

BİRİNCİ BASAMAKTA PERİYODİK BEBEK VE ÇOCUK KONTROLLARINDA UYGULANACAK TEMEL GÖZ MUAYENESİ

İdil Aysun*

Günümüzde, dünyada yaşadığı hesaplanan 27-35 milyon kör insanın, yaklaşık 1 milyonu çocukluk çağındadır. Ancak bu rakamlar legal körlük (iyi gören gözde 3 metreden parmak sayma veya daha az düzeydeki düzeltilmiş görme keskinliği) kapsamına giren olguları yansıtmaktadır. Olay göz hastalıkları açısından ele alındığında problemin çok daha büyük boyutlarda olacağı açıktır. İngiltere'de çocukluk dönemi körlükleri prevalansı % 0.25-0.1 arasında bildirilmektedir (2).

Çocukluk dönemi göz hastalıkları ve körlüklerinin çok önemli bir bölümü, birinci basamak sağlık hizmeti kapsamında sunulabilecek etkin koruyucu tedbirlerle önlenir. Koruyucu önlemlere karşın ortaya çıkan göz hastalıklarının erken tanı ve tedavisi ve gereğinde ikinci basamağa sevk için, birinci basamakta hizmet veren sağlık personelinin bu konuda sürekli olarak eğitilmesi ve özellikle bu basamakta yapılabilecek temel göz muayenelerinin periyodik kontrollara entegre edilmesi gerekir. Bu yazıda birinci basamakta görev alan bir hekimin periyodik çocuk kontrolleri sırasında uygulaması önerilen temel göz muayenesinin esasları ve ikinci basamağa sevk etmesi zorunlu durumlar tartışılmıştır.

Göz doğumda evölüsyonunu yapmış bir organdır. Ancak gerek fonksiyon ve gerekse anatomik açıdan bu gelişim doğumdan sonra da devam eder ve gözün tam anlamıyla gelişimi ancak ileri yaşlarda gerçekleşir.

Bu nedenle muayenenin, gözün gelişim evreleri göz önünde bulundurularak ve o dönemde sık rastlanan göz hastalık ve patolojileri hakkında bilgi sahibi olarak yapılması gerekir.

* A.Ü. Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Enabilim Dalı, Yardımcı Doçenti ve Göz Hastalıkları Uzmanı.

Yeni Doğan Gözünün Özellikleri (1,3) :

Yenidoğanın göz muayenesi için el lambası, oftalmoskop ve lup yeterlidir. Muayene sırasında göz kapaklarını açmaya çalışmak, orbikularis okülüde kuvvetli bir cevaba neden olabilir. Bell fenomeni nedeni ile, pupilla ve kornea üst kapak altında kaybolabilir. Ayrıca yenidoğanda palpebral fissür de dardır. Bu nedenle muayenede kapak retraktörü kullanılabilir ve gerekli hallerde sedasyon yapılabilir. Yeni doğanda 18 mm olan palpebral açıklık erişkinde 30 mm.'ye ulaşır.

Yenidoğanla erişkin arasındaki en önemli gelişim farklarından birisi de orbitadadır. Yakın konumlanmış olan orbitalarda, düz burun köprüsü ve epikantal kıvrımlar nedeni ile yalancı şaşılık görülebilir. Horizontal çap vertikal çaptan biraz daha fazladır. 3 aylıktan 5 yaşına kadar vertikal çap daha fazla büyüyerek bu yaşta ikisi birbirine eşit hale gelir. Orbitanın gelişimi daha yavaş olarak puberteye kadar devam eder. Göz küresinin küçük yaşlarda enükle edilmesi ile, orbita gelişiminin durduğu ve yüzde asimetri meydana gelebileceği unutulmamalı ve enükleasyon zorunlu olmadığı hallerde puberte çağına kadar ertelenmelidir.

Göz yaşı bezi yenidoğanda tam anlamıyla fonksiyone değildir. Yardımcı bezler de sayıca azdırlar. Lakrimal pasajlar kapalıdır. Kısa bir zaman sonra punktumu kapatan hücreler lizise uğrayarak yolu açarlar. Ancak bu işlem bazan doğumdan haftalar, aylar sonra olabilir. İlk haftalarda göz yaşı bezi de az çalıştığı için çocukta epifora görülmez. Ancak bez çalışmaya başladığında pasaj hala açılmamışsa epifora oluşur ve bu zeminde enfeksiyonlar oluşabilir. Zararlı stimullara karşı refleks göz yaşı doğumdan itibaren mevcuttur. Psişik ve emosyonel göz yaşarması ise genellikle birkaç haftadan sonra oluşur.

