



INTERNATIONAL COUNCIL
of **OPHTHALMOLOGY**

Beynəlxalq Oftalmologiya Şurası

BEYNƏLXALQ KLİNİK TÖVSIYYƏLƏR

Aprəl 2010

BOŞ-un Beynəlxalq Klinik Tövsiyyələri

Bu sənəd Beynəlxalq Oftalmologiya Şurası tərəfindən qəbul edilmiş 19 beynəlxalq klinik tövsiyyədən ibarətdir.

Tövsiyyələr xəstəliklərin diaqnostikası və müalicəsi zamanı oftalmoloqların istinad edə biləcəkləri mənbə olub, oftalmoloji cəmiyyətlər tərəfindən tərcümə edilərək uyğunlaşdırılması məqsədi ilə hazırlanmışdır. Əsas məqsəd oftalmoloji təhsilin artırılması və xəstələrə göstərilən oftalmoloji xidmətin səviyyəsinin yüksəldilməsidir.

Tövsiyyələr aşağıdakılardan ibarətdir:

- Yaşla əlaqədar Makulyar Degenerasiya (İlkin və sonrakı müayinələr)
- Yaşla əlaqədar Makulyar Degenerasiya (Müalicəyə dair tövsiyyələr)
- Ambliopiya (İlkin və sonrakı müayinələr)
- Bakterial keratitlər (İlkin qiymətləndirmə)
- Bakterial keratitlər (Müalicəyə dair tövsiyyələr)
- Blefaritlər (İlkin və sonrakı müayinələr)
- Katarakta (İlkin müayinə)
- Konyunktivitlər (İlkin müayinə)
- Diabetik retinopatiya (İlkin və sonrakı müayinələr)
- Diabetik retinopatiya (Müalicəyə dair tövsiyyələr)
- Quru göz sindromu (İlkin müayinə)
- Ezotropiya-Daxili çəpgözlük (İlkin və sonrakı müayinələr)
- Cüzam zamanı görmə üzvünün xəstəlikləri (İlkin və sonrakı müayinələr)
- Şüşəvari cismin arxa qopması, tor qişanın cırıqları və «Lattis» degenerasiyası (İlkin və sonrakı müayinələr)
- Birincili açıq bucaqlı qlaukoma (İlkin müayinə)
- Birincili açıq bucaqlı qlaukoma (Sonrakı müayinələr)
- Birincili açıq bucaqlı qlaukomaya şübhə (İlkin və sonrakı müayinələr)
- Birincili qapalı bucaqlı qlaukoma (İlkin müayinə və müalicə)
- Traxoma

Ön söz.

Beynəlxalq Klinik Tövsiyyələr Oftalmoloji Təşkilatların Beynəlxalq Federasiyasının tələbi ilə Beynəlxalq Oftalmologiya Şurası tərəfindən hazırlanıb.

Tövsiyyələrin əsas məqsədi oftalmoloqlara dəstək və oftalmoloji təhsilin artırılması, həmçinin xəstələrə yüksək keyfiyyətli xidmətin göstərilməsini təmin etməkdən ibarətdir. Onlar hazırlanarkən Amerika Oftalmologiya Akademiyası tərəfindən tərtib edilmiş İstinad Olunan Praktiki Nümunələrə əsaslanmışdır.

Bu cür tövsiyyələrin ümumi standart şəklində təqdim edilməsi bəzi çətinliklərlə müşahidə edilir. Beləki, müxtəlif coğrafi şərait, avadanlıq potensialı, xəstələrin müxtəlifliyi və s. ümumi standartların hazırlanmasında çətinlik törədir.

Tövsiyyələr müayinələr zamanı istifadə olunan avadanlıqların, dərman vasitələrinin və cərrahi müdaxilələrin istifadəsi üçün xüsusi göstərişlər toplusudur.

Beləliklə, əsas gözlənilən məqamlar əldə olunub və əgər şərait imkan verirsə, diaqnoz qoyulması, müalicə və sonrakı müayinələr həyata keçirilə bilər. Hətta uyğun şərait olmasa belə yüksək səviyyəli xidmət göstərmək mümkündür.

Qeyd etmək lazımdır ki, tövsiyələrin kor-koranə yerinə yetirilməsi müvəffəqiyyətli nəticənin əldə olunmasına təminat vermir. Burada xəstələrin fərdi xüsusiyyətləri, mövcud şərait, həmçinin həkimin fərdi bacarığı nəzərə alınmalı və vəziyyətdən asılı olaraq müxtəlif dəyişikliklərin həyata keçirilməsinin mümkünüyü nəzərdən qaçırılmamalıdır.

Qeyd olunan tövsiyələr tibbi təcrübəyə və ən son elmi məlumatlara əsaslanaraq tərtib olunmuşdur. BOŞ istifadə olunan məlumatları mütəmadi olaraq (təqribən hər iki, üç ildən bir) təzələmək üçün öhdəlik götürmüşdür.

Yaşla Əlaqədar Makulyar Degenerasiya (YƏMD) (İlkin və sonrakı müayinələr)

(**Qiymətləndirmə:** A: Xüsusi ilə vacib, B: Vacib, C: Münasibdir, ancaq vacib deyil.

Dəlilin qüvvəsi: I: Güclü, II: Zəruridir I olmadıqda, III: I və II olmadıqda mütəxəssis rəyi ilə razılaşma)

İlkin subyektiv müayinə

- Simptomlar (metamorfopsiya, gormənin zəifləməsi) (A:II)
- Dərman və qida qəbulu (B:III)
- Okulyar anamnez (B:II)
- Sistem anamnez (hər hansı hiperhəssaslıq reaksiyası) (B:II)
- Ailə anamnezi, xüsusilə ailədə YƏMD əziyyət çəkənlərin mövcudluğu (B:II)
- Sosial anamnez, xüsusi ilə siqaret çəkmə (B:II)

İlkin obyektiv müayinə

- Görmə itiliyi (A:III)
- Makulanın stereobiomikroskopik müayinəsi (A:I)

Yardımcı müayinələr

YƏMD zamanı göz dibinin flüoressein angiografiyası aşağıdakı klinik hallarda həyata keçirilməlidir: (A:I)

- Xəstə yeni metamorfopsiyalardan şikayət etdikdə
- Xəstədə izah edilə bilməyən bulanıq görmə olduqda
- Klinik müayinələr tor qişanın və ya retinal pigment hüceyrələrin qabardığını, subretinal hemorragiyanı, sərt eksudatları və ya subretinal fibroz toxumanı aşkarladıqda
- Xoriovitreal neovaskulyarizasiyanı (XVN) aşkar etmək, onun ölçülərini, tipini, yerləşməsini müəyyənləşdirmək, həmçinin xoriodal neovaskulyarizasiya ilə (XNV) zədələnmiş nahiyəni dəqiqləşdirdikdə
- Müalicəyə tövsiyə (laser fotokoagulyasiya, cərrahiyyə və ya vertoporfin fotodinamik terapiya)
- Müalicədən sonra XNV-nin davamlılığını və ya yenidən əmələ gəlməsini müəyyənləşdirmək lazım olduqda
- Görmənin itirilməsinin səbəbini klinik müayinələrlə izah etmək mümkün olmadıqda, onun təyin olunmasına yardım zamanı

Baş verə biləcək ağırlaşmaların qarşısını almaq məqsədilə hər bir angiografik müayinə keçirilən yer təcili vəziyyətlərdə tələb olunan vasitələrlə təchiz olunmalıdır. (A:III)

Sonrakı müayinələr

- Görmənin zəifləməsi və metamorfopsiya daxil olmaqla, visual simptomlar (A:II)
- Dərman və qida qəbulunda dəyişikliklərin həyata keçirilməsi (B:III)
- İnterval anamnez (B:III)
- İnterval sistem anamnez (B:III)
- Sosial vəziyyətdə dəyişikliyin həyata keçirilməsi, xüsusilə siqaretin istifadəsini tərgitməli (B:II)

Sonrakı fiziki müayinələr

- Görmə itiliyi (A:III)
- Göz dibinin stereo biomikroskopik müayinəsi (A:III)

Termal lazer cərrahiyyəsi, fotodinamik terapiya (FDT) və ya İntravitreal inyeksiyaya məruz qalmış xəstələrə əməliyyat və əməliyyatdan sonrakı qulluq

- Xəstələrlə mümkün risk, fayda və ağırlaşmalar barədə söhbət edərək razılıq əldə edilməlidir (A:III)
- Termal lazer cərrahiyyəsi və FDT flüoressein angiografiyasından sonrakı bir həftə müddətində həyata keçirilməlidir (A:I)
- XVN-nin ilkin termal lazer cərrahiyyəsindən sonra obliterasiya olduğunu sübut etmək üçün xəstə 2-4 həftəyə qədərki müddətdə müayinə olunaraq, flüoressein angiografiyası yerinə yetirilməlidir (A:I)
- Termal lazer cərrahiyyəsindən 4-6 həftə sonra xəstəni müayinə edərək, klinik əlamətlər əsasında flüoressein angiografiyası həyata keçirilməlidir (A:I)
- Verteporfin FDT-dən sonra 2 ilə qədər ən azı 3 aydan bir flüoressein angiografiyası həyata keçirilməklə xəstə müayinə edilməlidir (A:I)
- İntravitreal inyeksiyadan sonra xəstə 4-8 həftə sonra müayinə olunmalıdır (cədvələ bax) (A:III)

Xəstələrin maarifləndirilməsi

- Xəstə okulyar və funksional vəziyyətinə uyğun olaraq müalicəsinin proqnozu və potensial əhəmiyyəti barədə məlumatlandırılmalıdır (A:III)
- Başlanğıc YƏMD olan xəstələrdə intermedial YƏMD-ni vaxtında aşkarlamaq üçün mütəmadi həyata keçirilən genəldilmiş bəbəklə müayinənin əhəmiyyəti çatdırılmalıdır (A:III)
- Intermedial YƏMD olan xəstələri XVN-nin təyin olunmasının yeni metodları barədə məlumatlandırılmalı və onun vaxtında təyin olunmasının oftalmoloq üçün nə qədər vacib olması çatdırılmalıdır (A:III)
- Bir gözü zədələyən xəstəliklərdən əziyyət çəkən xəstələri sağlam gözun mütəmadi müayinəsinin vacibliyi barədə məlumatlandırılmalı və sağlam gözdə yeni və ya nəzərə çarpacaq vizual dəyişikliklər müşahidə edildikdə dərhal həkimə müraciət etməsinin vacibliyi çatdırılmalıdır (A:III)

- Müalicəsinə göstəriş olan və XVN-dən əziyyət çəkən xəstələrə aşağıdakılar məsləhət görülməlidir: (A:III)
Müalicə ağır dərəcəli görmənin itirilməsini azaldacaq, ancaq onun qarşısını ala bilməyəcək; skotomanın mərkəzi görmənin funksiyasına nə dərəcədə təsir etdiyini xəstəyə izah edərək, termal lazer cərrahiyyəsinin daimi skotoma yaratması barədə xəstəni məlumatlandırmalı;
Vertoporfin FDT və pegatianib xloridlə müalicə orta ağır, həmçinin ağır dərəcəli görmənin itirilməsinin qarşısını alacaq, ancaq əksər xəstələr 2 ildən artıqdır ki, görmələrini itiriblər və görmənin belə halda bərpa olunması nadir hallarda təsadüf olunur; termal lazer cərrahiyyəindən sonra davamlı, və ya qayıdan XNV-nin yüksək riski mövcuddur və bu risk birinci il daha yüksəkdir; mütəmadi həyata keçirilən flüoressein angiografiyası belə xəstələrin müşahidəsi üçün çox vacibdir;
- Görmə qabiliyyəti zəif olan şəxslər tibbi reabilitasiyaya və əlillik müavinəti almağa göndərilməlidir (A:III)

Yaşla Əlaqədar Makulyar Degenerasiya (YƏMD) (Müalicəyə dair tövsiyələr)

(Qiymətləndirmə: A: Xüsusi ilə vacib, B: Vacib, C: Münasibdir, ancaq vacib deyil.

