

AZƏRBAYCAN RESPUBLİKASI

Əlyazması hüququnda

OFTALMOPATOLOGIYA ÜZRƏ İLKİN TİBBİ-SANİTAR YARDIMIN GÖSTƏRİLMƏSİNDƏ VƏ QLAUKOMANIN ERKƏN AŞKAR EDİLMƏSİNDƏ AİLƏ HƏKİMİNİN ROLU

Ixtisas: 3212.01- Səhiyyə və onun təşkili

Elm sahəsi: Tibb

İddiaçı: **Kamilə Mustafa qızı Salihova**

Tibb üzrə fəlsəfə doktoru elmi dərəcəsi
almaq üçün dissertasiyanın

AVTOREFERATI

Bakı - 2021

Dissertasiya işi Azərbaycan Respublikası Səhiyyə Nazirliyi Ə.Əliyev adına Azərbaycan Dövlət Həkimləri Təkmilləşdirmə İnstitutunun "Səhiyyənin təşkili və menecmenti, pedaqogika, psixologiya və xarici dil kursu ilə kafedrası"-nda yerinə yetirilmişdir.

Elmi rəhbər: tibb elmləri doktoru, professor
Fazil Balamirzə oğlu Ağayev

Elmi məsləhətçi: tibb elmləri doktoru, dosent
Nazilə Məmməd qızı Rüstəмова

Rəsmi opponətlər: tibb elmləri doktoru, professor
Leyla Musa qızı Rzaquliyeva
tibb elmləri doktoru, dosent
Rəna Böyükkişi qızı Ağayeva
tibb üzrə fəlsəfə doktoru
Gülnarə Nəriman qızı Musabəyova

Azərbaycan Respublikasının Prezidenti yanında Ali Attestasiya Komissiyasının akad.Z.Əliyeva adına Milli Oftalmologiya Mərkəzinin nəzdində fəaliyyət göstərən FD 1.03 Dissertasiya şurası

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

Elmar Mustafa oğlu Qasımov

Dissertasiya şurasının elmi katibi: tibb elmləri doktoru

Nizami Əliniyaz oğlu Bağirov

Elmi seminarın sədri: tibb elmləri doktoru, dosent

Anar Əzəm oğlu Ağayev



İşin ümumi xarakteristikası

Mövzunun aktuallığı və onun işlənmə dərəcəsi. Ailə təbabəti praktikası ənənəvi ilkin tibbi-sanitar yardım sistemi olaraq bir çox ölkələrdə müxtəlif formalara malikdir, fərqli funksiyalar yerinə yetirir və səhiyyənin müasir problemlərinin həllində iştirak edir^{1,2,3}. Ailə həkimi tərəfindən həll olunan məsələlərin genişliyi və dərinliyi onların professional vərdiş və biliklərinə olan tələbatı müəyyən edir, bu tələbat əsasında ailə praktikası üçün mütəxəssislərin hazırlanması və ümumi praktika həkimlərinin kabinetlərinin maddi-texniki təchizatı sistemi formalaşdırılır. Tarixən həkim praktikasının mövcud olduğu Rusiyada ailə təbabəti postsovet dövründə yarandı və tibbi təminatın sahə xidmətini əvəz etməyə başladı. Rusiya nümunəsində ailə həkimi modeli daxili, cərrahi, ginekoloji, otolarinqoloji, oftalmoloji, dermatoveneroloji və digər xəstəliklər zamanı profilaktik və ilkin müalicə-diaqnostik yardım göstərilməsi üçün nəzərdə tutulmuşdur. Ailə həkimlərinin diplomdan əvvəl və diplomdan sonrakı hazırlıq etapları mövcuddur, onların ixtisaslaşma səciyyələrinə xəstələrin müayinəsi, diaqnostikası, müalicəsi və reabilitasiyası, zərurət yarandıqda əlavə müayinələrin, konsultasiyaların aparılması, tənəffüs orqanlarının, qan dövranı, həzm, qanyaranma, endokrin, sidik-cinsiyyət sistemlərinin, qadın cinsiyyət orqanlarının və süd vəzisinin, oynaqların və birləşdirici toxumanın, qulaq, boğaz, burun, göz, ağız boşluğu orqanlarının xəstəlikləri və infeksiya patologiyalar (o cümlədən vərəm) zamanı hospitallaşmanı təşkil etmək daxildir. Rusiyada oftalmologiya sahəsində ümumi praktika həkiminin səlahiyyətləri iltihabi xəstəliklərin (konyunktivit, blefarit, dakriyoa-denit, dakriosistit, keratit, itdirsəyi), qlaukomanın, refraksiya pozulmasının (miopiya, hipermetropiya,

¹ Щепин В.О., Иванов М.В., Миргородская О.В., Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины, 2011. № 1. с. 38 – 42

² Taylor J.L., Aalasma M.C., Gilbert A.L. et.al. Perspectives of family medicine physicians on the importance of adolescent preventive care: a multivariate analysis // BMC Family Practice, 2016, 17:4

³ Banfield M., Jowsey T., Parkinson A. et.al. Experiencing integration: a qualitative pilot study of consumer and provider experiences of integrated primary health care in Australia // BMC Family Practice, 2017, 18:2

presbiopiya), çəpgözlülüyün, kataraktanın müalicəsinin diaqnostika vərdişlərini əhatə edir. Ailə həkimlərinin ümumilikdə ^{4, 5, 6} və oftalmopatologiya sahəsində ^{7, 8, 9, 10, 11, 12} fəaliyyətinin effektivliyinin artırılması üzrə elmi tədqiqatlar mövcuddur.

Azərbaycanda ailə təbabəti praktikasını öz inkişafının başlanğıc mərhələsindədir, həkim vəzifələrinin nomenklaturasında ailə həkimi profilinin nəzərdə tutulmasına baxmayaraq ailə həkiminin işini təşkil etmək üçün zəruri reqlamentlər mövcud deyildir. Tibb universitetinin məzunları ailə həkimi kimi fəaliyyət göstərə bilirlər. Ailə həkimlərinin diplomdan əvvəlki və sonrakı mükəmməl hazırlıq sistemi yaradılmamışdır. Azərbaycanda ailə həkimi praktikasının adekvat qurulması üçün tibbin müxtəlif profilli sahələrində ilkin tibbi-sanitar yardım üzrə məsələlərin həllində gələcək ailə həkimlərinin vəzi-

⁴ Jorgensen J.T., Andersen J.S., Tjouneland A., Andersen Z.J., Determinants of frequent attendance in Danish general practice: a cohort – based cross – sectional study // BMC Family Practice, 2016, 17:9

⁵ Mortel T., Bird J., Chown P. et.al.General practitioners as educators in adolescent health: a training evaluation // BMC Family Practice, 2016, 17:32

⁶ Wagner E.H., Flinter M., Hsu C. et.al. Effective team-based primary care: observations from innovative practices // BMC Family Practice, 2017, 18:13

⁷ Бурлачук В.Т., Крысенкова Н.А., et.al. Офтальмотонометрия в общей врачебной практике (семейной медицине) // Журнал «Поликлиника», 2008, № 5. с. 94 – 96

⁸ Clement M. et. al. Canadian Diabetes Association 2013 Clinical Practice Guidelines for the Prevention and Management of Diabetes in Canada: Organization of Diabetes Care // Can J Diabetes. 2013;37(1):S20–5

⁹ Приходько В.Ю. Головная боль в практике терапевта и семейного врача. Укр. Мед. ЧАСОПИС, 3 (95) – V/VI 2013/www.umj.com.ua

¹⁰ Воронина А.Е. Медико-социальные аспекты заболеваемости глаукомой в Оренбургской области. Автореф. дисс... канд. мед. наук. Оренбург, 2015. 22 с.

