula bilən təcrid olunmuş subretinal qansızmalar, görmə siniri diskinin gicgah tərəfdən avazıması, arxa stafiloma, tor qişanın periferiyasında nazılmış və dəşiklərin formalaşması, tor qişanın piqment epitelinin və damarlı qişanın atrofiyası, kirpikli cismin uzanması və atrofiyası qeyd olunur. Bəzən subretinal neovaskulyar membran və gözdaxili təzyiqin artması müəyyən olunur.

Xəstənin müayinəsi zamanı subyektiv və obyektiv olaraq onun refraksiyası təyin olunur, gözdaxili təzyiq ölçülür, gen bəbəkə də arxa biomikroskopiya və oftalmoskopiya aparılır, görmə sahəsi ölçülür; subretinal neovaskulyar membrana şübhə olduqda – flüoresent angiografiya, ultrəsəs müayinəsi aparılır.

Differensial diaqnoz senil makulodistrofiyası ilə (oftalmoskopiya zamanı druzlar müəyyən olunur, görmə siniri diskinin miopik dəyişiklikləri olmur); gözün histoplazmozu ilə (piqment halqası görmə siniri diskinin peripapillyar distrofiya zonasından ayrılır, ancaq miopiya da isə piqment halqası atrofiya zonasını tor qişadan ayırır); görmə siniri diskinin çəpinə yerləşməsi ilə (xorioretinal degenerasiyanın olmaması) aparılır.

Yeni damarların xorioidal törəməsi mioplarda oxunun uzunluğu 26,5 mm-dən çox olan gözlərdə 5-10% halda əksər vaxt arxa qütbədə geniş yayılmış xorioretinal degenerasiya ilə birlikdə inkişaf edə bilər. Ağırlaşma kimi, tor qişanın qopması, hissəvi və ya tam hemoftalm, birincili açıqbucaqlı qlaukoma simptomları ilə gözdaxili təzyiqin qalxması mümkündür.

Müalicəsi ambulator və stasionar aparılır.

• **Makulanın idiopatik kistəsi və makulanın dəliyi** (yırtığı). Makulanın idiopatik kistələri və yırtıqları, başlıca olaraq, 60-80 yaşlı qadınlarda rast gəlinir. Xəstələr makulanın tam yırtığında görmənin 0,1-ə qədər azalması kimi şikayətlər söyləyirlər. Bəzən sürətin təhrif olunması (pozulması) müşahidə olunur.

Makula yırtığının formalaşması vitreomakulyar traksiya ilə əlaqədar ola bilər və ya makulanın kistoz ödeminin və ya zədənin nəticəsi hesab oluna bilər. Gəss tərəfindən təklif olunan makula yırtığının inkişaf mərhələlərinin təsnifatı biomikroskopiya nəticələrinin izahında olduqca əhəmiyyətlidir.

İlk mərhələdə (makula yırtığı təhlükəsi), ehtimal ki, şüşəvari cisim membranının lö-

kal yıqılması nəticəsində foveolyar qopma baş verir və görmə itiliyinin nisbətən yüngül zəifləməsinin səbəbi hesab olunur. Oftalmoskopik olaraq birinci mərhələ sarı ləkə və ya balaca sarı halqa kimi müəyyən olunur. Makula dəliyinin ikinci mərhələsi makulanın mərkəzi və ya periferik tam dəliyinə uyğun gəlir (<400 mikron) və görmə itiliyinin sonrakı itkisi ilə müşayiət olunur. Üçüncü mərhələ böyük ölçüdə (> 400 mikron) makula dəliyidir. Şüşəvari cismin arxa membranından balaca örtük əmələ gəlir ki, o da makula dəliyinin üzərini örtür. Dördüncü mərhələdə şüşəvari cismin arxa membranının tam ayrılması makulanın böyük (> 400 mikron) dəliyi ilə eyni zamanda baş verir. Beləliklə, oftalmoskopiya zamanı makulanın mərkəzində 1/3 görmə siniri diski ölçüsündən 2/3 disk ölçüsünə qədər, boz parıltı (oreol – tor qişanın kənarı qopması) ilə əhatə olunmuş dairəvi qırmızı ləkə müəyyən olunur. Makulanın idiopatik cırığı təhlükəsi olduqda normal foveolyar depressiyasının pozulması yaranır və çox vaxt makulanın mərkəzində sarı ləkə və ya halqa əmələ gəlir.

Differensial diaqnoz makulanın бүküşü ilə (tor qişanın səthində membranın olması makula dəliyi kimi görsənə bilər) aparılır.

Ağırlaşma kimi, tor qişanın qopmasının inkişafı mümkündür.

Müalicəsi və müayinəsi ambulator və stasionar aparılır.

- **Preretinal fibroz** nadir halda ikitərəfli olur (5%-ə yaxın), başlıca olaraq orta və ahi yaşlarda başlayır.

Tor qişanın zədələnməsi makula nahiyəsində tor qişə səthində nazik parlaq membran əmələ gəlməsindən (sellofan makulopatiyası) tutmuş qalın bozuntlu-ağ membranın (makulyar бүküş) formalaşmasına qədər ola bilər.

A. Sellofan makulopatiyasında xəstələr görmənin əhəmiyyətsiz zəifləməsindən və metamorfopsiyadan şikayətlənirlər, ancaq çox vaxt gedişi simptomuz olur.

Nazik preretinal membran qeyri-düzgün oftalmoskopiya zamanı linzanı yuxarıya və aşağıya hərəkət etdirdikdə daha yaxşı görsənir. Bu zaman makula nahiyəsində sellofanın parılmasına oxşar parıltı əmələ gəlir. Zaman keçdikcə membran bərkiiyir, yuxarı-gicgah və aşağı-gicgah arkadın damarları qıvrımlaşır. Əksər halda şüşəvari cismin arxa qopması diaqnozu qoyulur.

B. Makulanın бүküşü metamorfopsiyanı, görmə itiliyinin 0,3-ə qədər enməsinə törədir.

Oftalmoskopiya zamanı membran radial ayrılan tor qişə бүküşləri, tor qişə damarlarının yerini dəyişməsi və düzlənməsi qeyd olunur.

Sellofan makulopatiyası mərhələsindəkinə nisbətən membran daha bərk olduğundan damarların bir hissəsi müəyyən olunmaya bilər. Ödem, makulanın qopması baş verir. Makulyar zonadakı girdə tünd epiretinal membran makuladakı dəlik kimi görsənə bilər.

Şüşəvari cismin arxa hissəvi qopması nəticəsində makulanın ikincili kistoz ödəmi olan xəstələrdə daha əlverişsiz proqnoz gözlənilir. Ancaq xəstələrin əksəriyyətində görmə funksiyalarının vəziyyəti kifayət qədər sabit qalır.

Tor qişanın irsi distrofiyaları.

- **Piqmentli retinit** – görmə sahəsinin progressiv daralması və gecə korluğu (hemeralopiya), görmə itiliyinin tədricən zəifləməsi ilə xarakterizə olunan tor qişanın genetik

heterogen qrup xəstəliyidir.

Piqmentli retinitin təsnifatı ənənəvi olaraq irsiliyin tipi ilə əlaqədardır. Bu xəstəlik autosom-dominant, autosom-recessiv, eləcə də sadə (ailənin yalnız bir üzvündə, məsələn, dominant mutasiyaya görə) ola bilər.

Autosom-dominant piqmentli retinit autosom-recessiv piqmentli retinitə nisbətən daha gecikmiş başlanğıca malikdir. Autosom-recessiv piqmentli retinit daha erkən başlanğıca və ağır gedişə malikdir. Xəstəliyin bu irsiyyət tipi ilə olan xəstələrin əksəriyyəti 30 yaşda kliniki kor olurlar.

Xəstələr zəif işıqlandırılmış yerdə görmə funksiyalarının zəifləməsindən, görmə sahəsinin daralmasından **şikayətlənirlər**.

Oftalmoskopik müayinə piqmentin “sümük çıxıntıları” şəklində tor qişanın periferiyası boyunca yayılması, tor qişanın piqment epitelinin depiqmentasiyası və ya atrofiyası ocaqları, arteriyaların daralması müşahidə edilir. Gec mərhələlərdə, xəstəliyin sonuna yaxın görmə siniri diski mumabənzər sarımtıraq rəng alır, atroflaşır, foveolyar refleks itir, makulanın kistoz ödəmi baş verir. Bəzən şüşəvari cisimdə hüceyrələr, epiretinal membran və arxa subkapsulyar katarakt müəyyən olunur. Xəstələrin əksəriyyətində büllurun bulanması az dərəcədə olur və görmə funksiyalarının zəifləməsinin səbəbi hesab olunur.

Erkən mərhələlərdə perimetriya apardıqda periferik skotomalar təyin olunur ki, sonradan birləşərək halqəşəkilli skotomaya çevrilirlər. Sonuncu tədricən genişlənərək mərkəzdə kiçik tunnel qalır. Görmə sahəsinin daralması hər iki gözdə simmetrik inkişaf edir. Piqmentli retinit olan xəstələrin əksəriyyəti yalnız görmə sahəsinin itməsinə (fiksasiya nöqtəsindən 20°-dən az) əsasən, mərkəzi görmənin nisbətən yüksək olmasına baxmayaraq, praktiki olaraq kor olurlar.

Elektroretinoqrafiyanın aparılması gedişin ağırlığını qiymətləndirməyə, eləcə də tor qişanın degenerasiyası, diffuz uveit, sifilitik xorioretinit və s. ilə müşayiət olunan belə qazanılma xəstəlikləri kənar etməyə imkan verir.

Elektroretinoqrafiya daha erkən vaxtlarda, o cümlədən, südümər və erkən uşaqlıq dövüründə piqmentli retinit diaqnozunu qoymağa imkan verir.

Xəstəliyin gedişində mərkəzi görmənin və rəng görməsinin pozulması qeyd olunur.

Differensial diaqnoz sifilitik xorioretinitlə (müsbət Vasserman reaksiyası, görmə sahəsindəki dəyişikliklərin asimmetrik olması, ailədə xəstələnmə hallarının olmaması, elektroretinoqrafiyanın xarakter dəyişikliklərinin olmaması); anadangəlmə stasionar hemeralopiya ilə (görmə sahəsi dəyişiksiz, vəziyyəti sabit); A vitamini çatışmazlığı ilə (kəskin ifadə olunmuş hemeralopiya, tor qişanın periferiyasında çoxlu ağımtıl-sarı ocaqlar, kseroftalmiya, konyunktivada ağ Bitot ləkələrinin olması); spiralvari atrofiya ilə (qanda, sidikdə, ön kamera mayesində və onurğa beyni mayesində ornitinin kəskin yüksək miqdarı, ağ-sarımtıl rəngdə distrofiya ocaqları, bu ocaqlar nazik piqment zolağı ilə hüdüdlənmişdir) aparılır.

Proqnoz əlverişsizdir. Bütün xəstələr genetik müayinədən keçirlər.

Müalicəsi sistematik olaraq ambulator və stasionar aparılır.

- **Şadqartın makulyar distrofiyası** (*Fundus Flavimaculatus*) irsi xəstəlik hesab olunur. Əksər halda autosom-recessiv tip üzrə nəslə ötürülür və tor qişanın piqment epitelini səviyyəsində “balıq quyruğu” formasında olan ağımtıl-sarı və ya sarımtıl rəngdə

ocaqçılar ilə səciyyəli. Əgər bu ocaqçılar bütünlüklə göz dibinə yayılıbsa, bu vəziyyət Fundus flavimaculatus kimi tanınır. Əgər ocaqçıların yayılması arxa qütblə məhdudlaşıbsa, Ştadqartın makulyar distrofiyası adlanır.

Xəstələr uşaqlıqda və erkən yeniyetmə dövründə görmənin ikitərəfli zəifləməsindən **şikayətlənirlər**. Göz dibinin şəkli görmə funksiyalarının vəziyyətinə həmişə uyğun gəlir. Bir sıra halda ilk on il ərzində xəstə görmənin əhəmiyyətli zəifləməsini qeyd edə bilər, ancaq oftalmoskopiyada kənarçıxmalar minimal olacaq (tor qişanın pigment epitelinin hiperpigmentasiyası).

Ağmtıl-sarı və ya sarımtıl xal-xal və ya "balıq quyruğu" formasında ocaqçılar bir qədər gec makulyar və paramakulyar zonada oftalmoskopiya olunur. Bir sıra hallarda coğrafi atrofiya sahələri böyüyür, birləşir, ancaq mərkəzdə tor qişanın pigment epitel saxlanması makula "öküz gözü" görkəmini yaxud hiperpigmentasiya sahələri və kəskin coğrafi atrofiya sahələri olduqda isə "əyilmiş metal" görkəmini alır. Bəzi hallarda xəstələr orta yaşa qədər səciyyəvi oftalmoskopik simptomlara malik olmaya bilərlər. Bəzən xəstələrdə tor qişanın başlıca olaraq yalnız periferiyasında və az miqdarda paramakulyar zonasında olan ocaqlar (Fundus flavimaculatus) qeyd olunur. Belə hallarda görmə sahəsinin dəyişiklikləri və kolbacıq-çubuqcuq distrofiyasına oxşar elektoretinoqrafiya şəkli xasdır.

Differensial diaqnoz kolbacıqların distrofiyası və ya kolbacıq-çubuqcuq distrofiyası ilə (makulanın oftalmoskopik şəkli "öküz gözü" görünüşünə malik olur, eləcə də karakter elektoretinoqrafiya və rəng görməsinin dəyişiklikləri); senil makulodistrofiya ilə (flüoresent angiografiyada bütün druzlar hiperflüoresesentdir); Fundus albi punctatis ilə (göz dibinin orta periferiyasında diffuz, ağ xırda tərəmələr, anadangəlmə progressivləşməyən hemeralopiya, makuladakı dəyişikliklərin olmaması) aparılır.

Proqnoz əlverişsizdir. Xəstəlik 8 yaşdan 16 yaşa qədər adamlarda olur, adətən, həyatın 20-25-ci ilində görmə şikəstliyinə gətirib çıxarır. Ştadqartın makulyar distrofiyası olan xəstələrdə görmə itiliyi bir gözdə uzağı 0,2-0,3 səviyyəsində adətən saxlanılır.

Müalicəsi ambulator və stasionar aparılır.

• **Kolbacıqların distrofiyası.** Xəstələr görmənin tədricən zəifləməsindən, işıqdan qorxmadan və rəng görməsinin zəifləməsindən **şikayətlənirlər**.

Erkən mərhələlərdə hətta görmə funksiyaları aşkar zəiflədikdə belə, oftalmoskopiya zamanı göz dibi dəyişiksiz olur. Elektoretinoqrafiya kolbacıqların funksiyasının zəifləməsini göstərir. Daha gec mərhələlərdə oftalmoskopiya zamanı makula "öküz gözü" şəklini alır və ya tor qişanın pigment epitelinin və xoriokapillyarların mərkəzi coğrafi atrofiyası, görmə siniri diskinin avazıması müəyyən olunur. Eləcə də rəng duyğusunun müxtəlif dərəcələrdə pozulması, görmənin ala-toranlıqda və gecələr yaxşılaşması xarakterlidir.

Bir sıra hallarda çubuqcuqların degenerasiyası ilə bircə rast gəlinir. Perimetriyanın (görmə sahəsinin daralması, halqəşəkilli skotomanın əmələ gəlməsi) və elektoretinoqrafiyanın nəticələri çubuqcuqların degenerasiyasını göstərir. Bu vəziyyət kolbacıq-çubuqcuq distrofiyası adlanır. Bu halda oftalmoskopiya zamanı pigmentli retinitə oxşar "sümük çıxıntılar" da tez-tez müəyyən olunur. Xəstələr zəif mərkəzi görmə ilə yanaşı hemeralopiyadan, rənglərin çətin seçilməsindən **şikayətlənirlər**.

Differensial diaqnoz Ştadqartın makulyar distrofiyası ilə (mərkəzi görmənin ikitərəfli kəskin zəifləməsi göz dibindəki dəyişikliklərdən qabaq olur, hemeralopiya-

nın olmaması, makulyar zonada sarı degenerasiya ocaqları, erkən mərhələdə elektoretinoqrafiya normal olur); senil makulodistrofiya ilə (normal ERQ və rəng görməsi); pigmentli retinitlə (birinci simptom – hemeralopiya, görmə sahəsinin daralması, periferiya boyunca "sümük çıxıntılar", ERQ-nin xarakter əlamətləri, qararığa adaptasiya müayinəsindən nəticələri) aparılır.

Proqnoz əlverişsizdir.

Müalicəsi ambulator və stasionar şərəitdə aparılır.

• **Xorioiddermiya** – bu, xorioideyanın yayılmış periferik distrofiyasıdır. Resessiv ötürülür. Kişilər xəstələndir, qadınlar – simptomuz daşıyıcıdırlar.

4-5 yaşda xəstələrin ilk şikayətləri hemeralopiyadandır. Daha gec mərhələlərdə nəzərə çarpmadan periferik görmənin itkisi progressivləşir, mərkəzi görmə pisləşir.

Oftalmoskopiya zamanı kişilərdə göz dibinə səpələnmiş pigment qranulları, damarlı qişanın atrofiyası müəyyən edilir. Makula dəyişiksizdir, oftalmoskopiya zamanı göz dibinin açıq fonda olmasına baxmayaraq damarlar pis görsənir. Göz dibi refleksi dəyişir: çəhrayı əvəzinə sarımtıl-ağ olur.

Qadınlarda – atrofiyalaşmış damarlı qişanın üstündə xırda, dağınıq, kvadrat intraretinal pigment qranullar müşahidə olunur.

Xəstəliyin gec mərhələlərdə tor qişası arteriollarının daralması və görmə siniri diskinin atrofiyası, görmə sahəsinin daralması qeyd olunur. Rəngli görmə normaldır. Elektoretinoqrammada dəyişikliklər əmələ gəlir.

Əlavə müayinə üsulları: perimetriya, rəng görməsinin müayinəsi, elektoretinoqrafiya, flüoresent angiografiyası.

Differensial diaqnoz pigmentli retinitlə (damarlı qişanın atrofiyası yoxdur, "sümük çıxıntılar" şəklində pigmentin toplanması əmələ gələ bilər); spiralşəkilli atrofiya ilə (tor qişanın pigment epitelinin tsbağayabənər zədələnmə ocaqları və xorioidal kapillyarların atrofiyası, arxa subkapsulyar katarakta, astigmatizm və yüksək dərəcəli miopiya); albinizm ilə (tor qişanın pigment epitelinin cəmlənməsi olmadan açıq rəngli göz dibi; oftalmoskopiya zamanı xorioidal damarlar yaxşı görsənir. Qüzhəli qişanın transillüminasiyası defekti var, foveolyar refleks olmur) aparılır.

Proqnoz əlverişsizdir.

• **Best distrofiyası.** Xəstələr görmənin zəifləməsindən **şikayətlənirlər**. Bəzən xəstəliyin gedişi simptomuz olur. İrsiyyətin tipi autosom-dominantdır. Xəstəliyin daşıyıcılarında göz dibi normal olur, ancaq elektrookuloqrammada dəyişikliklər qeyd olunur.

Oftalmoskopiya yumurta sarısını və ya bəzi hallarda psevdohipopionu xatırladan sarı dairəvi subretinal ocaqlar müəyyən olunur. Proses, başlıca olaraq ikitərəfli olub, mərkəzi çuxurcuqda yerləşir. Ocağın ölçüsü 1-2 görmə siniri diski ölçüsündə olur. Ocaq sarı möhtəviyyətli dolu kista kimi təsvir edilir. Bəzən ocaq ağ olub, mielin liflərini xatırladır və konarları diş-diş edilmiş kimi görsənir. 10% halda ocaqlar rəngli göz dibi; foveolanın hüdüdlərindən xaricdə yerləşir. Zədələnməsi olmadan açıq rəngli göz dibi; oftalmoskopiya zamanı xorioidal neovaskulyarizasiyasının əmələ gəlməsi, qansızmalar və çapıqlar aşkar olunur. Çapıqlaşma mərhələsində bu xəstəliyi senil makulodistrofiyadan fərqləndirmək mümkün olmur.

Normal elektoretinoqramma və patoloji elektrookuloqramma qeyd olunur. Xorioi-

dal neovaskulyar membranın lokalizasiyasını dəqiqləşdirmək üçün flüoresent angioqrafiyanın aparılması vacibdir.

Differensial diaqnoz tor qişanın kistası, senil makulodistrofiya ilə aparılır.

Proses, başlıca olaraq, stasionar olur, progressivləşmə proqnozu ağırlaşdırır.

- **Makulanın kolloid distrofiyası** (*Doymun' kolloid distrofiyası, şanı retinit*). Autosom-dominant tip üzrə irsən ötürülür.

Makuladakı dəyişikliklər 20-25 yaşda meydana çıxır, ancaq uzun müddət simptomuz keçir. Xəstələr görmə funksiyalarının zəifləməsinə, adətən 45-50 yaşda qeyd edirlər. Xəstəliyin **kliniki təzahürü** dəyişkən hesab olunur: bir neçə iri, poliqonal formalı, kobud, sıx yerləşmiş druzlardan tutmuş çoxlu sayda nöqtəvari druzlara qədər (kutikulyar) dəyişir. Göz dibinin vəziyyəti ilə görmə itiliyi arasında kəskin uyğunsuzluq ola bilər. Belə ki, druzlar parafoveolyar yerləşdiklərindən mərkəzi görmə yüksək olur.

Flüoresent angioqrafiya çox vaxt daha iri druzları və tor qişanın piqment epitelinin dəyişikliklərini oftalmoskopiyada təyin olunandan yaxşı göstərir, ancaq elektoretinoqramma və elektrookuloqramma adətən normal olur.

Differensial diaqnoz senil makulodistrofiya ilə aparılır.

Proqnoz kifayət qədər makulanın kolloid distrofiyası olan xəstələr makulyar zonanın yaşla əlaqədar dəyişikliklərinin böyük riskinə malik olurlar.

İri druzlar bəzən birləşərək tor qişanın mərkəzi hissələrində böyük kista əmələ gətirir. Kistanın divarı dağılına qədər görmə yüksək qalır. Kistanın divarı dağılından sonra kobud çapıqlaşmaya və görmə funksiyalarının kəskin zəifləməsinə gətirib çıxarır.

- **Koats xəstəliyi** (*retinal teleangiektaziya*) – teleangiektaziyanın ən ağır formasıdır. Xəstəlik həmişə birtərəfli olur, oğlanlarda (85%) qızlara nisbətən tez-tez rast gəlinir. Daha çox həyatın ilk dekadasında diaqnoz qoyulur: göz dibinin ağ refleksi (leykokeriya), strabizm və görmə funksiyalarının zəifləməsi qeyd olunur.

Oftalmoskopik olaraq erkən mərhələlərdə intra- və subretinal sarımtıl eksudat sahələri müəyyən olunur ki, onlara da tez-tez damar anomaliyaları, damar teleangiektaziyalı, venaların genəlməsi və qıvrımlığı, kapillyarların milvəri genişlənməsi və mikroanevrizmalarla birlikdə təsadüf edilir. Tez-tez tor qişanın eksudativ qopması və flüoresent angioqrafiyada kapillyar perfuziyanın olmadığı sahələr müşahidə edilir.

Massiv subretinal eksudatın, tor qişanın eksudativ qopması, retrolental kütələ, ikincili katarakta, qüzhəli qişanın rubeozu, uveit və ikincili qlaukomanın diaqnostikası hallarına rast gəlinir. Tor qişanın bu vəziyyəti irsi hesab olunmur və sistemli damar kənarı çıxmaları ilə əlaqədar olur. Ancaq piqmentli retiniti olan xəstələrin 3%-i Koats xəstəliyinə oxşar dəyişikliklərə və tor qişanın eksudativ qopmasına malikdirlər.

Xəstəliyin daha ağır gedişi yaşı 4-dən az olan xəstələrdə qeyd olunur. Onlarda tor qişanın massiv eksudativ qopması retinoblastomanı modelləşdirə bilər.

Differensial diaqnoz retinoblastoma, eksudativ vitreoretinopatiya, facioscapulohumeral əzələ distrofiyası, yenidoğulmuşların retinopatiyası, tor qişanın mərkəzi venası şaxələrinin okklyuziyası, yukstafoveolyar retinal teleangiektaziya və şüa retinopatiyası ilə aparılır.

- **Retinozisiz** (*tor qişanın laylara ayrılması*) iki formada: gənclik və senil formalarda rast gəlinir.

A. Gənclik retinozisizi.

Xəstələr görmənin zəifləməsindən (əksər vaxt şüşəvari cismə qansızma nəticəsində) şikayətlənirlər. Xəstəlik simptomuz da keçə bilər. Xəstəlik anadangəlmə xarakter daşıyır, ancaq həyatın daha gec dövrlərində aşkar oluna bilər. Bir sıra hallarda ağırlaşmış ailə anamnezini müəyyən etməyə müvəffəq olunur.

Tor qişanın laylara ayrılması sinir lifləri qatı səviyyəsində baş verir, aşağı-bayır şübadə başlayır və uzağa yayılır. Oftalmoskopiyada əla təəssürat yaranır ki, sanki damarlar şüşəvari cisimdə «sallanırlar». Göz dibinin dəyişiklikləri ikitərəfidir. Oftalmoskopiyada foveolanın mərkəzindən radial yayılan tor qişə bükükləri ilə (gül ləçəyi şəklində) mərkəzi çuxurcuğun kistoz dəyişiklikləri müəyyən oluna bilər. Bu da görmənin 0,3-ə qədər zəifləməsinə gətirib çıxarır. Makulanın kistoz ödemindən fərqli olaraq, onlar flüoresent angioqrafiyada rənglənmirlər.

Retinozisiz dişli xəttə yayılır. Eləcə də tor qişanın qopması, şüşəvari cismə qansızma, piqmentli retinitə oxşar piqment degenerasiyası meydana gələ bilər (şək.43).

Görmə sahəsinin müayinəsi zamanı görmə sahəsinin seqment şəklində itməsi, sonra isə konsentrik daralma müəyyən olunur.

Differensial diaqnoz senil retinozisizlə; tor qişanın reqmatogen qopması ilə (proses qazanılmıdır, əksər halda birtərəfli olur, dişli kənarə yayılır) aparılır.

B. Senil retinozisiz.

Gedişi çox vaxt simptomuz keçir, bəzi hallarda görmənin zəifləməsi müşahidə olunur.

Oftalmoskopiyada çox vaxt tor qişanın ikitərəfli qatlara ayrılması aşkar olunur ki, bu da tor qişə damarlarının ətrafında muftanın əmələ gəlməsi, tor qişanın laylara ayrılması nəticəsində yaranan boşluğun bir qədər qalxmış daxili səthində «qar dənəciyi» və ya «qırov»un əmələ gəlməsi (gənclik retinozisizindən fərqli olaraq qatlara ayrılma xarici kələf qatı səviyyəsində baş verir) ilə müşayiət olunur. Boşluq hamar səthə malik künbəz şəklindədir və çox vaxt gicgah tərəfdən aşağı-gicgah kvadrantında müəyyən olunur. Eləcə də dişli kənarın yaxınlığında kistoz degenerasiya, hipermetropiyanın olması, şüşəvari cisimdə qansızmanın və piqmentləşmiş hüceyrələrin olmaması müşahidə olunur. Bəzən proses tor qişanın reqmatogen qopması ilə müşayiət olunur.

Görmə sahəsinin müayinəsi zamanı mütləq skotoma aşkar olunur.

Differensial diaqnoz tor qişanın reqmatogen qopması ilə (səth hamar olmur, bütülmüş görkəmə malik olur, göz almasının hərəkəti zamanı retinozisizdəkinə nisbətən daha hərəkətlidir; tor qişə damarları mufta şəklində olmur, «qar dənəciyi» və «qırov» olmur; tor qişada tək-tək və ya bir neçə cırıq var, piqmentləşmiş hüceyrələr və şüşəvari cismə qansızmalar qeyd olunur. Görmə sahəsinin müayinəsi zamanı nisbi skotoma müşahidə olunur); gənclik retinozisizi ilə aparılır.

Tor qişanın iltihabi xəstəlikləri.

- **Vərəm retinit.** Görmə siniri diski ilə makulyar zona arasında tor qişanın damar dəstəsinin gedişi boyunca və ya ekvatorial hissədə vərəm ocaqları meydana çıxır. Prosesin belə lokalizasiyası onunla şərtlənmişdir ki, göz almasına xorioideyanı formalaşdıran qısa siliar arteriyaların daxil olduğu yerdə və ya bu damarların son şaxələndiyi və onlarda qan cərəyanının zəiflədiyi yerdə (gözün ekvatoru nahiyəsi) infeksiyon metastaz tez-tez çökür.

Xəstələr foto- və metamorfopsiyadan, görmə itiliyinin zəifləməsindən və görmə sahəsində skotomaların əmələ gəlməsindən **şikayətlənirlər**.

Oftalmoskopiya zamanı tor qişanı özünə tərəf qaldıran, birləşməyə meyilli olmayan, onun toxumasının ödəmi ilə üstü örtülən ağ-sarı rəngli qeyri-aydın ocaqları görmək olar.

2-3 həftədən sonra, proses geriyyə inkişaf etdikcə, ocaqlar sorulur, yastılaşır və öz görkəmini dəyişir. Göstərilən klinik formaya patognomonik olan periferiya boyunca ocağın piqmentasiyası əlamətləri əmələ gəlir. Bununla belə, ocaq alabəzək görkəm alır. Özünəməxsus infiltrasiya xorioideyanı hissəvi dağdır, ona görə də ocaqda ağ sahə şəklində sklera görsənməyə başlayır. Retinitə residivlər xasdır. Bu, yalnız infeksiyon agentini yeni disseminasiyası ilə deyil, eləcə də tam sağalmamış prosesin reaktivasiyası ilə əlaqədardır.

Bitmiş proses biomikrooftalmoskopiya zamanı xorioideyanın nazımləsi, tor qişanın optik kəsiyinin qliya pərdəsi, sklera və piqmentlə bitişik olması ilə səciyyələnilir. Ocaq zonasında xorioideyanın damarları obliterasiyaya uğrayır, tor qişanın damarları daralmış olur. Əgər iltihab qurtarmayıbsa, tor qişanın optik kəsiyinin qalınlaşması və bulanması, boz-sarı rəngli ocağın olması, toxumanın aydın piqmentasiyasının olmaması, şüşəvari cismin yanaşı şəbələrini buludvari bulanması müşahidə olunur.

Vərəm məənşəli retinitlərlə arasında lensin xəstəliyinin kliniki forması özünəməxsusluğu ilə fərqlənir ki, burada metastatik qranulyoma görmə siniri diskinin ətrafında yerləşir. Görmə siniri ətrafında tor qişanın qalınlığının əhəmiyyətli artması ağ görünən, pambığabənzər, görmə siniri diskinin və tor qişanın damar dəstəsini örtərək, prominensiyaya edən ocağın ödəminə gətirib çıxarır. Görmə siniri diskinin sinir liflərinin prosesə ardıcıl cəlb olunması zamanı görmə siniri diskinin ödəmi, sərhədlərinin pozulması və görmə sahəsində skotomanın əmələ gəlməsi ilə müşayiət olunan optik papillit və nevrinin klinik şəklində inkişaf edir. Tor qişanın ödəmi sorulduqca onun altında yerləşən ətrafında tipik piqmentasiyası olan xoriooidal ocaq görsənir.

Ağırlaşmaları: əgər proses ekssudativ və ya hemorragik formalarda gedirsə, tor qişanın ekssudativ qopmasının inkişafı mümkündür. Birinciden fərqli olaraq qopma, adətən, ikitərəfli, yastı və tırm (gərilmiş) olur, tor qişanın bükümləri və cırıqları olur. Biomikrooftalmoskopiya zamanı iltihab ocağını örtən tam şəffaf olmayan subretinal ocaq aşkar olunur. Bu və ya digər gözün dibində köhnə xorioretinal ocaqların olması və spesifik vərəmə qarşı terapiya fonunda qopmanın müsbət dinamikası diaqnostikaya kömək edir.

Differensial diaqnoz toksoplazmozla, sifilitik xorioretinitlə, sarkoidozla, Foqht-Koyanagi-Xarad sindromu ilə aparılır.

Proqnoz: tor qişanın və görmə sinirinin prosesə cəlb olunması xəstəliyinin funksional nəticəsində özünü göstərir – görmə sahəsində, adətən, skotoma qalır.

• **Revmatik retinovaskulit.** Rəvmatik retinovaskulitlər tor qişanın arteriyalarını olduğu kimi, venalarını da zədələyir. Rəvmatizmin yüksək aktivliyi zamanı çoxlu miqdarda damarlar zədələnilir ki, nəticədə panvaskulit şəklində əmələ gəlir.

Xəstələrin şikayəti və görmənin zəiflik dərəcəsi prosesin lokalizasiyasından və ifadə olunma dərəcəsindən asılıdır. Erkən mərhələlərdə görmə funksiyaları pozulmur, ancaq vaxt ötdükcə görmə sahəsinin qeyri-bərabər konsentrik daralması, skotomalar, metamorfopsiyalar əmələ gəlir, sonra görmə itiliyi zəifləyir.