Göz küresinin vücuda oranı, yenidoğanda erişkinden daha fazladır. Doğumdan sonra göz küresi diğer organlara oranla daha az büyür. Bu büyüme, 3 yaşına kadar olan hızlı büyüme devresi ve 3-14 yaşlar arası yavaş büyüme devresi olmak üzere iki aşamalıdır. Doğumda saggital çap 17.3 mm.'dir. Birinci aşamada 6 mm., ikinci aşamada 1.1 mm. büyür.

Sklera başlangıçta hafif mavidir. Kalınlaşıp hidrate oldukça beyaz rengini alır.

Yenidoğanda kornea çapı 10 mm.'dir. 1-2 yaşta erişkin çapına ulaşır. Göz küresinin hacmi doğumdan erişkinliğe kadar yaklaşık 3 misli arttığı halde kornea bundan çok az etkilenir. Ancak çocuk korneası-

nın, erişkin korneasından farkı göz içi basıncını arttıran patolojik hal-lerde çapının genişlemesidir.

Ön kamera derinliği yeni doğanda fazladır. Zamanla 0.5 mm. ka-dar daralır. Yenidoğanın pupillası güvenle dilate edilebilir. Dar açı glokomu normal bir infantda oluşmaz. Ön kamera açısının tam geli-şimi 2-4 yaşlarında olur.

Yenidoğanda dilatatör pupilla kasının tam oluşmaması nedeni ile pupilla miyotiktir. Bu nedenle dilatasyon için parasempatik blökrü ve sempatik stimülatörü kombinasyonundan oluşan ilaçlar daha iyi sonuç verir. Dilatatör pupilla kası 5 yaşında normal gelişimini tamamlar.

Beyaz ırkta iris stroması genellikle açık renklidir. Daha sonra stromadaki pigment konsantrasyonunun değişmesi ile koyulaşır.

Pupilla reflekslerinin intrauterin 5. ayda belirlediği bildirilmektedir. Yenidoğanda direkt ve indirekt pupil reaksiyonları mevcuttur. Prema-türelerde bu refleksler tam olmayabilir. Anizokori, nörolojik bir bo-zukluk yoksa normal kabul edilebilir.

Göz doğumda hipermetroptur. Yapılan araştırmalarda, yenido-ğanların % 80 inin hipermetrop, % 5 inin miyop ve % 15 inin ise emet-rop olduğu saptanmıştır. Hipermetropi 1 - 3 diyoptri civarındadır. Bu değer sabit kalabilir veya 5 - 6 yaşa kadar 1 - 2 diyoptri artabilir. Fiz-yolojik hipermetropi 7 yaşından sonra azalmaya başlar.

Visuel reflekslerin gelişimi, onları sağlayan anatomik yapıların ge-lişimini tamamlamaları ile ilgilidir. Fiksasyon refleksi doğumda çok za-yıftır. Ancak çok kuvvetli ışığa karşı mevcuttur. Gözlerin hareketleri gayrımuntazamdır ve konjuge değildir. 5 - 6 hafta içinde ışığı takip başlar. Kırma refleksi 7 - 8. haftada gözlenir. Bilinçli ve daha küçük objelere fiksasyon üçüncü ayı bulur. Akomodasyon 4 - 6 ayda, binokü-ler refleksler 6. ayda gelişir.

Retina doğumda tam gelişimini tamamlamamıştır. Ayrıca pigment eksikliğinden dolayı koroidal yapı daha gelirdir. Optik disk sarı-şınlarda daha belirgin olmak üzere, erişkine göre soluktur. Optik atro-fiden ayrımı güç olabilir. Maküla diğer retina bölümlerine göre daha geç gelişir ve ancak 4. ayda tam belirginleşir. Retina muayenesi ideal olarak dilate pupilladan yapılır. Ancak sistemik reaksiyonlar nedeni ile kullanılacak ilaç konsantrasyonları titizlikle seçilmeli ve sistemik etkiyi önlemek için absorpsiyonu azaltmak amacı ile damla koyma iş-lemi sırasında punktumlar elle kapatılmalıdır.

