

UOT: 617.713-002.446

Məhərrəmov P.M.

**BUYNUZ QIŞANIN EROZİYASININ YAYILMASI VƏ KLİNİK SƏCİYYƏLƏRİNƏ GÖRƏ STRUKTURU***Akad. Zərifə Əliyeva adına Milli Oftalmologiya Mərkəzi, Bakı şəh., AZ1114, Cavadxan küç., 32/15***XÜLASƏ**

**Məqsəd** – buynuz qişanın eroziyasının yayılmasını və klinik səciyyələrinin strukturunu öyrənmək.

**Material və metodlar**

Təqvim ili (2017) ərzində Bakı şəhər poliklinikalarında qeydə alınmış BQE diaqnozu ilə bütün xəstələrin məlumatları istifadə olunmuşdur (1070 xəstə). Xəstələrin yaşa və cinsə görə bölgüsü aparılaraq Bakı şəhər əhalisinin (Dövlət Statistika Komitəsinin məlumat bazası əsasında) 100 min nəfərinə düşən xəstələnmə hadisələrinin tezliyi hesablanmışdır. Xəstəliyin klinik səciyyələri akad. Zərifə Əliyeva adına Milli Oftalmologiya Mərkəzində kompleks müayinə olunmuş, yalnız bir gözündə BQE olan 107 xəstənin məlumatlarına əsasən qiymətləndirilmişdir. Alınmış nəticələrin statistik işlənməsi keyfiyyət əlamətlərinin təhlili metodları ilə həyata keçirilmiş və hesablamalar Excel proqramının “məlumatların təhlili” zəifi ilə aparılmışdır.

**Nəticə**

Buynuz qişanın eroziyasının əhali arasında yayılma səviyyəsi  $47,6 \pm 1,50/000$  ( $43,1 \pm 2,00/0000$  kişilər arasında,  $52,1 \pm 2,10/000$  qadınlar arasında) təşkil edir, yaşdan asılı dəyişir (ən aşağı 0-9 yaşında -  $16,8 \pm 2,20/000$ , maksimum 60-69 yaşında -  $130,6 \pm 8,70/000$ ).

İlkin BQE diaqnozu ilə 35 xəstə (32,7%), residivləşən eroziya ilə 72 (61,3%) pasiyent qeydə alınmışdır. İlkin və residivləşən eroziya ilə xəstələr bir-birindən demoqrafik və klinik səciyyələrindən asılı olaraq fərqlənmişdir.

**Yekun**

Buynuz qişanın eroziyasının yayılma dinamikası xətti deyil, pik yayılması 60-69 yaşlarında müşahidə olunur, sonrakı yaşlarda yayılma azalır; 46,7% hallarda müxtəlif mexaniki zədələrlə, 18,7% hallarda şəkərli diabetlə bağlıdır, 34,6% hallarda spontan yaranır.

**Açar sözlər:** *buynuz qişanın eroziyası, yayılma, klinik səciyyələr*

Мегеррамов П.М.

**РАСПРОСТРАНЁННОСТЬ ЭРОЗИИ РОГОВИЦЫ И ЕЁ СТРУКТУРА ПО КЛИНИЧЕСКИМ ХАРАКТЕРИСТИКАМ****РЕЗЮМЕ**

**Цель** – оценить распространенность эрозии роговицы (ЭР) и её структуру по клиническим характеристикам.

**Материалы и методы**

Для оценки распространенности эрозии роговицы использовали материалы обращаемости больных в поликлинические учреждения города Баку. Клиническая характеристика основана на материалах углубленного комплексного исследования 107 больных с диагнозом ЭР на базе

Национального Центра Офтальмологии имени акад. Зарифы Алиевой. Статистическая обработка полученных результатов проводилась методами анализа показателей качества, а расчеты проводились с использованием программы «анализ данных» Excel.