Tor qişanın mərkəzi ekssudativ vaskulitinin məhdud xarakter daşdığı subklinik gediş mümkündür. Bu, xəstənin müayinəsində təsadüfi tapıntı hesab olunur. Adətən, II-IV sıra damarları manjet şəklində əhatə edən bozuntul-ağ muftaların ayrı-ayrı yerlərdə əmələ gəlməsi ilə ekssudativ perivaskulitlər müşahidə olunur. Damar divarının belə dəyişiklikləri revmatik qranulyomaların inkişafı ilə şərtlənmişdir. Yüksək ekssudasiya və infiltrasiya gedən yerlərdə damarlar tor qişanın dəyişilmiş ödəmli toxumasında itir, damar dəstəsi boyunca zolaqlı ödem, qansızmalar, ayrı-ayrı pambığabənzər fibrin yığıntıları əmələ gəlir. Görmə itiliyi dəyişməyə bilər və ya makulada ödem olduğundan yüngül zəifləyə bilər. Görmə siniri dəyişməyə damarların, o cümlədən diski bilavasitə qanla təchiz edən saxələrin eyni vaxtda prosesə cəlb olunması ilə tor qişanın arteriya və venalarının yayılmış zədələnməsi zamanı revmatik retinovaskulitin ağır gedişi mümkündür. Görmə siniri diskinin damar qıfını, disk səthinin çox hissəsini örtən, hətta bəzən onun hüdüdündan bir qədər kənara çıxan bozuntul, qeyri-bərabər prominensiyaya edən toplanti formasında ekssudat və iltihab infiltrasiyası aşkar olunur. Tor qişaya çoxlu qansızmalar, makulada xırda bozuntul yastı ocaqcıqlar, pambığabənzər fibrin toplantıları və hətta "ulduz" fiquru meydana çıxır. Görmə siniri diskinin görünən prominensiyası və böyüməsi durğunluq diskinin yanlış diaqnostikası üçün səbəb hesab olunur.

Uveal traktadakı aktiv proses fonunda əmələ gələn ikincil revmatik vaskulitin diaqnostikası mühitin şəffaflığının pozulmasına və yanaşı gedən xoriooidal dəyişikliklərə görə çətinləşə bilər.

Ağırlaşmaları: revmatizmə xas damardaxili tromboz əmələgəlmə nəticəsində xəstəlik iri damarların – tor qişanın mərkəzi arteriyasının və ya venasının iltihabi obturasiyası ilə fəsadlaşa bilər. Mərkəzi arteriyanın keçməməzliyi zamanı makulada "albalı çayirdəyi" ilə tor qişanın klassik bulanıq ödəmi meydana gəlir. Görmə itiliyi neçə yzrlərləyə, işıq duyğusuna qədər düşür.

Kifayət qədər aktiv aparılmayan müalicə və ya diaqnostik səhv retinal traksiyanın əmələ gəlməsi ilə, görmə siniri diskinin ekssudatın toplanması və görmə itiliyinin geridönməz zəifliyi ilə ikincil fibroz dəyişikliklərin inkişaf təhlükəsinə səbəb ola bilər.

Keçmiş iltihab muftalarının yerində retinal damarların ocaqlı fibrozuna inkişaf edir. Mərkəzi arteriyanın keçməməzliyi və ya digər arteriitlər nəticəsində damarların uzunmüddətli boşalması ilə müşayiət olunan onların ikincil yayılmış sklerozlaşması mümkündür.

Differensial diaqnoz sarkoidozla, vərəm retinitini, qazanılma toksoplazmozla aparılır.

• **Toksoplazmoz.**

Xəstələr görmənin dumanlı olmasından, uçan ləkələrdən, işıqdan qorxma və gözün qızarmasından **şikayətlənirlər**. Xəstəlik ağrı ilə müşayiət oluna bilər.

Tor qişanın zədələnməsi çox vaxt birtərəfli olur, şüşəvari cismin bulanması ilə birgə olur. Keçirilmiş bətdaxili iltihabi prosesin nəticəsi olan köhnə xorioretinal ocaq həmişə də olmasa, tez-tez oftalmoskopiya olunur.

Biomikroskopiya zamanı qopmuş şüşəvari cismin arxa səthində presipitatlar, şüşəvari cisimdə nekroz sahələri, görmə siniri diskinin ödəmi, neyretinal, lokal vaskulit müşəyyən olunur.

Əgər iltihab prosesi tor qişanın dərin qatlarında yerləşirsə, şüşəvari cisimdə hüceyrələr olmur və onların miqdarı az olur.

Xəstəlik iltihab prosesi olan sahədə arteriya və venanın okklyuziyası ilə ağırlaşma bilər. Bəzən əks sakit gözdə xorioretinal çapıqlar qeyd olunur. Görmə sahəsinin böyük qüsurluna peripapillary toksoplazmoz gətirib çıxarır. Makulanın kistoz ödəmi müəyyən edilə bilər. Gec mərhələlərdə subretinal neovaskulyar membranın inkişafı nadir halda mümkündür.

Differensial diaqnoz sifilitik xorioretinitlə, vərəm xorioretinitini ilə, toksokarozla aparılır.

Tor qişanın qopması.

Tor qişa qopmasının üç növü fərqləndirilir:

- 1) tor qişanın reqmatogen qopması;
- 2) tor qişanın ekssudativ qopması;
- 3) tor qişanın traksion qopması.

- **Tor qişanın reqmatogen qopması.** 50 % halda xəstələr işartı (fotopsiya), eləcə də göz qarşısında uçan ləkələri, görmə sahəsində kölgə və ya pərdə, periferik görmənin itməsi və ya mərkəzi görmənin zəifləməsi, metamorfopsiyalar qeyd edirlər.

Oftalmoskopiya zamanı qopmuş tor qişa, onun cırığı müəyyən olunur. Tək cırıq nal şəkildə olub, daha çox skleraya hər iki çəp əzələnin birləşdiyi proyeksiyada, yuxarı-bayır kvadrantda yerləşir və qapaqlı adlanır. Çoxsaylı cırıqlar dairəvi və ya oval olur və adətən dişli xəttin kənarı boyunca, kənar periferiyada və ya makulyar zonada əmələ gəlir.

Müayinə zamanı şüşəvari cismin ön hissəsində piqmentləşmiş hüceyrələr, şüşəvari cisimə qansızmalar, şüşəvari cismin arxa qopması, tor qişa qopması olan gözdə cüt gözlə müqayisədə gözdaxili təzyiğin azalması, bədən vəziyyəti dəyişərkən qarışmayan təmiz subretinal mayenin olması, bəzən də fiksə olunmuş tor qişa büküşləri aşkar oluna bilər. Qopmuş tor qişa gözün hərəkəti zamanı yerini dəyişir. Zaman ötdükcə tor qişa toxumasındaki destruktiv proseslər onun bulanmasına və büzüşməsinə gətirib çıxarır. Tədricən tor qişanın qıf şəklinə oxşar total qopması formalaşır. Bəzən onun afferent innervasiyası pozulduqda bəbəyin anomol reaksiyası qeyd olunur.

- **Tor qişanın ekssudativ qopması.** Xəstələr müxtəlif dərəcədə görmə zəifliyindən, görmə sahəsinin qüsurlundan şikayətlənirlər.

Oftalmoskopik müayinə zamanı seroz ekssudatla, subretinal mayenin olması ilə tor qişanın qopması müəyyən olunur: bədənin vəziyyəti dəyişən zaman tor qişanın qopmuş hissəsi yerini dəyişir. Xəstənin şaquli vəziyyətində subretinal maye aşağı hissədə tor qişanı qopardaraq aşağıya enir; uzanıqlı vəziyyətində maye makulanı qopararaq arxa qütbə yığılır.

Qopmuş tor qişanın səthi hamar olur, qalxaraq büllura çata bilər. Bəzən onun afferent innervasiyası pozulduqda bəbəyin ifadə olunmuş anomol reaksiyası müşahidə olunur.

Tor qişanın ekssudativ qopmasının **diaqnostikasında** onun səbəbi ola biləcək xəstəliklər aşağıdakılardır:

- şiş (damarlı qişanın melanoması, metastazlar, damarlı qişanın hemangioması, tor

qişanın hemangioması);

- iltihabi xəstəliklər: Foqt-Koyanaqi-Xarad sindromu, arxa sklerit, digər xroniki iltihab prosesləri;
- anadangəlmə anomaliyalar (məsələn, görmə siniri diski çuxurcuğu, “səhər ulduzu” sindromu, damarlı qişanın koloboması, Koats xəstəliyi);
- idiopatik mərkəzi seroz xorioretinopatiya;
- uveal ekssudat sindromu (periferik damarlı qişanın, kirpikli cismin, tor qişanın ikitərəfli qopması; leopardın ləkəli dərisini xatırladan tor qişanın piqment epitelinin dəyişiklikləri; şüşəvari cisimdə hüceyrələr; genişlənmiş episklral damarlar).

Differensial diaqnostika üçün flüoresent angiografiyadan, kompüter tomoqrafiyasından və ultrasəs müayinəsindən istifadə olunur.

- **Tor qişanın traksion qopması.** Xəstə mərkəzi görmənin itməsindən və ya görmə sahəsində qüsurların əmələ gəlməsindən **şikayətlənir**; xəstəliyin gedişi simptomuz ola bilər.

Oftalmoskopiya zamanı qopmuş tor qişa qabarmış kimi görünür; şüşəvari cismin şvartaları olur (məsələn, proliferativ diabetik retinopatiyanın, oraqvari-hüceyrə anemiyasının, yenidöğülmuşların retinopatiyasının, zədənin və s. nəticəsində) ki, onlar da yığılaraq tor qişanı piqment epitelindən ayıraraq dartır. Əgər traksiya zamanı tor qişanın cırığı baş verirsə, qopan sahə çökək ola bilər (şək.44-45). Tor qişa hərəkətsizdir, qopma nadir halda dişli kənarə qədər yayıla bilər.

Differensial diaqnoz senil retinoşizislə (proses çox vaxt ikitərəfli olur, gicgah nahiyəsində yerləşir, piqmentləşmiş hüceyrələr və şüşəvari cisimə qansızmalar olur, qopmanın üzərindəki tor qişa damarları muftalarla əhatə olunmuşdur. Qopmanın daxili qatında dişli kənarın yaxınlığında ağ “qar dənəcikləri” görünür; tor qişa qopmasında müşahidə olunan mütləq skotoma aşkar olunur; retinoşizis nəticəsində tor qişa qopmasını istisna etməklə, demarkasion xətt olmur); gənclik retinoşizisi ilə (foveolanın kistoz dəyişikliklərinin olması; xəstəlik resessiv, proses ikitərəfli olub, dişli kənarə yayılmır); damarlı qişa qopmaları ilə (bənövşəyi-qəhvəyi rəngdə olur, tor qişa qopmasına nisbətən daha bərk olur, dişli kənarı skleranın depressiyası olmadan görmək olur; əksər halda gözün hipotoniyası meydana çıxır) aparılır.

Tor qişanın yenitörəmələri.

- **Tor qişanın kistası.** Xəstə fotopsiyadan, metamorfopsiyadan, görmənin zəifləməsindən şikayətlənir.

Oftalmoskopiya zamanı şüşəvari cisimə prominensiya edən disk müəyyən olunur. Kista qövs refleksi ilə əhatə olunub qırmızımtıl və ya açıq-qırmızı rəngə malik olur. Eləcə də makulyar zonanın çoxkəmərali kistaları – Foqtun “şanı makulası” təsadüf edilir.

Sonralar kistanın divanı deşilə bilər ki, bu da tor qişanın yalançı və ya həqiqi cırığının əmələ gəlməsinə gətirib çıxarır. Sonuncusu tor qişanın qopması ilə ağırlaşma bilər. Çox vaxt kistanın yerində retinal fibroplaziya əmələ gəlir.

- **Retinoblastoma** – tor qişanın anadangəlmə şişidir. Bir qayda olaraq 6 yaşa qədər uşaqlarda rast gəlinir (97%). Xəstələrin 20%-dən çoxunda retinoblastoma diaqnozu həyatın birinci ilində qoyulur. Qızlar və oğlanlarda bu xəstəliyə rast gəlinmə eynidir.

İkitərəfli retinoblastoma 25-40% halda təsadüf edilir.

Böyümə tipinə görə təsnif olunur: ekzofit və endofit (şüşəvari cismə prominensiya edir).

Klinik şəkli prosesin inkişaf mərhələsindən asılıdır.

I mərhələ – böyüdükcə şüşəvari cismə prominensiya edən ölçüsü 2-3 disk diametridə olan yastı, bozuntul bulanıq ocaq oftalmoskopiya olunur. Onun ətrafında daha xırda ocaqlar – satellitlər yerləşə bilər. Yeni əmələ gəlmiş damarların olması xasdır. Şişin peripapillyar inkişafı nəticəsində retinal damarların sıxılması baş verir, durgunluq əlamətləri inkişaf edir, subretinal transsudat toplanır, tor qişanın qopması baş verir. Əvvəl məhdud, sonra total olur. Görmə funksiyalarının vəziyyəti şişin yerləşmə yerindən asılıdır.

II mərhələ şiş toxumasının intraokulyar disseminasiyası, şüşəvari cismə və ön kameralara şiş hüceyrələrinin və onların konqlomeratlarının disseminasiyası ilə xarakterizə olunur. Şiş hüceyrələrinin disseminasiyası nəticəsində qüzeqli qişa səthində bozuntul şiş düyünləri əmələ gələ bilər. Gözdaxili maye axımı yollarının zədələnməsi nəticəsində, xüsusən, qoniosinexiyaların əmələ gəlməsi ilə əlaqədar olaraq ikincil glaukoma ilə müşayiət olunur. Gözdə ağrı, durgunluq inyeksiyası, buynuz qişa ödemi əmələ gəlir və bəbəyin genişlənməsi və işığa qarşı reaksiyasının olmaması müşahidə olunur. Kiçik yaşlı uşaqlarda yüksəlmiş oftalmotonusun təsiri altında, bir qayda olaraq, göz alması böyüyür (buftalm). Göz dibinin müayinəsi zamanı şişin ölçüləri yuxarıda göstəriləndən böyük olub, göz boşluğunu doldurur. Görmə əhəmiyyətli zəifləyir. Bəbəyin sarı işıq saçması – “pişik gözü” valideynlərin diqqətini cəlb edir və okulista tərəfə diqqət etməyə məcbur edir. Binokulyar görmə olmadığından göz xaricə (tış) tərəf əyilə bilər.

III mərhələ – şişin göz alması xaricə inkişaf etməsidir. Bu vaxt göz praktiki olaraq kor olub, xaricə tərəf əyilmiş olur. İkinci mərhələ ilə müqayisədə oftalmotonus az və ya çox dərəcədə azalaraq normal rəqəmlərə çatır.

Retinoblastomanın göz alması hüdudundan kənara böyüməsi görmə siniri, skleranın emissarları boyunca mümkündür. Görmə siniri boyunca şiş onun liflərinin kənarına və hörmüçək torunabənzər qişanın altında yayılır. Yenitörəmənin göz yuvasına yayılması sürətlə artan ekzofitalm ilə müşayiət olunur və infiltrativ böyümə nəticəsində göz yuvasının sümük divarları dağılır və şiş burunətrafi ciblərə doğru inkişaf edir. Şişin görmə siniri boyunca kəllə boşluğuna yayılması zamanı beyin simptomları (baş ağrısı, ürəkbulanma, qusma) müşahidə olunur.

IV mərhələ – metastazlaşma mərhələsidir. Limfogen və hematogen metastazların olması ilə səciyyələnir. Retinoblastoma limfogen yolla limfa düyünlərinə, əsasən qulaqətrafi və boyun limfa düyünlərinə, hematogen yolla – kəllə sümüyünə, aşağı ətrafların borulu sümüklərinə, qaraciyər, beyin, ağciyərlərə metastaz verir.

Böyük yaşlı uşaqlarda retinoblastoma çox vaxt uveal trakt tərəfdən iltihabi və psevdointihabi reaksiyalar şəklində (ön uveit, endofitalmit) bir qədər atipik gedir. İltihab prosesi diaqnostikani çətinləşdirir və proqnozu ağırlaşdırır, təbii müdafiə baryerlərinin təmliğini pozaraq şişin yayılmasına şərait yaradır.

Əlavə müayinə üsulları – rentgenoqrafiya, exoqrafiya, kompüter tomografiyası, skanlaşma, onurğa beyni mayesinin müayinəsi.

Proqnoz əlverişsizdir.

QİÇS olan xəstələrdə tor qişanın zədələnməsi.

Xəstələr göz qarşısında uçan ləkələrdən, fotopsiya, görmə sahəsinin qüsuru və görmə itiliyinin zəifləməsindən şikayətlənirlər.

Düz və qeyri-düz oftalmoskopiya istifadə etməklə aparılan göz dibinin müayinəsi zamanı diaqnoz qoyulur.

1. İnfeksiön retinopatiyada tor qişanın oftalmoskopiya zamanı müəyyən olunan dəyişiklikləri özünəməxsus deyil və diaqnostik əhəmiyyət kəsb etmir. Tor qişanın mikroangiopatiyası İİV- la yoluxmuş xəstələrin 50-70%-də qeyd olunur. Daha xarakter əlamətlərə “pambığabənzər eksudatlar”, tor qişaya alovun dili formasında qansızmalar, nöqtəvari qansızmalar, Rot (Roth) ocaqları – mərkəzi ağ olan qansızmalar, tor qişa damarlarının mikroanevrizması və mikrovaskulyar anomaliyalar aiddir. Bəzi hallarda işemik makulopatiya (görmə itiliyinin zəifləməsi, tor qişanın ödemi və makulyar ulduzun formalaşması) qeyd olunur.

Bu dəyişikliklərin tezliyi limfositlərin CD4+ sayında 1 ml-ə 100 hüceyrədən az düşür. İİV-lə (insanın immunqətməməzlik virusu) bağlı mikroangiopatiya adətən simptomuz keçir və tranzitor hesab olunur, ancaq bəzi hallarda rəng görməsinin, kontrast həssaslığın itkisi və görmə sahəsində qüsurların əmələ gəlməsi ilə görmə siniri atrofiyasının inkişafına gətirib çıxara bilər.

2. Sitomeqalovirus retiniti inkişaf etmiş ölkələrdə İİV-lə yoluxmuş xəstələrin 30-40%-də, limfositlərin CD4+ miqdarında 1 ml-də 100-dən az hüceyrə olduqda meydana gəlir. Xəstələr bir və ya hər iki gözdə görmənin ağırsız zəifləməsindən, uçan ləkələrin əmələ gəlməsindən, fotopsiyadan, görmə sahəsinin düşməsindən və göz qarşısında örtüyün olmasından şikayətlənirlər. Gözün ön kamerasının və şüşəvari cismin müayinəsi zamanı, adətən, əhəmiyyətsiz iltihab aşkar olunur; göz dibində tor qişanın ağ rəngli, sərhədləri qeyri-aydın, ocaqlı qranulyar bulanması, tor qişaya qansızmalar aşkar olunur. Nekrotik sahələr gözün arxa qütbündə əsas damarlar boyunca müəyyən olunur. Vaxt ötdükcə bu sahələr böyüyür və bitişir. Bəzən cüzi miqdarda hüceyrələr şüşəvari cisimdə və ön kamerada müəyyən olunur. Aktiv proses söndükdən sonra tor qişanın pigment epitelinin paylanması və atrofiyası qalır. Görmə siniri 5% halda zədələnir, tor qişanın eksudativ qopması və makulanın kistoz ödemi inkişaf edə bilər. Tor qişanın reqmatogen qopması sitomeqalovirus retiniti olan xəstələrin 25%-də əmələ gəlir və gecikmiş ağırlaşma hesab olunur.

3. Kəmərləyici dəmrov virusunun törətdiyi retinit İİV-müsbət olan xəstələrdə nekrotik retinitin səbəbləri arasında ikinci yer tutur.

Göz dibindəki dəyişikliklər sitomeqalovirus retinitində olduğu kimidir. Ancaq kəmərləyici dəmrov virusunun törətdiyi retinit üçün sürətli inkişaf, çoxlu sayda zədələnmə və tor qişanın dərin qatlarının prosesə cəlb olunması xasdır. İkinci gözün prosesə cəlb olunma riski, tor qişanın qopması və görmə itiliyinin tez və əhəmiyyətli itməsi riski yüksəkdir.

4. Toksoplazmoz retinoroiditi İİV-müsbət xəstələrin 1-2%-də inkişaf edir. Xəstələr görmənin zəifləməsindən, göz qarşısında “uçan milçəklər”-dən, işıqdan qorxma, ağrı və gözün qızarmasından şikayətlənirlər.

Oftalmoskopiya zamanı şüşəvari cisimdə hüceyrələrin olması ilə müşayiət olunan

tutqun sarımtıl-ağ xorioretinal ocaqlar müəyyən olunur. Təzə infeksiya prosədə qansızmalar zəif intensivlikdə olur. İmmunokompetent adamlardan fərqli olaraq İİV-lə yoxlanlarda çoxlu ocaqlar inkişaf edir və hər iki göz prosədə cəlb olunur. Ocaqlar tək və ya çox sayda, təcrid olunmuş və ya diffuz ola bilər. Residiv ocaqları çox vaxt köhnə çapığın sərhədində və ya satellit zədələnmə kimi əmələ gəlir.

İfadə olunmuş immunosupressiya zamanı nəticələrin mənfəi olmasına baxmayaraq, zərfdə spesifik İgG və İgM-in müayinəsi göstərişdir. 30-50% halda sinir sistemi də zədələnilir.

5. **Bakterial retinitlərdən** daha çox rast gəlinəni gözün sifilitik zədələnməsi (1-2%) hesab olunur. Bu zaman gözün diffuz zədələnməsi və ya iridosiklit inkişaf edə bilər. Treponema qarşı antitellərin aşkarı müayinəsi diaqnostikada kömək edir.

Digər bakterial retinitlər İİV infeksiyasında çox nadir halda, bir qayda olaraq, narkomanlarda və sistem bakterial infeksiyası olanlarda təsadüf edir.

Xəstələr görmə itiliyinin cüzi zəifləməsindən şikayətlənirlər; bəzən simptomuz keçir.

Oftalmoskopiya zamanı damarlı qışanın çoxlu sarı, dairəvi, dərinədə yerləşən zədələnmə ocaqları müəyyən olunur ki, bunlar da yarı disk diametrindən iki görmə siniri diskinə qədər ölçüyə malik olub, arxa qütbədə yerləşirlər. Tor qışa damarlarında dəyişikliyin olmaması xasdır.

GÖRMƏ SINİRİNİN XƏSTƏLİKLƏRİ

Tor qışanın qanqlioz hüceyrələrindən başlayıb beynin ənsə payının qabıq görmə mərkəzlərində qurtaran görmə yolu periferik və mərkəzi neyronlara bölünür.

Tərkibinə görmə siniri, xiazma və görmə traktı daxil olan periferik neyron birincili qabıqaltı görmə mərkəzi kimi qiymətləndirilən xarici dizəbənzər cisimdə qurtarır.

Görmə yolunun **mərkəzi neyronu** xarici dizəbənzər cisimdən başlayır, görmə dəstəsini (Qrasiolə dəstəsini) əmələ gətirir. Görmə dəstəsi daxili kapsuladan, təpə payından keçir, beynin ənsə payı istiqamətində gedərək, onun medial səthi boyunca keçir, məhmiş şırımı nahiyəsində (qabıq görmə mərkəzlərinin yerləşdiyi yer) qurtarır.

Görmə siniri, Nervus opticus (12 cüt kəllə - beynin sinirlərinin II cütü) anatomik olaraq görmə yolunun periferik neyronunun kəsiyi kimi göstərilir və xiazmaya qədər gedən tor qışanın qanqlioz hüceyrələrinin aksionlarının cəmi hesab olunur.

Görmə yolunda tor qışanın müəyyən hissələri ilə əlaqədə olan dörd ötürücü ayırd edilir:

1. Sarı ləkə nahiyəsi ilə bağlı olan papillo-makulyar dəstə.
2. Tor qışanın burun yarısı ilə əlaqəli çarpazlaşmayan liflər.
3. Tor qışanın gicgah yarısı ilə əlaqəsi olan çarpazlaşmayan liflər.
4. Tor qışanın burun yarısının periferiyası ilə əlaqəsi olan gicgah yarısının lifləri.

Periferik neyronda bu ötürücülərin hər biri başlanğıcını tor qışanın uyğun hissələrinin qanqlioz hüceyrələrindən götürən liflər qrupundan ibarətdir. Periferik neyron ötürücülərindən hər biri xarici dizəbənzər cismin qanqlioz lifləri vasitəsilə mərkəzi neyron liflərinin müəyyən qrupu ilə əlaqədə yerləşir.

Görmə siniri lifləri və ya tor qışanın bütün hissələrindən qanqlioz hüceyrələrin aksionları göz almasının arxa qütbündən 2,5-3 mm məsafədə, göz dibinin nazal yarısında yerləşən skleral kanalda cəmləşirlər.

Kanalın xarici dəliyi skleranın xəlbirvari səfhəsi ilə dolmuşdur ki, bu səfhədən görmə siniri lifləri orbitaya keçir.

Görmə siniri dörd hissədən ibarətdir:

1. **Gözdaxili** və ya intrabulbar (əslində görmə siniri diski, skleradan çıxana qədər onun skleral hissəsi). Görmə siniri diskinin sinir liflərinin xüsusiyyəti tor qışanın sinir lifləri kimi dərhal xəlbirvari səfhədən keçərkən aldığı mielin qışasından məhrum olmasıdır. Retinotopiklik xasdır: papillomakulyar dəstə diskin gicgah yarısını tutur, tor qışanın temporal yarısının lifləri papillomakulyar dəstənin altındakı və üstündəki sektorlarda yerləşir; nazal sektorda uyğun olaraq tor qışanın nazal yarısından gələn sinir lifləri toplanır; diskin yuxarı və aşağı sektorunda tor qışanın yuxarı və aşağı şöbələrindən gələn uyğun sinir lifləri toplanır. Görmə siniri diskində sinir liflərinin yerləşmə xarakteri üç tərəfdən (yuxarı, nazal, aşağı) görmə siniri diskinin kənarında görünən valın olması və temporal tərəfdən bunun olmaması ilə izah olunur. Diskin bu hissəsində proyeksiya olunan papillomakulyar dəstə nazik sinir liflərindən ibarətdir. Diskin kənarı boyunca liflərin önə əyilməsi onun mərkəzində çökəyin – dərinliyi 1 mm və eni 2 mm-ə qədər, dibi xəlbirvari səfhə hesab olunan fizioloji ekskavasiyanın əmələ gəlməsini müəyyən

edir. Fizioloji ekskavasiyanın dibində mərkəzi retinal damarlar ilə görmə sinirinin birləşdirici toxuma pərdəsi görünür. Görmə sinirinin intrabulbar hissəsinin ölçüləri 1 mm-dən 1,5-2 mm-ə qədərdir. Skleral halqanın daxili dəliyi xarici dəliyindən çox dar-
dır. Bu da diskdə görmə sinirinin intrabulbar hissəsinin diametri (1,5-2 mm) və skleral kanaldan çıxışdakı diametri (3-4 mm) arasındakı müxtəlifliyi determinə edir.

Prelaminar nahiyədə görmə siniri diskinin qanla təchizi, əsasən, tor qişanın mərkəzi arteriyasının şəxələrinin və hissəvi olaraq xorioidal damarların hesabınadır. Xəlbirvari səfhə nahiyəsində görmə siniri Sinn-Qaller damar halqasından gələn arteriyalar hesabına qanla təchiz olunur. Görmə sinirinin prelaminar kəsiyində venoz axım tor qişanın mərkəzi venasından və hissəvi olaraq, göz almasının burulğan venalarına qanı aparən peripapillyar xorioidal venalardan baş verir. Venoz axımın bu yolu tor qişanın mərkəzi venasının okklyuziyası zamanı görmə sinirinin retrolaminar kəsiyində (xəlbirvari səfhənin arxasında) müsbət əhəmiyyətə malikdir.

2. Orbital və ya retrobulbar hissə (skleradan çıxdıqdan sonra sümük optik kanala girəcəyə qədər) görmə sinirinin daha böyük hissəsi olub, 25-35 mm uzunluğa malikdir və vintvari ayrılıq əmələ gətirir ki, bu da göz almasının hərəkəti zamanı görmə sinirinin dartılıb-gərilmə imkanını kənarlaşdırır. Görmə siniri orbital hissədə mielin qişası ilə örtülür. Sinir bütün uzunluğu boyunca baş beyinə oxşar olaraq, üç beyin qişaları: sərt, hörümçək torunabənzər və yumşaq qişa ilə örtülür. Görmə siniri qişaları öz aralarında onurğa beyni mayesinin dövr etdiyi baş beyin eyni adlı boşluqları ilə əlaqələndən intravaginal olan subdural və subaraxnoidal boşluqları əmələ gətirir. Bununla bağlı olaraq onurğa beyni mayesinin dövrənini pozan istənilən patoloji proses görmə sinirinin dər-
ğünlülük diskinin əmələ gəlməsində gətirib çıxarır. Yumşaq beyin qişalarından görmə sinirinin kötyünə doğru arakəsmələr əmələ gətirən birləşdirici toxuma çıxıntıları çıxır ki, onlarda da görmə sinirinin qidalanmasını həyata keçirən qan damarları yerləşir. Görmə sinirinin orbital kəsiyində uzun çıxıntılı hüceyrələrdən ibarət çoxlu miqdarda neyroqli-
ya olur.

Görmə sinirini örtən sərt beyin qişası göz almasının yaxınlığında sklera və tenon kap-
sulu ilə və optik kanalın yaxınlığında orbitanın sümüküstlüyü ilə bitişir.

Bilavasitə göz almasının arxasında görmə sinirinin orbital hissəsində papillomakulyar dəstə periferik vəziyyətə (aşağı-bayır kvadrant) tutur və tor qişanın mərkəzi damarlarının görmə sinirindən çıxdığı ana qədər onu saxlayır. Hansı ki, bunlar da görmə siniri kötyünün orbital hissəsinin ön şöbəsində mərkəzi vəziyyət tutur. Sonra mərkəzə sıxılaraq papillomakulyar dəstə aksial vəziyyətə, ancaq tor qişanın temporal hissəsinin lifləri – görmə sinirinin temporal sektorunu tutur.

Görmə sinirinin orbital hissəsinin qanla təchizi xorioideyanın peripapillyar damarlarından və tor qişanın mərkəzi arteriyasından çıxan arterial şəxələrin hesabına həyata keçirilir. Göz arteriyasının şəxələrindən əmələ gələn arterial kələf görmə sinirinin yuxarı və aşağı səthində yerləşərək papillomakulyar dəstəyə şəxələr verir.

Görmə sinirinin ön şöbəsindən venoz axım, əsasən tor qişanın mərkəzi venasından baş verir.

3. Kanaldaxili və ya intrakanalikulyar şöbə - görmə sinirinin diametri 4-8 mm və uzunluğu 4-6 mm-ə qədər olan, orbital dəlikdən onun kəllədaxili dəliyinə qədər sümük görmə kanalında qurtaran hissəsidir. Göstərilən bu sahədə görmə siniri qişaları optik ka-

nalın sümüküstlüyünə sarınır.

4. Kəllədaxili və ya intrakranial hissə - görmə sinirinin uzunluğu 3 mm-dən 16 mm-ə qədər olan kəsiyi olub, onun sümük optik kanaldan çıxdığı və kəllə boşluğuna daxil olduğu yerdən xiazmaya qədər sahəni əhatə edir. Görmə siniri intrakranial hissədə, xüsusən də papillomakulyar dəstə nahiyəsində yalnız yumşaq beyin qişası ilə örtülmüşdür. Bu hissədə müxtəlif patoloji proseslər meydana gəldikdə onu daha zəif edir. Görmə sinirinin intrakranial hissəsi yuxarıdan beynin alın payı ilə, bayır tərəfdən – daxili yuxarı arteriyası ilə həddüdlənmişdir.

Görmə sinirinin kəllədaxili kəsiklərinin qanla təchizi ön beyin arteriyası şəxələrinin, daxili yuxarı arteriyası şəxələrinin öz aralarında anastomozlaşması və ya ön əlaqə (kommunikasiya) arteriyaları və göz arteriyasının şəxələrinin anastomozlaşması hesabına həyata keçirilir.

Görmə sinirlərinin intrakranial kəsikləri kəllənin əsasında birləşərək, uzunluğu 4-10 mm, eni 9-11 mm və qalınlığı – 5 mm olan xiazmanı əmələ gətirir. Xiazma yuxarıdan – beynin üçüncü mədəciyinin dibi ilə həddüdlənib onunla birləşmişdir. Aşağıdan – türk yəhərinə girişi örtən sərt beyin qişası ilə, türk yəhərinin diafraqması ilə həddüdlənmişdir. Bu da hipofizın şişlərində xiazmanın ağırlı prosesə cəlb olunma imkanını determinə edir. Xiazma ilə türk yəhəri diafraqması arasında onurğa beyni mayesi ilə dolan araxnoidal boşluq var. Bayır tərəflərdən xiazma daxili yuxarı arteriyaları ilə əhatə olunmuşdur, arxadan hipotalamusun qığı (*infundibulum*) bitişir.