Birinci basamakta periyodik çocuk kontrollerına ilave edilmesi gereken temel göz muayenesi görme keskinliğinin değerlendirilmesi, bir el lambası, bir lup ve bir oftalmoskop yardımı ile gözün yardımcı organlarının, ön segmentinin, iki gözün birlikte hareketlerinin ve fundusun kontrolunu içerir.

Küçük çocuklarda görme keskinliğinin değerlendirilmesi zordur. Bu değerlendirme ancak göz kliniklerinde uygulanabilecek özel testler (mecburi tercih edilen bakış, kontrast duyarlılık testleri, görsel uyarrılı cevap, optokinetik nistagmus) ile yapılabilir. Bu testler ile alınan sonuçlar birbirinden farklı olabilirse de, normal bir bebekte görme keskinliğinin yaş ile ilişkisi aşağıdaki gibi kabul edilmektedir (6).

YAŞ	GÖRME KESKİNLİĞİ
Yenidoğan	6/260
1 ay	6/180 - 6/90
4 - 6 ay	6/18 - 9 - 6
3 yaş	6/6

Normal bir bebekte görme keskinliği 3 yaşta tam derecesine ulaşmaktadır. 2 yaşın altındaki çocuklarda görme keskinliğinin basit bir değerlendirmesi için, ışığı takip etme ve objelere fiksasyon yapabilme durumu araştırılır. Bir bebek 3 aylıktan itibaren ışığı takip eder, 4 - 6 aylıktan itibaren de oyuncakları yakalamaya çalışır. Bebek ışığı santalıda ve devamlı olarak fikse edebiliyorsa, görmesi büyük olasılıkla normaldir. Fiksasyon eksantrik ve sabitse genellikle normalin altında bir görme keskinliği, hem eksantrik hem de sabit değilse zayıf bir görme keskinliği, hem eksantrik hem de sabit değilse zayıf bir görme keskinliğine sahip olarak değerlendirilir.

2 yaş civarı çocuklarda çeşitli oyuncakların resimlerini önce iki göz açıkken, sonra her iki göz ayrı ayrı kapatılarak belirli mesafelerden göstermek yoluyla görme keskinliği değerlendirilebilir. 2-3 yaşındaki çocukların resimleri 3.5-4 metreden, 3-4 yaşındakilerin ise 4.5-6 metreden tanınmaları yeterlidir. Çocuğun iki gözü arasında 1.5 metrelik fark, bir gözde görme keskinliğinin yetersiz olduğunu gösterir.

Ayrıca 3-4 yaşından itibaren değişik yönlerde konumlanmış E harfleri veya kırık halkaları içeren görme eşelleri kullanılabilir. E harfinin bacalarının yönü ve halkaların açık kısımları sorularak, her iki gözde görme keskinliği ayrı ayrı değerlendirilebilir.

Görme keskinliğinin yetersiz olarak saptandığı tüm olguların, bir göz uzmanının olduğu ikinci basamağa sevki gerekir.

Temel göz muayenesinde birinci basamak düzeyinde saptanabilecek önemli patolojiler aşağıda incelenmiştir :

1. KONJENİTAL ANOMALİLER :

Gözün yardımcı organlarının, göz küresinin veya bazı anatomik bölümlerinin hiç gelişmemiş, eksik gelişmiş yada anormal gelişmiş olmasıyla ortaya çıkan çeşitli konjenital anomaliler görülebilir. Bunlar arasında göreceli olarak sık rastlananlardan birisi konjenital pitozistir. Konjenital pitozis küçük yaşlarda farkedildiği halde, iyi olur ümidi ile ailece önemsenebilir. Halbuki konjenital pitozis kendiliğinden iyileşmez. Tek taraflı olgularda o gözde ambliyopi gelişebilir. İki taraflı olgularda tedavinin gecikmesi ise yüz ve baş pozisyonunda anormalliklere sebep olabilir.

Göz kürelerinin tek veya iki taraflı anormal olarak büyük olması (buftalmus), bu çocukların konjenital glokom açısından tetkikini gerektirir. Bu durumda kornea çapında büyüme (> 12 mm) ve kornea ödemi de sıklıkla eşlik eden bir bulgudur.