### Результаты

Распространенность эрозии роговицы составляла  $47,6 \pm 1,50/000$  ( $43,1 \pm 2,00/000$  среди мужчин,  $52,1 \pm 2,10/000$  среди женщин) и менялась в зависимости от возраста (наименьшая –  $16,8 \pm 2,20/000$  в возрасте 0-9 лет, максимальная –  $130,6 \pm 8,70/000$  в возрасте 60-69 лет). Первичная эрозия роговицы была у 32,7% больных, доля рецидивирующей эрозии роговицы составляла 61,3%. Больные с первичной и рецидивирующей эрозией отличались друг от друга по демографическим и клиническим характеристикам.

### Заключение

Возрастная динамика распространенности эрозии роговицы не линейная, пик распространенности наблюдается в возрасте 60-69 лет, в последующих возрастах распространенность уменьшается. Эрозия роговицы часто развивается на фоне механических повреждений (46,7%), в 18,7% случаях её провоцирует сахарный диабет, спонтанные эрозии роговицы наблюдаются в 34,6% случаях.

**Ключевые слова:** эрозия роговицы, распространённость, клиническая характеристика

Maharramov P.M.

## PREVALENCE OF THE CORNEAL EROSION AND ITS STRUCTURE BY CLINICAL CHARACTERISTICS

### SUMMARY

**Purpose** – to assess the prevalence rate of the corneal erosion and its structure by clinical characteristics.

### Materials and methods

For assessment of the prevalence rate of the corneal erosion materials of patients' referrals to outpatient clinics in the city of Baku have been used. The clinical characteristics of corneal erosion are based on the materials of a comprehensive study of 107 patients with this diagnosis at the National Centre of Ophthalmology named after acad. Zarifa Aliyeva. The research program included diagnostic methods provided in the clinical guidelines of the Ministry of Health of Russia. Statistical processing of the results was carried out by methods of analysis of quality indicators, and calculations were obtained using "data analysis" Excel.

### Results

The prevalence rate of the corneal erosion was  $47,6 \pm 1,50/000$  and depended on gender ( $43,1 \pm 2,00/000$  among men,  $52,1 \pm 2,10/000$  among women) and age (the youngest –  $16,8 \pm 2,20/000$  at the age of 0-9 years, the oldest –  $130,6 \pm 8,70/000$  at the age of 60-69 years). Primary corneal erosion was observed among 32,7% of patients, the proportion of recurrent corneal erosion was 61,3%. Patients with primary and recurrent erosion differed from each other in demographic and clinical characteristics.

### Conclusion

The age dynamics of the prevalence of corneal erosion is not linear, the peak prevalence rate is observed at the age of 60-69 years, in subsequent ages, the prevalence decreases. Corneal erosion often develops against the background of mechanical damage (46,7%), in 18,7% of cases it is provoked by diabetes mellitus, spontaneous corneal erosion is observed in 34,6% of cases.

**Key words:** corneal erosion, prevalence, clinical characteristics

Buynuz qişanın eroziyası (BQE) əsasən onun epitelial qatının zədələnməsi ilə assosiasiya olunan, nisbətən çox yayılmış göz xəstəliklərindəndir [1,2]. BQE bir sıra göz xəstəliklərinin (posttravmatik, iltihabi və allergik patologiyalar, yanıqlar və s.) əlaməti kimi, həm də müstəqil nozoloji forma kimi müşahidə olunur [1,2,3]. Xəstəlik üçün səciyyəvi olan tez-tez residivləşmə barədə iri həcmli Kokpeyn bazasına əsaslanan icmalda göstərilir ki, prioritet patologiyanın profilaktikası olsa da müalicə variantlarının adekvat tətbiqi zəruridir [2]. Qeyd olunur ki, BQE-nin yayılması barədə məlumat yoxdur, amma bəllidir ki, bu patologiyası olanların yarısında anamnezində göz travması, üçdən birinin anamnezində bazal membran epitelisinin distrofiyası müşahidə olunur. Xəstələrin orta yaşı 43 il (14-77 il), əksəriyyəti isə qadınlardır. Göz travmalarından sonra 150 pasiyentin birində BQE-nin resediv ehtimalı mövcuddur. Göstərilir ki, BQE-nin spesifik diaqnostik sınağı mövcud deyil, onun vizualizasiyası kobalt-mavi işıqda asanlaşır, mikrosist və epitelial xəttlər aşkar edilir.