¹¹ Амиров А.Н., Зверева О.Г., Транспальпебральная тонометрия при скрининге населения на глаукому // Медицинский альманах, 2016, № 1 (41), с. 88 – 90

¹² Зохан А.А., Никифорова Е.Б., Карлова Е.В., Полунина М.А. Организация специализированной офтальмологической помощи пациентам с глаукомой и скрининга на глаукому в отдаленных районах Самарской области // Медицинский альманах, 2016, № 1 (41). с. 85 – 88

fəsinin və rolunun elmi əsaslandırılması vacibdir. Buna görə də ailə həkiminin oftalmologiya üzrə ilkin tibbi-sanitar yardımın göstərilməsində və qlaukomanın erkən aşkar edilməsində rolunun əsaslandırılması aktual məsələdir.

Tədqiqatın obyektı və predmeti. Tədqiqatın obyektı ailə həkiminin oftalmologiya üzrə ilkin tibbi-sanitar yardımına ehtiyacı olan xəstə və predmeti isə oftalmopatologiyanın nozoloji formaları (konyunktivit, blefarit, glaukoma, dakriosistit, astiqmatizm, miopiya, hipermetropiya, presbiopiya, çəpgözlük, keratit, katarakta) və ailə həkiminin bu xəstəliklərin diaqnostikasında, müalicəsində və profilaktikasında peşəkarlığı seçilmişdir.

Tədqiqatın məqsədi. Ailə həkiminin oftalmopatologiya üzrə ilkin tibbi-sanitar yardımın göstərilməsində və qlaukomanın erkən aşkar edilməsində rolunu elmi əsaslandırmaq.

Tədqiqatda həll olunan məsələlər:

- Müalicə-profilaktika müəssisələrinə olunan müraciətlərin materialları əsasında əhalinin göz xəstəlikləri ilə ümumi xəstələnmə səviyyəsinin və strukturunun səciyyələrini əldə etmək (Bakı şəhəri, Yasamal rayonu nümunəsində);
- İlkin tibbi-sanitar yardım ilə bağlı qlaukomanın tibbi-sosial yükünü (xəstələnmə, yayılma, komorbidlik, əlillik) dərindən öyrənmək;
- Göz və onun əlavə aparatının xəstəlikləri olan xəstələrin tibbi təminatında ailə həkiminin iştirakının potensial imkanlarını öyrənmək;
- Oftalmopatologiya üzrə ilkin tibbi-sanitar yardımın göstərilməsində və qlaukomanın erkən aşkar edilməsində ailə həkiminin rolunu əsaslandırmaq.

Tədqiqatın metodları. Kliniki: ümumi klinik oftalmoloji müayinə (vizometriya, tonometriya, oftalmoskopiya, göz biomikroskopiyası, gonioskopiya, refraktometriya, keratometriya, perimetriya)

Sosial və gigiyenik: ilkin və ümumi xəstələnmənin, əlilliyin öyrənilməsi üsulları; diaqnoz, müayinə və müalicə keyfiyyətinin ekspert qiymətləndirilməsi.

Statistik: kəmiyyət və keyfiyyət göstəricilərinin təsviri statistikası, statistik əhəmiyyətin χ^2 meyarları ilə qiymətləndirilməsi və fərqliliyin təhlili; korrelyasiya və reqressiya təhlili.

Normativ: yüklənmə norması, xəstələrin müraciətlərinin norması və hospitalizasiya.

Dissertasiyanın müdafiəyə təqdim edilmiş müddəaları.

- Həkim-oftalmoloqlara və ailə həkimlərinə müraciətlərə olan tələbat Bakı şəhərində spesifik xüsusiyyətlərə malik olan göz və onun əlavə aparatı xəstəliklərinin səviyyəsindən və strukturundan asılıdır;
- Qlaukomanın ilkin tibbi-sanitar səviyyədə daha ağır tibbi-sosial yük kimi xəstəliyin erkən aşkar edilməsinə, patologiyanın ağırlığına, əlilləşmənin dərəcəsinə görə malik olduğu xüsusiyyətlər ailə həkiminin xəstələrin tibbi təminatında iştirakının dərəcəsinə əhəmiyyətli təsir edir;
- Oftalmologiya sahəsində ilkin tibbi-sanitar yardımda ailə həkiminin iştirakının dərəcəsi ailə həkiminin professional səlahiyyətindən asılıdır. Ailə həkimi Rusiya modelinin Azərbaycanda istifadəsi zamanı göz patologiyaları üzrə ilkin tibbi-sanitar yardım ilə bağlı hər 1000 nəfər əhaliyə 79,4 gəliş gözlənilir.

Tədqiqatın nəticələrinin elmi yeniliyi.

- İlk dəfə olaraq tibbi xidmətlərə tələbatın (həkimə müraciətlər) formalaşdırılması üçün əsas meyar kimi əhalinin görmə orqanlarının xəstəliyi ilə xəstələnməsinin xarakteristikası verilmişdir;
- İlk dəfə olaraq ailə həkiminin funksiyalarını müəyyənləşdirmək üçün əhalinin qlaukoma ilə ilkin və ümumi xəstələnməsinin, xəstəliyin yayılmasının və qlaukoma nəticəsində əlilliyin xüsusiyyətləri göstərilmişdir;
- İlk dəfə olaraq Azərbaycanda oftalmologiya üzrə ilkin tibbi-sanitar yardımda ailə həkiminin potensial rolunun öyrənilməsi üçün model əsaslandırılmışdır;
- İlk dəfə olaraq görmə orqanlarının xəstəlikləri zamanı müalicə-diaqnostika və profilaktik iş üzrə yükün ailə həkimləri və

oftalmoloqlar arasında bölüşdürülməsinin metodologiyası əsaslandırılmışdır.

Tədqiqatın nəticələrinin nəzəri və parktik əhəmiyyəti.

Tədqiqatın nəticələri ailə həkimlərinin işinin və həkim-mütəxəssislərlə əlaqəsinin planlaşdırılması modelinin formalaşdırılmasına imkan verir, belə planlaşdırılma ilkin tibbi-sanitar yardımını ailə praktikasına keçid zamanı səhiyyə sisteminin idarəetmə orqanları üçün yararlıdır. Tədqiqatın gedişatında ailə həkimləri və oftalmoloqlar arasında iş yükünün bölüşdürülməsinin və səhiyyə orqanlarına yardımın əsaslandırılmış normativləri ailə həkimlərinin vəzifələrini və kontingentin sayını müəyyən edir. Tədqiqatın nəticələri ailə həkimləri üçün fəaliyyət proqramının və səlahiyyətlər siyahısının hazırlanması zamanı parktik tətbiq olunur.

Dissertasiya işinin aprobasiyası. Tədqiqatın nəticələri onun yerinə yetirildiyi müddətdə Ə.Əliyev adına ADHTİ-nun “Səhiyyənin təşkili və menecmenti, pedaqogika, psixologiya və xarici dil kursu ilə kafedrası”-nda, fakultənin elmi şurasında təqdim edilmiş və müzakirə olunmuşdur. Tədqiqatın fraqmentləri VI beynəlxalq elmi-praktik konfransda (Moskva, 2017), XXI elmi-praktik konfransda (Sankt-Peterburq, Noyabr 2019, 2015), “Üçüncü minilliyin elmi nailiyyəti” forumunda (New York, 2019) Ə.Əliyevin doğum gününə həsr olunmuş praktik konfrans (Bakı 2020), XXIX beynəlxalq elmi-praktik konfransda (Moskva, 2019) təqdim edilmişdir.

