

AZƏRBAYCAN RESPUBLİKASI

Əlyazması hüququnda

AZƏRBAYCAN RESPUBLİKASININ GƏNCƏ – DAŞKƏSƏN VƏ QAZAX – TOVUZ İQTİSADI RAYONLARINDA ƏHALİNİN XƏSTƏLƏNMƏ VƏ ƏLİLLƏŞMƏSİNDƏ GÖZ XƏSTƏLİKLƏRİNİN ROLU VƏ OFTALMOLOJİ YARDIM ŞƏBƏKƏSİNİN REGIONAL MODELİNİN ƏSASLANDIRILMASI

İxtisaslar: 3219.01 – göz xəstəlikləri
3212.01 – səhiyyə və onun təşkili

Elm sahəsi: Tibb

İddiaçı: **Yazgül Cahangir qızı Abdıyeva**

Elmlər doktoru elmi dərəcəsini almaq
üçün təqdim edilmiş dissertasiyanın

AVTOREFERATI

BAKİ – 2023

Dissertasiya işi akademik Zərifə Əliyeva adına Milli Oftalmologiya Mərkəzində yerinə yetirilmişdir.

Elmi məsləhətçi: AMEA-nın müxbir üzvü,
əməkdar elm xadimi,
tibb elmləri doktoru, professor
Elmar Mustafa oğlu Qasimov

Rəsmi opponentlər: Tibb elmləri doktoru, professor
Çingiz Carulla oğlu Carullazadə

Professor
Süleyman Kaynak

Tibb elmləri doktoru, professor
Leyla Musa qızı Rzaquliyeva

Tibb elmləri doktoru, professor
Rafayıl Qurban oğlu Eyvazov

Azərbaycan Respublikasının Prezidenti yanında Ali Attestasiya Komissiyasının akademik Zərifə Əliyeva adına Milli Oftalmologiya Mərkəzinin nəzdində fəaliyyət göstərən BED 1.03 Dissertasiya Şurası

Dissertasiya şurasının sədri: AMEA-nın müxbir üzvü,
əməkdar elm xadimi,
tibb elmləri doktoru, professor
Elmar Mustafa oğlu Qasimov

Dissertasiya şurasının elmi katibi: tibb elmləri doktoru, dosent
Nazilə Məmməd qızı Rüstəмова

Elmi seminarın sədri: tibb elmləri doktoru, dosent
Anar Əzəm oğlu Ağayev

GİRİŞ

Mövzunun aktuallığı və işlənmə dərəcəsi. Görmə funksiyasının adekvat durumunu, oftalmoloji yardımın yüksək keyfiyyətini və effektivliyini təmin etmək üçün müalicə - diaqnostika tədbirlərinin əhəlinin tələbatına müvafiq həyata keçirilməsi zəruridir. Bu məqsədlə göz xəstəliklərinin risk amilləri, yayılma səviyyəsi öyrənilir və tələbatın həcmi müəyyən olunur.

Göz xəstəliklərinin yayılmasının ən mühüm səciyyəsi onun səviyyəsinin ildən-ilə dəyişməsi, ayrı-ayrı ölkələrdə, ölkələrin regionlarında, əhəlinin müxtəlif qruplarında və təbəqələrində bir-birindən ciddi fərqlənməsidir. İranın Dezful, Şiraz, Bojnurd, Şahrud, Məşhəd və Tehran şəhərlərində aşkar edilmiş miopiya və hipermetropiya halları müvafiq olaraq 3,4 – 38,3% və 5,0 – 56,5% intervalında dəyişmişdir, miopiya və hipermetropiya qadınlarda, astigmatizm və anizometropiya kişilərdə çox qeydə alınmışdır¹. Nejad M.K. və həmmüəlliflər göstərilər ki, Böyük Britaniyada 90,1%, Türkiyədə 40,4%, Hindistanda 24%, Malayziyada 57,6%, Amerika Birləşmiş Ştatlarında 61,1%, Çində 35,8%, Nigeriyada 73,2%, Avstraliyada 33% və İranda 53,2% müayinə olunmuş uşaqlarda görmə problemi olmuş, refraksiya anomaliyalarının tezliyi 17,9% (Çində) – 73,2% (Nigeriyada), çəpgözlük 1,3% (Hindistanda) – 24% (Böyük Britaniyada) intervalında olmuşdur.²

Ferraz F.H. və həmmüəlliflər qeyd edirlər ki, ayrı-ayrı ölkələrdə korreksiya olunmayan refraksiya pozğunluqları 3,7–22,57%, görmə zəifliyi (<6/18) 5,2–10,5%, korluq 2,2–4,8% intervalında dəyişir. Braziliyanın San-Paulo ştatında yaşdan asılı əhəlinin 0,1–14%-ində korluq qeydə alınmışdır. Azizoğlu və həmmüəlliflər göstərilər ki, İstanbulda, Ankarada, Elazığ kənd bölgəsində, Malatyada, Diyarbakırda və digər regionlarda uşaqlar arasında miopiya, hipermetropiya, astigmatizm, çəpgözlük, ambliopiya və digər patologiyalar fərqli səviyyə

¹ Hashemi, H. The prevalence of refractive errors among Iranian University students / H.Hashemi, M.Khabazkhoob, N.Yazdani [et al.] // Iranian Journal of Ophthalmology, - 2014. 26 (3), - p. 129 – 135

² Nejad, M.K. The prevalence of refractive errors and binocular anomalies in students of Deaf boys schools in Tehran / M.K.Nejad, M.R.Akbari, M.R. Pozooki [et al.] // Iranian Journal of Ophthalmology, - 2014. 26(4), - p.183 – 188.

yədədir.^{3, 4}

Avropanın ayrı-ayrı ölkələrində müxtəlif vaxtlarda və populyasiyalarda miopiyanın və hipermetropiyanın yayılması geniş intervalı əhatə etmişdir (14,2% Yunanıstanda, 48,7% Böyük Britaniyada, 53,6% Fransada).⁵ Miopiyanın, hipermetropiyanın və astigmatizmin yayılma səviyyəsi yaşdan, cinsdən əhəmiyyətli dərəcədə asılı olmuşdur. Qlaukoma kimi ağır göz xəstəliyi Afrika və Latın Amerikasında 40–80 yaşlı əhalinin 4,51–4,79%-də, Avropada 2,93%-də qeydə alınmışdır.⁶ Xəstələnmə riski yaşdan asılı 1,75 dəfə, cinsdən asılı 1,36 dəfə, şəhərlərdə kənd əhalisinə nisbətən 1,5 dəfə yüksəkdir. Yaşla bağlı makulyar degenerasiyanın yayılmasına həsr olunmuş 39 tədqiqatın meta-analizinə əsasən göstərilir ki, onun tezliyi 0,37 – 8,01% intervalında müşahidə olunur.⁷ İran alimlərinin meta-analizi xəstəliyin daha geniş intervalda dəyişən səviyyədə olmasını sübut edir: 3,0% Çində–34,4% Akloxoma hindularında⁸. Ərəb ölkələrində diabetik retinopatiyaya həsr olunmuş 472 tədqiqatın meta-analizi göstərir ki, xəstəliyin yayılma səviyyəsi Sudanda 0,04–0,43%, Səudiyyə Ərəbistanında 0,01 – 0,44%, Mərakeşdə 0,50 – 0,90%, Liviyada 0,05 – 0,15%, Misirdə 0,02 – 0,28%, Əlcəzairdə 0,23 – 0,39% intervalında

³ Ferraz, F.H. Influence of uncorrected refractive error and unmet refractive error on visual impairment in a Brazilian population / F.H.Ferraz, J.E.Corrente, P.Opromolla [et al.] // BMC Ophthalmology, - 2014. 14(84), - p.2 of 10

⁴ Azizoglu, S. Evidence for the need for vision screening of school children in Turkey / S.Azizoglu, S.Crewther, F.Sherefhan [et al.] // BMC Ophthalmology, - 2017. 17, - p.230

⁵ Williams, K. Prevalence of refractive error in Europe: Eur J Epidemiol., Eye Epidemiology (E3) consortium / K.Williams, V.Verhoeven, P.Cumberland [et al.] // Eur. J. Epidemiol., - 2015. 30, - p.305 – 315.

⁶ Tham, Y. Global prevalence of glaucoma and projections of glaucoma burden through 2040 / Y.Tham, B.Hons, X.Li [et al.] // American Academy of ophthalmology, - 2014. 121, - p. 2081-2090.

⁷ Wong, W.L. Global prevalence of age – related macular degeneration and disease burden projection for 2020 and 2040: a systematic review and meta – analysis / W.L.Wong, X.Su, X.Li [et al.] // Lancet Glob health, - 2014. 3, - p. 2. e106-16.

⁸ Hashemi, H. Age – related macular degeneration in An Iranian population / H.Hashemi, E.Ghafari, M.Khabazkhoob [et al.] // Iranian journal of Ophthalmology, - 2014. V. 26, № 4, - p. 203 – 211.

olmuşdur⁹.

Presbiopiyanın yayılmasına həsr olunmuş 24 məqalənin icmalına əsasən göstərilir ki, xəstəlik üçün regional yayılma fərqi səciyyəvidir və 2050-ci ilə olan proqnozlara görə bu fərq dərinləşəcəkdir¹⁰. Regionlar və ölkələr arası fərq digər göz xəstəliklərinin yayılmasında da özünü biruzə verir: kataraktanın yayılmasının Avropa üzrə kartoqramında aşağı səviyyə 6,0%, yuxarı səviyyə isə 25,2% göstərilmişdir.¹¹ Keratokonusun yayılmasına görə ölkələrin fərqi 1000 dəfəyə çatır.¹² Göründüyü kimi, göz xəstəliklərinin epidemioloji səciyyələri standart deyildir, hər ölkə və region üçün spesifik xüsusiyyətlər mövcuddur. Bu Azərbaycana da aiddir. Ona görə Azərbaycan alimləri tərəfindən göz xəstəliklərinin yayılmasına dair bir neçə tədqiqat işi yerinə yetirilmişdir.^{13, 14, 15, 16, 17}

⁹ Zayed, H. Retinopathy of type I diabetes in Arab Countries systematic review and meta – analysis / H.Zayed, U.Motal, A.Gopalakrishnan [et al.] // Ophthalmic research, - 2019. 61, - p. 125 – 136.

¹⁰ Fricke, T.R. Global prevalence of presbyopia and vision impairment from uncorrected presbyopia / T.R.Fricke, N.Tahhan, S.Resnikoff [et al.] // Ophthalmology, - 2018. V.125, № 10, - p. 1493 – 1499.

¹¹ Prokofyeva, E., Weganer, A., Zrenner, E. Cataract prevalence and prevention in Europe: a literature review // Acta Ophthalmologica, - 2013. 91, - p.395 – 405.

¹² Абдулалиева, Ф.И. Эпидемиология кератоконуса в разных странах // Вестник офтальмологии, - 2018. № 1, - с. 104 – 106.

¹³ Qəhrəmanova, C.F. Uşaqlarda və yeniyetmələrdə refraksiya anomaliyalarının profilaktik müayinələrdə aşkarlanması // Azərbaycan Təbabətinin müasir nailiyyətləri, - 2015. № 1, - s. 46 – 49.

¹⁴ Агаева, К.Ф., Мамедова, Н.О., Набиев, Т.Ф. Распространенность и факторы риска глаукомы среди населения города Гянджи Азербайджанской Республики // Казанский медицинский журнал, - 2017. Т. 98, № 1, - с. 125 – 128.

¹⁵ Агаева, Р.Б. Изучение заболеваемости органа зрения среди взрослого населения старше 30 лет в Азербайджане // Казанский медицинский журнал, - 2016. № 6 (97), - с. 945 – 949.

¹⁶ Агаева, Р.Б., Касимов, Э.М. Заболеваемость органа зрения среди взрослого населения и пути её снижения в Азербайджанской Республике // Oftalmologiya, - 2016. №1(20), -с. 42 – 46.

¹⁷ Назарли, Д.А. Распространенность аномалий рефракции среди студентов высших учебных заведений Азербайджанской Республики. Опыт мобильной клиники национального центра офтальмологии имени академика Зарифы Алиевой // Oftalmologiya, - 2017. 2 (24), - с. 55 – 60.

Amma göz xəstəliklərinin yayılmasının kompleks qiymətləndirilməsi, onların regional epidemioloji səciyyələri və əhalinin tələbatının həcmi və strukturu öyrənilməmişdir. Ona görə də icra olunmuş tədqiqat işimizin mövzusu aktualdır.

Tədqiqatın obyektı və predmeti: Gəncə-Daşkəsən və Qazax-Tovuz İqtisadi Rayonlarında əhalinin göz xəstəlikləri ilə xəstələnmə və əlilləşmə hadisələri tədqiqat işinin obyektı, görmə orqanı patologiyaları isə onun predmeti kimi seçilmişdir.

Tədqiqatın məqsədi: Gəncə-Daşkəsən və Qazax-Tovuz İqtisadi Rayonları nümunəsində əhalinin xəstələnmə və əlilləşməsində göz xəstəliklərinin rolunu kompleks qiymətləndirmək və optimal oftalmoloji yardımın regional modelini əsaslandırmaq.

Tədqiqatın vəzifələri:

– Gəncə-Daşkəsən və Qazax-Tovuz İqtisadi Rayonlarında tibbi-demoqrafik situasiyanın, əhalinin müraciətlərinə əsasən göz xəstəliklərinin səciyyələrini və əlilləşmə səbəbləri arasında rolunu qiymətləndirmək;

– Gəncə-Daşkəsən və Qazax-Tovuz İqtisadi Rayonlarında erkən yaşlı (0–4) uşaq əhalisinin göz xəstəliklərinin nozoloji strukturunu və yayılma səviyyəsini öyrənmək;

– Gəncə-Daşkəsən və Qazax-Tovuz İqtisadi Rayonlarında uşaq (5–14) və yeniyetmə (15–19) əhalisinin göz xəstəliklərinin yayılmasını, risk amillərini təhlil etmək;

– Gəncə-Daşkəsən və Qazax-Tovuz İqtisadi Rayonlarında yetkin (20 və yuxarı yaşlı) əhalinin göz xəstəliklərinin yayılmasını və risk amillərini səciyyələndirmək;

– Gəncə-Daşkəsən və Qazax-Tovuz İqtisadi Rayonlarında əhalinin göz xəstəlikləri ilə bağlı müalicə-diaqnostika tədbirlərinə tələbatını təyin etmək, oftalmoloji yardımın optimal modelini əsaslandırmaq.

Tədqiqatın metodları:

– Klinik oftalmoloji müayinə metodları;
– Oftalmoloji instrumental müayinə metodları;
– Xəstələnmə və əlilləşmənin qiymətləndirilmə metodları;
– Oftalmoloji müalicə-diaqnostika tədbirlərinin əhaliyə nisbətinə əsaslanan planlaşdırma metodları;

- Ekspert qiymətləndirmə metodları;
- Ekstrapolyasiya metodu;
- Müalicə-diaqnostika xidmətlərinə tələbata əsaslanan planlaşdırma metodu;
- Biostatistika metodları.

Müdafiəyə çıxarılan əsas müddəalar:

– Gəncə-Daşkəsən və Qazax-Tovuz İqtisadi Rayonlarında inzi-bati ərazi vahidləri (respublika tabeli şəhər və rayonlar) demoqrafik səciyyələrə (doğum, təbii artım, əhalinin sayı, yaş tərkibi, məskunlaşma yerləri), göz patologiyaları ilə xəstələnmə və tibbi yardım üçün müraciətlərə, görmə funksiyasının pozulması ilə bağlı sağlamlıq imkanlarının məhdudlaşmasına və əlilləşmə riskinə görə bir-birindən oftalmoloji yardımın həcminə və keyfiyyətinə təsir edə bilən dərəcədə fərqlənirlər;

– Gəncə-Daşkəsən və Qazax-Tovuz İqtisadi Rayonlarında erkən yaşlı uşaqlarda göz xəstəlikləri geniş yayılmışdır ($58,2 \pm 1,6\%$), nozoloji strukturunun fərqli xüsusiyyətləri (konyunktivit və göz yaşı yollarının patologiyasının yüksək nisbi riski) mövcuddur. Kəndlərdə yaşayan 0-4 yaşlı uşaqların oftalmoloji yardım almaq imkanı fiziki (rayon mərkəzində oftalmoloqa müraciətin) məhdud olduğuna görə onların xəstələnmə səviyyəsi yüksəkdir, onların tələbatını ödəmək prioritet vəzifədir;

– Gəncə-Daşkəsən və Qazax-Tovuz İqtisadi Rayonlarında uşaq və yeniyetmə əhalisi arasında göz xəstəliklərinin riskinə, xüsusən ref-raksiya anomaliyalarına məskunlaşma yeri, yaş, perinatal dövrün pa-tologiyaları, irsi meyillilik əhəmiyyətli təsir edir, nəticədə kənd, kiçik şəhər və iri şəhər sakinlərinin ayrı-ayrı nozoloji formalarla bağlı of-talmoloji yardıma tələbatı dəyişir;

– Gəncə-Daşkəsən və Qazax-Tovuz İqtisadi Rayonlarında yet-kin yaşlı əhali arasında göz xəstəliklərinin yayılmasında xüsusiyyət-lər (katarakta, presbiopiya, qlaukoma və makulyar degenerasiyanın prioritet yeri) onların kənd, kiçik şəhər və iri şəhərdə fərqli təzahürü, əhalinin oftalmoloji yardıma fərqli tələbatı üçün əsas amildir;

– Göz xəstəliklərinin yayılmasında və nozoloji strukturunun dəyişməsində əhalinin məskunlaşma yeri əhəmiyyətli rola malik ol-duğuna görə regional oftalmoloji yardım modeli ailə həkimi, oftal-

moloji yardım kabinetini, oftalmoloji şöbə və mərkəzin inteqrasiyasına əsaslanan vahid sistem kimi formalaşmalıdır.

Tədqiqatın nəticələrinin elmi yeniliyi ondadır ki, ilk dəfə:

– Gəncə-Daşkəsən və Qazax-Tovuz İqtisadi Rayonları nümunəsində səhiyyə sisteminin resursları ilə tibbi demoqrafik situasiya arasında uyğunsuzluqlar aşkar edilmiş və onların həlli yolları göstərilmişdir;

– Gəncə-Daşkəsən və Qazax-Tovuz İqtisadi Rayonları nümunəsində əhali arasında göz xəstəliklərinin əsas nozoloji formalarının yayılması kompleks səciyyələndirilmişdir;

– Göz xəstəliklərinin ümumi səviyyəsinin və ayrı-ayrı nozoloji formalarının yayılmasının əhalinin yaşından, cinsindən, anamnezindən, məskunlaşdığı yerdən asılılığının dərəcəsi müəyyən edilmişdir;

– Əhalinin göz xəstəlikləri ilə bağlı oftalmoloji müalicə-diaqnostika tədbirlərinə tələbatın öyrənilməsi metodologiyası işlənmiş və ən çox yayılmış xəstəliklər nümunəsində normativlər əsaslandırılmışdır;

– Əhali arasında göz xəstəliklərinin yayılması və əhalinin tibbi xidmətlərə tələbatı nəzərə alınmaqla oftalmoloji yardım şəbəkəsinin optimal modeli əsaslandırılmışdır.

Tədqiqatın nəticələrinin nəzəri əhəmiyyəti:

İnsanın görmə funksiyası nümunəsində sağlamlıq durumunun fərdi bioloji səciyyəsi ilə ətraf mühitin vəhdəti nəticəsində formalaşması prosesinin mexanizmi əsaslandırılmışdır. Göstərilmişdir ki, göz xəstəlikləri yaşdan və cinsdən asılı ətraf mühitə adaptasiya mexanizminin pozulması nəticəsində yaranır, onların profilaktikası adaptasiya prosesinin stimullaşdırılması yolu ilə mümkündür. Səhiyyə, o cümlədən oftalmoloji xidmət şəbəkəsi sosial mühitin tərkib hissəsi kimi orqanizmin və görmə orqanının adaptasiyası prosesinə pozitiv təsir etmək imkanındadır.