Dəlilin qüvvəsi: I: Güclü, II: Zəruridir I olmadıqda, III: I və II olmadıqda mütəxəssis rəyi ilə razılaşma)

Tövsiyyə olunan müalicə	Müalicə üçün uyğun diaqnoz	Növbəti tövsiyələr
Heç bir tibbi və ya cərrahi müalicə olmadan müşahidə (A:I)	YƏMD klinik əlamətləri yoxdur (YƏGXTN kateqoriyası 1) Başlanğıc YƏMD (YƏGXT kateqoriyası 2) İnkişaf etmiş YƏMD ikitərəfli subfoveal coğrafi atrofiya və diskşəkilli çapıqlaşma	Üstünlük verilən Praktik Nümunələrdəki- tövsiyələrə uyğun Yaşlı şəxslərin gözlərinin müayinəsi(A:III) 6-24 ay müddətində təkrar müayinə, və ya XVN ehtimalı olduqda təcili müayinə (A:III) Simptomlar müşahidə olunmayınca göz dibinin fotografik və ya angiografik müayinəsinə ehtiyac yoxdur(A:I)
YƏGXT-nin tövsiyələrinə əsasən antioksidant vitamin və minerallarla təminat (A:I)	İntermedial YƏMD (YƏGXTN kateqoriya 3) İfrat inkişaf etmiş YƏMD bir gözdə (YƏGXTN kateqoriya 4)	Yaxından görmənin monokulyar monitorinqi (oxuma/ Amsler qəfəsi) (A:III) 6-24 ay müddətində təkrar müayinə, və ya XVN ehtimalı olduqda təcili müayinə (A:III)

		<p>Münasibdirsə göz dibinin fotografik müayinəsi</p> <p>Ödemə və ya XNV simptomlarına dəlil olduqda flüoressein angiografiyası</p>
<p>MFT * məruzəsində tövsiyyə olunduğu qaydada termal laser fotokoaqulyasiya cərrahiyyəsi (A:I)</p>	<p>Ekstafoveal klassik XNV, yeni və ya təkrarlanan yukstafoveal klassik XNV</p> <p>Əgər zədələnmiş nahiyyənin ölçüləri 2 MFT* disk sahəsindən kiçik nahiyyəni əhatə edirsə, görmə 0,2 və daha azdırsa, xüsusi ilə FDT əks göstəriş və ya qeyri mümkün olduqda yeni və ya qayıdan subfoveal XNV kimi nəzərə alınsın</p> <p>Yukstafoveal XNV kimi nəzərə alına bilər</p>	<p>Müalicədən təqribən 2-4 həftə sonra təkrar flüoressein angiografiyası, ondan sonra 4-6 həftə və daha sonra klinik və angiografik müayinənin nəticələrindən asılı olaraq (A:III)</p> <p>Göstəriş olduqda təkrar müalicə</p> <p>Yaxından görmənin monookulyar monitorinqi (oxuma/ Amsler qəfəsi) (A:III)</p>
<p>YFM və FTV məruzələrinin tövsiyyələrinə əsasən FDT Verteporfin ilə (A:I)</p>	<p>Klassik komponenti zədələnmiş nahiyyənin 50%-dən çox hissəsini və zədələnmiş nahiyyənin tam ölçüsünün ən böyük xətti diametri ≤ 5400 mikron olan yeni və ya təkrarlanan subfoveal XNV</p> <p>Görmə 0,4-dən az olduqda və ya XNV 4 MFT* disk sahəsindən az , görmə isə 0,4-dən çox olduqda gizli XNV FDT üçün göstəriş ola bilər</p>	<p>Müayinələr vəziyyət stabilləşənə qədər təqribən 3 aydan bir təkrarlanmalı, göstəriş olduqda təkrar müalicə həyata keçirməli (A:III)</p> <p>Flüoressein angiografiyası və ya digər təsvir müayinələri göstərişdir</p> <p>Yaxından görmənin monookulyar monitorinqi (oxuma/ Amsler qəfəsi) (A:III)</p>
<p>Pegabtanib xlorid haqqında ədəbiyyatın tövsiyyələrinə uyğun onun intravitreal inyeksiyası (A:I)</p>	<p>Predominant klassik zədələnmiş nahiyyələr ≤ 12 MFT* disk sahəsi ölçüsündə olan yeni və ya təkrarlanan subfoveal XNV olduqda</p> <p>Minimal klassik, və ya gizli heç bir klassik zədə nahiyyəsi olmayan və ölçüsü ≤ 12 MFT* disk sahəsi olan, zədənin $\leq 50\%$</p>	<p>Xəstələr gözdə ağrı və ya diskomfort hissənin artması, gözün qızarmasının davamlı artması, görmənin bulanması və zəifləməsi, işığa həssaslığın artması, və ya göz önündə üzən cisimciklərin çoxalması ilə müşahidə olunan endoftalmit üçün xarakterik bütün simptomlar hiss edildikdə yubanmadan</p>

	<p>ölçüsünü əhatə edən XNV ilə əlaqəli subretinal hemorragiya, və/və ya lipid əlavələri, və/və ya ilkin 12 həftə müddətində 10 və daha çox sıra görməsini itirmiş xəstələr</p>	<p>həkimə müraciət etməsi barədə məlumatlandırılmalıdırlar (A:III)</p> <p>Göstəriş olduqda əsasən təkrar müayinə və müalicə 6 həftədən sonra (A:III)</p> <p>Yaxından görmənin monookulyar monitorinqi (oxuma/Amsler qəfəsi) (A:III)</p>
<p>Nəşr edilmiş məruzələrə əsasən Bevacizumab (avastin) 0,5 mg intravitreal inyeksiyası (A:I)</p>	<p>Subfoveal XNV</p>	<p>Xəstələr gözdə ağrı və ya diskomfort hissənin artması, gözün qızarmasının davamlı artması, görmənin bulanması və zəifləməsi, işığa həssaslığın artması, və ya göz önündə üzən cisimciklərin çoxalması ilə müşahədə olunan endoftalmit üçün xarakterik bütün simptomlar hiss edildikdə yubanmadan həkimə müraciət etməsi barədə məlumatlandırılmalıdırlar (A:III)</p> <p>Göstəriş olduqda əsasən təkrar müayinə və müalicə 4 həftədən sonra (A:III)</p> <p>Yaxından görmənin monookulyar monitorinqi (oxuma/Amsler qəfəsi) (A:III)</p>
<p>Nəşr edilmiş məruzələrə əsasən Bevacizumab (avastin) intravitreal inyeksiyası (A:III)</p> <p>Oftalmoloq xəstə ilə razılaşma əsasında münəsb müalicəni təmin etməli</p>	<p>Subfoveal XNV</p>	<p>Xəstələr gözdə ağrı və ya diskomfort hissənin artması, gözün qızarmasının davamlı artması, görmənin bulanması və zəifləməsi, işığa həssaslığın artması, və ya göz önündə üzən cisimciklərin çoxalması ilə müşahədə olunan</p>

(A:III)		<p>endoftalmit üçün xarakterik bütün simptomlar hiss edildikdə yubanmadan həkimə müraciət etməsi barədə məlumatlandırılmalıdırlar (A:III)</p> <p>Göstəriş olduqda əsasən təkrar müayinə və müalicə 4-8 həftədən sonra (A:III)</p> <p>Yaxından görmənin monookulyar monitorinqi (oxuma/ Amsler qəfəsi) (A:III)</p>
---------	--	---

Qeyd: Əgər termal lazer fotokoaqulyasiya cərrahiyyəsi, verteporfin FDT, və ya intravitreal inyeksiyalar ilə müalicə olunmuş xəstələr görmənin azalması, və ya növbəti müraciətdən əvvəl meydana gələn dəyişikliklərdən şikayət edirlərsə, flüoressein angiografiyası daxil olmaqla təkrar müayinə məsləhətdir.

YƏMD – yaşla əlaqədar makulyar degenerasiya; YƏGXTN- Yaşla Əlaqədar Göz Xəstəliklərinin Tədqiqinin Nəticələri; XNV- xoriodal neovaskulyarizasiya; MFT- Makulyar fotokoaqulyasiyanın tədqiqi; YFM-YƏMD-nin FDT (fotodinamik terapiya) ilə müalicəsi; FTV-fotodinamik terapiyada verteporfin.

*Qeyd: 1 MFT disk sahəsi= 2,54 mm²

Ambliopiya (İlkin və sonrakı müayinələr)

(**Qiymətləndirmə:** A: Xüsusi ilə vacib, B: Vacib, C: Münasibdir, ancaq vacib deyil.

Dəlilin qüvvəsi: I: Güclü, II: Zəruridir I olmadıqda, III: I və II olmadıqda mütəxəssis rəyi ilə razılaşma)

İlkin subyektiv müayinə (əsas şərtlər)

- Oculyar simptom və əlamətlər (A:III)
- Oculyar anamnez (A:III)
- Prenatal, perinatal və postnatal anamnez (A:III)
- Göz və sistem xəstəliklər daxil olmaqla ailə anamnezi (A:III)

İlkin obyektiv müayinə (əsas şərtlər)

- Görmə itiliyi (A:III)
- Fiksasiyanın qiymətləndirilməsi (A:III)

- Bəbəyin reaksiyası (A:III)
- Göz almasının vəziyyəti və hərəkətliliyi (A:III)
- Göz qapaqlarının, kirpiklərin, göz yaş aparatının, orbitanın və sifətin müayinəsi (A:III)
- Göz dibinin müayinəsi (A:III)
- Sikloplegiyadan sonra refraksiyanın təyini (A:III)

Müalicəyə göstərişlər

- 10 yaşa qədər uyğun müalicəni təmin etməli (A:III)
- Xəstənin vizual, fiziki, sosial və psixoloji ehtiyaclarını, həmçinin xəstə üçün potensial riski və faydanı nəzərə almaqla müalicəni təyin etməli (A:III)
- Müalicədə əsas məqsəd fiksasiyanın əldə olunması və ya görmə itiliyinin normallaşması olmalı (A:III)
- Maksimal görmə itiliyi əldə olunduqda müalicəni saxlamalı (A:III)

Sonrakı müayinələr

- Növbəti müraciətlər zamanı aşağıdakılar nəzərə alınmalıdır:
 - okkluziyaların miqdarı və/və ya eynəkdən istifadə (A:III)
 - əlavə effektlər (dəri qaşınması, gözün qızarması, psixoloji diskomfort) (A:III)
 - hər bir gözün görmə itiliyi, və ya fiksasiyasının vəziyyəti (A:III)
 - ortoforiyanın vəziyyəti (A:III)
 - göstərişə uyğun sikloplegiyadan sora refraksiyanı təkrar təyin etməli (ən azı ildə bir dəfə, lazım olduqda 4-6 aylıq intervalla) (A:III)

Aktiv müalicə dövründə müayinələrarası intervallar (A:III)

Yaş	Yüksək dərəcəli okkluziya (oyaq vaxtın $\geq 70\%$ -i)	Zəif dərəcəli okkluziya (oyaq vaxtın $\leq 70\%$), və ya penalizasiya	Cari müalicə, və ya müşahidə
0-1	Bir neçə gündən 4 həftəyədək	2-8 həftə	1-4 ay
1-2	2-8 həftə	2-4 ay	2-4 ay
2-3	3-12 həftə	2-4 ay	2-4 ay
3-4	4-16 həftə	2-6 ay	2-6 ay
4-5	4-16 həftə	2-6 ay	2-6 ay
5-7	6-16 həftə	2-6 ay	2-6 ay
7-9	8-16 həftə	3-6 ay	3-6 ay
9-dan yuxarı	8-16 həftə	3-6 ay	3-6 ay

Xəstələrin maarifləndirilməsi

- Diaqnozu, xəstəliyin ağırlıq dərəcəsini, proqnozunu və xəstənin müalicə planını valideynləri və/və ya himayəsi altında olduğu şəxslər ilə müzakirə etməli (A:III)

- Zahirı, psixoloji, sosial və iqtisadi faktorlar nəzərə alınmaqla, xəstə, onun valideynləri, ailə üzvləri, və ya himayəsi altında olduğu şəxslər ilə yaxın münasibət qurmalı, həmçinin onların xəstəliyi, müalicənin mahiyyəti və məqsədini, onun faydasını və verə biləcək ağırlaşmalarını anladıqlarına əmin olmalı (A:III)
- Valideynlər/himayəsi altında olduğu şəxslər ilə potensial psixoloji əlavə effektləri müzakirə etməli (A:III)
- Xəstəyə, valideynlərə/ himayəsi altında olan şəxslərə uzunmüddətli müşahidə və müayinələrin vacibliyini izah etməli (A:III)

Bakterial keratitlər (İlkin müayinə)

(Qiyətləndirmə: A: Xüsusi ilə vacib, B: Vacib, C: Münasibdir, ancaq vacib deyil.