Dissertasiya işinin ilkin müzakirəsi “Səhiyyənin təşkili və menecmenti, pedaqogika, psixologiya və xarici dil kursu ilə kafedrası”, “Oftalmologiya”, “Gigiyena” və “Əczacılıq” kafedralarının əməkdaşlarının birgə seminarında aparılmışdır (16.11.2018, protokol №22).

Dissertasiya işinin aprobasiyası Aprobasiya akademik Z.Əliyeva adına Milli Oftalmologiya Mərkəzinin Elmi seminarında - 26.02.2021-ci il tarixində (protokol №3) keçirilmişdir.

Tədqiqatın nəticələrinin tətbiqi. Tədqiqatın nəticələri baza poliklinikanın (3 saylı poliklinika) fəaliyyətində və Azərbaycan Tibb Universitetinin və Ə.Əliyev adına Azərbaycan Dövlət Həkimləri Təkmilləşdirmə İnstitutunun tədris prosesində tətbiq edilir.

İşin yerinə yetirildiyi təşkilatın adı: Ə.Əliyev adına Azərbaycan Dövlət Həkimləri Təkmilləşdirmə İnstitutu.

Dissertasiyanın həcmi və strukturu. Dissertasiya fərdi komyuterdə yazılmış, 26 cədvəl, 13 qrafikdən ibarət 179 səhifədə təqdim edilmişdir. Dissertasiya işi giriş (9118 simvol), ədəbiyyat icmal (I fəsil - 50328 simvol), materialların və tədqiqat metodlarının təsviri (II fəsil - 20115), 4 fəsil (III - 33853 simvol, IV - 32340 simvol, V - 29487 simvol, VI - 24740 simvol) müəllifin şəxsi nəticələri, yekun - 6238 simvol, nəticələr - 2579 simvol, praktiki tövsiyələrdən - 1261 simvol ibarətdir və 288 mənbədən ibarət ədəbiyyat siyahısı, o cümlədən Azərbaycan dilində 6, rus dilində 42, 240 ingilis dillərində buraya daxildir. Simvolların ümumi sayı 210059-dir.

Tədqiqatın materialları və metodları

Dissertasiya işi tədqiqatın məqsədinə və vəzifələrinə uyğun olaraq ailə həkiminin oftalmologiya sahəsində müalicə-diaqnostika, profilaktika və reabilitasiya yardımında iştirakının potensial imkanlarının aşkar edilməsinə yönəlmiş mərhələli və kompleks tədqiqat yolu ilə həyata keçirilmişdir. Həll edilən məsələlər göz xəstəliklərinin müxtəlif aspektlərini əhatə edir, bu da tədqiqatda qarşıya qoyulmuş hər bir məsələnin həlli üçün müstəqil müşahidə vahidinin və müşahidə obyektinin formalaşdırılmasını tələb edir.

Göz və onun əlavə aparatının xəstəlikləri ilə ümumi xəstələnmənin araşdırılmasında müşahidə vahidi kimi ambulator kartında diaqnoz və müraciətin səbəbi göstərilməklə həkim-oftalmoloqun qeydləri olan pasiyent seçilmişdir. Müşahidənin həcmi Yasamal rayonunun poliklinikalarında (№3; 16; 17; 10; 5) bütün müşahidə vahidlərini əhatə etməklə ucdantutma metodu ilə təyin edilmişdir (cəmi 25308 diaqnoz, o cümlədən 12759 diaqnoz kişilərdə, 12549 diaqnoz qadınlarda). Diaqnozlar Xəstəliklərin Beynəlxalq Təsnifatının (XBT-10) VII sinfinin rubrikalarına müvafiq olaraq qruplaşdırılmışdır.

Ümumi xəstələnmə səviyyəsinə görə yaş – cins qrupları arasında fərqi dürüstlüyü “t” meyarı ilə müəyyən edilmişdir.

Ümumi xəstələnmə səviyyəsinin yaşdan asılılığı xəstəlik göstəricilərinin (y) yaş qruplarının (0-4 yaş-1; 5-9 yaş – 2; 10-14 yaş

– 3; 15-19 yaş – 4; 20-29 yaş – 5; 30-39 yaş – 6; 40-49 yaş – 7; 50-59 yaş – 8; 60-69 yaş – 9; 70 və yuxarı yaş – 10) sıralama sayına (x) müvafiq dəyişkənliyinin öyrənilməsi əsasında qiymətləndirilmişdir. Qruplar arasında fərqi qiymətləndirilməsi Spirmenin rəngli korrelyasiya əmsali ilə (ρ) həyata keçirilmişdir. Xəstəliyin səviyyəsinin yaşdan asılılığının xətti trendini (yaş intervallarının sıra sayına görə) təsvir etmək üçün reqressiya analizi tətbiq edilmişdir.

Müşahidənin birinci mərhələsinin nəticələri (görmə orqanları xəstəlikləri ilə xəstələnməyə dair göstəricilər) ilkin tibbi-sanitar xidmət üçün qlaukomanın tibbi-sosial yükünün öyrənilməsi zərurətinin olduğunu göstərmişdir. Bu zaman statistik müşahidə vahidi kimi 2016-cı ildə ilk dəfə aşkar edilmiş qlaukoma diaqnozu olan pasiyent seçilmişdir. Müşahidə obyektini akademik Z.Əliyeva adına Milli Oftalmologiya Mərkəzində ətraflı müayinə olunmuş 421 pasiyentdən ibarət olmuşdur. Əvvəllər aşkar edilmiş xəstələrin sayı 1475 nəfər təşkil etmişdir. Qlaukomalı xəstələrin xarakteristikası üçün toplumun ümumi həcmi 1886 nəfər olmuşdur. Pasiyentlərin qlaukomanın klinik formalarına görə qruplaşdırılması poliklinika həkimləri üçün qlaukoma üzrə milli rəhbərliyə müvafiq olaraq aparılmışdır¹³.

Qlaukomalı xəstələrin ümumi toplumundan (1896) 632 nəfəri 3 saylı poliklinikada müşahidə olunmuş və dispanser qeydiyyatına alınmışlar. Bu pasiyentlər daxili orqanların xroniki xəstəliklərinin (polimorbidlik) və görmə orqanlarının xəstəliklərinin (komorbidlik) aşkar edilməsi məqsədi ilə dərindən müayinə olunmuşlar. Bu pasiyentlərin 410 nəfəri kişilər, 222 nəfəri isə qadınlar olmuşlar. Kontingentin yaşa görə tərkibi: ≤ 49 yaş – 88; 50-59 yaş – 193; 60 və yuxarı yaş – 351. Klinik diaqnozlara görə xəstələrin tərkibi: ilkin AKQ – 505; ilkin QKQ – 71; digərləri – 56.

Qlaukoma nəticəsində əlilliyin risk faktorlarını qiymətləndirmək üçün əlillərin (150) və əməkqabiliyyətli (482) xəstələrin tibbi-sosial səciyyələrinin müqayisəsi aparılmışdır. Bu pasiyent qrupları cinsiyyətə, yaş həddinə, klinik diaqnoza, qlaukomanın mərhələsinə, patologiyanın yarandığı müddətə görə yarımqruplara bölünmüşlər.

¹³ Е.А.Егоров, Ю.С.Астахов, А.Р.Щуко. Национальное руководство по глаукоме (путеводитель) для поликлинических врачей. Москва, 2008, 69 с

Bu məlumat oftalmoloji xəstələrin tibbi-sanitar təminatında ailə həkiminin potensial rolunun qiymətləndirilməsi üçün elmi baza olmuşdur. Bununla yanaşı analitik, balanslı və ekspert qiymətləndirmə metodlarından istifadə edilərək onların köməkliyi ilə oftalmoloji xəstələr üçün zəruri olan (profilaktik, diaqnostik, müalicəvi və rehabilitasiya tədbirləri) ailə həkiminin səlahiyyətlərinə uyğun tibbi xidmətlər seçilmişdir.