Tədqiqatın nəticələrinin praktik əhəmiyyəti:

– Alınmış nəticələr oftalmoloji yardımın kənd və şəhər əhalisi üçün elmi əsaslandırılmış modelinin yaradılması üçün istifadə oluna bilər;

– Göz xəstəliklərinin yayılmasının xüsusiyyətləri regional səhiyyə sisteminin planlaşdırılması və idarə olunması imkanlarını müəyyən

etməyə imkan verir;

– Göz xəstəliklərinin bioloji və ekoloji amillərin vəhdəti ilə formalaşmasının əsaslandırılması onların müalicə və profilaktikası sisteminin formalaşması üçün elmi əsasdır;

– Ayrı-ayrı göz xəstəliklərinin real yayılmasına əsasən müəyyən edilmiş oftalmoloji müalicə və diaqnostika tədbirlərinin çeşidləri və həcmi həkimlərin fəaliyyətini təşkil etməyə, qiymətləndirməyə və stimullaşdırmağa imkan yaradır.

Dissertasiya işinin aprobasiyası və tətbiqi. Dissertasiya işinin nəticələri ölkə daxilində və xarici ölkələrdə konfrans və konqreslərdə məruzə olunmuşdur:

– 24 may 2019-cu ildə akademik Z. Əliyeva adına Milli Oftalmologiya Mərkəzinin 10 illik yubileyinə həsr olunmuş “Oftalmologiya bu günü və gələcəyi” mövzusunda Beynəlxalq konfransda;

– 13-16 iyun 2019-cu ildə Fransada (Nitsa) konqresdə (SOE, 2019);

– 14-18 sentyabr 2019-cu ildə Fransada (Paris) konqresdə (ESCRS, 2019);

– 6-10 noyabr 2019-cu ildə Türkiyədə (Antalya) TOD 53-cü konqresdə;

– 17-19 yanvar 2020-ci ildə Sinqapurda konqresdə (APOİS);

– 21-23 fevral 2020-ci ildə Mərakeşdə (Morocco ESCRS) simpoziumda;

– 26-29 iyun 2020-ci ildə Keyp-Taunda (Afrika, WOC) konqresdə (onlayn);

– 11-12 iyun 2022-ci ildə Cənubi Koreyada (Seoul) 34 APACRS konqresdə;

– 2-6 noyabr 2022-ci ildə Türkiyədə (Antalya) TOD 56-cı konqresdə.

Dissertasiya işinin nəticələri ölkə daxilində akademik Zərifə Əliyeva adına Milli Oftalmologiya Mərkəzində və filiallarında tətbiq edilmişdir.

Dissertasiya işinin ilkin müzakirəsi akademik Zərifə Əliyeva adına Milli Oftalmologiya Mərkəzinin elmi şurasının iclasında aparılmışdır (protokol № 3; 7 dekabr 2022-ci il). Akademik Zərifə Əli-

yeva adına Milli Oftalmologiya Mərkəzinin nəzdində fəaliyyət göstərən BED 1.03 Dissertasiya Şurasının elmi seminarında (27 oktyabr 2023-cü il; protokol № 15) məruzə və müzakirə edilmişdir.

Nəşrlər. Tədqiqatın əsas nəticələri 15 jurnal məqaləsində, o cümlədən 6-sı xaricdə (Web of Science beynəlxalq indeksləşmə sistemində olan jurnallar), 9-u Azərbaycanda nəşr olunmuşdur. Məqalələrin nəşr olunduğu jurnallar Ali Attestasiya Komissiyasının tövsiyə etdiyi jurnallardır.

Dissertasiyanın tətbiqi. Dissertasiya işi həkim mütəxəssislərin və rezidentlərin təhsilində sübutlu məlumatlar kimi istifadə olunur.

Dissertasiya işinin yerinə yetirildiyi təşkilat: Akademik Zərifə Əliyeva adına Milli Oftalmologiya Mərkəzi.

Dissertasiyanın struktur bölmələrinin həcmi:

Giriş – 11874 işarə; I fəsil. Əhəlinin göz patologiyaları ilə xəstələnməsi və xəstəliklərin yayılması (ədəbiyyat icmal) – 93088 işarə; II fəsil. Tədqiqatın materialları və metodları –13126 işarə; III fəsil. Gəncə-Daşkəsən və Qazax-Tovuz İqtisadi Rayonlarında tibbi-demografik situasiya, göz xəstəliklərinin ümumi səciyyələri və əhəlinin əlilləşməsində rolu – 35192 işarə; IV fəsil. Erkən yaşlı (0-4) uşaqlarda göz xəstəliklərinin strukturunun və yayılma səviyyələrinin xüsusiyyətləri – 22763 işarə; V fəsil. 5 və yuxarı yaşlı uşaq və yeniyetmə əhalisi arasında göz xəstəliklərinin yayılmasının səciyyələri – 74876 işarə; VI fəsil. Yetkin yaşlı əhali arasında göz xəstəliklərinin yayılması – 76038 işarə; VII fəsil. Gəncə-Daşkəsən və Qazax-Tovuz İqtisadi Rayonlarında göz xəstəliklərinin yayılması məlumatlarının müqayisəsi və regionda oftalmoloji yardım şəbəkəsinin əsaslandırılması – 47137 işarə; Nəticələr – 2222 işarə; Praktiki tövsiyələr – 592 işarə.

Ədəbiyyat siyahısında – 7 azərbaycan dilində, 45 rus dilində və 292 ingilis dilində olan ədəbiyyat mənbələrindən istifadə olunmuşdur. Dissertasiyada 10 vətən oftalmoloqlarının işinə istinad edilmişdir.

Dissertasiyanın işarə ilə ümumi həcmi (boşluqlar, cədvəllər, qrafik, ixtisarlər və ədəbiyyat siyahısı istisna olunmaqla) – 377108 işarədən, 70 cədvəl və 2 şəkil, 13 diaqram və 3 sxemdən ibarətdir.

TƏDQİQATIN MATERIALLARI VƏ METODLARI

Tədqiqatda həll olunan məsələlərin hər biri üçün müvafiq material seçilmişdir. Gəncə-Daşkəsən və Qazax-Tovuz İqtisadi Rayonlarında tibbi demoqrafik situasiya və göz xəstəliklərinin ümumi səciyyələri, onlarla bağlı əməyə dayanıqlı yararsızlığın səviyyəsi üçün ilkin müşahidə və təhlil materialı kimi Azərbaycan Respublikası Səhiyyə Nazirliyinin müəyyən etdiyi rəsmi hesabatlar (12 sayılı – tibb müəssisəsinin ərazisində qeydə alınmış xəstəliklər), Azərbaycan Respublikası Dövlət Statistika Komitəsinin rəsmi saytında yerləşdirilmiş statistik məcmuələrin elektron versiyaları istifadə olunmuşdur.

Gəncə-Daşkəsən və Qazax-Tovuz İqtisadi Rayonlarında üç tip yaşayış məntəqələrini ayırd etmək olar:

- İri şəhər – Gəncə şəhəri;
- Kiçik şəhərlər (Şəmkir, Qazax, Tovuz, Ağstafa, Gədəbəy, Naftalan, Samux, Daşkəsən, Göygöl, Goranboy);
- Respublika tabeli rayonların kəndləri.

Bunları nəzərə alaraq müşahidə toplumunda hər üç tip yaşayış məntəqəsindən bərabər sayda uşaq və yeniyetmə müşahidəmizdə təmsil olunmuşdur.

Cəmi müşahidə toplumunda 2700 uşaq və yeniyetmə olmuşdur (900 iri şəhərdə, 900 kiçik şəhərlərdə və 900 kəndlərdə), hər yaş qrupunda 300 uşaq və yeniyetmə (150 oğlan və 150 qız) təmsil olunmuşdur. Bu kontingent akademik Z.Əliyeva adına Milli Oftalmologiya Mərkəzinin səyyar klinikasında kompleks müayinə olunmuşdur.

Yetkin yaşlı əhali kimi 20 və yuxarı yaşlı şəxslər götürülmüşdür. İri şəhər, kiçik şəhərlərdən və kəndlərdən 20 – 40 yaşlı müvafiq olaraq 1516, 864 və 415 (cəmi 2795 nəfər), 40 – 60 yaşlı 1654, 1014 və 901 (cəmi 3569 nəfər), 60 və yuxarı yaşlı 3044, 1379 və 1568 (cəmi 5991 nəfər) nəfər müayinə olunmuşdur. Beləliklə, 6214 iri şəhər, 3257 kiçik şəhərlər və 2884 nəfər kəndlərin sakinləri (cəmi 12355) kompleks müayinə olunmuş və müayinə anında müşahidə olunan bütün xəstəliklər aşkar edilmiş və qeydə alınmışdır. Uşaq, yeniyetmə və yetkin əhalinin müayinəsində istifadə olunan oftalmoloji diaqnostika

metodları:

- Oftalmoskopiya;
- Vizometriya;
- Perimetriya;
- Çəpgözlük bucağının ölçülməsi;
- Skiaskopiya;
- Tonometriya;
- Akkomodasiyanın təyini;
- Heteroforiyanın xarakterinin təyini;
- Konvergensiyanın təyini;
- Gözün biomikroskopiya;
- Qonioskopiya;
- Refraktometriya;
- Gözün ultrasəs biometriyası;
- Oftalmometriya;
- Göz almasının ultrasəs müayinəsi;
- Digər zəruri olan metodlar.

Toplanmış materialların statistik işlənməsində keyfiyyət əlamətlərinin statistik metodlarından istifadə edilmişdir.

Miopiya diaqnozunun anadangəlmə və qazanılmış olması, stabil (stasionar) və progressivləşən formaları ayırd edilmişdir. Miopiyanın 3 dərəcəsi ayırd edilmişdir: zəif (<3 dptr), orta ($3 - 6$ dptr) və yüksək (>6 dptr).

Hipermetriya diaqnozu qoyulmuş xəstələrdə patologiyanın gedişatına görə üç (aydın nəzərə çarpan, gizli və tam), ağırlıq dərəcəsinə görə üç (zəif <2 dptr; orta $2 - 5$ dptr və yüksək >5 dptr) forması ayırd edilmişdir.

Astigmatizmin sadə, mürəkkəb və qarışıq formaları, optik struktura görə isə buynuz qışa və büllur formaları aşkar olunmuşdur.

Katarakta diaqnozu təsdiq olunanda onun anadangəlmə və qazanılmış, inkişaf mərhələlərinə görə başlanğıc, yetişməmiş, yetişmiş və gecikmiş formaları ayırd olunmuşdur.

Qlaukoma diaqnozunun açıq və qapalı bucaqlılığı, psevdooksfoliativ sindrom ilə assosiasiyası, hipertenziv və normotenziv, başlan-

ğıc, inkişaf etmiş, ifrat inkişaf etmiş və terminal formaları müəyyən edilmişdir.

Diabetik retinopatiya diaqnozu müəyyən edilmiş xəstələrdə diabetin formaları, müalicəsinin variantları, xəstəliyin davam müddəti, fəsadları və yanaşı xəstəliklər barədə məlumat toplanmışdır. Diabetik retinopatiyanın mərhələləri müəyyən olunmuşdur, qanda şəkərin miqdarı nəzərə alınmışdır.

Həmin xəstələrdə HbA1c, ümumi xolesterolin, lipoproteidlər, triqliseridlər, bədən kütləsi, boy və bədən kütləsi indeksi təyin edilmişdir.

Makulyar degenerasiya diaqnozu ehtimalı olanda druzların xarakteri və diametri müəyyən olunmuşdur. Patologiyanın atrofik (qeyri-eksudativ) və neovaskulyar (eksudativ) formaları ayırd edilmişdir.

Keratokonus diaqnozu ilə xəstələrin qruplaşdırılmasında Amsler – Krumeich təsnifatına müvafiq 4 mərhələ ayırd edilmişdir: I mərhələ (buynuz qışanın ekssentrik böyüməsi, miopiya və ya astiqmatizm $<5,0$ D və sair), II mərhələ (miopiya və ya astiqmatizm 5 – 8 D, buynuz qışada bulanıqlıq yoxdur və sair), III mərhələ (miopiya və ya astiqmatizm 8 – 10 D, buynuz qışanın qalınlığı 300 – 400 mkm), IV mərhələ (refraksiya təyin olunmur, buynuz qışa bulanmışdır, onun minimal qalınlığı 200 mkm).

Gəncə-Daşkəsən və Qazax-Tovuz İqtisadi Rayonlarında əhəlinin oftalmoloji yardıma tələbatının həcmi müəyyən etmək üçün aşkar olunmuş hər bir xəstəliklə bağlı xəstənin müalicə və diaqnostika tədbirlərinin çeşidləri və sayı müəyyən olunmuşdur. Müalicə-diaqnostika tədbirlərinin çeşidlərini əsaslandıranda xəstələrin durumu, klinik situasiya və mövcud standartların tələbləri nəzərə alınmışdır.

Qeyd olunan standartları əsas götürüb hər xəstə üçün zəruri olan müalicə-diaqnostika tədbirlərinin çeşidləri müəyyən olunmuşdur (MDT_i^j).

(MDT – müalicə-diaqnostika tədbirləri; i – xəstəliyin diaqnozu; j – tədbirin adı).

Əhalinin müalicə-diaqnostika tədbirlərə tələbatının normativ səviyyəsi aşağıdakı formulla hesablanmışdır:

$$MDT_{norması} = I_n \times MDT_i^j / N \times 100,$$

burada I_n – i diaqnozu ilə xəstələrin sayı; MDT_i^j – i diaqnozu ilə bir xəstəyə düşən j müalicə diaqnostika tədbirlərinin sayı; N – əhəlinin sayı. MDT normativi 100 nəfər sakinə görə hesablanırdı.

Toplanmış materialların statistik işlənməsində keyfiyyət əlamətlərinin statistik metodlarından istifadə edilmişdir.

Kəmiyyət əlaməti kimi göz xəstəlikləri (nozoloji formalar) və göz xəstəlikləri ilə bağlı əlillik hadisələri öyrənilmişdir və onlar nisbi kəmiyyət kimi 100 nəfərə (xəstəlikləri) və 10 min nəfərə (əlillik halları) görə hesablanmışdır.

$$P_{(\text{nisbi kəmiyyət})} = \frac{\text{nozoloji formanın sayı } (n) \times 100}{\text{müayinə olunanların sayı } (N)}$$

Hər kəmiyyətin orta xətası (m) bəlli formulla hesablanmışdır:

$$m = \pm \sqrt{P(100 - P)/N}.$$

Nisbi kəmiyyətlərin 95% etibarlılıq intervalı ($P \pm tm$) hesablananda $t = 1,96$ götürülmüşdür:

$$(P - 1,96 m) - (P + 1,96 m).$$

İri şəhər, kənd və kiçik şəhərlərdə, ayrı-ayrı yaş və cins qruplarında nisbi kəmiyyətlərin fərqi χ^2 - ilə (Pirsonun uyğunluq meyarı) qiymətləndirilmişdir.

$$\chi^2 = \sum \frac{(G-F)^2}{G},$$

burada F – qrupda xəstəliklərin faktiki sayı,

G – qrupda xəstəliklərin gözlənilən sayı.

Göz xəstəliklərinin risk amillərini müəyyən edərkən göz xəstəliyinin riskini artırma bilən amil fonunda və həmin amilin olmaması fonunda yarımqruplar formalaşdırılmışdır. Müqayisə nəticəsində yarımqrupların fərqi statistik dürust olanda (kritik hədd $< 0,05$) araşdırılan amil risk amili kimi qəbul edilmişdir və onun üçün nisbi və atributiv riskin səviyyəsi hesablanmışdır:

– Nisbi risk = risk amili fonunda nisbi kəmiyyətin səviyyəsi / risk amili olmayan fonda (nəzarət, referent yarımqrup) nisbi kəmiyyətin səviyyəsi;

– Atributiv risk = risk amili fonunda nisbi kəmiyyətin səviyyəsi – risk amili olmayan fonda nisbi kəmiyyətin səviyyəsi.

GƏNCƏ-DAŞKƏSƏN VƏ QAZAX-TOVUZ İQTİSADI RAYONLARINDA TİBBİ-DEMOQRAFİK SİTUASIYA, GÖZ XƏSTƏLİKLƏRİNİN ÜMUMİ SƏCİYYƏLƏRİ VƏ ƏHALİNİN ƏLİLLƏŞMƏSİNDƏ ROLU

Gəncə-Daşkəsən və Qazax-Tovuz İqtisadi Rayonlarında ixtisaslı oftalmoloji ambulator yardım Gəncədə və bütün rayonların mərkəzi xəstəxanalarının poliklinikalarında göstərilir. Kənd və qəsəbələrdə ixtisaslaşmış oftalmoloji yardım göstərilmir. Kənd əhalisinin sayı regionda şəhər əhalisindən çoxdur: Qazaxda 16 kənd dairəsində (bir neçə kəndi birləşdirən) 68584 nəfər, Ağstafada 19 kənd dairəsində 60075 nəfər, Tovuzda 18 kənd dairəsində 130907 nəfər, Şəmkirdə 17 kənd dairəsində 124761 nəfər, Gədəbəydə 17 kənd dairəsində 83573 nəfər, Daşkəsəndə 18 kənd dairəsində 18481 nəfər, Samuxda 16 kənd dairəsində 33350 nəfər, Göygöldə 17 kənd dairəsində 33450 nəfər və Goranboyda 17 kənd dairəsində 74084 nəfər bilavasitə yaşadıkları ərazidə ixtisaslaşmış oftalmoloji yardım almaq imkanında deyildir. Bu əhali ixtisaslaşmış oftalmoloji yardımını yalnız rayon mərkəzində və ya digər etaplarda ala bilirlər.

Gəncə-Daşkəsən və Qazax-Tovuz İqtisadi Rayonlarında ixtisaslaşdırılmış oftalmoloji yardımın adekvat şəbəkəsi yalnız Gəncə şəhərində mövcuddur (poliklinikalarda həkim-oftalmoloqlar və oftalmoloji xəstəxananın mütəxəssisləri). Gəncə-Daşkəsən və Qazax-Tovuz İqtisadi Rayonları inzibati idarəçilik səlahiyyətində olmadığına görə Gəncə şəhər oftalmoloji xəstəxanası regional statusa malik deyil və regionda oftalmoloji yardıma təşkilati-metodik rəhbərlik edə bilmir.

Gəncə-Daşkəsən və Qazax-Tovuz İqtisadi Rayonlarında və onların inzibati şəhər və rayonlarında əhalinin yaşa görə bölgüsü (son siyahıya alınma məlumat bazasına görə) 1-ci cədvəldə verilmişdir.

Regionun rayonlarında yaşayış məntəqələrinin və onlarda əhalinin sayına müvafiq səhiyyə sisteminin kadr potensialı və resursları ilə təminat kəskin fərqlənir: 10 min əhaliyə düşən həkimlərin sayı 6,3–32,6; orta tibb işçilərinin sayı 33,3–65,0; xəstəxana çarpayılarının sayı 18,0–62,7. Ona görə də tibbi yardımın, o cümlədən oftalmoloji yardımın əlçatanlığı eyni deyildir.

Cədvəl 1

**Gəncə-Daşkəsən və Qazax-Tovuz İqtisadi Rayonlarında əhalinin
yaşa görə strukturu (%)**

Şəhər və rayonlar	0–4	5–9	10–14	15–19	20 –29	30–39	40 – 49	50–59	60–69	70 +
Gəncə ş.	5,56	6,66	7,22	6,97	16,91	18,34	12,63	12,90	8,27	4,54
Qazax r.	7,94	7,59	6,09	6,37	17,67	16,46	11,76	13,31	7,50	5,31
Ağstafa r.	8,34	7,53	6,35	6,71	17,69	16,83	11,82	13,08	7,15	4,50
Tovuz r.	8,73	8,62	6,30	7,08	17,85	15,08	12,36	12,64	6,76	4,58
Şəmkir r.	8,78	7,91	6,89	7,90	17,35	16,17	11,37	12,77	7,08	3,78
Gədəbəy r.	7,61	7,62	6,07	6,93	17,49	15,80	13,92	11,66	6,38	6,52
Daşkəsən r.	7,34	7,71	6,85	7,89	18,15	16,56	13,21	11,82	5,86	4,61
Samux r.	8,42	6,96	6,39	6,05	17,36	16,74	12,31	14,45	7,47	3,85
Göygöl r.	7,96	8,14	5,55	6,42	17,51	17,01	12,43	13,41	7,21	4,36
Goranboy r.	8,37	8,63	6,28	6,30	17,57	16,25	11,99	13,27	7,16	4,18
Naftalan ş.	6,97	7,07	6,84	5,18	16,04	18,87	12,09	13,62	9,54	3,78

Gəncə-Daşkəsən və Qazax-Tovuz İqtisadi Rayonlarında səhiyyənin mövcud resursları (cədvəl 2) əhalinin tibbi təminatının daha ciddi problemlərinin olmasını sübut edir.

