

CƏRRAHİYƏDƏ TİBB BACILIĞI

(Tibb kollecləri tələbələri üçün dərslik)

Azərbaycan Respublikası Səhiyyə
Nazirliyinin Elmi -Tibbi Şurasının
20 noyabr 2020-ci il tarixli, 12 sayılı
qərarı ilə dərslik kimi təsdiq edilmişdir.

**“Elm və təhsil”
Bakı-2022**

Rəyçilər: *Nazim Hüseynov*
Ə.Əliyev adına ADHTİ-nin “Otorinolarinqologiya”
kafedrasının müdiri, tibb üzrə elmlər doktoru,
professor.

Qurbanxan Müslümov
A.M.Topçubaşov adına Elmi Cərrahlıq Mərkəzinin
əməkdaşı, tibb üzrə elmlər doktoru, professor.

Redaktor: *Akif Əfəndiyev*
Ə.Əliyev adına ADHTİ-nin “Otorinolarinqologiya”
kafedrasının dosenti, tibb üzrə fəlsəfə doktoru

İqbal Qabil oğlu Əmənullayev, Şəlalə Qəzənfər qızı Əmənullayeva.
Cərrahiyyədə tibb bacılığı (dərslük).
Bakı, “Elm-təhsil”, 2022, 624 səh., şəkilli.

İlk dəfə yazılmış hazırkı dərslük Dövlət Təhsil Standartlarının tələblərinə cavab verib, Tibb kolleclərində tədris olunan “Cərrahiyyədə tibb bacılığı” fənninin proqramına uyğun şəkildə tərtib edilmişdir. 2021-ci ilə kimi bu fənn “Cərrahi xəstəliklər otorinolarinqologiyasının əsasları ilə” adı altında tədris olunurdu.

Dərslüyə 5 bölmə - cərrahi fəaliyyətin elementləri, onun əsas istiqamətləri, qeyri-operativ cərrah texnika, cərrahi patologiyanın ümumi və xüsusi növləri daxil edilmişdir. Dərslükdə cərrahi xəstələrin müalicəsinin bütün mərhələlərində xəstəyə qulluq və nəzarət məsələlərinə böyük diqqət ayrılmışdır. Xəstənin kritik vəziyyətlərində həkimə qədərki və ilk tibbi yardımın metodları və prinsipləri təfərrüatı ilə şərh olunmuş, ən çox rast gəlinən müxtəlif patoloji vəziyyətlərdə lazım olan təxirəsalınmaz tibbi yardımın yerinə yetirilməsində, eləcə də, cərrahi xəstələrə qulluğun göstərilməsində mürəkkəb müalicə prosesinin daimi iştirakçısı olan tibb bacısının rolu nəzərə çarpacaq dərəcədə qeyd edilmiş və onun peşə vərdisləri toplanmışdır. Hər mövzunun sonunda tələbələrin biliklərini möhkəmləndirmək məqsədilə yoxlama sualları və situasiya məsələləri verilmişdir.

Dərslük tibb kolleclərinin tələbələri və təkmilləşdirmə kurslarının dinləyiciləri üçün nəzərdə tutulsa da ondan həmçinin cərrahiyyə şöbələrinin tibb bacıları, klinik təcrübə rəhbərləri, cərrahiyyə fənnini tədris edən müəllimlər də istifadə edə biləcəklər.

Bütün hüquqlar qorunur. Müəllifin yazılı icazəsi olmadan adı çəkilən nəşrin heç bir hissəsi və ya bütövlükdə istənilən vasitə ilə (elektron, mexaniki, fotosuratını çıxarmaq və s.) təkrar köçürülə, yayıla, hər hansı informasiya sistemində saxlanıla, dəyişilə və tərcümə edilə bilməz!

4702000000
N-98-2022 qrifli nəşr

© İqbal Qabil oğlu Əmənullayev
Şəlalə Qəzənfər qızı Əmənullayeva

ÖN SÖZ

Hazırkı dövrdə təbabətin, o cümlədən cərrahiyyənin inkişafı son dərəcə sürətlə baş verir. Yeni texnologiyaların tətbiqi, müasir avadanlıqlarla təchiz edilmiş tibb müəssisələrində işləmək, cərrahiyyənin inkişaf səviyyəsi peşəkar cərrahi biliklərə və kifayət qədər vərdişlərə malik tibb bacılarının hazırlığını tələb edir. Biologiyanın, biokimyanın, elektrotexnikanın ümumitexniki tərəqqisi əvvəllər sağlması mümkün olmayan bir çox xəstəliklərin müalicəsini mümkün və effektiv etmişdir. Xüsusilə transplantologiya sahəsində ciddi nailiyyətlər qazanılmışdır. Hazırda öz funksiyasını tam itirmiş üzvlər (ürək, ağciyərlər, qara ciyər, hipofiz, böyrəklər, mədəaltı vəzi) cərrahiyyə şəbələrində müvəffəqiyyətlə dəyişdirilə bilər. Artıq qopmuş ətrafların–barmaq, əl, qol, ayağın replantasiyası da mümkündür. Ətrafların uzadılmasına və ya qısdılmasına, istənilən üzvün mürəkkəb inkişaf qüsurlarının korreksiyasına imkan verən metodlar yaranmışdır. Yaşlı və qocalmış şəxslərin ağır xəstəliklərinin, bir sıra infeksiyon xəstəliklərinin müalicəsi metodları işlənib hazırlanmışdır.

Bütün bu nailiyyətlər ola bilməz ki, tibb işçilərinin də fəaliyyətində əks olunmasın və onların işini daha gərgin və daha məsuliyyətli etməsin. Müasir tibb bacısı sadəcə həkimin köməkçisi deyil, eləcə də o, özünün peşəkarlığı və vəzifəsini əməli sürətdə həyata keçirməsi sayəsində, cərrahi xəstələrə ixtisaslı tibbi yardım göstərilməsində mühüm rol oynayır. Əminliklə demək olar ki, əməliyyatın və ya müalicənin uğurunun 50%-i tibb bacısının işindən asılıdır. Xəstənin cərrahi müalicəsində tibb bacısının iştirakı cərrahın iştirakı qədər vacibdir. Çünki, əməliyyatın nəticəsi əksər hallarda vaxtında və düzgün göstərilən ilk yardımdan, xəstənin əməliyyata hazırlanmasından və əməliyyatdan sonrakı dövrdə xəstəyə düzgün qulluqdan asılı olur ki, bunu da çox vaxt tibb bacıları həyata keçirirlər. Cərrahiyyədə xəstələrə düzgün qulluq, onların sağlması üçün əvəzsiz bir töhfədir.

Cərrahiyyədə bütün tibbi personaldan xəstəyə yalnız diqqətli münasibət deyil, həm də onun iztirablarına şərik olmaq və həkimin təyinatlarını son dərəcə dəqiq və yüksək professional səviyyədə yerinə yetirmək tələb olunur. Tibb bacılarının bütün fəaliyyəti, pato-

loji proseslərin və funksional pozğunluqların mahiyyətini dərk etməklə möhkəmləndirilməlidir.

Hazırkı dərslik tibb kollecləri üçün bundan əvvəl nəşr olunmuş cərrahiyyə dərsliklərinə bənzəməyib, onlardan mükəmməl şəkildə fərqlənir. Tələbələr dərs vəsaitində məntiqə uyğun olaraq cərrahi fəaliyyətin elementlərini, cərrahi fəaliyyətin əsaslarını, cərrahi xəstənin müalicəsinin əsas istiqamətlərini, cərrahi patologiyanın ümumi və xüsusi növlərini ardıcılıqla öyrənə biləcəklər.

Dərsliyin cərrahiyyəyə aid olan mövzuları tibb üzrə fəlsəfə doktoru, dosent İqbal Əmənullayev, otorinolarinqologiyaya aid olan mövzuları isə həmin kollecin müəllimi, Lənkəran MRX-nın otorinolarinqoloqu işləmiş Şəlalə Əmənullayeva tərəfindən yazılmışdır.

Ümid edirik ki, hazırkı dərslik tələbələrin ilk gündən öz əmək fəaliyyətlərində inamlı və xəstələrə daha faydalı olmaları üçün cərrahiyyənin və otorinolarinqologiyanın nəzəri əsaslarının tam mənimsənilməsinə və təcrübi vərdişlərin kifayət qədər əldə edilməsinə imkan verəcəkdir.

Şübhəsiz ki, dərsliyin ilk nəşrində müəyyən çatışmazlıqlar olacaqdır. Gələcəkdə cərrahiyyədə tibb bacısının işini daha da təkmilləşdirilməsindən ötrü, tələbə və müəllimlərin bütün tənqid və təkliflərini razılıq hissi ilə qəbul edəcəyik.