Ekspertlər poliklinikada çalışan müalicə həkimləri-oftalmoloqlar olmuş, onlar həmçinin müraciətlərin bir qisminin pasiyentlərə oftalmoloji xidmət göstərilməsi üzrə standart səlahiyyətlərinin olması şərti ilə, ailə həkimləri tərəfindən yerinə yetirilə bilməsi ehtimalını da qiymətləndirmişlər. Ailə həkiminin oftalmoloji xəstələrin tibbi təminatında rolunun eksperimental sübutu üçün 3 sayılı poliklinikanın (ailə təbabəti kafedrasının bazası) bazasında bizim (baza təhsilinə görə həkim-oftalmoloq, ailə təbabətə kafedrasının assistenti) iştirakımızla prospektiv müşahidənin aparılması planlaşdırılmışdır.

Pasiyentlərin hamısına həkim mütəxəssisin qəbuluna göndərilmədən öncə Maklakovun tonometriya metodundan istifadə etməklə gözün tonometriyası tətbiq olunmuşdur. Tonometriyadan sonra bütün pasiyentlər həkim-oftalmoloq tərəfindən müayinə olunmuş, həmçinin müalicə müddətində həkim terapevtlərin, nevropatoloqların, stomatoloqların və digər mütəxəssislərin müayinəsindən keçmişlər.

Müşahidənin nəticələri keyfiyyət əlamətlərinin analizi metodu ilə işlənmişdir.

Əhalinin görmə orqanlarının xəstəlikləri ilə xəstələnməsinin ümumi xarakteristikası

(Bakı şəhəri Yasamal rayonunun müalicə-profilaktika müəssisələrinə müraciətlərin materiallarına görə)

Görmə orqanlarının xəstəlikləri ilə ümumi xəstələnmənin səviyyəsi $109,1 \pm 0,7\%$ (95% etibarlılıq intervalı $107,7 - 110,5\%$) təşkil etmişdir, kişi ($114,3 \pm 1,0\%$; 95% etibarlılıq intervalı $112,3 - 116,3\%$) və qadın ($104,3 \pm 0,9\%$; 95% etibarlılıq intervalı $102,5 - 106,1\%$) qruplarında göstəricinin miqdarı bir-birindən əhəmiyyətli

dərəcədə fərqlənmiş, ümumi xəstələnmə riski kişilərin qrupunda nisbətən çox olmuşdur (nisbi risk 1,1; atributiv risk 10,0%)

Görmə orqanlarının xəstəlikləri arasında tezliyinə görə birinci yerdə göz əzələlərinin xəstəlikləri, gözün birgə (həmrəy) hərəkətinin pozulması, akkomodasiya və refraksiya xəstəlikləri durur (XBT-10: H49 – H52), 1000 nəfər əhaliyə qeyd edilən rubrikaya aid $52,0 \pm 0,5$ patologiya hadisəsi düşür (95% etibarlılıq intervalı 51,0 – 53,0%).

Müraciət materiallarına görə görmə orqanları xəstəlikləri arasında ikinci yeri göz büllurunun xəstəliyi tutur, 1000 nəfər əhaliyə bu patologiyalar ilə bağlı $15,3 \pm 0,3$ hadisə düşür (95% etibarlılıq intervalı 14,7 – 15,9%). Görmə orqanı xəstəlikləri ilə ümumi xəstələnmə strukturunda üçüncü yerdə konyunktivanın xəstəlikləri durur, 1000 nəfər əhaliyə $14,1 \pm 0,2$ konyunktivanın patologiyası hadisəsi düşür (95% etibarlılıq intervalı 13,7 – 14,5%) Qlaukoma görmə orqanları xəstəlikləri ilə ümumi xəstələnmə hadisələri arasında dördüncü yeri tutur. 1000 nəfər əhaliyə $8,2 \pm 0,2$ qlaukoma hadisəsi qeydə alınır (95% etibarlılıq intervalı 7,8 – 8,6%)

Görmə orqanlarının xəstəlikləri ilə bağlı müraciətlərə əsasən ümumi xəstələnmə strukturunda beşinci yerdə göz qapaqlarının xəstəliyi durur (XBT-10 kodları: H00 – H03). Göz qapaqları xəstəlikləri ilə ümumi xəstələnmənin səviyyəsi bütün əhali üçün $5,1 \pm 0,2\%$ (95% etibarlılıq intervalı 4,7 – 5,5%) təşkil etmişdir.

Görmə pozuntusu və korluq (XBT kodu: H53 – H54) əhalinin görmə orqanları xəstəlikləri ilə ümumi xəstələnmə strukturunda altıncı yerdədir. Əhalinin görmə pozuntuları və korluqla ümumi xəstələnmə səviyyəsi $4,1 \pm 0,1\%$ (95% etibarlılıq intervalı 3,9 – 4,3%) təşkil etmişdir.

Gözün damarlı qişasının və torlu qişasının xəstəlikləri (XBT - 10: H30 – H36) görmə orqanları patologiyaları ilə bağlı müraciətlərə görə ümumi xəstələnmə strukturunda yeddinci yerdə durur. 1000 nəfər əhaliyə bu patologiyalar ilə $3,2 \pm 0,1$ hadisə düşür (95% etibarlılıq intervalı 3,0 – 3,6%). İridotsiklitlər və qüzehli qişanın və tsiliar cismin digər xəstəlikləri (XBT -10: H20 – H21) görmə orqanları xəstəlikləri ilə ümumi xəstələnmə strukturunda səkkizinci yerdədir.

Bu patologiyalarla xəstələnmənin ümumi səviyyəsi bütün əhali üçün $1,8 \pm 0,1\%$ (95% etibarlılıq intervalı $1,6 - 2,0\%$) təşkil etmişdir.

Keratitlər, çapıqlar, buynuz qişanın bulanması və buynuz qişanın digər xəstəlikləri (XBT-10: H16 – H18) əhalinin görmə orqanları xəstəlikləri ilə ümumi xəstələnmə strukturunda doqquzuncu yeri tutur. Bu patologiyalarla xəstələnmənin ümumi səviyyəsi gender fərqinə malik olmamış və 1000 nəfər əhaliyə $1,7 \pm 0,1$ xəstəlik hadisəsi düşmüşdür (95% etibarlılıq intervalı $1,5 - 1,9\%$).

Göz yaşı aparatının xəstəliyi əhalinin görmə orqanları patologiyaları ilə ümumi xəstələnmə strukturunda onuncu yeri tutur. Ümumi xəstələnmə səviyyəsi bütün əhali üçün $1,3 \pm 0,1\%$ (95% etibarlılıq intervalı $1,1 - 1,95\%$) təşkil edir.

Görmə orqanları xəstəlikləri ilə ümumi xəstələnmə səviyyəsi gender xüsusiyyətlərinə malikdir (xəstələnmənin ümumi səviyyəsi kişilər arasında yüksəkdir), xəstələnmənin strukturunda akkomodasiya və refraksiyanın pozuntuları ($52,0 \pm 0,5\%$), büllürün xəstəlikləri ($15,3 \pm 0,3\%$), konyunktivanın xəstəlikləri ($14,1 \pm 0,2\%$), qlaukoma ($8,2 \pm 0,2\%$) üstünlük təşkil edir. Gender fərqi akkomodasiya və refraksiyanın pozuntuları (risk kişilər arasında daha yüksəkdir), qlaukoma (risk kişilər arasında daha yüksəkdir), göz büllürünün xəstəlikləri (risk qadınlar arasında daha yüksəkdir) və digər patologiyaların səviyyəsi üçün xarakterikdir.