Görmə sinirlərinin intrakranial hissələri və xiazma yalnız yumşaq beyin qişası ilə örtülmüşdür ki, o da xiazmanı hər tərəfdən (yuxarıdan başqa) əhatə edir ki, optiko-xiazmal araxnoiditin əmələ gəlməsində mühüm əhəmiyyət kəsb edir.

Xiazmada görmə liflərinin hissəvi çarpazı baş verir (burun yarısından 75% çarpazlaşır və gicgah yarısından 25% çarpazlaşmır). Xiazmada da retinotopiklik prinsipi gözlənilir. Belə ki, hər iki gözün tor qişasının yuxarı yarısından gələn liflər xiazmanın yuxarı yarısını; aşağı yarısından gələn liflər onun aşağı hissəsinə əmələ gətirir. Tor qişanın aşağı-burun kvadrantından gələn liflər xiazmanın aşağı-ön şöbəsində, yuxarı-burun kvadrantından gələn liflər xiazmanın yuxarı-arxa şöbəsində çarpazlaşır. Eləcə də xiazmanın mərkəzində yerləşən papillomakulyar dəstənin (onun burun yarısının) hissəvi çarpazı müşahidə olunur. Beləliklə, çarpazlanmış liflər xiazmada daha mərkəzi, çarpazlaşmamışlar isə daha periferik vəziyyət tutur.

Xiazmanın qanla təchizi iki yolla: ön beyin və ön birləşdirici toxuma arteriyasının şəxələri xiazmanın yuxarı hissəsini; daxili yuxarı, ön hipofizar, arxa kommunikator arteriyasının şəxələri – onun aşağı hissəsinə qidalandırır. Venoz axım ön beyin, yuxarı xiazmal və preinfundibulyar venalardan baş verir.

Xiazma görmə traktına keçir. Görmə traktının da hər biri hər iki gözün görmə siniri liflərindən (tor qişanın qanlıq hüceyrələrinin aksionları): həmin tərəfin tor qişasının temporal yarısından gələn çarpazlaşmayan və digər gözün nazal yarısından gələn çarpazlaşan liflərdən ibarətdir. Görmə traktları orta hesabla 4-5 sm uzunluğuna çatır və xarici dizəbənzər cisimdə (ilkin görmə mərkəzlərində) qurtarır. Onların qanla təchizi ön xorioidal və arxa birləşdirici toxuma arteriyalarının hesabınadır.

Görmə yolunun mərkəzi neyronu başlanğıcını xarici dizəbənzər cisimdən götürür. Qrasiolə görmə dəstəsi orta və arxa beyin arteriyalarından, ancaq qabıq görmə

mərkəzləri – arxa beyin arteriyasının şaxələridən qidalanırlar.

Görmə siniri liflorinin və qabıq mərkəzə qədər traktın gedişinin topoqrafik xüsusiyyətlərini nəzərə almaq lazımdır. Tor qişanın yuxarı sahəsindən gələn liflər sinirin, traktın yuxarı hissəsini təşkil edir, görmənin qabıq mərkəzinin yuxarı şöbələri (cuneus) ilə əlaqə yaradırlar. Tor qişanın aşağı sahəsindən gələn liflər görmə traktının aşağı hissəsini təşkil edir və qabıq mərkəzin aşağı hissəsində məhmiz şırımının dil qırışığında (gyrus lingualis) qurtarır. Gözün şüasındıran mühitləri tərsinə əksi tor qişaya proyeksiya edir. Tor qişanın mərkəzi çuxurcuğu hər iki yarımkürənin məhmiz şırımının arxa hissəsi ilə əlaqədardır.

Bəbək refleksinin reflektor qövsünün başlanğıcı görmə siniri lifləri hesab olunur. Görmə siniri lifləri xiazmadan görmə traktına keçir. Xarici dizəbənər cisimdən bir qədər öndə bu liflər görmə traktından çıxır, gözün hərəkəti sinirinin əlavə nüvəsinə doğru gedir (həmin tərəfdə və əks tərəfdə), bəbəyin müstəqil reaksiyasını şərtləndirirlər. Qövsün efferent hissəsi əlavə nüvədən gözün hərəkəti sinirinin tərkibində gedir, kirpikli düyün hüceyrələrində dayanır. Hüceyrələrin çıxıntıları bəbəyin sfinkterinə doğru istiqamətlənir.

Görmə analizatorunun topoqrafo-anatomik quruluşuna əsasən onun zədələnməsinin topik diaqnostikası mümkündür.

Tor qişadan xiazmaya qədər olan hissədə görmə sinirinin zədələnməsi zamanı amavroz və ya görmə sahəsinin konsentrik daralması və ya itməsi ilə (zədələnmə tərəfdə) görmənin zəifləməsi müəyyən olunur.

Xiazma zədələndikdə heteronim (müxtəlif adlı) hemianopsiya (görmə sahəsinin yarımsının düşməsi) müşahidə olunur. Görmə çarpazının daxili hissələrinin, yəni çarpazlaşmış liflorin zədələnməsi zamanı (hipofizin şişi ilə, kraniofaringeoma ilə sıxılması, daxili hidrosefaliya zamanı) görmə sahəsinin tıq (gicgah) yarlıları düşür (heteronim bitemporal hemianopsiya). Xiazmanın çarpazlaşmamış lifləri zədələndikdə, iltihabi proses olduqda və ya onun yanlardan kompressiyası zamanı (optikoxiazmal araxnoidit, ikitərəfli köllədaxili anevrizma və ya daxili yuxu arteriyalarının sklerozu) görmə sahəsinin daxili (burun) yarlıları düşmüş olur (heteronim binazal hemianopsiya).

Homonim hemianopsiya çarpazdan sonra görmə traktının zədələnməsi (görmə traktı, xarici dizəbənər cisim, daxili kapsula, ənsə payı) zamanı inkişaf edir. Görmə traktının solda zədələnməsi zamanı – sağtərəfli, sağda zədələnməsi zamanı – sol tərəfli homonim hemianopsiya qeyd olunur. Görmə traktının və ya qabıqaltı görmə mərkəzinin zədələnməsi zamanı (xarici dizəbənər cisim, arxa talamusun yastığı, orta beyinin yuxarı təpəciyinin boz qatı) hemianopsiya ciddi yarılı tip xarakteri daşıyır.

Qeyd etmək lazımdır ki, görmə traktını zədələyən patoloji ocaq görmə analizatorunun yalnız periferik neyronunu deyil, eləcə də bəbək refleksi qövsünü kəsərək dayanırdır.

Qrasiolə dəstəsi, qabıq görmə mərkəzi (məhmiz şırımı) zədələndikdə homonim hemianopsiya müəyyən olunur, ancaq bəbək reaksiyaları (zədələnmə ocağı bəbək refleksi qövsündən yuxarıda yerləşir), mərkəzi görmə saxlanılır və mənfəi skotoma (xəstənin dərk etmədiyini) əmələ gəlir.

Məhmiz şırımının yuxarı şöbəsinin (tor qişanın yuxarı yarımsının proyeksiyası) zədələnməsi hər iki gözün tor qişasının eyni yarımsının yuxarı hissəsinin itməsinə, yəni

görmə sahəsinin aşağı yarımsının qarşı tərəfdə dörrdə birinin düşməsinə (aşağı kvadrant hemianopsiyası) səbəb olur; məhmiz şırımının aşağı şöbəsinin (tor qişanın aşağı hissəsinin proyeksiyası) zədələnməsi yuxarı kvadrant hemianopsiyasının əmələ gəlməsini müəyyən edir.

Görmə sinirinin xəstəliklərini aşağıdakı qrup şəklində göstərmək olar:

- iltihab mənşəli (nevritlər);
- damar mənşəli (görmə sinirinin işemiyası);
- toksiki (distrofik);
- görmə siniri qişalarında onurğa beyni mayesinin dövrünün pozulması ilə əlaqədar (durğunluq diski);
- degenerativ (atrofiyalar);
- şişlər;
- inkişaf anomaliyaları.

Görmə sinirinin vəziyyətinin müayinəsi üçün tətbiq olunan üsullar.

Kliniki olaraq: vizometriya, perimetriya, kampimetriya; kontrast həssaslığın, rəng duyğusunun təyini; oftalmoskopiya, göz dibinin flüoresent angiografiyası; oftalmoxromoskopiya; göz almasının və orbitanın ultrasəs müayinəsi, daxili yuxu arteriyası hövzəsi damarlarının dopplerografiyası.

Rentgenoloji: köllənin və orbitanın iki proyeksiyada ümumi rentgenoqramması; Rize-Vaynşteyn üsulu ilə görmə sinirinin sümük kanalının rentgenoqramması; köllənin kompüter tomoqrafiyası – KT və maqnit-rezonans tomoqrafiyası – MRT.

Elektrofizioloji üsullar: görmədən törənən potensialların yazılması, görmə sinirinin elektrik həssaslığının və labilliyinin müayinəsi.

İmmunoloji müayinə üsulları: görmə sinirinin iltihabi xəstəlikləri üçün patoqnomik olan mikroprosipitasiya və leykositoliz üsulları (orqanizmin avtosensibilizasiyası qeyd olunub).

Xəstənin tam və daha hərtərəfli müayinəsi məqsədilə müxtəlif mütəxəssislərin (nevropatoloq, otolarinqoloq, stomatoloq, fiziiatr, infeksionist, neyrocerrah, immunoloq və s.) məsləhəti vacibdir.

Görmə sinirinin iltihabi xəstəlikləri.

İltihab prosesi görmə analizatorunun müxtəlif hissələrini əhatə edə bilər. Anatomik prinsipə əsasən ayırılmalıdır: intrabulbar qalxan nevrit (görmə siniri diskinin iltihabı, papillit); retrobulbar enən nevrit (göz alması ilə xiazma arasında görmə sinirinin iltihabı); görmə analizatorunun intrakranial hissəsinin (görmə sinirinin intrakranial hissəsi, xiazma, görmə analizatorunun ötürücü yolları) iltihab xəstəlikləri.

Görmə sinirinin iltihabının **səbəbləri** ola bilər:

- 1) göz alması və orbitanın iltihabi xəstəlikləri (irit, siklit, xorioidit, orbital fleqmona, subperiostal abses, dalib-keçən yaralanmalar və s.);
- 2) fokal infeksiyalar (burnun əlavə ciblərinin, qulağın, boğazın, ağız boşluğunun iltihabi xəstəlikləri); uşaqlarda intoksikasiya, o cümlədən, qurd invaziyası ilə bağlı intoksikasiya mümkündür);
- 3) baş beyin və onun qişalarının iltihabi xəstəlikləri (ensefalitlər, meningitlər,

araxnoiditlər, beyin absesləri);

- 4) kəskin və xroniki yoluxucu xəstəliklər (difteriya, skarlatina, qızılca, qızıyıl, vərəm, malyariya, səpgili yataqla, parotit, qripp, herpes, oynaq revmatizmi, sifilis, brüselləyoz, onxoserkoz, Bexçet, Xarada xəstəliyi və s.);
 - 5) qeyri-infeksiyon mənşəli ümumi xəstəliklər (kəskin qanaxmalar, qan, böyrək xəstəlikləri, podaqra, ateroskleroz, şəkərli diabet, hipertoniya xəstəliyi, B₁ avitaminozu və s.), allergik gəzəli xəstəliklər və intoksikasiyalar (metil spirti ilə, qurğuşunla, xininlə, tütünlə və s. zəhərlənmələr);
 - 6) kəllə-beyin zədələri, kraniostenoz.
- Çox vaxt səbəbi aydınlaşdırmaq olur.

• **İntrabulbar qalxan nevrıt** (*görmə siniri diskinin iltihabı, papillit*). Nevrıt üçün görmə itiliyinin kəskin düşməsi (bəzən bir neçə saat ərzində) və mərkəzi, parasentral, qövsvəri, pəzşəkili skotoma (papillomakulyar dəstənin zədələnməsi) kimi görmə pozğunluqlarının əmələ gəlməsi, görmə sahəsinin konsentrik daralması və periferiyada düşməsi ilə kəskin başlanğıc xasdır. Bir qayda olaraq, disk toxumasının ödeminin nəticəsi olan kor ləkənin böyüməsi müəyyən olunur, qarılığa adaptasiya pozulur. Görmə sahəsinin qırmızı rəngə qarşı kəskin daralması və rəng duyğusunun pozulması xarakterdir. Görmənin kəskin zəifləməsi zamanı bəbək pozğunluqları aşkar olunur.

Oftalmoskopik şəkl iltihab prosesinin intensivliyindən asılıdır. Zəif ifadə olunmuş iltihab zamanı görmə siniri diski bir qədər hiperemiyalaşır, sərhədi qeyri-aydın, arteriya və venaları yüngül genişləyir. İfadə olunmuş iltihab prosesi diskin kəskin hiperemiyası, onun ödəmi ilə müşayiət olunur (şək.47). Diskin şüşəvari cismə prominensiyası mümkündür, hemorragiya, plazmorraxiya (damar keçiriciliyinin artması hesabına), arteriya və venaların əhəmiyyətli genişlənməsi müşahidə olunur. Çox vaxt şüşəvari cismin peripapillyar hissələrinin bulanıqlığı, ödem görmə siniri diskinin əhatə edən tor qışaya və makulyar zonaya yayılması qeyd olunur. İltihab papillitin görmə sinirinin durğunluq diski və görmə sinirinin işemiyası ilə (işemik neyropatiya, damar optik neyropatiyası) **differensial diaqnozu** aparılır. Görmə siniri diskinin ölçülərinin böyüməsi, ödem olması, sərhədlərin pozunuq olması, onun prominensiyası kimi eyni oftalmoskopik əlamətlərə malikdir. Eləcə də Leber neyropatiyası, orbitanın şişləri və intrakranial şişlərlə **differensiasiya** aparılır.

Papilliti olan xəstələrin **müalicəsi** təcili, iki mərhələdə, etiopatogenetik istiqamətlənmiş və stasionar şəraitdə aparılmalıdır.

İntrabulbar nevrıtlərin gedişi çox vaxt kəskin, az halda xroniki olur.

Vaxtında adekvat aparılmış terapiya zamanı **proqnozu** adətən əlverişli olur. Gec mürciət zamanı görmə yolundan yuxarıda yerləşən hissələrin iltihabi prosesə cəlb olunması ilə qalxan iltihab prosesinin inkişafı, görmə sinirinin hissəvi və ya tam atrofiyası mümkündür.

• **Retrolbulbar enən nevrıt** (*göz alması ilə xiazma arasındakı hissədə görmə sinirinin iltihabı*). Retrolbulbar nevrıt qrupuna bütün enən nevrıtlər (*görmə siniri diskinin vəziyyətindən asılı olmayaraq*) aiddir.

Zədələnmənin səviyyəsindən asılı olaraq ayırd edilir:

- aksial nevrıt (zədələnmə səviyyəsi göz almasına yaxındır);
- transversal (*görmə sinirinin intrakranialikulyar hissəsinin zədələnməsi*);
- periferik (*görmə sinirinin intrakranial hissəsinin zədələnməsi*).

Aksial retrolbulbar nevrıt üçün görmə itiliyinin qəfildən zəifləməsi, normal göz dibi şəklində görmə sahəsində mərkəzi skotomanın olması xasdır.

Transversal forma üçün görmənin tez zəifləməsi, göz dibində dəyişikliklər olmayarkən görmə sahəsinin konsentrik daralması ilə birgə mərkəzi skotomanın olması xasdır. Göz almasının hərəkəti zamanı ağrı olur (iltihab prosesi göz almasının, demək olar ki, bütün əzələlərinin başladığı vətər halqasını əhatə edir ki, o da hissi sinir ucları ilə yaxşı təchiz olunmuşdur).

Periferik retrolbulbar nevrıt üçün göz almasının hərəkəti zamanı ağrı, görmə itiliyinin tədricən zəifləməsi, görmə sahəsinin konsentrik daralması və göz dibinin normal şəklinin uzun müddət saxlanması xasdır.

Görmə üzvünün kontrast həssaslığı azalır.

Bəbək pozğunluqları müşahidə oluna bilər: bəbəyin işığa qarşı daralmasının ləngiməsi və hətta uzun müddət işıqlandırıldıqda midriaz (bəbəyin sfinkter funksiyasının zəifləməsi). Bəbək pozğunluqlarının yüngül ptozla birgə (*görmə sinirinin zədələndiyi tərəfdə*) təsadüf olunması kəllə-beyin sinirlərinin üçüncü cütünün zədələnməsi ilə əlaqədardır. Bəbəyin fotopik reaksiyalarının pozğunluğunu retrolbulbar nevrıtın erkən diaqnostik əlaməti kimi qiymətləndirmək olar.

Retrolbulbar nevrıtlərin gedişi müxtəlifdir və prosesin forma və etiologiyasından asılıdır.

Xəstəliyin gedişinə görə kəskin və xroniki retrolbulbar nevrıt fərqləndirilir. Xəstəliyin residivverən gedişi (dağınq skleroz) mümkündür.

Retrolbulbar nevrıt zamanı göz dibinin **oftalmoskopik şəkl** çox müxtəlif ola bilər və iltihabi dəyişikliklərin intensivliyi, prosesin lokalizasiyası və onun müddəti ilə müəyyən olunur.

Əgər iltihab prosesi gözün arxasında yerləşirsə görmə siniri diski dəyişiksiz qalır, proses proqressivləşdikcə və iltihab ocağının lokalizasiyası göz almasına yaxınlaşdıqca görmə siniri diskinin nevrıtı xatırladan dəyişiklikləri (diskin yüngül hiperemiyası, hüdədlərinin qeyri-aydın olması), hətta bəzən durğunluq diski mümkündür.

Differensial diaqnostika durğunluq diski, görmə sinirinin işemiyası (damar optik neyropatiyası), görmə sinirinin nevrıtı ilə aparılır.

Retrolbulbar nevrıtın **müalicəsi** görmə siniri nevrıtının müalicə prinsipi üzrə aparılır. Xəstəliyin nəticəsi retrolbulbar nevrıtın etiologiyasından, forma və müddətindən asılıdır.

Vaxtında intensiv və etiopatogenetik istiqamətlənmiş müalicə kəskin retrolbulbar nevrıtlərdə görmə funksiyalarının bərpasına gətirib çıxara bilər.

İltihab prosesinin kəskin gedişində görmənin tez və əhəmiyyətli zəifləməsi və onun lokalizasiyasından asılı olaraq uyğun kliniki əlamətlər müşahidə olunur. Ancaq **proqnoz**, bir qayda olaraq, əlverişlidir.

Xroniki gediş zamanı kliniki şəkl tədricən şiddətlənməsi ilə görmənin tədricən zəifləməsi qeyd olunur. Kəskin gediş nisbətən xroniki prosesdə proqnoz daha pisdır (*görmə sahəsində sabit dəyişikliklərlə görmənin ləng və qeyri-tam bərpası*).

Xəstəliyin sonunda görmə sinirlərinin hissəvi və ya tam birincili və ya ikincili atrofiyası inkişaf edir.

Görmə sinirinin intrakranial hissəsinin iltihabi xəstəlikləri.

Xəstəliklərin göstərilən qrupuna göz strukturlarının ayrıca zədələnmələri yox, görmə siniri yolunun müəyyən hissələrinin patoloji prosesə cəlb olunması ilə qışaların və ya baş beyin maddəsinin bircə iltihabi aiddir. Bununla əlaqədar olaraq meninjitlərdə, araxnoiditlərdə, müxtəlif etiologiyalı ensefalitlərdə göz patologiyası təsvir olunur.

• **Optikoxiazmal araxnoidit.** Beynin hörümçək torunabənzər və yumşaq qışalarının, beyin bazal sistemlərinin dəyişiklikləri ilə beyin maddəsinin kənarı zonasının diffuz iltihabıdır. İltihabi prosesə eyni zamanda görmə sinirlərinin xiazmaya daxil olduğu hissə, bilavasitə xiazma və görmə traktının çıxdığı zona cəlb olunur.

Etioloji faktorlara görə fərqləndirilir:

- infeksiyon-allergik (virus təbiətli neyroinfeksiya, qripp, KRX, sifilis, vərəm, revmatizm);
- rinosinusogen (otit, tonzillit, angina);
- posttravmatik optikoxiazmal araxnoidit.

Orqanizmin immunobioloji reaksiyalarının dəyişiklikləri (sinir toxumasının allergik vəziyyəti) az əhəmiyyət kəsb etmir. Bunlar iltihabi prosesin ləng gedishinə və proliferativ xarakterə səbəb olur.

Xəstəliyin gedishi və onun klinik əlamətləri patofizioloji mexanizmləri şərtləndirir. Bu mexanizmlər arasında görmə analizatorunun xiazmal hissəsinə təsir edən dörd əmli fərqləndirmək olar:

- bilavasitə iltihab prosesi;
- qan dövrəni pozğunluğu;
- toksinlərin təsiri;
- kistalar və ya bitişmələrin sinir toxumasına göstərdiyi təzyiq.

Bəliklə, infeksiyon və ya infeksiyon-allergik agentin təsiri altında xiazma nahiyəsində və görmə analizatoruna yaxın hissələrdə beyin qışalarında sirkulyator pozğunluqlara, toxuma hipoksiyasına və toksiko-allergik reaksiyaların meydana gəlməsinə gətirib çıxaran iltihab dəyişiklikləri (damar divarı keçiriciliyinin artması, qışaların ekssudasiyası və hüceyrə infiltrasiyası) baş verir. İrinsiz seroz-fibrinoz (produktiv) iltihab hörümçək torunabənzər və sərt beyin qışalarının geniş bitişməsinin meydana gəlməsinə, birləşdirici toxuma pərdəsinin və seroz maye ilə dolu kistaların əmələ gəlməsinə gətirib çıxarır. Görmə sinirləri və xiazma nahiyəsindəki kistoz proses, şvart əmələ gəlmə prosesi qan dövrəni pozğunluğu ilə birlikdə sinir liflərinin sıxılmasına, degenerasiyaya, onların parçalanmasına gətirib çıxarır. Sonda atrofiya ilə nəticələnir.

Optikoxiazmal araxnoidit kəskin və xroniki formalarda keçir, lakin kəskin formalar çox vaxt iltihabın ləng inkişaf etdiyi xroniki formaya keçir.

Xəstələr görmə itiliyinin ikitərəfli kəskin zəifləməsindən, temperaturun yüksəlməsindən, əzginlikdən, ümumi zəiflikdən, göz almasına, burnun üst hissəsinə irradiasiya edən baş ağrısından, göz almasının hərəkəti zamanı ağrıdan və bəzən qusmadan şikayətlənirlər. Yuxululuq, cinsi funksiyanın pozğunluğu, su-duz və karbohidrat mübadiləsinin pozulması, spontan nistaqmin əmələ gəlməsi, korneal reflekslərin

zəifləməsi şəklində diensefal pozğunluqlar qeyd oluna bilər. Görmə sahəsində – bir və ya hər iki gözün mütləq mərkəzi skotomaları, bəzən görmə sahəsinin gigəq yarısnın daralması (hemianopik qüsurlar) ilə mərkəzi və parasentral skotomalar aşkar edilir. Bitemporal məhdudiyətlə konsentrik daralma mümkündür. Xəstəliyin başlanğıcında görmə sahəsində qeyri-sabit (miqراسiya edən) qüsurların olması mümkündür. Oftalmoskopiya zamanı görmə siniri diskinin müxtəlif dərəcədə ifadə olunmuş ödemi, hipe-remiyası, diskdə venaların genəlməsi, bəzən hemorragiyalar, çoxlu mikroanevrizmlər, makulyar zonanın ulduz formasında ödemli olması müşahidə olunur. Görmə siniri dəyişməyə bilər.

Ancaq optikoxiazmal araxnoidit çox vaxt xarakter **kliniki əlamətlərlə** müşayiət edən xroniki proses hesab olunur:

- hər iki gözün görmə itiliyinin təcridən asimmetrik zəifləməsi;
- görmə sahəsinin konsentrik daralması (əvvəlcə qırmızı, yaşıl, sonra ağ rəngə qarşı) və ya heteronim (bitemporal) hemianopsiyanın müxtəlif variantları ilə bircə mütləq və ya nisbi mərkəzi skotomanın olması;
- oftalmoskopik olaraq görmə siniri disklərinin birincili atrofiyası;
- rentgenoloji, nevroloji, endokrin dəyişikliklərin olmaması;

Optikoxiazmal araxnoidit keçir:

- 70% halda ikitərəfli retrobulbar nevrit şəklində;
- 20% halda bitemporal hemianopsiyalarla olan xiazmal sindrom şəklində;
- 10% halda görmə sinirinin ağırlaşmış ödemi sindromu şəklində.

Nevroloji simptomatikanın qoşulması: gözün hərəkəti sinirinin zədələnməsi – III cüt (ptoz, xarici çəpəgzözlük, midriaz, diplopiya, akkomodasiyanın iflici, konvergensiyanın pozulması, ekzoftalm, diplopiya, xarici oftalmoplegiya, yəni göz alması hərəkətinin pozulması və daxili oftalmoplegiya, yəni bəbəyin vəziyyətinin pozulması); qoxu sinirinin zədələnməsi – I cüt (anosmiya, hiposmiya); üçlü sinirin zədələnməsi – V cüt (innervasiya nahiyəsində hissiyatın zəifləməsi, çeynəmə reflekslərinin zəifləməsi və ya itməsi, tər ifrazının pozulması, buyuz qışa trofikasının pozulması); uzaqlaşdırıcı sinir – VI cüt (daxili çəpəgzözlük, binokulyar üfqi diplopiya, zədələnmə tərdə göz almasının bayır tərəfə hərəkətinin olmaması); vestibulyar – VIII cüt sinirin zədələnməsi; ötürücü sistemlərin, beyin kötyünün zədələnməsi, vegetodamar krizi şəklində hipotalamik nahiyənin zədələnməsi, istilik tənziminin pozulması, su-duz və şəkər mübadiləsinin pozulması, tonik qıcolmalar, psixosensor pozğunluqlar) – xiazmanın zədələnməsinin kistoz formalarında və işlərdə tez-tez təsadüf olunur.

Xiazma nahiyəsində iltihabi proseslər üçün göz simptomatikasının nevroloji və endokrin pozğunluqlardan üstün olması xasdır.

Kranioqrafiyanın aparılması zamanı, adətən, dəyişikliklər aşkar olunmur, ancaq iltihab prosesi uzun müddət davam edərsə, türk yəharinin arxasının qalınlaşması, hipofizin əhəngləşməsi, kəllədaxili hipertenziya simptomları mümkündür.

Bitişmələri və kistoz dəyişiklikləri aşkar etməyə imkan verən pnevmosistemoqrafiya informativ hesab olunur. Xiazmadakı patoloji prosesin ekspress-diaqnostikası üçün görmə sahəsinin müxtəlif hissələrində sayrışmaların birləşməsinin böhranlı tezliyi təyin olunur.

Xəstəliyi dağınıq skleroz və tütün-alkoqol intoksikasiyası zamanı görmə sinirinin

zədələnməsi ilə **differensiasiya** etmək lazımdır.

Optikoxiazmal araxnoiditin **müalicəsi** yalnız stasionar şəraitində və nevropatoloqla birgə aparılır. Terapiya erkən, etiopatogenetik istiqamətlənmiş, kompleks, uzun müddətli olmalıdır.

Optikoxiazmal araxnoiditin nəticəsi görmə sinirinin hissəvi və ya tam, birincili, nadir halda ikincili atrofiyası hesab olunur.

Xroniki optikoxiazmal araxnoiditlərə görmə sinirinin Leber atrofiyası kimi tanınmış forması aiddir. Bu xəstəlik üçün xiazmal nahiyənin qişalarında produktiv iltihabın inkişafına əiləvi meyillilik xasdır. Bu iltihab kəskin görmə pozğunluqları ilə görmə sinirinin atrofiyasına gətirib çıxarır. Çox vaxt 15-30 yaşda kişilərdə təsadüf edilir. Nadir halda 10-30 yaşda qadınlarda rast gəlinir.

Xəstə əvvəlcə bir gözdə görmənin tez progressivləşən, ağrısız zəifləməsindən şikayətlənir. Bir neçə gün və ya aydan sonra bu şikayətlərin ikinci gözdə olmasını söyləyir. Görmə itiliyi 0,1-dən göz qarşısında barmaq sayına qədər olur.

Obyektiv: bir neçə həftə ərzində görmə sinirinin atrofiyasına qədər progressivləşən görmə siniri diskinin yüngül ödemi; diskin ətrafında damarların xırda teleangiektaziyaları; görmə sahəsində parasentral skotomalar aşkar olunur.

Qanda Leber mutasiyasının aşkari zamanı **diaqnoz** qoyulur.

Səmərali **müalicəsi** yoxdur. Neyrocərrahi müdaxilə (xiazma nahiyəsində bitişmələrin dağıdılması) göstərilir.

• **Dağınıq skleroz zamanı görmə sinirinin, xiazmanın, görmə traktının zədələnməsi.**

Dağınıq skleroz – sinir sisteminə demielinizasiya prosesi qrupuna aid, kəskinləşmə və remissiyalarla keçən xroniki progressivləşən xəstəlikdir.

Əksər halda keçirilmiş virus infeksiyası, irsi meyillilik xəstəliyin meydana gəlməsinə imkan yaradır. Xəstəliyin patogenezində ox silindrin saxlanması ilə sinir liflərinin demielinizasiyasına, xüsusən də onurğa beyni və baş beynin ağ maddəsinin zədələnməsinə gətirib çıxaran immunopatoloji reaksiyalara əhəmiyyətli yer verilir. Prosesin mahiyyəti ağ beyin maddəsinin birincili ödemindən, mikronekrozların əmələ gəlməsindən və mielin qişasının parçalanmasından ibarət olub, bunun ardınca disseminə olunmuş sklerozda sklerozlaşmış düyünlərin əmələ gəlməsi ilə, diffuz sklerozda beyin yarımkürələrində qliozun əmələ gəlməsi ilə astroqliyaların proliferasiyası baş verir.

Dağınıq skleroz topik və klinik olaraq serebral, spinal və serebrospinal olmaqla bölünür.

Dağınıq skleroz zamanı eyni dəyişikliklər görmə sinirində baş verir. Görmə siniri liflərinin yumşaq yatağında demielinizasiya ocaqlarının əmələ gəlməsi, qliya hüceyrələrinin hiperplaziyası müşahidə olunur. Sonralar, dağınıq sklerozun ifrat inkişaf etmiş mərhələlərində sklerozlaşmış toxuma arasında üstü açıq qalmış sinir liflərinin yerləşməsi müşahidə olunur. Bu zaman görmə funksiyasının saxlandığını izah edən ox silindrlərin saxlanması qeyd olunur. Ancaq, sonradan repressiv dəyişikliklər ox silindrləri də əhatə edir.

Əksər halda dağınıq sklerozun uzun müddət ərzində ilk və yeganə əlaməti retrobulbar nevrinin simptomatikası (görmənin kəskin zəifləməsi, görmə sahəsində skotomanın əmələ gəlməsi, bəzən bir sutkadan sonra görmənin yaxşılaşması) hesab olunur.

Dağınıq sklerozda görmə funksiyalarının pozulmasının müxtəlif variantları görmə

analizatorunun zədələnməsinin topikası ilə müəyyən olunur.

Görmə sinirinin retrobulbar nevrində diskin dekolorasiyasının əmələgəlmə müddəti onun zədələnmə səviyyəsinə asılıdır (patoloji proses görmə siniri diskindən nə qədər uzaqda yerləşərsə, onun dekolorasiyası ləng formalaşır və əksinə).

Dağınıq skleroz zamanı retrobulbar nevrin üç xarakter əlaməti malik olur:

1. **Residivlərlə geriə qayıdan** gediş (müəyyən rekonvalesensiya dövründən sonra tez-tez residivlərin əmələ gəlməsi).

2. **Öz-özünə sağalmaya meyillilik** (görmə itiliyinin sıçrayışı artması və mərkəzi skotomaların geriə inkişafı). Dağınıq sklerozda çox vaxt düyünlərin təkrar sərpməsi və mərkəzi sinir sisteminin həmin hissəsində, ələcə də görmə sinirində onların geriə inkişafı baş verir.

3. **Göz dibinin oftalmoskopik şəkli ilə görmə funksiyalarının vəziyyəti arasında ziddiyyət** (çox vaxt görmə siniri diskinin ifadə edilmiş dekolorasiyası ilə görmə funksiyalarının yüksək olması müşahidə olunur. Bu da sinir liflərinin demielinizasiyası fonunda ox silindrlərin saxlanması ilə izah olunur).

Dağınıq sklerozda **xiazma və görmə yolları** analoji patomorfoloji dəyişikliklərə məruz qalır. Xiazmanın və görmə yolunun zədələnmə topikasından asılı olaraq görmənin uyğun pozğunluqları (mərkəzi və parasentral skotomalarla bitemporal daralma; skotomasız bitemporal daralma; görmə sahəsinin sərhədləri daralmadan bitemporal parasentral skotomalar; bitemporal və binazal heteronim skotomalarla bitemporal daralma; homonim skotomalarla bitemporal daralma; sonradan görmə funksiyalarının yaxşılaşması ilə görmənin kəskin ikitərəfli zəifləməsi) müşahidə olunur. Görmə sahəsinin bitemporal daralması fonunda homonim skotomaların əmələ gəlməsi prosesin görmə traktının iltihaba cəlb olunması ilə xiazmanın arxa hissəsində yerləşdiyini göstərir.