GİRİŞ

MÖVZU 1. Cərrahiyyə və cərrahi xəstəliklər haqqında anlayış. Cərrahiyyənin inkişaf mərhələləri və tarixi

Tələbə bilməlidir.

- ✓ Cərrahiyyə və cərrahi xəstəliklər anlayışı;
- ✓ Cərrahiyyənin tarixi
- ✓ Cərrahiyyənin inkişafında Əbu Əli İbn Sina, Ambruaz Pare, Cozef Lister, E.Berqman, Morton, Cekson və s. rolu;
- ✓ Müasir cərrahiyyə.

Mühazirənin planı:

- Cərrahi xəstəliklərin təsnifatı;
- Cərrahiyyənin inkişafının əsas mərhələləri;
- Azərbaycanda cərrahiyyənin inkişafı;

Cərrahiyyə-yunan sözüdür. Hərfi tərcüməsi: “əl işi”, “ustalıq”, “sənət” deməkdir. Cərrahiyyənin belə dar anlayış şəklində tanınması bu fənnin məzmununa uyğun olmayıb, sırf tarixi əhəmiyyət daşıyır. Çünki vaxtilə cərrahlar əsasən “ustalıqla”- qan buraxmaqla, çıxıqları yerinə salmaqla, yaraları işləməklə məşğul olurdular. Hazırda isə cərrahiyyə termini altında toxumalara mexaniki təsir göstərməklə və ya onları kəsməklə patoloji ocağa yol açaraq onun ləğv edilməsilə müalicə oluna bilən xəstəlikləri və zədələnmələri öyrənən təbabətin aparıcı, vacib və geniş bir sahəsi başa düşülür.

Otorinolarinqologiya da yunan sözlərindən (“otos”-qulaq, “rhinos”-burun, “laringos”-boğaz) əmələ gəlmişdir. Qısaca LOR adlandırılır. Bu fənn qulaq, burun, udlaq və qırtlağın quruluşunu, funksiyasını və xəstəliklərini öyrənən cərrahiyyə sahəsidir. Tibb kolleclərində hazırda cərrahiyyə fənni otorinolarinqologiyanın əsasları ilə birlikdə öyrənilir.

Cərrahi xəstəlikləri aşağıdakı qruplara bölmək olar:

1.İnkişaf qüsurları və eybəcərliklər (anadangəlmə ürək qüsurları, üst dodağın bitişməməsi, sərt damağın bitişməməsi çoxbarmaq lılıq, burun çəpərinin ayrılığı və s.)

2.Zədələnmələr (yaralar, çıxıqlar, sınıqlar, yanıqlar, donmalar, elektrotravmalar və s.)

3.Cərrahi infeksiyalar (abses, fleqmona, badamcıqların iltihabları, osteomyelitlər, sümük-oynaq vərəmi və s.)

4.Şişlər (bədxassəli, xoşxassəli)

5.Nekrozlar

6.Parazit xəstəliklər (exinikokkoz, opistorxoz, sistoserkoz və s.)

7.Qarışıq xəstəliklər – xəstəliyin mərhələsindən və gözlənilən fəsadlardan asılı olaraq həm terapevtlər həm də cərrahlar tərəfindən müalicə olunan xəstəliklərdir (mədə və 12 barmaq bağırsağın xora xəstəliyi, ağciyərlərin absesi, öd kisəsinin iltihabı və s.)

Ümumiyyətlə, bütün cərrahi xəstəlikləri bir məqam birləşdirir. Bu xəstəliklər zamanı xəstəyə cərrahi yardım daha tez, xəstəliyin ilk saatlarında, daha ciddi fəsadlar inkişaf edənədək göstərilməlidir. Bununla əlaqədar tibb kolleclərində təhsil alan hər bir tələbə cərrahiyyənin əsaslarını mənimsəməli, gələcək tibb bacısının cərrahiyyədən kifayət qədər biliyi olmalıdır ki, təcili və təxirəsalınmaz vəziyyətlərdə xəstəyə yardım edə bilsin.

Hələ 4.5 min il əvvəl yazılmış Misir papiruslarının üzərindəki yazıda deyilir: “Cərrahiyyə- bütün elmlərin içərisində ən yaxşısı, səmanın qiymətli əsəri və şöhrətin əbədi mənbəyidir”.

Cərrahiyyənin inkişafının əsas mərhələləri və tarixi

Cərrahiyyənin inkişafını klassik spiral şəklində təqdim etmək olar. Spiralın hər bir burumu ayrı- ayrılıqda böyük mütəfəkkirlərin və praktik təbabətin vacib nailiyyətləri ilə əlaqədardır. Cərrahlığın tarixi 5 əsas dövrdən təşkil olunub:

1. Empirik (təcrübəyə əsaslanan) dövr. B.e.ə 6-7-ci minillikləri və b.e XVI əsrə qədər dövrü əhatə edir.

2. Anatom-morfoloji dövr.-XVI əsrin sonlarından XIX əsrin sonlarına qədər olan dövrü əhatə edir.

3. Böyük ixtiralar və kəşflər dövrü-XIX əsrin sonundan XX əsrin əvvəllərinədək olan dövrü əhatə edir.

4. Fizioloji dövr-XX əsrin cərrahlığı.

5. Müasir cərrahlıq dövrü- XX əsrin sonlarından XXI əsrin əvvəllərinə qədər olan dövr.

Empirik dövr. Təbabət tarixinin öyrənilməsi sübut etmişdir ki, cərrahiyyə ən qədim tibb ixtisası və tibb elmləri içərisində ən gənc sahələrdən biridir. Qədim zamanlarda insanlar özünə və bir-birinə kömək edərək yaraların sağalmasına, yad cisimlərin çıxarılmasına, yaranı sıxmaqla, ətrafı yuxarı qaldırmaqla, yaraya kül tökməklə və sarğı qoymaqla qanaxmaların dayandırılmasına, yaranın tikilməsinə, absesin yarılmasına və digər cərrahi manipulyasiyalarının aparılmasına cəhd göstərmişlər. Arxeoloji qazıntılar zamanı daş dövrünün insanın trepanasiya dəlikləri və amputasiya olunmuş ətraf olan skletinə rast gəlinmişdir. Bu sümüklərin öyrənilməsi göstərmişdir ki, insanlar belə defektlərlə uzun müddət yaşaya bilməmişlər. Deməli qədim insanın göstərdiyi cərrahi yardımın primitiv olmasına baxmayaraq, çox vaxt effektiv olmuşdur.

Tarixi sənədlərdən məlum olur ki, qədim misirlilər ətrafların amputasiyasını, kastrasiya əməliyyatını (axtalamaq) və uzun borulu sümüklərin sınıqları zamanı hərəkətsiz sarğı qoymağın texnikasını bacarırdılar. Onlar təbii məhsullardan (bal, yağ, şərab, meyvə şirələri və s.) istifadə edərək məlhəmlər hazırlayıb, yaraları müalicə edirdilər. Misir sərdabələrinin divarlarında və qədim papiruslarda ətraflar üzərində aparılan əməliyyatların şəkilləri indi də saxlanılır. Bundan əlavə hələ 5000 il əvvəl istifadə olunmuş sərdabələrdə daş bıçaqlar, sınıqların müalicəsi üçün şinalar, zondlar da müşahidə edilmişdir.

Bizim eradan 1500 il əvvəl qədim Hindistanda cərrahiyyə əhəmiyyətli dərəcədə inkişaf etmişdi. Qədim hindlilərin tikiş materialları (sap, tük) və xüsusi iynələri var idi. Cərrahi iynələrdən istifadə edərək toxumaları tikmək texnikasını bacarırdılar. Onlar kesar kəsiyi və burunun bərpasına görə aparılan plastik əməliyyatlar zamanı istifadə edilən müxtəlif cərrahi alətlərə malik idilər. Hindistanlı həkimlər əməliyyatlar zamanı yüzdən çox müxtəlif alətlər (kəsicilər, mişarlar, çəkiç, kəlləni açmaq və döş qəfəsini deşmək üçün alətlər, güzgülər və s.) tətbiq edirdilər. Onlar traxeotomiya etməyi də bacarırdı, qanaxmaları dayandırmaq məqsədi ilə sıx sarğılardan və qaynar yağlardan istifadə edirdilər. Qədim Hindistanda cərrahlar plastik əməliyyatlar haqqında xüsusi məlumatlara malik idilər. Bu baxımdan "Hind rinoplastikası" xüsusi maraq doğurur. O zaman oğruluq və

digər xətalara görə qulların burnunu kəsərdilər. Sonralar bu qüsuru aradan götürmək üçün mahir ustalar alından kəsilmiş xüsusi ayaqcıq üzərində dəri loskutu ilə burunu əvəz edərdilər. Bu üsul “Hind plastikası” adı ilə cərrahiyyənin salnaməsinə daxil olub və bu vaxtadək istifadə edilir. Eramızdan 200 il əvvəl Assuriya və Vavilon-da bürünc bıçaqların köməyi ilə bəzi əməliyyatlar yerinə yetirilirdi.