Konyunktivanın xəstəlikləri ilə ümumi xəstələnmə səviyyəsinin yaşa görə dinamikası (y) 10 yaş qrupunun (x) differensiasiyası ilə (0-4, 10-14, 15-19, 20-29, 30-39, 40-49, 50-59, 60-69, 70 və yuxarı yaşlar) yaxşı approksimasiya olunan ($R^2 > 0,90$) repressiya tənlikləri ilə aşağıdakı kimi ifadə olunur:

Kişi populyasiyası üçün:

$$Y = 0,0319x - 0,7473x + 6,5515x - 25,675x + 50,042 \quad (R^2 = 0,923);$$

Qadın populyasiyası üçün:

$$Y = -0,0033x + 0,1186x - 1,6304x + 10,633x - 32,789x + 38,211 + 10,229 \quad (R^2 = 0,9955)$$

Xətti trendə görə, konyunktivanın xəstəlikləri ilə bağlı müraciətlərə əsasən xəstəliyin pik həddi erkən uşaq yaşlarına düşür (0-4 yaş).

Büllurun xəstəlikləri ilə xəstələnmə əmsalının yaş trendi (Y) aşağıdakı rəqressiya tənlikləri ilə ifadə olunur:

Kişi populyasiyası üçün: $Y = -0,0036x^6 + 0,0708x^5 - 0,3081x^4 - 1,1366x^3 + 10,726x^2 - 22,729x + 14,524$ ($R^2 = 0,9865$);

Qadın populyasiyası üçün: $Y = -0,0153x^6 + 0,4184x^5 - 4,3316x^4 + 21,626x^3 - 54,456x^2 + 64,648x - 26,941$ ($R^2 = 0,991$)

Göz büllurunun xəstəlikləri ilə xəstələnmə səviyyəsinin xətti trendi yaşdan asılı olaraq kişi və qadın populyasiyalarında oxşardır və göstəricinin stabilliyinin 50 yaşa qədər aşağı səviyyədə olması hər iki gender qrupu üçün səciyyəvidir, dinamiklik 50 yaşdan sonra fərqlənir. Miopiya ilə ümumi xəstələnmə səviyyəsinin dinamikasının yaş trendi kişi və qadın populyasiyalarında oxşardır. Xəstələnmə səviyyəsinin artımı pik həddə kişi populyasiyasında 10-14 yaşlarda, qadın populyasiyasında isə 20-29 yaşlarda çatır. Miopiya ilə xəstələnmə səviyyəsinin (Y) yaşdan asılı əsas trendi (x) aşağıdakı tənliklərlə ifadə olunur:

– Kişi populyasiyası üçün: $Y = 0,0207x^6 - 0,6981x^5 + 9,215x^4 - 59,599x^3 + 191,66x^2 - 269,73x + 130,31$ ($R^2 = 0,9981$);

– Qadın populyasiyası üçün: $Y = 0,0114x^6 - 0,3929x^5 + 5,3225x^4 - 35,544x^3 + 118,26x^2 - 169,09x + 82,191$ ($R^2 = 0,9836$)

Hipermetropiya ilə xəstələnmə səviyyəsinin yaşa görə dinamikası kişi və qadın populyasiyalarında əsasən oxşardır və müvafiq polinomial rəqressiya tənlikləri ilə aşağıdakı kimi yazılır:

– Kişi populyasiyası üçün: $y = 0,0331x^6 - 1,0196x^5 + 11,849x^4 - 64,594x^3 + 170,92x^2 - 219,92x + 155,08$ ($R^2 = 0,8564$);

– Qadın populyasiyası üçün: $y = 0,0476x^6 - 1,4929x^5 + 17932x^4 - 103,34x^3 + 295,94x^2 - 399,4x + 223,25$ ($R^2 = 0,7848$)

Hipermetropiya ilə xəstələnmə səviyyəsinin yaşa görə dinamikasının xətti trendi kişi və qadın populyasiyalarında oxşardır, stabil aşağı səviyyə 10-40 yaş intervallarına müvafiqdir.

Astigmatizmlə xəstələnmə səviyyəsinin yaş dinamikası xaoslu xarakter daşıyır. Lakin, xətti trendi altıhədli polinomial rəqressiya tənliyi ilə bərabərləşdirməklə astigmatizmlə bağlı müraciətlərə görə xəstəlik səviyyəsinin artım trendi müəyyən edilir:

- Kişi populyasiyası üçün: $Y = -0,0062x^6 + 0,2115x^5 - 2,8382x^4 + 18,837x^3 - 63,85x^2 + 102,76x - 55,331$ ($R^2 = 0,8864$);
- Qadın populyasiyası üçün: $Y = 0,002x^6 - 0,0752x^5 + 1,0848x^4 - 7,5898x^3 + 26,338x^2 - 39,181x + 19,499$ ($R^2 = 0,8811$).

Astiqmatizmlə xəstələnmənin yaş dinamikasının xətti trendi kişi və qadın populyasiyalarında oxşardır və göstəricinin dinamik artımı ilə səciyyələnir. Xəstələrin həkim oftalmoloqlara müraciətləri mütəmadi deyil və geniş intervallarda tərəddüd edir, gəlişlərin faktiki həcmi əsasən akkomodasiya və refraksiya pozuntuları (1000 nəfər əhaliyə 93,60) və qlaukoma (1000 nəfər əhaliyə 37,72) ilə əlaqədar olub 1000 nəfər əhaliyə 240,74 gəliş hesablanır.

Qlaukomanın ilkin tibbi-sanitar xidmət səviyyəsində tibbi-sosial yükü

Bakı şəhərində, Yasamal rayon nümunəsində qlaukoma ilə xəstələnmə (təqvim ili ərzində ilkin hadisələr) 1000 nəfər 40 və yuxarı yaşlı şəxsə görə $4,89 \pm 0,24$ təşkil etmişdir. Xəstəliyin əsas risk amili əhalinin yaş tərkibini dəyişməsi, 40 yaşdan yuxarı, xüsusilə də yaş 70-i keçmiş şəxslərin xüsusi çəkisinin artması olmuşdur. Qlaukoma ilə ilkin xəstələnmə 80 və yuxarı yaşlarda ($19,5 \pm 2,98\%$) 40-49 yaşlılarla ($3,61 \pm 0,34\%$) müqayisədə 5 dəfədən çox artıq olmuşdur. Demografik proseslərin Azərbaycanda da qeydə alınmış və inkişaf etməkdə olan ümumdünya tendensiyası yaşlı insanların xüsusi çəkisinin artması ilə assosiasiya olunur, bu da Azərbaycanda qlaukomanın artması təhlükəsini yaradır. Bununla da belə nəticəyə gəlmək olar ki, səhiyyə xidmətinin ilkin həlqəsinin fəaliyyəti qlaukomanın erkən aşkar edilməsinə yönəldilməlidir.

Əhalinin müraciəti zamanı ilk dəfə aşkar edilmiş qlaukoma hadisələri əksər hallarda gecikdirilmiş mərhələdə diaqnozlaşdırılır ($3,61\%$ -dən $2,69\%$ -i 40-59 yaşlarda, $14,15\%$ -dən $3,85\%$ -i 80 və yuxarı yaşlarda), bu da həm tibb işçiləri, həm də əhali tərəfindən qlaukoma probleminə kifayət qədər diqqət yetirilmədiyini göstərir. Ona görə bütün mütəxəssislər tərəfindən toplum səviyyəsində maarifləndirmə işinin aparılması və ambulator şəraitdə qlaukomanın fəal aşkar

edilməsi aktuallıq daşıyır və ilkin tibbi-sanitar yardım xidmətinin prioriteti hesab edilir.