İlk növbədə diqqəti cəlb edən əhalinin həkimlərlə təminatında olan uyğunsuzluqdur. Daşkəsəndə və Gədəbəydə əhalinin həkimlərlə təminatı (10 min nəfərə görə 6,4 və 7,4) Qazaxla, Tovuzla və Şəmkirlə müqayisədə (23,5; 17,3 və 16,5) 2,5 – 3,5 dəfə azdır. Gəncə ilə müqayisədə bütün rayonlarda əhalinin həkimlərlə təminatı 1,4 – 5 dəfə azdır.

Beləliklə, Gəncə-Daşkəsən və Qazax-Tovuz İqtisadi Rayonlarında əhalinin səhiyyə resursları ilə təminatı aşağı səviyyədədir və əhalinin sayı ilə mütənasib deyildir. Belə uyğunsuzluq əhalinin xəstəliklərlə bağlı tibb müəssisələrinə müraciətlərinin və bununla bağlı xəstələnmə hadisələrinin qeydiyyatında dəqiqliyi azalda bilər.

Cədvəl 2

Gəncə-Daşkəsən və Qazax-Tovuz İqtisadi Rayonlarında dövlət səhiyyə sisteminin resursları

Şəhər və rayonlar	Həkimlərin sayı	Orta tibb işçilərinin sayı	Xəstə-xanalarının sayı	Xəstəxanaların çarpayılarının sayı	Ambulator-poliklinikaların sayı
Gəncə ş.	1089/32,6	2171/65,0	18	2094/62,7	30
Qazax r.	243/23,5	629/64,4	8	364/37,3	23
Ağstafa r.	103/11,6	399/45,4	2	191/21,7	20
Tovuz r.	303/17,3	973/55,4	10	452/25,8	38
Şəmkir r.	358/16,5	1207/55,6	13	789/36,3	44
Gədəbəy r.	74/7,4	255/25,4	6	196/19,5	25
Daşkəsən r.	22/6,4	117/33,3	3	110/31,3	8
Samux r.	52/8,9	207/35,5	3	105/18,0	9
Göygöl r.	75/12,3	253/39,6	3	181/28,3	13
Goranboy r.	131/12,7	435/41,8	3	215/20,7	23
Naftalan ş.	19/18,5	47/46,2	1	50/49,2	1
Gəncə Daşkəsən, Qazax-Tovuz İR	2469	6693	70	4747	234

Gəncə şəhərində 1000 uşaq və yeniyetmə əhalisinə düşən göz və onun əlavə aparatının xəstəliklərinin sayı $182,7 \pm 1,3$ səviyyəsində olmuşdur (95% etibarlılıq intervalı 180,1 - 185,3%). Uşaq və yeniyetmə əhalinin müraciətləri əsasında göz və onun əlavə aparatının patologiyaları ilə xəstələnmə səviyyəsinə görə Gəncə-Daşkəsən və Qazax-Tovuz İqtisadi Rayonlarının inzibati rayonlarını dörd qrupa bölmək olar:

– Göstəricinin nisbi çox az olduğu ($\leq 70 \pm 1,5\%$) rayonlar: Gədəbəy və Goranboy rayonları;

– Göstəricinin nisbi az olduğu ($74,8 \pm 2,1\% - 80,0 \pm 5,3\%$) rayonlar: Samux, Ağstafa, Qazax rayonları və Naftalan şəhəri;

– Göstəricinin nisbi yüksək olduğu ($82,8 \pm 1,2\% - 84,0 \pm 2,1\%$) rayonlar: Tovuz və Göygöl rayonları;

– Göstəricinin nisbi çox yüksək olduğu ($\geq 92,7 \pm 2,8\%$) rayonlar: Daşkəsən və Şəmkir rayonları.

Bütün rayonlarda və şəhərlərdə uşaq və yeniyetmə əhalisinin göz və onun əlavə aparatının xəstəlikləri arasında birinci yeri refraksiya anomaliyaları (kod H51 və H52) tuturlar, onların xüsusi çəkisi 53,0 – 61,9% təşkil edir.

Müraciət məlumatları əsasında uşaq və yeniyetmə əhalinin göz və onun əlavə aparatının patologiyaları xəstələnmə hadisələri arasında ikinci yeri konyunktivanın xəstəlikləri tuturlar (kod H10 – H13). Bu xəstəliklərin xüsusi çəkisi Gəncədə 23,6%, Qazaxda 19,2%, Ağstafada 20,6%, Tovuzda 21,3%, Şəmkirdə 22,1%, Gədəbəydə 18,4%, Daşkəsəndə 20,8%, Samuxda 16,9%, Göygöldə 18,4%, Goranboyda 19,5% və Naftalanda 19,7% təşkil etmişdir.

Müraciət materiallarına görə uşaq və yeniyetmə əhalisinin göz və onun əlavə aparatının patologiyaları arasında üçüncü yeri göz travmaları (kod S05) tuturlar. Göz travmalarının xüsusi çəkisi 9,4%-16,3% intervalında olmuşdur, onun aşağı səviyyəsi Gəncə şəhərində, yuxarı səviyyəsi Naftalanda qeydə alınmışdır. Gəncə-Daşkəsən və Qazax-Tovuz İqtisadi Rayonlarında göz travmasına görə rayonları belə təsnifatlandırmaq olar:

- Travmatizmin çox az olduğu rayon (Gədəbəy);
- Travmatizmin az olduğu rayonlar (Goranboy və Samux);
- Travmatizmin orta səviyyədə olduğu rayonlar (Qazax, Ağstafa, Tovuz, Şəmkir və Göygöl);
- Travmatizmin yüksək olduğu yaşayış məntəqələri (Gəncə və Naftalan şəhərləri).

Yetkin yaşlı əhalinin xəstələnmə hadisələri arasında birinci yerdə Gəncədə refraksiya anomaliyaları ($40,0 \pm 0,39\%$) regionun rayonlarında isə büllurun patologiyaları ($\leq 29,5 \pm 0,48\%$) dururlar.

Büllur patologiyaları ilə xəstələnmə səviyyəsi $15,8 \pm 0,46\%$ ilə (Gədəbəy) $33,8 \pm 0,36\%$ (Gəncə) intervalında dəyişmişdir.

Gəncədə yetkin yaşlı əhalinin göz patologiyaları ilə xəstələnmə hadisələri arasında üçüncü yeri damar və torlu qişanın xəstəlikləri ($10,3 \pm 0,20\%$) tuturlar. Bu patologiyalarla xəstələnmə səviyyəsi Gəncə-Daşkəsən və Qazax-Tovuz İqtisadi Rayonlarında $7,1 \pm 0,41\%$ (Samux)

ilə $10,3 \pm 0,20\%$ (Gəncə) intervalında dəyişmiş, minimal və maksimal səviyyələrin fərqi statistik dürüst olmuşdur ($P < 0,05$).

ERKƏN YAŞLI (0-4) UŞAQLARDA GÖZ XƏSTƏLİKLƏRİNİN STURUKTURUNUN VƏ YAYILMA SƏVİYYƏLƏRİNİN XÜSUSİYYƏTLƏRİ

Erkən yaşlı uşaqlarda göz xəstəliklərinin xüsusiyyətlərini aşkar etmək üçün müşahidə planı və proqramı nəticələrin representativliyini təmin etmək şərti ilə tərtib olunmuşdur. İlk növbədə regionda və onun inzibati ərazilərində (respublika tabeli şəhər və rayonlar) 0-4 yaşlı uşaqların sayı müəyyən olunmuşdur (cədvəl 3).

Gəncə-Daşkəsən və Qazax-Tovuz İqtisadi Rayonlarında 0-4 yaşlı uşaqlardan 100 nəfərə düşən xəstəliklərin ümumi sayı $58,2 \pm 1,6$ (95% etibarlılıq intervalı 55,1–61,3) təşkil edir, uşaqların $10,4 \pm 1,0\%$ -də konyunktivit, $5,0 \pm 0,7\%$ -də göz yaş yollarının patologiyası, $2,4 \pm 0,5\%$ -də miopiya, $10,2 \pm 1,0\%$ -də hipermetropiya, $7,0 \pm 0,8\%$ -də astigmatizm, $2,2 \pm 0,5\%$ -də anizotropiya, $4,3 \pm 0,6\%$ -də çəpgözlük, $12,6 \pm 1,0\%$ -də görmə zəifliyi, $4,1 \pm 0,6\%$ -də digər xəstəliklər aşkar edilir.

Yaşdan asılı konyunktivitlərin yayılma səviyyəsi ($4,1 \pm 1,4$; $5,3 \pm 2,1$; $10,6 \pm 2,1$; $15,3 \pm 2,5$ və $13,3 \pm 2,1\%$) çoxalmış, göz yaş yollarının patologiyasının yayılma səviyyəsi ($11,2 \pm 2,3$; $10,5 \pm 2,8$; $2,8 \pm 1,1$; $2,3 \pm 1,0$ və $2,0 \pm 0,8\%$) azalmış, digər patologiyaların yayılma səviyyəsi statistik dürüst dəyişməmişdir. 0-4 yaşlı uşaqlarda göz xəstəliklərinin ümumi səviyyəsi, konyunktivit, göz yaş yollarının patologiyasının və zəif görmənin yayılma səviyyəsi doğulanda bədən kütləsinin < 2500 qram (yetkin olmayan) və asfiksiya ilə doğulan uşaqlarda statistik dürüst çox olmuş, digər xəstəliklərin yayılma səviyyəsi də çox olsa da fərq statistik dürüst olmamışdır. 0 – 4 yaşlı kənd və şəhər uşaqlarında göz xəstəliklərinin ümumi səviyyəsi (100 nəfərə görə $62,9 \pm 2,3$ və $54,6 \pm 2,1$ xəstəlik) fərqlidir, ayrı-ayrı nozoloji formaların yayılma səviyyəsi statistik dürüst fərqlənmir. 0-4 yaşlı oğlan və qız uşaqlarında aşkar edilmiş göz xəstəliklərinin ümumi səviyyəsi və ayrı-ayrı nozoloji formaların yayılma səviyyəsi bir-birindən statistik dürüst fərqlənmir.

Cədvəl 3

Oftalmoloji müayinə üçün seçilmiş 0-4 yaşlı uşaqların səciyyələri

Şəhər və rayonlar	0 – 4 yaşlı əhali	Müayinə üçün seçilənlər	Müayinə olunanlardan		0 – 4 yaşlı əhalinin müayinə ilə əhatəsi, %	Müayinə olunanlar arasında şəhər əhalisinin payı, %
			Şəhər əhalisi	Kənd əhalisi		
Gəncə ş.	18580	185	185	-	1,0	100
Qazax r.	7753	80	40	40	1,0	50
Ağstafa r.	7327	80	39	41	1,1	48,8
Tovuz r.	15320	155	80	75	1,0	51,2
Şəmkir r.	19077	160	84	76	0,8	52,5
Gədəbəy r.	7634	80	38	42	1,0	47,5
Daşkəsən r.	2579	50	20	30	1,9	40
Samux r.	4907	50	20	30	1,0	40
Göygöl r.	5088	85	25	60	1,7	29,4
Goranboy r.	8715	65	25	40	0,8	38,4
Naftalan ş.	709	10	10	-	1,4	100
Cəmi	97689	1000	566	434	1,0	56,6

5 VƏ YUXARI YAŞLI UŞAQ VƏ YENİYETMƏ ƏHALİSİ ARASINDA GÖZ XƏSTƏLİKLƏRİNİN YAYILMASININ SƏCİYYƏLƏRİ

Refraksiya anomaliyaları olan pasiyentlərin ayrı-ayrı yaş qrupları üzrə yaşadığı yerlərə görə (iri şəhər – Gəncə, kiçik şəhərlər – Gəncə-Daşkəsən və Qazax-Tovuz İqtisadi Rayonlarında inzibati rayonların mərkəzləri olan şəhərlər və kənd yerləri) bölgüsü 4-cü cədvəldə verilmişdir.

Göründüyü kimi, 5-9 yaş intervalında bütün növ refraksiya anomaliyaları (miopiya, hipermetropiya, astigmatizm, və anizometropiya) iri şəhərdə çox (54,8% miopiya, 37,1% hipermetropiya, 72,7% astigmatizm, 46,2% anizometropiya) olmuşdur. Bu yaş qrupunda kiçik şəhərlərdə və kəndlərdə aşkar edilmiş refraksiya anomaliyalarının xüsusi çəkilişi əsasən bir-birinə yaxın olmuşdur. Diqqəti cəlb edən odur ki, 5-9 yaşlı

iri şəhər, kiçik şəhərlər və kəndlərdə yaşayanlar arasında aşkar edilmiş hipermetropiyaların xüsusi çəkiliəri bir-birinə yaxın olmuşdur.

Cədvəl 4

Refraksiya anomaliyalarının pasiyentlərin yaşayış yerinə görə bölgüsü (cəmə görə %)

Yaş, illər	Anomaliyaların növləri	İri şəhər	Kiçik şəhərlər	Kəndlər	Cəmi
5 – 9	Miopiya	54,8	26,2	19,0	100
	Hipermetropiya	37,1	30,6	32,3	100
	Astigmatizm	72,7	18,2	9,1	100
	Anizometropiya	46,2	30,8	23,0	100
	Hamısı	48,5	27,9	23,6	100
10 –14	Miopiya	54,7	29,9	15,4	100
	Hipermetropiya	38,9	19,4	41,7	100
	Astigmatizm	56,3	28,1	15,6	100
	Anizometropiya	46,7	32,0	21,3	100
	Hamısı	50,4	28,8	20,8	100
15– 19	Miopiya	58,1	26,5	15,4	100
	Hipermetropiya	27,8	36,1	36,1	100
	Astigmatizm	46,7	32,0	21,3	100
	Anizometropiya	45,3	40,6	14,1	100
	Hamısı	49,2	31,8	20,0	100
5 – 19	Miopiya	56,3	27,8	15,9	100
	Hipermetropiya	35,1	29,1	35,8	100
	Astigmatizm	53,5	28,7	17,8	100
	Anizometropiya	48,8	31,0	20,2	100
	Hamısı	50,2	28,9	20,9	100

10-14 yaşlı uşaqlar arasında aşkar edilmiş miopiya, astigmatizm və anizometropiya diaqnozu ilə uşaqların çoxu (54,7; 56,3 və 46,7%) iri şəhərdə yaşayanlar olmuşdur. Amma hipermetropiya diaqnozu ilə xəstələrin çoxu kənd (41,7%), azı (19,4%) kiçik şəhərlərdə yaşayanlar arasında olmuşdur. Bütün refraksiya anomaliyaları olan uşaqların yaşayış yerinə görə bölgüsündə iri şəhər sakinləri üstünlüyə malik olmuşdur (50,4%), kəndlərdə və kiçik şəhərlərdə yaşayanların xüsusi çəkiliəri müvafiq olaraq 20,8 və 28,8% təşkil etmişdir.

15–19 yaşlı uşaqlardan və yeniyetmələrdən miopiya, astigmatizm, və anizometriya diaqnozu olanların böyük əksəriyyəti (müvafiq olaraq 58,1; 46,7 və 45,3%) iri şəhər sakinləridir. Hipermetropiya diaqnozu ilə uşaqların nisbətən az qismi iri şəhərdə, nisbətən çoxu kiçik şəhərlərdə (36,1%) və kəndlərdə (36,1%) yaşayanlardır.

5–19 yaşlı uşaq və yeniyetmələrdən refraksiya anomaliyaları olanların əksəriyyəti iri şəhərdə (50,2%), 28,9%-i kiçik şəhərlərdə, 20,9%-i kəndlərdə yaşayırlar.

Refraksiya anomaliyalarının nozoloji formalara görə bölgüsü zamanı iri şəhərdə, kiçik şəhərlərdə və kəndlərdə bərabər sayda uşaq və yeniyetmənin kompleks oftalmoloji müayinəsində fərqli sayda miopiya, hipermetropiya, astigmatizm və anizometriya aşkar edilmişdir. 5-9 yaşlarda iri şəhərdə aşkar edilmiş xəstələr arasında miopiya (28,8%), hipermetropiya (28,8%), astigmatizm (20,0%), və anizometriya (22,4%) diaqnozu ilə pasiyentlərin xüsusi çəkisi bir-birinə yaxındır, amma kiçik şəhərlərdə (hipermetropiyanın payı çox – 41,3%, astigmatizmin payı az – 8,7%) və kəndlərdə (hipermetropiya çox – 51,3%, astigmatizm az – 5,1%) bir-birindən kəskin fərqlənir.

10-14 yaşlarda refraksiya anomaliyaları olan iri şəhər, kiçik şəhərlər və kəndlərdə yaşayanların nozoloji formalara görə bölgüsü oxşardır: miopiyanın xüsusi çəkisi çoxdur (48,9; 46,7 və 33,3%), astigmatizmin payı azdır (13,7; 12,0 və 9,3%), anizometriyanın xüsusi çəkisi (26,7; 32,0 və 29,6%) orta səviyyədədir.

15-19 yaşlarda iri şəhər, kiçik şəhərlər və kəndlərdə yaşayan refraksiya anomaliyaları olanların nozoloji formalara görə bölgüsü fərqlidir: miopiya, hipermetropiya, astigmatizm və anizometriyanın xüsusi çəkisi müvafiq olaraq iri şəhərdə 51,6; 6,5; 22,9 və 19,0%, kiçik şəhərlərdə 36,4; 13,1; 24,2 və 26,3%, kəndlərdə 35,6; 22,0; 27,1 və 15,3% təşkil etmişdir.

Beləliklə, bərabər sayda eyni yaş qruplarında iri şəhər, kiçik şəhərlərdə və kəndlərdə uşaq və yeniyetmələr arasında aşkar edilmiş refraksiya anomaliyalarının nozoloji formalara görə və yaşayış yerlərinə görə bölgüsü bir-birindən fərqlənir.

Gəncə-Daşkəsən və Qazax-Tovuz İqtisadi Rayonlarında uşaq əhalisi arasında miopiyanın yayılma səviyyəsi yaşayış yerlərinin ti-

pindən asılı dəyişkəndir, kəndlərdə nisbətən az ($5,2 \pm 0,7\%$), iri şəhərdə çox ($18,4 \pm 1,3\%$) aşkar edilir. Kənd uşaq əhalisi ilə müqayisədə uşaqlar arasında miopiyanın yayılmasının nisbi riski 3,48 dəfə iri şəhərdə, 1,75 dəfə kiçik şəhərlərdə yüksəkdir.

Azərbaycanın Gəncə-Daşkəsən və Qazax-Tovuz İqtisadi Rayonları modelində iri şəhər, kiçik şəhərlərdə və kəndlərdə yaşayan uşaqlar arasında hipermetropiyanın yayılmasının səciyyələri əsasən dünyanın digər regionlarında mövcud olan səciyyələrlə uzlaşır. Gəncə-Daşkəsən və Qazax-Tovuz İqtisadi Rayonlarında 5-19 yaşlı uşaqların $5,3 \pm 0,4\%$ -də ($5,2 \pm 0,6\%$ oğlan, $5,4 \pm 0,6\%$ qız qruplarında) hipermetropiya qeydə alınmışdır, patologiyanın yayılma səviyyəsinə görə iri şəhər ($5,2 \pm 0,7\%$), kiçik şəhərlər ($5,2 \pm 0,7\%$) və kəndlərdə ($5,3 \pm 0,7\%$) yaşayanlar arasında fərq izlənilmir ($p > 0,05$). Hipermetropiya 5-9 yaşlı uşaqlarda ($6,9 \pm 0,8\%$ ümumi toplumda, $7,1 \pm 1,2\%$ oğlan, $6,7 \pm 1,2\%$ qız qruplarında) 15-19 yaşlı uşaqlarla müqayisədə (müvafiq olaraq $4,0 \pm 0,7$; $3,8 \pm 0,9$ və $4,2 \pm 0,9\%$) statistik dürüst çox aşkar edilir.