Dəlilin qüvvəsi: I: Güclü, II: Zəruridir I olmadıqda, III: I və II olmadıqda mütəxəssis rəyi ilə razılaşma)

İlkin subyektiv müayinə

- Okulyar əlamətlər (A:III)
- Simptomların başlanmasına ətraf mühit amillərinin təsiri (A:III)
- Əvvəl keçirilmiş göz xəstəliklərinin anamnezi (A:III)
- Sistem anamnez (A:III)
- Cari istifadə olunan və təzəlikcə istifadəsinə başlanmış dərman vasitələri (A:III)
- Dərman allergiyası (A:III)

İlkin obyektiv müayinə

- Xəstənin ümumi görünüşü (B:III)
- Sifətin müayinəsi (B:III)
- Görmə itiliyi (A:III)
- Göz qapaqları açıq və qapalı vəziyyətdə (A:III)
- Konyunktiva (A:III)
- Nasolakrimal aparat (B:III)
- Buynuz qişanın hissiyyatı (A:III)
- Yarıqlı lampa ilə biomikroskopiya
 - Göz qapaqlarının kənarı (A:III)
 - Konyunktiva (A:III)
 - Sklera (A:III)
 - Buynuz qişa (A:III)
 - Ön kamera (A:III)
 - Şüşəvarı cismin ön hissəsi (A:III)

Diagnostik testlər

- Müraciət etmiş xəstələrin əksəriyyətini yaxma götürmədən (bakterial kultura əldə olunmadan) empirik müalicə etməli. (A:III)
- Yaxma və bakterial kultura üçün göstərişlər:
 - Müalicəyə başlamazdan əvvəl mikrob mənşəli olmasına şübhə olan, görməyə xəstər yetirən və ya ağır dərəcəli keratitlər (A:III)

- Buynuz qişanın dərin qatlarına doğru sirayət edən geniş korneal infiltratlar (A:III)
- Xroniki proseslər (A:III)
- Geniş spektrli antibiotiklərlə müalicəyə davamlı keratitlər (A:III)
- Klinik əlamətlərinə əsasən göbələk, amöb və ya mikobakteriya mənşəli olması təxmin edilən keratitlər (A:III)
- Bakterial keratitlər zamanı meydana gələn hipopion adətən steril olur və mikrob mənşəli endoftalmitlərə şübhə olmadıqda ön kamera mayesi və ya şüşəvari cisim müayinə üçün götürülməməlidir (A:III)
- Bakterial kulturanın məhsuldarlığını artırmaq məqsədi ilə buynuz qişadan götürülən qaşıntı və ya yaxma birbaşa münasib qidalı mühitə əkilməlidir. (A:III) Əgər bu mümkün deyilsə, **nümunələri transport** qidalı mühitlərə əkməli. (A:III) Əks təqdirdə yubanmadan onları inkubatora yerləşdirməli, və ya laboratoriyaya göndərməli. (A:III)

Müalicəyə göstərişlər

- Əksər hallarda antibiotik damcılarla həyata keçirilən müalicəyə üstünlük verilir (A:III)
- Bakterial keratitlərə şübhə olduqda empirik müalicə kimi geniş spektrli antibiotik damcılardan istifadə etməli (A:III)
- Ağır keratitlər (dərin stromal zədələnmə, və ya ölçüsü 2 mm-dən artıq olan defektlər) zamanı birinci saat müddətində zərbə dozası olaraq hər 5-15 dəqiqə müddətində, sonra isə 15 dəqiqədən bir olmaqla damcılar davam etməli. Orta ağır keratitlər üçün damcılarının istifadə rejiminin tezliyi uyğun qaydada azaldılmalıdır. (A:III)
- Gonokok mənşəli keratitlər zamanı sistem müalicə həyata keçirməli (A:III)
- Əgər 48 saat müddətində yaxşılaşma və ya stabilləşmə olmazsa, ilkin terapiyanı dəyişməli (A:III)
- Damcı şəkilli kortikosteroidlərlə müalicə olunan xəstələrdə bakterial keratitə şübhə olarsa, kortikosteroidləri azaltmalı və ya saxlamalı (A:III)
- Buynuz qişada olan infiltrat görmə oxu üzərində olarsa, ən azı 2-3 gün müddətində antibiotiklərin istifadəsi artırılmaq şərti ilə müalicəyə damcı şəkilli kortikosteroidləri əlavə etmək olar. Damcı şəkilli antibiotikləri tədricən azaltmaq şərti ilə yüksək dozada istifadə etməyi davam etməli. (A:III)
- Kortikosteroidlərin istifadəsinin I-II günü müddətində xəstələri müayinə etməli (A:III)

Bakterial keratitlər (Müalicəyə dair tövsiyələr)

(**Qiymətləndirmə:** A: Xüsusi ilə vacib, B: Vacib, C: Münasibdir, ancaq vacib deyil.

Dəlilin qüvvəsi: I: Güclü, II: Zəruridir I olmadıqda, III: I və II olmadıqda mütəxəssis rəyi ilə razılaşma)

Növbəti müayinə

- Müayinələrin tezliyi xəstəliyin ağırlıq dərəcəsiindən asılıdır və ağır hallarda klinik yaxşılaşma və stabilləşmə qeyd olunana qədər xəstələri ən azı gündə bir dəfə müayinə etməli (A:III)

Xəstələrin maarifləndirilməsi

- Bakterial keratitlərin destruktiv təbiəti və təcili müalicənin vacibliyi barədə xəstələri məlumatlandırmalı (A:III)
- Görmə qabiliyyətinin daimi itməsi və görmənin gələcək reabilitasiya məsələlərini xəstələrlə müzakirə etməli (A:III)
- Kontakt linzalardan istifadə edən xəstələri kontakt linzaları yatarkən çıxarmadıqda və lazımı gigiyena qaydalarına ciddi riayət etmədikdə mümkün infeksiyon riskin artması barədə məlumatlandırmalı (A:III)
- Əgər ciddi görmə qüsurlu və ya kor olmuş xəstələri cərrahi üsulla görmələrini bərpa etmək mümkün deyilsə, o zaman onları **reabilitasiya kursuna** göndərməli (A:III)

Bakterial keratitlərin antibiotik müalicəsi (A:III)

Mikroorganizm	Antibiotik	Topikal konsentrasiya	Subkoyunktival doza
Heç bir mikroorganizm təyin edilmədikdə, və ya mikroorganizmlərin müxtəlif tipləri	Sefazolin tobramisin ilə/ Gentamisin və ya Fluoroxinolonlar	50mg/ml 9-14 mg/ml 3 və ya 5 mg/ml	100 mg/0,5 ml 20 mg/0,5 ml
Gram müsbət koklar	Sefazolin Vankomisin* Bacitrasin* Miksofloksasin və ya Gatifloksasin	50 mg/ml 15-50 mg/ml 10 000 TV 3 və ya 5 mg/ml	100 mg/0,5 ml 25 mg/0,5 ml
Gram mənfi çöplər	Tobramisin /Gentamisin Seftazidim Fluoroxinolonlar	9-14 mg/ml 50 mg/ml 3 və ya 5 mg/ml	20 mg/0,5 ml 100 mg/0,5 ml
Gram mənfi koklar**	Seftriakson Seftazidim Fluoroxinolonlar	50 mg/ml 50 mg/ml 3 və ya 5 mg/mg	100 mg/ 0,5 ml 100 mg/ml
Qeyri vərəm mikobakteriyaları	Amikasin Klaritromisin*** Fluoroxinolonlar	20-40 mg/ml 3 və ya 5 mg/ml	20 mg /0,5 ml
Nocardia	Amikasin Trimetoprim / Sulfa metaksszol: Trimetoprim Sulfametoksozol	20-40 mg/ml 16 mg/ml 80 mg/ml	20 mg / 0,5 ml

* Rexitent Enterokok və Stafilokok ştamları və penisillinə qarşı allergiya zamanı. Vankomisin və Bacitrasinin heç bir gram mənfi aktivliyi olmadığından onlardan bakterial keratitlərin empirik müalicəsində tək agent kimi istifadə olunmamalıdır.

** Gonokok infeksiyasına şübhə olduqda sistem terapiya zəruridir.

*** Yaşlılarda oral sistem terapiya üçün doza hər 12 saatdan bir 500 mg-dır. Damcı şəkilli preparatlarla müalicənin bəzi üstünlükləri var idi ancaq, bu damcıların qıcıqlandırıcı xüsusiyyətinə görə klinik istifadəsi məhdudlaşdırılıb.

Blefaritlər (İlkin və sonrakı müayinələr)

(Qiyətləndirmə: A: Xüsusi ilə vacib, B: Vacib, C: Münasibdir, ancaq vacib deyil.

Dəlilin qüvvəsi: I: Güclü, II: Zəruridir I olmadıqda, III: I və II olmadıqda mütəxəssis rəyi ilə razılaşma)

İlkin Subyektiv müayinə

- Göz simptomları və əlamətləri (A:III)
- Simptomların müddəti (A:III)
- Bir və ya iki tərəfli olması (A:III)
- Qıcıqlandırıcı amillər (sigaret çəkmə, allergenlər, külək, kontakt linza, quru hava, dieta, spirtli içkilər.) (A:III)
- Sistem xəstəliklərlə əlaqədar simptomlar (sızanaqlar, allergiya) (A:III)
- Cari və əvvəlki sitem və damcı şəkilli dərman vasitələrinin qəbulu (A:III)
- Pedikulyozlu şəxslərlə kontakt (C:III)
- Okulyar anamnez (keçirilmiş cərrahi əməliyyat, radiasion və ya kimyəvi travma) (A:III)
- Sistem anamnez (akne, roseacea və ekzema kimi dermatoloji xəstəliklər, həmçinin izotretionin kimi dərmanların qəbulu) (A:III)

İlkin Obyektiv müayinə

- Görmə itiliyi (A:III)
- Xarici müayinə
 - Dəri (A:III)
 - Göz qapaqları (A:I)
- Yarıqlı lampa ilə biomikroskopiya
 - Göz yaşı təbəqəsi (A:III)
 - Göz qapaqlarının ön və arxa kənarları (A:III)
 - Kirpiklər (A:III)
 - Tarsal konyunktiva (A:III)
 - Bulbar konyunktiva (A:III)
 - Buynuz qişa (A:III)

Diagnostik testlər

- Bakterial kulturanın müayinəsi ağır iltihabı gedişli, və müalicəyə davamlı xronik blefariti olan xəstələr üçün göstərişdir. (A:III)
- Assimetriya qeyd olunan hallarda, həmçinin müalicəyə rezistent və ya yunifokal təkrarlanan xalazionlarda karsinomanın mümkünlüyünü istisna etmək üçün göz qapaqlarının biopsiyası həyata keçirilməlidir. (A:II)
- Əgər piy vəzi hüceyrələrinin karsinomasından şübhələnilirsinizsə, biopsiyadan əvvəl patoloqdan məsləhət alınmalıdır. (A:II)

Müalicəyə göstərişlər

- Blefaritlərin müalicəsinə göz qapaqlarının gigiyenasına riayət etməkdən başlamalı (A:III)
- Stafilokok mənşəli blefaritlərin müalicəsi gündə bir dəfə və ya daha çox olmaqla, bir həftə və ya daha artıq müddətə göz qapaqlarına eritromisin məlhəminin təyini ilə həyata keçirməli (A:III)
- Xronik simptomları və əlamətləri göz qapaqlarının gigiyenasına riayət olunmaqla aradan qalxmayan və meybom vəzilərinin disfunksiyası olan xəstələrə oral tetrasiklin təyin oluna bilər (A:III)
- Damcı şəkilli kortikosteroidlərin qısa müddətli istifadəsi göz qapaqlarının və göz almasının ön seqmentinin iltihabında faydalı ola bilər. Əgər mümkündürsə, kortikosteroidləri minimal effektiv dozada və qısa müddət ərzində təyin etməli (A:III)

Sonrakı müayinələr

- Növbəti müraciətlər zamanı aşağıdakılar nəzərə alınmalıdır
 - İnterval anamnez (A:III)
 - Görmə itiliyi(A:III)
 - Xarici müayinə(A:III)
 - Yarıqlı lampa biomikroskopiyası (A:III)

Xəstələrin maarifləndirilməsi

- Xəstələri xəstəlik prosesinin xronik gedişi və təkrar olunması barədə məlumatlandırmalı (A:III)
- Xəstəliyin simptomlarının tez-tez zəifləməsi, ancaq nadir hallarda aradan qalxması barədə xəstələri məlumatlandırmalı (A:III)

Katarakta (İlkin və sonrakı müayinələr)

(Qiymətləndirmə: A: Xüsusi ilə vacib, B: Vacib, C: Münasibdir, ancaq vacib deyil.