Mavi sklera her iki gözde görülen herediter bir anomalidir. Çok defa kemiklerde ileri derecede frajilite, oynaklarda dislokasyonlar ve sağırılık gibi diğer değişikliklerle birlikte görülür. Dominant olarak nakledildiğinden bir aileden birden fazla çocukta görülebilir.

İrisde rastlanabilecek konjenital anomaliler heterokromi, nevus, pupillanın birden fazla olması veya yerleşim anomalisi, aniridi ve iris kolobomudur. İris kolobomu sıklıkla lens veya koroidin kolobomu ile birlikte görülür. Albinismus ise konjenital ve herediter bir pigment eksikliğidir. Pigment eksikliği sadece iriste ise görme genellikle normaldir. Koroid ve retinanın da pigmentsiz olduğu durumlarda fotofobi ile birlikte ileri derecede görme düşüklüğü, nistagmus ve refraksiyon bozuklukları vardır.

Lens ile ilgili olarak en sık rastlanan konjenital anomali konjenital kataraktlardır. Çocukluk döneminde titizlikle değerlendirilmesi gereken lökokorinin en önemli nedenlerinden birisidir. Olguların % 10 - 25 inde herediter geçiş saptanmıştır. Ayrıca konjenital heredofamilyal hastalıklar, anne veya bebeğe ait metabolizma bozuklukları ve embriyopatilere bağlı olarak meydana gelebilmektedir (4,5). Embriyopati yoluyla katarakt oluşumuna neden olanlar özellikle gebeliğin ilk üç ayın-

da etkin olurlar. Bunlar, viral (rubella, epidemik hepatit, kabakulak, polio, kızamık, su çiçeği), bakteriyel, paraziter (toksoplazma), toksik (kortikosteroid ve sülfamidler), annenin malnütrisyon ve avitaminazları, Rh uyumsuzluğu ve x ışınları olarak sayılabilir. Etkin ve yeterli bir antenatal bakımla sayılan nedenlere bağlı konjenital kataraktların önlenebileceği açıktır. Ayrıca prematürel ve fütüste anoksiye neden olan zor doğum ve gebelik toksemisi gibi durumlar da suçlanmaktadır. Tedavisi cerrahi olan bu durumun saptanır saptanmaz hem tanının kesinleştirilmesi ve hem de ameliyat zamanının planlanması açısından hemen ikinci basamağa sevki gerekir.

2. DOĞUM TRAVMALARINA BAĞLI GÖZ PATOLOJİLERİ :

Geliş anomalileri, baş pelvis uygunsuzluğu, uzamış doğum eylemi ve alet kullanımı bebeğin gözlerinde bazı patolojilere neden olabilir. Doğum travmasına bağlı olarak göz kapaklarında ödem, ekimoz ve peteşiler oluşabilir. Travmatik retrobulber hemoraji ve orbita kemiklerinde kırığa bağlı proptosis dramatik bir tablodur ve acil tarsorafi gerekebilir. Daha nadir olarak lokal orbital travma veya intrakraniyal hemorajilere bağlı olarak pitozis, anizokori ve paralitiktirte şaşılıklar görülebilir.

Yenidoğanda, özellikle forseps kullanılanlarda ödeme bağlı diffüz kornea bulanıklığı gelişebilir. Genelde bulanıklık 7 - 10 günde kaybolur. Daha uzun sürerse desme membran rüptürü söz konusudur ve bu olgularda kalıcı lökomlar oluşabilir. Bu lökomlar şaşılık ve ambliyopiye yol açabilirler. Doğum travmasına bağlı ödemi, korneada ödeme neden olan konjenital glokom, interstisyel keratit ve bazı metabolik hastalıklardan ayırt etmek gerekir. Genellikle tek taraflı olması, doğum travması öyküsü, orbital travma belirtileri, korneanın zamanla saydamlaşması ve göz içi basıncının normal olması ayırıcı tanıda yardımcıdır.

Doğum travmasına bağlı olarak retina hemorajileri, daha nadir olarak hifema ve vitreus hemorajileri oluşabilir. Retina hemorajileri genellikle bir haftada kaybolur ve makülaya oturmadıkları sürece ileride görme problemi oluşturmazlar.