Gəncə-Daşkəsən və Qazax-Tovuz İqtisadi Rayonlarının iri şəhərində (Gəncə), kiçik şəhərlərində (regionun rayon mərkəzlərində) və kəndlərində 5-19 yaşlı uşaq və yeniyetmə əhalisi arasında astigmatizm yayılma səviyyəsi fərqlidir, kəndlərlə müqayisədə iri şəhərdə 3 dəfə, kiçik şəhərlərdə 1,6 dəfə astigmatizm riski yüksəkdir. Uşaq və yeniyetmələr arasında astigmatizmin yayılmasının ehtimalı 15-19 yaşlarda əhəmiyyətli dərəcədə ($P < 0,05$) çoxalır. Astigmatizmin yayılmasında gender fərqi 15-19 yaş intervalında formalaşır, qızlarda xəstələnmə riski 1,4 dəfə yüksəkdir. Hipermetropik tipli astigmatizm miopik tipli astigmatizmlə müqayisədə 3,8 dəfə çox müşahidə olunur.

Anizometriya uşaqların yaşı və cinsindən asılı fərqli səviyyədə aşkar olunur, patologiyanın yayılma səviyyəsi şəhər əhalisi arasında yüksəkdir, kənd əhalisi arasında nəzərə çarpan dərəcədə azdır.

Anizometriya hadisələrinin (178) əksəriyyəti hipermetropik anizometriyaların payına düşmüşdür (95 və ya 53,4%). Miopik və qarışıq tipli anizometriyaların xüsusi çəkisi müvafiq olaraq 37,1 və 9,5% təşkil etmişdir. Anizometriya 56,7% hallarda ambliopiya ilə assosiasiya olunmuşdur.

Anizometriya hadisələrinin tiplərinə görə strukturu (hipermet-

ropik, miopik və qarışıq) iri şəhərdə (46 və ya 56,1%; 30 və ya 36,6%; 6 və ya 7,3%), kiçik şəhərlərdə (23 və ya 37,1%; 33 və ya 53,2%; 6 və ya 9,7%), kəndlərdə (10 və ya 29,4%; 17 və ya 50%; 7 və ya 20,6%) bir-birindən fərqlənir: kənd yerlərində qarışıq tipli anizotropiyanın xüsusi çəkisi nisbətən çoxdur, iri şəhərdə hipermetropik, kiçik şəhərlərdə miopik anizotropiyanın payı nisbətən çoxdur.

Refraksiya anomaliyalarının potensial risk amillərinin yayılması barədə aldığımız məlumatlar 5-ci cədvəldə əks olunmuşdur. Göründüyü kimi, risk amillərinin əksər variantlarının kontingentin yaşayış yerindən asılı yayılma səviyyəsi bir-birindən statistik düüst fərqlənməmişdir.

Cədvəl 5

Gəncə-Daşkəsən və Qazax –Tovuz İqtisadi Rayonlarında iri şəhər, kiçik şəhər və kənd uşaq əhalisi arasında risk amillərinin yayılma səviyyəsi

Amillər	Amillərin variantları	İri şəhər N=900		Kiçik şəhər N=900		Kənd N=900	
		N	%	N	%	N	%
Ailədə refraksiya anomaliyalarının olması	Atada	214	23,8±1,4•	189	21,0±1,4	171	19,0±1,3
	Anada	201	22,3±1,4•	176	19,6±1,3	160	17,8±1,3
	Bacı və qardaşlarda	244	27,1±1,5•	202	22,4±1,4	188	20,9±1,4
	Ata və anada	101	11,2±1,1•	90	10,0±1,0	75	8,3±0,9
Doğulanda bədən kütləsi (qram)	<2500	88	9,8±1,0•	97	10,8±1,0	112	12,4±1,1
	≥4000	24	2,7±0,5	20	2,2±0,5	16	1,8±0,4
Anamnezdə perinatal patologiya və problemlər	Asfiksiya	98	10,3±1,0	104	11,6±1,1	112	12,4±1,1
	Doğuş travması	84	9,3±1,0	96	10,7±1,0	104	11,6±1,1
	Operativ yolla doğulma	228	25,3±1,5	212	23,6±1,4	199	22,1±1,4
Anamnezdə helmintoz	Askaridoz	56	6,2±0,8•	67	7,4±0,9	75	8,3±0,9
	Digər	72	8,0±0,9	84	9,3±1,0	91	10,1±1,0

Cədvəl 5-in davamı

Bədən kütləsi indeksi (kg/m ²)	25,0-29,9	60	6,7±0,8	51	5,7±0,8	47	5,2±0,7
	≥30	58	6,4±0,8•	48	5,3±0,8	41	4,6±0,7
Xroniki xəstəliklər	Xroniki tonzillit	184	20,4±1,3	170	18,9±1,3	165	18,3±1,3
	Xroniki rinit	171	19,0±1,3•	152	16,9±1,3	141	15,7±1,2
	Xroniki otit	64	7,1±0,9	52	5,8±0,8	45	5,0±0,7
Ağız boşluğunun və dişlərin patologiyaları	Pulpit	90	10,0±1,0	98	10,9±1,0	102	11,3±1,1
	Müalicə olunmamış kariyes	181	20,1±1,3•	134	14,9±1,2	145	16,1±1,2
	Diş əti xəstəlikləri	164	18,2±1,3•	184	20,4±1,3	199	22,1±1,4
Allergik xəstəliklər	Bronxial astma	18	2,0±0,5•	9	1,0±0,3	4	0,4±0,2
	Konyunktivit	39	4,3±0,7•	28	3,1±0,6	21	2,3±0,5
Qamətin anomaliyaları	Skolioz	75	8,3±0,9	79	8,8±0,9	88	9,8±1,0
	Kifoz və lordoz	61	6,8±0,8	70	7,8±0,9	76	8,4±0,9

• - $p < 0,05$

Refraksiya anomaliyalarının potensial risk amilləri (irsyyət, doğulanda fiziki durum, asfiksiya və travmalar, xroniki xəstəliklər, xüsusən parazitoz və allergik patologiyalar) iri şəhərdə, kiçik şəhərlərdə və kənd yerlərində yaşayan uşaq və yeniyetmə əhalisi arasında fərqli səviyyədə yayılmışdır. Potensial risk amilləri fonunda yeniyetmə əhalisi arasında refraksiya anomaliyalarının nisbi riski 1,5-6,0 dəfə çoxalır, atributiv riskinin səviyyəsi 1,3-23,6% təşkil edir.

Refraksiya anomaliyaları üçün potensial risk amillərinin prediktor kimi həssaslığı zəifdir ($\leq 38,8\%$), spesifikliyi güclüdür ($\geq 79,3\%$), pozitivliyinin və neqativliyinin proqnostik əhəmiyyəti müvafiq olaraq 19,0-73,4 və 72,4-79,4% intervalında dəyişir.

Gəncə-Daşkəsən və Qazax-Tovuz İqtisadi Rayonlarında uşaq əhalisi (5-19 yaş) arasında çəpgözlüyün yayılma səviyyəsi $3,8 \pm 0,4\%$ - dir (95% etibarlılıq intervalı $3,0 - 4,6\%$). Şəhər və kənd uşaq populyasiyası bir-birindən çəpgözlüyün yayılma səviyyəsinə görə statistik dürrüst fərqlənir ($4,6 \pm 0,7$ və $2,7 \pm 0,5\%$). Çəpgözlü uşaq qrupunda vaxtından əvvəl doğulmuşların və refraksiya anomaliyaları olanların xüsusi çəkisi statistik dürrüst çoxdur.

Ümumi toplumda ambliopiyanın yayılma səviyyəsi $2,6 \pm 0,3\%$ -dir (95% etibarlılıq intervalı $2,0 - 3,2\%$). Oğlan və qız qruplarında ambliopiya fərqli səviyyədə aşkar edilmişdir ($3,0 \pm 0,5$ və $2,2 \pm 0,4\%$), amma onların müqayisəsi sıfır hipotezinin ədalətli olmasını sübut edir ($P > 0,05$). Regionda ambliopiyanın yayılmasında gender fərqi statistik dürrüst deyildir.

Ambliopiya Gəncə-Daşkəsən və Qazax-Tovuz İqtisadi Rayonlarında $2,6 \pm 0,3\%$ 5-19 yaşlı uşaq və yeniyetmələrdə aşkar olunur, ambliopiya riski yaşdan asılı dəyişir, iri şəhər, kiçik şəhərlər və kəndlərdə, həmçinin oğlan və qız qruplarında oxşar səviyyədədir.

Uşaqların görmə funksiyasının durumu onların inkişafının əsas şərtlərindən biridir. Uşaqlar arasında yayılmış göz xəstəlikləri, xüsusən refraksiya pozğunluqları nəticəsində görmə funksiyasının pisləşməsi tez-tez müşahidə edilir.

Görmə zəifliyi (görmə itiliyi $< 6/18$) 5-9 yaşlı uşaqların $4,0 \pm 0,6\%$ -də sağ gözündə (95% etibarlılıq intervalı $2,8 - 5,2\%$), $4,4 \pm 0,6\%$ -də sol gözündə (95% etibarlılıq intervalı $3,2 - 5,6\%$), $2,2 \pm 0,5\%$ -də hər iki gözdə (95% etibarlılıq intervalı $1,2 - 3,2\%$) aşkar edilmişdir. Görmə zəifliyi aşkar edilmiş 5-9 yaşlı uşaqların xüsusi çəkili iri şəhərdə ($3,0 \pm 1,0\%$ sağ gözdə, $3,3 \pm 1,0\%$ sol gözdə, $1,7 \pm 0,7\%$ hər iki gözdə), kiçik şəhərlərdə (müvafiq olaraq $4,0 \pm 1,1\%$; $4,3 \pm 1,2$; $2,3 \pm 0,9$) və kəndlərdə (müvafiq olaraq $5,0 \pm 1,2$; $5,2 \pm 1,3$; $2,6 \pm 0,9\%$) fərqli olsa da onların fərqi statistik dürrüst olmamışdır ($P > 0,05$).

Regionun 10-14 yaşlı uşaqları arasında görmə zəifliyi $4,2 \pm 0,7\%$ sağ gözdə (95% etibarlılıq intervalı $2,8 - 5,6\%$), $4,9 \pm 0,7$ sol gözdə (95% etibarlılıq intervalı $3,5 - 6,3\%$), $3,4 \pm 0,6\%$ hər iki gözdə (95% etibarlılıq intervalı) qeydə alınmışdır. Görmə zəifliyi olan 5-9 və 10-14 yaşlı uşaqların xüsusi çəkili bir-birindən statistik dürrüst fərqlənmir ($P > 0,05$).

Görmə zəifliyi aşkar edilmiş 10-14 yaşlı uşaqların xüsusi çəkili iri şəhərdə ($3,3\pm1,0$; $4,0\pm1,1$; $3,0\pm1,0\%$), kiçik şəhərlərdə (müvafiq olaraq $4,3\pm1,2$; $5,0\pm1,3$; $3,3\pm1,0\%$) və kəndlərdə (müvafiq olaraq $5,0\pm1,2$; $5,6\pm1,3$; $4,0\pm1,1\%$) bir-birindən statistik dürüst fərqlənmişdir.

Regionun kəndlərində yaşayan 15-19 yaşlı yeniyetmələrdə görmə zəifliyinin yayılma səviyyəsi ($7,6\pm1,5\%$ sağ gözdə, $7,0\pm1,5$ sol gözdə, $6,0\pm1,4\%$ hər iki gözdə) regionun iri və kiçik şəhərlərdə yaşayan 15-19 yaşlı yeniyetmələrin müvafiq göstəricisindən statistik dürüst fərqlənməmişdir. Görmə zəifliyinin yayılma səviyyəsinə görə kənd uşaq və yeniyetmə əhalisi bir-birindən statistik dürüst fərqlənmişdir ($P>0,05$).

Beləliklə, görmə zəifliyi (görmə itiliyi $<6/18$) Gəncə-Daşkəsən və Qazax-Tovuz İqtisadi Rayonlarında 5-19 yaşlı uşaq və yeniyetmələr əhalisi arasında $5,1\pm0,4\%$ hallarda sağ gözdə, $5,3\pm0,3\%$ hallarda sol gözdə və $3,7\pm0,4\%$ hallarda hər iki gözdə müşahidə olunur. Uşaq və yeniyetmə əhalisi arasında görmə zəifliyinin yayılması yaşdan asılıdır: 5-9 yaş intervalında nisbətən az ($4,0\pm0,6\%$ sağ gözdə, $4,4\pm0,6\%$ sol gözdə, $2,2\pm0,5\%$ hər iki gözdə), 15-19 yaş intervalında statistik dürüst ($7,0\pm0,9\%$ sağ gözdə, $6,7\pm0,8\%$ sol gözdə, $5,4\pm0,8\%$ hər iki gözdə) çox aşkar edilir. Görmə zəifliyinin yayılmasının səviyyəsinə görə Gəncə-Daşkəsən və Qazax-Tovuz İqtisadi Rayonlarının iri şəhəri, kiçik şəhərləri və kəndlərində yaşayan uşaq və yeniyetmə əhalisi arasında statistik dürüst fərq yoxdur.

Allergik konyunktivitlər regional amillərdən ən çox asılı olan patologiyalardandır. Gəncə-Daşkəsən və Qazax-Tovuz İqtisadi Rayonlarında müşahidəmizdə olan uşaq və yeniyetmələrdə $21,0\pm0,8\%$ pasiyentdə allergik konyunktivit qeydə alınmışdır (95% etibarlılıq intervalı 19,4 – 22,6%). Göstəricinin səviyyəsi qızlarda nisbətən yüksək ($22,5\pm1,1\%$; 95% etibarlılıq intervalı 20,3 – 24,7%), oğlanlarda nisbətən aşağı ($19\pm1,1\%$; 95% etibarlılıq intervalı 17,2 – 21,6%) səviyyədə olmuş və bir-birindən statistik dürüst fərqlənmişdir ($P<0,05$).

İri şəhər, kiçik şəhərlər və kəndlərdə yaşayan 5-19 yaşlı uşaq və yeniyetmələrin müvafiq olaraq $26,4\pm1,5\%$ -də (95% etibarlılıq intervalı 23,4 – 29,4%), $21,3\pm1,4\%$ -də (95% etibarlılıq intervalı 18,5 –

24,1%) və $15,1 \pm 1,2\%$ -də (95% etibarlılıq intervalı 12,7 – 17,5%) aşkar edilmiş və bu göstəriciyə görə onların fərqi statistik dürüst olmuşdur ($P < 0,05$): risk kəndlərdə aşağı səviyyədə, iri şəhərdə yüksək səviyyədə olmuşdur.

Allergik konyunktivitlərin yayılma səviyyəsinin yaşdan asılı dinamikası iri şəhər, kiçik şəhərlər və kəndlərdə oxşardır, göstərici yalnız 15-19 yaşlarda qeydə alınmışdır. 5-9 yaş qrupunda iri şəhərdə ($24,0 \pm 2,5\%$; 95% etibarlılıq intervalı 19,0–29,0%) və kiçik şəhərlərdə ($20,3 \pm 2,3\%$; 95% etibarlılıq intervalı 15,7–24,9%) allergik konyunktivitlərin tezliyi fərqlənir, hər ikisi kənd uşaqları ilə müqayisədə ($14,0 \pm 2,0\%$; 95% etibarlılıq intervalı 10–18%) statistik dürüst fərqlənirlər.

Uşaq və yeniyetmələrin cinsindən asılı olaraq oğlanlarda və qızlarda iri şəhərdə ($24,9 \pm 2,0$ və $28,0 \pm 1,5\%$), kiçik şəhərlərdə ($19,6 \pm 1,9$ və $23,1 \pm 2,0\%$) və kəndlərdə ($13,8 \pm 1,6$ və $16,4 \pm 1,8\%$) bir-birindən statistik dürüst fərqlidir. Beləliklə, allergik konyunktivitlərin yayılma səviyyəsi yaşayış yerindən, yaşdan və cinsdən asılı dəyişir.

Allergik konyunktiviti olan uşaq və yeniyetmələr üçün səciyyəvi olan anamnestik əlamətlərə aid edilir: bacı və qardaşlarda allergik konyunktivitin olması ($42,1 \pm 2,1\%$), atada və anada bu patologiyanın olması (müvafiq olaraq $22,6 \pm 1,8$ və $28,1 \pm 1,9\%$). Hər iki valideyndə və bütün ailə üzvlərində allergik konyunktivitin olması müvafiq olaraq $7,4 \pm 1,1$ və $6,4 \pm 1,0\%$ pasiyentdə aşkar edilmişdir.

Diqqəti cəlb edən amil, allergik konyunktivitləri olan pasiyentlərdə digər allergik mənşəli patologiyaların aşkar edilməsidir. Belə ki, allergik konyunktiviti olan və olmayan uşaq və yeniyetmələrdə müvafiq olaraq $13,1 \pm 1,4$ və $0,8 \pm 0,2\%$ hallarda bronxial astma ($P < 0,05$; nisbi risk 16,4 dəfə), $32,5 \pm 2,0$ və $13,8 \pm 0,2\%$ hallarda rinitlər, sinusitlər və rinosinusitlər ($P < 0,05$; nisbi risk 2,4 dəfə), $14,3 \pm 1,5$ və $7,6 \pm 0,6\%$ hallarda otitlər ($P < 0,05$; nisbi risk 1,8 dəfə), $38,0 \pm 2,0$ və $19,5 \pm 0,9\%$ hallarda tonsillitlər ($P < 0,05$; nisbi risk 2,0 dəfə) qeydə alınmışdır.

Beləliklə, allergik konyunktivitlərin Gəncə-Daşkəsən və Qazax-Tovuz İqtisadi Rayonlarında yüksək səviyyədə yayılması və pasiyentlərdə allergik fon digər xəstəliklərin yüksək riski ilə assosiasiya olunur.

Göz yaşı yollarının patologiyası nisbətən az yayılmış xəstəlikdir. 5-19 yaşlı uşaq və yeniyetmələrin $1,5 \pm 0,2\%$ -də (95% etibarlılıq intervalı 1,1–1,9%) xroniki göz yaşı yollarının patologiyası qeydə alınmışdır. Anamnez məlumatlarına görə uşaqların əksəriyyətində göz yaşı yollarının patologiyası neonatal dövrdə baş vermiş, müalicə tam effektiv olmamış, vaxtaşırı kəskinləşmə müşahidə edilmişdir. Hesab etmək olar ki, 5-19 yaşlı şəxslərdə aşkar olunmuş göz yaşı yollarının patologiyası yenidöğulmuşlarda göz yaşı yollarının patologiyasının tam müalicə olunmamasının nəticəsidir.

Xəstələrin əksəriyyəti göz yaşının axması (95%) ilə şikayət etmişdir. Gözün daxili bucağında şişkinlik xəstələrin 50%-də qeydə alınmışdır. Burundan nəfəs almanın çətinləşməsi 60% uşaqda müşahidə olunmuşdur.

Göz yaşı yollarının patologiyasının yayılma səviyyəsi ayrı-ayrı yaş (5-9 yaşda $1,3 \pm 0,4\%$; 10-14 yaşda $1,7 \pm 0,4\%$ və 15-19 yaşda $1,4 \pm 0,4\%$) və cins ($1,5 \pm 0,3\%$ oğlanlarda; $1,4 \pm 0,3\%$ qızlarda) qruplarında bir-birindən statistik dürüst fərqlənməmişdir. Xəstələnmə səviyyəsi iri şəhərdə ($1,2 \pm 0,3\%$) və kiçik şəhərlərdə ($1,3 \pm 0,4\%$) praktik eynidir, amma kəndlərdə bir qədər yüksəkdir ($1,9 \pm 0,4\%$). Yaşayış yerindən asılı uşaq və yeniyetmələrdə göz yaşı yollarının patologiyasının aşkar edilmə səviyyələri bir-birindən statistik dürüst fərqlənmir.