BQE-nin residivləşməsinin risk amilləri arasında şəkərli diabet, epitelinin mexaniki və cərrahi travması, bazal membran epitelisinin distrofiyası xüsusi yer tutur [4]. Müəlliflər kiçik həcmli (21 pasiyent) müşahidə əsasında BQE-nin klinik səciyyələrini və risk amillərini qiymətləndirmiş, patologiyanın konservativ və cərrahi müalicəsinin nəticələrini göstərmişlər. BQE-nin residivi fonunda buynuz qişanın həssaslığını və göz yaşı funksiyasını öyrənən Tayvan alimləri qeyd edirlər ki, xəstələrdə bazal qatın epitelisində distrofiya, quru göz sindromu və Meybom vəzilərinin disfunksiyasının aydın əlamətləri olmamışdır [5]. İspaniyada 100 xəstədə BQE-nin klinik səciyyələrinin öyrənilməsi [6] göstərmişdir ki, xəstəlik polietiologiyalıdır və rəngarəng əlamətlərlə özünü biruzə verir. Diqqəti cəlb edən aspektlərdən biri xəstəliyin keratorefraksiya əməliyyatı-ardan sonra çox qeydə alınmasıdır. Eroziya əsasən mərkəzdə, nisbətən az hallarda inferiotemporal, inferionazal, superiotemporal və superionazal kvadrantlarda qeydə alınmışdır. Oftalmologiyaya dair klinik protokollarda da BQE barədə məlumat məhduddur [7-9].

**Məqsəd** – buynuz qişanın eroziyasının yayılmasını və klinik səciyyələrinin strukturunu öyrənmək.

#### **Material və metodlar**

Təqvim ili (2017) ərzində Bakı şəhər poliklinikalarında qeydə alınmış BQE diaqnozu ilə bütün xəstələrin məlumatları istifadə olunmuşdur (1070 xəstə). Xəstələrin yaşa və cinsə görə bölgüsü aparılaraq Bakı şəhər əhalisinin (Dövlət Statistika Komitəsinin məlumat bazası əsasında) 100 min nəfərinə düşən xəstələnmə hadisələrinin tezliyi hesablanmışdır. Xəstəliyin klinik səciyyələri akad. Zərifə Əliyeva adına Milli Oftalmologiya Mərkəzində kompleks müayinə olunmuş, yalnız bir gözündə BQE olan 107 xəstənin məlumatlarına əsasən qiymətləndirilmişdir. Mərkəzdə xəstələr klinik tövsiyələrə müvafiq [9] müayinə olunmuşdur, eroziyanın ehtimalı olan etioloji səbəbləri, residivləşmə tezliyi, təzahür əlamətləri, eroziya sahəsinin yerləşməsi və ölçüləri müəyyən edilmişdir. Aşkar edilmiş səciyyələr fonunda eroziyaların residivləşmə tezliyi hesablanmış, bir-bir ilə  $\chi^2$ -meyarı ilə müqayisə etməklə fərq statistik dürüstlüyü müəyyən edilmişdir. Əlamətlərin variantları arasında statistik dürüst fərq aşkar olunan hallarda onlar risk amili hesab edilmiş və nisbi riskin səviyyəsi (əlamət fonunda eroziyaların residivləşməsinin tezliyini referent- nəzarət qrupunun müvafiq göstəricisinə bölməklə) müəyyən olunmuşdur. Referent (nəzarət) qrupu kimi BQE diaqnozu ilə xəstəliklərin ümumi toplumu götürülmüşdür. Alınmış nəticələrin statistik işlənməsi keyfiyyət əlamətlərinin statistikasi metodları [10] ilə həyata keçirilmiş və hesablamalar Excel proqramının “məlumatların təhlili” zəifi ilə aparılmışdır.