Dəlilin qüvvəsi: I: Güclü, II: Zəruridir I olmadıqda, III: I və II olmadıqda mütəxəssis rəyi ilə razılaşma)

İlkin Subyektiv müayinə

- Simptomlar (A:II)
- Oculyar anamnez(A:III)
- Sistem anamnez (A:III)
- Vizual funksional statusun qiymətləndirilməsi (A:II)

İlkin Obyektiv muayinə

- Görmə itiliyi korreksiya ilə (A:III)
- Maksimal visual korreksiya (göstəriş olduqda refraksiya ilə) (A:III)
- Göz almasının vəziyyəti və hərəkətiliyi(A:III)

- Bəbək reaksiyası və funksiyaları(A:III)
- GDT-nin ölçülməsi(A:III)
- Xarici müayinə (A:III)
- Yarıqlı lampa biomikroskopiyası (A:III)
- Göz dibinin müayinəsi (genəlmiş bəbəklə) (A:III)
- Fiziki və əqli sağlamlığın uyğun aspektlərinin qiymətləndirilməsi (B:III)

Müalicəyə göstərişlər

- Katarakta cərrahiyyəsi mümkün olan yaxşılaşmanı təmin etdiyindən, görmə qabiliyyəti xəstəni qane etmədikdə cərrahi əməliyyat göstərişdir (A:II)
- Katarakta cərrahiyyəsi, həmçinin büllürlə əlaqədar xəstəliklərin və ya görmə üçün potünsial əhəmiyyətə malik göz dibinin müayinəsi tələb olunan hallarda göstərişdir (A:III)
- Cərrahi əməliyyat aşağıdakı hallarda həyata keçirilməməlidir: (A:III)
- Eynəklər və ya digər vasitələr xəstənin ehtiyacını ödəyəcək səviyyədə görməsini təmin edərsə, cərrahi əməliyyatdan sonra görmə funksiyasının artmayacağı təqdirdə; ümumi və ya göz mənşəli problemləri olan xəstələrin cərrahi əməliyyatı uğursuz olacağı ehtimal edildikdə; əməliyyatdan sonra uyğun müalicənin aparılması mümkün olmadıqda.
- Cərrahi əməliyyat üçün göstərişlər hər iki göz üçün eynidir(A:II) (binokulyar funksiyaya olan tələblər nəzərə alınmaqla)

Əməliyyatdan əvvəlki müayinə

Əməliyyatı həyata keçirən cərrah aşağıdakılara cavbadehdir:

- Əməliyyatdan əvvəl xəstəni müayinə etməli (A:III)
- Müayinə zamanı əldə olunmuş nəticələrin dəqiqliyinə və cərrahi əməliyyata göstəriş olduğuna əmin olmalı (A:III)
- Xəstəni mümkün risk, əməliyyatın faydası və gözlənilən nəticələri barədə məlumatlandırmalı (A:III)
- İOL seçimi daxil olmaqla, əməliyyatın gedişini qısaca və dürüst izah etməli (A:III)
- Əməliyyat öncəsi və diaqnostik müayinələrin nəticələrini xəstəyə izah etməli (A:III)
- Xəstəyə əməliyyatdan sonrakı müayinə və müalicə planını qısaca və dürüst izah etməli (A:III)

Sonrakı müayinələr

- Yüksək riskli xəstələr əməliyyatdan sonrakı 24 saat müddətində müşahidə olunmalı (A:III)
- Digər xəstələr əməliyyatdan sonrakı 48 saat müddətində müşahidə olunmalı (A:III)
- Əməliyyatdan sonrakı müayinələr aşağıdakılardan ibarət olmalıdır:
 - İnterval anamnez, yeni simptomlar və əməliyyatdan sonra təyin olunmuş dərmanların istifadəsi barədə məlumat daxil olmaqla (A:III)
 - Xəstələrin görmə qabiliyyətinin müayinəsi (A:III)
 - Görmə funksiyalarının müayinəsi (görmə itiliyi, dəlikli ekran testi) (A:III)
 - GDT-nin ölçülməsi (A:III)
 - Yarıqlı lampa biomikroskopiyası (A:III)

Nd: YAG Lazer kapsulotomiyası

- Arxa kapsulun bulanması nəticəsində xəstəni qane etməyən görmə qabiliyyətinin zəifləməsi və ya göz dibinin müayinəsi vacib olan hallarda Nd: YAG lazer kapsulotomiyasını həyata keçirməli (A:III)
- Şüşəvari cismin arxa qopması, tor qişanın deşilməsi və qopması, həmçinin bu simptomlar müşahidə olunan təqdirdə təxirəsalınmadan həyata keçiriləcək müayinə barədə xəstəni məlumatlandırılmalı (A:III)

Xəstələrin maarifləndirilməsi

- Funksional cəhətdən monookulyar olan xəstələrlə əməliyyatın faydası və kor olmaq riski daxil olmaqla, baş vərə biləcək mümkün riskləri müzakirə etməli (A:III)

Konyunktivitlər (İlkin və Sonrakı müayinələr)

(Qiymətləndirmə: A: Xüsusi ilə vacib, B: Vacib, C: Münasibdir, ancaq vacib deyil.

Dəlilin qüvvəsi: I: Güclü, II: Zəruridir I olmadıqda, III: I və II olmadıqda mütəxəssis rəyi ilə razılaşma)

İlkin subyektiv müayinə

- Okulyar simptom və əlamətlər (qaşınma, ifrazat, qızartı, ağrı, fotofobia, görmənin bulanması) (A:III)
- Simptomların müddəti (A:III)
- Bir və ya iki tərəfli olması (A:III)
- İfrazatın xarakteri (A:III)
- Yoluxmuş şəxslərlə kontakt (A:III)
- Travma (mexaniki, kimyəvi, ultrabənövşəyi) (A:III)
- Kontakt linzalardan istifadə (linzanın tipi, gigiyena və istifadə rejimi) (A:III)
- Sistem xəstəliklərlə potensial əlaqəsi olan simptom və əlamətlər (sidik-cinsiyyət orqanlarından ifrazat, disuriya, yuxarı tənəffüs yollarının infeksiyası, dəri və selikli qişaların zədələnməsi) (A:III)
- Allergiya, astma, ekzema (A:III)
- Yerli və ümumi preparatların istifadəsi (A:III)
- Şəxsi gigiyena vasitələrinin istifadəsi (A:III)
- Okulyar anamnez (əvvəllər keçirilən konyunktivitlər (A:III) və cərrahi əməliyyatlar) (B:III)
- Ümumi anamnez (immun vəziyyət və mümkün sistem xəstəliklər) (B:III)
- Sosial anamnez (siqaret çəkmə, vərdişlər və hobbilər, səyahət və seksual aktivlik) (C:III)

İlkin obyektiv müayinə

- Görmə itiliyi (A:III)
- Xarici müayinə
 - Regional limfaadenopatiya (xüsusi ilə periokulyar) (A:III)
 - Dəri (A:III)

- Göz qapaqlarının və gözün köməkçi aparatının qüsurları (A:III)
- Konyunktiva (A:III)
- Yarıqlı lampa biomikroskopiyası
 - Göz qapaqlarının kirpik kənarları (A:III)
 - Kirpiklər (A:III)
 - Göz yaşı nöqtələri və kanalları (B:III)
 - Tarzal və tağ konyunktivası (A:II)
 - Bulbar konyunktiva / limb (A:II)
 - Buynuz qışa (A:I)
 - Ön kamera / qüzhəli qışa (A:III)
 - Rəngləyici maddələrlə test (konyunktiva və buynuz qışa) (A:III)

Diaqnostik testlər

- Yenidoğulmuşların infeksiyon konyunktivitlərinə şübhə olduqda kultura, yaxmanın sitoloji və xüsusi rəngləyici metodlarla müayinəsi göstərişdir (A:I)
- Qonokokk mənşəli konyunktivitlərə şübhə olduqda yaxmanın sitoloji və xüsusi rəngləyici metodlarla müayinəsi tövsiyyə olunur (A:III)
- Yaşlıların və yenidoğulmuşların xlamidial konyunktivitlərini immunodiaqnostik test və/və ya kultura ilə sübut etməli (A:I)
- Aktiv iltihabi proses olan gözərdə okulyar çapıqlaşan pemfiqoidə şübhə olduqda bulbar konyunktivanın və limbə yaxın zədələnməmiş nahiyədən nümunə biopsiya üçün götürülməlidir (A:III)
- Piy vəzilərinin karsinomasına şübhə olduqda biopsiya üçün material göz qapağının bütün qatları daxil olmaqla tam qalınlığında götürülməlidir (A:II)

Müalicəyə tövsiyələr

- *Neisseria gonorrhoeae* (A:I) və ya *Chlamydia trachomatis* mənşəli konyunktivitlərdə sistem antibiotiklərdən istifadə etməli. (A:III)
- Konyunktivitlər cinsi yolla ötürülən xəstəliklərlə əlaqədar olduqda xəstəliyin təkrarlanmasının və yayılmasının qarşısını almaq üçün cinsi partnyorları müalicə etməli və xəstələri, həmçinin onların seksual partnyorlarını uyğun mütəxəssisin müayinəsinə göndərməli (A:III)
- Sistem xəstəliklərin təzahürü müşahidə edilən xəstələri uyğun mütəxəssisin müayinəsinə göndərməli (A:III)

Sonrakı müayinələr

- Sonrakı müraciətlər zamanı aşağıdakıları nəzərə almalı:
 - İnterval anamnez (A:III)
 - Görmə itiliyi (A:III)
 - Yarıqlı lampa ilə biomikroskopiya (A:III)

Xəstələrin maarifləndirilməsi

- Xəstəliyin qarşısının alınması və ya geniş yayılmaması məqsədilə yoluxdurucu xüsusiyyətlərə malik xəstəliklərdən əziyyət çəkən xəstələri bu barədə məlumatlandırılmalı (A:III)

Diabetik retinopatiya (İlkin və sonrakı müayinələr)

(Qiymətləndirmə: A: Xüsusi ilə vacib, B: Vacib, C: Münasibdir, ancaq vacib deyil.

Dəlilin qüvvəsi: I: Güclü, II: Zəruridir I olmadıqda, III: I və II olmadıqda mütəxəssis rəyi ilə razılaşma)

İlkin subyektiv müayinə

- Şəkərli diabetin müddəti (A:I)
- Sonuncu dəfə qanda şəkərin müayinəsi (hemoqlobin A1c) (A:I)
- Dərman vasitələri (A:III)
- Ümumi anamnez (cinsi yetişkənliyin başlanması (A:III), piylənmə (A:III), böyrək xəstəlikləri (A:II), ümumi qan təzyiqi (A:I), qanda lipidlərin miqdarı (A:II), hamiləlik(A:I))

İlkin obyektiv müayinə

- Görmə itiliyi korreksiya ilə (A:I)
- GDT-nin ölçülməsi (A:III)
- Göstəriş olduqda qonioskopiya (qüzehli qişanın neovaskulyarizasiyası və GDT-nin artması) (A:III)
- Yarıqlı lampa biomikroskopiyası (A:III)
- Gen bəbəkdə göz dibinin streoskopik müayinəsi (A:I)
- Tor qişanın periferiyası, həmçinin şüşəvari cismin dolayı (indirekt) oftalmoskopiya və ya kontakt linza ilə həyata keçirilən yarıqlı lampa biomikroskopiyası (A:III)

Diagnoz

- Hər iki gözdə KƏMÖ(klinik əhəmiyyətli makular ödem) müşahidə olunması və ya olunmaması daxil olmaqla diabetik retinopatiyanı kateqoriyasına və ağırlıq dərəcəsinə görə təsnifatlandırılmalı (A:III). Hər bir kateqoriya progressivləşmə riski ilə əlaqədardır.