Göz qapağı xəstəlikləri də uşaq və yeniyetmələrdə nisbətən az aşkar olunan xəstəliklərdəndir. Ümumi toplumda (5 – 19 yaşlı şəxslər) aşkar edilmiş göz qapağı xəstəliklərinin tezliyi $1,4 \pm 0,2\%$ (95% etibarlılıq intervalı 1,0–1,8%) təşkil etmişdir. Yaşı 5-9, 10-14, 15-19 il olan şəxslər arasında aşkar edilmiş göz qapağı xəstəliklərinin tezliyi müvafiq olaraq $1,3 \pm 0,4\%$; $1,4 \pm 0,4\%$ və $1,6 \pm 0,4\%$ olmuş və bir-birindən statistik dürüst fərqlənməmişdir. Bu patologiyalar qızlar arasında çox aşkar olunmuşdur ($2,4 \pm 0,7\%$), amma oğlanların müvafiq göstəricisindən ($1,6 \pm 0,6\%$) statistik dürüst fərqlənməmişdir.

İri şəhər, kiçik şəhərlər və kəndlərdə yaşayan 5-19 yaşlı şəxslər arasında fərqli səviyyədə göz qapağı xəstəlikləri aşkar olunmuşdur ($1,1 \pm 0,3\%$; $1,2 \pm 0,4\%$ və $2,0 \pm 0,4\%$) və bir-birindən statistik dürüst fərqlənmişdir ($P=0,05$). Kənd uşaq və yeniyetmə əhalisi arasında göz qapağı xəstəliklərinin riski yüksəkdir.

YETKİN YAŞLI ƏHALİ ARASINDA GÖZ XƏSTƏLİKLƏRİNİN YAYILMASI

Müşahidə toplumunda pasiyentlərin sağ və sol gözündə gözdaxili təzyiqin səviyyəsinə görə pasiyentlərin bölgüsü bir – birinə yaxındır: <12 mm cs 41,86 və 41,24%; 12–16 mm cs 40,24 və 40,44%; 17–21 mm cs 10,98 və 11,19%; 22–26 mm cs 3,50 və 3,83%; 27–31 mm cs 2,44 və 2,36%; ≥ 32 mm cs 0,98 və 0,94%.

Gözdaxili hipertenziya (gözdaxili təzyiq >21 mm cs) $6,92 \pm 0,22\%$ hallarda (95% etibarlılıq intervalı 6,48–7,36%) sağ gözdə, $7,13 \pm 0,23\%$ (95% etibarlılıq intervalı 6,67–7,59%) sol gözdə qeydə alınmışdır. Bu göstəricilərin fərqi statistik düüst deyildir ($P > 0,05$). Gözdaxili təzyiq <12 mm cs iri şəhər sakinlərinin $39,84 \pm 0,6\%$ -də, kiçik şəhərlərin sakinlərində $41,23 \pm 0,9\%$ -də və kənd sakinlərinin $43,76 \pm 0,9\%$ -də qeydə alınmışdır. Bu göstəricilərin səviyyəsinə görə iri şəhər, kiçik şəhərlər və kənd sakinləri bir – birindən statistik düüst fərqlənirlər, göstərici kənd sakinləri arasında nisbətən yüksəkdir.

Gözdaxili hipertenziya (gözdaxili təzyiq >21 mm cs) iri şəhər, kiçik şəhərlər və kəndlərin sakinlərinin müvafiq olaraq $7,73 \pm 0,33\%$; $7,28 \pm 0,45\%$ və $6,17 \pm 0,44\%$ -də qeydə alınmışdır. Bu göstəricinin səviyyəsinə görə iri şəhər və kiçik şəhər sakinləri arasında statistik düüst ($P > 0,05$) fərq yoxdur, amma iri şəhər və kənd sakinlərinin müvafiq göstəricilərinin fərqi statistik düüstdür ($P < 0,05$). Kiçik şəhərlərin və kəndlərin sakinləri arasında gözdaxili hipertenziyanın yayılma səviyyəsinin fərqi ($t=1,8$) 95% dəqiqliklə düüst hesab edilmir, amma 90% dəqiqliklə ($\chi^2=2,8$; $\theta=1,0$; $p=0,1$; $t=1,8$; $P > 0,05 < 0,1$) onların fərqi əhəmiyyətli sayıla bilər.

Pasiyentlər arasında gözdaxili təzyiqin <12–16 mm cs olması halları da nisbətən çox rast gəlinir. Bu səviyyədə gözdaxili təzyiq yetkin yaşlı əhalinin $40,46 \pm 0,6\%$ -də iri şəhərdə, $39,67 \pm 0,9\%$ -də kiçik şəhərlərdə, $41,26 \pm 0,9\%$ -də kəndlərdə aşkar edilmişdir, göstəricilər bir – birindən statistik düüst fərqlənmir ($P > 0,05$).

Ən çox nəzərə çarpan fərq gözdaxili təzyiqin 17–21 mm cs olması hallarının tezliyinə görədir ($11,97 \pm 0,4\%$ iri şəhərdə, $11,82 \pm 0,6\%$ kiçik şəhərlərdə və $8,81 \pm 0,5\%$ kəndlərdə). Bu səciyyəyə görə iri şəhər və kiçik şəhər əhalisi fərqlənmir, amma hər iki qrup əhali kənd əhalisi

ilə müqayisədə statistik dürüst yüksək göstərici ilə səciyyələnir.

Gözdaxili təzyiq iri şəhər, kiçik şəhərlər və kənd sakinlərinin müvafiq olaraq $12,53 \pm 0,86$; $7,18 \pm 0,87$ və $7,47 \pm 1,29\%$ -də 17-26 mm cs intervalında dəyişmişdir. İri şəhərin müvafiq göstəricisi kiçik şəhər və kəndin müvafiq göstəricisindən statistik dürüst ($P < 0,01$) böyükdür, kiçik şəhər və kəndlər arasında müqayisə olunan göstəricinin səviyyəsinə görə fərq statistik dürüst deyildir ($P > 0,05$). Gözdaxili təzyiqin 27 və çox mm cs olması halları 20–40 yaşlı iri şəhər ($0,66 \pm 0,28\%$), kiçik şəhər ($0,23 \pm 0,16\%$) və kənd ($0,48 \pm 0,34\%$) sakinləri arasında çox az aşkar edilmişdir, göstəricilərin fərqi statistik dürüst deyildir ($P > 0,05$).

Yaşı 60 və çox olan iri şəhər, kiçik şəhərlər və kənd sakinlərinin müvafiq olaraq $75,82 \pm 0,77$; $76,2 \pm 1,14$ və $85,08 \pm 0,89\%$ -də gözdaxili təzyiq ≤ 16 mm cs, $18,79 \pm 0,71$; $18,06 \pm 1,04$ və $11,61 \pm 0,80\%$ -də gözdaxili təzyiq 17–26 mm cs və $5,39 \pm 0,41$; $5,73 \pm 0,62$ və $3,31 \pm 0,45\%$ -də isə 27 mm cs və çox olmuşdur. Bütün bu göstəricilərə görə müqayisə olunan üç tip yaşayış məntəqələri bir-birindən statistik dürüst fərqlənirlər ($P < 0,05$). Yaşı 20–40, 40–60 və ≥ 60 il olan şəxslərin müvafiq olaraq $0,4 \pm 0,12$; $1,9 \pm 0,2$ və $4,8 \pm 0,3\%$ -də qlaukoma qeydə alınmışdır. Xəstəliyin yayılması yaş qruplarında bir-birindən statistik dürüst fərqlənir: 20–40 illik yaş intervalı ilə müqayisədə qlaukoma riski 40–60 yaş intervalında 4,7 dəfə, 60 və yuxarı yaşlarda 10,2 dəfə yüksəkdir. Regionda 20 və yuxarı yaşlı əhalinin $3,0 \pm 0,15\%$ (95% etibarlılıq intervalı 2,7–3,3%) qlaukoma aşkar edilmişdir.

Qlaukomanın yayılma səviyyəsi 20–40 ($0,3 \pm 0,5$ və $0,5 \pm 0,18\%$; $P > 0,05$), 40 – 60 ($1,6 \pm 0,3$ və $2,3 \pm 0,3\%$; $P = 0,05$), 60 və yuxarı yaşlarda ($4,1 \pm 0,4$ və $5,5 \pm 0,4\%$; $P < 0,05$) bir-birindən fərqlənir, qadınlarda xəstələnmə riski yüksəkdir. Regionun 20 və yuxarı yaşlı kişi və qadın populyasiyasında qlaukomanın yayılması bir-birindən statistik dürüst fərqlənir: $2,5 \pm 0,2$ və $3,4 \pm 0,2\%$ ($P < 0,05$).

Qlaukomanın yayılma səviyyəsi həm kişi populyasiyasında ($0,4 \pm 0,2\%$ iri şəhərdə, $0,2 \pm 0,2\%$ kiçik şəhərlərdə və “0” kəndlərdə), həm də qadın populyasiyasında (müvafiq olaraq $0,5 \pm 0,2$; $0,5 \pm 0,3$ və $0,5 \pm 0,5\%$) bir-birindən statistik dürüst fərqlənməmişdir. Oxşar nəticə

40–60 yaşlı kişi ($1,9 \pm 0,5\%$ iri şəhərdə; $1,4 \pm 0,5\%$ kiçik şəhərdə və $1,1 \pm 0,5\%$ kəndlərdə) və qadın (müvafiq olaraq $2,5 \pm 0,5$; $2,3 \pm 0,6$ və $1,8 \pm 0,6\%$) populyasiyasının müqayisəsi zamanı da izlənilir. Amma 60 və yuxarı yaşlarda nəticələr fərqlidir. Belə ki, 60 və yuxarı yaşlı iri şəhər, kiçik şəhərlər və kənd sakinlərinin müvafiq olaraq $4,7 \pm 0,5$; $4,2 \pm 0,8$ və $2,7 \pm 0,6\%$ -də kişi populyasiyasında ($P < 0,05$) və $6,4 \pm 0,6$; $5,1 \pm 0,8$ və $3,9 \pm 0,7\%$ -də qadın populyasiyasında ($P < 0,05$) qlaukoma aşkar edilmişdir. Həm kişi, həm də qadın populyasiyasında qlaukomanın yayılma səviyyəsi iri şəhər və kiçik şəhərlərdə bir-birindən fərqlənmir, amma kəndlərlə müqayisədə göstərici statistik dürust çoxdur.

Beləliklə, qlaukoma kənd sakinləri arasında nisbətən az, iri və kiçik şəhərlərdə isə bir-birinə yaxın səviyyədə və statistik çox aşkar edilmişdir.

Açıq bucaqlı qlaukoma (bütün qlaukomaların $92,3 \pm 1,4\%$) qapalı bucaqlı qlaukomaya nisbətən (bütün qlaukomaların $7,7 \pm 2,4\%$) 12 dəfə çox aşkar edilmişdir. Yaşayış məntəqələrinin tipindən asılı bu nisbət əhəmiyyətli dərəcədə dəyişmir: müvafiq olaraq $93,0 \pm 1,7$ və $7,0 \pm 0,7\%$ iri şəhərdə (nisbət 13), $91,9 \pm 3,1$ və $8,1 \pm 3,1\%$ (nisbət 11,5) kiçik şəhərlərdə, $90,0 \pm 3,5$ və $9,1 \pm 3,5\%$ (nisbət 10) kəndlərdə.

Aşkar edilmiş qlaukomanın $7,9 \pm 1,4\%$ -i başlanğıc mərhələdə, $21,6 \pm 2,2\%$ -i inkişaf etmiş mərhələdə, $31,2 \pm 2,4\%$ -i ifrat inkişaf etmiş mərhələdə və $39,3 \pm 2,6\%$ -i terminal mərhələdə olmuşdur. Qlaukomanın bu dərəcələrə görə bölgüsü iri şəhərdə (müvafiq olaraq $9,8 \pm 2,0$; $20,6 \pm 2,8$; $34,6 \pm 3,3$ və $35,0 \pm 3,3\%$), kiçik şəhərlərdə ($8,1 \pm 2,9$; $27,9 \pm 4,8$; $23,3 \pm 4,6$ və $40,7 \pm 5,3\%$) və kəndlərdə ($1,5 \pm 1,5$; $16,7 \pm 4,6$; $30,3 \pm 5,7$ və $51,5 \pm 6,2\%$) bir – birindən kəskin fərqlənir ($P < 0,05$).

Aşkar edilmiş qlaukomaların $25,9 \pm 2,3\%$ -i normotenziv və $74,1 \pm 2,3\%$ -i hipertenziv qlaukomaadır. Bu bölgüyə görə iri şəhər ($28,5 \pm 3,1$ və $71,5 \pm 3,1\%$), kiçik şəhərlər ($23,3 \pm 4,6$ və $76,7 \pm 4,6\%$) və kəndlərdə ($21,2 \pm 5,0$ və $78,8 \pm 5,0\%$) aşkar edilmiş qlaukomaların tərkibi bir-birindən fərqlənməmişdir.

Sosial ağırlığına görə keratokonus göz xəstəlikləri arasında xüsusi yer tutur. Xəstəliyin əsas xüsusiyyətlərindən biri onun gənc yaşlarda başlanması və həyat keyfiyyətini ciddi pisləşdirməsi, müalicəsi-

nin böyük maliyyə vəsaiti tələb etməsi hesab olunur. Keratokonus üçün xas olan cəhətlərdən biri də onun yayılma səviyyəsinin geniş intervalda (0,0003 – 2,3%) tərəddüd etməsidir.

Tibb müəssisələrinə uzunmüddətli müraciətlərin məlumatlarına görə Gəncə-Daşkəsən və Qazax-Tovuz İqtisadi Rayonlarında əhali arasında keratokonusun yayılma səviyyəsi $2,77 \pm 0,46^{0/0000}$ təşkil etmişdir (95% etibarlılıq intervalı 1,85-3,69^{0/0000}). Keratokonusun əhali arasında yayılma səviyyəsi Gəncə şəhərində (irə şəhər) nisbətən yüksək $4,53 \pm 1,17^{0/0000}$ (95% etibarlılıq intervalı 2,19-9,06^{0/0000}), Ağstafa – Qazax rayonlarında $2,09 \pm 1,09^{0/0000}$ (95% etibarlılıq intervalı 0-4,27^{0/0000}), Tovuz rayonunda $2,90 \pm 1,29^{0/0000}$ (95% etibarlılıq intervalı 0,32-5,48^{0/0000}), Şəmkir rayonunda $2,82 \pm 1,15^{0/0000}$ (95% etibarlılıq intervalı 0,52-5,12^{0/0000}), digər rayonlarda (Goranboy, Göygöl, Samux, Daşkəsən, Gədəbəy və Naftalan) $1,36 \pm 0,61^{0/0000}$ (95% etibarlılıq intervalı 0,14 – 2,58^{0/0000}) olmuşdur. Rayon və şəhərlərin, əhali arasında keratokonusun yayılmasına dair müraciət məlumatlarına əsasən, müqayisəsi yalnız Gəncə şəhəri ilə digər rayonların göstəriciləri arasında fərq aşkarlamağa imkan vermişdir ($P < 0,05$). Xəstələrin orta yaşı $34,5 \pm 2,0$ il olmuşdur, xəstə qadınların orta yaşı ($37,4 \pm 2,8$ il), kişilərin orta yaşı ($32,1 \pm 2,4$ il) ilə müqayisədə fərqli olsa da sıfır hipotezini inkar etmək olmur ($P > 0,05$). Xəstələrin böyük əksəriyyəti (68,6%) 40 yaşa qədərdir. Kişi və qadın qruplarında 40 yaşa qədər xəstələrin xüsusi çəkili müvafiq olaraq 71,4 və 64,3% təşkil etmişdir. Xəstələrin Amsler-Krumeich təsnifatına görə bölgüsü göstərir ki, onların əksəriyyəti III və II mərhələdə olmuşdur (müvafiq olaraq 37,0 və 28,6%), onların az qismi IV (20,1%) və I (14,3%) mərhələdə olanlardır.

İrə şəhər, kiçik şəhər və kənd yerlərində yaşayan və müayinəyə cəlb olunmuş şəxslərin müvafiq olaraq $0,24 \pm 0,06$; $0,09 \pm 0,05$ və $0,07 \pm 0,04$ %-də keratokonus aşkar olunmuşdur. Yaşayış məntəqələrində keratokonusun aşkar olunma tezliyi bir-birindən statistik dürrüst fərqlənir ($P < 0,05$). İrə şəhərdə kəndlərlə müqayisədə aşkar edilmiş keratokonusun tezliyi 3 dəfə yüksəkdir.

Beləliklə, səyyar klinikaya müraciət etmiş şəxslər arasında aşkar edilmiş keratokonusun tezliyinə görə gender və yaş fərqi statistik

dürüst deyildir, amma yaşayış yerindən asılı göstəricinin səviyyəsi bir-birindən statistik fərqlənir ($P<0,05$).

Gəncə-Daşkəsən və Qazax-Tovuz İqtisadi Rayonlarında şəkərli diabet xəstələrindən- 5178 şəkərli diabet tip 1, 25879 şəkərli diabet tip 2 diaqnozu ilə qeydiyyatdadır.

Müayinəyə cəlb olunanların bütün diabetli xəstələr arasında payı 1,5% olmuşdur. Bu isə öz növbəsində alınacaq nəticələrin representativliyi üçün kifayətdir. Endokrinoloji xidmətin yaşayış yerində əlçatan olduğu və olmadığı xəstələrin müvafiq olaraq $22,5\pm 2,5$ və $37,0\pm 3,4\%$ -də diabetik retinopatiya aşkar edilmişdir. Göstəricilərin fərqi statistik düstürdür ($P<0,05$). Endokrinoloji yardımın yaşayış yerində olmaması diabetik retinopatiyanın inkişaf etməsi ehtimalını 1,64 dəfə yüksəldir. Diabetik retinopatiyanın ümumi toplumda yayılma səviyyəsi $28,8\pm 2,1\%$ təşkil edir (95% etibarlılıq intervalı 24,6-33,0%).

Gəncə-Daşkəsən və Qazax-Tovuz İqtisadi Rayonlarında diabetik retinopatiyanın rast gəlmə tezliyi ədəbiyyat məlumatları ilə müqayisədə orta səviyyədədir, onun əsas risk amillərinə aiddir: endokrinoloji yardımın əlçatmazlığı; cins, diabetin tipi və davam müddəti; yənaşi arterial hipertenziyanın və neyropatiyanın olması və müalicə variantları (insulino terapiya).

Torlu qışanın yaşla bağlı makulyar degenerasiyası əsasən 60 və yuxarı yaşlarda müşahidə olunur. Rəsmi statistikada torlu qışanın yaşla bağlı makulyar degenerasiyası yaşı ilə ilkin xəstələnmə səviyyəsi 1000 nəfər 60 və yuxarı yaşlı əhaliyə görə bir – birindən statistik düstür fərqlənməmişdir: $0,3\pm 0,01$ Gəncədə, $0,4\pm 0,2$ Qazaxda, $0,3\pm 0,2$ Ağstafada, $0,5\pm 0,2$ Tovuzda, $0,6\pm 0,2$ Şəmkirdə, $0,2\pm 0,1$ Gədəbəydə, $0,3\pm 0,3$ Daşkəsəndə, $0,7\pm 0,3$ Samuxda, $0,9\pm 0,3$ Göygöldə, $1,0\pm 0,3$ Goranboyda və $1,0\pm 1,0$ Naftalanda. Regionda tibb müəssisələrində qeydiyyatda olan xəstələrin məlumatlarına görə torlu qışanın yaşla bağlı makulyar degenerasiyası ilə ümumi xəstələnmə 1000 nəfər 60 və yuxarı yaşlı əhaliyə görə təşkil etmişdir: $2,0\pm 0,2$ Gəncədə, $2,3\pm 0,5$ Qazaxda, $2,1\pm 0,5$ Ağstafada, $2,2\pm 0,4$ Tovuzda, $2,8\pm 0,4$ Şəmkirdə, $1,0\pm 0,3$ Gədəbəydə, $2,4\pm 0,8$ Daşkəsəndə, $2,2\pm 0,6$ Samuxda, $2,6\pm 0,6$ Göygöldə, $3,1\pm 0,5$ Goranboyda və $2,0\pm 1,4$ Naftalanda. 40 və yuxarı

yaşlı şəxslərin müvafiq olaraq iri şəhərdə $3,5 \pm 0,5\%$ -də (95% etibarlılıq intervalı $2,5 - 4,5\%$), kiçik şəhərlərdə $4,0 \pm 0,5\%$ -də (95% etibarlılıq intervalı $3,0 - 5,0\%$), kəndlərdə $8,1 \pm 0,7\%$ -də (95% etibarlılıq intervalı $6,7 - 9,5\%$) torlu qişanın yaşla bağlı makulyar degenerasiyası aşkar olunmuşdur. İri və kiçik şəhərlər üzrə göstərici bir – birindən fərqlənmir, amma kəndlər üzrə göstərici ilə müqayisədə statistik dürrüst azdır. Bütün yaşayış məntəqələri üzrə göstəricilərin gender yarımqruplarında fərqi statistik dürrüst deyildir, kişi və qadın yarımqruplarında: $3,3 \pm 0,7$ və $3,6 \pm 0,7\%$ iri şəhərlərdə, $3,9 \pm 0,7\%$ və $4,1 \pm 0,7\%$ kiçik şəhərlərdə, $7,6 \pm 1,0$ və $8,5 \pm 1,0\%$ kəndlərdə.