#### **Alınan nəticələr**

BQE olan xəstələrin demografik və klinik səciyyələri 1-ci cədvəldə verilmişdir. Güründüyü kimi, xəstələrin nisbi çoxluğu qadınlarda (55,1± 4,8%), yaşı 50-59, 60-69, 70-79, 80 və çox olanların (müvafiq olaraq 14,0±3,4; 22,4±4,0; 16,8±3,6 və 14,9±3,4%) payına düşmüşdür. Xəstəliyin etioloji səbəblərinin xüsusi çəkisi müvafiq olaraq təşkil edilmişdir: 4,7±2,0% dırnaqla, 3,7±1,8% bitkilərlə, 5,6±2,2% kağızla, 3,7±1,8% metalik əşya, 10,3±2,9% yad cisimlə, 18,7±±3,8% kontakt linza ilə zədələnmə (cəmi travmatik mənşəli 46,7%), 18,7±3,8% şəkərli diabet və 34,6±4,6% spontan (səbəbi dəqiqləşdirilməmiş).

BQE-nin ən mühüm əlamətlərinə aid olmuşdur: ağrı – 100%, gözün yaşarması – 91,6± 2,7%, görmə pozğunluğu 75,7±4,1%, işıqdan qorxma (fobiya) – 75,7±4,1% və gözdə qızartı – 62,6±4,6%. Eroziyanın sahəsi əksər hallarda (62,6±4,6%) iri olmuşdur, mikro nöqtəvi eroziya 37,4 ± 4,6% xəstədə qeydə alınmışdır, onun yuxarı və aşağı zonada yerləşməsi bərabər sayda qeydə alınmışdır (46,7±4,8 və 53,3±4,8%).

Müşahidəmizdə olan BQE diaqnozu ilə xəstələrin nisbətən az qızımında (32,7% - 35 xəstə) eroziya ilkin qeydə alınmışdır, ona görə də residivləşməsi müşahidə olunmamışdır. Əksər xəstələrdə (61,3%) eroziya residivləşən olmuşdur. Bu xəstələrin əksəriyyəti (52,8±2,7%) residivi ayıq vaxtda, 41,7±5,8% yuxudan ayılında bərk ağrı kimi hiss etmişdir (cədvəl 1).