Sonrakı müayinələr

- Görmə simptomları (A:III)
- Ümumi status (hamiləlik, qan təzyiqi, böyrəklərin vəziyyəti) (A:III)
- Qanda şəkərin səviyyəsi (A:II)

Sonrakı obyektiv müayinələr

- Görmə ititliyi (A:I)
- GDT-nin ölçülməsi (A:III)
- Qüzehli qişanın müayinəsi daxil olmaqla yarıqlı lampa ilə biomikroskopiya (A:II)
- Qonioskopiya (neovaskulyarizasiyaya şübhə olduqda, GDT olduqda və ya artdıqda) (A:II)
- Gen bəbəkdə göz dibinin stereo müayinəsi (A:I)
- Göstəriş olduqda tor qişanın periferiyası və şüşəvari cismin müayinəsi (A:II)

Yardımcı testlər

- Minimal diabetik retinopatiyalı və ya ilkin fotoqrafik təsvirdən sonra dəyişməz olaraq qalan hallarda göz dibinin fotografiyası nadir hallarda əhəmiyyət kəsb edir (A:III)
- Göz dibinin fotografik müayinəsi xəstəliyin nəzərə çarpan dəyişikliklərini izləmək və müalicənin effektini müşahidə etmək üçün faydalı ola bilər (B:III)
- Flüoressein angioqrafiyası KƏMÖ-nin (A:III) müalicəsi üçün tövsiyyə zamanı və naməlum səbəbli görmə itiliyinin zəifləməsinin təyin edilməsi üçün istifadə oluna bilər (A:III). Angioqrafiya makulyar kapilyarların qeyri perfuziyasını (A:II) və ya makulyar ödemini (və ya hər ikisinin) səbəbini təyin etməyə kömək edə bilər.
- Flüoressein angioqrafiyası diabetli xəstələrə müayinənin bir hissəsi kimi kor-korana təyin edilməməlidir (A:III)
- Flüoressein angioqrafiyasının KƏMÖ-nin və ya PDR-in diaqnostikasında istifadəsi lüzumsuzdur, beləki, onların hər ikisi klinik müayinələrlə müəyyən edilə bilər

Xəstələrin maarifləndirilməsi

- Xəstələrlə nəticəni və ya müayinələri müzakirə edib, nə düşündüyünüzü izah etməli (A:II)
- Diabeti olan lakin, diabetik retinopatiyadan əziyyət çəkməyən xəstələri ildə bir dəfə olmaqla gen bəbəklə müayinə olunmağa həvəsləndirməli (A:II)
- Görmənin, həmçinin gözlərin vəziyyətinin qənaətbəxş olmasına baxmayaraq, diabetik retinopatiyanın effektiv müalicəsinin mütəmadi müşahidə və müayinələrdən asılı olması barədə xəstələri məlumatlandırmalı (A:III)
- Qanda şəkərin miqdarının, həmçinin qan təzyiqinin normaya yaxın olması və plazmada lipidlərin səviyyəsinin aşağı olmasının vacibliyi barədə xəstələri məlumatlandırmalı (A:III)
- Gözlə əlaqədar müayinələrin nəticəsi barədə müalicə həkimini məlumatlandırmalı (A:III)
- Cərrahi və terapevtik metodlarla müalicəsi mümkün olmayan xəstələri reabilitasiya kursuna və ya əlillik müavinəti almaq üçün lazımi müəssisələrə göndərməli (A:III)

Diabetik retinopatiya (Müalicəyə dair tövsiyələr)

Şəkərli diabeti olan xəstələrin müalicəsi üzrə tövsiyələr

Retinopatiyanın ağırlıq dərəcəsi	KƏMÖ* olması	Müşahidə müddəti (aylar)	Panretinal lazer koaqulyasiya	Flüoressein angioqrafiyası	Fokal lazer koaqulyasiya
1. Normal və ya minimal QPDR	Yox	12	Yox	Yox	Yox
2. Zəifdən orta dərəcəli QPDR	Yox	6-12	Yox	Yox	Yox
3. Ağır və ya çox ağır QPDR	Hə	2-4	Yox	Adətən	Adətən* △

4.Ağır və ya çox ağır QPDR	Yox	2-4	Bəzən †	Nadir hallarda	Yox
5.Qeyri yüksək riskli PDR	Hə	2-4	Bəzən †	Adətən	Adətən **
6.Qeyri yüksək riskli PDR	Yox	2-4	Bəzən †	Nadir hallarda	Yox
7.Yüksək riskli PDR	Hə	2-4	Bəzən †	Adətən	Adətən △
8.Yüksək riskli PDR	Yox	3-4	Adətən †	Nadir hallarda	Yox
9.Fotokoaqulyasiya üçün əlverişsiz yüksək riskli PDR (optik mühitlərin bulanıqlığı)	Hə	3-4	Adətən †	Adətən	Adətən**
10.Fotokoaqulyasiya üçün əlverişsiz yüksək riskli PDR (optik mühitlərin bulanıqlığı)	-	1-6	Mümkün deyil ††	Bəzən	Mümkün deyil ††

KƏMÖ-Klinik Əhəmiyyətli Makulyar Ödem; QPDR-Qeyri Proliferativ Diabetik Retinopatiya; PDR-Proliferativ Diabetik Retinopatiya.

* İstisnalara daxildir: ürək çatışmazlığı ilə əlaqədar hipertenziya və ya mayenin organizmdə ləngiməsi, böyrək çatışmazlığı, hamiləlik və ya makulyar ödemə ağırlaşdıracaq digər səbəblər. Qeyd olunan hallarda qısa müddətli müalicə kursu həyata keçirilərək fotokoaqulyasiyanı təxirə salmalı. Həmçinin, makulanın mərkəzi zədələnmədikdə, görmə itiliyi yüksək olduqda və xəstələr mümkün riski anladığıda KƏMÖ-in müalicəsi seçici olaraq təxirə salına bilər.

† Fokal fotokoaqulyasiya ya mikroanevrizmlərə birbaşa fokal lazer koaqulyasiyası, ya diffuz maye sızması olan nahiyələrə qəfəs fotokoaqulyasiya, ya da flüoressein angiografiyada qeyri perfuzion nahiyələrdə tətbiq olunur.

△ KƏMÖ zamanı fokal fotokoaqulyasiya makulanın mərkəzi zədələnmədikdə, görmə itiliyi yüksək olduqda, və xəstələr baş verəcək riski anladığıda mütəmadi nəzarət altında seçici olaraq təxirə salına bilər.

† Panretinal lazer fotokoaqulyasiya əməliyyatı yüksək riskli PDR olan xəstələrdə həyata keçirilə bilər. 2-ci tip şəkərli diabetli ağır qeyri proliferativ retinopatiyası olan xəstələrdə erkən panretinal fotokoaqulyasiyanın faydası 1-ci tip şəkərli diabetli xəstələrə nisbətən daha çoxdur. Müalicə 2-ci tip şəkərli diabet və ağır QPDR olan xəstələrdə nəzərə alınmalıdır. Xəstələrin növbəti müşahidələr üçün razılaşmaması, həyata keçiriləcək kataraktanın ekstraksiyası və ya hamiləlik kimi amillər, həmçinin digər gözün vəziyyəti panretinal fotokoaqulyasiyanın vaxtının təyin olunmasına kömək edir.

** Bəzi mütəxəssislər panretinal lazer koaqulyasiya ilə əlaqədar makulyar ödemənin kəskinləşməsini azaltmaq məqsədi ilə panretinal fotokoaqulyasiyadan əvvəl fokal fotokoaqulyasiyanın həyata keçirilməsinə üstünlük verirlər.

†† Bəzi hallarda vitrektomiya göstərilir.

Quru Göz Sindromu (İlkin müayinə)

(Qiymətləndirmə: A: Xüsusi ilə vacib, B: Vacib, C: Münasibdir, ancaq vacib deyil.

Dəlilin qüvvəsi: I: Güclü, II: Zəruridir I olmadıqda, III: I və II olmadıqda mütəxəssis rəyi ilə razılaşma)

İlkin subyektiv müayinə

- Okulyar simptom və əlamətlər (A:III)
- Ağırlaşdırıcı amillər (B:III)
- Simptomların davam etmə müddəti (A:III)
- İstifadə olunan damcılar və onların simptomlara təsiri (A:III)
- Okulyar anamnezə daxildir:
 - Kontakt linzalar, onlardan istifadə qaydası və qulluq (A:III)
 - Allergik konyunktivitlər (B:III)
 - Korneal anamnez (keratoplastika, LASİK,FRK) (A:III)
 - Göz yaşı nöqtələrində əməliyyat (A:III)
 - Göz qapaqlarında əməliyyat (ptozun aradan qaldırılması, blefaroplastika, entropian/ektropionun aradan qaldırılması) (A:III)
 - Bell sindromu (A:III)
 - Göz almasının səthi strukturlarının iltihabı (okulyar çapıqlaşan pemfiqoid, Stevens-Jonson sindromu) (A:III)
- Ümumi anamnezə daxildir:
 - Siqaret şəkmə (A:III)
 - Dəri xəstəlikləri (sızaqlar) (A:III)
 - Ekzema (A:III)
 - Menopauza (A:III)
 - Sistem iltihabi xəstəliklər (Şöqren sindromu, revmatoid artrit, sistem qurd eşənəyi, skleradermiya) (A:III)
 - Sistem dərman vasitələri (antihistaminlər, aritmiya əleyhinə dərmanlar, izotretinoin, difenoksilat/atropin, beta-blokatorlar, kimyəvi terapiya və antixolinergik effektiv digər dərman vasitələri) (A:III)
 - Travma (kimyəvi) (A:III)
 - Xronik virus infeksiyası (xronik hepatit C, insan immunodefisit virusu) (B:III)
 - Cərrahiyyə (sümük iliyinin transplantasiyası, baş və boyun cərrahiyyəsi) (B:III)
 - Orbitanın şüalandırılması (B:III)
 - Nevroloji vəziyyət (Parkinson xəstəliyi, Bell sindromu, Riley-Day sindromu) (B:III)
 - Quru ağız, kariesli dişlər, ağızın selikli qıçasında xoralar (B:III)

İlkin obyektiv müayinə

- Görmə itiliyi (A:III)
- Xarici müayinə
 - Dəri (A:III)
 - Göz qapaqları (A:I)
 - Gözün köməkçi aparatı (A:III)
 - Ekzoftalmiya (B:III)
 - Kəllə-beyin sinirlərinin funksiyası (A:III)

- Əllər (B:III)
- Yarıqlı lampa ilə biomikroskopiya
 - Göz yaşı təbəqəsi (A:III)
 - Kirpiklər (A:III)
 - Göz qapaqlarının ön və arxa kənarları (A:III)
 - Göz yaşı nöqtələri (A:III)
 - Aşağı tağ və tarzal konyunktiva (A:III)
 - Bulbar konyunktiva (A:III)
 - Buynuz qişa (A:III)

Müalicəyə göstərişlər

- Göz yaşının defisiti olan xəstələrə aşağıdakı tədbirlər göstərilir:
 - Vəziyyəti ağırlaşdıran dərman vasitələrinin istifadəsini azaltmalı (A:III)
 - Göz ətrafı manipulyasiyaları azaltmalı (A:III)
 - Ətraf mühitin havası nəmləndirilməli (A:III)
 - Kompüterlə iş azaldılmalı (A:III)
 - Süni göz yaşı preparatlarından istifadə etməli (A:III)
- Göz yaşının defisiti olan xəstələrdə dərman müalicəsi effekt vermədikdə aşağıdakı cərrahi müdaxilələr həyata keçirilə bilər:
 - Blefaritlər, trixiiaz və ya qapaq qüsurlarının korreksiyası (laqoftalmiya, entropion/ektropion) (A:III)
 - Göz yaşı nöqtələrinin okkluziyası (A:III)
 - Ağır vəziyyətlərdə tarzoraffiya (göz qapaqlarının tikilməsi) (A:III)

Xəstələrin maarifləndirilməsi

- Xəstələri quru göz sindromununun xroniki xüsusiyyəti və gedişi barədə məlumatlandırılmalı (A:III)
- Müalicənin rejimi barədə xüsusi təlimatla təmin etməli (A:III)
- Xəstələrə baş verə biləcək mümkün struktur dəyişikliyinə riskini anlatmalı və onları effektiv müalicə nəticəsində mümkün yaxşılaşmanın olmasına inandırılmalı (A:III)
- Sistem xəstəliklərinin manifesti müşahidə olunan xəstələri uyğun mütəxəssisə göndərməli (A:III)
- Başlanğıc mərhələdə olan quru göz sindromundan əziyyət çəkən xəstələri LASİK və FRK əməliyyatlarından sonra gözlərinin vəziyyətinin ağırlaşma biləcəyi barədə xəbərdar etməli (A:III)

Ezotropiya – Daxili çəpgözlük (İlkin və sonrakı müayinələr)

(Qiymətləndirmə: A: Xüsusi ilə vacib, B: Vacib, C: Münasibdir, ancaq vacib deyil.