3. PREMATÜRİTEYE BAĞLI GÖZ PATOLOJİLERİ :

Prematüre retinopatisi, eski adıyla retrolental fibroplazi çocukluk dönemi körlüklerinin önemli nedenlerinden birisidir. Patojenizde sorumlu tutulan faktörler : prematürte, düşük doğum ağırlığı, oksi-

jen tedavisi, E vitamini yetmezliği gibi nedenlerdir. Özellikle henüz retina gelişimini tamamlamadan doğan prematüre bebeklerde meydana gelir. Nadiren miadında doğmuş bebeklerde de görülebilir. Bu retina gelişiminin, diğer organ sistemlerinin gerisinde kalmış olması ile açıklanmaktadır.

1950 lerde hastalığın yüksek konsantrasyonda oksijen verilmesine bağlı olduğu düşünülerek, prematürelerde oksijen kısıtlamasına gidilmiştir. Ancak bunun sonucunda hyalin membran hastalığı ve idyopatik distress sendromuna bağlı olarak neonatal mortalite ve morbidite artmış, serebral palsy ve nörolojik hastalıkların insidansında yükselme olmuştur. 1980 lerden sonra prematürelerde oksijen monitarizasyonu sağlandıktan sonra, hastalığın insidansında bir gerileme olmayıp, sadece evrelerinde gerileme gözlenmiştir.

Hastalığın lökokori görünümünü kazanması, ancak total retina dekolmanının geliştiği son evrelerde olmaktadır. Erken tanı için tüm prematüre bebeklerin 1 aylıkken göz uzmanınca muayenesi uygundur.

Ayrıca bu bebeklerde yüksek miyopi, katarakt, kornea patolojileri ve sekonder açı kapanması glokomu da ortaya çıkabilmektedir.

4. ÇOCUKLUK DÖNEMİ GÖZ ENFEKSİYONLARI :

Oftalmia neonatorum : Eskiden yenidoğanın gonokoksik orijinli göz enfeksiyonları için kullanılan bu terim, günümüzde yaşamın ilk 10 gününde ortaya çıkan hiperakut, pürülan tüm konjunktivitler için kullanılmaktadır. Yenidoğanda gonokoksik konjunktivitler, gözün vajen sekresyonu ile teması sonucu, yaşamın ilk 1 - 2. gününde ortaya çıkar. Tek taraflı başlasa bile kısa zamanda bilateral olur. Kapaklar ödemli, konjunktiva ileri derecede kemotiktir, bazan kapak aralığından taşar. Önceleri seröz nitelikte olan akıntı, sonraları pürülan bir görünüm alır ve sarı yeşil renge dönüşür. Kapaklar açılmak istendiğinde dışarı pü fıskırır. Bu nedenle göz açılmaya çalışılırken, hekimin koruyucu gözlük takması gerekir. Tedavide topikal ve sistemik penisilinler kullanılır. Tedavisiz kalan olgularda, kornea tutulumu olur. Kornea perforasyonu ile göz kaybedilir. Crede'nin ortaya koyduğu, doğumdan hemen sonra % 1 lik gümüş nitrat uygulaması ile, yenidoğanda gonokoksik konjunktivitler oldukça seyrekleşmiştir. Ancak sonraları, bu profilaktik yöntemeye karşı gelişen iatrojenik kimyasal konjunktivitler sorun olmaya başlamıştır. Gümüş nitrata karşı oluşan bu kimyasal konjunktivit, genellikle birinci günde başlar, tek taraflıdır ve 3 - 4 günde ken-

diliğinden iyileşir. Ancak pek nadir olmayarak bu zemine bakteriyel enfeksiyonlar eklenerek tablo ağırlaşır.

Yenidoğanda gonokok dışındaki bakteriyel etkenlerle de pürülan konjunktivitler meydana gelebilir. Bunlar genellikle stafilokok, streptokok, H. İnfluenza ve pnömokoklardır. Doğumun 5 - 6. günlerinde ortaya çıkan bu pürülan konjunktivitler için topikal antibiyotiklerin kullanılması uygundur.

Ayrıca yenidoğanda, chlamydia trachamatozisin etken olduğu inküzyon konjunktiviti de görülebilir. Yaşamın 5 - 10. günlerinde bilateral, akut ve pürülan bir konjunktivit ortaya çıkar. Palpebral konjunktivada papiller hipertrofiler görülür.