Bizim eradan 900 il əvvəl qədim Yunanıstanda və qədim Romada cərrahiyyə özünün inkişafının yüksək səviyyəsinə çatmışdı. O zamanlar həkimlər yaraların müalicəsində, qanaxmalar ilə mübarizədə, yad cisimlərin çıxarılmasında və s. daha uğurlu nailiyyətlər əldə etmişdilər. Bizim eradan əvvəl V əsrdə yaşamış (460-377 ci illər) böyük yunan həkimi Hippokrat cərrahiyyənin və təbabətin elmi əsasını qoydu. Hippokrat irinli yaraların sağalmasının və qanaxmaların dayandırılmasının metodikasını işləmişdi. O, əməliyyata hazırlıq zamanı ciddi təmizliyə riayət etməyi məsləhət görür, sarğılar və əməliyyatlar zamanı qaynamış təmiz yağış suyundan və şərəbdən istifadə etməyi tövsiyə edirdi. Sınıqların müalicəsi zamanı özünəməxsus şinalardan, sklet dartması məqsədilə sadə aparat tətbiq edir, masaj və gimnastikadan istifadə edirdi. Hippokratın yara və yaraların sağalması haqqındakı baxışları bu məsələ ilə bağlı müasir fikirlərə çox yaxındır. Hələ o vaxt öz əsərlərində yaraların I-li sağalmasını yaranın irinlənməməsi, II-li sağalmasını isə yarada irinli möhtəviyyətin əmələ gəlməsi haqqında yazmışdı. O, yaraların irinlənməsinə səbəb havanı hesab edirdi. Fleqmona, sepsis kimi irinli proseslər, tetanusun simptomları haqqındakı yazıları onun bu xəstəliklər haqqında dərin biliklərinin olmasına və müalicəvi manipulyasiyaların rolunun düzgün anlanılmasına dəlalət edirdi. Hippokrat yüksək cərrahi texnikaya yiyələnərək çoxlu cərrahi əməliyyatların metodikasını işləyib hazırlamışdı. Onun işlədiyi qabırğaların rezeksiyası, irinli plevritlərdə prevral boşluğun drenajlanması əməliyyatları öz əhəmiyyətini hələ də itirməmişdir. Hippokrat üsulu ilə bazı sümüyünün yerinə salınmasından bu gün də istifadə edilir. Hippokrat xəstənin xarici görkəminə görə sifətinə baxmaqla ona peritonit diaqnozu qoyurmuş. O vaxtdan qalmış “Hippokrat sifəti” termini də Hippokratın müşahidələrinə əsaslanaraq belə adlandırılmış və bu gün peritonit diaqnozunun qoyulmasında istifadə edilir. Baş yara-

lanmalarında istifadə edilən “Hippokrat papağı” sarğısı bu gün də öz aktuallarını itirməmişdir. Hippokratın tələbələri öz ağır və maraqlı peşələrinə sadıq qalacaqları haqqında and qəbul edirdilər. Tibb məzunları bu gün də öz tərbiyəvi əhəmiyyətini itirməyən “Hippokrat” andını içirlər. Bir sözlə o, elmi təbabətin banisi adını qazana bilmiş, fiziologiya və anatomiya aid dəqiq məlumatı olmayan Hippokrat elmi cərrahlığın əsasını qoymuşdu.

Qədim həkimlər – Hippokrat, Sels, Aristotel LOR üzvlərinin xəstəliklərini də müalicə edə, burun poliplərini çıxara və intubasiya etmək metodlarını bilirdilər. Qulağın ağız boşluğu ilə əlaqəsi Aristotelə bəlli idi. Bizim eranın I yüzilliyində yaşamış Romanın görkəmli həkimi Korneli Sels özünün təbabətə və cərrahiyyəyə həsr etdiyi elmi əsərlərində anatomiyanın elementləri, ilk dəfə olaraq iltihabın klassik əlamətləri və bir sıra əməliyyatların yerinə yetirilmə texnikaları haqqında geniş məlumatlar vermişdi. Sels travma və əməliyyatlar zamanı zədələnmiş damarları bağlamaq üçün ilk dəfə olaraq liqaturaları təklif etmişdi. O, amputasiya, sidik kisəsindən daşın kəsilib götürülməsi, kataraktanın çıxarılması, kəllənin trepanasiyası əməliyyatları, eyni zamanda sınıqlar, çıxıqlar və s. müalicəsi haqqında yazdığı yazılar bu gündə öz aktuallığını itirməmişdir.

Roma təbabətinin sonrakı inkişafına Klavdi Qalenin (130-210-cu illər) əməyi çox böyük təsir göstərmişdi. O, tibbi tədqiqatları eksperimental istiqamətə yönəlmiş və özündən sonra anatomiya, fiziologiya, praktik cərrahiyyə haqqında çoxlu dəyəri məlumatlar saxlamışdır. O, qanaxan damarın burulması yolu ilə qanaxmaların dayandırmaq metodikasını işləyib hazırlamışdır. Tikişləri qoymaq məqsədi ilə o ilk dəfə ipək saplardan istifadə etmiş, dovşandodaqlıq və başqa əməliyyatların icrasını öz yazılarında təsvir etmişdi. II əsrdə yaşamış Qalenin fikirləri təbabətdə sonrakı 13 əsrdə hökmranlıq etmişdi. Onun fikirləri kilsə tərəfindən qanuniləşdirilmişdi. Bunlardan azacıq kənara çıxanlar küfr etmiş hesab olunur və kilsə tərəfindən cəzalandırılırdılar. Orta əsrlərdə də kilsənin hökmranlıq etməsi nəticəsində cərrahiyyə geniş inkişaf edə bilmirdi. Meyitlərin yarılması və əməliyyatlar qan tökülməsi ilə bağlı olduğundan qadağan edilmiş və “günahkarlar” ölüm ilə cəzalandırılırdı. Kilsə meyit yar-

maq, qan tökməklə yanaşı cərrahi əməliyyatlar aparmağı da qadağan etmişdi (1215-ci ildə).

Orta əsrlərdə Ərəb təbabəti daha çox şöhrət tapmışdı. Məşhur ərəb həkimlərindən Razi (864-925-ci illər) günəş işığında qulağa baxırmış. Cərrahiyyənin inkişafına geniş biliyə malik, təbiət elmlərini, təbabət və fəlsəfəni dərinlən bilən, şərqin praktik həkimi və alimi Əbu Əli İbn Sina böyük töhfələr vermişdi. O özündən sonra 100-dən çox elmi əsər saxlamışdır. Öz dövrünün nəzəri və praktik təbabətin xarakteristikasını verən onun beş cildlik "Həkimlik sənətinin qanunları" əsəri diqqəti daha çox cəlb edərək cərrahiyyəyə həsr etdiyi bölmələr onun cərrahi məsələlərdə daha dərin biliyə malik olduğunu göstərirdi. Bu kitabda qulaq, burun və boğaz xəstəliklərinə də böyük bir fəsil həsr edilmişdir. O, əməliyyatlar zamanı xəstəyə tiryək, bəngotu, çətənə və mandraqora verməklə narkoz tətbiq edirdi. İbn Sinanın bədxassəli işlərin müalicəsində tətbiq etdiyi metod prinsipcə müasir metodlara yaxındır (erkən diaqnostika, şişin sağlam toxumanı əhatə etməklə geniş kəsilərək götürülməsi və vəzi toxumasının yandırılması.) O, böyrəklərdən və öd kisəsindən daşın çıxarılması əməliyyatını məharətlə icra edir, çıxıqları əllə yerinə salır, heyvan dərisindən hazırlanmış elastik kateterdən istifadə etməklə sidiyi boşalda bilirdi.