Dəlilin qüvvəsi: I: Güclü, II: Zəruridir I olmadıqda, III: I və II olmadıqda mütəxəssis rəyi ilə razılaşma)

İlkin subyektiv müayinə

- Okulyar simptom və əlamətlər (A:III)

- Okulyar anamnez (deviasianın başlanma vaxtı və tezliyi, diplopiyanın olub-olmaması) (A:III)
- Ümumi anamnez (pre-, peri- və postnatal tibbi faktorlar) (A:III)
- Çəpgözlük, ambliopiya və ekstraokulyar əzələlərdə həyata keçirilən əməliyyatlar daxil olmaqla ailə anamnezi (A:III)

İlkin obyektiv müayinə

- Görmə itiliyi (A:III)
- Ortoforiya (uzağa və yaxına) (A:III)
- Ekstraokulyar əzələlərin funksiyası (A:III)
- Hissi parametrlər (A:III)
- Makulanın vəziyyəti nəzərə alınmaqla göz dibinin müayinəsi (A:III)
- Sikloplegiyadan sonra refraksiyanın təyini (A:III)

Müalicəyə göstərişlər

- İlk olaraq klinik əhəmiyyətli refraksiya qüsurlarını korreksiya etməli (A:III)
- Ezotropiyaların bütün formalarını müalicə üçün nəzərdən keçirməli və ortoforiyanı təxirasalınmadan təmin etməli (A:III)
- Optik korreksiya ortoforiyanı təmin etmədiyi hallarda, cərrahi korreksiyanı həyata keçirməli (A:III)
- Mümkün binokulyarlığı artırmaq üçün klinik əhəmiyyətli ambliopiyanı cərrahi əməliyyata qədər müalicə etməli (A:III)

Sonrakı müşahidələr

- Sonrakı müşahidələr zamanı aşağıdakılar nəzərə alınmalıdır:
 - Müalicəyə tolerantlıq və əlavə effektlər (A:III)
 - Refraksiya qüsurunun korreksiyası ilə görmə itiliyinin və fiksasiyanın müayinəsi (A:III)
 - Refraksiya qüsurunun korreksiyası ilə uzaq və yaxın məsafəyə fiksasiya zamanı deviasiya (A:III)
 - A və ya V patternlərinin və/və ya çəp disfunksiyanın müşahidəsi (A:III)
 - Binokulyar görmənin xarakteri (A:III)
- Hipermetropiyanı təyin etmək üçün ən azı bir il olmaqla, lazım olduqda 4-6 aylıq fasilə ilə sikloplegiyadan istifadə etməli (A:III)

Növbəti müayinələrin intervalları (A:III)

Yaş (illər)	Rutin müayinələrin intervalı (aylar)*
0-1	1-3
1-5	3-6
5-10	6-12

*Ambliopiya aradan qalxmıdıqda və ya ortofariyada pisləşmə müşahidə edildikdə, müraciətlərin sayı artırıla bilər

Xəstələrin maarifləndirilməsi

- Xəstəliyi anlamaq, həmçinin ona qarşı birgə mübarizə aparmaq üçün xəstəlik və onun nəticələrini xəstə və /və ya valideynləri ilə müzakirə etməli (A:III)
- Yaşlı xəstələrlə müxtəlif müalicə üsullarının üstünlüklərini və çatışmazlıqlarını müzakirə etməli (A:III)
- Xəstənin valideynləri və/və ya ailə üzvləri ilə münasib müalicə planını formalaşdırmalı (A:III)
- Lazım olduqda xəstə və/və ya valideynləri ilə yaranan əlavə psixoloji effektləri müzakirə etməli (A:III)

Cüzam zamanı görmə üzvünün xəstəlikləri (İlkin müayinə və müalicə)

(Qiymətləndirmə: A: Xüsusi ilə vacib, B: Vacib, C: Münasibdir, ancaq vacib deyil.

Dəlilin qüvvəsi: I: Güclü, II: Zəruridir I olmadıqda, III: I və II olmadıqda mütəxəssis rəyi ilə razılaşma)

İlkin subyektiv müayinə

- Okulyar simptomlar (görmənin zəifləməsi, yaşaxma, qıcıqlanma əlamətləri) (A:III)
- Laqoftalmiyanın müddəti (6 aydan az və ya çox) (A:III)
- Cüzamin müddəti (adətən diaqnoz qoyulan vaxtdan) (B:III)
- Cüzamin tipi (A:III)
- Çox saylı preparatlarla müalicə; nə qədər və hansı preparatların qəbulu (A:III)
- Cüzam reaksiyasının anamnezi (B:III)

İlkin obyektiv müayinə

- Görmə itiliyi (A:III)
- Göz qapaqları və gözün bağlanması (A:III)
- Buynuz qişanın həssaslığı (A:III)
- Konyunktiva (A:III)
- Sklera (A:III)
- Bəbək (A:III)
- Nazolakrimal aparat (A:III)
- Yarıqlı lampa biomikroskopiyası
 - Buynuz qişa epitelinin tamlığı
 - Buynuz qişanın sinir liflərinin muncuqvari olması, stromal bulanıqlıq (B:III)
 - Ön kamera (A:III)
 - Qüzehli qişanın atrofiyası (A:III)
 - Qüzehli qişa "mirvariləri" (B:III)
 - Arxa sinexiyalar (A:III)
 - Katarakta (A:III)

Müalicəyə göstərişlər

Zəruri hallarda (katarakta, laqoftalmiya, ön uveitlər) cüzamlı xəstələrin müalicəsi digər xəstələrin müalicəsindən fərqlənməməli və onlara normal oftalmoloji xidməti təmin etməli, xüsusi ilə:

- Katarakta xəstənin görmə funksiyasına nəzərə çarpacaq dərəcədə mane olduqda əməliyyat olunmalı (A:III)
- Cərrahi əməliyyat keyfiyyətli keçərsə və göz sakit olarsa İOL implantasiyası əks göstəriş deyil (A:III)
- Əgər buynuz qişa xronik laqoftalmın nəticəsində zədələnersə, və ya zahiri problem olarsa, laqoftalmın ağırlıq dərəcəsindən asılı olaraq o cərrahi üsulla aradan qaldırılmalı (A:III)
- Cüzama yoluxmuş xəstələrdə xüsusi ilə aşağıdakılar nəzərə alınmalıdır:
 - Yeni başlamış laqoftalm (müddəti 6 aydan az) 6 ay müddətinə tədricən azaltılmaqla gündəlik oral 25-30 mg prednizolonla müalicə olunmalı (A:III)
 - Kəskin uveitlər intensiv olaraq damcı şəkilli steroidlərlə müalicə olunmalı; yanaşı sistem cüzam reaksiyası sistem steroidlərlə müalicə olunmalı (A:III)

Xəstələrin maarifləndirilməsi

- Çoxsaylı dərman vasitələri ilə müalicə olunan xəstələr laqoftalmın inkişaf edə biləcəyi və onunla əlaqədar risk barədə xəbərdar edilməli (A:III)
- Laqoftalmın qalıtım əlamətləri olan xəstələr mümkün risk, qırmızı göz sindromunun inkişafı və görmənin azalması barədə xüsusi ilə xəbərdar edilməli (A:III)
- Xəstələr reaksiya zamanı gözə olan riski anlamalı və reaksiyanın inkişaf etməsinin məruzə olunması barədə təlimatlandırılmalı (A:III)
- Bütün xəstələr görmənin zəifləməsinin vacibliyi və onun baş verdiyi halda xüsusi şəxslərə məruzə etməsinin zəruriliyi barədə məlumatlandırılmalı (A:III)

Şüşəvari cismin arxa qopması (ŞCAQ), tor qişanın cırıqları və “Lattis” degenerasiyası (İlkin və sonrakı müayinələr)

(Qiymətləndirmə: A: Xüsusi ilə vacib, B: Vacib, C: Münasibdir, ancaq vacib deyil.

Dəlilin qüvvəsi: I: Güclü, II: Zəruridir I olmadıqda, III: I və II olmadıqda mütəxəssis rəyi ilə razılaşma)

İlkin subyektiv müayinə

- Şüşəvari cismin arxa qopmasının (ŞCAQ) simptomları (A:I)
- Ailə anamnezi (A:II)
- Gözdə travma və cərrahi əməliyyatlar (A:II)
- Miopiya (A:II)
- Katarakta cərrahiyyəsi (A:II)

İlkin obyektiv müayinə

- Şüşəvari cismin qopmasının, piqment hüceyrələr, hemorragiya və qatılaşmasının müayinəsi (A:III)
- Skleranın sıxılması şərti ilə göz dibinin periferiyasının müayinəsi (A:III). Periferik vitreoretinal patologiyanın indirect oftalmoskopiya metodunun skleral sıxılma ilə kombinasiyada müayinəsi daha məqsəduyğundur. (A:III)

Yardımcı müayinələr

- Tor qişanın periferik hissələrini müayinə etmək olmur, B-scan ultrasəs müayinəsini həyata keçirməli (A:II). Əgər bu müayinədən sonra heç bir dəyişiklik aşkar olunmazsa, xəstənin mütəmadi müşahidəsi məsləhətdir. (A:III)

Cərrahi və cərrahi əməliyyatdan sonrakı müayinələr

- Xəstələri mümkün risk, fayda və alternativ cərrahi əməliyyatlar barədə məlumatlandırılmalı (A:III)
- Xəstələrə əməliyyatdan sonrakı müalicə planını qısa və dürüst şəkildə anlatılmalı (A:III)
- Xəstələri göz önündə uçan zərrəciklər və görmə sahəsinin qüsurları müşahidə edildikdə təcili oftalmoloqa müraciət etmələri barədə məlumatlandırılmalı (A:II)

Müalicənin seçilməsi

Zədələnmənin tipi	Müalicə
Kəskin simptomatik nal şəkilli cırıqlar	Təcili müalicə
Kəskin simptomatik operkulyasiya olunmuş cırıqlar	Müalicə vacib olmaya bilər
Tor qişanın travmatik zədələnmələri	Adətən müalicə olunmalıdır
Simptomsuz nal şəkilli cırıqları	Adətən müalicə ehtiyac olmur
Simptomsuz operkulyasiya olunmuş cırıqları	Müalicəsi nadir hallarda tövsiyyə olunur
Simptomsuz atrofik girdə cırıqlar	Müalicəsi nadir hallarda tövsiyyə olunur
Simptomsuz yarıqsız «lattis» degenerasiyası	ŞCAQ nal şəkilli cırıqların əmələ gəlməsinə səbəb olmayınca müalicə edilmir
Simptomsuz yarıqlı «lattis» degenerasiyası	Adətən müalicə tələb olunmur
Simptomsuz dializlər	Müalicəsi üçün ortaq fikir və qənaətbəxş dəlil yoxdur
Digər gözdə atrofik yarıq, «lattis» degenerasiyası, və ya simptomsuz nalşəkilli cırıqlar	Müalicəsi üçün ortaq fikir və qənaətbəxş dəlil yoxdur

Sonrakı subyektiv müayinələr

- Görmə simptomları (A:I)
- İntraoculyar cərrahiyyə daxil olmaqla, göz travmalarının interval anamnezi (A:I)

Sonrakı obyektiv müayinələr

- Görmə itiliyi (A:III)
- Pigment hüceyrələrin və sinerezisin mövcudluğuna əsasən şüşəvari cismin statusunu qiymətləndirməli (A:II)
- Skleral sıxılma ilə göz dibinin periferiyasını müayinə etməli (A:II)
- Optik mühitlərin bulanıqlığı zamanı B-scan ultrasəs müayinəsi həyata keçirilməli (A:II)
- Şüşəvari cismin hemorragiyası olan tor qişanın detalları müayinə edilməyən, həmçinin B-scan müayinəsinin nəticəsi mənfi olan xəstələrə mütəmadi nəzarət etməli. Tor qişanın cırığına şübhəli olan xəstələri 4 həftə sonra təkrar B-scan müayinəsindən keçirməli. (A:III)

Xəstələrin maarifləndirilməsi

- Tor qişanın yüksək qopma riski olan xəstələri ŞCAQ və tor qişanın qopma simptomları, həmçinin mütəmadi müayinələrin əhəmiyyəti barədə məlumatlandırılmalı. (A:II)
- Tor qişanın yüksək qopma riski olan xəstələri göz önündə üzən zərrəciklərin miqdarının artması, görmə sahəsinin itirilməsi və görmə itiliyinin azalması ilə müşahidə olunan hallarda təcili göz həkimlərinə xəbər vermələri barədə məlumatlandırılmalı. (A:III)

Birincili açıq bucaqlı qlaukoma (İlkin müayinə)

(Qiymətləndirmə: A: Xüsusi ilə vacib, B: Vacib, C: Münasibdir, ancaq vacib deyil.