Cədvəl 1

**Buynuz qişanın eroziyası diaqnozu ilə pasiyentlərin demoqrafik və klinik səciyyələri**

Əlamətlər	Əlamətlərin variantları	Residivsiz ilkin N 35		Residivləşən N 72		Cəmi (107)	
		n	%	n	%	n	%
Cins	Kişi Qadın	15 20	42,9±8,4 57,1±8,4	33 39	45,8±5,9 54,2±5,9	48 59	44,9±4,8 55,1±4,8
Yaş, illər	0 - 9	2	5,7±3,9	–	0	2	1,9±1,3
	10 – 19	4	11,4±5,4	–	0	4	3,7±1,8
	20 – 29	4	11,4±5,4	3	4,2±2,3	7	6,5±2,4
	30 – 39	4	11,4±5,4	5	6,9±3,5	9	8,4±2,6
	40 – 49	5	14,3±5,9	7	9,7±3,5	12	11,2±3,1
	50 – 59	3	8,6±4,7	12	16,7±4,4	15	14,0±3,4
	60 – 69	4	11,4±5,4	20	27,8±5,3	24	22,4±4,0
	70 – 79	8	22,8±7,1	10	13,9±4,1	18	16,8±3,6
	80 və çox	1	2,9±2,8	15	20,8±4,8	16	14,9±3,4
Ehtimal olunan	Dırnaqla zədə	2	5,7±3,9	3	4,2±2,3	5	4,7±2,0
	Bitkilərlə zədə	2	5,7±3,9	2	2,8±1,9	4	3,7±1,8
	Kağızla zədə	3	8,6±4,7	3	4,2±2,4	6	5,6±2,2
	Metalla zədə	1	2,8±2,8	3	4,2±2,3	4	3,7±1,8
	Yad cisim	5	14,3±5,9	6	8,3±3,3	11	10,3±2,9
	Kontakt linza	11	31,4±7,8	9	12,5±3,9	20	18,7±3,8
	Şəkərli diabet	—	—	20	27,8±5,2	20	18,7±3,8
	Spontan	11	31,4±7,8	26	36,1±5,6	37	34,6±4,6
Residivləşmə vaxtı	Yuxudan oyananda	—	—	30	41,7±5,8	30	28,0±4,3
	Ayıq vaxtı	—	—	38	52,8±2,7	38	35,5±4,6
	Digər	—	—	4	5,5±2,6	4	3,7±1,8
Təzahür əlamətləri	Ağrı	35	100	72	100	107	100
	Görmə pozğunluğu	29	82,8±5,9	52	72,9±5,2	81	75,7±4,1
	Yaşarma	30	85,7±5,9	68	94,4±2,7	98	91,6±2,7
	İşıq fobiyası	30	85,7±5,9	51	70,8±5,4	81	75,7±4,1
	Qızartı	21	60,0±8,3	29	63,9±5,6	50	62,6±4,6
Ölçülər	Kiçik-nöqtəvi	14	40,0±8,3	26	36,4±5,6	40	37,4±4,6
	İri - makroeroziya	21	60,0±8,3	46	63,9±5,6	67	62,6±4,6
Yerləşməsi	Yuxarı zona	12	34,3±8,0	38	52,8±5,9	50	46,7±4,8
	Aşağı zona	23	65,7±8,0	34	47,2±5,9	57	53,3±4,8

Residivləşmiş buynuz qişa eroziyası (RBQE) ilə xəstələr ilkin aşkar olunmuş xəstələrlə müqayisədə aşağıdakı səciyələrin xüsusi çəkisinə görə fərqlənmişdir: etiologiyasında şəkərli diabetin olması (2,7±5,2 və "0"%) və kontakt linzanın istifadəsi (12,5±3,9 və 31,4±7,8%). Residivsiz eroziyası olanlarda işıq fobiyası (85,7±5,9 və 70,8±5,4%), RBQE qrupunda gözün yaşarması (94,4±2,7 və 85,7± 5,9%) nisbətən çox qeydə alınmışdır. Bu qrupda eroziya əksər hallarda (52,8± 5,9%) yuxarı zonada, ilkin xəstələrdə isə aşağı zonada (65,7±8,0%) yerləşmişdir.

Müşahidəmizdə olan xəstələrin 54,2±4,8%-də buynuz qişada distrofiya (BQD) qeydə alınmışdır. Residiv olmayan ilkin xəstələrin 17,1±6,4%-də, RBQE qrupunda isə 72,2±5,2%-də distrofiya aşkar edilmişdir. Xəstələrin demoqrafik və klinik səciyələrindən asılı ayırd edilmiş yarımqruplarda buynuz qişanın distrofiyasının aşkar olunma tezliyi barədə aldığımız məlumatlar 2-ci cədvəldə əks olunmuşdur. Göründüyü kimi, BQD-nin tezliyi ən çox yaşdan asılı dəyişmişdir: yaşı <40 olan xəstələrin az qismində (4,6±4,4%), ≥60 olanların isə əksəriyyətində (72,4± 5,9%) BQD qeydə alınmışdır.

Qadın və kişilərdə BQD-nin riski (müvafiq olaraq 50,0±7,2 və 57,6±6,4% və ya 0,92 və 1,06) bir-birinə yaxın olmuşlar. Yanaşı xəstəliklərdə şəkərli diabet və quru göz sindromu fonunda BQD statistik düzür çox müşahidə olunmuşdur (75,0±9,7 və 80,0±10,3%) və nisbi riskin səviyyəsi müvafiq olaraq 1,38 və 1,47 təşkil etmişdir (cədvəl 2).