O zaman cərrahlar təbabətdən xaric edilərək dəlləklər, ustalar sırasına daxil edilmişdilər. Dəlləklər həm baş qırxır, həm də xəstədən qan almaqla müalicə ilə məşğul olurdular. Cərrahiyyə, əsasən də hərbi cərrahiyyə çox vaxt heç bir biliyi olmayan əsnafların, dəlləklərin, dişçəkənlərin, sınıqçıların, hamamçıların və qanburaxanların əlinə düşmüşdü. Onlar yaşlı ustalardan əldə etdiyi bazarlara və yarmarkalara gedərək öz xidmətlərini təklif edirdilər. Cərrahi müalicə üsullarını təkmilləşməsinə baxmayaraq, tibb məktəblərində yalnız daxili xəstəliklər tədris olunurdu. Cərrahlıq isə bir elm kimi sayılmırdı. XVIII əsrin axırlarına kimi cərrahlıq tibb elminin aşağı səviyyəsində dayanmışdı. Cərrahlar yalnız təbii fəlakətlər, müharibələr, ağır yaralanmalar zamanı yada düşürdülər. Dəlləklər içərisində xeyli cahil və nadan adamlar olsada, görkəmli şəxsiyyətlər də var idi. Bunlara Ambruaz Pareni, Paraselsi, Lukkanı, Henri de Mondavilyeni, Gi de Şoliakı, Bruno de Lonqoburqonu misal gös-

tərmək olar. Lukka yaraların müalicəsində ağrıları azaltmaq üçün alkoqol işlədir, xüsusi süngərdə isladılmış maddələrlə tənəffüs etməyi məsləhət görürdü. Lonqoburqo yaraların I-li və II-li cərrahi yolla sağalmasını müəyyən etmişdi. Mondovilya yaraların zondlamasını irəli sürür və tamponsuz tikiş qoymaqla müalicə etməyi təklif edirdi. Şoliak bud sınığında dartma üsulunu və bağırsağ zədələnmələrində bağırsağa tikişlərin qoyulma texnikasını təklif etmişdi. Cərrahlıq təbabət elmləri sırasına daxil edilməmişdi. Məhşur cərrah, anatomiya dərsliyinin müəllifi Tomas Viker kral tibb kollecini deyil, dəlillər zümresinin üzvü idi. Tibb fakültələrində oxuyan tələbələrə bircə cərrahlıq tədris edilmirdi. Hələ çox illər lazım olacaqdı ki, onlar tam hüquqlu həkim kimi sayılmalarına nail olsunlar. Lakin yaraları, sınıq və çıxıqları müalicə etməyi, qanaxmaları saxlamağı bacaran insanlar öz təcrübələrini şagirdlərinə öyrətməklə bu sənəti yaşada bilirdilər. Bu dövrdə cərrahların böyük müvəffəqiyyətlər və təcrübə qazanmaqlarına baxmayaraq onlara dəlil (bərbər) kimi münasibət göstərərək həkim təbəqəsinə aid etmirdilər. Cərrahlara elmlə və müalicə ilə məşğul olmaq qadağan edilmişdi. Cərrahları həkimlərlə bərabər səviyyədə tutmaq ağılsızlıq sayılırdı. Cərrah yalnız həkimin xidmətçisi və ya köməkçisi ola bilirdi. Buna baxmayaraq o zaman onlar artıq əməliyyat zamanı ağrısızlaşdırmadan istifadə edir və yaraları yuxarıda göstəriləni kimi tamponsuz, tikiş qoymaqla müalicə edirdilər.

Dövrün cərrahlarının parlaq nümayəndələri Ambruaz Pare və Parasels təcrübəli hərbi cərrahlar idilər. A.Pare yaraların sağalmasının metodikasını işləmiş və sarğıların büzüşdürücü maddələrlə qoyulmasını təklif etmişdir. O, güllə yaraları haqqında təlim yaratmışdı. Amputasiyaların texnikasının təkmilləşdirməsi və qanaxmaları dayandırmaq məqsədilə qan damarlarının yarada bağlanması üsulu onun böyük xidməti idi. Ona qədər xəstələr əməliyyat zamanı qanitirmədən ölürdülər. Qanaxmaları dayandırmaq üçün ya qızmar dəmirlə yaraya dağ basır, ya da qaynar yağ tökürdülər. Bu, narkozun olmadığı bir dövrdə xəstələr üçün böyük bir işgəncə idi. Bunlardan başqa o, bu gün də mamalıq təcrübəsində istifadə edilən, dölnün köndələn yerləşməsi zamanı onun vəziyyətinin əllə xaricdən bətdaxili dəyişdirilməsi və təbii yolla doğuş üsulunu təklif etmiş-

di. Damarları tutmaq üçün xüsusi alət yaratmış və yaraların qaynar yağ ilə işlənməsinin əleyhinə çıxış edirdi. Onun sayəsində cərrahlıq yeni bir elmi istiqamət aldı və cərrah tam hüquqlu həkim oldu.

Parasels yaraların və sınıqların müalicə qaydalarını xeyli təkmilləşdirdi və eyni zamanda xəstənin ümumi vəziyyətinə təsir göstərən müxtəlif içkilərdən və başqa dərman vasitələrindən istifadə etməklə kimyanın nailiyyətlərini təbabətə tətbiq etdi.

Anatom-morfoloji dövr. Orta əsrlərin durğunluq dövrü incəsənət, elm və texnikanın sürətli inkişaf dövrü, intibah epoxasının çiçəklənməsi ilə əvəz olundu. Cərrahlığa empirik yanaşma sona çatdı və cərrahiyyənin anatomik erası başladı. Digər sahələrdə olduğu kimi dini qaydalara, qədim alimlərin nüfuzuna qarşı mübarizə başlandı. Tibb elminin inkişaf etdirmək üçün göstərilən səylər insan orqanizminin tədqiqatları əsasında yarandı. Orta əsrlərin sonlarında intibah dövrünün başlanğıcında (XV-XVII əsrlər) dinin cəmiyyətə təsirinin azalması ilə əlaqədar elm, incəsənət və mədəniyyət inkişaf etməyə başladı. Bu dövr cərrahiyyəyə təbabətin sərbəst sahəsi kimi marağın artması ilə xarakterizə olunur. Elmi tədqiqatların meydana çıxması cərrahiyyənin sonrakı inkişafına böyük təsir göstərdi.

Anatomiya elminin inkişafı, cərrahlar üçün böyük bir anatomik baza, yaratdığı üçün cərrahiyyənin inkişafına böyük təsir göstərmiş oldu. İntibah dövrünün əvvəllərində anatom Andreas Veşaliy (1514-1564) ilk dəfə olaraq insan bədəninin tədqiqatçısı oldu. Meyitlərin yarılməsi əsasında anatomiya həsr etdiyi kitabı yazdı və bununla da Klavdi Qalenin təbabətdə hökmranlıq edən doqmatik nəzəriyyələrini alt-üst etmiş oldu. O sübut etdi ki, Qalen heç bir vaxt insan meyiti yarmamış, anatomik bilikləri meymun və başqa canlılar üzərində öyrənmişdir. L.Botallo (1530-1600) (Botal axacağı), G.Fallopi (1523-1562) (Fallop boruları) məşhur və anatom kimi yetişdilər. İntibah dövründə elmin texnikanın, incəsənətin, ticarətin və sənayenin sürətli inkişafı, yeni dəniz yollarının açılması tibb elminin və cərrahiyyənin inkişafına əhəmiyyətli dərəcədə təsir göstərdi. LOR sahəsində də bir sıra elmi kəşflər və tanınmış həkimlər mövcud idi. Bunlara mastoidotomiya əməliyyatı (Van Leiden, 1524), traxeostomiya və larinqotomiya əməliyyatlarını (Kasseri-us, 1627) göstərmək olar.

Harveyin (1578-1617) qan dövrünü qanununu kəşf etməsi təbabətin inkişafına çox böyük təsir etdi. O, ürəyin quruluşu haqqında arteriya və venalardan təşkil olunmuş kiçik və böyük qan dövrünü rolunu haqqında təsvir etmiş və onları bir-birindən ayırmırdı. Harveyin qan dövrünü haqqındakı nəzəriyyələri təbabətin bütün sahələrinə öz təsirini göstərirdi kimi qanqöçürmə haqqında təlimin anatomic-fizioloji bazasının yaradılmasına xidmət etməklə daha müvəffəqiyyətli inkişafına səbəb oldu.

Levenhukun (1632-1723) linzaları kombinasiya etməklə, 270 dəfə böyüdə bilən cihazı yaratması xüsusi əhəmiyyət kəsb edirdi. Bu kəşfdən istifadə edən italyan M.Malpigi (1628-1694) kapilyar qan dövrünü və eritrositlərin quruluşunu öyrənmiş, fransız anatomu M.Bişa (1771-1802) bədənin əsas toxumalarının quruluşunu öyrənərək histologiya elminin əsasını qoymuşdu. İlk mikroskop və onun sonrakı təkmilləşdirilmiş növləri nəinki anatomik törəmələrin quruluşunu aydınlaşdırmağa, eyni zamanda yeni elm sahəsi olan histologiyayı və bir sıra fizioloji prosesləri müşahidə etməyə imkan yaratdı. 1731-ci ildə Parisdə Cərrahlıq Akademiyasının yaradılması, zamanında elmi cərrahi təfəkkürün mərkəzi oldu. Bu sahədə G.Peyroni və G.Mareşalin böyük xidmətləri olmuşdu. Akademiya dövrün qabaqcıl cərrahlarını və alimlərini özündə birləşdirdi. Həkimlərin cərrahlarla apardığı çoxəsrlik mübarizə 1750-ci ildə başa çatdı. Həkimlərin cərrahlara maneçilik törətmələri qanunla qadağan olundu. Cərrahlar həkimlərlə eyni hüquqlu oldular və onlar da alim kimi tanınmağa başladılar. Bu fakt cərrahiyyənin inkişafında böyük dönüş yaratdı. Cərrahlıq elm kimi tanındı və məhşur cərrah Lafransə Parisdə açılmış Sarbona universitetində cərrahiyyədən mühazirələr oxumağa başladı. Bununla da ilk dəfə olaraq cərrahiyyə məktəbinin əsası qoyuldu. Artıq həmin vaxtdan cərrahlara da həkimlik diplomu verilməyə başlandı.