Dəlilin qüvvəsi: I: Güclü, II: Zəruridir I olmadıqda, III: I və II olmadıqda mütəxəssis rəyi ilə razılaşma)

İlkin subyektiv müayinə

- Okulyar anamnez (A:III)
- Ümumi anamnez (A:III)
- Ailə anamnezi (A:II)
- Gündəlik həyat şəraiti və fəaliyyətlərin görmə funksiyalarına təsirinin qiymətləndirilməsi (A:III)
- Münasib məlumatlarla tanışlıq (A:III)

İlkin obyektiv müayinə

- Görmə itiliyi (A:III)
- Bəbəklər (B:II)
- Ön seqmentin yarıqlı lampa ılı biomikroskopiyası (A:III)
- GDT-nin ölçülməsi (A:I)
 - Gün ərzində GDT-də fərq müşahidə olunduğuna görə müayinə vaxtının qeyd olunması (B:III)
- Buynuz qişanın mərkəzi qalınlığı (A:II)
- Qonioskopiya (A:III)
- Böyüdülmüş stereoskopik müayinənin köməyi ilə görmə siniri məməciyini və tor qişanın sinir lifləri qatını qiymətləndirməli (A:III)

- Görmə siniri məməciyinin morfologiyasının rəngli stereofotoqrafik və ya komputer-əsaslı təsvir analizinin köməyi ilə sənədləşdirilməsi daha məqsədəuyğundur (A:II)
- Göz dibinin müayinəsi (mümkün olarsa gen bəbəkədə) (A:III)
- Görmə sahəsinin müayinəsinin statik avtomatik perimetriya ilə həyata keçirilməsi daha məqsədəuyğundur (A:III)

Müalicəyə göstəriş olan xəstələrlə davranma planı

- Müalicədən əvvəlki təzyiqin görmə siniri məməciyinə zədələyici təsirini ehtimal edərək, hədəf təzyiq müalicədən əvvəlki təzyiqdən 20% aşağı olmalı. (A:I) GSM-nin zədələnməsi nə qədər artıqdırsa, hədəf təzyiq bir o qədər artıq aşağı salınmalıdır. (A:III)
- Əksər hallarda damcı şəkilli preparatlar ilkin olaraq yaxşı nəticə verir. (A:III)
- Lazer trabekulektomiyası ilkin müalicəyə münasib alternativlərdəndir. (A:III)
- Fistuləedici cərrahi əməliyyatlar bəzən müalicəyə münasib alternativ ola bilər (A:I)
- Arzu olunan terapevtik nəticəni əldə etmək üçün maksimal effektiv və tolerans rejim seçməli (A:III)

Lazer trabekuloplastika əməliyyatı və əməliyyatdan sonra xəstələrin müayinəsi

- Xəstələrin əməliyyatdan sonra lazımı qayğı ilə təmin olunmasına əmin olmalı. Əməliyyatdan əvvəlki və sonrakı tədbirlər planı:
 - Tam məlumatlandırmadan sonra razılığın alınması (A:III)
 - Əməliyyatdan əvvəl ən azı bir dəfə olmaqla cərrah xəstəni müayinə etməli və GDT-ni ölçməli (A:III)
 - Ən azı əməliyyatdan 30-120 dəq sonra GDT-ni təkrar yoxlamalı (A:I)
 - Əməliyyatdan sonra 6 həftə müddətində GDT-ni yoxlamalı. Əgər GDT -lə əlaqədar görmə sinirinin zədələnməsinin öyrənilməsinə ehtiyac olarsa, müayinəni daha tez həyata keçirməli. (A:III)

Əməliyyatlar və fistuləedici əməliyyatdan sonra xəstələrin müayinəsi

- Xəstələrin əməliyyatdan sonra lazımı qayğı ilə təmin olunmasına əmin olmalı. (A:III) Əməliyyatdan əvvəlki və sonrakı tədbirlər planı:
 - Tam məlumatlandırmadan sonra razılığın alınması (A:III)
 - Əməliyyatdan əvvəl ən azı bir dəfə olmaqla cərrah tərəfindən müayinə (A:III)
 - Xəstəni birinci gün (əməliyyatdan 12-36 saat sonra) və növbəti 2-10-cu gün müddətində ən azı bir dəfə olmaqla müayinə etməli (A:II)
 - Ağırlaşmalar olduqda əməliyyatdan sonrakı 6 həftə müddətində əlavə rutin müayinə etməli (A:III)
 - Əks göstəriş meydana çıxmıyca, əməliyyatdan sonrakı dövrdə damcı şəkilli kortikosteroidləri istifadə etməli (A:II)
 - Əməliyyatdan sonrakı ağırlaşmaları olan xəstələr mütəmadi müayinə olunmalıdırlar (A:III)
 - Uzunmüddətli müvəffəqiyyətin əldə olunması üçün əlavə müalicə vacibdir (A:III)

Konservativ müalicə alan xəstələrin maarifləndirilməsi

- Diaqnozu, xəstəliyin ağırlığını, proqnozunu, həmçinin müalicə planını və müalicənin ömür boyu davam edəcəyini xəstələrlə müzakirə etməli. (A:III)
- Ümumi absorbsiyanın qarşısını almaq məqsədi ilə damcılardan istifadəsindən sonra gözün yumulmasının və nazolakrimal okkluziyanın vacibliyi barədə xəstələri məlumatlandırmalı. (B:II)
- Antiqlaukomatöz damcılardan istifadə edən xəstələri fiziki və emosional dəyişikliklər baş verdikdə bu barədə oftalmoloqlarına xəbər vermələrinin vacibliyi haqda məlumatlandırmalı (A:III)
- Xəstələr xəstəlik prosesini, müayinələrin məqsədi, xəstəliyin vəziyyəti, və alternativ müdaxilələrin faydası və riski barədə məlumatlandırmalı (A:III)

Birincili açıq bucaqlı qlaukoma (Sonrakı müayinələr)

(Qiymətləndirmə: A: Xüsusi ilə vacib, B: Vacib, C: Münasibdir, ancaq vacib deyil.

Dəlilin qüvvəsi: I: Güclü, II: Zəruridir I olmadıqda, III: I və II olmadıqda mütəxəssis rəyi ilə razılaşma)

Subyektiv müayinə

- İnterval okulyar anamnez (A:III)
- İnterval ümumi anamnez (B:III)
- Göz damcılarının əlavə təsirləri (A:III)
- Dərmanlardan sonra GDT-nin azalmasının tezliyi və vaxtı, həmçinin göz damcılarının istifadəsi barədə məlumat (B:III)

Obyektiv müayinə

- Görmə itiliyi (A:III)
- Yarıqlı lampa ilə biomikroskopiya (A:III)
- Görmə sinirinin və görmə sahəsinin müayinəsi (A:III)
- Buynuz qişanın qalınlığını dəyişə biləcək hər bir hadisədən sonra paximetriyanı təkrarlama (A:II)

Konservativ müalicədə olan xəstələrin müalicə planı

- Xəstənin hər müraciətində GDT yoxlamalı və onun hədəf GDT-yə yaxınlığını təyin etməli (A:III)
- Hər bir müayinədə istifadə olunan dərmanların dozasının və istifadə tezliyinin qeydiyyatı aparılmalı, həmçinin xəstələrin müalicə rejiminə riayət etmələrini və alternativ müalicə üsullarına və ya diaqnostik prosedurlara münasibətlərini müzakirə etməli (A:III)
- Ön kamera bucağının qapanmasına şübhə olduqda, ön kameranın daralması və ya ön kamera bucağının anormallığı, həmçinin GDT-nin naməlum səbəbli dəyişiklikləri zamanı qonioskopiya həyata keçirilməlidir. (A:III) Qonioskopiya mütəmadi həyata keçirilməlidir (1-5 il) (A:III)

- Əgər hədəf GDT əldə olunmayıbsa, xəstə üçün potensial riski və faydanı nəzərə almaqla əlavə və ya alternativ müalicə rejimini nəzərdən keçirməli. (A:III)
- Əgər istifadə olunan dərman preparatı GDT-ni aşağı salmırsa, effektiv nəticə əldə edilənə qədər alternativ preparat seçməli. (A:III)
- Əgər GSM və ya görmə sahəsindəki dəyişikliklər progressivləşərsə, hədəf təzyiqi nizama salmalı. (A:III)
- Təvsiyyə olunan hər bir mərhələdə müşahidənin təkrarlanmasının təyininə yardım edən faktorlara - zədələnmənin ağırlıq dərəcəsi, xəstəliyin mərhələsi, progressivləşmənin sürəti, hədəf təzyiqdən artıq olan GDT, həmçinin görmə sinirini zədələyən digər risk faktorlarının miqdarı və əhəmiyyəti daxildir. (A:III)
- Dərman vasitələrinin istifadəsinin dayandırılması və ya yenilərinin istifadəsi növbəti müayinələr zamanı əldə olunan nəticələrə əsaslanmalıdır. (A:III)

Növbəti müşahidələr üçün tövsiyələr

Hədəf GDT əldə olunub	Zədələnmələrin progressivləşməsi	Nəzarətlərin müddəti (aylar)	Müşahidə intervalı	GSM-nin müayinəsi	Görmə sahəsinin qiymətləndirilməsi
Hə	Yox	≤ 6	6 ay müddətində	3-12 ay	3-12 ay
Hə	Yox	6 və çox	12 ay müddətində	3-12 ay	3-12 ay
Hə	Hə	Müvafiq deyil	4 ay müddətində	1-12 ay	12 ay
Yox	Yox və ya Hə	Müvafiq deyil	4 ay müddətində	1-12 ay	12 ay

GDT-Göz daxili təzyiq; GSM-Görmə siniri məməciyi.

Konservativ müalicədə olan xəstələrin maarifləndirilməsi

- Antiqlaukomatoz damcılardan istifadə edən xəstələri fiziki və emosional dəyişikliklər baş verdikdə bu barədə oftalmoloqlarına xəbər vermələrinin vacibliyi haqda məlumatlandırılmalı (A:III)
- Nəzərə çarpacaq görmə qüsuru olan və ya kor xəstələri görmənin reabilitasiyasına göndərməli və əlillik müavinətinin alınması təmin etməli. (A:III)

Birincili açıq bucaqlı qlaukomaya şübhə (İlkin və sonrakı müayinələr)

İlkin subyektiv müayinə

- Okulyar anamnez (A:III)
- Ümumi anamnez (A:III)
- Ailə anamnezi (A:III)
- Münasib qeydlərin nəzərdən keçirilməsi (A:III)
- Gündəlik fəaliyyət və vərdişlərin görmə funksiyasının zədələnməsinə təsirinin qiymətləndirilməsi (A:III)

İlkin obyektiv müayinə

- Görmə itiliyi (A:III)
- Bəbəklər (B:II)
- Ön seqmentin yarıqlı lampa ilə biomikroskopiyası (A:III)
- GDT-nin ölçülməsi (A:III)
- Buynuz qişanın mərkəzi hissəsinin qalınlığı (A:II)
- Qonioskopiya (A:III)
- Böyüdülmüş stereoskopik müayinənin köməyi ilə görmə siniri məməciyini və tor qişanın sinir lifləri qatını qiymətləndirməli (A:III)
- Görmə siniri məməciyinin morfoloqiyasının rəngli stereofotoqrafik və ya komputer-əsaslı təsvir analizinin köməyi ilə sənədləşdirilməsi daha məqsədəuyğundur (A:II)
- Göz dibinin müayinəsi (mümkün olarsa gen bəbəkədə) (A:III)
- Görmə sahəsinin müayinəsinin statik avtomatik perimetriya ilə həyata keçirilməsi daha məqsədəuyğundur (A:III)

Müalicəyə göstəriş zamanı plan

- İlkin məqsəd hədəf təzyiqi yüksək GDT-nin 20%-i qədər azaltmalı və ≤ 24 mm c st səviyyəsini əldə etməli (A:I)
- Arzu olunan terapevtik nəticəni əldə etmək üçün maksimal effektiv və qəbul edilə bilən müalicə rejimini seçməli (A:III)

Növbəti müayinələr

- İnterval okulyar anamnez (A:III)
- İnterval ümumi anamnez və sistem preparatların qəbulunda həyata keçirilən hər hansı dəyişikliklər (B:III)
- Müalicə alan xəstələrdə göz damcılarının əlavə effektləri (A:III)
- Əvvəllər müalicə olunan xəstələrin sonuncu antiqlaukomatoz dərman vasitələrinin istifadə tezliyi və vaxtı, həmçinin istifadə qaydası (B:III)

Növbəti obyektiv müayinələr

- Görmə itiliyi (A:III)

- Yarıqlı lampa biomikroskopiyası (A:III)
- GDT və onun günün hansı vaxtı ölçülməsi (A:III)
- Ön kamera bucağının qapanmasına şübhə olduqda, ön kameranın daralması və ya GDT-nin naməlum səbəbli dəyişiklikləri zamanı qonioskopiya həyata keçirməli (A:III)

Növbəti müşahidələr üçün tövsiyələr (A:III)

Müalicə	Hədəf GDT əldə olunub	Zədələnmənin yüksək riski	Müşahidələrin intervalı	GSM və görmə sahəsinin müayinəsinin təkrarlanma müddəti
Yox	Müvafiq deyil	Yox	6-24 ay	6-24 ay
Yox	Müvafiq deyil	Hə	3-12 ay	6-18 ay
Hə	Hə	Hə	3-12 ay	6-18 ay
Hə	Yox	Hə	≤ 4 ay	3-12 ay

Konservativ müalicədə olan xəstələrin maarifləndirilməsi

- Xəstələrlə risk faktorları və onların ağırlığı, proqnozu, idarə olunma planı, həmçinin müalicənin mümkünlüyü və uzunmüddətli olacağı barədə müzakirə etməli (A:III)
- Xəstələri xəstəlik prosesi, müayinələrin məqsədi, xəstəliyin vəziyyəti, həmçinin alternativ müdaxilələrin fayda və riski barədə məlumatlandırmalı (A:III)
- Ümumi absorbsiyanın qarşısını almaq məqsədi ilə damcıların istifadəsindən sonra gözün yumulmasının və nazolakrimal okkluziyanın vacibliyi barədə xəstələri məlumatlandırmalı (B:II)
- Antiqlaukوماتоз damcılardan istifadə edən xəstələri fiziki və emosional dəyişikliklər baş verdikdə bu barədə oftalmoloqlarına xəbər vermələrinin vacibliyi haqda məlumatlandırmalı (A:III)

Birincili qapalı bucaqlı qlaukoma (İlkin müayinə və müalicə)

(Qiymətləndirmə: A: Xüsusi ilə vacib, B: Vacib, C: Münasibdir, ancaq vacib deyil.