Dağınıq sklerozda görmə sahəsində miqrasiya edən qüsurlar və ya xiazmal tipli miqrasiya edən skotomalar xiazmanın zədələnməsi üçün xasdır. Skotomalar görmə sahəsinin periferiyasında başlaya bilər, sonradan tor qişanın periferik hissələrinin funksiyalarının bərpası ilə mərkəzə doğru irəliləyir; bitemporal qüsurların nazal qüsurlarla əvəz olunması mümkündür. Skotomaların miqrasiyası bir neçə sutkadan bir neçə aya qədər ola bilər. Miqrasiya edən skotomaların olması bir tərəfdən prosesin gediş xüsusiyyətləri ilə (sinir liflərinin mielin qişalarının parçalanması və əvvəl zədələnməmiş mielin qişalarının hissəvi bərpası ilə yeni düyünlərin təkrar əmələ gəlməsi), digər tərəfdən, hər iki gözdən ötürücü görmə sinir liflərinin xiazmanın kiçik sahəsində toplanması ilə izah olunur.

Görmə siniri diskinin dekolorasiyası görmə pozğunluqları əmələ gəldikdən xeyli sonra (bir neçə həftədən bir neçə aya qədər) inkişaf edir. Bu da ənənə atrofik prosesin xiazmadan görmə siniri diskinə qədər yayılması üçün vaxtın gərək olması ilə izah edilir.

Qliofibrozu düyünlərin dizəbənzer cisimindən aşağı lokalizasiyasında müəyyən vaxtdan sonra həmişə göz dibində görmə siniri diskinin atrofiyası əmələ gəlir; dizəbənzer cisimindən yuxarı lokalizasiyasında – disk dəyişilmir.

Dağınıq sklerozun ifadə olunmuş klinik şəklində xəstəlik tez-tez iflic və yarımifliclərlə müşayiət olunur; hissi, hərəkəti, beyincik sistemlərinin (ataksiya), kəllə-beyin sinirlərinin II cütünün (görmə), IV cütünün (blokvari), VII cütünün (üz) zədələnməsi ilə keçir. IV cüt kəllə-beyin sinirinin (blokvari) zədələnməsi binokulyar şaquli diplopiyanın olması, gözün aşağıya və içəriyə hərəkətinin məhdudlaşması, düz baxan zaman zədələnməmiş gö-

zün orbitada daha yüksək vəziyyətdə olması, VII cüt (üz) – zədələnmə olan tərəfdə üz əzələlərinin zəifliyi və ya iflici, laqoftalm, hipersalivasiya, göz yaşının hiperproduksiyası və ya sekresiyasının azalması şəkildə özünü göstərir, eləcə də buynuz qişa epitelinin defekti ilə göz almasının inyeksiyası mümkündür.

Dağınıq sklerozun **diaqnostikasında** aşağıdakı müayinə üsulları böyük əhəmiyyətə malikdir:

- **funksional müayinə üsulları** (vizometriya, vizokontrastometriya, statik perimetriya, xronoperimetriya, rəngli kampilometriya, görmədən törənən potensialların yazılması, görmə sinirinin elektrik həssaslığının və labilliyin müayinəsi);
- **rentgenoloji üsullar** (kəllənin ümumi obzor rentgenoqrafiyası, Rize-Vaynşteyn üsulu ilə görmə sinirinin sümük kanalının rentgenoqrafiyası, kəllənin kompüter tomoqrafiyası).

Baş beyin maqnit-rezonans tomoqrafiyası görmə yolunun, baş beyin strukturunun, orbitanın yumşaq toxumalarının əksinin kifayət qədər kontrastlığını təmin edərək dağınıq sklerozu hətta onun asimptom gedişi zamanı aşkar etməyə imkan verir. Ona görə də baş beyin maqnit-rezonans tomoqrafiyası kardinal diaqnostik meyar hesab olunur.

Onurğa beyni mayesinin müayinəsi.

Utqof sınağının aparılması (vizometriya göstəricilərinin fiziki gərginliyə qədər və gərginlikdən sonra qeyd olunması). Müsbət sınaq (fiziki gərginlikdən sonra görmə itiliyinin zəifləməsi) dağınıq sklerozun olmasını göstərir.

Dağınıq sklerozda kəskin retrobulbar nevrin **proqnozu** əlverişlidir. Kifayət qədər uzun müddət görmə itiliyi yüksək qalır.

Dağınıq skleroz fonunda retrobulbar nevrit simptomları olan xəstələrin **müalicəsi**, imkan daxilində, vaxtında, nevropatoloqla birgə stasionar şərəitdə aparılır. Enən retrobulbar nevritlərin müalicə prinsipinə əsasən, görmə funksiyalarının vəziyyəti və prosesa dinamikada baxılması nəzərə alınmaqla aparılır.

Dağınıq sklerozun **nəticəsi** görmə sinirlərinin hissəvi və ya tam birincili atrofiyası hesab olunur.

Görmə siniri yolunun özünəməxsus zədələnmələri.

Görmə sinirinin özünəməxsus zədələnmələrinə göz strukturlarının ayrıca zədələnməsi yox, qişaların və ya baş beyin maddəsinin iltihabı ilə yanaşı görmə sinirinin müəyyən hissəsinin iltihabına cəlb olunması aiddir.

- **Optik vərəm nevriti.** Yukstapapilyar xorioretinitlərdə, tor qişa periflebitlərində, vərəm meningitində, xüsusən, proses xiazmada yerləşən zaman, proses sinir toxumasına keçdikdə görmə siniri vərəm infeksiyası ilə zədələnmə bilər.

Xəstəliyin hematogen yolla meydana gəlməsi mümkündür.

Bu halda xəstəlik digər lokalizasiyalı vərəm prosesi fonunda sərbəst keçir. Zədələnmə yolundan asılı olmayaraq, görmə sinirinin iltihabı spesifik qranulyomaların, bəzən şüşəvari cismə prominensiyaya edən şüşəbənzer bozultul-ağ rəngli törəmə şəkildə olan solitar tuberkulun əmələ gəlməsi ilə diffuz və ya qranulyomatoz proses formasında keçir. Ancaq xəstəlik daha çox diffuz optik nevrit tipində keçərək, onu digər etiologiyalı

nevritlərdən fərqləndirən spesifik simptomatikaya malik olur.

Diaqnostikada anamnez, xəstəliyin müddəti, rentgenoloji, tomoqrafik, bronxoskopik, immunoloji müayinə üsulları, ftiziatrik məsləhəti, eləcə də digər xroniki infeksiyaların (sifilis, revmatizm, sarkoidoz, virus xəstəlikləri) kənarlaşdırılması həlledici əhəmiyyətə malikdir.

Müalicəsi kompleks və spesifikdir. Ftiziatrla birgə aparılan tuberkulostatik preparatlarla kimyəvi terapiya əsas üsul hesab olunur.

- **Sifilisdə görmə siniri yolunun zədələnməsi.** Görmə sinirinin zədələnməsi mərkəzi sinir sisteminin sifilisində olur, meningeal, qummoz və damar formalarında keçir, durgunluq diski, intrabulbar və retrobulbar nevritlər, görmə sinirinin atrofiyası kimi təzahür edir.

Baş beyin sifilisinin meningeal və qummoz formalarında, nadir halda damar formasında görmə sinirinin durgunluq diski qeyd olunur.

Sifilis zamanı erkən, bəzən birinci ildə bazal lyuetik meningit inkişaf edir.

Erkən neyrosifilisin xüsusiyyətlərinə aiddir: asimptom və ya gizli sifilitik meningit, xəstələrin gənc yaşda olması, görmə itiliyinin zəifləməsi, göz almasının hərəkəti zamanı ağrı, çox vaxt uveitlə yanaşı göz dibində papillit əlamətlərinin əmələ gəlməsi.

Kəllə-beyin sinirlərinin aşağıdakı ardıcılıqda zədələnməsi bazal sifilitik meningitə xasdır: əvvəlcə VIII cüt (vestibulokoklear) – eşitmənin zəifləməsi; sonra III və IV cüt (gözün hərəkəti və blok siniri) – çəpgözlüyün, diplopiyanın, oftalmoplegiyanın inkişafı; sonda iltihab prosesinə II cüt (görmə siniri) cəlb olunur. Bu zaman görmə itiliyi uzun müddət zəifləmir, görmə sahəsinin konsentrasiya daralması (xüsusən rənglərə qarşı), görmə siniri diskinin hiperemiyası, ödemi, qansızmalar müəyyən olunur. Nəticədə görmə sinirinin ikincili atrofiyası inkişaf edir.

Bazal sifilitik meningitdə, həmçinin optiko-xiazmal meningit simptomlarının inkişafı, görmə sinirinin kəllədaxili hissəsinin zədələnməsi və retrobulbar nevrit simptomlarının inkişafı mümkündür.

Neyrosifilisin qummoz forması üçün görmə sinirinin durgunluq diskinin inkişafına gətirib çıxaran kəllədaxili təzyiqin artması xasdır. Adətən, görmənin və görmə sahəsinin (ən əvvəl qırmızı və yaşıl rəngə qarşı) ikitərəfli pozulması müşahidə olunur.

Çox nadir halda birtərəfli nevritlər inkişaf edir ki, ona da görmə itiliyinin əhəmiyyətli zəifləməsi, görmə sahəsində mərkəzi skotomaların və sektorabnazar düşmələrin olması; göz dibində – peripapilyar zonada hemorragiyalar, görmə siniri diskinin ödemi, diski örtən eksudat, eləcə də şüşəvari cismə preapapilyar bulanması xasdır.

Tabes və proqressivləşən iflic – gecikmiş sifilisin təzahürləri hesab olunur. Bunlar üçün görmə sinirlərinin birincili ikitərəfli atrofiyası və patogenezdə nüvə səviyyəsində zədələnmə duran **Arqayl-Robertson sindromu** xasdır. Bəbəyin konvergensiya və akkomodasiyaya qarşı normal reaksiyaları (daralma) saxlanılarkən bəbəyin işığa qarşı düz və müştərək reaksiyalarının ikitərəfli olmaması sindroma daxildir. Konvergensiyada bəbəklərin daralması saxlanılarkən anizokoriyanın olması ilə bəbəklərin işığa qarşı düz və müştərək reaksiyalarının olmaması – **gecikmiş bəbək monosindromu** üçün xasdır.

Görmə siniri atrofiyasının proqressivləşən və stasionar formaları fərqləndirilir. Proqressivləşən forma üçün zahirən görünən tam sağlamlıq fonunda korluğun tezliklə (bir neçə ay ərzində) baş verməsi; stasionar forma üçün – yalnız müəyyən bir səviyyəyə

qədər görmənin kifayət qədər tez azalması səciyyəvidir. Perimetriya zamanı – görmə sahəsinin konsentrik daralması (ən əvvəl yaşıl rəngə qarşı) qeyd olunur. Oftalmoskopiya zamanı görmə pozğunluqlarından qabaq baş verən görmə siniri diskinin progressivləşən dekolorasiyası müşahidə olunur.

Neyrosifilisin **diaqnostikası** anamnez əsasında, xəstəliyin gedişinin klinik xüsusiyyətlərini nəzərə almaqla seroloji müayinələrin nəticələrinə əsasən qoyulur.

Görmə sinirinin sifilitik zədələnməsinin **müalicəsi** spesifik, kompleks olmalı və venereoloq və nevropatoloqla birlikdə aparılmalıdır.

Görmə sinirinin toksiki (distrofik) zədələnmələri.

Görmə sinirinin toksiki zədələnməsi metil və etil spirti ilə, nikotinlə, sənaye zəhərlərilə, kənd təsərrüfatı və məişət zəhərləri ilə, dərman maddələrinin yüksək dozası ilə zəhərlənmə zamanı inkişaf edir. Görmə sinirinin toksiki zədələnməsinin kliniki təzahürləri ikitərəfli kəskin, nadir halda xroniki retrobulbar nevrit şəklində müşahidə olunur. Görmə sinirinin patoloqoanatomik dəyişikliklərinin əsasında iltihabi yox, görmə siniri liflərini və tor qişanın qanqlioz hüceyrələrini zədələyən distrofik proses (sinir liflərinin birincili degenerasiyası) durur.

• **Metilalkoqol intoksikasiyasında görmə sinirinin zədələnməsi (toksik optikopatiya).**

Təmiz metil spirti ilə olduğu kimi, tərkibində metil spirti olan mayelərlə zəhərlənmə zamanı zədələnmə mümkündür.

Kəskin ikitərəfli retrobulbar nevrit tipi üzrə, ancaq hər iki gözün zədələnmə dərəcəsi müxtəlif ola bilər.

Klinik olaraq ümumi intoksikasiya ilə (ürəkbulanma, qusma, mədə-bağırsaq traktının pozğunluğu, baş ağrısı, komatoz vəziyyət mümkündür) təzahür edir. Qısa müddətdən (bir neçə saatdan 1-2 sutkaya qədər) sonra hər iki gözün görməsi bəzən tam korluğa qədər kəskin zəifləyir. Bəbəklərin işığa qarşı reaksiyasının olmaması ilə bəbəklərin genəlməsi, akkomodasiyanın pozulması müşahidə olunur. Perimetriya zamanı görmə sahəsinin normal sərhədlərində mərkəzi skotoma və ya onların konsentrik daralma ilə birgə olması aşkar olunur. Xəstəliyin başlanğıcında göz dibi dəyişmiş, bəzən – görmə siniri diskinin müxtəlif dərəcədə ödəmi qeyd olunur. Sonralar (2-3 həftədən sonra) görmə sinirlərinin atrofiyası (görmə siniri kötyününün və tor qişanın qanqlioz hüceyrələrinin degenerativ dəyişiklikləri) inkişaf edir.

Görmə itiliyinin dəyişikliyi dinamikasından asılı olaraq toksiki optikopatiyanın gediş dörd variantda gəda bilər:

- 1) sonrakı yaxşılaşma olmadan ilkin pisləşmə;
- 2) sonrakı yaxşılaşma ilə ilkin pisləşmə;
- 3) sonrakı yaxşılaşma ilə ilkin pisləşmə və təkrar pisləşmə;
- 4) növbədən yaxşılaşma və pisləşmə ilə gediş.

Daha çox 3 forma, ən az – 1 və 4 forma müşahidə edilir.

Bundan başqa, metilalkoqol intoksikasiyasında əsas əlamət – hər iki gözün zədələnməsinin çox asimmetrik olması hesab olunur.

Müalicəsi – təcili ilk yardım göstərilməsindən ibarətdir.

Xəstəliyin nəticəsi görmə sinirinin atrofiyası hesab olunur.

• **Alkoqol-tütün intoksikasiyasında görmə sinirinin zədələnməsi.**

Tünd spirtli içkilərdən (tərkibində spirtin miqdarı çox olan) sui-istifadə etdikdə və tütündən tünd sortlardan (tərkibində nikotin çox olduqda) uzun müddət çəbib istifadə etdikdə inkişaf edir.

Bu növ intoksikasyada görmə siniri liflərinin distrofik və degenerativ dəyişiklikləri papillomakulyar dəstəyə də toxunur və müəyyən dərəcədə endogen vitamin B hipovitaminozunun inkişafı ilə əlaqədar olur. Görmə sinirində, xiazmada, görmə traktında papillomakulyar dəstənin yerləşməsinə uyğun olaraq (patoloqoanatomik müayinə zamanı) demielinizasiya ocaqları, görmə sinirinin atrofiyası, qlıyanın və birləşdirici toxumanın artması müəyyən olunur. Makulyar zonada – qanqlioz hüceyrələrin sayının azalması və degenerasiyası qeyd olunur.

Xəstəlik hər iki gözün müxtəlif zədələnmə dərəcəsi ilə ikitərəfli xroniki retrobulbar nevrit tipində keçir.

Görmənin pozulmasının tədricən inkişafı xarakterdir. Əvvəlcə xəstələr görmənin yüngül dumanlanması qeyd edirlər, sonralar bu, görmənin stabil progressivləşən zəifləməsi ilə əvəz olunur (0,1-ə qədər və aşağı, ancaq tam korluq müşahidə olunmur). Bununla belə, xəstələr zəif işıqlanma şəraitində və sükanın ala-toranlıq vaxtında gündüzə nisbətən yaxşı görürlər. Perimetriyada bu xəstəlik üçün tipik olan üçüq oval şəklində sentrosekal skotoma müəyyən olunur. Skotoma əvvəlcə qırmızı və yaşıl rəngə qarşı, sonra ağ rəngə qarşı aşkar olunur. Oftalmoskopik olaraq göz dibində xəstəliyin başlanğıc mərhələsində dəyişikliklər qeyd olunmur, gec mərhələdə – görmə siniri diskinin sərhədlərinin aydın olması ilə gicgah yarısının dekolorasiyası müəyyən olunur.

Göstərilən patologiya üçün Vekersin təsvir etdiyi müsbət skotoma simptomu (xəstə işıqlandırılmış kağız vərəqini fiksə edərək gözünü bağlamaqla və ağ vərəqi təkrar fiksə edərək, müayinə olunan gözün qarşısında bir neçə saniyə ərzində saxlanıb, sonra itən oval formalı sarı, qara və ya boz ləkə əmələ gəlir) xarakter hesab olunur.

Göstərilən kateqoriya xəstələr üçün toksiki polinevritin klinikası tipik hesab olunur.

Xəstəliyi optikoxiazmal araxnoiditlə və dağınıq sklerozda görmə sinirinin zədələnməsi ilə **differentiasiya** etmək lazımdır.

Alkoqoldan və tütündən çəkməkdən tam nəfəs saxlanılarkən xəstəliyin nəticəsi görmə sinirlərinin hissəvi atrofiyası (diskin gicgah yarısının avazılması) hesab olunur, ancaq görmə itiliyi əhəmiyyətli artır, stabilləşir, görmə sahəsində pozğunluqlar yoxa çıxır.

Xininlə zəhərlənmə zamanı görmə sinirinin toksiki zədələnməsinin inkişafı preparatın yüksək dozalarda (sutkada 5 q-dan çox) qəbulu zamanı baş verir. Xinin tor qişanın qanqlioz hüceyrələrinə, görmə siniri liflərinə, retinal damarlara toksiki təsir edir.

Xininin toksik dozada qəbulundan sonra (çox vaxt bir neçə saat sonra) ümumi zəhərlənmə simptomları (qulaqlarda küy, başgicəllənmə, qusma, ürək döyüntüsü, ətrafların tremoru) əmələ gəlir. Eyni vaxtda hər iki gözün görməsinin kəskin zəifləməsi (bəzən tam korluğa qədər); görmə sahəsinin konsentrik daralması və parasentral skotomaların əmələ gəlməsi (bəzən borulu), rəng duyğusunun pozulması müşahidə olunur. Göz dibində retinal damarların (xüsusən arteriyaların) kəskin daralması, makulada qırmızı ləkənin əmələ gəlməsi ilə tor qişanın işemiyası aşkar olunur. Tor qişanın periferiyasında və paramakulyar zonada (sarı ləkənin ətrafında) qeyri-bərabər piqmentasiya müşahidə olunur.

Müəyyən vaxtdan sonra görmə sahəsinin genişlənməsi ilə görmənin hissəvi (bəzən tam) bərpası qeyd olunur.

Xəstəliyin sonunda (2-3 həftədən sonra) görmə sinirinin hissəvi atrofiyasının inkişafı mümkündür.

Tor qişanın və görmə sinirinin oxşar zədələnmələri kollagenozların müalicəsində tətbiq olunan xinqamin preparatları (xloroxin, delagil, rezoxin, difosfat xlorokvin) ilə zəhərlənmədə müşahidə olunur. Bu qrup preparatların tor qişanın qanqlioz hüceyrələrinə və görmə siniri liflərinə toksiki təsiri onlardan uzun müddət istifadə etdikdə təzahür edir.

Kliniki şəkildə: görmənin zəifləməsi, mütləq və nisbi mərkəzi və parasentral skotomaların aşkarı, rəng duyğusunun pozulması, qaranlığa adaptasiyanın zəifləməsi üstünlük təşkil edir. Oftalmoskopiya zamanı görmə siniri diskinin dekolerasiyası, tor qişanın paramakulyar zonada və periferik hissələrdə pigmentasiyası aşkar olunur.

Nəticədə – görmə sinirlərinin atrofiyası baş verir.

Qurğuşunla xroniki zəhərlənmə zamanı tor qişanın qanqlioz hüceyrələrinin, görmə siniri liflərinin və göz alması damarlarının toksiki zədələnməsi müşahidə olunur. Buna da böyrək zədələnməsi ilə bircə rast gəlinir. Mərkəzi skotomaların aşkarı ilə görmə funksiyalarının tədricən zəifləməsi xasdır. Göz dibində – görmə siniri diskinin hipere miyası, ödəmi, diskdə və peripapilyar zonada qansızmalar qeyd olunur. Göz dibinin mərkəzi hissələrində qansızmalarla yanaşı müxtəlif kalibrli bozuntul ocaqlar; makul- yar zonada – “ulduz” fiquru müəyyən olunur.

Nəticədə – görmə sinirlərinin atrofiyası baş verir.

Görmə sinirinin toksiki (distrofik) zədələnməsi karbon-sulfidlə zəhərlənmədə, sulfamid preparatlarının, plazmosidin uzun müddət qəbulu zamanı müşahidə oluna bilər.

Yuxarıda göstərilən zəhərlənmələr üçün kəskin başlanğıc və zəhərlənmənin ümumi simptomlarının olması xasdır. **Kliniki şəkildə** qeyd olunur: görmə itiliyinin tez zəifləməsi, mərkəzi skotomaların olması, görmə sahəsinin konsentrik daralması mümkündür. Göz dibində – xəstəliyin erkən mərhələlərində dəyişikliyin olmaması və ya görmə siniri diskində ödəmin olması qeyd edilir.

Nəticədə – görmə sinirinin atrofiyası inkişaf edir.

Müalicəsi – intoksikasiya mənbəyinin təcili aradan qaldırılması və təcili kompleks dezintoksikasion və simptomatik terapiyanın aparılmasından ibarətdir.

Görmə sinirinin damar xəstəlikləri.

- **Görmə sinirinin işemik neyropatiyası** (görmə siniri diskinin işemiyası, damar optik neyropatiyası) görmə sinirini qidalandıran arteriya sistemində kəskin qan dövranı pozğunluğunun (stenoz və ya okklyuziya) nəticəsi hesab olunur. Xəstəlik həmişə ikitərəfli, çox vaxt asimmetrik olur.

Görmə sinirinin arterial sistemində qan dövranı pozğunluğunun topoqrafiyasına görə ön və arxa işemik neyropatiya fərqləndirilir.

Ön damar optik neyropatiyasının inkişafı görmə sinirinin ön hissələrini qidalandıran arteriya sistemində (arxa qısa siliar arteriyalar sistemi) qan dövranı pozğunluğu və göz daxili təzyiqlə göz almasının siliar damarlarındakı perfuzion təzyiqli arasındakı disbalansın əmələ gəlməsi ilə əlaqədardır. Arxa işemik neyropatiya görmə sinirinin arxa hissələrini qidalandıran (daxili və ümumi yuxu arteriyası) arterial damar-

lar sistemində qan dövranı pozğunluğu fonunda (spazm, stenoz, obliterasiya) meydana gəlir. Bəzi müəlliflər hesab edirlər ki, bu patologiyada görmə siniri diskində venoz qan dövranının müxtəlif dərəcədə pozğunluqları əhəmiyyətlidir.

Ön işemik neyropatiyada şikayətlər görmənin qəfildən zəifləməsindən və ya çox vaxt fiziki və emosional gərginlikdən sonra meydana gələn görmə sahəsinin qüsurlarındandır.

Hipertoniya və hipotoniya xəstəliyi, şəkərli diabet, ateroskleroz, obliterasiya edici endarterit, düyünlü periarterit, kollagenozlar, onurğanın boyun hissəsinin diskopatiyalarında vertebrobazilyar sistemində pozğunluqlar, magistral damarların trombozu, temporal arterit – etioloji amillərdən hesab olunur.

Obyektiv olaraq: görmə itiliyi işıq duyğusuna qədər (1-2 gün ərzində) zəifləyir, göz qarşısında əl hərəkəti. Görmə sahəsində – aşağı şöbələrin, aşağı-çəri kvadrantın itməsi, görmə sahəsinin yuxarı yarılarında müxtəlif qüsurlar, mərkəzi və parasentral skotomalar, konsentrik daralma qeyd olunur.

Oftalmoskopik olaraq göz dibində - xəstəliyin lap başlanğıcında görmə siniri diski dəyişilməmiş ola bilər, 2-3-cü sutkada diskin kəskin işemiyası və ödəmi, arterial damarların daralması, bəzən tor qişanın pambıqvari ödəmi, bəzən qansızmalar müşahidə olunur, sarı ləkə nəhiyəsi dəyişməmiş qalır.

Xəstəliyin sonunda (2-3-cü həftənin sonu) – görmə sinirinin müxtəlif dərəcədə ifadə olunmuş ikincili atrofiyası baş verir.

Arxa işemik neyropatiya az halda rast gəlinir və erkən diaqnostikası böyük çətinliklər törədir.

Şikayətlər və obyektiv müayinələrin göstəriciləri ön damar optik neyropatiyası ilə eynidir, ancaq görmə funksiyalarının pozulması dinamikası başqadır. Əvvəlcə görmə itiliyinin qeyri-kəskin zəifləməsi, 1-2 gündən sonra görmənin işıq hissiyyətinə qədər progressiv zəifləməsi müşahidə olunur.

Oftalmoskopik olaraq göz dibində 1-2-ci sutkalar heç bir dəyişiklik aşkar olunmur; yalnız 4-6 həftədən sonra görmə siniri diskinin görmə sahəsinin itidiyi hissəyə uyğun sektorunun avazıması görünür.

Nəticədə – görmə sinirinin hissəvi və ya tam birincili ön atrofiyası baş verir.

Temporal arterit (Xorton xəstəliyi, nəhəng hüceyrəli arterit) fonunda əmələ gələn damar optik neyropatiyasında klinika bir sıra xüsusiyyətlərə malikdir.

Şikayətlər ağrı ilə müşayiət olunmayan, progressivləşməyən, əvvəlcə bir gözdə olub, sonradan ikitərəfli olan görmənin kəskin itməsindəndir; eyni vaxtda və ya əvvəlcə baş ağrısı, çeynəmə zamanı ağrı, proksimal əzələ və oynaqların ağrısı (revmatik polimialgiya), anoreksiya, çəkinin itkisi, temperaturun yüksəlməsi baş verir. Xəstəlik 46-60 yaş və yuxarı yaşlarda başlayır.

Obyektiv olaraq: görmə itiliyinin əhəmiyyətli (göz qarşısında əl hərəkəti və hətta sifıra qədər) zəifləməsi, görmə sahəsində qüsurlar (çox vaxt görmə sahəsinin şaquli istiqamətdə daralması və ya mərkəzi skotomalar) müəyyən olunur.

Oftalmoskopiyada: görmə siniri diski mumabənzər sarımtıraş rəngdə və ya yüngül göyümtül, ödəmli, hüdudları pozunuq, şüşəvari cismə intensiv prominensiyaya edir, alovun dili şəkildə qansızmalar qeyd olunur. Bir qayda olaraq, tutqun peripapilyar ödəm müəyyən olunur. Tor qişanın arteriyaları kəskin daralır, bəzən sapvarı olur, tor qişanın ödəmli toxumasında itir, venalar genişlənilir, qanla dolğun olur, tor qişanın mərkəzi ar-

teriyasının okklyuziyası meydana gələ bilər. Diskin kəskin işemik ödemi tor qişa işemiyası ilə birgə təsvir edilmişdir. Ödemın rezorbsiyasından sonra, 12-14 gündən sonra, çox vaxt görmə siniri diskinin ikincili tam atrofiyası inkişaf edir. Palpasiya zamanı gicgah arteriyası bərkimiş olur, ağrıdır, pulsasiya olmur. Kəllə-beyin sinirlərinin (əksər halda 6-cı cüt) zədələnməsi mümkündür.

Diaqnostika anamnez əsasında aparılır, xəstənin yaşı həlledici əhəmiyyət kəsb edir. Tam həcmdə oftalmoloji müayinə - bəbək reaksiyaları, rəngli görmə yoxlanılır, oftalmoskopiya, perimetriya aparılır. Görmə sinirinin elektrik həssaslığının və labilliyinin aşağı enməsinə və sinir impulsunun görmə yolu boyunca ötürülmə vaxtının uzanmasını aşkar edən elektrofizoloji müayinələr vacibdir. Elektoretinoqrammada nəhəng hüceyrəli arteriit zəmanı biopotensialların tam sönməsinə qədər onların zəifləməsi, ön və arxa damar optik neyropatiasında normal göstəricilər qeyd olunur. Yuxu, göz, bloküstü arteriyalar sisteminin ultrasəs dopplerografiyası kifayət qədər informativ hesab olunur. Ultrasəs dopplerografiyası arteriyalarda qan cərəyanı parametrlərinin dəyişməsinə (qan cərəyanının xətti sürətinin azalması, diastolik qan cərəyanı sürətinin azalması, retroqrad qan cərəyanının olması) aşkar etməyə imkan verir. Lazer dopplerografiyasının tətbiqi görmə siniri diskində kapillyar qan dövrəni pozğunluğu olduğunu müəyyən etməyə imkan verir. Nəhəng hüceyrəli arteriitə şübhə olduqda gicgah arteriyalarının biopsiyası (arterial damarın intima qişasının qalınlaşması, dairəvi və nəhəng hüceyrələrlə infiltrasiya; iltihabi okklyuziya və damarın kalsinozu) informativ hesab olunur.

Differensial diaqnostika görmə siniri nevriti, tor qişanın mərkəzi arteriyası və mərkəzi venasının okklyuziyası, baş beynin yenitörəməsi və görmə siniri diskinin ödemi ilə aparılır.

Terapiyası təxirasalınmaz, stasionar şəraitində kompleks və terapevt və nevropatoloqla birgə aparılmalıdır.

Damar optik neyropatiasının **nəticəsi** erkən müraciət zamanı hissəvi atrofiya, gecikmiş müraciət zamanı – görmə sinirinin tam atrofiyası hesab olunur.

Görmə siniri qişalarında onurğa beyni mayesi dövrənin pozulması ilə əlaqədar xəstəliklər.

• **Görmə sinirinin durğunluq diski** – kəllədaxili təzyiqin artmasından və likvor hipertenziyasından törənən görmə sinirinin qeyri-iltihabi ödemidir. Bunun hesabına görmə siniri diski önə qabarrır və diskin diametri genişlənir (şəkl.46).

Mərkəzi sinir sisteminin aşağıdakı xəstəlikləri durğunluq diskini törədən səbəblər hesab olunur:

- baş beynin həcmli prosesləri (ən çox subtentorial şişlər, mədəcik şişləri, eləcə də bədxassəli şişlər. Belə ki, onların infiltrativ böyüməsi mikrosirkulyasiya pozğunluğu, qansızmaların inkişafı və kəllədaxili təzyiqin tez artması ilə müşayiət olunur);
- kəllədaxili təzyiqin artması ilə müşayiət olunan baş beynin iltihabi xəstəlikləri (meningitlər, araxnoiditlər, xüsusən kistoz araxnoiditlər, abseslər, tuberkulomalar, qummalar, parazitar kistalar);
- başın zədə və deformatsiyaları (yenidoğulmuşlarda – doğuş travması, kəllə sümüklərinin zədələnməsi ilə deformatsiya edən ostit, subdural və subaraxnoidal

hematomalar, kəllə əsasında osteodistrofik proseslər);

- iri beyin damarlarının anevrizması, beyin ciblərinin trombozu;
- ümumi xəstəliklər (hipertoniya xəstəliyi, diabet, böyrək xəstəlikləri, Adisson xəstəliyi, limfoqranulyomatoz, permisioz anemiya, leykemiya, qurd invaziyası).

Bundan başqa, kəskin hipotoniya ilə müşayiət olunan göz almasının dəlib – keçən yalanmalarında görmə sinirinin durğunluq diskinin əmələ gəlməsi mümkündür.

Durğunluq diskinin müxtəlif patogenetik nəzəriyyələri arasında patologiyanın inkişaf ardıcılığını izah edən Berin retension nəzəriyyəsidir:

- görmə sinirinin intranevral sahəsi boyunca kəllə boşluğuna toxuma mayesi axımının çətinləşməsi;
- görmə sinirində toxuma mayesi dövrənin pozulması venoz staza və qan dövrəni pozğunluğuna gətirib çıxarır;
- görmə siniri diskinin ödemi inkişaf edir;
- görmə siniri liflərinin degenerasiyası və qalxan və enən atrofiyanın inkişafı.

Görmə siniri diski nəhiyəsində ödemın tezliklə yayılması onun anatomik quruluş xüsusiyyətləri ilə izah edilir:

- neyroqliyada kapillyarların çox olması və onlarda mikrosirkulyasiya pozğunluğunun tez inkişafı;
- dəyazq mezenximal toxumanın zəifliyi;
- görmə siniri liflərinin mielin qişasının olmaması.