Bundan sonra cərrahiyyənin inkişafı daha da sürətləndi. Yerinə yetirilmiş cərrahi müdaxilələrin sayı və həcmi xeyli artdı. Parlaq topografik biliyə əsaslanan cərrahların texnikası təkmilləşdi. Buna, o zaman Avropada müharibələrin sayının çoxluğu da səbəb olmuşdu. Təsəvvür etmək çətindir ki, Napoleonun şəxsi cərrahi D.Larrey Borodino döyüşündən sonra bir sutka ərzində 200 ətrafın amputasiya

əməliyyatını yerinə yetirmişdi. N.İ.Pıraqov süd vəzisinin kəsilib götürülməsi və ya sidik kisəsinin açılması əməliyyatını 2 dəqiqəyə icra edirmiş. Əlbəttə, bu sürət tam ağrısızlaşdırma aparılmadan mümkünsüz idi.

XIX əsrin sonlarında və XX əsrin əvvəllərində cərrahiyyənin inkişafında mühüm və dönüş dövrü olmuşdur. Məhz bu dövrdə keyfiyyətcə yeni inkişaf bütün tibbi şərtləndirən 3 cərrahi istiqamət yarandı. Bunlara aseptika və antiseptika, anesteziologiya, qanıtirmə ilə mübarizə və qanköçürmə haqqında təlim aid edildi. Çünki, cərrahiyyənin inkişaf yolunda manə 3 əsas problemdən ibarət idi:

1. Əməliyyat zamanı cərrahların yaraların irinləməsinin qarşısının alınmasında gücsüzlüyü və infeksiyaya qarşı mübarizə üsullarını bilməmələri.

2. Ağrısızlaşdırma üsullarının olmaması.

3. Qanaxmanın tam dayandırılmasının və qan itkisinin ödənilməsinin mümkünsüzlüyü.

Bütün bu üç problem prinsiplə olaraq XIX əsrin sonu və XX əsrin əvvəllərində öz həllini tapdı. Məhz cərrahiyyənin bu üç sahəsi cərrahi müalicə metodlarının təkmilləşdirilməsini təmin etmiş və demək olar ki, qüdrətli tibb elminin dəqiq olaraq yüksək inkişaf etməsinə və sənətkarlığa çevrilməsinə səbəb olmuşdur.

XIX-XX əsrlərdə cərrahiyyənin inkişafı. XIX əsrdə elmin inkişafı üçün əlverişli şəraitin yaranması təbabət sahəsində, o cümlədən cərrahiyyədə böyük kəşf və ixtiraların yaranmasına səbəb oldu. Patoloji anatomiyanın, eksperimental təbabətin, bakteriologiya və topoqrafik anatomiyanın əsası qoyuldu.

Anatomik biliklərin təkmilləşməsi cərrahi texnikanın təkmilləşməsinə gətirib çıxartdı. Anatomik biliklərlə zəngin cərrah, əməliyyatı daha sürətli icra edirdi. Lakin ağrısızlaşdırma problemi həll olunmadan daha çox müvəffəqiyyət əldə etmək çətin idi. Çünki cərrahlar müalicə edərkən ağrı verirdilər. Hətta bu ağrı xəstəliyin özünün verdiyi ağrıdan daha çox olduğu üçün xəstələr ağrı çəkərək ölməyi cərraha müraciət etməkdən üstün tuturdular.

Ağrısızlaşdırma haqqında ilk elmi təlim 1846-cı ildə Amerikan kimyaçısı Cekson və diş həkimi Mortonun efir buxarını tətbiq etməklə dişin çıxarılması və ağrı hissənin tamam götürülməsindən

sonra başladı. Amerika cərrahı Uorren 1846-cı ildə boyunun şişini efir narkozu altında xaric etdi. Beləliklə ümumi ağrısızlaşdırma-narkozun tətbiqindən sonra cərrahiyyənin inkişafında ikinci era başladı.

Əməliyyatların ağrısız aparılmasına baxmayaraq xəstələr qanıtırməkdən, şokdan və ya irinli ağırlaşmaların inkişafından ölürdülər ki, bunların da səbəbi hələ məlum deyildi.

Yaraların irinli ağırlaşmalarının və sepsisin səbəbini tapmaq cərrahların qarşısında duran əsas məsələlərdən biri idi ki, bunun da həlli mikrobiologiyanın nailiyyətləri əsasında baş tutdu. Sübut olundu ki, irinli ağırlaşmaları hava yaratmır. Fransız mikrobioloqu Paster (1822-1895) sübut etdi ki, bütün çürümə və irinləmələrin səbəbi, tək hava deyil, hər yerdə olan adi gözlə görünməyən canlı orqanizmlər, mikroblardır. Onları məhv etməklə irinləmənin qarşısını almaq olar. Paster hərtərəfli apardığı eksperimentlərlə göstərdi ki, yüksək temperatur və bir sıra kimyəvi maddələr mikrobları məhv edir. Pasterin çürümə və irinləmənin inkişaf səbəbləri və qarşısını almaq yolları haqqındakı kəşfi mikrobiologiya ilə yanaşı, cərrahiyyə elminin inkişafına da çox böyük təsir göstərdi.

O dövrün insanları cərrahın fəaliyyətini belə xatırlayırdılar: “Cərrah divara çalınmış mıxdan asılmış köhnə qara müşəmbə önlüyünü özünə bağlayıb, liqatura üçün lazım olan sapı qulağının arxasından, lazım olan alətləri isə siqar yeşiyindən götürərək işlədərdi. Hətta cərrahi personal üçün elementar təmizlik zəruri sayılmırdı. Əməliyyatlar və sarğılar zamanı çirkli paltarlar geyilirdi. Əllər əməliyyatlar və sarğıların yalnız sonunda yuyulurdu. Yuyulmamış əllərlə alətlər götürülür, bir xəstədən digərinə keçərək istifadə edilirdi. Burda hər şey infeksiyanın yayılmasına xidmət edirdi. Yoluxmuş hava, pis yuyulmuş paltarlar, cam və boşqablar əldən ələ ötürülür, bint bir xəstədən açılıb digərinə bağlanırdı. Xəstəyə baş çəkən cərrahlar, həkimlər, keşişlər xəstəliyi yayırdılar. Sağalmış xəstələr xəstəlikləri öz əşyaları ilə evə aparırdılar. Cərrahların xalatlari tünd rəngdə olurdu. Xalat nə qədər çirkli və qana bulaşmış olurdusa, həkim o qədər professional sayılırdı. Cərrahi alətlər steril olunmur, qan axan damarları cibdən çıxarılmış qırmızı ipəklə bağlayardılar.

Tikiş qoymazdan əvvəl sap və iynə piy parçası ilə sürtülürdü ki, o, əzələ toxumasından asanlıqla sürüşərək keçsin.”

Görkəmli rus cərrahı professor Belyaminov(1877) öz xatirələrində yazırdı: “Basov köhnə və qolları çirmalanmış vismundirində və divardan asılmış bir neçə döşlüyü ilə əməliyyat aparırdı. Ona yenicə sarğını və xəstəyə qulluğu bitirmiş iki asistent və feldşer kömək edirdi. Asistentlər paltarlarının üzərindən nə gəldi geyinir, feldşerlər isə yağa bulaşmış pencəkdə olurdular. Feldşerlərdən biri dizi üstə dayanaraq əlindəki məcməyidə alətləri verir, digəri isə hər nə gəldi hopmuş pencəyinin cibindən bağlamaq üçün qırmızı rəngdə ipək sapı çıxarırdı. Stolun üzərində elə qırmızı sapla saplanmış iynə, ipək sapı yağlamaq üçün lazım olan piy şamına sancılmış halda gözə çarpırdı”.