Yine yenidoğanda, göz yaşı sisteminin gelişim fizyolojisine bağlı olarak, konjunktivit ve/veya kese ve göz yaşı kanallarını tutan enfeksiyonlar ortaya çıkabilir.

Çocukluk ve okul çağı döneminde çeşitli etkenlere bağlı olarak blefaro ve keratokonjunktivitler meydana gelebilir. Bulaşıcılığın yüksek olması nedeni ile salgınların önlenmesine yönelik tedbirlerin alınması ve bu konuda eğitim esastır.

Çocukluk döneminde rastlanan göz içi enfeksiyonları ise ileri tetik ve tedavi gerektirmekte olup, hemen ikinci basamağa sevk edilmelidir.

5. BESLENME BOZUKLUKLARINA BAĞLI OLANLAR :

Çocukluk döneminde beslenme yetersizliğine bağlı olarak görülen en önemli göz hastalığı kseroftalmidir. Günümüzde sayıları 1 milyon civarında olan çocukluk dönemi körlüklerinin yarısının bu nedenle oluştuğu bilinmektedir. A vitamini eksikliğine bağlıdır. Dengesiz ve yetersiz beslenmenin yanı sıra, anne sütü almayan çocuklarda sıktır. Kornea yakınında üstü köpük şeklinde bir sekresyon ile kaplı, tabanı korneaya doğru üçgen biçimindeki «bitot lekesi» ile başlar. Çok defa gece körlüğü ile birlikte dir. Konjunktiva kuruluğu (kserozis) görülür. Daha sonra kornea bulanık bir hal alarak keratomalazi tablosu meydana gelir. Epitel yer yer dökülerek kornea ülserleri ve sonunda kornea perforasyonu oluşur.

Birinci basamakta dengeli ve yeterli bir beslenmenin temini ile, bu hastalığa bağlı göz komplikasyonları ve körlükler önenebilir.

6. LÖKOKORİ :

Tek veya iki taraflı olarak pupillada beyaz, pembe veya sarı beyaz refleye lökokori denir. Çeşitli nedenlerle oluşabilir :

1. Retinoblastom
2. Konjenital katarakt
3. Pseudoretinoblastom
 - persistant hiperplastik primer vitreus
 - retrolental fibroplazi
 - optik disk ve koroid kolobomu
 - uveit
 - coats hastalığı

Bir lökokori saptandığında, sebep ne olursa olsun, ileri tetkik ve tedavi için hasta ikinci basamağa sevke edilmelidir.

7. ŞAŞILIK VE KIRMA KUSURLARI :

İki gözün eksenlerinin birbirine paralel durumunun bozulmasına şaşılık denir. Şaşılık manifest, latent veya intermittent olabilir. Kaymanın oluştuğu göze göre de monoküler veya alternan olarak gruplanır.,

Şaşılıklar optik, sensoriyel, motor veya psikolojik nedenlere bağlı olabilir. Kıрма kusurları, özellikle hipermetropiler şaşılığın meydana gelmesinde önemli yer tutarlar. Hipermetroplar içe kaymaya, miyoplar dışa kaymaya eğilimlidir. Şaşılığın kendisi herediter değildir, ancak onu meydana getiren sebepler, özellikle kırma kusurları herediter olduğundan, şaşılık da herediter bir vasıf gösterebilir.

Bir şaşılık olgusu değerlendiriliyorken «görmeyen göz kayar» ilkesi hiç unutulmamalı ve nedene yönelik araştırma yapılmalıdır.

Bazı ailelerde, küçük çocuklarda göz kaymasının normal olduğu ve zamanla düzeleceği şeklinde yanlış bir inanış vardır. Birinci basamakta hizmet veren bir hekim, şaşılık olgularında uyarıcı ve yol gösterici olmalıdır. Bazan detaylı bir muayene ile, bir şaşılık olgusunun zemininde bir göz içi tümörü veya makülayı tutan önemli bir göz hastalığı saptanabilir. Ayrıca refraksiyon kusurlarına bağlı şaşılık olgularının erken dönemde uygun gözlüklerle düzeltilmesi, ileride irreversible olan ambliyopileri önler. Sonuç olarak birinci basamakta temel göz muayenesi sırasında şaşılık ve/veya görme keskinliğinde yeter-

sizlik saptanan tüm olguların ikinci basamağa sevki zorunludur. Refraksiyon kusurlarının tesbitine yönelik göz taramalarının, alışlageldiği gibi sadece okul çağı döneminde yapılması yetersizdir. Bu dönemde irreversib olan ambliyopiyodik kontrollara kaydırılması gerekmektedir.