Kliniki olaraq görmə sinirinin durğunluq diskinin 5 mərhələsi fərqləndirilir:

- 1) görmə sinirinin başlanğıc durğunluq diski;
- 2) görmə sinirinin ifadə olunmuş durğunluq diski;
- 3) görmə sinirinin kəskin ifadə olunmuş durğunluq diski;
- 4) görmə sinirinin atrofiyasına keçməklə durğunluq diski;
- 5) görmə sinirinin durğunluqdan sonrakı ikincili atrofiyası.

Görmə sinirinin başlanğıc durğunluq diskinin klinikası. Şikayət olmur və ya tez-tez meydana çıxan baş ağrıları, bədənün vəziyyəti kəskin dəyişilərkən görmənin qəfildən dumanlanması olur. Çox vaxt xəstə okulistə başqa səbəb üzündən müraciət etdikdə və ya terapevt və ya nevropatoloq tərəfindən okulist yanına konsultasiyaya göndərilən zaman müayinə zamanı təsadüfən göz dibinin patologiyası aşkar olunur. Göz dibində ciddi ardıcılıqda: diskin yuxarı, aşağı, sonra nazal və temporal hüduqlarının pozulması xasdır. Diskdə və onun ətrafında "radial işıq saçma" əmələ gəlir. Venalar genəlir, arteriyalar dəyişmiş. Görmə siniri diskinin ölçüləri böyüyür və şüşəvari cismə prominensiyaya etməyə başlayır.

Görmə sinirinin ifadə olunmuş durğunluq diskinin klinikası. Bu iki mərhələ arasındakı sərhəd simptomu damar qıfının dolması və onun önə qabarmasıdır. Görmə siniri diskinin ölçüləri keyli artır, damarlar diskin ödemli toxumasında itir, arteriyalar kəskin daralır, venalar genişlənir. Diskdə və onun ətrafında ifadə olunmuş venoz staz və qansızmalar görsənir.

Görmə sinirinin kəskin ifadə olunmuş durğunluq diskinin klinikası. Şikayətlər görmə itiliyinin zəifləməsindən, görmə sahəsində qüsurların əmələ gəlməsindəndir.

Diskın ölçüləri üç-dörd dəfə və daha artıq böyümüş olur, əks oftalmoskopiya zamanı görmə siniri diski "lupaya sığmur". Diskin ödemının artma dərəcəsi onun refraksiyası-

nın azalmağa doğru dəyişilmə dərəcəsi (refraksiyanın 3,0 dioptriya azalması görmə sinirinin diskinin tor qişa səthindən 1 mm öna gəlməsinə uyğun gəlir) ilə təyin olunur. Diskin bütün səthi qansızmalar və ağ ocaqcıqlarla (dəyişilmiş sinir lifləri) örtülmüşdür. Ödemnin yayılması və makulyar zonada "ulduz fiquru" formasında distrofik dəyişikliklərin formalaşması ilə plazmorragiyaların əmələ gəlməsi qeyd olunur.

Görmə sinirinin durğunluq diskinin onun atrofiyasına keçməsi. Şikayətlər görmənin əhəmiyyətli zəifləməsindədir. Perimetriya zamanı görmə sahəsinin periferik sərhədlərinin konsentrik daralması müəyyən olunur.

Oftalmoskopik olaraq tor qişanın və görmə siniri diskinin ödemi azalır, diskdə və onun ətrafında hemorragiyalar sorulur, diskin ölçüsü azalır və sarımtıl-boz rəng alır.

Görmə sinirinin durğunluqdan sonrakı ikincili atrofiyasının klinikası. Xəstələr görmənin işıq hissiyyatına və ya tam korluğa qədər zəifləməsindən şikayətlənirlər.

Görmə siniri diskinin ödemi tam rezorbsiya olunur, disk yastılaşır, hüdudları qeyri-hamar olur. Diskin ölçüləri normal ölçülərdən bir qədər artıq olur və dekolorasiyalı olur.

Qeyd etmək lazımdır ki, görmə sinirinin başlanğıc durğunluq diskinin geriye inkişaf prosesi 1-2 ay çəkir, ödemnin rezorbsiyası aydın ardıcılıqla əks qaydada baş verir. İlk olaraq damar qığı, sonra temporal və burun hüdudları, axırda – yuxarı və aşağı hüdudları bərpa olunur.

Görmə sinirinin durğunluq diskindən başqa, supratentorial lokalizasiyalı həcmli proseslərdə görmə sinirinin fəsadlaşmış durğunluq diski tez-tez rast gəlinir. Bu zaman kəllədaxili təzyiğin artması ilə yanaşı əsas patoloji prosesin görmə analizatoruna bilavasitə təsiri (təzyiq və ya şişin böyüməsi) müşahidə olunur.

Prosesə əvvəlcə görmə sinirinin kəllədaxili hissəsi cəlb olunur, sonra görmə analizatorunun mərkəzi neyronunun zədələnməsi mümkündür. Çox nadir halda görmə traktı zədələnir.

Ağrılanmış durğunluq diskinin aşağıdakı əlamətləri ayırd edilir:

- 1) görmə sahəsinin görmə sinirinin durğunluq disklərinə xas olmayan dəyişiklikləri;
- 2) güclü dəyişilmiş görmə sahəsində yüksək görmə itiliyi;
- 3) hər iki gözün görmə itiliyində əhəmiyyətli fərq;
- 4) görmə sinirinin zəif ifadə olunmuş atrofiyalarında və ya atrofik dəyişikliklər olmadan görmə itiliyinin kəskin zəifləməsi;
- 5) bir gözdə görmə sinirinin əhəmiyyətli atrofiya əlamətləri ilə ikitərəfli durğunluq diski.

• **Foster-Kennedi sindromu**, əsasən, prosesin ön kəllə çuxurunda (şişlər, optoksiyalma sindrom, damar patologiyası) lokalizasiyası zamanı inkişaf edir. Patoloji prosesin (təzyiğin) görmə sinirinin intrakranial hissəsinə bilavasitə təsiri hesabına baş verir ki, bu da tezliklə sinirin birincili atrofiyasına və zədələnmə tərfədə amavroza gətirib çıxarır; patoloji prosesin sonrakı inkişafı kəllədaxili durğunluq diskini və digər gözdə görmə sinirinin durğunluq diskinin inkişafı ilə müşayiət olunur.

Görmə sinirinin durğunluq diskinin diaqnostikası gözün funksional müayinəsinə və oftalmoskopik şəkli əsaslanır. Kəllənin rentgenoqrafiyası, göz alması və orbitanın kompüter tomoqrafiyası, maqnit-rezonans tomoqrafiyası, ultrasəs müayinəsi, tor qişanın flüoresent angiografiyası, nevropatoloqun və neyrocərrahin konsultasiyası mütləqdir.

Differensial diaqnostika görmə sinirinin nevriti ilə (papillitlə), görmə sinirinin işe-

miyası (damar optik neyropatiyası ilə) və psevdonevritlə aparılır.

Görmə sinirinin işemiyasında görmə itiliyi kəskin zəifləyir və ümumi damar patologiyası ilə əlaqəlidir; görmə sahəsində – sektorabənzər skotoma; göz dibində – damarların müşayiət olunan dəyişiklikləri (skleroz, retinopatiya, anevrizma və s.) qeyd olunur.

Psevdonevrit iki tipdə olur:

1) Hipermetropiyada, görmə siniri diskinin səthində qlıyanın artması ilə şərtlənmiş psevdonevrit. Bunun nəticəsində diskin hüdudları pozulur və hətta damar dəstəsinin çıxış konfiqurasiyası da dəyişir ki, bu da görmə siniri diskinin həqiqi ödemini xatırladır.

2) Miopiyada görmə sinirinin çəpinə daxil olması ilə şərtlənmiş psevdonevrit. Nəticədə diskin yuxarı, aşağı və nazal hüdudlarının pozulması əmələ gəlir ki, görmə siniri diskinin başlanğıc ödemini xatırladır.

Psevdonevritdə zəif görmə itiliyi yüksək dərəcəli qeyri-uyğun (ölçüsü bir-birinə düz gəlməyən) refraksiyanın olması ilə şərtlənmişdir; görmə sahəsi dəyişməmişdir.

Papillitdə – görmənin qəfildən itməsinin orqanizmdəki ümumi iltihab prosesi ilə əlaqəsi; perimetriyada – mərkəzi skotoma və ya konsentrik daralma; oftalmoskopiyada görmə siniri diski çəhrayı, arteriola genişlənməmiş olur.

Terapiyası nevropatoloqla və ya neyrocərrahla birlikdə aparılmalı və görmə sinirinin durğunluq diskini törədən səbəblərin aradan qaldırılması istiqamətində (şişin cərrahi yolla götürülməsi, iltihab xəstəliklərinin müalicəsi, hematoma və s.) aparılmalıdır.

Görmə siniri atrofiyasının inkişafı zamanı terapiya bu xəstəliyin ümumi müalicə prinsipləri üzrə aparılır.

Nəticə – görmə sinirinin ikincili atrofiyası.

Görmə sinirinin atrofiyaları.

Görmə sinirinin atrofiyası görmə yolunu onun müxtəlif hissələrində zədələyən patoloji proseslərin nəticəsi hesab olunur.

Görmə siniri atrofiyasının etioloji amilləri:

1. Mərkəzi sinir sisteminin müxtəlif genzli xəstəlikləri:
 - sellyar lokalizasiyalı böyük yarımkürələrin, arxa kəllə çuxurunun şişləri;
 - beyin və onun qişalarının iltihabi prosesləri (bazal, xüsusən, optikoksiyalma araxnoiditlər, meningitlər, ensefalitlər, beyin absesləri, dağınıq skleroz);
 - kəllə - beyin zədəsi.
 2. Ümumi xəstəliklər və intoksikasiyalar:
 - ateroskleroz, hipertoniya xəstəliyi;
 - tütün-alkoqol intoksikasiyası, metil spirti, xinin, plazmosid, xorofos, sulfanilamidlərlə və s. ilə zəhərlənmələr;
 - böyük daxili profuz qanaxmalar.
 3. Göz almasının xəstəlikləri:
 - tor qişanın və görmə sinirinin damar xəstəlikləri;
 - tor qişanın piqment distrofiyası və s.
 4. Kəllə sümükələrinin xəstəlikləri və deformasiyası (Kruzon xəstəliyi, Pecet xəstəliyi) və irsi atrofiyalar (Leber, infantil atrofiyalar).
- Birincili (sadə) və ikincili (iltihabdan sonrakı, durğunluqdan sonrakı) atrofiyalar:

hissəvi və ya tam; stasionar və progressivləşən; birtərəfli və ikitərəfli; qalxan və enən atrofiyalar fərqləndirilir.

Görmə sinirinin birincili atrofiyası irsi ola bilər və ya intoksikasiya, ateroskleroz, xiazmanın və mərkəzi sinir sisteminin müxtəlif hissələrinin patologiyası kimi səbəblərdən törənə bilər.

Birincili atrofiya üçün disk adi ölçüdə olmaqla, aydın hədudlarının saxlanması, onun səthində arteriollların daralması və sayının azalması 6-7-ya, bəzən də 3-ə çatması (normada 10) ilə (Kestenbaum simptomu) görmə sinirinin dekolerasiyasının inkişafı xasdır. Diskin qanla təchizinin seqmentar xarakterini nəzərə alaraq, atrofiya da seqmentar xarakter daşıya bilər. Birincili atrofiyada görmə itiliyinin müxtəlif dərəcədə zəifləməsi və görmə sahəsində müxtəlif dəyişikliklər (konsentrik daralma, mərkəzi skotomalar, xiazmal tip üzrə dəyişikliklər) qeyd olunur.

Görmə sinirinin ikincili atrofiyası iltihabdan, görmə sinirinin damar patologiyasından, görmə sinirinin durğunluq diskindən sonra inkişaf edir.

İkincili atrofiya üçün diskini ölçülərinin böyüməsi, onun sərhədlərinin nahamar olması, tor qişanın damar patologiyası ilə yanaşı peripapillyar xorioretinal distrofiyanın olması xasdır. Görmə itiliyi, bir qayda olaraq, aşağı olur. Görmə sahəsində mərkəzi, parasentral və sektoral skotomalar müəyyən olunur.

Görmə siniri diskinin dekolerasiyası yayılmasına və intensivliyinə görə müxtəlif ola bilər. Papillomakulyar dəstənin zədələnməsi zamanı diskin gicgah yarısının avazılması müşahidə olunur, atrofik prosesin diffuz yayılması zamanı -diskin bərabər dekolerasiyası müşahidə olunur.

Atrofiyada görmə siniri diskinin solğun rəngi görmə sinirini qidalandıran kapillyarların obliterasiyası və sayının azalması ilə şərtlənmişdir. Nəticədə sinir liflərinin nazımlması və destruksiyası, onların qlioz və birləşdirici toxuma ilə əvəz olunması müşahidə olunur, skleranın xəlbirvari səfəsi görsənir.

Görmə siniri atrofiyasının inkişafı ilə paralel, makulyar zonada açıq rəngdə xırda ocaqcıqlar, pigment yığıntısı şəklində təzahür edən (çox vaxt papillomakulyar dəstənin zədələnməsində) distrofik dəyişikliklərin inkişafı mümkündür.

Görmə sinirinin ikitərəfli atrofiyası intrakranial proseslərdə tez-tez rast gəlinir. **Birtərəfli atrofiya** görmə sinirinin zədələnməsində, orbitada patoloji proseslər olduqda və ya göz almasının birtərəfli patologiyasında baş verir.

Yadda saxlamaq lazımdır ki, görmə sinirinin atrofiyasında görmə funksiyalarının vəziyyəti heç də həmişə oftalmoloji şəkli uyğun gəlmir (görmə siniri diskinin minimal dəyişikliklərində - görmə funksiyasının çox zəifləməsi ola bilər). Əsas atrofiya ocağı göz almasından aralıda yerləşdikcə, göz dibi o qədər gec zədələnir. Görmə dəstəsi və görmə qabığı zədələndikdə enən atrofiya yalnız dizəbənzər cismə qədər yayılır.

Diaqnostikada vizometriya, perimetriya (xüsusən də ağ və rəngli obyektlərə qarşı), kraniografiya (türk yəhərinin şəkli mütləqdir), retinokortikal vaxtın və adaptasiyanın müayinəsi, flüoressent - angiografik müayinə əsas götürülür.

Müalicəsi kompleks, sistematik olaraq vaxtında aparılmalı, görmə sinirinin iltihab infiltrasiyasının və ödem qalıq əlamətlərinin azaldılmasına, görmə sinirində trofikanın yaxşılaşdırılmasına və qan dövranının gücləndirilməsinə, parabiyoziya vəziyyətində yerləşən sinir liflərinin fəaliyyətlərinin stimulyasiyasına istiqamətləndirilməlidir. Əsas

etioloji amilin aşkarının və müalicəsinin vacibliyini nəzərə alaraq nevropatoloqun, otolarinqoloqun, terapevtin konsultasiyası mütləqdir.

Görmə sinirinin şişləri.

Görmə sinirinin şişləri - kifayət qədər nadir patologiyadır. Birincili və ikincili olur. Görmə sinirinin birincili şişləri iki növdə təsvir olunur:

1. Görmə sinirinin qlial hissəsinin elementlərindən inkişaf edən (sinirin kötüyündən başlanğıclarını götürürlər) **qliomalar**. Xiazmaya doğru böyüyüb bilər. III mədəciyin dibinə doğru inkişaf edib baş beyinin həyatı vacib mərkəzlərinin zədələnməsinə və ölümlə nəticələnməyə gətirib çıxarır. Görmə siniri diskinə tərəf böyüyə bilər və oftalmoskopik olaraq "gülləmə" şəklini xatırlatmış olur. Metastaz vermir. Qliomalar (spongioblastomalar, oliqodendrositomalar, astrositomalar) - sürətlə inkişaf edən şişlərdən olub, əksər halda uşaqlarda rast gəlinir və şiş hər iki görmə sinirinə doğru böyüdükdə hər iki gözdə tam korluq inkişaf edir.

2. **Meningeomalar** sərt və hörümçək torunabənzər beyin qişaları arasında yerləşən endotelədən inkişaf edir. Şiş görmə siniri kötüyünə doğru və ya sərt beyin qişasından kənarlara doğru böyüyə bilər. Meningeomalar (araxnoendotelomalar) daha çox yetkin yaşlı adamlarda rast gəlinir. Ləng inkişaf xasdır.

Görmə sinirinin birincili yenitörəmələrinin **simptomatikası** müxtəlif olur və onların lokalizasiyasından (intraabulbar, intraorbital, intrakanalikulyar, intrakranial) asılıdır. Görmə itiliyinin tədricən zəifləməsi (zədələnmə olan tərəfdə tam korluğa qədər), müxtəlif dərəcəli birtərəfli ekzoftalmın inkişafı xasdır. Göz alması, bir qayda olaraq, tış tərəfə yüngül əyilməklə, düz önə qabarıq, ancaq göz almasının tam hərəkətliyi saxlanılır. Ekzoftalmın böyük dərəcələrində laqoftalm müşahidə olunur, bu da buynuz qişasının kserozu və göz almasının deşilməsi kimi buynuz qişadakı distrofik proseslərin inkişafına səbəb ola bilər. Ancaq ekzoftalmın dərəcəsi yenitörəmənin həqiqi ölçülərini həmişə xarakterizə etmir, çünki onun böyüməsi görmə siniri boyunca kəllə boşluğuna doğru ola bilər.

Yeni törəmənin intrakranial lokalizasiyasında ekzoftalm olmaya da bilər. Belə halda diaqnostika həmişə gecikmiş olur. Oftalmoskopiya zamanı qansızmalarla və tor qişanın ödemi ilə görmə sinirinin durğunluq diski şəkli mümkündür. Sonradan görmə sinirinin ikincili atrofiyası inkişaf edir və ya görmə sinirinin birincili atrofiyasının əlamətləri olur.

Diaqnostika. Kəllənin rentgenoqrafiyası, orbitanın və baş beyinin maqnit - rezonans tomoqrafiyası, kompüter tomoqrafiyası qiymətli üsul hesab olunur. Uşaqlarda görmə siniri qliomasının kardinal əlaməti zədələnmə tərəfdə görmə siniri kanalının genişlənməsi (Reze - Qudvin şəklinə əsasən) hesab olunur.

Görmə sinirinin **ikincili şişlərinə** tor qişadan inkişaf edən qliomalar və ya damarlı qişadan inkişaf edən melanoblastomalar aiddir. Neyrofibromatoz zamanı görmə siniri diskinin şişləri də məlumdur. Görmə sinirinin ikincili metastatik şişləri mümkündür.

Müalicəsi oftalmoloji və ya neyrocərrahiyyə stasionarı şəraitində cərrahi yolla edilir.

Görmə sinirinin inkişaf anomaliyaları.

Görmə sinirinin inkişaf anomaliyalarının əmələ gəlməsi çox halda embriogenezdə

görmə sinirinin formalaşması və göz yarığının bağlanması prosesinin pozulması ilə əlaqədardır. Döl yarığının qeyri-tam bağlanması zamanı görmə sinirinin koloboması əmələ gəlir ki, buna da xorioideyanın və tor qişanın koloboması ilə çox vaxt birgə təsadüf edilir. Yarıq daha erkən bağlanarkən və ya sinir liflərinin göz qədəhi ayaqçıqına kök salması (girməsi) ləngiyərkən görmə siniri diskinin aplaziyası müşahidə olunur. Görmə sinir liflərinin kök salması hissəvi ləngidikdə orada çuxur əmələ gəlir. Görmə sinir anomaliyası mezodermal şüşəvari cismin və embrional hialoid arteriyasının qalıqları ilə birgə olduqda epipapillyar membranın əmələ gəlməsi mümkündür. Bir sıra inkişaf anomaliyaları (pseudonevritlər, mielin lifləri, diskdə çökək, kolobomalar) tez-tez rast gəlinir, qalanları nadir halda müşahidə olunur.

- **Görmə siniri diskinin kolobomaları** formasına və həcminə görə müxtəlif ola bilər, kifayət qədər tez-tez rast gəlinir, göz almasının digər inkişaf anomaliyaları ilə birgə olur, ailəvi-irsi xarakter daşıyır. Görmə sinirinin və onun qişalarının koloboması ayırd edilir. Həqiqi kolobomada görmə siniri diskinin yerində girdə, oval və ya üçbucaq formalı, mavi-ağ rəngli, sərhədləri aydın, piqmentlə haşiyələnmiş ölçüsü 2/3 disk diametrinə qədər olan çökəklik aşkar olunur. Koloboma nəhiyyəsi tor qişə səviyyəsindən çox aşağıda yerləşir, yəni skleranın xəlbirvari səfhsinə xas, nahamar dibli dərin ekskavasiya müşahidə olunur. Bu zaman diskin həqiqi sərhədləri görülmür, yalnız kolobomanın yuxarı hissəsində xorioideyanın böyük qüsuru fonunda nəzərə çarpır. Damar dəstəsi müxtəlif hissələrdə yerləşir və çox dəyişilmiş olur. Damarlar bir dəstə şəklində aşağı kənardan və ya kolobomanın bütün kənarı boyunca bərabər çıxa bilər. Görmə itiliyi normadan əhəmiyyətli zəifləyir qədər (korluğa qədər mümkündür) variasiya edə bilər. Görmə sahəsinin yuxarı və ya burun hissələrində görmənin itməsi aşkar olunur. Əgər hər iki görmə sinirinin temporal yarığının koloboması meydana gəlirsə, görmə sahəsində binazal itmələr serebral patologiyanın əlaməti kimi qiymətləndirilə bilər.

Nadir halda kolobomanın "peripapillyar həqiqi stafiloma" adlanan forması müşahidə olunur ki, normal görmə siniri diski düzgün silindrik formalı çökəyin dibində yerləşir.

Disk koloboması görmə siniri diskindən aşağıda yerləşir, bəzən də diskdən normal göz dibi hissələri ilə ayrılır.

Görmə siniri qişalarının koloboması, adətən, diskin aşağı kənarında aşkar edilir və bir qayda olaraq damarlı qişə kolobomaları ilə birgə rast gəlinir. Göstərilən patologiyadakı oftalmoskopik dəyişikliklər görmə siniri diskinin aşağı hüdudunda skleranın ektaziya-sı, xorioideyanın, piqment epitelinin olmaması ilə şərtlənmişdir. Görmə pozğunluqları əhəmiyyətsizdir və ya yoxdur.

- **Görmə siniri diskində çuxurcuq (çökək)** – oftalmoskopiya zamanı aydın kənarlı, oval, girdə formalı tünd ləkə şəklində (onların dibi oftalmoskopiya işıqlanmır) aşkar olunan tez-tez təsadüf edən anadangəlmə anomaliyadır.

Əksər halda dəyişikliklər birtərəfliyədir. Çox vaxt görmə siniri diskinin temporal yarığında yerləşir, dərinliyi 1-8 mm-ə qədərdir. Bu qədər əhəmiyyətli dərinlik skleranın ektaziya-sı ilə izah olunur. Çuxurun dibi qliz toxuma ilə, sinir liflərinin az miqdarı və qanqliz hüceyrələrlə örtülür. O, yumşaq beyin qişası ilə ayrılır.

Görmə funksiyaları pozulmaya bilər, ancaq bəzən görmə sahəsində qüsurlar: kor ləkə

ilə bağlı parasentral və ya pəzəkəkilli skotomalar aşkar olunur. Görmənin zəifləməsi, adətən, müxtəlif makulyar dəyişikliklərlə: mərkəzi seroz makulopatiya, müxtəlif dərəcəli ödemlər, makulyar kistalar, hemorragiyalar, müxtəlif piqment pozğunluqları, kobud degenerativ ocaqlarla əlaqədar olur. Makulyar zonadakı dəyişikliklərin patogenezi tam aydınlaşdırılmamışdır. Çuxur görmə siniri diskinin temporal yarığında yerləşdiyindən makulanın (papillomakulyar dəstənin) qidalanmasının pozulması mümkündür. Görünür bu da çuxurcuq nəhiyyəsində damar keçiriciliyinin pozulması ilə bağlıdır. Flüoresent angiografiyanın nəticələri mayenin subretinal cərəyanının çuxurcuqdan sarı ləkəyə doğru olduğunu göstərir.

- **Görmə siniri diskinin və tor qişanın mielin lifləri** – mielinizasiyanın görmə siniri liflərini əhatə etdiyi və xəlbirvari səfhsinin arxasında gözün daxilində diskə və tor qişaya yayıldığı inkişaf anomaliyasıdır.

Səciyyəvi oftalmoskopik şəkil müşahidə olunur: kənarları diş-diş, nahamar olan, formasına görə alov dilini, tülkü quyruğunu xatırladan, diskdən tor qişaya yelpik şəklində gedərək onun damarlarını örtən ağ rəngdə parlaq ləkədir.

Mielin lifləri tor qişada görmə siniri diskindən müxtəlif məsafədə yerləşərək iltihab ocaqlarına bənzəyir. Görmə siniri diskinin yaxınlığında çoxlu miqdarda mielin liflərinin olması bu şəkli durğunluq diskinə oxşadır; diskdə yerləşdikdə - şişin şəklini verir.

Onlar öz-özlüyündə gözün funksiyasına təsir etmirlər. Görmə funksiyaları, adətən, pozulmur, ancaq mielin liflərinin makulyar zonada lokalizasiyasında və ya mikroftalm, xorioideyanın koloboması, ametropiya kimi anomaliyalarla birgə rast gəldikdə görmə itiliyi zəifləyə bilər. Mielin lifləri çox vaxt neyrobromatoz zamanı aşkar edilir.

Perimetriyada – kor ləkə böyüyür.

- **Görmə siniri diskinin hipoplaziyası və aplaziyası.** Görmə siniri diskinin aplaziyası kifayət qədər nadir rast gəlinən birtərəfli və ya ikitərəfli anomaliya olub, göz almasının və mərkəzi sinir sisteminin digər inkişaf qüsurları ilə birgə olur. Göz dibində görmə siniri lifləri və disk, retinal qanqliz hüceyrələr və retinal damarlar olmur. Görmə funksiyaları olmur.

Görmə siniri diskinin hipoplaziyasına tez-tez, eyni zamanda çox nadir rast gəlinir. Görmə siniri diski bir və ya hər iki gözdə normal həcminin 1/3-1/2-nə qədər ölçüdə kəçilmiş olur və piqmentasiya zonası ilə örtülür. Görmə siniri diskinin damar sistemi normal inkişaf edir, damarların qıvrım olması mümkündür.

Görmə funksiyaları kəskin pozulur və hipoplaziyanın dərəcəsindən asılıdır.

Kəllənin rentgenoqrafiyasında görmə dəliyi ölçülərinin azalması aşkar olunur.

Görmə siniri diskinin hipoplaziyası çox vaxt mikroftalm, aniridiya, orbitanın inkişaf etməməsi ilə birgə müşahidə olunur. Eyni zamanda psixofiziki inkişafdan qalma, zədələnmə olan tərəfdə üzün hemiatrofiyası qeyd oluna bilər.

- **Görmə siniri diskinin böyüməsi (megalopapilla)** – nadir rast gəlinən bir və ya ikitərəfli anomaliyadır.

Disklərin böyüməsi müxtəlif dərəcədə (bəzən onun sahəsinin, demək olar ki, ikiqat artması) baş verir. Gicgah tərəf genişlənmə müşahidə olunur ki, onun da hesabına konfiqurasiya dəyişir (fizioloji ekskavasiyanın böyüməsi və yastılşması, mərkəzi retinal damarların atipik çıxışı). Görmə siniri disklərinin qara rəngi mümkündür.

Ametropiyanın olması qeyd olunur. Görmə itiliyi normal və ya müxtəlif dərəcədə zəifləmiş ola bilər.

- **Görmə siniri diskinin inversiyası** – onun əksinə, çevrilmiş vəziyyətdir. Adı vəziyyətdən yalnız oftalmoskopik şəkli ilə fərqlənir: 180° çevrilmə, nadir halda 90° və az.

Anadangəlmə konus ilə birgə ola bilər, çox vaxt görmə itiliyinin zəifləməsi ilə, refraksiya anomaliyası ilə müşayiət olunur.

- **Görmə siniri diskinin anadangəlmə ekskavasiyası** – zahirən qlaukomatoz ekskavasiya ilə oxşar olub, onun skleral kanalının çap yerləşməsidir. Görmə siniri kanalının çap gedişi hesabına formalaşır. Bu zaman disk şaquli yerləşmiş oval formaya malik olur. Onun burun kənarı önə çəkilir, bir qədər sallanır, damarların gedişi əyri olur. Çox vaxt refraksiya anomaliyası ilə birgə rast gəlinir.

- **Görmə siniri diskinin (GSD) ikiqat artması (qoşa disk)** görmə sinirinin müəyyən bir məsafədə ikiqat artması ilə birgə rast gəlinir. Nadir təsadüf edilən birtərəfli anomaliyadır.

Göz dibində - öz damarları ilə iki görmə siniri diski qeyd olunur. Əlavə disk adətən kiçik ölçüdə olur, çox vaxt əsas diskin kənarı ilə bağlı olur və istənilən vəziyyətdə yerləşə bilər. İkiqat artmanın dərəcəsi az ifadə oluna bilər, başqa sözlə bir diskdə retinal damarlar iki müxtəlif çökəklikdən çıxır.

Digər anomaliyalarla, xüsusən makulyar zonanın anomaliyaları ilə birgə olduqda, görmə funksiyası pozula bilər.

- **Anadangəlmə psevdonevrit (yalançı nevrit); görmə sinirinin psevdodurğunluğu** – görmə sinirinin tez-tez müşahidə edilən inkişaf anomaliyalarındandır. Əksər halda – ikitərəfli dəyişiklik (80% halda) qeyd olunur. Bəzən ailəvi – irsi patologiya şəklində təzahür edir.

Anomaliyanın morfoloji əsası – görmə sinirinin intraokulyar hissəsində birləşdirici toxumanın və qlial toxumanın hiperplaziyasıdır.

Kliniki şəkli nevrit əlamətləri ilə göstərilir: görmə siniri diski hiperemiyaləşib, sərhədləri qeyri-aydındır. Zəif dərəcələrdə diskin yalnız burun sərhədi qarışıq (qeyri - aydın) olur, ifadə olunmuş formalarda isə - bütün sərhədlər yuyulmuş olur, görmə siniri diskinin mərkəzi hissələrinin şüşəvari cismə prominensiyası qeyd olunur. Əksər halda diskdə damarların atipik şaxələnməsi və qıvrımlığı, onların sayının artması aşkar olunur. Ancaq arteriya və venaların kalibri və nisbəti dəyişilmir.

Çox halda yüksək dərəcəli hipermetropiya, az halda – miopiya qeyd olunur.

Görmə itiliyinin azalması refraksiya anomaliyası ilə əlaqədar olub uyğun korreksiya zamanı artır, ambliopiya mümkündür.

Diaqnostika çətinlik törədir. Psevdonevritləri görmə sinirinin durğunluq diski və papillitlə differensiasiya etmək lazımdır.

Həqiqi nevritdən fərqli olaraq, psevdonevritlərdə peripapillyar ödem, diskdə hemorragiya və eksudat olmur, damarların kalibri normal olur. Görmə itiliyi, adətən, korreksiya tabe olur və pozulmur. Görmə sahəsində qüsurlar aşkar olunmur. Dinamikada müşahidə zamanı prosesin progressivləşməsi (simptomatikanın artması) olmur.

Psevdodurğunluq zamanı oftalmoskopik olaraq qlioz nəticəsində meydana gələn görmə siniri diskinin mərkəzində optik kəsiyin genişlənməsi müəyyən olunur. Bundan başqa, səthində, durğunluq diskindəki nisbətən daha zərif cızıqlar, disk kənarının saçaqlı olması görünür. Diskdə normal arterio – venoz nisbətədə normal kalibrli damarlar görünür. Flüoressent angiografiya üsulu ilə damarların normal keçiriciliyi aşkar olunur.

Psevdodurğunluq zamanı normada olan kor ləkənin sərhədlərinin müəyənəsi diaqnostik cəhətdən mühüm hesab edilir, dinamikada müşahidə (progressivləşmənin olmaması); intrakranial patologiya simptomlarının olmaması əsasdır.

Psevdodurğunluğun diskin, tor qişanın druzları və digər anomaliyalarla birgə olması mümkündür.

- **Görmə siniri diskinin anadangəlmə piqmentasiyası** – diskdə, çox vaxt da damar qıfı nahiyəsində damar boyunca piqment yığıntısı ilə xarakterizə olunan nadir rast gəlinən patologiyadır. Az halda bütünlüklə disk zolaq və qövs şəklində piqmentlə (tünd – boz rəngdən tutmuş qarayadək) örtülüdür. Rüşeym yarığının mövcud olduğu dövrdə mərkəzi damarlarla birlikdə gözə daxil olaraq disk toxumasına keçən tor qişanın piqment epitel hüceyrələri və ya xorioideyanın xromatoforları bu anomaliya zamanı piqmentin mənbəyi olur. Piqment sinir lifləri qatında yerləşir.

Görmə funksiyaları, bir qayda olaraq, pozulmur.

Disk piqmentasiyası gözün melanozunda da (disk nahiyəsində damarlı qişa melanoblastomasının inkişafı) müşahidə oluna bilər. Bu halda oftalmoskopik olaraq piqmentləşmiş xəlbirvari səfəhə görünür. Dəyişikliklərin dinamikası əhəmiyyət kəsb edir.