Pasterin kəşfinə və müşahidələrinə əsaslanaraq ingilis cərrahı Cozef Lister (1827-1912) 1867-ci ildə belə qərara gəldi ki, yaraların irinləməsinə səbəb, yaraya havadan və cərrahın əllərindən düşən mikroorqanizmlərdir. Hava ilə mübarizə mümkün deyildi. Bəzi cərrahlar isə havadan qorumaq üçün xəstəni vannaya salıb suda əməliyyat edirdilər. Suyun içərisində qan axan damarları görmək çətin olurdu. Lister 1867-ci ilə qədər belə davam edən vəziyyətin qarşısını almaqdan ötrü karbol turşusunun tətbiq edilməsinin metodikasını işləyib hazırladı ki, bu da sonralar antiseptika adını aldı. Karbol turşusu əməliyyat otağına çilənir, cərrahın əlləri, sarğı materialları və cərrahi alətlər onunla yuyulur, yaranın üzərinə karbol turşusunda isladılmış sarğı qoyulurdu. Karbol turşusunun tətbiqi, zamanında parlaq nəticələr verdi. Listerin metodu sayəsində əməliyyatdan sonrakı ağırlaşmalar və ölüm halları bir neçə dəfə azaldı.

Rus cərrahı Piroqov isə təsdiq etdi ki, yaraların irinlənməsinə, cərrahın əlləri, ağlar, sarğı materialları və s. səbəb olur. Antiseptik metodların praktik cərrahiyyədə tətbiqi yaranın irinli ağırlaşmalarının miqdarının kifayət qədər azalmasına və əməliyyatların nəticələrinin birdən-birə yaxşılaşmasına səbəb oldu.

Amma sonrakı illərdə aydın oldu ki, antiseptik metodun cərrahiyyənin inkişafına təkan versə də onun çoxlu mənfi tərəfləri, çatışmamazlıqları da vardır. Belə ki, karbol turşusu yaraların regenerasiyasını zəiflədir və yaradan sorulduğu üçün zəhərlənmə törədir, eyni

zamanda əməliyyat otağında insanları da zəhərləyirdi. Bu təhlükəni azaltmaqdan ötrü sonralar infeksiyanın yaraya düşməsinin profilaktikası metodlarını axtarmağı zəruri etdi. Yara ilə təmasda olan bütün əşyaların tam mikrobsuzlaşdırılması fikri irəli sürüldü.

Kimya elminin inkişafı yeni və daha müasir antiseptik maddələrin kəşfinə gətirib çıxartdı. Mikrobiologiyanın sürətli inkişafına mikroorqanizmlərlə mübarizənin və yaraların irinləməsinin profilaktikasının yeni yollarını tapdı.

Alman alimi E.Berqman (1836 – 1907) aseptikanın metodlarının təfərruatı ilə işləyərək təklif etdi. Piroqovun tələbəsi və dostu olan Berqman Pasterin kəşfinə istinad edərək öz şagirdi Şimmelbuşla birlikdə əməliyyat yarası ilə təmasda bütün mikrobların məhv edilməsi metodikasını hazırladı. Onun əsasında cərrahi və sarğı materiallarının yüksək temperatur zamanı əmələ gələn buxarın təsiri ilə sterilizasiya təşkil edir, eyni zamanda əməliyyat otağının quruluşu və əməliyyatın özünün təşkili xüsusi forması dururdu. Bütün dünya cərrahları antiseptika ilə yanaşı, aseptikanı da böyük rəğbətlə qarşıladılar və bütün prinsiplərini şərtsiz icra etməyə başladılar. Hətta antiseptikanın banisi Lister də etiraf etmişdi ki, aseptika antiseptikaya nisbətən daha üstün üsuldür. İllər keçdikcə aseptika metodu yayılaraq daha da təkmilləşmiş və bu günə kimi də əməliyyat yaralarının infeksiyalaşmasının profilaktikasında öz aktuallığını qoruyub saxlamışdır. Berqman Lister antiseptikası tətbiq edilmədən aseptik şəraitdə əməliyyat olunan xəstələri nümayiş etdirdi. Və burada rəsmi olaraq aseptikanın əsas postulatı qəbul edildi. Yara ilə nə təmasda olursa o mütləq steril olmalıdır.

Qanaxmalarla mübarizə və profilaktikası metodlarına, cərrahi anatomiya, damarların anatomiyasına, ikincili qanaxmalara və s. Piroqovun çox saylı əsərləri həsr edilmişdir. 1873-cü ildə Esmarx qanaxmanı dayandırmaq və ətrafı qansızlaşdırmaq üçün kəmərdən istifadəni təklif etmişdi. Amma kəskin qanitirmənin əleyhinə müəhazirə metodlarının olmaması cərrahiyyənin inkişafına mane olurdu. İtirilmiş qanı əvəz etmək və xəstənin həyatını xilas etmək məsələsi cərrahları çoxdan düşündürürdü. Yalnız qanköçürmə haqqında təlimin meydana gəlməsi və qan qruplarının kəşfi (K.Landşteyner 1901; Y.Yanski 1907) bu maneəni aradan qaldırmağa imkan yarat-

dı. XIX əsrin 80-cı illərində Koxer, Mikuliç və Pean tərəfindən xüsusi qandayandırıcı alətlər yaradıldı.

Cərrahi xəstəliklərin diaqnostikasının mükəmməl olmaması, onları dəqiqləşdirən və asanlaşdıran metodların olmaması cərrahiyyənin inkişafını əhəmiyyətli dərəcədə ləngidirdi. 1895-ci ildə görkəmli fizik V.K.Rentgenin yumşaq toxumalardan keçmək qabiliyyətli şüaları kəşf etməsi müayinə metodlarının təkmilləşdirilməsində mühüm rol oynadı. Bu şüalar rentgen şüaları adını aldı və xəstəliklərin diaqnostikasında geniş tətbiq edilməyə başladı.

Mariya və Pyer Kuri ər-arvadlarının radium şüalarını kəşf etməsi bədxassəli törəmələrin müalicəsinin yaxşılaşmasını gücləndirdi.

İngilis professoru Manuel Qarsiya güzgü ilə 1859-cu ildə qırtlağa baxa bilmişdi. Çex alimi Prof. Çermak burun udlağı görə bilmək üçün kiçik ölçülü güzgü təklif etmiş və arxa rinoskopiyanı icra etmişdi. Alman həkimi Prof. Q.Killian (1897) traxeobronxoskopu icad etmişdi. Qulaq həkimi Anton v. Tröltsch (1829-1890) ilk dəfə olaraq alın reflektorunu işlədərək LOR üzvlərinin endoskopik müayinələrini apardı. Sonra Hofman (1841) güzgünü təkmilləşdirərək ortasında müayinə üçün dairə şəklində yer saxladı.

Fizioloji dövr. XX əsrin əvvəllərində cərrahların əməliyyata qədər və əməliyyatdan sonra xəstələrin fizioloji vəziyyətlərini öyrənmələri və onların pozğunluqları zamanı normallaşdırma tədbirlərini aparmaları, cərrahiyyədə fizioloji istiqamətin inkişafına şərait yaratdı. Cərrahiyyənin uğurları sonrakı illərdə ağrısızlaşdırmanın, müasir inhalyasion narkoz metodlarının, antibakterial müalicənin təkmilləşməsi və transfuziologiya və immunologiyanın inkişafı ilə ayrılmaz sürətdə bağlı oldu.

Müasir cərrahiyyə. Cərrahiyyənin inkişafını XX əsrin sonlarında texnoloji dövr adlandırmaq olar. Çünki son zamanlar cərrahiyyənin tərəqqisi daha müasir texniki təminat və güclü farmakoloji dəstəklə müəyyən edilir.

Cərrahiyyənin inkişafı yeni aparatların yaranmasına imkan yaratdı. Damarları tikmək üçün aparat, qida borusuna, bronxlara və digər üzvlərə tikiş qoymaq mürəkkəb əməliyyatların aparılmasını əhəmiyyətli dərəcədə sürətləndirdi. Lifli optikaya malik müxtəlif

endoskopik aparatların yaranması müxtəlif xəstəliklərin müalicəsini və diaqnostikasını asanlaşdırdı.

Müasir cərrahiyyənin ən gözə çarpan nailiyyətləri aşağıdakılardır:

✓ Yeni optik cihazların yaranması kiçik damarlarda əməliyyatların aparılmasına şərait yaratdı ki, bu da cərrahiyyənin yeni bölməsinin damarların mikrocərrahiyyəsi, barmaq və ətrafların replantasiyasının əsasının qoyulmasına xidmət etdi;

✓ Hazırda üzv və toxumaların, o cümlədən böyrəklərin, qara ciyərin transplantasiyası, endovaskulyar cərrahiyyə, endokrin cərrahiyyə müvəffəqiyyətlə inkişaf edir;

✓ Bu gün müstəqil olaraq ürək-damar cərrahiyyəsi, ağciyər cərrahiyyəsi, cərrahi qastroenterologiya, proktologiya, sümük oynaq və rəmi cərrahiyyəsi mövcuddur. Yenidöğülmuşlərdə inkişaf qüsurlarının korreksiyası cərrahiyyənin qarşısında duran perspektiv məsələlərdən biridir. Cərrahiyyə şöbələri diaqnostika və müalicə üçün mürəkkəb müasir aparatlarla təchiz olunmuş, yeni mərkəzlər yaradılmışdır;

✓ Ənənəvi cərrahi kəsiklər aparmadan müvafiq texnika tətbiq etməklə videokameraların nəzarəti altında ciddi və mürəkkəb əməliyyatlar aparılır. Bu zaman cərrahi müdaxilə daha az travmatik olur, əmək qabiliyyəti olmamaq müddəti qısalır.