Cədvəl 2

**Buyunuz qişanın eroziyası olan xəstələrdə buynuz qişada distrofiyanın aşkarlanma tezliyi**

Əlamətlər	Əlamətlərin variantları	Say	100 nəfərə görə	Nisbi risk
Yaş, illər	40 (N=22)	1	4,6±4,4	0,08
	40 – 59 (N=27)	15	55,6±9,6	1,02
	60 və çox (N=58)	42	72,4±5,9	1,34
	Cəmi (N=107)	58	54,2±4,8	referent
Cins	Kişi (48)	24	50,0±7,2	0,92
	Qadın (59)	34	57,6±6,4	1,06
Yanaşı xəstəliklər	Şəkərli diabet (20)	15	75,0±9,7	1,38
	Arterial hipertenziya (18)	7	38,9±11,5	0,71
	Quru göz sindromu (15)	12	80,0±10,3	1,47
Residivlərin sayı	0 (N=35)	14	40,0±8,3	0,74
	1 (N=20)	16	80,0±8,9	1,48
	2 və çox (N=32)	28	87,5±5,8	1,61
Etioloji amil	Kontakt linza (20)	11	55,0±11,1	1,01
	Travma (30)	18	60,0±8,9	1,11
	Şəkərli diabet (20)	15	75,0±9,6	1,38
	Digər (37)	14	37,8±7,9	0,70
Yerləşməsi	Yuxarı zona (N=50)	25	50,0±7,0	0,92
	Aşağı zona (N=57)	33	57,9±6,5	1,06
Ölçülər	Mikro (N=40)	10	25,0±6,8	0,46
	Makro (N=67)	48	71,6±5,5	1,32
Residiv	Var (N=72)	52	72,2±5,2	1,33
	Yox (N=35)	6	17,1±6,4	0,31

Etioloji amillərdən asılı BQD ehtimalı dəyişmişdir. Kontakt linza, mexaniki travma və şəkərli diabetlə bağlı olan BQE-də BQD ehtimalı ( $55,0 \pm 11,1$ ;  $60 \pm 8,9$  və  $75,0 \pm 9,6\%$ ) yüksək olmuşdur, digər (əsasən spontan) səbəblərlə bağlı BQE-lərdə BQD ehtimalı nisbətən azdır ( $37,8 \pm 7,9\%$ ). Makro və mikro ölçülü eroziyaları olan xəstələrdə BQD müvafiq olaraq  $25,0 \pm 6,8$  və  $71,6 \pm 6,4\%$  hallarda müşahidə olunmuşdur.

Residivlərin sayı 0, 1, 2 və çox olan xəstələrin müvafiq olaraq  $40,0 \pm 8,3$ ;  $80,0 \pm 8,9$  və  $87,5 \pm 5,8\%$ -də BQD aşkar edilmişdir ( $p < 0,05$ ).

Beləliklə, BQE diaqnozu ilə xəstələrin kompleks müayinəsi onların geniş klinik səciyyələrini qiymətləndirməyə imkan verir.

Təqvim (2017) ilində qeydə alınmış BQE diaqnozu ilə xəstələrin məlumatı əsasında hesablanmış BQE-nin yayılması barədə nəticələr 3-cü cədvəldə verilmişdir. Göründüyü kimi patologiyanın əhali arasında yayılma səviyyəsi  $47,6 \pm 1,500000$  təşkil etmiş, kişi və qadın populyasiyasında (müvafiq olaraq  $43,1 \pm 2,0$  və  $52,1 \pm 2,100000$ ;  $p < 0,05$ ) bir-birindən statistik düstür fərqlənmişdir. Xəstəliyin nisbi riski qadınlarda kişilərlə müqayisədə 1,2 dəfə yüksəkdir. Yaşdan asılı BQE-nin əhali arasında yayılmasının səviyyəsi geniş intervalda dəyişmişdir:  $16,8 \pm 2,200000$  0-9 yaş intervalında,  $130,6 \pm 8,700000$  60-69 yaş intervalında.