Dəlilin qüvvəsi: I: Güclü, II: Zəruridir I olmadıqda, III: I və II olmadıqda mütəxəssis rəyi ilə razılaşma)

Subyektiv müayinə

- Ümumi anamnez (damcı şəkilli və ya sistem preparatların istifadəsi) (A:III)
- Okulyar anamnez (mütəmadi baş verən qapalı bucaqlı qlaukoma tutmalarının simptomlarının ehtimal edilməsi) (A:III)
- Kəskin qapalı bucaqlı qlaukoma tutmalarının ailə anamnezi (B:II)

Obyektiv müayinə

- Görmə itiliyi (A:III)
- Refraksiya (A:III)
- Bəbəklər (A:III)
- Yarıqlı lampa biomikroskopiyası (A:III)
 - Ön kameradakı iltihaba əsasən tez -tez baş verən qlaukoma tutmalarının ehtimal edilməsi
 - Buynuz qişanın ödemı
 - Ön kameranın mərkəzi və periferik nahiyələrdə dərinliyi
 - Qüzehli qişanın sektoral tipli atrofiyası, arxa sinexiyalar və ya orta ölçüdə genəlmiş bəbək
 - Əvvəlki qapalı bucaqlı qlaukoma tutmalarının əlamətləri
- GDT-nin ölçülməsi (A:III)
- Hər iki gözün qonioskopiyası (A:III)
- Birbaşa oftalmoskopiya və ya biomikroskopiya vasitəsi ilə göz dibinin və GSM-nin müayinəsi (A:III)

Diagnoz

- İkincili formaları istisna etməklə birincili qapalı bucaqlı qlaukomanın diaqnozunu tərtib etməli (A:III)

İridotomiyaya göstəriş olan xəstələrin müalicə planı

- Kəskin birincili qapalı bucaqlı qlaukoması olan xəstələri lazer və ya insizion iridotomiya ilə müalicə etməli. Əgər lazer iridotomiyanın həyata keçirilməsində çətinliklər varsa, o zaman insizion iridotomiya tətbiq etməli. (A:III)
- Kəskin qapalı bucaqlı qlaukoma tutmalarında ilk olaraq GDT-nin aşağı salınması, ağrının azaldılması və gələcək iridotomiya üçün buynuz qişa ödeminin aradan qaldırılması məqsədi ilə konservativ müalicə təyin etməli. (A:III)
- Əgər digər gözdə anatomik olaraq kamera bucağı dar olarsa, profilaktik iridotomiya həyata keçirməli (A:II)
- Hər iki gözdə insizion iridotomiya tələb olunan hallarda ikitərəfli ağırlaşmaların qarşısını almaq üçün əməliyyatı bir neçə gün fasilə ilə əvvəl bir, sonra isə digər gözdə həyata keçirməli. (A:III)

İridotomiya əməliyyatı və xəstələrə əməliyyatdan sonrakı qulluq

- Əmin olun ki, xəstələr əməliyyatdan sonrakı lazımı qulluqla təmin olunublar. (A:III)
Əməliyyatdan əvvəlki və sonrakı plana daxildir:
 - Razılıq barədə məlumat (A:III)
 - Cərrah tərəfindən ən azı bir əməliyyat önü müayinə (A:III)
 - Lazer əməliyyatından sonrakı 30-120 dəqiqə müddətində ən azı bir dəfə olmaqla GDT-ni yoxlamalı (A:II)
 - Əks göstərişləri nəzərə almaqla əməliyyatdan sonrakı dövrdə iltihab əleyhinə damcı şəkilli dərmanlardan istifadə etməli (A:III)
- Növbəti müayinələrə daxildir:
 - İridotomiyanın nəticəsinin qiymətləndirilməsi (A:III)

- GDT-nin ölçülməsi (A:III)
- Əgər əməliyyatdan dərhal sonra Qonioskopiya müayinəsi həyata keçirilməyibsə, onu həyata keçirməli (A:III)
- Arxa sinexiyaların əmələ gəlmə riskini azaltmaq üçün bəbəyin genişləndirilməsi (A:III)
- Klinik göstəriş olduqda göz dibinin müayinəsi (A:III)
- Ağır dərəcəli xəstəliyi olan şəxslərdə əməliyyat zamanı GDT-nin gözlənilmədən qalxmasının qarşısını almaq üçün əməliyyatdan öncə dərman vasitələrindən istifadə etməli. (A:III)
- Nəzərə çarpacaq görmə qüsuru olan və ya kor xəstələri görmənin reabilitasiyasına göndərməli və əlillik müavinətinin alınması təmin etməli. (A:III)

İridotomiyadan sonra xəstələrin müayinə və müşahidəsi

- İridotomiyadan sonra qlaukomatoz optik neyropatiyası olan xəstələri birincili açıq bucaqlı qlaukomada olduğu kimi müşahidə etməli (A:III)
- Digər xəstələri birincili açıq bucaqlı qlaukomaya şübhə olduğu hallarda həyata keçirilən müayinəyə uyğun yoxlamalı. (A:III)

İridotomiya həyata keçirilməyən xəstələrin maarifləndirilməsi

- Xəstələri kəskin qapalı bucaqlı qlaukoma tutmasının riski və simptomarı haqda məlumatlandırmalı, həmçinin bu simptomlar baş verdiyi halda təcili həkimi xəbərdar etmələri barədə təlimatlandırmalı. (A:III)
- Xəstələri bəbəyi genəldən və qapalı bucaqlı qlaukoma tutmasına səbəb ola biləcək dərmanların qəbulunun təhlükəsi barədə xəbərdar etməli. (A:III)

Traxoma

(**Qiymətləndirmə:** A: Xüsusi ilə vacib, B: Vacib, C: Münasibdir, ancaq vacib deyil.

Dəlilin qüvvəsi: I: Güclü, II: Zəruridir I olmadıqda, III: I və II olmadıqda mütəxəssis rəyi ilə razılaşma)

Subyektiv müayinə

- Traxoma üçün endemik ərazidə yaşamaq (A:III)
- Qırmızı gözün müddəti (kəskin follikulyar konyunktivit digər törədicilərlə bağlı ola bilər) (C:III)
- Əvvəllər buna bənzər epizodların olması (aktiv traxoma adətən təkrarlanır) (C:III)
- Xronik konyunktivitlərin və ya traxomanın ailə üzvləri arasında baş verməsi (B:I)
- İrinli ifrazat (baxmayaraq ki, aktiv traxoma adətən sub-klinik və ya asimptomatik olur) (C:III)
- Triaxiazın müddəti (C:III)
- Əvvəllər göz qapaqlarında həyata keçirilmiş cərrahi əməliyyatların anamnezi (C:III)

Obyektiv müayinə

- Ümumdünya Səhiyyə Təşkilatının (ÜST) traxomanın ağırlıq dərəcəsini təyin etmək üçün tərtib etdiyi şkaladan istifadə etməklə xəstələri 2,5 dəfə böyütmə qabiliyyəti olan lupa və

kifayət qədər işıq (gün və ya elektrik lampasının işığı) və ya biomikroskopla müayinə etməli. (A:III)

- Trixiaz və ya buynuz qişanın bulanıqlığına fikir verməli. Üst göz qapağını çevirərək palpebral konyunktivanı tarsal hissədəki follikulları qeyd etməli (tarzusun mərkəzində olan ölçüsü 0,5 mm-dən artıq 5 follikul ÜST-nin TF dərəcəsinə uyğundur). Güclü iltihab nəticəsində aşağı qatlarda olan konyunktival damarlar və asanlıqla görünə bilən çapıqların müayinəsi çətinləşir.

Diaqnostik (laborator) testlər

- Xlamidiyanın DNT-nin təyini üçün polimeraz zəncirvari reaksiya- identifikasiyanın qızıl standartıdır(B:I)
- Birbaşa xlamidia immunoflüoresens test +/- konyunktival epitel hüceyrələrin xlamidiya kulturası (C:II)
- Xlamidiya kulturası (əldə olunması çətindir) (C:II)
- Konyunktival qaşıntının Gimza üsulu ilə boyanması tətbiq edilir:
 - Epitelial hüceyrələrin bazofil intrasitoplazmatik əlavələrinin və (C:III)
 - Polimorf nuklear leykositlərin təyində (C:III)

Müalicə

- **Traxomanın müalicəsi tam icma əsaslı olmalıdır.ÜST "SAFE" (startegiya, trixiazın aradan qaldırılması əməliyyatı, icma miqyaslı antibiotik müalicəsi, uzun gigiyenası barədə maarifləndirmə və ətraf mühitin abadlaşdırılması)proqramını tövsiyyə edir (B:III)**
- Cərrahi: trixiazis cərrahiyyəsi (ikiqat torzal rotasiya və ya Trabut əməliyyatı) aşağıdakılardan biri mövcud olarsa, həyata keçirilməlidir:
 - Xəstə birbaşa önə baxan zaman bir və ya daha çox kirpiyin buynuz qişanı qıcıqlandırması (A:II)
 - Buynuz qişanın trixiaz nəticəsində zədlənməsini sübut edən dəyişikliklərinin olması (B:II)
 - Trixiaz nəticəsində ağır diskomfort (C:III)
- Trixiaz cərrahiyyəsi üçün əks-göstərişlərə göz qapaqlarının qapanma defekti, xəstənin az yaşlı olması (ümumi anesteziyaya ehtiyacı var) , səhhətdəki ümumi problemlər daxildir. (C:III)
- Cərrahi əməliyyatdan imtina edildikdə kirpiklərin epilyasiyasını alternativ variant kimi nəzərdən keçirilməli. (B:III)
- İcmada olan 1-9 yaşlı uşaqların 10%-dən çoxu aktiv traxomadan əziyyət çəkərsə, icma-miqyaslı antibiotik müalicəsi tövsiyyə edilməli. Klinik aktiv vəziyyətlərin müalicəsi geniş yayılmamış hallarda tövsiyyə edilir. Ailə üzvləri infeksiyanın aktiv əlamətləri olmadıqda belə müalicə olunmalıdırlar. (B:II)
- ÜST tərəfindən aşağıdakı antibiotik müalicəsi tövsiyyə olunur:
 - Tək doza azitromisin: 16 yaşdan aşağı uşaqlarda 20 mq/kq (maksimal doza 1 gr.); böyüklərdə 1 gr-dır. (A:I)
 - Və yaxud hamilə qadınlarda, 6 aydan kiçik uşaqlarda, həmçinin makrolidlərə allergiyası olan şəxslərdə 6 həftə müddətində gündə 2 dəfə olmaqla 1%-li tetrasiklin göz məlhəmini hər iki gözə istifadə etməli (A:I)
 - Traxoma üçün endemik regionlarda laborator təsdiqlənmə olmadan belə follikulyar konyunktivitlərin müalicəsi həyata keçirilə bilər (A:I)

- Üzün gigiyenası: üzü təmiz su ilə yumaq üçün şərait yaratmalı. Üzün təmiz olması traxomanın olmamasına zəmanət vermir və üzün gigiyenasına riayət etdikdə belə traxomanın aktiv formalarına rast gəlmək olar. (B:II)
- Ətraf mühitin abadlaşdırılması: (su təminatını təkmilləşdirməli, ayaqyoluların təmizliyi və milçəklərə nəzarət). *Musca sorbens* cinsindən olan milçəklər traxomanın yayılmasında xüsusi rol oynayırlar. (B:II)

Sonrakı müayinələr

- **ÜST üç ildən bir təkrar qiymətləndirmə ilə illik icma müalicəsini tövsiyyə edir.** (B:II)
- Unutmayın ki, infeksiyanın qarşısı alındıqdan sonra belə follikulların tam təmizlənməsi üçün aylar tələb oluna bilər və follikulların sorulması ləng gedərsə, sonuncu müalicənin müddəti nəzərə alınmaqla təkrar müalicə barədə düşünməli. (B:II)
- Müalicədən 1 ay sonra xəstəni müşahidə etməli və lazım olarsa, təkrar müalicə etməli
- Yenidən yoluxma adətən endemik zonalarda baş verdiyindən, xəstələri yoluxmanın qarşısını ala biləcək tədbirlər barədə məlumatlandırılmalı (C:III)
- Trixiyaz cərrahiyyəsindən sonrakı 2 həftə müddətində tikişlər sökülməli və trixiyazın qayıtmamasına əmin olmaq üçün ildə bir dəfə xəstələri müayinə etməli (A:III)



Müasir Oftalmologiyanın İnkişafına Yardım Birliyinin tərcümə mərkəzində tərcümə edilmişdir.

www.admo.org.az

info@admo.org.az