- **Anadangəlmə konus** oftalmoskopik olaraq görmə siniri diskinin kənarı yaxınlığında ağ oraqvari zona kimi təsvir olunur.

Miopik konusdan fərqli olaraq, anadangəlmə konus diskin istənilən hissəsində, daha çox onun aşağı hissələrində yerləşir. Bu halda disk oval formada olur, onun uzun oxu konusun oxuna paralel olur.

Göstərilən anomaliyanın formalaşması rüşeym yarığının bağlanması qüsuru ilə bağlıdır. Disk zonasında piqment epitelinin, Brux membranının, damarlı qişanın nüvə qatının inkişaf qüsurları qeyd olunur. Konusun dibi üzərindən görmə sinirinin dəyişilməmiş lifləri keçən skleradan formalaşır. Konusun əks tərəfindən damarlı qişa və tor qişa diskin üzərindən sallanan iti qalxmış kənarı formalaşdırır.

Bu anomaliya zamanı çox vaxt yanaşı gedən anomaliya, əksər halda yüksək dərəcəli hipermetropik astigmatizm hesabına görmə itiliyinin zəifləməsi müşahidə olunur.

- **Prepapillyar membran** mezodermal şüşəvari cismin qeyri - tam geriye inkişafı zamanı qalıq toxuma kimi qiymətləndirilir, bəzən hialoid arteriyanın qalıqları ilə əlaqəsi olur. Oftalmoskopik olaraq “dənizdə üzən meduzanı” xatırladan, göz almasının hərəkəti zamanı öz vəziyyətini dəyişən, görmə siniri diskindən aralı olan açıq rəngli yarışəffaf girdə formalı pərdə şəklindədir. Görmə funksiyaları pozulmur.

- **Görmə siniri diskinin druzları** kifayət qədər tez - tez rast gəlinir. Əksər halda, bu, anadangəlmə, bəzən də irsi anomaliya hesab olunur. Həyat boyunca druzların əmələ gəlməsi və miqdarının artması barədə müşahidələr var. Anomaliya, bir qayda olaraq, ikitərəfli olur, ancaq druzlar hər iki gözdə qeyri – simmetrik yerləşir. Druzlar

GÖRMƏ ÜZVÜNÜN ZƏDƏLƏRİ

rın mənşəyi qeyri-məlum qalır. Patohistoloji müayinələr onların hialinəbənzər maddələrdən (hialin cisimciklərindən) ibarət olduğunu göstərir. Bir sıra müəlliflər onların hüceyrə maddələrindən ibarət olduğunu hesab edirlər. Görmə siniri diski druzlarının müxtəlif yaşda özünü göstərən embrional mezodermal displaziyanın nəticəsi olması ehtimalı da var. Belə bir ehtimal da var ki, druzlar – mukopolisaxaridlərin kolloid maddəsidir.

Səthi, dərin, gizli və amputasiya olunmuş druzlar fərqləndirilir. Səthi druzlar oftalmoskopik olaraq ağımtıl və ya sarımtıl, yarı şəffaf, girdə, tək sayda və ya çoxlu, disk səthindən qalxan törəmənin konqlomeratı şəklindədir. Çox vaxt diskin burun kənarında və damarların yaxınlığında, diskin mərkəzində, eləcə də peripapillyar zonada yerləşir. Qeyri-düz qırmızı işıqda yaxşı görünən, önə çıxan druzların hesabına diskin kənarları naxışlıdır. Görmə siniri diskinin bütün səthini örtən çoxlu sayda druzlar olduqda disk şüşəvari cismə prominensiya edərək böyüyür, səthi təpəyoxşar olur, fizioloji ekskvasiya hamarlaşır. Səhvən görmə sinirinin durğunluq diski diaqnozunu qoymaq olar.

Dərin druzlar adi oftalmoskopiyada görsənmir, düz qırmızı işıqda oftalmoxromoskopiya zamanı aşkar olunur.

Gizli druzlar disk toxumasında dərinə yerləşir və diskin şüşəvari cismə prominensiyasında qismən bürüzə verir.

Druz üçün damarların qeyri-adi quruluşu və yerləşməsi: siloretinal arteriyaların olması, damarların erkən şaxələnməsi, onların qıvrılması, damar dəstələrinin, kələflərin olması ilə qeyri-adi gediş xasdır. Nadir halda damarların sıxılması nəticəsində diskin sinir lifləri qatında, peripapillyar zonada, eləcə də şüşəvari cisimdə yerləşən çox da iri olmayan qansızmalar meydana çıxır.

Görmə itiliyi druzlar olduqda zəifləmir, ancaq kor ləkənin böyüməsi aşkar oluna bilər.

Druzların tor qişanın degenerasiyası, tor qişanın pigment abiotrofiyası, damarlı qişanın peripapillyar atrofiyası, görmə sinirinin atrofiyası ilə birgə olması halları qeyd olunur.

Uşaqlarda druzlar miqren, baş beyin disfunksiyasının simptomları şəklində müxtəlif nevroloji simptomlarla birlikdə rast gəlinir.

Druzları görmə sinirinin durğunluq disklərindən **differentiasiya** etmək üçün tam oftalmoloji (kämpimetriya, vizometriya, oftalmoxromoskopiya dinamikada) və nevroloji müayinələrin aparılması lazımdır.

- **Konyunktivanın yad cisimləri** sənaye müəssisələri işçilərində tez - tez rast gəlinir. Yad cisimlər qapağın, tağın, göz almasının konyunktivasında yerləşə bilər. Onlar ya səthi yerləşirlər, ya da konyunktiva toxumasına kök salır. Qapaq konyunktivasında yad cisim subtarzal qırışıqda ola bilər.

Yad cisim kimi metal qırıntıları, toz hissəcikləri, qum, əhəng, şüşə hissəcikləri ola bilər. Konyunktivasında yad cisim olan xəstələr diskomfortdan, yaşaxma, gözün qızarması və yad cisim hissiyyatından şikayət edirlər. Kliniki şəkli: çevrilmiş qapağın konyunktivasında, subtarzal büküşdə və ya digər yerində çox vaxt nöqtəvari yad cisim aşkar olunur.

Tağ konyunktivasının yad cismini aşkar etmək üçün qapaq qaldırma vasitəsilə üst qapağı çevirmək lazımdır. Sancılıb dərinə getmiş yad cisimlərin aşkarı müəyyən çətinliklər törədir. Bu zaman qıcıqlanma simptomları da kəskin olur, buynuz qişada eroziya müşahidə edilir. Gözqırpmə zamanı ağrı hissiyyatı daha kəskin təzahür edir.

Konyunktivanın yad cisminin **diaqnostikası** yandan işıqlandırma, binokulyar lupa, ən yaxşı biomikroskopianın köməyi ilə həyata keçirilir. Bulbar konyunktivanın yad cisimlərinin aşkarı zamanı, xüsusilə skleranın dəlib - keçən yaralanmasını istisna etmək üçün biomikroskopianın tətbiqi lazımdır. Bu patologiya ambulator müalicə olunur. **Ağırlaşmalardan** konyunktivitləri, buynuz qişada eroziyalarını, buynuz qişada xorasını göstərmək olar.

Vaxtında aparılmış müalicə zamanı **proqnoz** əlverişlidir.

- **Buynuz qişanın yad cisimləri** dedikdə, metal qırıntıları, qum, əhəng, kömür hissəcikləri və s. nəzərdə tutulur. Səthi və dərin yad cisimlər, mərkəzdə yerləşən və periferik yad cisimlər fərqləndirilir. Səthi yad cisimlərin bir hissəsi əmələ gələn çoxlu gözyaşı ilə yuyula bilər. Dərin yad cisimlər gözü az qıcıqlandırır və özlərini areaktiv aparırlar. Kimyəvi aktiv yad cisimlər (əhəng hissəciyi, dəmir, mis qırıntısı) güclü qıcıqlanma törədir.

Buynuz qişasında yad cisim olan xəstənin **şikayətləri** gözdə ağrı, işıqdan qorxma, yaşaxma, göz yarığının açılma bilməməsi, yad cisim hissiyyatı, görmə itiliyinin zəifləməsindən (xüsusilə, yad cisim mərkəzdə yerləşdikdə) ibarət olur.

Kliniki dəyişikliklər: göz yarığı daralır və ya blefarospazm, göz almasının qarışıq inyeksiyası müşahidə olunur. Buynuz qişada nöqtəvari və ya müxtəlif ölçülərdə yad cisim qeyd olunur. Buynuz qişanın müxtəlif qatlarında yerləşən çoxlu yad cisimlər də müşahidə oluna bilər. Yad cismin olma müddətindən asılı olaraq onun ətrafında infiltrat ola bilər.

Buynuz qişanın yad cisimləri yandan işıqlandırma üsulu ilə, binokulyar lupanın köməyi ilə, biomikroskopiya vasitəsilə aşkar olunur. Biomikroskopiyaya yad cismin yerləşmə dərinliyini və onun çıxarıma taktikasını müəyyən etməyə imkan verir.

Buynuz qişanın yad cisimləri çıxarılanda yarıqlı lampadan və ya əməliyyat mikroskopundan, mikroinstrument dəstindən, maqnitdən mütləq istifadə olunmalıdır.

Yad cisim buynuz qişanın dərin qatlarında yerləşərsə, yaralanmanın dəlib - keçən xa-

rakterli olmasını istisna etmək lazımdır.

Buynuz qişanın səthi yad cismi çıxarıldıqdan sonra sağalma 3-5 gündən sonra ambulator müşahidə altında başlayır.

Buynuz qişanın yad cisimləri endoftalmit ilə nəticələnən buynuz qişa xorasının əmələ gəlməsi ilə ağırlaşa bilər. Bundan başqa, yad cismin çıxarılması virus keratitinin meydana gəlməsi üçün zəmin yarada bilər. Yad cismin mərkəzi lokalizasiyasında buynuz qişanın bulanması ilə bağlı görmə itiliyi zəifləyə bilər.

Optik zonadan kənarında səthi yad cismin lokalizasiyasında proqnoz əlverişlidir. Gec mürciət olunduqda, müalicə vaxtında aparılmadıqda **proqnoz** pisləşir.

• **Buynuz qişanın eroziyası.** Buynuz qişa epitelinin travmatik qüsurları eroziya adlanır. Buynuz qişanın eroziyası müxtəlif ölçüdə ola bilər. Ən sevimli yeri-göz yarığı zonasıdır. Bu patologiya oftalmoloqun təcrübəsində çox rast gəlinir.

Buynuz qişanın eroziyası kəskin ifadə olunmuş ağır sindromu, blefarospazm, yaşaxma, işıqdanqorxma ilə müşayiət olunur. Nöqtəvari qüsurlar 1% flüoressein məhlulu damızdırıldıqdan sonra aşkar olunur. Bu zaman epitelin təmizliyinin pozulduğu yer rənglənilir və nəzərə çarpır. Sahəsinə görə böyük qüsurlar yandan işıqlandırma, binokulyar lupa ilə və biomikroskopiyaya zamanı görünür.

Bu xəstəliyi virus keratitləri ilə (səthi epitelial keratitlərlə) **differensasiya** etmək lazımdır.

Eroziyanın müalicəsi ağırlaşmamış hallarda ambulator müalicə zamanı 2-3 sutka ərzində sağalma ilə qurtarır. Buynuz qişanın eroziyası buynuz qişa xorasının əmələ gəlməsi, irinli infeksiyanın qoşulması, virus keratitinin inkişafı ilə ağırlaşa bilər.

Proqnoz, bir qayda olaraq, əlverişlidir.

• **Buynuz qişanın kontuziyası.** Buynuz qişanın aşağıdakı kontuzion zədələnmələri ayırd edilir: buynuz qişanın eroziyası, stromanın ödemi, dessemət qişasının yarığı və kəsiyi, buynuz qişanın qanla imbibisiyası, limb boyunca göz almasının cırığı.

Yüngül dərəcəyə eroziya aiddir; stromanın ödemi və bulanması – orta dərəcəliyə aiddir. Dessemət qişasının cırığı, buynuz qişanın qanla imbibisiyası, limb boyunca kəskin – ağır dərəcəli kontuziyaya aiddir. Buynuz qişa kontuziyası olan xəstələrin **şikayəti**: görmənin zəifləməsi, gözdə ağrı, işıqdanqorxma, yaşaxma, blefarospazm.

Buynuz qişanın kontuzion eroziyasının klinikası artıq təsvir olunmuş eroziyanın klinikasından əhəmiyyətli fərqlənir. Qeyd etmək lazımdır ki, kontuzion eroziyanın dərinliyi müxtəlif ola bilər.

Stromanın bulanması və ödemi, adətən, daha şəffaf prelimbal hissələr fonunda buynuz qişanın mərkəzi hissələrində yerləşir. Dessemət qişasının kəsiyi və yarığının diaqnozu biomikroskopiyaya və qonioskopiya zamanı qoyulur. Onlar bir ucu əsasə fiksə edən, digər ucu bəbək zonasına istiqamətlənən halqa və ya zolaq şəklini alır.

Buynuz qişanın qanla imbibisiyası total hifema zamanı, xüsusən, xəstə zədədən sonra üzü aşağı uzanırsa, buynuz qişa qırmızı – qəhvəyi rəng alır. Qan sorulduqca buynuz qişanın periferiyası daha şəffaf olur. Buynuz qişanın dərin qatlarının ödemi və bulanması dessemət qişasının zədələnməsində müşahidə olunur. Xəstələrin müayinəsi zamanı yandan işıqlandırma üsulundan, binokulyar lupadan və biomikroskopiyadan istifadə olunur. Oftalmotonusa nəzarət, gözün dərin mühitlərinin zədələnməsini istisna etmək

məqsədilə USM vacibdir. Buynuz qişanın dəlib – keçən yaralanmalarını istisna etmək üçün **differensial diaqnoz** lazımdır.

Buynuz qişanın kontuziyası olan xəstələr göz stasionarı şəraitində müalicə olunmalıdırlar.

Buynuz qişa kontuziyasının nəticəsi buynuz qişanın bulanması, ikincili kontuzion qlaukoma ola bilər; büllurun dislokasiyası, hemoftalm və tor qişanın qopması ilə müşayiət oluna bilər. Bu fəsadlar onunla izah olunur ki, kontuziya zamanı yalnız buynuz qişa yox, digər strukturlar da zədələnir. Demək olar ki, göz almasının bütün qişaları zədələnir.

Yalnız buynuz qişanın yüngül dərəcəli kontuziyasında görmənin bərpası cəhətdən **proqnoz** əlverişlidir, orta və ağır dərəcəli kontuziyalarda şübhəlidir.

• **Skleranın kontuziyasında** limb zonasında (şlem kanal) yarık müşahidə olunur. Bir qayda olaraq skleranın kontuziyası ağır dərəcəli kontuziyaya aiddir. Skleranın kontuziyası ilə olan xəstələr gözdə ağrıdan, görmənin kəskin zəifləməsi və ya olmamasından, qansızmadan şikayətlənirlər. Skleranın kəsiyi çox vaxt göz almasının yuxarı yarısında, yuxarı-bayır və ya yuxarı - içəri tərəfdə, zərbinin əks tərəfində meydana gəlir. Bu zaman bulbar konyunktivanın təmizliyi saxlanılır. Bu patologiya skleranın subkonyunktival kəsiyi adlanır. Əmələ gələn yaraya daxili qişalar (qüzehli qişa, büllur, şüşəvari cisim) düşür. Ön kamera qanla və şüşəvari cisim hissəcikləri ilə dolur. Gözdaxili təzyiq kəskin aşağı düşür. Hemoftalm da baş verə bilər. Üst qapağın altında qanla hopdurulmuş bulbar konyunktiva tünd hündürlük şəklində yerləşir ki, onun da altında düşən qişalar qeyd olunur. Buynuz qişa dessemət qişasının kobud büküşləri ilə deformasiyaya uğramış olur.

Skleranın kontuziyasında görmə itiliyi, rəng duyğusu, oftalmotonus yoxlanılır, biomikroskopiyaya, oftalmoskopiyaya, diafanoskopiyaya aparılır. Tor qişanın qopmasını və hemoftalmı istisna etmək məqsədilə USM olunur.

Skleranın kontuziyasını skleranın yaralanmalarından, sklera qatlarının hissəvi qopmasından **differensasiya** etmək lazımdır. Çünki sonrakı mikrocerrahi işləmə ilə yaranın yoxlanması lazımdır.

Adətən, oxşar xəstələr stasionar müalicəyə ehtiyac duyurlar.

Ağırlaşmalardan infeksiyanın qoşulması, göz almasının subatrofiyası və atrofiyası mümkündür.

Skleranın kontuziyası zamanı vaxtında aparılmış müalicədə proqnoz əlverişlidir, gec mürciət olunduqda – az sevincidir.

Skleranın kontuziyasında daxili qişalar da, xüsusən, tor qişa və damarlı trakt (qüzehli qişa, kirpikli cisim, xorioideya) zədələnir.

• **Damarlı qişanın kontuziyası** qişaların kəsiyi, qansızmalar, zədələnmiş qişaların trofikasının pozulması ilə səciyyələnir. Yüngül, orta və ağır dərəcəli kontuziyalar fərqləndirilir. Yüngül dərəcəliyə ön kameraya çox da böyük olmayan qansızmalarla olan nisbətən balaca zədə aiddir. Orta dərəcəliyə şüşəvari cismə və ön kamera mayesinə iri qansızmalarla müşayiət olunan qişaların cırığı aiddir. Damarlı qişanın ağır dərəcəli kontuziyaları total hifema və hemoftalm ilə damarlı qişanın və kirpikli cismin cırığı, qüzehli qişanın böyük sahəni əhatə edən və ya demək olar ki, tam qopması ilə müşayiət olunur.

Zədənin dərəcəsinə asılı olaraq görmə itiliyi cüzi zəifləyər bilər və normaya qədər tez bərpa oluna bilər (yüngül dərəcəli), əhəmiyyətli azala və tam bərpa olunmaya bilər (orta dərəcəli) və görmənin yaxşılaşmasına ümid olmadan görmə tam itə bilər (ağır dərəcəli).

Damarlı qişanın kontuziyası olan xəstələr gözdə ağrıdan, görmə itiliyinin zəifləməsindən, yaşaxmadan, gözün qızarmasından, göz yarığının daralmasından və ya blefarospazmdan şikayətlənirlər.

Qüzehli qişanın kontuziyasında onun daha zəif yerləri, qüzehli qişanın kökü və sfinkter zədələnilir. Sfinkterin cırığı üçbucaq formasında olub, qüzehli qişanın bəbək zonası naxış (diş-diş) şəklində alır. Bəbək bu halda naxışlı forma alır, ancaq daha ağır zədələnmələrdə travmatik midriaz inkişaf edir.

Şlemm kanalı boyunca yarıqdan başqa, ön kamera bucağının resessiyası baş verə bilər. Qüzehli qişanın kökü onun toxumalarının hissəvi cırılmasına görə yerini dəyişir. Hərəkətsiz hissələrlə müqayisədə ön kamera bucağı resessiya zonasında enli olur.

Kökü nahiyəsində qüzehli qişanın qopması (iridodializ) hissəvi və ya tam (travmatik aniridiya) ola bilər. Hissəvi iridodializ zamanı əmələ gəlmiş oval formalı dəlikdən göz dibindən gələn çəhrayı refleks görünə bilər (əgər hifema və hemoftalm yoxdursa). Qüzehli qişanın tam qopması zamanı o, ön kameranın dibində boz toxuma yığılı şəklində yerləşir.

Kirpikli cismnin kontuziyası zamanı akkomodasiyanın dəyişiklikləri (spazm və iflic), oftalmotonusun dəyişiklikləri (hipertoniya və hipotoniya), hemoftalm şəklində qansızma, kirpikli cismnin qopması müşahidə oluna bilər.

Akkomodasiyanın travmatik spazmında bəbək dar, refraksiya – miopik olur. Travmatik tsikloplegiya midriazla müşayiət olunur, həftələr və ya aylarla saxlanılır. Gözdaxili təzyiqin travmatik dəyişiklikləri gah onun artması, gah da azalması istiqamətində dəyişə bilər. Dayanıqlı, stabil hipotoniya kirpikli cismnin qopmasını göstərə bilər. Kəskin hipotoniyadan başqa, ön kamera dayazlaşır, ancaq oftalmoskopiya və biomikroskopiya zamanı qopmuş kirpikli cismi tapmaq olur. Kirpikli cismnin yastı qopması zamanı onu yalnız sikloskopiya da görmək mümkündür. Beləliklə, kirpikli cismnin travmatik qopması üçün uzun müddət saxlanılan hipotoniya, dayaz ön kamera, kirpikli cismnin qopmasının sikloskopik əşkarı xasdır.

Xorioideyanın kontuzion dəyişiklikləri üçün cırığın və qansızmaların əmələ gəlməsi xarakterdir. Damarlı qişada görmə sinirinə münasibətdə konsentrik yerləşən yarıqlar (partlamalar) qeyd olunur. Onlar, adətən, göz dibinin temporal hissəsində yerləşirlər. Sklera görsəndiyindən yarıqlar ağımtıl zolaq şəklində olur. Bəzən cırığın kənarları boyunca qara piqment ola bilər. Cırıqlar tək və çox saylı ola bilər. Xorioideya cırığının üzərindən keçən tor qişa damarları öz gedişlərini dəyişmirlər. Xorioidal hemorragiyalar, adətən, sərhədləri az və ya çox dərəcədə aydın olan tünd boz törəmə şəklində subretinal yerləşirlər. Dinamikada müşahidə zamanı qan sorulduqca onların ölçüsü azalır. Şüşəvari cismə prominensiyanın dərəcəsi də azalır.

Damarlı qişanın kontuziyası olan xəstələrin müayinəsi zamanı görmə funksiyalarının müayinəsi, gözdaxili təzyiqin ölçülməsi, yandan işıqlandırma üsulu, qonioskopiya, sikloskopiya, düz və əks oftalmoskopiya, USM tətbiq olunur.

Differensial diaqnoz buyuz qişanın, skleranın dəlib – keçən yaralanmaları ilə aparılır. Kontuzion zədəsi olan xəstələrin **müalicəsi** stasionar şəraitində aparılmalıdır.

Ağırlaşmalardan ikincili kontuzion qlaukomanı, kataraktanın progressivləşməsini, tor qişanın traksion qopmasını və uveitləri qeyd etmək lazımdır.

Damarlı qişanın yüngül dərəcəli kontuziyasında **proqnoz** əlverişlidir, gec mürcəət zamanı şübhəlidir.

• **Büllurun kontuziyası** onun bulanması və vəziyyət dəyişiklikləri (sublyuksasiya və dislokasiya) ilə səciyyələnilir. Büllurun kontuzion bulanması həddən artıq müxtəlifdir. Onların çoxu ağır zədələrə aid edilir.

Bülluru zədələnməmiş xəstələr görmənin müxtəlif dərəcədə zəifliyindən, bəzən ikiləşmədən, gözdə ağrıdan şikayətlənirlər.

Kliniki olaraq büllurun kontuzion xarakterli bulanmasının aşağıdakı tipləri ayırılır:

- Fossius halqası – büllurun ön kapsulunda qüzehli qişanın bəbək zonasının piqment haşiyəsindən alınan qəhvəyi rəngli halqadır. Bu halda görmə zəiflənilir. Piqment halqası vaxt ötdükcə izsiz sorulur;
- erkən rozetşəkilli katarakta – kontuzion kataraktanın tipik formasıdır. Ulduzu xatırladır və arxa qabığın altında yerləşir;
- gecikmiş rozetşəkilli katarakta (bu da arxa qabığın altında yerləşir). O, zədədən 1-2 il sonra meydana çıxır. Bu bulanma daha sıx olub, ölçüsünə görə kiçik olur;
- travmatik zonulyar katarakta (nisbətən nadir olur);
- diffuz və ya total katarakta (daha tez-tez rast gəlinir);
- zədədən sonrakı senil kataraktalar (daha erkən “yenişir”).

Büllurun vəziyyət pozğunluqları zinni bağlarının travmatik qırılması zamanı baş verir. Zinni bağlarının qırılması hissəvi və tam olur. Zinni bağlarının hissəvi qırılması zamanı büllurun yarımqıxığı (sublyuksasiyası), bağların tam qırılması zamanı – büllurun cırığı (dislokasiyası) baş verir.

Büllurun yarımqıxığı zamanı ön kamera qeyri-bərabər dərinlikdə olur, onun dərinliyi müxtəlif hissələrdə dəyişir və iridodializ yerində daha dərin olur. Burada həm də şüşəvari cismnin yırtığı və onun ayrı-ayrı fibrilləri yerləşə bilər. Göz almasının hərəkəti zamanı iridodenez və fakodenez yaxşı görsənir.

Büllurun cırığı ön kameraya, şüşəvari cismə doğru, skleranın cırığında – konyunktivanın altına ola bilər. Əgər büllur şəffafdırsa və ön kameraya yerini dəyişibse, yağ damlasını xatırladır.

Büllurun şüşəvari cismə dislokasiyası zamanı o, daha çox şüşəvari cismnin aşağı hissələrində yerləşir. Belə halda bəzən oftalmoskopiya zamanı ikili görmə sinirini görmək olur. Şüşəvari cismə yerini dəyişmiş şəffaf büllur bulanaraq buzumlu rəng alır.

Büllurun bu patologiyasının müayinəsi zamanı yandan işıqlandırma, göz almasının ön və arxa kəşiklərinin biomikroskopiya, qonioskopiya, transskleral diafanoskopiya, oftalmoskopiya, tonometriya, USM kimi üsullardan istifadə olunur.

Büllurun kontuziyasını buyuz qişanın və skleranın dəlib – keçən yaralanmaları ilə **differensiasiya** etmək lazımdır.

Büllurun kontuziyası ağır patologiyalar qrupuna aid olduğundan xəstələr göz stasionarında müalicə olunurlar.

Ağırlaşmalardan ikincili fakotopik qlaukomanı, hemoftalmı, tor qişanın qopması

nı və uveitləri qeyd etmək olar.

Büllurun kontuziyasında, hətta müasir müalicə üsullarından istifadə olunsa belə, **proqnozu** ciddidir. Gec mürciət zamanı ciddi fəsadlarla nəticələnə bilər.

• **Tor qişanın kontuziyası** qopma, qansızmalar və ödemlə səciyyəlidir. Tor qişanın yüngül, orta və ağır dərəcəli kontuziyaları fərqləndirilir. Yüngül dərəcəliyə tor qişanın ödemi və kiçik qansızmalar aiddir. Tor qişanın orta dərəcəli kontuziyasında sonralar sarı ləkənin kistasına gətirib çıxaran sarı ləkədə yerləşən iri qansızmalar müşahidə olunur. Tor qişanın ağır dərəcəli kontuziyası makulada yarıq, dişli xətdən tor qişanın qopması ilə müşayiət olunur.

Tor qişanın kontuziyası olan xəstələr görmənin zəifləməsindən, görmə sahəsinin daralması və itməsindən, mərkəzi skotomadan **şikayətlənirlər**. Berlin bulanması (tor qişanın ödemi) arxa qütbədə yerləşir, südəbənöz kül rəngində olur və makulanı bütünlüklə əhatə edə bilər. Bulanmanın mərkəzində “albalı çayirdəyi” (tor qişanın foveal hissəsi görsənir) qeyd olunur. Bu bulanma tam sorula bilər və ya piqmentasiya meydana gələ bilər. Əgər kista formalaşmayıbsa və cırıq yoxdursa, bulanma sorulduqca görmə yaxşılaşır və ya tam bərpa olunur. Əgər berlin bulanması sarı ləkədən aralıda yerləşibsa görmə pisləşməyəcək.

Retinal qansızmalar girdə, şam alovunabənöz, preretinal, piyalə tipində, subvitreal olur.

Tor qişanın periferiyasında retinal yarıqlar, dişli xətdən qopma, sarı ləkədə dəliyin əmələ gəlməsi tor qişanın qopmasına gətirib çıxarır. Travmatik proliferativ retinopatiya vitreal qansızmalardan və traksion pərdənin formalaşmasından sonra ikincili olaraq inkişaf edir. Sonuncular tor qişanın qopmasına gətirib çıxara bilər.

Tor qişanın kontuziyasında görmə funksiyasının vəziyyətini öyrənmə (görmə itiliyi, mərkəzi və periferik görmə sahəsi, rəng görməsi) müayinə üsulları, düz və əks oftalmoskopiya, göz almasının ön və arxa kəsiklərinin biomikroskopiya, tor qişanın yarıq və qopmalarının aşkarı və dəqiq lokalizasiyası kimi **müayinə üsulları** tətbiq olunur.

Instrumental müayinə üsullarından USM şüşəvari cismin, tor qişanın vəziyyətini müəyyənləşdirmək üçün mühümdür.

Differensial diaqnoz göz almasının dəlib – keçən yaralanmaları ilə, makulanın kistası ilə aparılır.

Ağrılamalardan total hemoftalmı, dişli xətdən nəhəng qopmaları, sarı ləkədəki dəliyi, tor qişanın total qopmasını qeyd etmək olar.

Tor qişanın kontuziyasında yüngül dərəcəli kontuziyayı istisna etməklə, **proqnoz** həmişə ciddidir.

Xəstə gec mürciət etdikdə proqnoz perspektivsizdir.

• **Görmə sinirinin kontuziyasında** ödem, qansızmalar, görmə siniri liflərinin qırılması (hissəvi, ya da tam) müşahidə olunur.

Görmə sinirinin kontuziyasında xəstələr görmə sinirinin tam qırılması zamanı korluqdan və ya görmənin müxtəlif dərəcədə zəifləməsindən şikayətlənirlər. Yüngül hallarda görmə siniri diskinin hiperemiyası, tor qişanın peripapillyar ödemi ola bilər. Bunlar da nisbətən tez ötüb keçir. Daha ağır hallarda görmə sinirinin hissəvi və tam qopması, sıxılması qeyd olunur. Bu zaman görmə kəskin düşür, tam qopma zamanı – sıfıra qədər

enir. Görmə sinirinin axan qanla sıxılması zamanı görmə kəskin düşür. Qan sorulduqca görmə funksiyalarının müsbət dinamikası qeyd olunur.

Görmə sinirinin intrakanalikulyar hissəsinin qopmasında göz dibində dəyişiklik olur (sümük kanalı əhatə etməklə kəllə əsasının sınığı), ancaq görmə sıfıra düşür və bərpa olunmur. Müayinə üsullarından görmə funksiyalarının təyini, düz və əks biomikroskopiya, düz və əks oftalmoskopiya mühüm sayılır.

Sınığın diaqnostikası üçün Rize üsulu ilə görmə siniri kanalının R-qramması, kompüter tomoqrafiyası olunur.

Differensial diaqnostika görmə siniri nevriti ilə, damar neyropatiyası ilə aparılır.

Görmə sinirinin kontuziyası ağır patologiyaya aiddir. Göz klinikası şəraitində stasionar müalicə mütləqdir.

Ağrılamalardan görmə sinirinin atrofiyası nəticəsində tam korluğu göstərmək olar. Oftalmoskopik olaraq görmə sinirinin atrofiyası dərhal baş vermir. Əvvəlcə göz dibində dəyişiklik olmaz, sonra görmə siniri diski monoton olur, sonradan avazıyır və nəticədə ağ – farfor rəngi alır.

Göstərilən patologiyada **proqnoz**, demək olar ki, ciddidir, tam qopma zamanı – perspektivsizdir.

• **Gözyaşı hasil edən aparatın kontuziyasına** göz yaşı vəzisinin yerdəyişməsi və partlaması aiddir. Gözyaşı vəzisinin ayrıca zədələnməsi nadir halda olur. Gözyaşı vəzisi, bir qayda olaraq, göz qaapağının və burnun əlavə ciblərinin ağır zədələnmələrində travmaya məruz qalır. Daha yüngül hesab olunan gözyaşı vəzisinin yalnız palpebral hissəsinin, daha ağıri isə hər iki hissənin travmasıdır.

Xəstələr qan elementləri ilə qarışıq gözyaşının (qanlı göz yaşı) axmasından, yaş durğunluğundan, gözyaşı vəzisi nahiyəsində ağrıdan, göz yarığının deformasiyasından şikayətlənirlər.

Gözyaşı vəzisinin kontuziyası və dislokasiyası zamanı göz yarığı deformasiyaya uğrayır, dərialtı iri qansızmalar, yuxarı – bayır tərəfdən sıxılmış gözyaşı vəzisi görünə bilər. Gözü əhatə edən toxumalar, burnun əlavə cibləri zədələnmə bilər.

Müayinə üsulları: Şirmer sınağı, gözyaşı nöqtələrinin və yaş kanalcıqlarının vəziyyətinin təyini, biomikroskopiya, oftalmoskopiya, kəllənin və burnun əlavə ciblərinin R-qramması.

Differensial diaqnoz gözyaşı vəzisinin yaralanması, vəzin şişi ilə aparılır.

Göz stasionarında **müalicə** lazımdır.

Ağrılamalardan gözyaşının hiperproduksiyası olduğu kimi, eləcə də hipoproduksiyasını da qeyd etmək olar.

Vaxtında aparılmış müalicə zamanı **proqnoz** əlverişlidir. Daha ağır zədələnmə zamanı şübhə doğurur.