BQE-nin yayılma səviyyəsi yaşdan asılı mütənəşib dəyişmişdir, birinci artımı 10-19 yaş intervalında qeyd edilmişdir ( $32,4 \pm 3,700000$ ), sonrakı yaşlarda 40-49 yaş intervalına qədər göstəricinin səviyyəsi stabil olmuşdur. 40-49, 50-59, 60-69 yaşlarda BQE-nin yayılma səviyyəsi dinamik və intensiv çoxalmışdır, göstəricinin ən yüksək səviyyəsi 60-69 yaş intervalında düşür, sonrakı yaş qruplarında BQE-nin yayılma səviyyəsi dinamik və intensiv azalmışdır.

Cədvəl 3

**Buyuz qışanın eroziyasının əhali arasında yayılması  
(100 min əhaliyə görə)**

Yaş, illər	Kişi	Qadın	Cəmi
0 - 9	$18,0 \pm 3,2$	$15,3 \pm 3,1$	$16,8 \pm 2,2$
10 - 19	$20,7 \pm 4,0$	$46,3 \pm 6,5$	$32,4 \pm 3,7$
20 - 29	$29,3 \pm 3,8$	$40,3 \pm 4,6$	$34,7 \pm 3,0$
30 - 39	$32,9 \pm 4,1$	$31,3 \pm 3,9$	$32,1 \pm 2,8$
40 - 49	$47,8 \pm 5,7$	$59,6 \pm 6,1$	$54,1 \pm 4,2$
50 - 59	$72,3 \pm 6,9$	$75,1 \pm 6,7$	$73,8 \pm 4,8$
60 - 69	$123,0 \pm 12,4$	$137,4 \pm 12,3$	$130,6 \pm 8,7$
70 - 79	$76,2 \pm 16,6$	$65,3 \pm 13,3$	$69,9 \pm 10,4$
80 və çox	$18,9 \pm 13,4$	$26,7 \pm 13,4$	$23,5 \pm 9,6$
Cəmi	$43,1 \pm 2,0$	$52,1 \pm 2,1$	$47,6 \pm 1,5$

Kişi və qadın populyasiyasında BQE-nin yayılma səviyyəsinin yaşdan asılılığı əsasən oxşardır. Eyni yaş inter-vallarında kişi və qadın populyasiyasında BQE-nin səviyyəsinin müqayisəsi yalnız 10-19 ( $20,7 \pm 4,0$  və  $46,3 \pm 6,500000$ ), 20-29 ( $29,3 \pm 3,8$  və  $40,3 \pm 4,600000$ ) yaş intervallarında statistik düstür fərq aşkar edilmişdir. Digər yaş intervallarında BQE-nin yayılmasında gender fərqi statistik düstür olmamışdır.

**Müzakirə**

BQE barədə tədqiqatlar əksər hallarda fərqli metodologiya ilə aparıldığına görə onların nəticələrini adekvat müqayisə etmək olmur. Amma bəzi oxşar və bir sıra kəskin fərqli aspektlər diqqəti cəlb edir. Belə ki, Nanba H. və həmmüəllifləri xəstələrin  $38,1\%$ -də, bizim müşahidəmizdə  $18,7 \pm 3,8\%$ -də şəkərli diabet fonunda BQE qeyd edilmişdir. BQE-nin etioloji, amilləri barədə aldığımız nəticələrdə oxşarlıq olsa da ( $46,7\%$  bizim müşahidəmizdə,  $39,3\%$  [6]-də) distrofiyanın assosiasiyasına görə ( $54,2 \pm 4,8\%$  bizim

müşahidəmizdə, 17,1% [6]-də) fərq böyükdür. Belə fərqlər yuxarıda qeyd olunduğu kimi tədqiqatların metodologiyası ilə bağlıdır. İstinad etdiyimiz mənbələrdə xəstələrin sayı nisbətən az olmuş və nəticələrin dürüstlüyü göstərilməmişdir.