Yaşı 40-49 olan iri şəhər ($1,8 \pm 0,6\%$), kiçik şəhərlər ($1,6 \pm 0,6\%$) və kəndlərdə yaşayan şəxslərin ($2,6 \pm 0,7\%$) müayinəsində aşkar edilmiş torlu qişanın yaşla bağlı makulyar degenerasiyasının tezliyi bir-birindən statistik dürrüst fərqlənmir.

50-59 yaşlı şəxslərin müayinəsində 40-49 yaşlı şəxslərlə müqayisədə aşkar edilmiş torlu qişanın yaşla bağlı makulyar degenerasiyasının tezliyi iri şəhərlərdə ($2,6 \pm 0,7$ və $1,8 \pm 0,6\%$) və kiçik şəhərlərdə ($3,4 \pm 0,8$ və $1,6 \pm 0,6\%$) bir-birindən statistik dürrüst fərqlənməmişdir. Kəndlərdə isə ($10,2 \pm 1,4$ və $2,6 \pm 0,7\%$) fərq əhəmiyyətli dərəcədə böyük olmuşdur ($P < 0,01$).

Yaşı 60 və çox olan qrupda digər yaş qrupları ilə müqayisədə həm iri şəhərdə ($6,0 \pm 1,1\%$) və kiçik şəhərlərdə ($7,0 \pm 1,1\%$), həm də kəndlərdə ($11,4 \pm 1,4\%$) aşkar edilmiş torlu qişanın makulyar degenerasiyasının tezliyi statistik dürrüst yüksək olmuşdur.

Şəhər və kəndlərdə yaşayan torlu qişanın yaşla bağlı makulyar degenerasiyası olanların müvafiq olaraq $36,6 \pm 4,6$ və $40,5 \pm 4,5\%$ -i siqaret çəkən, $48,2 \pm 4,7$ və $51,2 \pm 4,5\%$ -nin bədən kütləsi ≥ 30 kq/m², $50,0 \pm 4,7$ və $48,8 \pm 4,5\%$ -də arterial hipertenziya, $10,7 \pm 2,9$ və $11,6 \pm 2,9\%$ -də şəkərli diabet, $51,8 \pm 4,7$ və $55,4 \pm 4,5\%$ -də irsi meyillilik olmuşdur. Bütün bu risk amillərinin tezliyinə görə müqayisə olunan qruplar bir-birindən statistik dürrüst fərqlənməmişdir.

Yaşlı əhali arasında nisbətən çox yayılmış xəstəlik hesab edilən presbiopiya son illərdə xeyli cavanlaşmışdır (premature presbiopiya). Presbiopiyanın risk amilləri (yaş, peşə fəaliyyəti, sistem xəstəlikləri, travmalar və sair) coğrafi mühitdən asılı fərqli səviyyədə bu patologi-

yanın yaranmasına səbəb olur. Presbiopiya problemi regionlarda daha aktualdır. Müşahidəmizdə olan seçilmiş representativ toplumda 40-49 yaşlı kişi və qadın qruplarında presbiopiyanın yayılma səviyyəsi ($30,5 \pm 1,6$ və $33,1 \pm 1,7\%$) bir-birindən fərqlənir ($P > 0,05$). Oxşar nəticə 50-59 ($45,7 \pm 1,8$ və $48,4 \pm 1,8\%$; $P > 0,05$), 60 və yuxarı yaşlarda ($55,2 \pm 1,8$ və $57,7 \pm 1,8$; $P > 0,05$) da alınmışdır. Diqqəti cəlb edən odur ki, bütün yaş qruplarında presbiopiyanın yayılma səviyyəsi qadınlar arasında kişilərlə müqayisədə bir qədər çoxdur, standart xəta nisbətən yüksək olduğuna görə fərqi düstürlü sübut olunmur.

Presbiopiyanın yayılma səviyyəsi 40-49, 50-59, 60 və yuxarı yaşlarda kişi ($30,5 \pm 1,6$; $45,7 \pm 1,8$ və $55,2 \pm 1,8\%$), qadın ($33,1 \pm 1,7$; $48,4 \pm 1,8$ və $57,7 \pm 1,8\%$) qruplarında, həm də ümumi toplumda ($31,8 \pm 1,2$; $47,1 \pm 1,3$ və $56,5 \pm 1,3\%$) dinamik çoxalır ($P < 0,01$).

Yaşı 40-49 olan kişi, qadın və hər iki cins üzrə qruplarda presbiopiyanın yayılma səviyyəsi kəndlərdə statistik düstür az ($26,0 \pm 2,7$; $28,4 \pm 2,8$ və $27,2 \pm 1,9\%$), iri şəhərdə statistik düstür çox ($35,6 \pm 3,0$; $39,2 \pm 3,1$ və $37,4 \pm 2,1\%$), kiçik şəhərlərdə orta səviyyədədir ($30,8 \pm 2,8$; $31,6 \pm 2,9$ və $30,8 \pm 2,1\%$). Yaşı 50-59 olan kişi, qadın və hər iki cins üzrə qruplarda presbiopiyanın yayılma səviyyəsi 40-49 olan müvafiq qruplarla müqayisədə xeyli yüksəkdir və müvafiq olaraq təşkil edir: $51,2 \pm 3,1$; $52,4 \pm 3,1$ və $51,8 \pm 2,2\%$ iri şəhərdə, $44,8 \pm 3,1$; $48,4 \pm 3,1$ və $46,6 \pm 2,2\%$ kiçik şəhərlərdə, $41,2 \pm 3,1$; $44,4 \pm 3,1$ və $42,8 \pm 2,2\%$ kəndlərdə ($P < 0,01$). 60 və yuxarı yaşlarda presbiopiyanın tezliyi 50-59 yaşla müqayisədə statistik düstür çoxdur, amma artma tempi 50-59 yaş intervalında olan artma tempindən azdır. Bu yaş dövründə kişi, qadın və hər iki cins üzrə qruplarda presbiopiyanın yayılma səviyyəsi iri şəhərdə ($58,0 \pm 3,1$; $60,8 \pm 3,1$ və $59,4 \pm 2,1\%$), kiçik şəhərlərdə ($55,6 \pm 3,1$; $57,2 \pm 3,1$ və $56,4 \pm 2,2\%$) və kəndlərdə ($52,0 \pm 3,1$; $55,2 \pm 3,1$ və $53,6 \pm 2,2\%$) bir – birindən statistik düstür fərqlənmişdir ($P < 0,05$).

Beləliklə, presbiopiya əhali arasında geniş yayılmış patologiyadır ($26,0 \pm 2,7$ – $60,8 \pm 3,1\%$), onun riski yaşdan və yaşayış yerindən asılıdır.

Akademik Z.Əliyeva adına Milli Oftalmologiya Mərkəzinin səyyar klinikasında bütün müraciət edənlərdə refraksiya və akkomodasiya qiymətləndirilir. 40-49 yaşlı əhali arasında miopiya $35,8 \pm 1,2\%$, hipermetropiya $7,2 \pm 0,6\%$ və astigmatizm $15,0 \pm 0,9\%$ hallarda qeydə

alınmışdır. Sonrakı yaş intervalında (50-59 yaş) hər üç patologiyanın yayılma səviyyəsi fərqli olmuşdur (28,9±1,2% miopiya, 13,5±0,9% hipermetropiya və astigmatizm 19,9%). Bu yaş qrupunda əvvəlki (40–49) yaş qrupu ilə müqayisədə miopiyanın səviyyəsi azalmış ($P<0,01$), hipermetropiya və astigmatizmin tezliyi çoxalmışdır ($P\leq 0,05$). Yaşı 60 və çox olan əhali arasında qeydə alınmış refraksiya anomaliyalarının tezliyi (miopiya 15,7±0,9%; hipermetropiya 17,6±1,2% və astigmatizm 22,9±1,1%) qeyd etdiyimiz qanunauyğunluğa müvafiq dəyişmişdir: miopiyanın yayılma səviyyəsi azalmış, hipermetropiya və astigmatizmin yayılma səviyyəsi çoxalmışdır. Beləliklə, 40 və yuxarı yaşlı əhali arasında miopiya nisbətən çox (26,8±0,6%), astigmatizm (19,3±0,6%) və hipermetropiya (16,1±0,5%) nisbətən az yayılmışdır.

Refraksiya anomaliyalarının yayılma səviyyəsinin göstərilən trendi iri şəhərlərdə, kiçik şəhərlərdə və kəndlərdə oxşardır, fərq ayrı-ayrı klinik formalarının yayılma səviyyəsinə görə qeydə alınmışdır.

Belə ki, iri şəhərdə 40–49 yaşlı şəxslərin 40,0±2,2%-də, kiçik şəhərlərdə 37,4±2,2%-də və kəndlərdə 30,0±2,0%-də miopiya aşkar edilmişdir (fərq statistik dürüstdür, $P<0,05$). Bu göstəricinin səviyyəsi 50–59 yaşlarda (müvafiq olaraq 35,2±2,1; 25,2±1,9 və 26,4 ±1,9%) azalmış və bununla yanaşı müqayisə olunan tip yaşayış yerlərində fərq statistik dürüstlüyünü saxlamışdır. Belə göstəricilər 60 və yuxarı yaşlarda izlənilir (müvafiq olaraq 19,6±1,8% iri şəhərdə, 15,2 ±1,6% kiçik şəhərlərdə, 12,4±1,5% kəndlərdə).

Hipermetropiya 40–49 yaşlı iri şəhər, kiçik şəhərlər və kəndlərin sakinlərinin 8,2±1,2; 7,6±1,2 və 5,8±1,0%-də qeydə alınmışdır, göstəricinin səviyyəsi kəndlərdə statistik dürüst kiçikdir. Bu patologiya 50 – 59 yaş intervalında bütün tip yaşayış yerlərində çoxalmışdır (müvafiq olaraq 15,0±1,5; 13,8±1,5 və 11,6±1,4%; $P<0,05$). Çoxalma trendi 60 və yuxarı yaşlarda daha yüksək olmuşdur (31,2 ±2,1; 28,6 ±2,0 və 23,0 ±1,9%).

Beləliklə, 40 yaşdan sonra əhali arasında hipermetropiyanın yayılma səviyyəsi çoxalır, göstərici iri şəhərdə yüksək, kəndlərdə isə aşağı səviyyədədir.

İri şəhər, kiçik şəhərlər və kənd sakinlərinin müayinəsində aş-

kar edilmiş astiqmatizmin səviyyəsi 40–49 ($17,0 \pm 1,6$; $15,0 \pm 1,6$ və $13,0 \pm 1,5$), 50–59 ($22,4 \pm 1,8$; $19,6 \pm 1,7$ və $17,8 \pm 1,7$), 60 və yuxarı yaşlarda ($26,8 \pm 2,0$; $22,2 \pm 1,8$ və $19,6 \pm 1,8$) dinamik çoxalma trendi ilə səciyyələnir. Bütün yaş qruplarında göstəricinin səviyyəsi iri şəhərdə yüksək, kəndlərdə isə aşağı olmuşdur.

Gəncə-Daşkəsən və Qazax-Tovuz İqtisadi Rayonları üzrə seçilmiş toplumda 40 və yuxarı yaşlı əhalinin $2,3 \pm 0,2\%$ -də (95% etibarlılıq intervalı $1,9$ – $2,7\%$) göz yaşı yollarının patologiyası aşkar edilmişdir. Göz yaşı yollarının patologiyasının yayılmasında yaşdan asılılıq diqqəti cəlb edir: $1,5 \pm 0,3\%$ 40–49, $2,4 \pm 0,4\%$ 50–59, $2,9 \pm 0,4\%$ 60 və yuxarı yaşlarda. Yaşdan asılı göz yaşı yollarının patologiyasının yayılmasında statistik dürust artım təsdiq olunur ($P < 0,05$). Regionun iri şəhərində və kiçik şəhərlərində göz yaşı yollarının patologiyasının yayılma səviyyəsi (40 və yuxarı yaşlı əhali arasında) bir-birindən statistik dürust fərqlənmir (müvafiq olaraq: $1,8 \pm 0,4$ və $2,0 \pm 0,4\%$; $P > 0,05$).

İri şəhərdə müayinə olunmuş 40–49, 50–59, 60 və yuxarı yaşlı əhali arasında göz yaşı yollarının patologiyasının aşkar edilmə səviyyəsi (müvafiq olaraq $1,2 \pm 0,5$; $1,8 \pm 0,6$ və $2,4 \pm 0,7\%$) fərqlidir, yaş artdıqca göstəricinin səviyyəsi yüksəlir, amma göstəricinin səviyyəsinəki artım statistik dürust deyildir ($P > 0,05$).

Kiçik şəhərlərdə 40–49, 50–59, 60 və yuxarı yaşlı müayinə olunanların müvafiq olaraq $1,2 \pm 0,5$; $2,2 \pm 0,6$ və $2,6 \pm 0,7\%$ - də göz yaşı yollarının patologiyası aşkar edilmişdir. Bu göstəricilərin artımı dinamik olsa da statistik dürust deyildir ($P > 0,05$).

Kəndlərdə 40–49, 50–59, 60 və yuxarı yaşlı müayinə olunanlar arasında göz yaşı yollarının patologiyasının yayılma səviyyəsi müvafiq olaraq $2,0 \pm 0,6$; $3,2 \pm 0,7$ və $3,8 \pm 0,8\%$ təşkil edilmişdir. Yaş qruplarında göstəricinin səviyyəsi dinamik çoxalsa da artım statistik dürust deyildir.

Beləliklə, Gəncə-Daşkəsən və Qazax-Tovuz İqtisadi Rayonlarında 40 və yuxarı yaşlı əhalinin müayinəsində $2,3 \pm 0,2\%$ hallarda göz yaşı yollarının patologiyası aşkar edilmiş, ümumi toplumda göstəricinin yaşdan və yaşayış yerindən asılı dəyişməsi statistik dürustdur.

Müayinə olunmuş 40–49, 50–59, 60 və yuxarı yaşlı şəxslərin $1,0 \pm 0,3\%$ (ümumi toplumda $1,0 \pm 0,1\%$) çəpgözlük aşkar edilmişdir

(95% etibarlılıq intervalı 0,4–1,6%). Göstəricinin səviyyəsi iri şəhərdə $0,9 \pm 0,2\%$, kiçik şəhərdə $1,0 \pm 0,3\%$ və kəndlərdə $1,1 \pm 0,3\%$ təşkil etmiş və bir-birindən statistik dürüst fərqlənməmişdir ($P > 0,05$). Oxşar nəticə ayırı-ayrı yaş qruplarında da izlənilir.

Torlu qışanın reqmatogen qopması nisbətən az yayılmış patologiyadır. Yaşı 40–60 olan müayinə edilmiş şəxslər arasında torlu qışanın reqmatogen qopmasının tezliyi $84,1 \pm 48,5^0_{/0000}$ olmuşdur. Göstəricinin səviyyəsi 60 və yuxarı yaşlı şəxslər arasında da yüksək olmamışdır ($66,7 \pm 33,3^0_{/0000}$). Bütövlükdə 20 və yuxarı yaşlı şəxslər arasında xəstəliyin yayılması $56,7 \pm 21,4^0_{/0000}$ təşkil etmişdir.

Regionun iri şəhərində ($64,4 \pm 32,1^0_{/0000}$), kiçik şəhərlərində ($61,4 \pm 43,4^0_{/0000}$) və kəndlərində ($34,7 \pm 34,7^0_{/0000}$) torlu qışanın reqmatogen qopmasının yayılma tezliyi bir-birindən fərqlənmir ($P > 0,05$).

Kataraktanın yayılma səviyyəsi müayinə toplumunda $28,3 \pm 0,5\%$ təşkil etmişdir (95% etibarlılıq intervalı 27,3–29,3%). Bu göstəricinin səviyyəsi iri şəhərdə $29,0 \pm 0,7\%$ (95% etibarlılıq intervalı 27,6–30,4%), kiçik şəhərlərdə $25,5 \pm 0,9\%$ (95% etibarlılıq intervalı 23,7–27,3%), kəndlərdə isə $29,8 \pm 0,9\%$ (95% etibarlılıq intervalı 28,0–31,6%) olmuş və bir-birindən statistik dürüst fərqlənmişdir. Katarakta kiçik şəhərlərdə nisbətən az, iri şəhərdə və kəndlərdə statistik dürüst çox yayılmışdır.

Katarakta 40 – 60 yaşlı əhali arasında $11,9 \pm 0,5\%$ hallarda aşkar edilmişdir (95% etibarlılıq intervalı 10,9–12,9%). Xəstəliyin yayılma səviyyəsi bu yaş qrupunda iri şəhərdə ($12,0 \pm 0,8\%$), kiçik şəhərlərdə ($11,1\% \pm 1,0\%$) və kəndlərdə ($12,5 \pm 1,1\%$) bir-birindən statistik dürüst fərqlənməmişdir ($P > 0,05$). Yaşı 60 və çox olan sakinlərin müayinəsində 3 dəfədən çox katarakta aşkar edilmişdir ($38,1 \pm 0,6\%$; 95% etibarlılıq intervalı 36,9–39,3%). Bu yaş qrupunda kataraktanın yayılma səviyyəsi kiçik şəhərlərdə $36,0 \pm 1,3\%$ təşkil etmişdir (95% etibarlılıq intervalı 33,4–38,6%). Kataraktanın yayılma səviyyəsi 60 və yuxarı yaşlı əhali arasında iri şəhərdə $38,2 \pm 0,9\%$ (95% etibarlılıq intervalı 36,4–40,0%) və kəndlərdə $39,8 \pm 1,2\%$ (95% etibarlılıq intervalı 37,4–42,2%) təşkil etmiş, kiçik şəhərlərlə müqayisədə statistik dürüst fərqlənmişdir ($P < 0,05$). Müayinə olunmuş 40 və yuxarı yaşlı kontingent arasında psevdooksfoliat sindromunun yayılma səviyyəsi

8,1±0,3% təşkil etmişdir (95% etibarlılıq intervalı 7,7–8,7%). Göstəricinin səviyyəsi kəndlərdə nisbətən çox (9,1±0,5%), kiçik şəhərlərdə statistik dürüst az olmuşdur (5,1±0,4%). İri şəhərlərdə bu göstərici (9,0±0,4%) kəndlərin (9,1±0,5%) göstəricisindən statistik dürüst fərqlənməmişdir.

Psevdooksfoliat sindromu 40–60 yaşlı əhali arasında xeyli az aşkar olunmuşdur (1,0±0,2%), 60 və yuxarı yaşlarda onun yayılma səviyyəsi 12 dəfədən çox yüksəkdir (12,3±0,4%; 95% etibarlılıq intervalı 11,5–13,1%). İri şəhərdə, kiçik şəhərlərdə və kəndlərdə yaşayan 60 və yuxarı yaşlı əhali arasında aşkar edilmiş psevdooksfoliat sindromu bir-birindən statistik dürüst fərqlənmişdir (13,5±0,6; 8,1±0,7 və 13,5±0,9%), fərq göstəricinin kiçik şəhərlərdə az olması hesabına formalaşmışdır.