Diaqnostika və müalicə metodlarının daha effektiv və yeni metodları işləyib hazırlanır. Bu nailiyyətlər müasir cərrahiyyənin yalnız ən parlaq nümunələridir ki, onlar hələ bu yaxınlara kimi fantaziya hesab olunurdu. Cərrahiyyə də başqa elmlər kimi daim inkişaf edir. Cərrahiyyənin tarixi hələ başa çatmamışdır.

Cərrahiyyənin inkişafı ilə yanaşı tibb bacısı işi də formalaşmağa başlayırdı. Xəstələrə qulluğun təşkilində ingilis tibb bacısı Florens Naytingeylin böyük xidməti vardır. Xəstəyə xidmətin əsaslarını o, Parisdə Vinsent de Pol monastrında öyrənmişdi. Krim müharibəsində o özünün 38 köməkçisi ilə birlikdə ingilis ordusunun yaralılarına bir başa səhrada xidmət göstərmiş, bununla da lazaretdə önlənlərin sayı kəskin azalmışdır. 1860-cı ildə F.Naytingeyl Londonda Sent – Tomas hospitalında dünyada ilk tibb bacıları məktəbini təşkil etmişdir.

F.Naytingeyl fəaliyyətində “Şəfqət bacısı üç qat keyfiyyətə sahib olmalıdır” ideyasını həyata keçirtmişdir.

- ✓ səmimiyyət – xəstəni başa düşmək üçün;
- ✓ elm – xəstəliyi başa düşmək üçün;
- ✓ texniki – xəstəyə xidmət etmək üçün.

Tibb bacısının işinin tədrisində F.Naytingeyl əvvəlcə bu peşənin iki əsas sahəsini ayırdı.

1.Sağlamlara qulluq-sağlam bir insanı xəstəlik olmadığı bir vəziyyətdə saxlamaqdan ibarət olduğunu bildirdi

2.Xəstələrə qulluq -xəstəyə qayğı göstərməyi isə əziyyət çəkən bir insanın yaşamasına kömək etmək qabiliyyəti olaraq izah etdi.

O təsdiq etdi ki, hər iki tibb bacısının yardımı, insanı mümkün olan ən yaxşı vəziyyətə gətirmək üçün hazırlanmış sağlamlığı bərpa etmək və xəstəliyi müalicə etməkdir.

Bəşəriyyət bu möhtəşəm insanın, tanınmış şəfqət bacısının xidmətlərini yüksək qiymətləndirmişdir. 1912-ci ildə Beynəlxalq Qırmızı Xaç Cəmiyyətinin liqası xəstələrə və yaralılara xidmət etməkdə fərqlənən tibb bacıları üçün Naytingeyl medalını təsis etdi. Hər il may ayının 12-sində dünyanın 50 tibb bacısı bu medalla təltif olunur. F. Naytingeyl dünyada yeganə tibb işçisidir ki, onun şəkli pul vahidinin üzərində həkk olunmuşdur

Azərbaycanda cərrahiyyənin inkişafı. Azərbaycanın Çalağantəpə məntəqəsində aparılmış arxeoloji qazıntılar nəticəsində, e.ə. IV minilliyə aid və üzərində trepanasiya əməliyyatının izlərini daşıyan insan kəlləsi aşkar olunmuşdur. Əməliyyat çınqıl daşından hazırlanmış skalpellə yerinə yetirilmişdir. Bu tapıntı tunc-daş dövründə yaşayan azərbaycanlı cərrahların müəyyən bilik və səriştəyə malik olmasından xəbər verir.

E.ə. VIII – IV əsrlərdə Azərbaycanın qədim əraziləri olan Manna və Midiya dövlətlərində tibb Assuruya və Babilistan tibbinin təsiri altında inkişaf edirdi. Hippokrat və Qalenin əsərləri və ümumiyyətlə qədim Yunan tibbi Ellinizm dövründə (e.ə. IV əsrdən sonra) yayılmağa başladı.

Miladın IV əsrindən etibarən türkəçarə adlanan türk təbabəti (şamançılıq, cərrahiyyə, cadu və təbii dərman vasitələri ilə müalicə) daha geniş yayılmağa başladı. Azərbaycan Milli Elmlər Akademi-

yasının Əlyazmalar İnstitutunun Orta Çağ tibb əlyazmaları içində Əbülqasım Zəhrəvinin (Avropada Abulcasis kimi tanınır) “Cərrahiyyə və Alətlər” kitabı YUNESCO-nun “Dünya Yaddaşı” siyahısına daxil edilmişdir.

Tarixi məlumatlarda Azərbaycanda təbabətlə məşğul olan Kafiəddin Ömər İbn Osman adına daha çox rast gəlmək olur. İbn Sina ilə eyni dövrdə yaşamış Ömər Osmanoglu Şamaxıda Məlhəm kəndində tibbi Mədrəsə təşkil edərək həm gənclərə həkimlik sənətinin sirlərini öyrətmiş, həm də ilk xəstəxana müalicəsini burada təşkil etmişdi. O, bunun üçün bir neçə heyvan cəmdəyi Şamaxının 4 bir tərəfində ağacdən asmağa məsləhət görmüş və Məlhəm yaxınlığındakı heyvan cəmdəyi nisbətən gec iyləndiyindən o buranı xəstəxanaya etməyi məsləhət görmüşdür.

Azərbaycanda kliniki cərrahiyyənin ilk inkişaf tarixi Bakı Universitetinin və onun tibb fakültəsinin yaradılması (1920) ilə əlaqədardır. Universitetin təşkilində böyük əməyi olan professor V.İ.Razumovski Rusiyanın görkəmli klinisist cərrahı idi. 1922 – 1923-cü illərdə milli kadrlar olmadığından yaradılmış cərrahiyyə kafedralarının müdirləri Rusiyadan dəvət olunmuşdular. (professorlar Okinşeviç, B.Finkelşteyn və s.) Hospital cərrahiyyəsi kafedrasında (müdiri B.Finkelşteyn) birinci assistent azərbaycanlı M.Mirqasımov olmuşdur. 1930-cu ildə müstəqil Tibb İnstitutu və Bakı kliniki xəstəxanaların cərrahiyyə şöbələrinin yaradılması, onların cərrahiyyə kafedralarından kliniki bazalar kimi istifadə olunması bu sahənin inkişafına təkan verdi. Həmin dövrdə M.Mirqasımov və M.Topçubaşov artıq tibb elmləri doktorları idilər. İstər M.Mirqasımov, istərsə də M.Topçubaşov Azərbaycanda cərrahiyyənin inkişaf tarixində böyük xidmətləri olan alim-cərrahlardırlar.

Əziz Əliyev adına Azərbaycan Dövlət Həkimləri Təkmilləşdirmə İnstitutunun Urologiya və nevrologiya kafedralarının müdiri, akademik M.Cavadzadənin, ATU-nun II cərrahı xəstəliklər kafedrasının müdiri akademik B.Ağayevin, Moskva Stomatoloji İnstitutunun Travmatologiya kafedrasının müdiri professor A.İmaməliyevin cərrahiyyədə ilk praktik fəaliyyətə başlamaları da institutun qeyd olunan Hospital cərrahiyyə kafedrasında olmuşdur.

Azərbaycanda digər qabaqcıl cərrahiyyə məktəbinin yaranması akademik Mustafa bəy Topçubaşovun adı ilə bağlıdır. XX əsrin 30-cu illərindən başlayaraq onun qarın və köks boşluqlarında apardığı və yüzlərlə xəstələrin sağalması ilə nəticələnən əməliyyatları bu alimin keçmiş Sovetlər İttifaqında yüksək ixtisaslı klinisist cərrah kimi tanınmasına və xalqın rəğbətini qazanmasına səbəb olmuşdur.

1938-ci ildə Mustafa bəy Topçubaşov tərəfindən təklif olunmuş inyeksion analgeziya narkozunun əsasını təşkil edən analgeziya ideyası (fizioloji yuxuya yaxın) bu gün dünyada tətbiq olunan bütün narkoz növlərinin işlədilməsində istifadə edilir.

1945-ci ildə Azərbaycan Elmlər Akademiyası yaranır və onun ilk prezidenti professor Mirəsədulla Mirqasımov seçilir. M.Topçubaşov isə akademiyanın 16 həqiqi üzvündən biri olur. Azərbaycan tibb institutunun 2 professor-cərrahının respublika Elmlər Akademiyasına prezident və həqiqi üzv seçilmələri o dövrdə tibbin, habelə cərrahiyyənin yüksək səviyyədə olmasının göstəricisi idi.