Qlaukomalı xəstələrin kontingenti (7,84; 17,08; 40,06; 70,85 və 30,15%, müvafiq olaraq 40-49, 50-59, 60-69, 70-79, 80 və yuxarı yaşlarda) və onların patologiyanın mərhələlərinə görə bölünməsi (I, II, III və IV mərhələlərdə xəstələrin payı müvafiq olaraq 22,8; 46,2; 19,9 və 11,1%), xəstələrdə bir neçə xroniki xəstəliyin olması (3,45 daxili orqanların xroniki patologiyası, 2,2 görmə orqanlarının xroniki patologiyaları) tibbi-sanitar yardımın həm ilkin, həm də baha başa gələn stasionar müalicəsi səviyyəsində mürəkkəbliyini səciyələndirir. Beləliklə də, səhiyyənin iqtisadi baxımdan bahalı xidmətlərinə yükün azalması resursların yerlərdə müalicə-diaqnostika və reabilitasiya tədbirlərinin yerinə yetirilməsini təmin etməli olan ailə təbabətinin inkişafına yönəldilməsi yolu ilə mümkündür.

Oftalmoloji pasiyentlərin tibbi təminatında ailə həkiminin potensial rolu

Azərbaycan Respublikasının səhiyyə sistemi ilkin tibbi-sanitar xidmətin fəaliyyətində ailə praktikasının tətbiq edilməsi kursunu götürmüşdür. Bu kursun rəsmi təsdiqi ailə həkiminin həkimvəzifələri nomenklaturasına daxil edilməsidir.

Ailə həkimi ixtisaslaşma xarakteristikasına müvafiq olaraq bir sıra patologiyalarla, o cümlədən göz xəstəlikləri ilə bağlı pasiyentlərin müayinəsi, diaqnostikası, müalicəsi və reabilitasiyası üzrə səlahiyyətlərə malik olmalıdır. Ümumi praktika həkimlərinin göz xəstəliklərinin diaqnostikası və müalicəsi sahəsində səlahiyyəti iltihabi xəstəlikləri (konyunktivitlər, blefaritlər, dakrioadenitlər, dakriosistitlər, keratitlər, yağmen və s.), gözün yad cismi, qlaukoma, refraksiya pozuntusu (miopiya, hipermetropiya, presbiopiya) çəpgözlülük, katarakta kimi patologiyaları əhatə edir.

Göz qapağı xəstəlikləri ilə bağlı ümumi xəstələnmə səviyyəsi $5,1 \pm 0,2\%$ olduqda bir pasiyentə 3,5 gəliş düşür. Bu zaman ilkin müraciətləri ailə həkimi təmin edir və oftalmoloqla konsultasiyadan sonra müalicəni davam etdirir. Bununla əlaqədar olaraq ailə həkiminin gözlənilən iş yükü 1000 nəfər əhaliyə 6,25 gəliş, yaxud

göz qapağı xəstəliyi olan bir pasiyentə 1,23 gəliş təşkil edir. Ailə həkimi göz qapağı xəstəliyi olan pasiyentlərə müalicəvi-diaqnostik yardım göstərməklə əlaqədar oftalmoloqun iş yükünü orta hesabla 35,0% azaldır.

Əhalinin göz yaş aparatı xəstəlikləri ilə ümumi xəstələnməsi $1,3 \pm 0,1\%$ təşkil etmişdir. Belə xəstələrin ilkin müraciətləri həm oftalmoloqlara, həm də ailə həkimlərinə ola bilər. Ailə həkimlərinin göz yaş aparatı xəstəlikləri üzrə səlahiyyətləri məhduddur, ona görə ailə həkimi bu cür xəstələri müayinə üçün oftalmoloqların qəbuluna göndərir. Beləliklə də ailə həkiminin göz yaş aparatı xəstəliklərindən əziyyət çəkən pasiyentlərə ilkin tibbi yardım göstərilməsi üzrə iş yükünün həcmi yüksək deyildir (1000 nəfər əhaliyə 0,30 gəliş).

Ekspert rəyinə əsasən ailə həkiminin səlahiyyəti həkim oftalmoloqun gözlənilən iş yükünün 41,6%-ni yerinə yetirməyə imkan verir. Nəticədə konyunktivanın xəstəlikləri olan xəstələrə müalicə-diaqnostik yardım göstərmək üzrə həkimin iş yükünün həcmi 1000 nəfər əhaliyə 11,15 gəliş təşkil etmişdir.

Keratit əhali arasında nisbətən az yayılmışdır, 1000 nəfər sakinə $1,7 \pm 0,1$ keratit hadisəsi düşür və müalicə-diaqnostika məqsədi ilə 7,14 gəliş tələb olunur. Ailə həkimi öz peşəkar səlahiyyətlərinə uyğun olaraq ilkin gəlişi təmin edir. Ona görə də hər 1000 nəfər əhaliyə bu xəstəliklə bağlı ailə həkiminə 1,70 müraciət düşmüş və müalicə əsasən həkim oftalmoloq tərəfindən həyata keçirilmişdir. Ailə həkimi keratit zamanı müalicə-diaqnostika məqsədilə oftalmoloqun iş yükünün həcmi 23,8% azalda bilər.

Göz büllurunun xəstəlikləri nisbətən geniş yayılmışdır (1000 nəfər əhaliyə $15,3 \pm 0,3$ hadisə). Ambulator şəraitdə bu xəstələr həkim müşahidəsinə ehtiyac duyurlar, müalicə yardımı isə stasionar şəraitdə göstərilir. Ona görə də bir xəstəyə 1,4 ambulator gəlişi düşmüşdür. Ümumiyyətlə, cəmi 1000 nəfər əhaliyə görə ambulator həkimlərinə 21,42 gəliş tövsiyə olunur, bu gəlişlərdən 5,3-nü ailə həkimi, 16,12-ni həkim-oftalmoloq təmin edə bilər.

Qlaukoma da həmçinin geniş yayılmış xəstəlikdir, bu patologiya üzrə 1000 nəfər əhaliyə $8,2 \pm 0,2$ xəstələnmə hadisəsi düşür. Belə xəstələrin müayinəsi və müalicəsi məqsədi ilə orta hesabla bir pasi-

yent üçün ambulator həkiminin qəbuluna 4,6 gəliş tələb olunur. Ekspert rəylərinə görə 1000 nəfər əhaliyə görə həkim-oftalmoloq üçün 29,52 gəliş, ailə həkimi üçün isə 8,20 gəliş planlaşdırmaq lazımdır.

Damarlı qişanın və torlu qişanın xəstəlikləri qlaukoma və göz büllurunun xəstəlikləri ilə müqayisədə az yayılmışdır (1000 nəfər əhaliyə $3,2 \pm 0,1$ hadisə). Ambulator şəraitdə bir pasiyentə orta hesabla 2,5 gəliş düşür. Cəmi 1000 nəfər əhaliyə pasiyentlərin müalicə-diaqnostika tələbləri ilə əlaqədar 8 ambulator gəlişi planlaşdırmaq lazımdır, bunlardan 6,80 gəlişin həkim-oftalmoloq üçün planlaşdırılması məqsədəuyğundur, 1,20 gəliş isə ailə həkimi tərəfindən təmin edilə bilər. Akkomodasiya və refraksiya pozuntuları geniş yayılmışdır, 1000 nəfər əhaliyə bu patologiya ilə bağlı $52,0 \pm 0,5$ hadisə düşür. Belə xəstələr üçün müalicə-diaqnostika məqsədli gəlişlərin sayı 1000 nəfər əhaliyə görə 93,60 (bir xəstəyə 1,8 gəliş hesabı ilə) təşkil edir. Ailə həkiminin səlahiyyətləri (sınaq eynək linzalarının köməyi ilə görmənin optik korreksiyası) müalicə-diaqnostika işinin müəyyən hissəsinin öz üzərinə götürməsinə imkan verir. Ekspert qiymətləndirilməsinə görə ailə həkimləri akkomodasiya və refraksiya pozuntuları olan xəstələrə müalicəvi-diaqnostik yardımın lazım olan həcmnin 40,6%-ni təmin edə bilərlər. Qeyd olunan funksiyanın yerinə yetirilməsi üçün 1000 nəfər əhaliyə 38,0 gəliş tövsiyə olunur.