Yaşı 40-60 olan iri şəhər, kiçik şəhərlər və kəndlərdə yaşayanlarda aşkar edilmiş yetişməmiş kataraktanın tezliyi sağ (0,48±0,17; 0,39±0,19 və 0,55±0,24%; $P>0,05$), sol (0,42±0,16; 0,49±0,22 və 0,67±0,27%; $P>0,05$) və hər iki (0,54±0,18; 0,39±0,19; 0,78±0,29; $P>0,05$) gözdə bir-birindən statistik dürüst fərqlənməmişdir, göstəricinin ümumi səviyyəsi müvafiq olaraq 1,44; 1,27 və 2,05 təşkil etmişdir və onların fərqi statistik dürüst olmamışdır.

Yaşı 60 və yuxarı olan iri şəhər, kiçik şəhərlərin və kəndlərin sakinlərində aşkar edilmiş yetişməmiş kataraktanın tezliyi sağ (2,92±0,31; 1,45±0,32 və 1,45±0,27%; $P<0,05$), sol (2,60±0,29; 1,67±0,34 və 1,08±0,26; $P<0,05$) və hər iki gözdə (2,89±0,30; 1,16±0,29 və 1,28±0,28%; $P<0,05$) bir-birindən statistik dürüst fərqlənir, göstəricilərin səviyyəsi iri şəhərdə yüksək, kəndlərdə isə aşağıdır. Yetişməmiş kataraktanın ümumi səviyyəsi (müvafiq olaraq 8,41; 4,28 və 3,81%) iri şəhərdə yüksək, kiçik şəhərlər və kəndlərdə kiçikdir.

Yaşı 40-60 olan iri şəhər, kiçik şəhərlər və kəndlərdə yaşayan şəxslərin sağ (0,12±0,08; 0,10±0,10 və 0,33±0,19%; $P>0,05$), sol (0,18±0,10; 0,20±0,13 və 0,22±0,15%; $P>0,05$) və hər iki gözdə (0,06±0,06; 0,10±0,10 və 0,22±0,15%; $P>0,05$) yetişmiş kataraktanın tezliyi çox aşağı səviyyədə olmuş və bir-birindən statistik dürüst fərqlənməmişdir. Qeyd olunan şəxslərdə yetişmiş kataraktanın ümumi səviyyəsi (0,36; 0,40 və 0,77%) bir-birinə yaxındır ($P>0,05$).

Yaşı 60 və yuxarı olan iri şəhər, kiçik şəhərlərdə və kəndlərdə yaşayan şəxslərin sağ ($0,59\pm0,14$; $0,36\pm0,11$ və $0,70\pm0,21\%$; $P>0,05$), sol ($0,88\pm0,16$; $0,44\pm0,18$ və $0,45\pm0,17\%$; $P>0,05$) və hər iki ($0,36\pm0,11$; $0,51\pm0,19$ və $0,51\pm0,18\%$; $P>0,05$) gözündə yetişmiş kataraktanın tezliyi bir-birindən fərqlənir, göstəricinin ümumi səviyyəsi müvafiq olaraq 1,83; 1,31 və 1,66% təşkil etmiş və onların fərqi statistik dürüst deyildir ($P>0,05$).

Yaşı 40-60 olan iri şəhər, kiçik şəhərlər və kəndlərdə yaşayanların sağ ($0,12\pm0,08$; $0,09\pm0,09$ və $0,11\pm0,11\%$; $P>0,05$), sol ($0,18\pm0,10$; $0,20\pm0,14$ və $0,11\pm0,11\%$; $P>0,05$) və hər iki gözdə ($0,06\pm0,06$; $0,10\pm0,10$ və $0,11\pm0,11\%$; $P>0,05$) artifakiyanın tezliyi bir-birindən fərqlənir. Artifakiyanın ümumi səviyyəsi qeyd olunan qruplarda müvafiq olaraq 0,36; 0,39 və 0,33% təşkil etmişdir ($P>0,05$).

Yaşı 60 və yuxarı olan iri şəhər, kiçik şəhərlərdə və kəndlərdə yaşayanların sağ ($0,66\pm0,14$; $0,44\pm0,17$ və $0,26\pm0,13\%$; $P<0,05$), sol ($0,82\pm0,16$; $0,51\pm0,19$ və $0,19\pm0,11\%$; $P<0,05$) və hər iki gözdə ($0,49\pm0,12$; $0,36\pm0,16$ və $0,32\pm0,14\%$; $P>0,05$) artifakiyanın tezliyi bir-birindən fərqlənir. Göstəricinin ümumi səviyyəsi (2,03; 1,31 və 1,77%) iri şəhərdə kəndlərlə müqayisədə statistik dürüst çox olmuşdur.

Beləliklə, kataraktanın ayrı-ayrı formalarının yayılmasına görə iri şəhər, kiçik şəhərlər və kəndlərdə yaşayan əhali bir-birindən fərqlənir. Başlanğıc katarakta kənd sakinlərində, yetişməmiş katarakta iri şəhər sakinlərində çox aşkar edilmişdir. Kataraktanın ümumi səviyyəsi 40 və yuxarı yaşlı əhali arasında kiçik şəhərlərdə statistik dürüst azdır ($25,5\pm0,9\%$), iri şəhər və kəndlərdə statistik dürüst çoxdur ($29,0\pm0,7$ və $29,8\pm0,9\%$). Kataraktanı assosiasiya edən psevdooksfoliat sindromu da kiçik şəhərlərdə nisbətən az ($5,1\pm0,4\%$), iri şəhərdə və kəndlərdə nisbətən yüksək ($9,0\pm0,4$ və $9,1\pm0,5\%$) səviyyədə yayılmışdır.

Gəncə-Daşkəsən və Qazax-Tovuz İqtisadi Rayonlarında yaşı 40 və çox olan şəxslər arasında quru göz sindromunun yayılma səviyyəsi $9,9\pm0,4\%$ (95% etibarlılıq intervalı 9,1 – 10,7%) təşkil etmişdir. Göstəricinin səviyyəsi iri şəhərdə ($7,9\pm0,7\%$; 95% etibarlılıq intervalı 6,5–9,3%) nisbətən az, kəndlərdə nisbətən çox ($12,1\pm0,6\%$; 95% etibarlılıq intervalı 10,9–13,3%), kiçik şəhərlərdə isə aralıq

mövqedədir ($9,6 \pm 0,7\%$; 95% etibarlılıq intervalı $8,2-11,0\%$).

Quru göz sindromunun yayılması 40-49, 50-59, 60 və yuxarı yaşlı iri şəhər ($4,2 \pm 0,9$; $8,2 \pm 1,2$ və $11,2 \pm 1,4\%$), kiçik şəhərlər ($6,2 \pm 1,1$; $9,8 \pm 1,3$ və $12,8 \pm 1,5\%$) və kəndlərdə ($8,6 \pm 1,2$; $13,0 \pm 1,5$ və $14,8 \pm 1,6\%$) yaşayanlar arasında bir-birindən statistik dürüst fərqlənir. Ümumi qanunauyğunluq odur ki, bütün tip yaşayış yerlərində əhalinin yaşından asılı quru göz sindromunun yayılması mütənasib çoxalır ($6,3 \pm 0,6$; $10,3 \pm 0,8$ və $12,9 \pm 0,8\%$).

Ambliopiya 40 və yuxarı yaşlı Gəncə-Daşkəsən və Qazax-Tovuz İqtisadi Rayonlarının sakinlərinin $3,0 \pm 0,35\%$ - də aşkar edilmişdir (95% etibarlılıq intervalı $2,4-3,6\%$). Göstəricinin səviyyəsi iri şəhərdə $2,3 \pm 0,4\%$ (95% etibarlılıq intervalı $1,5-3,1\%$), kiçik şəhərlərdə $2,9 \pm 0,4\%$ (95% etibarlılıq intervalı $2,1-3,7\%$) və kəndlərdə $3,7 \pm 0,5\%$ (95% etibarlılıq intervalı $2,7-4,7\%$) təşkil etmiş və bir-birindən statistik dürüst fərqlənmişdir ($P < 0,05$).

Ambliopiyanın yayılma səviyyəsi 40-49, 50-59, 60 və yuxarı yaşlı iri şəhər ($1,2 \pm 0,5$; $1,8 \pm 0,6$ və $3,8 \pm 0,8\%$; $P < 0,05$), kiçik şəhərlər ($1,4 \pm 0,5$; $2,4 \pm 0,7$ və $5,0 \pm 0,9\%$; $P < 0,01$) və kəndlərdə ($1,8 \pm 0,6$; $3,2 \pm 0,8$ və $6,2 \pm 1,1\%$; $P < 0,01$) yaşayan əhali arasında bir-birindən statistik dürüst fərqlənmişdir. Yaşdan asılı xəstələnmə səviyyəsi çoxalır, kəndlərdə şəhər ilə müqayisədə göstərici yüksəkdir.

Xroniki konyunktivit Gəncə-Daşkəsən və Qazax-Tovuz İqtisadi Rayonlarında 40 və yuxarı yaşlı əhalinin $4,4 \pm 0,3\%$ -də (95% etibarlılıq intervalı $3,8-5,0\%$) aşkar olunmuşdur. Yaşı 40-49, 50-59, 60 və yuxarı olan şəxslər arasında bu patologiyanın yayılma səviyyəsi ($3,4 \pm 0,5$; $3,9 \pm 0,5$ və $5,8 \pm 0,6\%$) bir-birindən statistik dürüst yüksəkdir.

Xroniki keratokonyunktivitın yayılma səviyyəsi yaşı 40-49, 50-59, 60 il və çox olan şəxslər arasında iri şəhər ($2,6 \pm 0,7$; $3,0 \pm 0,7$ və $4,4 \pm 0,9\%$; $P > 0,05$), kiçik şəhərlər ($3,4 \pm 0,8$; $3,8 \pm 0,8$ və $5,6 \pm 1,0\%$; $P > 0,05$) və kəndlərdə ($4,2 \pm 0,9$; $4,8 \pm 0,9$ və $7,4 \pm 1,2\%$; $P > 0,05$) bir-birindən statistik dürüst fərqlənməmişdir.

Yaşı 40 və çox olan iri şəhər sakinləri arasında keratokonyunktivitın yayılma səviyyəsi ($3,3 \pm 0,5\%$) kiçik şəhərlərin sakinlərinin müvafiq göstəricisindən ($4,3 \pm 0,5\%$) kiçik olsa da statistik dürüst fərq aşkar olunmur. Amma kəndlərdə yaşayan 40 və yuxarı

yaşlı əhali arasında xroniki keratokonyunktivitın yayılma səviyyəsi ($5,5 \pm 0,6\%$) iri şəhərin müvafiq göstəricisindən ($3,3 \pm 0,5\%$) statistik dürüst yüksəkdir.

Beləliklə, ayrı-ayrı nozologiyalar üzrə (miopiya, hipermetropiya, astigmatizm, ambliopiya, quru göz sindromu, göz yaşı yollarının patologiyası, çəpgözlük, keratokonus, keratokonyunktivit, torlu qışanın reqlmatogen qopması, diabetik retinopatiya, makulyar degenerasiya, qlaukoma, katarakta, presbiopiya və sair) Gəncə-Daşkəsən və Qazax-Tovuz İqtisadi Rayonlarında yetkin yaşlı əhali arasında alınmış epidemioloji səciyyələr onların yaşdan və yaşayış yerindən (iri şəhər, kiçik şəhərlər və kəndlərdə) asılı olduğunu sübut edir.

GƏNCƏ-DAŞKƏSƏN VƏ QAZAX-TOVUZ İQTİSADI RAYONLARINDA GÖZ XƏSTƏLİKLƏRİNİN YAYILMASI MƏLUMATLARININ MÜQAYİSƏSİ VƏ REGIONAL OFTALMOLOJİ YARDIM ŞƏBƏKƏSİNİN ƏSASLANDIRILMASI

Azərbaycanda oftalmoloji xidmət şəbəkəsinin kadr potensialı 50 ildən çox əvvəl, sovet dövründə əsaslandırılmış normativlərə müvafiq formalaşmış, 10 min uşaq əhalisinə görə 0,8; 10 min yetkin yaşlı əhaliyə görə 0,6 və 25 çarpayığa görə 1,0 həkim oftalmoloq nəzərdə tutulmuşdu. Hal-hazırda ölkədə 10 min nəfər əhaliyə görə 0,9 həkim-oftalmoloq çalışır. Həmin normativlər əsaslandırılanda əhali arasında göz xəstəliklərinin yayılma səviyyəsi və nozoloji strukturu fərqli idi. İndiki dövrdə əhali arasında göz xəstəliklərinin yayılma səviyyəsini və nozoloji strukturunu nəzərə almasaq adekvat oftalmoloji yardım modeli əsaslandırıla bilməz. İzafi sayda oftalmoloqun olması iqtisadi cəhətdən əlverişli deyil, tələbatdan az sayda oftalmoloqun olması isə əhalinin keyfiyyətli oftalmoloji yardımla təminatı üçün problem yaradır. Ona görə də oftalmoloji yardım şəbəkəsi əhalinin real tələbatını müəyyən edən oftalmoloji xəstəliklərin yayılma səviyyəsini və nozoloji strukturunu nəzərə almaqla formalaşdırılmalıdır. Bunun üçün həm əhalinin faktiki müraciətlərini, həm də potensial tələbatını öyrənmək zəruridir.

Gəncə-Daşkəsən və Qazax-Tovuz İqtisadi Rayonlarında əhali-

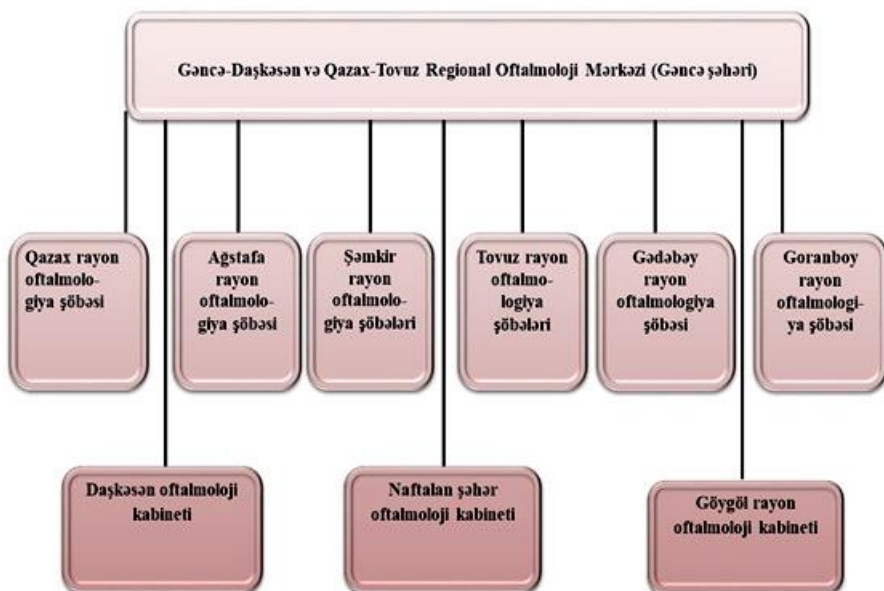
nin faktiki müraciətləri ilə müəyyən edilmiş ümumi xəstələnmə səviyyəsi (III Fəsil) 1000 nəfər uşaq və 1000 yetkin yaşlı əhaliyə görə müvafiq olaraq 106,2 və 91,3 təşkil etmişdir.

Diqqəti cəlb edən göz xəstəliklərinin müraciət məlumatlarına görə səviyyəsinin regionun rayonlarında kəskin fərqlənməsidir. Beləliklə, oftalmoloji yardımın əlçatanlığı qənaətbəxş olan Gəncədə yetkin yaşlı əhalinin xəstələnmə səviyyəsi yüksək ($119,6 \pm 0,7\%$), rayonlarda (həkim-oftalmoloqların az olduğu) göstərici az olmuşdur: 80,0 $\pm$ 1,0% Qazax, 67,8 $\pm$ 1,05% Ağstafa, 98,4 $\pm$ 0,85% Tovuz, 85,1% Şəmkir, 75,0 $\pm$ 0,98% Gədəbəy, 75,1 $\pm$ 1,67% Daşkəsən, 66,5 $\pm$ 1,21% Samux, 65,1 $\pm$ 1,15% Göygöl, 81,5 $\pm$ 1,15% Goranboy, 78,6 $\pm$ 3,08% Naftalan.

Müraciət materialları əsasında göz patologiyaları ilə əhalinin xəstələnmə səviyyəsi yüksək olmayan Gəncə-Daşkəsən və Qazax-Tovuz İqtisadi Rayonlarında əlilliyin səviyyəsi ($2,22 \pm 0,2 \text{ ‰}$ uşaq əhalisi; $2,28 \pm 0,1 \text{ ‰}$ yetkin yaşlı əhali; $1,02 \pm 0,9 - 7,69 \pm 5,2 \text{ ‰}$ uşaq əhalisi üçün; $1,76 \pm 0,2 - 3,70 \pm 1,0 \text{ ‰}$ yetkin yaşlı əhali üçün rayonlar arasındakı dəyişkənlik) orta respublika səviyyəsindən bir qədər ($1,5 - 1,7 \text{ ‰}$ müvafiq olaraq 2017 və 2018-ci illərdə) yüksəkdir. Bu bir daha təsdiq edir ki, regionda göz xəstəlikləri ilə bağlı problem mövcuddur, əhali arasında göz xəstəliklərinin real yayılma səviyyəsini öyrənmək zəruridir.

Gəncə-Daşkəsən və Qazax-Tovuz İqtisadi Rayonlarında əhali arasında aşkar olunmuş göz xəstəlikləri (IV, V və VI fəsilər), alınmış nəticələrin digər ölkə və regionların müvafiq məlumatları ilə müqayisəsi (I fəsil və VII fəslin əvvəli) göstərir ki, regionda oftalmoloji xidmət şəbəkəsi Azərbaycanda sovet dövründə və hal-hazırda Rusiya Federasiyasında təsdiq edilmiş normativlərə əsaslanma bilər. Bəlli olduğu kimi, sovet dövründə SSRİ-nin Səhiyyə Nazirliyinin 1981-ci il, 999 sayılı əmrinə görə 10 min uşaq əhalisi üçün 0,8 və 10 min yetkin yaşlı əhali üçün 0,6 həkim-oftalmoloq vəzifəsi nəzərdə tutulmuşdur və ölkənin əksər poliklinikalarında bu normativ istifadə olunur. Hal-hazırda Rusiya Federasiyasında 10 min əhali üçün 1,0 həkim-oftalmoloq vəzifəsi normativ kimi qəbul edilmişdir. Bu normativlərə müvafiq olaraq Gəncə şəhər əhalisinə ambulator-poliklinika oftalmoloji

yardımı üçün 33,5 vahid (2019-cu ilin əvvəlinə görə əhali 334043 nəfər) həkim-oftalmoloq düşür. Qazax rayonu üçün 10 vahid oftalmoloq, o cümlədən Qazax şəhəri üçün 2 vahid, Çaylı və Daş Salahlı kənd inzibati ərazisində 2 vahid (hər birində 1 vahid), 6 vahid digər kəndlərin əhalisi üçün nəzərdə tutmaq zəruridir. Qazax rayonunun yaşayış məntəqələrinin kompaktlığını nəzərə alsaq Qazax üçün optimal model rayon mərkəzində oftalmoloji şöbə yaratmaq məqsədyönlüdür. Belə olan halda əlavə olaraq 1 vahid şöbə müdiri vəzifəsi ştata salına bilər. Ağstafa rayonu (2019-cu ildə əhali 89 min) üçün 9 həkim-oftalmoloq optimal sayılır. Rayonda iri kəndlər olmadığına görə bütün həkim-oftalmoloqlar rayon mərkəzində olan tibb müəssisələrinin ştatına salınmalıdır. Tovuz rayonuna 17,5 vahid həkim-oftalmoloq düşür (2019-cu ildə əhali 175,5 min nəfər). Rayonun Qovlar, Əy-yublu və Aşağı Quşçu kənd və qəsəbələrində həkim-oftalmoloq üçün tam həcmdə iş yükü təmin oluna bilər.