Beləliklə, BQE-nin epidemioloji və klinik səciyyələri kompleksliyi və statistik dürüstlüyü ilə fərqlənirlər.

#### **Yekun**

Buynuz qişanın eroziyasının əhali arasında yayılma səviyyəsi  $47,6 \pm 1,50/000$  ( $43,1 \pm 2,00/000$  kişi,  $52,1 \pm 2,10/000$  qadın populyasiyasında) təşkil edir, yaşdan asılı dəyişir (30 yaşdan sonra 70 yaşa qədər dinamik artım, sonrakı yaşlarda azalma).

Buynuz qişanın eroziyası 46,7% hallarda müxtəlif mexaniki zədələrlə, 18,7% hallarda şəkərli diabetlə bağlıdır, 34,6% hallarda spontan yaranır.

Buynuz qişanın eroziyasının əksər hallarda residivləşən formada müşahidə olunur (61,3%). Residivləşmiş eroziya nisbətən çox gözün yaşarması ( $94,4 \pm 2,7\%$ ) ilə təzahür edir, şəkərli diabetlə ( $27,8 \pm 5,2\%$ ) assosiasiya olunur.

Buynuz qişanın eroziyası  $54,2 \pm 4,8\%$  hallarda buynuz qişanın distrofiyası ilə müşayiət olunur, distrofiya riski yaşdan (60 və yuxarı yaşlarda), yanaşı xəstəliklərdən (şəkərli diabet, quru göz sindromu), eroziyanın ölçülərindən və residivləşməsindən asılı çoxalır.

#### **ƏDƏBİYYAT:**

1. Майчук Д.Ю. Эрозии роговицы: клинические формы, новые методы лечения // Российский мед. журн., 2004, №1, с.17-19
2. Watson S.L., Leung V. Interventions for recurrent corneal erosions (Review). Cochrane Database of Systematic Review, 2018, Issue 7, art N:CD001861, 55 p.
3. Каспарова Е.А., Пур Акбагиан Нияз А.М. Лечение рецидивирующей эрозии роговицы // Вестн. офтальмол., 2009, т.25, №2, с.54-57
4. Nanba H., Mimura T., Mizuno I. et.al. clinical course and risk factors of recurrent corneal erosion // Medicine, 2019, v.98, p.16(e)14964
5. Kang E.Y., Cheen H., Hsueh Y. et.al. Corneal sensitivity and tear function in recurrent corneal erosion syndrome // Iwest. Ophthalmol. Vis Sci., 2020, v.61(3), p.21.
6. Diez-Feijoo E., Grau A.E., Abusleme E.I. et.al. Clinical presentation and causes of recurrent corneal erosion syndrome // Cornea, 2014, v.33, p.571-575.
7. Nishida T., Chikama T., Sawa M. et.al. Differential contributions of impaired corneal sensitivity and reduced tear secretion to corneal epithelial disorders // Jpn. J. Ophthalmol., 2012, v.56, p.20-25
8. Rac K., Lee G.A., Vinsent S.I. Superior perilimbal epitheliopathy in recurrent corneal erosion syndrome // Cornea, 2015, v.34, p.1110-1103.
9. Клинические рекомендации. Офтальмология / под ред. Л.К. Мошетовой, А.П. Нестерова., Е.А. Егорова. ГЭОТАР-Медиа: М., 2006. 255 с.
10. Стентон Г. Медико-биологическая статистика. М.: Практика, 1999, 459 с.

Müəllif münafiqələrin (maliyyə, şəxsi, peşəkar və digər maraqları) olmamasını təsdiqləyir

#### **Korrespondensiya üçün:**

Məhərrəmov Polad Məhərrəm oğlu, tibb üzrə fəlsəfə doktoru, akad. Zərifə Əliyeva adına Milli Oftalmologiya Mərkəzinin buynuz qişanın cərrahiyyəsi və transplantasiyası şöbəsinin müdiri  
E-mail: maharramov@mail.ru