Ailə həkiminin görmə orqanı xəstəlikləri olan xəstələrə ilkin tibbi-sanitar yardımın yerinə yetirilməsi üzrə yekun iş yükü 1000 nəfər əhaliyə görə 79,40 gəliş təşkil etmişdir. Bu göstərici həkim oftalmoloqun mövcud iş yükünü 33,0% azaltmağa imkan verəcəkdir. Beləliklə, ailə həkimi vəzifəsinin tətbiqi həkim oftalmoloq vəzifəsinin ixtisarı ilə assosiasiya olunmalıdır. Qlaukomanın ailə həkimi tərəfindən aktiv aşkar edilməsinin effektivliyinin sübutu üçün bizim tərəfimizdən xüsusi müşahidə planlaşdırılmışdır, müşahidə pasiyentlərin representativ sayını əhatə etməklə prospektiv yerinə yetirilmişdir.

Bütün pasiyentlərə həkim mütəxəssislərin qəbuluna göndərilməzdən öncə gözün tonometriyası tətbiq edilmiş və planlı qaydada

əsas ixtisas üzrə həkimlərlə (terapevtlər, nevropatoloqlar, stomatoloqlar və digər) yanaşı həkim oftalmoloq tərəfindən müayinə olunmuşlar (göstərişin olub və olmamasından asılı olmayaraq). Tonometriyanın və oftalmoloqun müayinəsinin nəticələrinə əsaslanaraq, qlaukoma şübhəsi olduqda pasiyentlər akademik Z.Əliyeva adına Oftalmoloji Mərkəzdə daha dərinlən müayinə olunmuşlar.

21 mm/c.s. –dan artıq olan gözdaxili təzyiq poliklinikasının yaşı 39 –dan çox olan ($12,8 \pm 1,6\%$ -kişilərdə; $8,6 \pm 1,2\%$ - qadınlarda; 40-49 yaşlarda – $2,7 \pm 0,8\%$; 50-59 yaşlarda – $10,6 \pm 1,7\%$; 60 və yuxarı yaşlarda – $25,8 \pm 2,9\%$) kontingentinin $10,5\%$ -də aşkar edilmişdir.

21 mm/c.s.-dan yüksək gözdaxili təzyiq qlaukomanın erkən aşkarlanmasının meyarı kimi yüksək həssaslıqla ($86,75$), spesifikasiklə ($99,85$), proqnostik dəyərlə ($97,8\%$) xarakterizə edilir.

Qlaukomanın erkən aşkar edilməsi üçün ölkənin bütün ambulator-poliklinika müəssisələrində 39 yaşdan yuxarı şəxslərin ilkin gəliş zamanı gözdaxili təzyiqinin ölçülməsi vacibdir, bu iş ailə həkimlərinə həvalə edilə bilər.

Ailə həkiminin oftalmologiya üzrə səlahiyyətləri ilk dəfə olaraq miopiyanın ($4,6 \pm 0,7\%$), hipermetropiyanın ($3,8 \pm 0,6\%$), astigmatizmin ($2,2 \pm 0,5\%$), kataraktanın ($1,4 \pm 0,4\%$), qlaukomanın ($2,3 \pm 0,5\%$), diabetik retinopatiyanın ($0,1 \pm 0,1\%$) və digər göz xəstəliklərinin ($4,4 \pm 0,7\%$) aşkar edilməsinə imkan verir. Oftalmologiya sahəsində peşəkər səlahiyyətlərindən istifadə etməklə ailə həkimi 40 və yuxarı yaşlı əhalinin müraciətləri zamanı $18,8 \pm 1,2$ göz xəstəlikləri hadisələrini, o cümlədən $4,6 \pm 0,7$ miopiya, $3,8 \pm 0,6$ hipermetropiya, $2,2 \pm 0,5$ astigmatizm, $1,4 \pm 0,4$ katarakta, $2,3 \pm 0,5$ qlaukoma, $0,1 \pm 0,1$ diabetik retinopatiya, $4,4 \pm 0,7$ digər patologiyaları ilk dəfə olaraq aşkar edə bilər.

Qlaukomanın fəal aşkar edilməsində ailə həkiminin müntəzəm tonometriya həyata keçirməklə iştirakı qlaukomanın üçüncü mərhələsində olan pasiyentlərin gec aşkar edilməsini 2 dəfədən çox azaltmağa, patologiyanın dördüncü stadiyasında aşkarlanma hadisələrini tamamilə aradan qaldırmağa imkan verir.

Nəticələr

1. İlk tibbi-sanitar səviyyədə 1000 nəfər əhaliyə $109,1 \pm 0,9$ göz xəstəlikləri düşür (kişi populyasiyasında - $114,3 \pm 1,0\%$; qadın populyasiyasında - $104,3 \pm 0,9\%$), bu xəstəliklərin strukturunda əsas yeri göz əzələlərinin xəstəlikləri, gözün birgə hərəkətinin pozulması, akkomodasiya və refraksiya pozuntuları ($52,0 \pm 0,5\%$), göz büllurunun ($15,3 \pm 0,3\%$), konyunktivanın ($14,1 \pm 0,2\%$) xəstəlikləri, qlaukoma ($8,2 \pm 0,2\%$) və göz qapağının xəstəlikləri ($5,1 \pm 0,2\%$) tutur.
2. Görmə orqanlarının patologiyaları ilə xəstələnmə yaşdan və cinsdən asılıdır. Yaşla əlaqədar xəstələnmə riskinin yüksəlməsi daha çox miopiya (10–49 yaş), hipermetropiya (0 – 9 yaş, 40 və yuxarı yaşlar), göz büllurunun xəstəlikləri (50 və yuxarı yaşlar) və qlaukomaya (50 və yuxarı yaşlar) görə xarakterikdir. Gender fərqi akkomodasiya və refraksiya patologiyaları (risk kişilər arasında daha yüksəkdir), qlaukoma (risk kişilər arasında daha yüksəkdir), göz büllurunun xəstəlikləri (risk qadınlar arasında daha yüksəkdir) olan xəstələr üçün səciyyəvidir.
3. Qlaukoma üçün ilkin ($4,89 \pm 0,24\%$) və ümumi ($22,52 \pm 0,51\%$) xəstələnmə arasında çoxqatlı fərqin olması, multimorbidlik (bir pasiyentə 5,46 xroniki patologiyanın olması), komorbidlik (bir pasiyentə 2,2 göz xəstəlikləri), həmçinin xəstəliyin gec – ikinci, üçüncü və dördüncü mərhələlərdə (xəstələrin 78,4%-i) aşkar edilməsi ilə bağlı yüksək əlillik ehtimalı ($23,7 \pm 1,7\%$ xəstə) səciyyəvidir. Qlaukoma nəticəsində əlilliyin profilaktikasının etibarlı üsulu onun vaxtında, erkən mərhələlərdə aşkar edilməsidir. 40 və yuxarı yaşlı pasiyentlərin aktiv və müntəzəm tonometrik müayinəsi qlaukomanın $2,8 \pm 0,8\%$ kişilərdə və $1,9 \pm 0,6\%$ qadınlarda aşkar edilməsinə imkan verir.
4. Əhalinin oftalmoloji ambulator-poliklinika yardımına olan tələbatının öyrənilməsində əsas meyar gəlişlərin həcmi və bu gəlişlərin ailə həkimi ilə oftalmoloq arasında bölüşdürülməsinin normativlərinin əsaslandırılmasıdır. Bizim məlumatlara görə müayinə olunmuş kontingent arasında oftalmopatologiyalarla bağlı gəlişlərin həcmi hər 1000 nəfər əhaliyə görə 140,74 təşkil

edir, oftalmologiya sahəsində səlahiyyəti olan ailə həkimi 1000 nəfər əhaliyə nəzərən hesablanmış 79,4 gəlişi, o cümlədən 6,25 qlaukoma ilə, 38,0 akkomodasiya və refraksiya pozuntuları ilə bağlı gəlişləri təmin edə bilər.