Sxem 1. Gəncə-Daşkəsən və Qazax-Tovuz İqtisadi Rayonlarında əhəlinin tələbatını (xəstəliklərini) nəzərə almaqla oftalmoloji yardım modeli

Şəmkir regionun ən iri rayonudur (2019-cu ildə əhali 217,2 min). Mövcud normativlərə görə Şəmkirdə 22 vahid həkim-oftalmoloq olmalıdır. Bu rayonda kəndlər kompakt yerləşir və rayonda iri oftalmoloji yardım şəbəkəsi (xəstəxana, poliklinika) yaradıla bilər. Şəmkir, Gədəbəy, Tovuz, Qazax və Ağstafa rayonlarının tələbatına inteqrasiya edilib regional mərkəz kimi oftalmoloji yardım mərkəzi təşkil oluna bilər.

Gədəbəy rayonunda oftalmoloji yardıma tələbat 10 vahid həkimin iş yükünü təmin edir. Rayonda güclü oftalmoloji şəbəkə fəaliyyət göstərə bilər.

Daşkəsən rayonunda 3,5 vahid, Samux rayonunda 6 vahid, Göygöl rayonunda 6,5 vahid, Goranboy rayonunda 10,5 vahid, Nəftalan rayonunda 1,0 vahid həkim-oftalmoloq üçün tələbat real mövcuddur.

Beləliklə, Gəncə-Daşkəsən və Qazax-Tovuz İqtisadi Rayonları üçün əhalinin tələbatını tam ödəmək məqsədi ilə 129,5 vahid həkim-oftalmoloq nəzərdə tutulmalıdır. Hal-hazırda Azərbaycanda 897 həkim-oftalmoloq (2019-cu il) çalışır, 10 min əhaliyə 0,9 vahid oftalmoloq düşür.

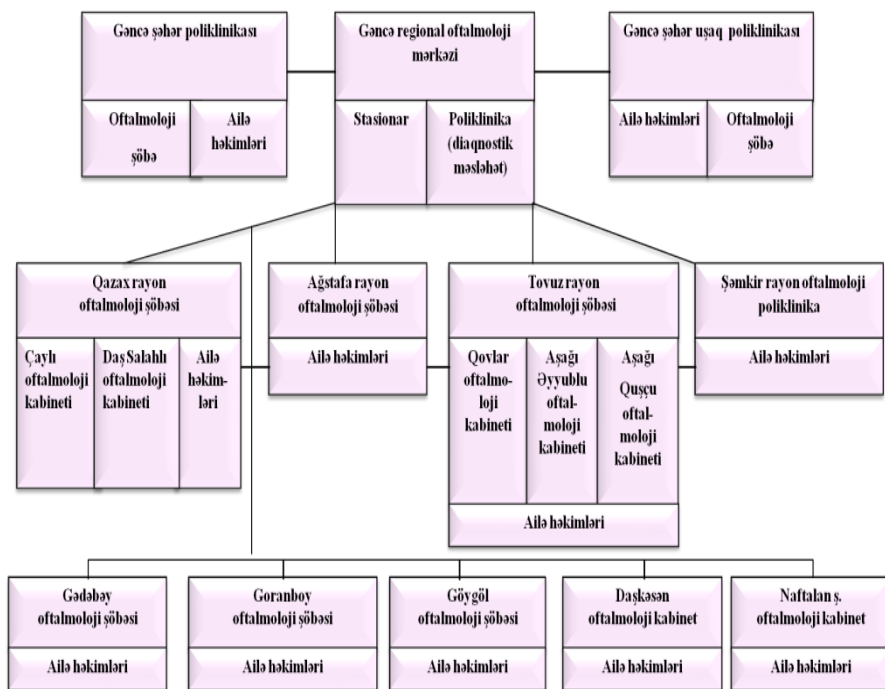
Azərbaycan Səhiyyəsinə ailə həkimi modelində tibb xidməti planlaşdırıldığına görə həkim-oftalmoloqun funksiyalarının bir qismi ona həvalə edilə bilər və belə olan halda regionda oftalmoloji yardımın aşağıdakı modeli optimal ola bilər.

Beləliklə, Gəncə-Daşkəsən və Qazax-Tovuz İqtisadi Rayonlarında əhalinin oftalmoloji yardımını 4 struktur bölmə – ailə həkimi, oftalmoloji kabinet, oftalmoloji şöbə, oftalmoloji mərkəz təmin etməlidir.

Ailə həkiminin kabinetində oftalmoloji yardım üçün olmalıdır: gözə baxmaq üçün lampa, binokulyar alın lupası, göz daxili təzyiqi ölçmək üçün transpalpebral tonometr, perimetr (görmə sahəsini təyin etmək üçün), eynək seçmək üçün dəst, skioskopik xətkəş, oftalmoskopiya üçün diaqnostik dəst, görmə itiliyini təyin etmək üçün cədvəl və işıqlandırıcı, oftalmoskoplu stolüstü lampa. Ailə həkimi görmə orqanının klinik müayinəsini, yan işıqla gözün ön nəhiyəsini və keçən işıqla gözün dərin nəhiyələrinin müayinəsini, oftalmoskopiyanı, gör-

mə itiliyinin və işıq duyğusunun təyini, miopiya, hipermetropiya və presbiopiyada eynək linzaları ilə gözün optik korreksiyasını, gözda-xili təzyiqin ölçülməsini, perimetriyanı, səthi yad cisimlərin çıxarıl-masını, dərmanların yerli tətbiqini bacarmalıdır.

Görmə itiliyinin azalmasının, qlaukomanın, göz yaşı yollarının, göz qapağı, buynuz qışa, konyunktiva xəstəliklərinin və kataraktanın diaqnostikası ailə həkiminin zəruri bacarıqlarına aiddir. Bunları nəzə-rə alaraq IV, V və VI fəsillərdə verilmiş göz xəstəliklərinin bir qismi-nin diaqnostikası ona həvalə edilə bilər. Ailə həkiminin oftalmoloji kompetensiyasına müvafiq olaraq, VII fəsildə 7.1 – 7.8-ci cədvəllər-dəki müalicə-diaqnostika tədbirlərinin əksəriyyətini ona həvalə et-mək olar.



Sxem 2. Gəncə-Daşkəsən və Qazax-Tovuz İqtisadi Rayonlarında əhalinin oftalmoloji yardımını təmin edə biləcək 4 struktur bölmə: ailə həkimi, oftalmoloji kabinet, oftalmoloji şöbə, oftalmoloji mərkəz

Oftalmoloji kabinet dünya təcrübəsində minimum aşağıdakılarla təmin olunur: sınaq linzaların dəsti, rəng duyğusu üçün Rabkina cədvəli, avtomatik refraktometr, skioskopik xətkəş dəsti, stasionar biomikroskop, elektrik oftalmoskop, avtomatik pnevmonometr, Maklakov tonometri, ekzoftalmometr, binokulyar oftalmoskop, diaqnostik oftalmoloji linzalar dəsti, perimetr, qonioskop, oftalmoloji fanar, oftalmoloji pinsetlər, Şirmer sınağı üçün testlər, maqnit dəsti, göz yaşı yollarını yumaq üçün dəst, lanset, mikrocərrahi qayçılar, göz qapağını genişləndirən və qaldıran alətlər. Oftalmoloji şöbə ixtisaslaşmış oftalmoloji yardımın bütün növlərini təmin edə bilər. Oftalmoloji Mərkəz isə əsasən yüksək texnoloji yardım ilə məşğul olmalıdır.

Beləliklə, Gəncə-Daşkəsən və Qazax-Tovuz İqtisadi Rayonlarında etaplı oftalmoloji yardımın vahid sistem formasında təşkili müalicə-diaqnostika prosesinin yüksək keyfiyyəti və vaxtında göstərilməsi üçün zəmin yarada bilər.

NƏTİCƏLƏR

1. Gəncə-Daşkəsən və Qazax-Tovuz İqtisadi Rayonlarında əhəlinin məskunlaşma variantları (kiçik kəndlər, iri kəndlər, qəsəbələr, kiçik şəhərlər və iri şəhər), yaşa görə bölgüsü, urbanlaşması xüsusiyyətləri onların oftalmoloji yardımdan bərabər bəhrələnməsini çətinləşdirən obyektiv səbəblər kimi gələcək oftalmoloji yardım şəbəkəsinin formalaşmasında təşkilati modellərin köməyi ilə neytrallaşma zərurətini yaradır.
2. 0–4 yaşlı uşaqlarda göz xəstəliklərinin yayılma səviyyəsi (100 nəfərə görə $35,1 \pm 3,5$ – $80,0 \pm 12,6$) və nozoloji strukturu (refraksiya anomaliyalarının üstünlüyü 100 nəfərə görə 22,8) onların oftalmoloji yardım ilə təminatı üçün əsas amil kimi ilkin oftalmoloji yardımın (ailə həkiminin formalaşması yolu ilə) gücləndirilməsini şərtləndirir.
3. Uşaq və yeniyetmə əhalisinin göz xəstəlikləri ilə xəstələnmə səviyyəsi iri şəhərdə çox yüksək, kiçik şəhərlərdə yüksək və kəndlərdə orta səviyyədədir (100 nəfərə görə 5–9, 10–14 və 15–19 yaşlarda $61,7 \pm 2,8$; $78,3 \pm 2,4$ və $97,0 \pm 1,0$ xəstəlik; $44,7 \pm 2,9$; $58,3 \pm 2,8$ və $69,3 \pm 2,6$ xəstəlik; $36,7 \pm 2,8$; $43,0 \pm 2,8$ və $52,3 \pm 2,9$ xəstəlik). Göz

xəstəliklərinin nozoloji strukturu oxşardır və birinci beş yeri konjunktiva xəstəlikləri (38,2–45,5%), hipermetropiya (12,4–18,2%), miopiya (7,3–12,4%), anizometropiya (8,2–9,7%) və heterotropiya (4,3–6,7%) tuturlar.

4. 20 və yuxarı yaşlı əhalinin 100 nəfərinə iri şəhərdə $61,5 \pm 0,6$; kiçik şəhərlərdə $81,8 \pm 0,7$ və kəndlərdə $96,8 \pm 0,3$ göz və onun əlavə aparatının xroniki xəstəliyi düşür ($P < 0,01$), xəstələnmə səviyyəsi 20–40 yaşlarda nisbətən az ($29,6 \pm 1,1$; $47,0 \pm 1,7$ və $86,7 \pm 1,7$), 40–60 yaşlarda nisbətən çox ($64,3 \pm 1,2$; $84,4 \pm 1,1$ və $96,8 \pm 0,6$), 60 və yuxarı yaşlarda xeyli çoxdur ($75,9 \pm 0,8$; $101,7$; $99,4 \pm 0,2$). Xəstəliklərin nozoloji tərkibində birinci beş yeri katarakta (23,1 – 36,0%), presbiopiya (11,6–15,8%), miopiya (11,6–14,1%), astigmatizm (10,9–13,5%), hipermetropiya (8,2–10,8%) tuturlar.
5. Əhalinin oftalmoloji profilli müalicə-diaqnostika tədbirlərinə tələbatı yaşayış yerindən asılı fərqlidir, iri şəhərlərdə kiçik şəhər və kəndlərlə müqayisədə katarakta və qlaukoma, kiçik şəhərlərdə və kəndlərdə iri şəhərlə müqayisədə presbiopiya, miopiya, astigmatizm və hipermetropiya, kəndlərdə iri şəhər və kiçik şəhərlərlə müqayisədə diabetik retinopatiya, makulyar degenerasiya daha çox müalicəvi-diaqnostika tədbirlərinə tələbat mövcuddur. Əhalinin real tələbatına müvafiq oftalmoloji yardımın optimal modeli ailə həkimi, oftalmoloji kabinet, oftalmoloji şöbə və oftalmoloji mərkəz variantlarının kombinasiyası əsasında mümkündür.

PRAKTİK TÖVSIYƏLƏR

1. Kənd əhalisinin oftalmoloji yardıma tələbatını ödəmək üçün kənd tibb məntəqələrinin həkimlərini ilkin oftalmoloji yardım proqramı ilə hazırlamaq və onların iş yerlərini müvafiq avadanlıqla təmin etmək.
2. Əhalisi 10 mindən çox olan kənd və qəsəbələrdə tibb müəssisələrinin tərkibində həkim oftalmoloq ştatı daxil etmək.
3. Rayon mərkəzində oftalmoloji mərkəzləşdirməklə oftalmoloji şöbələr yaratmaq.
4. İri regionlarda (əhalisi 1 milyon və çox olan) regional oftalmoloji mərkəzlər yaratmaq.

5. İlkın oftalmoloji yardım xidməti (ailə həkimi) ixtisaslaşmış və yüksək texnoloji oftalmoloji yardım şəbəkələrinin vahid sistem kimi idarəetmə modelini təmin etmək.

DİSSERTASIYANIN MÖVZUSU ÜZRƏ NƏŞR OLUNMUŞ ELMİ MƏQALƏLƏRİN SİYAHISI

1. Abdıyeva, Y.C. Müxtəlif tip yaşayış məntəqələrində uşaqlar arasında hipermetropiyanın yayılması // - Bakı: Sağlamlıq, - 2018. №4, - s. 165-170
2. Qasımov, E.M., Abdıyeva, Y.C. Gəncə-Qazax İqtisadi Rayonunun iri və kiçik şəhərlərində, kəndlərində yaşayan uşaqlar arasında miopiyanın yayılması // - Bakı: Azərbaycan Tibb jurnalı, - 2018. №3, - s. 126-131
3. Алиева И.Д., Абдыева, Я.Д. Распространённость и факторы риска диабетической ретинопатии в условиях разной доступности эндокринологической помощи // - Украина: Офтальмологический журнал, - 2019. №4, - с. 13-17
4. Abdıyeva, Y.C. Gəncə -Qazax İqtisadi Rayonunda uşaq və yeniyetmə əhalisi arasında astigmatizmin yayılması // - Bakı: Azərbaycan Təbabətinin Müasir Nailiyyətləri, - 2019. №1, - s. 96-101
5. Касимов Э.М., Абдыева Я.Д. Распространенность внутриглазной гипертензии и глаукомы среди жителей разных типов поселений // Беларусь: Офтальмология Восточная Европа, - 2019. Т.9. №3, - с. 303-311
6. Abdıyeva, Y.C. Gəncə-Qazax İqtisadi Rayonunda şəhər və kənd əhalisi arasında uşaq və yeniyetmələrin görmə itiliyinin səciyyələri // - Bakı: Oftalmologiya Elmi-Praktiki jurnal, - 2019. №1, - s.3-8
7. Abdıyeva, Y.C. Gəncə - Qazax İqtisadi Rayonunun 5–9 yaşlı uşaqlar arasında ambliopiyanın yayılması, klinik və hemodinamik xüsusiyyətləri // - Bakı: Azərbaycan Tibb jurnalı, - 2020. №4, - s. 131-136
8. Abdıyeva, Y.C. Müxtəlif tip yaşayış məntəqələrində uşaq əhalisi arasında refraksiya anomaliyalarının risk amillərinin yayılması // - Bakı: Oftalmologiya Elmi-Praktiki jurnal, - 2020. №2, - s. 3-9
9. Abdıyeva, Y.C. Gəncə-Qazax İqtisadi Rayonunda göz xəstəlik-

- lərin 5 və yuxarı yaşlı uşaq və yeniyetmələr arasında yayılmasının səciyyələri // - Bakı: Oftalmologiya Elmi-Praktiki jurnal, - 2020. №4, - s. 3-9
10. Abdiyeva, Y.C. Uşaqlarda miopiyanın progressivləşmə tempinin yaşayış yerindən asılılığı // - Bakı: Azərbaycan Tibb jurnalı, - 2020. №2, - s. 74-79
 11. Abdiyeva, Y.C. Gəncə-Qazax İqtisadi Rayonunda əhali arasında keratokonusun yayılması // - Bakı: Azərbaycan Tibb jurnalı, - 2020. №4, - s. 66-71
 12. Абдыева, Я.Д. Распространенность аномалий рефракции среди детей и подростков Азербайджана в зависимости от места проживания // - Москва: Российский офтальмологический журнал, - 2020. Т.13. №2, - с. 7-11
 13. Абдыева, Я.Д. Распространенность возрастной макулярной дегенерации сетчатки среди сельского и городского населения Западного региона Азербайджана // - Россия: Вестник офтальмологии, - 2021. Т.137. №5, - с. 160-164
 14. Абдыева, Я.Д. Поширеність алергічного кон'юнктивіту серед дітей в залежності від місця проживання // - Украина: Клінічна Медицина. Світ медицини та біології, - 2021. №4(77), - с. 7-11
 15. Абдыева Я.Д. Уровень распространённости и факторы риска косоглазия среди детей и подростков в зависимости от типа населённых пунктов в Гянджа-Газахском экономическом районе // - Россия: Офтальмологические ведомости, - 2021. Т.14. №4, - с. 45-53
 16. Abdiyeva, Y.C. Gəncə - Qazax İqtisadi Rayonunda 5 – 9 yaşlı şəhər və kənd uşaq əhalisi arasında ambliopiyanın yayılması, klinik və hemodinamik səciyyələri // Akad. Zərifə Əliyeva adına MOM-un 10 illiyinə həsr olunan “Oftalmologiyanın bu günü və gələcəyi”, - Bakı: - 24 may –2019, - s.31-32
 17. Abdiyeva, Y.C. Comparative Assessment Of The Prevalence Of Refractive Anomalies Among Children And Adolescents Depending On The Type Of Settlement // - France, Nice: 13-16 june, - 2019, - p.12-13

18. Abdiyeva, Y.C. The prevalence of hypermetropia among children in settlements of different types // France, - Paris:14-18 september, - 2019, – p. 141
19. Abdiyeva, Y.C. The spreading of hypermetropia among children in settlements of different types // Turkey, Antalya (TOD 53-cü kongresi): - 6-10 november, 2019, - p.1584
20. Abdiyeva, Y.C. The spreading of myopia among the children in a large city, small towns and rural settlements of Ganja-Gazakh economical region // Sinqapur (APOİS): - 17-19 january 2020, - p.1072
21. Abdiyeva, Y.C. Prevalence, clinical and hemodynamic characteristics of amblyopia among children aged 6–9 years in cities and rural settlements of the Ganja-Gazakh economic region // Morokko (ESCRS): - 21-23 february 2020, - p.39(954)
22. Abdiyeva, Y.C. To assess the prevalence of intraocular hypertension and glaucoma among residents of different types of settlements // Africa, Capt Town: -26-29 june. 2020, - p.1056
23. Abdiyeva, Y.C. Epidemiology of allergic conjunctivitis // Korea, Seul: - (APACRS)-11-12 June 2022, -p.(11207)
24. Abdiyeva, Y.C. General features of eye diseases in Ganja-Gazakh economic region // Turkey, Antalya (TOD 56 Ulusal kongresi): - 2-6 november, 2022, - p036.

Dissertasiyanın müdafiəsi 20 dekabr 2023-cü il tarixində saat 14:00 akademik Z.Əliyeva adına Milli Oftalmologiya Mərkəzinin nəzdində fəaliyyət göstərən BED 1.03 Dissertasiya Şurasının iclasında keçiriləcək.

Ünvan: AZ1114, Bakı ş., Cavadxan küç., 32/15

Dissertasiya ilə akademik Zərifə Əliyeva adına Milli Oftalmologiya Mərkəzinin kitabxanasında tanış olmaq mümkündür.

Dissertasiya və avtoreferatın elektron versiyaları akademik Zərifə Əliyeva adına Milli Oftalmologiya Mərkəzinin rəsmi internet saytında yerləşdirilmişdir (<http://www.eye.gov.az>).

Avtoreferat 20 noyabr 2023-cü il tarixində zəruri ünvanlara göndərilmişdir.

Çapa imzalanıb: 15.11.2023

Kağızın formatı: 60x84 1/16

Həcm: 79526

Tiraj: 100