SONUÇ :

Yazının başında da belirtildiği gibi, bugün dünyada görme keskinliği körlük düzeyinde olan 1 milyon çocuk yaşamaktadır. Ayrıca gelişmekte olan toplumlarda, körlük açısından risk altındaki çocukluk dönemi körlüklerin öncelikli nedenleri toplumların gelişmişlik düzeyine göre değişmektedir. Örneğin gelişmekte olan toplumlarda Vit A yetersizliği, kızamık, trahom gibi bulaşıcı göz hastalıkları ve annenin gebelik döneminde geçirdiği rubella gibi enfeksiyonlar bu körlüklerin esas nedenleridir. Tüm bu nedenler, etkin ve yeterli ana-çocuk sağlığı hizmeti, beslenme, çevre sağlığı hizmeti ve sağlık eğitimi gibi birinci basamakta alınacak tedbirlerle ortadan kaldırılabilir. Gelişmiş ülkelerde ise çocukluk dönemi körlüklerin esas nedeni genetik faktörlerdir. Gelişmekte olan ülkelerde, genetik faktörlere bağlı körlükler, daha önce sayılan nedenlerin çokluğu yanında göreceli olarak önemsiz gibi görülebilirler. Ancak bu hastalıkların ortaya çıkışını azaltmak açısından, yakın akraba evlilikleri konusunda yapılacak eğitim ve danışmanlık hizmetleri birinci basamak hekiminin görevi olmalıdır.

Bu bilinçle yetiştirilmiş, birinci basamak sağlık hizmeti görevlisi, temel göz muayenesini, periyodik çocuk kontrolleri ile bütünleştirerek, çocukluk dönemi körlük ve hastalıklarının önlenmesinde etkin bir rol alabilir.

ÖZET

Okul öncesi dönemde yapılan periyodik çocuk kontrollerine temel göz muayenesinin katılması, bir çok çocukluk dönemi göz hastalığının erken tanı ve tedavisini mümkün kılacak ve daha sonra irreversibl olan görme kayıplarını engelleyecektir.

Ancak bu işlemin etkin olabilmesi için, bu muayeneyi yapacak birinci basamak sağlık hizmeti görevlisinin, mezuniyet öncesi ve sonrası dönemde uygun eğitim almış olması esastır.

Anahtar Kelimeler : Temel göz muayenesi, Çocukluk dönemi, Körlük

SUMMARY

Principles of the Basic Ophthalmologic Examination While Periodic Child Control in Primary Health care Services

Integration of the basic ophthalmologic examination to periodic child control, especially before the primary school, ensures early diagnosis and treatment of childhood ophthalmic disease and prevents irreversible loss of visual acuity.

However, it is important that personnel of primary health care services can be educated according to this reflection at school and post-graduate period.

Key words : Basic ophthalmologic examination, Childhood, Blindness

KAYNAKLAR

1. Fırat T Gözün Gelişimi, Göz Hastalıkları, Cilt I, 15-20, Emel Matbaacılık, 1980.
2. Foster A Johnson GJ Magnitude and Causes of Blindness in the Developing World, *International Ophthalmology*, 14 : 135-140, 1990.
3. Karakaşlar O Abanoz N İzgi B Urgancıoğlu M Yenidoğan ve Göz, *Türk Oftalmoloji Gazetesi*, Vol 12, 405-414, 1982.
4. Luntz MH : Clinical Types of cataract, *Clinical Ophthalmology*, Vol 1 : 73, Harper and Row Publishers, London, 1978.
5. Peyman AG Sanders DR Goldberg MF : Principles and Practice of Ophthalmology, Vol 1, Chapter 7, 510-12, 1980.
6. Sanaç AŞ . Görmenin Değerlendirilmesi, Şaşılık ve Tedavisi, Bölüm 4, 17-18, 1993.