• **Yaşaparıcı aparatın kontuziyası** zamanı yaş kanalcıqlarının, xüsusən də alt kanalcığın kəsilməsi (partlaması) qeyd olunur. Yaş kanalcıqlarının cırığı, bir qayda olaraq, alt göz qaapağının daxili bucaqdan qopması zamanı baş verir. Yaş kanalcıqlarının kontuziyası olur: yüngül dərəcəli – onların cırılmasında, orta dərəcəli – yaş kanalcığının çətinliklə bərpa etmək mümkün olduqda, ağır dərəcəli – qaapaq parçalandıqda və kanalcığın bərpası mümkün olmadıqda.

Xəstələr yaşaxmadan, alt və üst qapaq qopduqda göz yarığının deformasiyasından şikayətlənirlər.

Yaş kanalcıqları kontuziyasının **klinikasi**: alt qapaq tam qopduqda (onun daxili hissəsi) o, yanağa sallanır. Yaş kanalcığının hissəvi cırığı zamanı göz yarığı daxili bucaq nahiyəsində yalnız yüngülcə genişlənir.

Müayinə üsulları: aktiv və passiv gözyaşı - burun sınağı, kanalcıq sınağı, zondlama, biomikroskopiya. Əlavə olaraq köllənin və burnun əlavə ciblərinin R-qramması aparılır.

Differensial diaqnoz gözyaşı kisəsinin, gözyaşı - burun kanalının yaralanması ilə aparılır.

Oxşar xəstələrin terapiyası növbəti ambulator müşahidə ilə göz stasionarında həyata keçirilir.

Ağırlaşmalardan yaranan infeksiyalaşmasını və tikişin aralanmasını, yaş kanalcıqlarının növbəti obliterasiyası ilə çapıq dəyişiklikləri qeyd etmək olar.

Vaxtında aparılan müalicə zamanı **proqnoz** əlverişlidir. Gec mürciət zamanı yaş kanalcıqlarının obliterasiyası ilə kobud çapıq dəyişiklikləri formalaşır.

• **Göz qapağının kontuziyasına** göz qapağının cırığı, qopması, qansızmaları aid edilir.

Yüngül, orta və ağır dərəcəli kontuziyalar fərqləndirilir. Göz qapağının yüngül dərəcəli kontuziyalarına qapaq toxumasının böyük olmayan cırığı, dərialtı qansızmalar aiddir. Orta dərəcəli kontuziyalarda yaş kanalcığının cırığı ilə göz qapağının tam qopması, iri dərialtı hematomalar, göz almasının yüngül və orta dərəcəli kontuziyaları müşahidə olunur. Göz qapağının ağır dərəcəli kontuziyalarına göz almasının ağır kontuziyası ilə qapaq toxumasının bərk əzilib parçalanması, burnun əlavə ciblərinin və orbitanın, köllənin sümüklərinin sınığı aiddir.

Xəstələrin **şikayəti** kontuziyanın dərəcəindən asılıdır. Xəstələri baş ağrısı, bəzən ürəkbulanma və qusma, göz qapağının deformasiyası, qansızmalar, görmənin pozulması və ümumi vəziyyətin pis olması narahat edir.

Kontuziyaların **klinikasi**: göz qapağının şişkinliyi, dərialtı qansızmalar, qapağın qopması ilə deformasiyası, göz almasının kontuzion dəyişiklikləri. Köllənin travmasında ürəkbulanma, qusma, meningial simptomlar mümkündür.

Xəstələrin müayinəsi zamanı baxış, yandan işıqlandırma üsulu, oftalmoskopiya, biomikroskopiya tətbiq olunur.

Bunlardan başqa, köllənin 2 proyeksiyada, burnun əlavə ciblərinin R-qramması, göstəriş varsa - kompüter tomoqrafiyası olunur.

Konsultasiyaya burun-boğaz-qulaq həkimi, stomatoloq, nevropatoloq, neyrocərrah dəvət olunur. Bu mütəxəssislərin konsultasiyasından sonra müalicənin yeri və birincili cərrahi işləmənin aparılması barədə sual həll olunur.

Differensial diaqnoz aparılarkən hər şeydən qabaq köllə-beyin travması, burnun əlavə ciblərinin patologiyası kənarlaşdırılır.

Ağırlaşmalardan yaranan infeksiyalaşmasını, qapağın kobud deformasiyasının formalaşması, gözyaşı-burun yollarının bitişməsi və s.-ni qeyd etmək olar.

Bu travma zamanı **proqnoz** əlverişliddən tutmuş əlilliyə qədər ola bilər.

• **Gözün turşularla** (azot, kükürd turşusu, sirkə turşusu, oksalat turşusu və s.) **yanığı zamanı** qabıq (qaysaq) bağlamaqla zülalların koagulyasiyası baş verir. Ona görə də

gözün toxumalarında dərinə nüfuz etmə baş vermir.

Turşularla yanığının ağırlığına görə 4 dərəcəyə bölünür. I dərəcəli yanıda (yüngül dərəcəli) qapaq dərisinin, qapaq konyunktivasının və göz almasının hiperemiyası, buy-nuz qişanın epitel qatının zədələnməsi müşahidə olunur. Trofika pozulur, hissiyyat azalır, epitel qopur, flüoresceinlə ayrı - ayrı nöqtələr şəklində rənglənir.

Orta dərəcəli yanılarda (II dərəcəli) qapaq dərisində suluq əmələ gəlir, konyunktivanın ödemi, stromanın səthi qatlarının zədələnməsi ilə buy-nuz qişanın bulanması, desmetet qişasının büküşləri əmələ gəlir.

Ağır dərəcəli yanılarda (III dərəcəli) konyunktiva və dərinin nekrozu, buy-nuz qişası stromasının və səthi qatlarının infiltrasiya və ödemi baş verir. Buy-nuz qişası tutqun rəng alır.

Daha ağır dərəcəli yanılarda (IV dərəcəli) qapağın bütün qalınlığının nekrozu, kömürə dönməsi baş verir. Eləcə də skleranın konyunktivası, buy-nuz qişanın bütün qatları nekrozlaşaraq barfor rəngini alır.

Xəstələri ağrı, işıqdan qorxma, yaşaxma, görmə itiliyinin zəifləməsi narahat edir.

Yanığ xəstəliyinin **klinikasi** üçün long sağalma və epitelizasiya, selikli və ya selikli-irinli ifrazatın əmələ gəlməsi, qapaqlar arasında, qapaq və göz almasının konyunktivası arasında bitişmələrin formalaşması, buy-nuz qişanın progressivləşən bulanması, ağırlaşmaların qoşulması xasdır.

Belə xəstələrin müayinəsi zamanı görmə funksiyaları yoxlanılır, qapaq və skleranın konyunktivasına baxılır, buy-nuz qişanın və gözün digər mühitlərinin biomikroskopiya-sı aparılır, gözdaxili təzyiq ölçülür (palpator və ya kontaktsız üsulla).

Differensial diaqnoz digər etiologiyalı yanılqlarla aparılır. Yanıq xəstələri göz kliniki şərəitində müalicə olunurlar.

Ağırlaşmalardan buy-nuz qişası bulanmasını, simblefaronu, ikincili qlaukomanı, konyunktival təğlərin qısalmasını qeyd etmək olar.

Proqnoz yanığının ağırlığından, təxirəsalınmaz oftalmoloji yardımın göstərilmə vaxtından, turşunun təsirinin ekspozisiya müddətindən, konsentrasiyasından asılıdır.

• **Gözün qələvilərlə** (aşındırıcı kalium, natrium, ammoniyak, əhəng, karbid məhlulları və s.) **yanığı** zamanı zülalların kollikvasiyası baş verir, ona görə də göz alması toxumalarının dərin qatlarına nüfuz edir. Turşularla yanığa nisbətən daha ağır kliniki gedişə malikdir. Qələvilərlə kimyəvi yanılqlar yüngül, orta, ağır, xüsusi ağır dərəcələrə bölünür.

Qələvi çox asanlıqla buy-nuz qişadan ön kamera mayesinə keçir. Yanığının təsiri bir neçə gün davam edir. Ön kamera bucağı, büllur zədələnir. Zədə aldıqdan bilavasitə sonra yanığının dərəcəsini və ağırlığını təyin etmək çətin olur. Ona görə də yanığının proqnozu cəhətdən tələsmək lazım deyil.

Xəstələr yaşaxmadan, işıqdan qorxmada, görmənin zəifləməsindən və ağrı sindromundan şikayətlənirlər.

Kliniki şəkil göz qapağı dərisinin, konyunktivanın işemik nekrozu, subkonyunktival toxumanın ödemi, buy-nuz qişanın eroziyası, onun stromasının ödemi və iritin qoşulması ilə xarakterizə olunur. Sonradan proses progressivləşə bilər, konyunktivanın, qüzhəli qişanın bəbək kənarının çapıq bitişmələri əmələ gəlir; simblefaronun əmələ gəlməsi və buy-nuz qişaya damarların inkişafı müşahidə olunur, irinli infeksiya qoşulur.

Müayinə üsulları turşularla yanığı olan xəstələrin müayinəsində tətbiq olunan üsul-

larla eynidir.

Differensial diaqnoz qələvi yanıqları və digər etiologiyalı yanıqlarla aparılır.

Qələvilərlə yanığı olan xəstələr göz klinikasında müşahidə və müalicə olunur.

Ağırlaşmalardan buynuz qişanın bulanmasını, ikincili qlaukomanı, kataraktanı, simblefaron və konyunktiva tağlarının qısalmasını qeyd etmək olar. Qələvilərlə yanığın **proqnozu**, demək olar ki, həmişə ciddidir. Görmə əlilliyi ilə naticələyə bilər.

• **Görmə üzvünün fosfor və onun birləşmələri ilə zədələnməsi** zamanı ümumi toksiki təsir, görmə üzvünə isə qıcıqlandırıcı təsiri, damarlara, görmə sinirinə təsiri xasdır.

Xəstələr işıqdanqorxmada, yaşaxmadan, gözün qızarması və görmənin zəifləməsindən şikayətlənirlər.

Zədələnmənin **klinikası**: fosfor dəriyə düşdükdə dərin, gec sağalan, çox ağrılı xoralar əmələ gəlir. Konyunktivanın damarları genişlənir, onun rəngi saralır. Tor qişada eksudat, qansızmalar əmələ gəlir. Göz dibinin ümumi şəkli tor qişanın mərkəzi arteriyasının keçməməzliyini xatırladır. Görmə sinirində qansızmalar meydana çıxır. Retrolbulbar nevritin klinikası ola bilər. Ancaq tor qişanın və görmə sinirinin bu dəyişiklikləri fosforla zədələnmənin gec dövründə baş verir.

Müayinə zamanı görmə funksiyaları, rəng duyğusu yoxlanılır; oftalmoskopiya, biomikroskopiya aparılır.

Differensial diaqnoz gözün digər etiologiyalı zədələnmələri ilə aparılır. Təxirəsalınmaz yardım göstərilərkən fosfor turşusunun əmələ gəlməsindən uzaqlaşmaq üçün göz su ilə yuyulmur. Gözün fosforla zədələnməsi zamanı xəstələr göz stasionarında müalicə almalıdırlar.

Ağırlaşmalardan göz almasının atrofiyasını, qapağın kobud çapıq deformasiyasını, görmə sinirinin atrofiyasını, beynə qansızmanı qeyd etmək olar.

Həttə uğurlu müalicə zamanı **proqnoz** şübhəlidir.

• **Görmə üzvünün manqan kristalları ilə zədələnməsi** nekrotik dəyişikliklərlə, infiltrasiya və ödemlə xarakterizə olunur. Çox vaxt bu zədələnmə uşaqlarda baş verir.

Xəstələri işıqdanqorxma, yaşaxma, blefarospazm, görmə itiliyinin zəifləməsi narahat edir. Manqan kristalları ilə zədələnmənin dərəcəsi ekspozisiyadan asılıdır. Qapağın dərisində kristallar əvvəlcə səthi yerləşir. Vaxt ötdükcə onlar dərinə nüfuz edirlər.

Kristallar konyunktivada epiteldə, boumen membranında və hətta stromada müxtəlif dərinlikdə yerləşir.

Müayinə zamanı biomikroskopiya tətbiq olunur ki, kristalların yerləşmə dərinliyi çox yaxşı görünür. Mikroskop və ya yarıqlı lampa altında kristallar çıxarıldıqdan sonra qəhvəyi rəngə boyanmış toxuma sahələri qalır.

Differensial diaqnoz dəlib-keçən yaralanmaları istisna etmək və eləcə də digər kristallardan fərqləndirmək üçün aparılır. Kristallar təmizləndikdən sonra 5% askorbin turşusu məhlulu ilə göz çoxlu yuyulmalıdır.

Bir qayda olaraq, xəstələr göz klinikasında stasionar müalicədə olmalıdırlar.

Ağırlaşmalardan buynuz qişa bulanmalarını, simblefaronun formalaşmasını qeyd etmək olar.

Vaxtında aparılan müalicə zamanı **proqnoz** əlverişlidir. Gec mürciət zamanı – şübhəlidir (keratoplastika və simblefaronun cərrahi yolla aradan qaldırılması tələb

olunur).

• **Gözün ultrabənövşəyi şüalarla** (dalğanın uzunluğu 311-dən 290 nm-ə qədər) **zədələnməsi** zamanı fotooftalmiya (elektrooftalmiya, qar oftalmiyası) meydana çıxır. Bu zədələnmə çox vaxt alpinistlərdə, şimal ərazisində yaşayanlarda, qaynaqçılarda müşahidə olunur.

Zərər çəkənləri güclü ağrı, işıqdanqorxma, yaşaxma, blefarospazm, görmənin zəifləməsi narahat edir. Bu simptomlar şüalanmadan 4-6 ay sonra əmələ gəlir. Qapağın dərisində hiperemiya, ağır hallarda – sudurcuqlar əmələ gəlir, qapaqlar aralandıqda çoxlu yaş ifrazı, göz almasının qarışıq inyeksiyası müşahidə olunur. 1% flüoressein məhlulu damızdırıldıqda buynuz qişada nöqtəvari formada və ya iri ölçülü çoxlu sayda epitelin eroziyaları aşkar olunur.

Müayinə zamanı biomikroskopiya, yandan işıqlandırma üsulu, binokulyar lupadan istifadə olunur.

Differensial diaqnoz buynuz qişa yaralanmaları, buynuz qişada yad cismin olması ilə aparılır.

Bir qayda olaraq, bu növ xəstələr ambulator müalicə olunurlar.

Ağırlaşmalardan infeksiyanın qoşulmasını qeyd etmək olar. Bundan başqa, ultrabənövşəyi şüalanma (xüsusən, xroniki) qocalıq kataraktasının progressivləşməsinə kömək edir.

Proqnozu – okulistə vaxtında mürciət olunduqda əlverişlidir.

• **Gözün infraqırmızı şüalarla zədələnməsi** zamanı blefaritlər, katarakta, tor qişanın zədələnməsi müşahidə olunur. Blefarit və kataraktalar xroniki şüalanma zamanı, tor qişanın zədələnməsi isə gün eynəyindən istifadə etmədən günəş tutulmasını müşahidə etdikdə qeyd olunur.

Əvvəllər şüşəçi və metallurqlar gözü qoruyan, infraqırmızı şüaları saxlayan xüsusi qoruyucularsız işləri yerinə yetirdiklərindən onlarda katarakta tez inkişaf edirdi.

Xəstələr blefarit zamanı qapaq kənarının və konyunktivanın hiperemiyasından şikayətlənirlər. Büllurun bulanması zamanı görmə itiliyi zəifləyir, tor qişa zədələndikdə isə görmə itiliyinin zəifləməsinə mərkəzi skotoma da əlavə olunur.

Qapaqda və konyunktivada hiperemiya uzun müddət saxlanılır. Biomikroskopiya zamanı büllurun ön kapsulunda büllur kapsulunun haqiqi eksfoliasiyasını görmək olar. Başlanğıc bulanmalar arxa qütbün yaxınlığında meydana çıxır, onlar ayrı – ayrı yığıntı şəklində olur. Sonradan onlar bitişərək dairəvi forma əmələ gətirirlər. Bir müddətdən sonra tam qabıq kataraktası formalaşır.

Makulyar zonanın dəyişiklikləri müxtəlifdir. Ödem, qansızmalar, sonra sarımtıl-ağ ocaqlı piqment ləkəsi əmələ gəlir. Proses sarı ləkədə dəliyin formalaşması ilə qurtara bilər.

Müayinə zamanı düz və əks oftalmoskopiya, büllurun biomikroskopiyası, düz və əks biomikroskopiya, biooftalmoxromoskopiya aparılır, rəng, mərkəzi və periferik görmə yoxlanılır.

Differensial diaqnoz oxşar əlamətləri olan qocalıq və fəsadlaşmış katarakta ilə aparılır.

Sarı ləkənin dəyişiklikləri iltihabi və degenerativ dəyişikliklərlə **differensiasiya** olunur.

Oxşar patologiya ilə olan xəstələr göz stasionarında müalicə olunurlar. Ağırlaşmalardan büllurun progressivləşən bulanmasını və sarı ləkənin degenerativ dəyişikliklərini qeyd etmək olar.

Proqnoz büllurun və tor qişanın dəyişikliklərinin ağırlıq dərəcəsinə asılıdır.

- **İonlaşdırıcı radiasiya ilə zədələnməyə** gözün aşağıdakı dəyişiklikləri aiddir: göz qapağının radiasion dermatiti, keratokonyunktivitlər, kataraktalar. Adətən, oxşar dəyişikliklər gözün şişləri səbəbindən radioterapiyanın tətbiqindən sonra baş verir. Xəstələr qapaq dərisində dəyişiklik, yeni damarların əmələ gəlməsi, işıqdanqorxma, yaşaxma, görmənin zəifləməsi kimi şikayətlər söyləyir. Şüalanmadan sonra qapağın dərisi atrofik, nazik olur, yeni əmələ gəlmiş damarlar, madaroz qeyd olunur.

Keratokonyunktivitinin klinikası kəskin işıqdanqorxma, yaşaxma ilə olan elektrooftalmiyanı xatırladır. Buynuz qişada çoxlu sayda eroziya və stromanın bulanıq dərini qatları ilə buynuz qişanın xorası müşahidə olunur.

Büllurda arxa subkapsulyar qatlarda nöqtəvari bulanmalar əmələ gəlir. Sonra bu bulanmalar "halqa" əmələ gətirir. Bulanmalar kənar boyunca daha sıx olur, mərkəz şəffaf qalır. Sonradan klinika pozulur. Katarakta öz xarakter xüsusiyyətlərini itirir.

İonlaşdırıcı radiasiya zamanı tor qişanın diabetik retinopatiyaya çox oxşar olan dəyişiklikləri nadir halda müşahidə olunur.

Müayinə üsullarından gözün ön və arxa kəsiklərinin biomikroskopiyası tətbiq olunur.

Differensial diaqnoz digər keratokonyunktivitlərlə və kataraktalar ilə aparılır.

Radiasion zədələnməsi olan xəstələr klinikada müalicə olunurlar.

Ağırlaşmalara göz qapağının kobud deformasiyası, buynuz qişanın subtotal dərini bulanmaları aiddir.

Hətta vaxtında aparılan müalicə zamanı **proqnoz**, demək olar ki, həmişə ciddidir.

- **Buynuz qişanın dəlib-keçən yaralanmaları.** Yaralanma o zaman dəlib-keçən sayılır ki, yara buynuz qişanın bütün qatlarından keçsin. Buynuz qişanın yaraları ağırlaşmamış (qüzehli qişa və digər qişalar xaricə düşmür) və ağırlaşmış (daxili qişaların tökülməsi) olur.

Buynuz qişanın yaralanması olan xəstələrin **şikayəti**: işıqdanqorxma, yaşaxma, blefarospazm, görmənin zəifləməsi.

Buynuz qişa yaralanmalarının **klinikası** – göz yarığı daralır, yaşaxma, işıqdanqorxma, göz almasının qarışıq inyeksiyası. Buynuz qişada yara qeyd olunur ki, optik zonada, limbin yaxınlığında, müxtəlif uzunluqda və konfigurasiyada ola bilər. Yaranın ağzı açıq ola bilər, kənarları adaptasiya olunmuş ola bilər. Yarada qüzehli qişa, büllur, şüşəvari cisim sıxıla bilər, ön kameraya axa bilər. Əgər yaranın kənarları adaptasiya olunubsa, ön kamera orta dərində, əgər adaptasiya olunmayıbsa ön kamera dayaz, qeyri – bərabər olar, yaxud heç olmaya da bilər.

Xəstələrin **müayinəsi** zamanı yandan işıqlandırma, biomikroskopiya, qonioskopiya, oftalmoskopiya kimi üsullardan istifadə olunur.

Gözdaxili yad cisimlərin olub – olmamasını dəqiqləşdirmək üçün Komberq-Baltin protezi ilə rentgenoqramma, lazım gəldikdə – kompüter tomoqrafiyası çəkilir, yaradan götürülən yaxma mikrofloranın təyini üçün əkilir.

Differensial diaqnoz buynuz qişanın dəlib – keçməyən yaralanmaları ilə aparılır. Buynuz qişanın yaralanması olan xəstələr göz stasionarında mikrocərrahi müalicəyə məruz qalırlar.

Ağırlaşmalardan iridosiklit, endoftalmit, panoftalmit, travmatik katarakta, qeyri-düzgün astiqmatizm, ikincil qlaukoma, simpatik oftalmiya kimi ağırlaşmaları qeyd etmək olar.

Vaxtında aparılan müalicə zamanı və kiçik yara optik zonadan kənar olduqda **proqnoz** əlverişlidir. Gec müraciət olunduqda proqnoz şübhəlidir.

- **Buynuz qişanın dəlib-keçməyən yaralanmalarında** desmetet qişasının zədələnməsi olmadan stromanın müxtəlif dərində qüsurları qeyd olunur.

Xəstənin **şikayətləri** buynuz qişanın dəlib – keçən yaralanmalarında olduğu kimidir. Ancaq səthi zədələnmələr daha kəskin qıcıqlanma simptomları ilə müşayiət olunur.

Kliniki olaraq işıqdanqorxma, yaşaxma, blefarospazm, göz almasının qarışıq inyeksiyası, 1% flüoressein məhlulu damızdırıldıqdan sonra daha yaxşı aşkar olunan buynuz qişa defektləri müşahidə olunur. Bu defektlər sarımtıl – yaşıl rəng alır. 40% qlükoza məhlulu çox damızdırıldıqdan sonra buynuz qişa ödemi azalır və xüsusən biomikroskopiyaya zamanı buynuz qişanın zədələnməsinin dəriniyi daha aydın görünür.

Müayinə üsulları buynuz qişanın dəlib-keçən yaralanmalarında istifadə olunan üsullarla eynidir.

Differensial diaqnoz buynuz qişanın dəlib-keçən yaralanmaları ilə aparılır.

Buynuz qişanın zədələnməsinin dəriniyindən və sahəsindən asılı olaraq xəstələr stasionarda olduğu kimi, eləcə də ambulator müalicə oluna bilərlər.

Buynuz qişanın dəlib-keçməyən yaralanmaları buynuz qişa xoraları, buynuz qişanın əriməsi, endoftalmit, panoftalmit, çapıqın əmələ gəlməsi ilə ağırlaşa bilər.

Vaxtında aparılan müalicə zamanı **proqnoz** əlverişlidir, gec müraciət zamanı - əlverişsizdir.

- **Skleranın dəlib-keçən yaralanmalarında** yara onun bütün qatlarından keçir, buynuz qişa yarası ilə birgə (korneo-skleral yaralanma) ola bilər, eləcə də limbi də əhatə edə bilər (sklero-limbal).

Çox vaxt skleranın ön hissəsi zədələnir.

Skleranın dəlib – keçən yaralanması olan xəstələr ağrıdan, yaşaxmadan, işıqdanqorxmadan, blefarospazm və görmənin zəifləməsindən şikayətlənirlər.

Buynuz qişa – skleral yaralanmalarda göz almasının qarışıq inyeksiyası, siliar ağrı, qüzehli qişanın yaraya çıxması və bəbəyin yaraya doğru dartılması, dayaz ön kamera, hifema müşahidə olunur. Gözdaxili təzyiq aşağı düşür. Limb və skleranın yarasına kirpikli cisim, damarlı qişa, büllur, şüşəvari cisim, tor qişa düşə bilər. Yaraya düşən qişalar qara hündürlük şəklində görünür.

Müayinə zamanı biomikroskopiya, oftalmoskopiya, kontaktsız tonometriya tətbiq olunur, görmə funksiyaları yoxlanılır.

Gözdaxili yad cisimləri müayinə etmək üçün Komberq-Baltin protezləri ilə rentgenoqramma, USM, kompüter tomoqrafiyası olunur.

Dəlib-keçməyən yaralanmalarla **differensiasiya** olunur.

Skleranın yaralanması olan xəstələr göz stasionarında müalicə olunurlar.

İridosiklit, endoftalmit, panoftalmit, simpatik oftalmiya, göz almasının atrofiyası və subatrofiyası kimi **ağırlaşmalar** qeyd olunur.

Skleranın dəlib-keçən yaralanmalarında **proqnoz** həmişə ciddidir.

- **Skleranın dəlib-keçməyən yaralanmalarında** yara skleranın boz səthəsindən keçir. Çox vaxt skleranın dəlib-keçməyən yaralanmaları gözün köməkçi aparatının yaranması ilə bəzən rast gəlinir, görmənin zəifliyi tez-tez müşahidə olunur.

Xəstələr yaşaxmadan, konyunktivaya qansızmadan şikayətlənirlər. Yaralanma olan yerdə ödem, konyunktivaya qansızma ola bilər.

Skleranın yaralanması olan xəstələrin müayinəsi zamanı biomikroskopiya aparılır. Ancaq qeyd etmək lazımdır ki, yaralanmanın xarakteri haqda son fikir sklera yarasının yoxlanması zamanı əməliyyat stolunda söylənilir.

Gözdaxili yad cismi istisna etmək məqsədilə rentgenoqramma edilir.

Skleranın dəlib-keçən yaralanmaları ilə **differensasiya** aparılır.

Proqnoz, bir qayda olaraq, əlverişlidir.

- **Göz almasının hər iki tərəfi açıq yaralanmalarında** yad cisim iki dəfə gözün xarici qişasından keçir.

Belə yaralanmalar çox ağır kateqoriyaya aiddir.

Xəstələr göz almasının yaralanmasından, gözün qıcıqlanmasından, görmənin əhəmiyyətli zəifləməsindən, ağrıdan, işıqdan qorxmadan, yaşaxmadan şikayətlənirlər.

Göz almasının hər iki tərəfi açıq yaralanmalarında göz almasının ön kəsiyində daxil olan dəlik və göz almasının arxa kəsiyində xaric olan dəlik yerləşir. Bu zaman ön kameraların dərinliyi müxtəlif ola bilər, retrobulbar hematoma görə ekzoftalm və göz almasının hərəkətinin məhdudluğu, qapağın toxumasına və konyunktivaya iri qansızmalar qeyd olunur. Göz dibində hemoftalm olmadıqda xaric olan dəliyi görmək olar. Rentgenoqrammada yad cisim çox vaxt göz almasının arxasında, az hallarda – onun arxa şöbəsinin sklerasına sancılmış olur.

Xəstələrin müayinəsi zamanı görmə funksiyaları, gözdaxili təzyiq ölçülür; oftalmoskopiya, biomikroskopiya. Əlavə olaraq kompüter tomoqrafiyası, USM, rentgenoqrafiya.

Differensial diaqnoz dəlib-keçən yaralanma ilə aparılır ki, bu da yaralanmanın hər iki tərəfinin açıq olduğunu müəyyən etməyə imkan verir.

Ağır patologiya ilə olan xəstələr göz stasionarı şəraitində müalicə olunurlar.

Bu patologiya endoftalmitlə, panoftalmitlə **ağırlaşır**.

Hətta vaxtında belə aparılan müalicədə **proqnoz** əlverişsizdir.

- **Gözün metallozu**. Metallik yad cisim gözün daxilində uzun müddət qaldıqda metal oksidlərinin toplanması baş verir.

Çox vaxt sideroz (dəmir tərkibli duzların toplanması) və xalkoz (mis duzlarının toplanması) müşahidə olunur.

Xəstələr gözün rənginin dəyişməsindən, gözün yaralanması ilə bağlı görmənin zəifləməsindən şikayətlənirlər.

Siderozun klinikası. Göz alması nadir halda sakit olur, əksər halda perikorneal inyeksiya qeyd olunur. Buynuz qişada yad cismin ətrafında toz şəklində qəhvəyi piqmentasiya ola bilər. Əgər yaralanma dəlib-keçəndirsə, biomikroskopiya buynuz qişanın bütün qatlarından keçən çapıq aşkar olunur. Əgər yad cisim qüzhəli qişada olar-

sa, onun rəngi dəyişir. Ön kamera bucağında trabekulun qəhvəyi ekzogen piqmentasiyası, şlem kanalının endogen piqmentasiyası qeyd olunur. Büllürdə ön kapsulun altında boz rəngli yığıntı, bəzən də qəhvəyi rəngli ləkə, halqa şəklində yığıntı müşahidə olunur. Büllürün nüvəsi bulanır, boza çalır. Zinni bağları zədələndiyindən büllürün yarımcıxığı ola bilər. Şüşəvari cisimdə boz rəngli xırda dispersli bulanma qeyd olunur. Tor qişada "sümük çıxıntılar" tipində piqment toplanması, makulada ifadə olunmuş piqmentasiya ola bilər. Görmə siniri diskinin sərhədi qeyri-aydın, ödemli, rəngi dəyişmiş olur.

Müayinə zamanı görmə funksiyaları, qaranlıq adaptasiya, rəng duyğusu yoxlanılır. Biomikroskopiya, qonioskopiya aparılır, gözdaxili təzyiq ölçülür.

Digər üsullardan Komberq-Baltin protezi ilə R-qrafiya, Foqta görə R-qrafiya, kompüter tomoqrafiyası mühümdür.

Xalkozla və digər metallik yad cisimlərlə **differensasiya** aparmaq lazımdır.

Müalicəsi stasionarda aparılır.

Ağırlaşmalardan siderotik ikincil qlaukoma, sarı ləkənin degenerativ dəyişiklikləri, görmə sinirinin atrofiyası, göz almasının subatrofiyası qeyd olunur.

Makula zədələndikdə proqnoz şübhəlidir.

Xalkozun klinikası. Göz alması nadir halda sakit olur, əksər halda perikorneal inyeksiya olur. Buynuz qişada müxtəlif rəngli, çox vaxt yaşılmtıl rəngli yığıntı görmək olar. Ön kamera bucağında da, trabekulada ekzogen piqmentasiya və yığıntılar qeyd olunur. Qüzhəli qişaya yaşılmtıl rəngə çalır. Bəbək rigid olur. Ön kapsulun altında sarıyaşılmtıl rəngdə halqa şəklində toplanma görünür. Bu şəkil günəbxan gülinü xatırladır. Büllürün yarımcıxığı ola bilər. Şüşəvari cisimdə uçan bulanmalar qeyd olunur. Xalkozda tor qişada nadir halda zədələnilir.

Müayinə üsulları siderozda olduğu kimidir.

Differensial diaqnoz siderozla aparılır.

Ağırlaşmalar və proqnoz siderozda olduğu kimidir.

- **Simpatik oftalmiya** dəlib-keçən yaralanmadan və ya gözdaxili cərrahiyyədən sonra ikitərəfli diffuz qranulyomatoz uveitlə səciyyələnir.

Daha erkən iltihab əlamətləri məlum olsa da, 80% halda simpatik oftalmiya zədədən bir neçə həftə, ay, il sonra yaranır.

Xəstələr əvvəllər sağlam olan gözündə yaşaxmadan, yüngül işıqdan qorxmadan şikayətlənirlər. Bu simptomlar, qüzhəli qişaya ağrı sindromu əvvəl dəlib-keçən yaralanması olan gözdə daha kəskin ifadə olunur. Adətən bu simptomlar xüsusən kirpikli cisim zonasında skleral dəlib-keçən yaralanma baş verdikdən 14 gün sonra baş verir.

Zədə almış gözdə iridosiklit simptomları (göz almasının qarşıq inyeksiyası, buynuz qişanın arxa səthində presipitatlar, qüzhəli qişaya rənginin və şəklinin dəyişməsi, arxa stromal sinexiyaların formalaşması, oftalmotonusun düşməsi fonunda kəskin siliar ağrı) əmələ gəlir və tədricən güclənir. Zədə almamış gözdə işıqdan qorxma, yaşaxma, buynuz qişada tək-tək presipitatlar, yüngül siliar ağrı, qüzhəli qişanın şəklinin pozulması, tək-tək arxa sinexiyalar müşahidə olunur. Sonradan simptomlar güclənir, progressivləşir. Klassik panuveit şəkli inkişaf edir. Bəzən neyoretini də mümkündür. Əksər halda iltihab prosesi hər iki gözün subatrofiyası və atrofiyası ilə bitir.

Xəstələrin müayinəsi zamanı görmə funksiyaları müəyyən olunur, biomikroskopiya, oftalmoskopiya, rentgenoqrafiya aparılır.

Əlavə üsullara kompleks müalicədə immunokorreksiyaedici terapiyanın tətbiqi məsələsini həll etmək üçün immun statusu təyin edən üsul aiddir.

Differensial diaqnoz ikitərəfli uveitlə aparılır.