5. Ailə həkimi peşəkar bilik və bacarıqlarından istifadə etməklə oftalmopatologiyaları olan pasiyentlərə göstərilən diaqnostik və müalicəvi tədbirlərin böyük bir qismini yerinə yetirə bilər. Əsasən, 40 və yuxarı yaşlı əhalinin müayinəsi zamanı ailə həkimi ilk dəfə olaraq $18,8 \pm 1,2$ göz xəstəliklərini, bunlardan $4,6 \pm 0,7$ mioopiya ilə, $3,8 \pm 0,6$ astigmatizm ilə, $2,3 \pm 0,5$ qlaukoma ilə, $1,4 \pm 0,4$ katarakta ilə, $4,4 \pm 0,7$ digər patologiyalarla bağlı hadisələri aşkar edə bilər.

Praktik tövsiyələr

1. Azərbaycanda ailə təbabəti praktikasının inkişaf etdirilməsi məsələlərinin həlli üçün ailə həkimlərinin müxtəlif xəstəliklər, o cümlədən oftalmopatologiyalar zamanı peşəkar səlahiyyətlərinin formalaşdırılmasına yönəlmiş, diplomdan əvvəlki və diplomdan sonrakı hazırlığı üzrə effektiv sistemin (proqramın) yaradılması vacibdir.
2. Ailə həkimi vəzifələrini tətbiq edərkən onlara həcmi 30 dərs saatından az olmamaqla oftalmoloji biliklər tədris edilməlidir, bu, ailə həkimlərinə gözün iltihabi xəstəlikləri (konyunktivit, blefarit, dakrioadenit, dakriosistit, keratit, itdirsəyi), çəpgözlülük, katarakta və qlaukoma ilə bağlı müalicəvi-diaqnostik yardım göstərməyə imkan verəcəkdir.
3. Qlaukomanın vaxtında aşkar edilməsi və bu xəstəlik nəticəsində əlilliyin qarşısının alınması üçün 40 və yuxarı yaşlı şəxslərin ilkin müraciətləri və profilaktik müayinələri zamanı sahə və ailə həkimləri tərəfindən fəal tonometrik tədqiqatın aparılması vacibdir.
4. Ailə həkimi vəzifələri tətbiq edildikdə və ailə həkimlərinə oftalmologiya üzrə ilkin tibbi-sanitar yardım göstərmək səlahiyyətləri verildikdə ambulator-poliklinika müəssisələrində həkim oftalmoloqlara tələbat 30%-ə qədər azalacaq və ştat normativləri planlaşdırılarkən bunu nəzərə almaq lazımdır.

Dissertasiyanın mövzusu üzrə nəşr edilmiş məqalələrin siyahısı

1. Салихова, К.М. Коморбидность и мультиморбидность, факторы их риска у больных глаукомой // - Bakı: Sağlamlıq jurnalı, - 2017. №6, - s. 88-93
2. Салихова, К.М., Рустамова Н.М. Факторы риска инвалидности вследствие глаукомы // - Bakı: Azərbaycan təbabətinin müasir nailiyyətləri, - 2017. №1, - s. 40-43
3. Салихова, К.М. Выявляемость глаукомы при амбулаторно-поликлинических посещениях // - Bakı: Oftalmologiya elmi-praktiki jurnal, - 2018. №1, s. 128-132
4. Салихова, К.М. Распространенность глаукомы среди населения в городе Баку // - Bakı: Sağlamlıq jurnalı, - 2018. №2, - s. 154-158
5. Салихова, К.М. Заболеваемость глаукомой населения города Баку // - Казань: Общественное здоровье и здравоохранение, научно-практический журнал, - 2018. №1, - с. 28-31
6. Салихова, К.М. Возрастно-половые особенности общей заболеваемости болезнями органов зрения по материалам обращаемости // - Bakı: Azərbaycan Tibb Jurnalı, - 2018. №4, - с. 84-89
7. Салихова, К.М. Общая заболеваемость населения болезнями органов зрения по материалам обращаемости // -Bakı: Sağlamlıq jurnalı, - 2018. №5, - с. 135-141
8. Салихова, К.М. Роль семейного врача по оказанию лечебно-диагностической помощи больным заболеваниями органов зрения // - Bakı: Tibb və elm Ə. Əliyev adına elmi-praktiki jurnal, - 2018. №4 (14), - s. 69-74
9. Салихова, К.М. Роль семейного врача в раннем выявлении глаукомы // - Москва: Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины, - 2020, №1, том 28, с. 34-38
10. Салихова, К.М. О расширении компетенций семейного врача в области офтальмопатологии в Азербайджане // - Москва: Профилактическая медицина, - 2020. №1, - с. 67-72

11. Салихова, К.М. О преимуществе активного выявления глаукомы // Современная медицина: новые подходы и актуальные исследования, сборник VI международной научно-практической конференции, №6, - Москва, - 2017, - с. 40-43
12. Salihova K.M. To the issue of glaucoma incidence in the population of Baku City // Scientific achievements of the third millennium, part 2; collection of scientific papers of X International Scientific Conference, - New York, USA, - 2019, - p. 42-45
13. Salihova, K.M. Prevalence of different pathologies in the practice of a family doctor // Научный диалог: вопросы медицины. Материалы XXI научно-практической конференции, - Санкт-Петербург, - 2019, - с. 19-22
14. Салихова, К.М. Сравнительная оценка систем подготовки семейных врачей // Современная медицина: новые подходы и актуальные исследования. Материалы XXIX международной научно-практической конференции, - Москва, - 2019, №11 (26), - с. 18-23
15. Салихова, К.М. Скрининг и мониторинг глаукомы на амбулаторно-поликлиническом уровне // Əziz Məmmədkerim oğlu Əliyevin doğum gününə həsr olunmuş elmi-praktiki konfransın məcmuəsi, - Bakı, - 2020, - s. 97-106

Dissertasiyanın müdafiəsi 25 iyun 2021-ci il tarixində saat 14:00 akademik Z.Əliyeva adına Milli Oftalmologiya Mərkəzinin nəzdində fəaliyyət göstərən FD 1.03 Dissertasiya Şurasının iclasında keçiriləcək.

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

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

Dissertasiya və avtoreferatın elektron versiyaları <http://www.eyc.gov.az> rəsmi internet saytında yerləşdirilmişdir.

Avtoreferat 24 may 2021-ci il tarixində zəruri ünvanlara göndərilmişdir.

Çapa imzalanıb: 18.05.2021

Kağızın formatı: A5 210mm×148mm

Həcm: 37600

Tiraj: 30