Müalicəsi göz stasionarı şəraitində aparılır.

Ağrılar uveitin nəticəsi (bəbəyin bitişməsi, uveal fəsadlaşmış katarakta, şüşəvari cismin bulanması, göz almasının subatrofiyası, atrofiyası) aiddir.

Simpatik oftalmiyada **proqnoz** çox ciddidir.

• **Göz qapağının dəlib-keçən yaralanmaları** qapaq kənarına paralel və intermarginal sahəyə keçmiş olur. Əgər yara qapağın daxili ücdə bir hissəsində yerləşirsə, yaş kanalçıqları zədələnir.

Xəstələrin şikayətləri göz qapağının deformasiyasından, qansızma və yaşaxmadandır.

Göz qapağının yaraları xətvəri olur, kənarları hamar, kələ-kəttir, əzilmiş ola bilər, leuatorun və göz almasının zədələnməsi, gözyuvası və kəllə sümüklərinin sınığı təsadüf edilir.

Xəstələrin müayinəsi zamanı görmə funksiyaları müəyyənləşdirilir, oftalmoskopiya və biomikroskopiya tətbiq olunur.

Əlavə olaraq orbitanın və kəllənin 2 proyeksiyada rentgenoqrafiyası olunur, göstəriş varsa digər mütəxəssislər də (stomatoloq, burun-boğaz-qulaq həkimi, neyrocərrah, terapevt) dəvət olunur.

Differensial diaqnoz kəllə, göz yuvası, göz alması zədələrini istisna etmək üçün aparılır.

Xəstələrin müalicəsi stasionarda olduğu kimi, həm də ambulator aparılır.

Ağrılardan göz qapağının çapıq deformasiyasını, infeksiyanın qoşulmasını qeyd etmək olar.

Vaxtında mürciət olunduqda proqnoz əlverişlidir.

• **Göz yaş üzvlərinin dəlib-keçən yaralanmalarına** yaş kanalçığının və göz yaş vəzisinin yaralanmaları aiddir.

Əksərən yaş kanalçıqları zədələnir.

Yaş kanalçığının zədələnməsi zamanı xəstələr yaşaxmadan, qapağın dərisi altına qansızmadan şikayətlənirlər.

Çox vaxt alt göz yaş kanalçığı zədələnir. Bu zaman cırılmış kanalçığın uclarını görmək mümkündür. Qapağın daxili bağdan qopması və yaş kanalçığının cırılması zamanı kanalçıqların uclarını tapmaq çətin olur və bəzən mümkün olmur. Orbitanın daxili divarının və burun sümüyünün travması zamanı göz yaş kisəsi və göz yaş-burun kanalçıqları zədələnir.

Göz yaş nöqtələrinin və kanalçıqların biomikroskopiyası, aktiv və passiv göz yaş-burun sınağı aparılır, görmə funksiyaları yoxlanılır.

Əlavə müayinə üsullarından rentgenoqrafiya tətbiq olunur.

Differensial diaqnostika zamanı göz almasının, kəllənin və gözyuvasının yaralanmaları istisna olunur.

Müalicəsi stasionar və ambulator aparılır.

Ağrılardan infeksiyanın qoşulmasını, yaş kanalçıqlarının obliterasiyasını, travmatik dakriosistiti göstərmək olar.

Mürəkkəb olmayan hallarda **proqnoz** əlverişlidir.

ƏDƏBİYYAT

1. Qasımov E.M. Qlaukomanın müasir müalicə üsulları. Bakı, 2005.
2. Qasımov E.M. Qlaukoma üzrə tədris-metodik vəsait. Bakı, 2007.
3. Tağıbəyov K.Q. Oftalmoloji izahlı lüğət. Bakı, 2003.
4. Алиева З.А., Султанов М.Ю. Физиология слезоотведения. Баку, 1983.
5. Алиева З.А., Султанов М.Ю. Современные методы хирургического лечения. Баку, 1983.
6. Бровкина А.Ф., Вальский В.В. Офтальмологическое руководство для врачей. М.: Медицина, 2002, 424 с.
7. Ватченко А.А. Спазм accommodation и близорукость. Киев: Здоров'я, 1977, 117 с.
8. Гаджиев Р.В. Диабетическая ретинопатия. Баку, 1999.
9. Гундорова Р.А., Малаев А.А., Южаков А.М. Травмы глаза. М.: Медицина, 1986, 364 с.
10. Дашевский А.И. Ложная близорукость. М.: Медицина, 1973, 183 с.
11. Жабоедов Г.Д. Заболевания зрительного нерва. Киев, Здоровье, 1992, 321 с.
12. Жабоедов Г.Д., Скрипник Р.Л. Травмы зрительного нерва. Киев, Здоровье, 1994, 103 с.
13. Зайцева Н.С. Увекты. М.: Медицина, 1984, 315 с.
14. Калинин А.П. Офтальмоэндокринология. М.: Медицина, 1999, 160 с.
15. Кански Дж.Д. Клиническая офтальмология. Москва, 2006.
16. Катаргина Л.А., Хватова А.В. Сндогенный увеит у детей и подростков. М., Медицина, 2000, 310 с.
17. Кацнельсон Л.А., Лысенко В.С. Клинический атлас патологии глазного дна. М.: ГГОТАР, Медицина, 1999, 152 с.
18. Кацнельсон Л.А., Форофова Т.Н., Бунин А.Я. Сосудистые заболевания глаза. М.: Медицина, 1990, 270 с.
19. Ковалевский Е.И. Офтальмология. М.: Медицина, 1995, 480 с.
20. Ковалевский Е.И. Профилактика слабости зрения и слепоты у детей. М.: Медицина, 1998, 256 с.
21. Майчук Ю.Ф. Вирусные заболевания глаз. М.: Медицина, 1988, 287 с.
22. Морозов В.И., Яковлев А.А. Фармакотерапия глазных болезней. М.: Медицина, 1988, 334 с.
23. Нестеров А.П. Глаукома. М.: Медицина, 1995, 256 с.
24. Панфилова Г.В., Шитова И.Я. Рентгенологические исследования в офтальмологии. Киев, Здоровье, 1990, 102 с.
25. Пачес А.И., Бровкина А.Ф., Зянгилова Г.Г. Клиническая онкология органа зрения. М.: Медицина, 1980, 325 с.
26. Пучковская Н.А., Шульгина Н.С., Минеев М.Г., Игнатов Р.К. Иммунология глазной патологии. М.: Медицина, 1983, 208 с.
27. Стукалов С.Е., Шепетнева М.А. Увеопатии. Воронеж: Изд. ВГУ, 1990, 85 с.

28. Тагизаде Н.С. Роль профессиональных вредностей в этиологии и патогенезе заболеваний слезоотводящих путей и новые методы их лечения: Дисс. ...д. мед. наук, Баку, 1996, 295 с.
29. Трон Е.Ж. Глаз и нейрохирургическая патология. Л.: Медицина, 1966, 490 с.
30. Федоров С.Н. Глазные болезни. М.: Изд.центр Федорова, 2000, 388 с.
31. Федоров С.Н. Имплантация искусственного хрусталика. М.: Медицина, 1977, 207 с.
32. Федоров С.Н., Мороз З.И., Зуев В.К. Кератопротезирование. М.: Медицина, 1982, 139 с.
33. Хватова А.В. Заболевания хрусталика глаза у детей. Л.: Медицина, 1982, 199 с.
34. Шамшинова А.М., Волков В.В. Функциональные методы исследования в офтальмологии. М.: Медицина, 1999, 416 с.
35. Шмелева В.В. Катаракта. М.: Медицина, 1981, 222 с.
36. Bangerter A. Ambliopic Behandlung. Basel, 1953.
37. Gass I.D.M. // Stereoscopic atlas of macular diseases st. Louris, Mosby-Year Book, 1987.
38. Klein R., Klein BEK, Moss S.E. et al. // Ophthalmology. 1998, v.105, p.1801-1815.

İLLUSTRASIYALAR

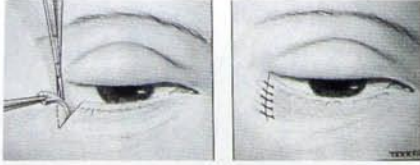
Şəkillərin bir qismi C.C.Kanskinin kitabından götürülmüşdür



Səkil 1.
Anadangəlma distixiaz



Səkil 2.
Buynuz qişanın damarlı
çarığı ilə ağırlaşmış üst
qapağın daxilə doğru
çevrilməsi



Şəkil 3.
Qapağın xaricə çevrilməsi



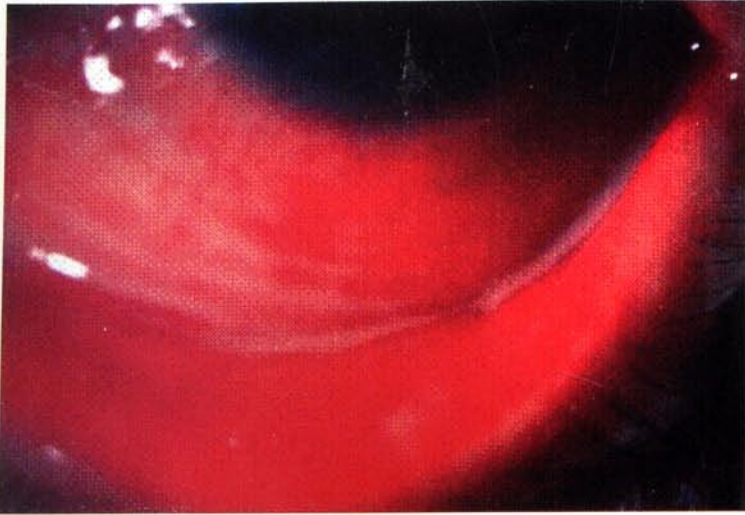
Şəkil 5.
Böyük kapillyar hemangioma



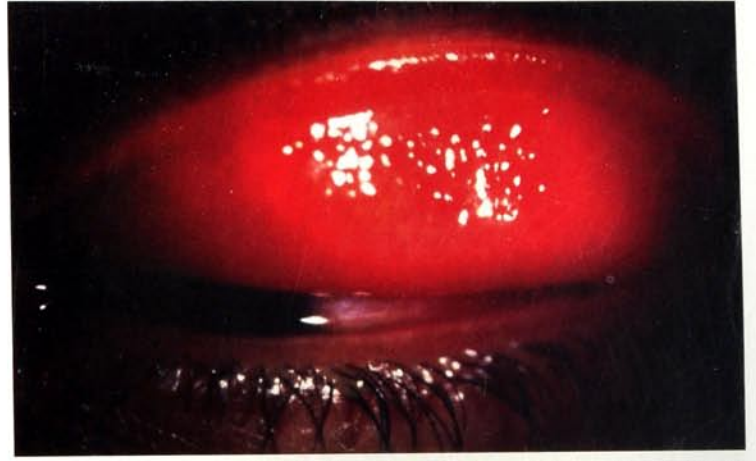
Şəkil 4.
Böyük daxili itdirsəyi (irinli
möhtəviyyat açılmamışdan əvvəl)



Şəkil 6.
Koskin dakriosistit



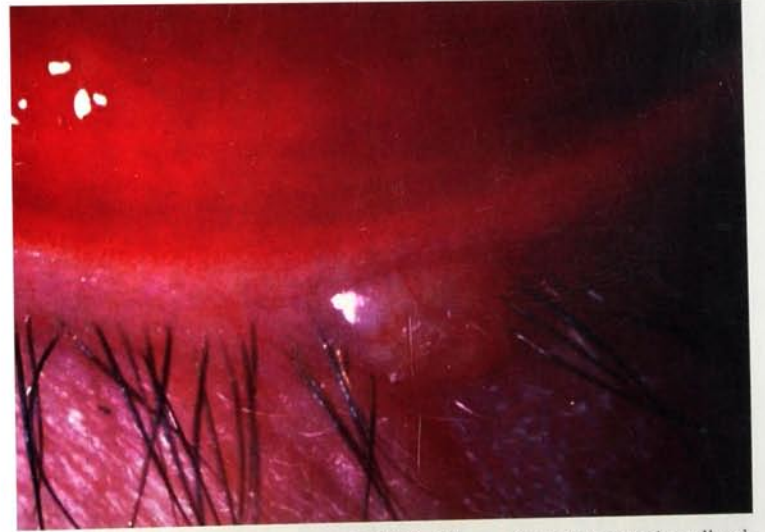
Şəkil 7. Bakterial konyunktivitdə selikli-irinli ifrazat



Şəkil 9. Adenovirus infeksiyasında konyunktival follikullar



Şəkil 8. Qonokokk konyunktivitində irinli ifrazat



Şəkil 10. Göz qaşağının alt kənarında mollusk zədələnməsi ilə əlaqədar follikulyar konyunktivit



Şəkil 11.
Bahar konyunktivitinin
ağır formasında "daş
döşmə" görünüşü



Şəkil 12.
Məhdud limbal
dermoid



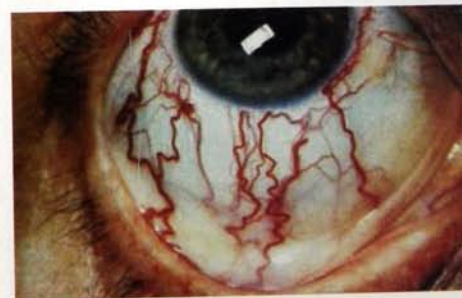
Şəkil 13.
Piqmentləşmiş
konyunktival nevus
(J.J.Kanski)



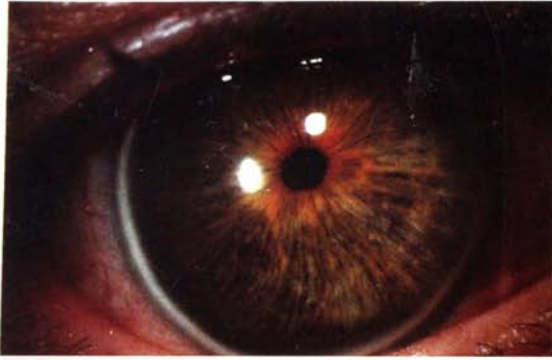
Şəkil 14.
Birincili qazanılma
melanozla əlaqədar
melanoma
(B.Jay)



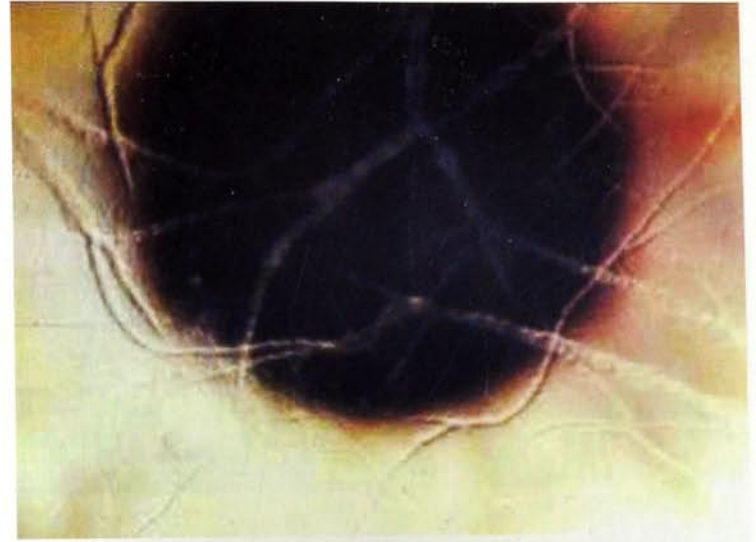
Şəkil 15.
Sürətli qan cərəyanı ilə olan
karotid-kavernoz
anastomozda xemoz



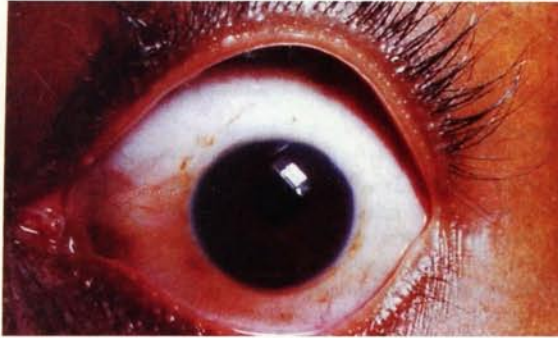
Şəkil 16.
Alçaq sürətli qan cərəyanı
ilə olan karotid-kavernoz
anastomozda genişlənmiş
konyunktival və episkleral
damarlar



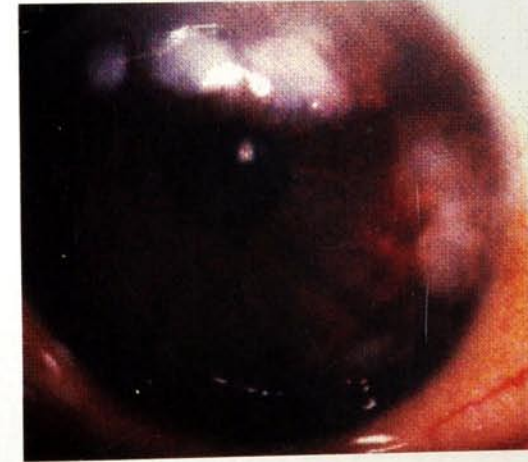
Şəkil 17.
Meqalokornea



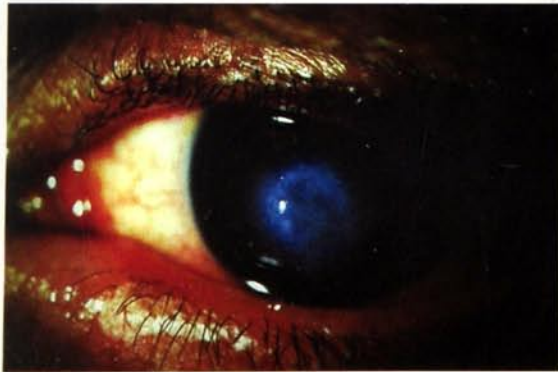
Şəkil 20.
Xəlbirvari distrofiya



Şəkil 18.
Mikrokornea



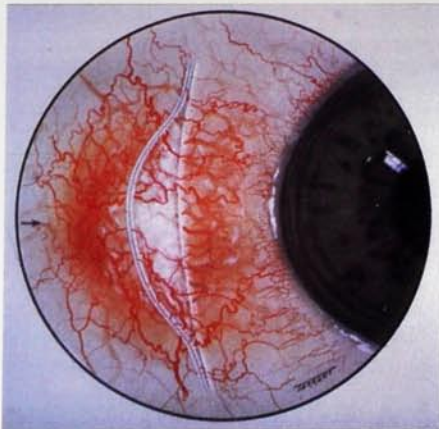
Şəkil 21.
Zalsmann
düyünlüklü
distrofiyası



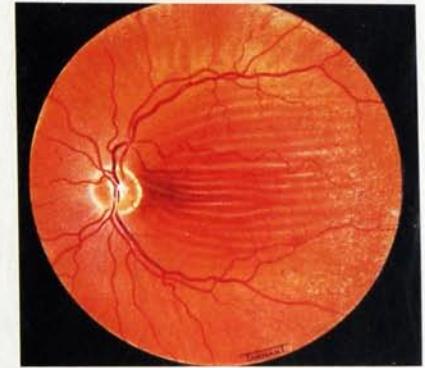
Şəkil 19.
Keratokonusda
kəskin ödem



Şəkil 22.
Vilson xəstəliyində Kayzer-Fleyşer halqası
(R.Chopdqar)



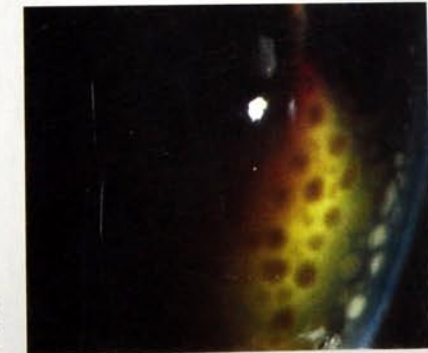
Şəkil 23.
Düyüncüklü episklerit
(P.Watson)



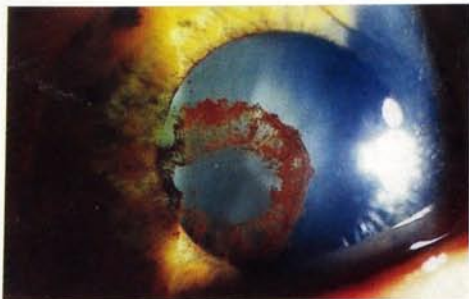
Şəkil 24.
Arxa skleritdə
xorioideyanın büküşləri



Şəkil 25.
Marfan sindromunda büllurun
yuxarıya yarımqığı



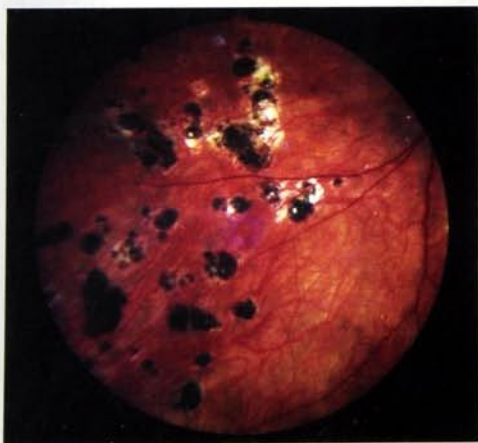
Şəkil 26.
“Yağ damlası” şəklində
buynuz qişa presipitatları



Şəkil 27.
Arxa bitişmələr qırıldıqdan
sonra pigmentin izləri



Şəkil 28.
Aktiv ocaqlı xorioidit



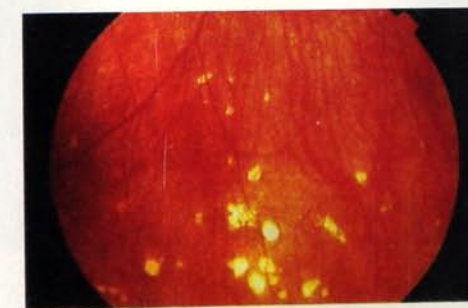
Şəkil 29.
Köhnə multifokal xorioidit



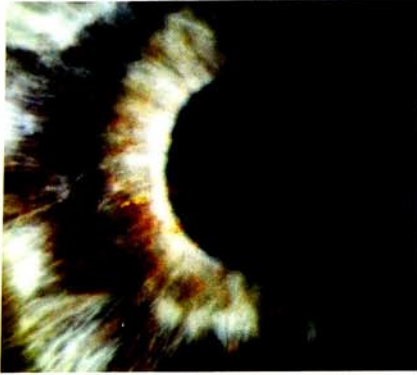
Şəkil 30.
Sifilitik neyretinitin
son mərhələsi



Şəkil 31.
Toksoplazmozda periferik
xorioretinal ocaqlar

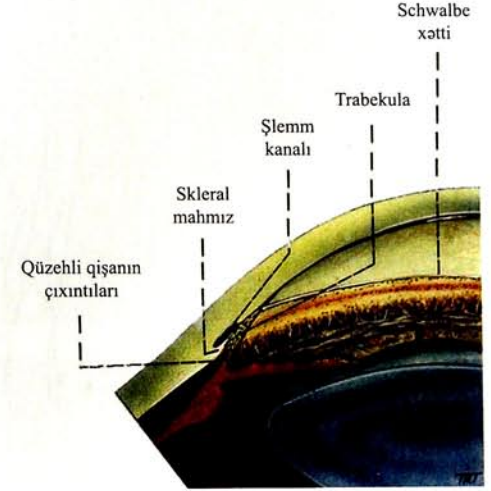
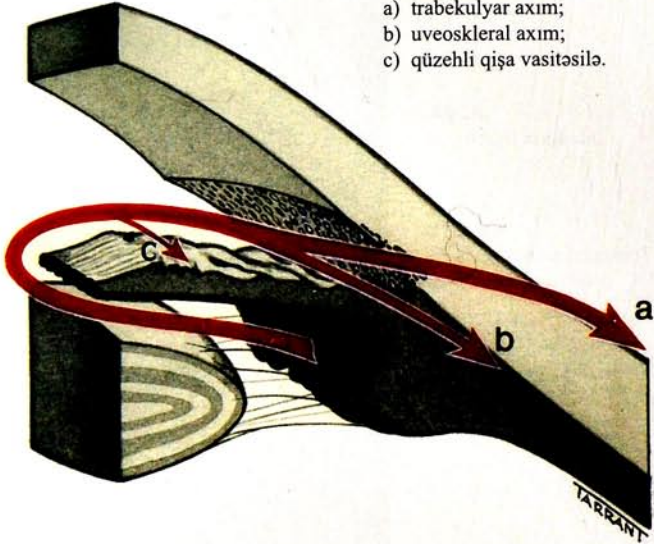


Şəkil 32.
Xarad xəstəliyində
xorioretinal ocaqlar



Şəkil 33.
Fuks sindromunda uveit.
Qüzehli qişanın stromal atrofiyası.

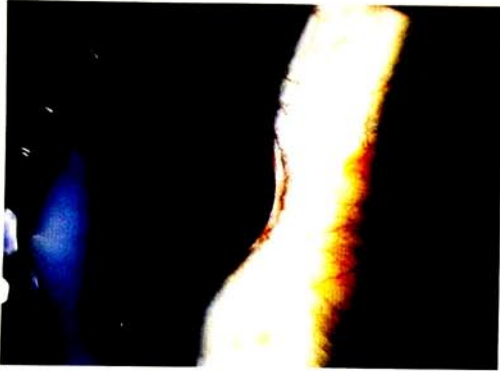
Şəkil 34.
Normada gözdaxili mayenin axımı
a) trabekulyar axım;
b) uveoskleral axım;
c) qüzehli qişa vasitəsilə.



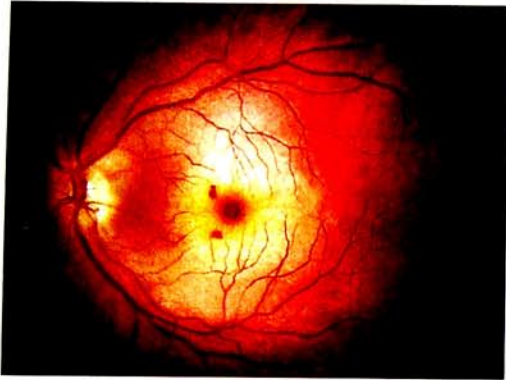
Şəkil 35.
Ön kamera bucağı
strukturunun anatomiyası



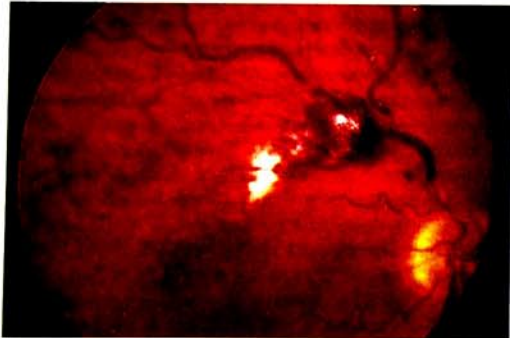
Şəkil 36.
Total qlaukوماتoz ekskavasiya



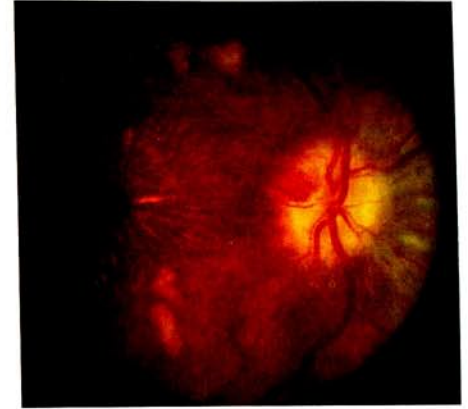
Şəkil 37.
Qüzehli qışanın
yüngül rubeozu



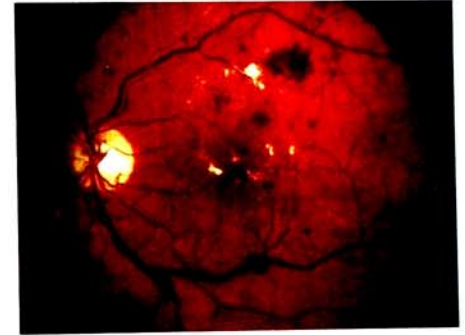
Şəkil 38.
Tor qışanın mərkəzi
arteriyasının kəskin
okklyuziyasında
foveolada "albalı
çayirdəyi" simptomu



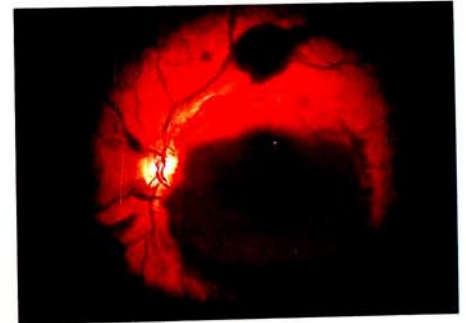
Şəkil 39.
Tor qışanın mərkəzi
venasının yuxarı gicgah
şaxəsinin okklyuziyası



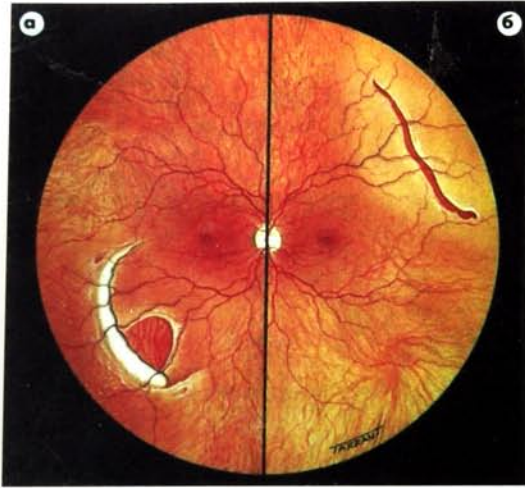
Şəkil 40.
Hipertonik retinopatiya



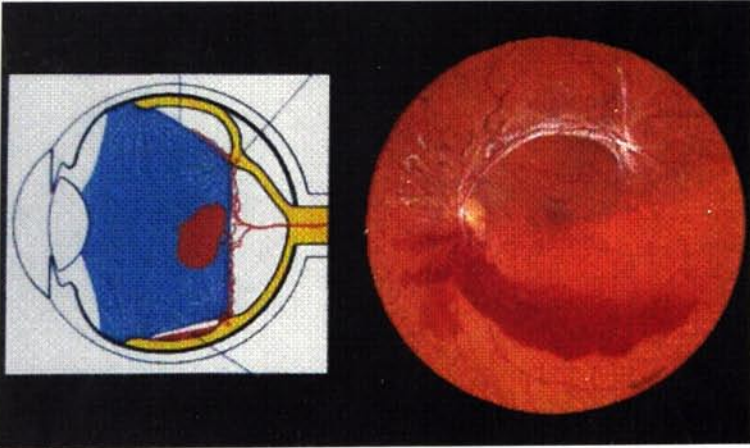
Şəkil 41.
Preproliferativ
diabetik retinopatiya



Şəkil 42.
Arxa kəsikdə
preretinal hemorragiya



Şəkil 43.
Degenerativ retinoşizis



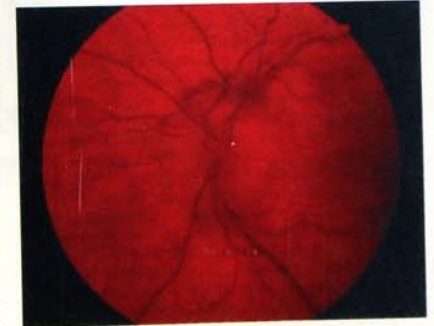
Şəkil 44.
Proliferativ diabetik retinopatiyada tor qişanın yuxarıdan traksiyon qopması



Şəkil 45.
Proliferativ diabetik retinopatiyada
tor qişanın kombinəolunmuş
traksiyon reşmatogen qopması



Şəkil 46.
Durğunluq diski



Şəkil 47.
Papillit

**Bu kitab
"ALCON" şirkətinin
sponsorluğu ilə
çap edilmişdir.**

Çapa imzalanıb: 11.04.2009.
Format: 70x100 1/16. Ofset çapı. Həcmi: 17
Sifariş № 43. Tiraj: 500.



**POLYGRAPHIC
PRODUCTION**
Tel/Fax: 447 75 04, Tel.: 447 75 05

mətbəəsində çap olunmuşdur



Qasimov Elmar Mustafa oğlu.

Tibb elmləri doktoru, Z.Əliyeva adına Azərbaycan Elmi-Tədqiqat göz xəstəlikləri İnstitutunun direktoru, Ə.Əliyev adına Azərbaycan Dövlət Həkimləri Təkmilləşdirmə İnstitutunun Göz xəstəlikləri kafedrasının müdiri, Azərbaycan Respublikası Səhiyyə Nazirliyinin Baş oftalmoloqu, 100 artıq elmi işin, o cümlədən 6 patentin müəllifidir.

Az 2009
2171



Aslanova Vəfa Əli qızı.

Tibb elmləri namizədi, Ə.Əliyev adına Azərbaycan Dövlət Həkimləri Təkmilləşdirmə İnstitutunun Göz xəstəlikləri kafedrasının assistenti, 17 elmi əsərin və 1 metodik tövsiyənin müəllifidir.