XX əsrin 60-cı illərinin ikinci yarısı, 70-ci illərdə yeni nəsilləmi-pedaqoji kadrların yetişməsi və cərrahiyyənin təkmilləşdirilmiş sahələrinin yaradılması ilə xarakterizə olunur. 1961-ci ildə Elmi-Tədqiqat Kliniki və Eksperimental Cərrahiyyə İnstitutu (hazırda akademik M.A.Topçubaşov adına Elmi Cərrahiyyə Mərkəzi) yaradıldı. Bu institutun təşkilində onun birinci direktoru və ikinci fakültativ cərrahiyyə kafedrasının müdiri, Elmlər Akademiyasını müxbir üzvü, professor F.Ə.Əfəndiyevin çox böyük rolu olmuşdur.

1970-ci illərdə Tibb İnstitutunda cərrahiyyənin inkişaf sahələrinə uyğun olaraq onkologiya, urologiya, travmatologiya, neyrocərrahiyyə, qulaq, burun, boğaz xəstəlikləri və anesteziologiya kafedraları yaradıldı. İlk qulaq burun boğaz xəstəlikləri kafedrası 1925-ci ildə BDU-nun Tibb Fakültəsi nəzdində yaradıldı. Kafedranın müdiri Saratov şəhərində gəlmiş professor İ.İ. Lukov idi. 1926-1927-ci illərdə Paster adına xəstəxanada kafedranın nəzdində 10 çarpayılıq Qulaq Burun Boğaz xəstəlikləri şöbəsi və poliklinika şöbəsi yaradıldı. 1930 –cu ildə Azərbaycan Tibb Universitetin yarandı və professor İ.İ.Lukov kafedra rəhbərliyində davam edirdi. 1934 –cü ildə doktor J.Berberix tərəfindən ilk Qulaq Burun Boğaz xəstəlikləri dərsləri yazılmışdı. 1935-ci ildə Diyar Patologiyası İnstitutu qulaq,

burun, boğaz xəstəlikləri kafedrasının klinik bazası oldu və kafedraya müdir dosent Abdulla Ömər oğlu Şıxlinskiy təyin edildi. 1961 – 1962- ci illərdə Ə.Qarayev adına 2 saylı Uşaq xəstəxanasında LOR kafedra üçün 40 çarpayılıq filial verilmiş, filialın rəhbəri dosent Y. Ə. Qasimov təyin olunmuşdur. Dosent Yaqub Əli oğlu Qasimov milli kadrlardan ilk dəfə müəllifi olduğu “Qulaq Burun Boğaz” xəstəlikləri dərsləri 1969- cu və 1980-ci illərdə nəşr olunmuşdur. Sonralar 1970 – 1982- ci illərdə kafedraya rəhbərliyi dosent Oskar Hüseynov, 1982 – 1995-ci illərdə professor Zeynal Cəfərov, 1995-2017- ci illərdə professor Əzizağa Talişinskiy etmişdir.

Ə.Əliyev adına Azərbaycan Dövlət Həkimləri Təkmilləşdirmə İnstitutunun Otorinolarinqologiya kafedrası isə 1945–ci ildə təşkil olunmuşdur. Kafedra akademik M.Mir-Qasimov adına Respublika Klinik Xəstəxanasının 40 çarpayılıq otorinolarinqologiya şöbəsində fəaliyyət göstərir. Hazırda kafedranın müdiri tibb elmləri doktoru, professor Hüseynov Nazim Məmmədhusəyn oğludur.

Respublikada orta ixtisas tibb məktəbləri üçün cərrahiyyə fənninə aid azərbaycan dilində yazılmış ilk dərslik 1997-ci ildə çap edilmiş professor Həsən Sultanovun müəllifi olduğu “Cərrahiyyə” kitabıdır. Doğma dildə və latın qrafikası ilə yazılmış ilk ədəbiyyat isə 2016-cı ildə Azərbaycan Respublikası Səhiyyə Nazirliyinin kollegiyasının qərarı ilə dərc olunmuş və bu kitabın müəlliflərindən biridoseent İqbal Əmənullayevin müəllifi olduğu “Tibb bacısının ümumcərrahi vərdişləri” kitabıdır. Hazırkı kitab isə tibb kolleclərinin proqramı əsasında yazılmış III dərslik hesab olunur.

Yoxlama sualları:

1. *Cərrahi patologiyanın əsas növləri hansılardır?*
2. *Qədim dünya və orta əsrlər cərrahiyyəsi hansı tövhələri vermişdir*
3. *Hipokratın, Selsin, Aristotelin nə kimi xidmətləri olmuşdur?*
4. *Klavdi Qalen və İbn Sinanın cərrahiyyənin inkişafındakı rolu nədən ibarətdir?*
5. *Cərrahiyyənin inkişafı hansı mərhələlərdən keçmişdir?*
6. *Anotom-morfoloji dövr hansı illəri əhatə edir?*
7. *Cərrahiyyənin inkişafında Paster, Lister və Berqmanın rolu nədən ibarətdir?*
8. *Müasir cərrahiyyə nədir və onun hansı nailiyyətləri vardır?*
9. *Azərbaycan cərrahları dünya elminə hansı töhfələri vermişlər?*
10. *Azərbaycanda otolarinqologiyanın inkişaf tarixindən danışın.*
11. *Xəstələrə qulluğun təşkilində Florans Naytingeylin hansı xidmətləri olmuşdur?*
12. *Fizioloji dövrdə cərrahiyyə hansı uğurları qazanmışdı.*

I BÖLMƏ. ÜMUMİ CƏRRAHIYYƏ. CƏRRAHİ FƏALİYYƏTİN ELEMENTLƏRİ

MÖVZU 2. Xəstəxanadaxili cərrahi infeksiyanın profilaktikası. Aseptika

Tələbə bilməlidir:

- ✓ İrinli infeksiyanın inkişafında mikrofloranın rolunu;
- ✓ Giriş qapısı və onun irinli infeksiyanın inkişafında əhəmiyyətini;
- ✓ Infeksiyanın yaraya keçmə yollarını (ekzogen, endogen);
- ✓ Xəstəxanadaxili infeksiya anlayışı və onun profilaktikasını
- ✓ Əllərin düzgün yuyulması qaydalarını
- ✓ Endogen və ekzogen infeksiyanın profilaktika metodlarını;
- ✓ Xəstəxanadaxili infeksiyanın profilaktikası qaydalarını;
- ✓ Cərrahi alətlərin, əlcəklərin, sarğı materiallarının sterilizasiyasını;
- ✓ Sterilizasiyaya nəzarətin növlərini;
- ✓ Antiseptika üsullarına göstəriş və əks göstərişləri.

Mühazirənin planı.

- Əsas anlayışlar
- Cərrahi infeksiyanın profilaktikasının prinsipləri
- Aseptika
- Sterilizasiya
- Əllərin əməliyyata hazırlanması

Əsas anlayışlar haqqında

Müasir konsepsiyalara görə insan orqanizmi açıq bir sistemdir. Bu açıqlıq orqanizmlə xarici mühitin amilləri arasında daima gedən enerji və maddələr mübadiləsindən ibarətdir. Belə amillərdən biri müxtəlif mikroorqanizmlərdir.

İnsan orqanizmi (makroorqanizm) təkamül prosesində homeostazı pozmadan (orqanizmin daxili mühitinin sabitliyini) mikroorqanizmlə qarşılıqlı təsir mexanizmlərini işləyib inkişaf etdirmişdir. Əgər makroorqanizmlə mikroorqanizmin qarşılıqlı təsiri nəticəsində makroorqanizmin homeostazının pozulması baş verirsə bu zaman infeksiya əmələ gəlir. Başqa sözlə *infeksiya*– insan orqanizmi ilə mikroorqanizmin ehtə bir qarşılıqlı təsiridir ki, bunun nəticəsində xəstəliklər inkişaf edir. Deməli “İnfeksiya” termini altında makroorqanizm ilə mikroorqanizmlərin qarşılıqlı münasibəti nəticəsində

ortaya çıxan makroorqanizmin cavab reaksiyası başa düşülür. Müalicəsində cərrahi metodlar tətbiq edilən infeksiyalar **cərrahi infeksiya** adlanır.

Patogenlik. Patogenlik mikroorqanizmlərin insanın xəstəliklərinə səbəb ola bilmək qabiliyyətidir. Eyni zamanda insanın xəstəliklərinə səbəb ola bilməyən mikroorqanizmlər vardır ki, bunlar **qeyri patogen** adlanır. Bəzi mikroorqanizmlər adi şəraitdə qeyri patogen olduğu halda, şərait dəyişildiyi zaman (məs: immunitetin azalması) onlar xəstəlik törədə bilirlər ki, bu da **şərti patogenlik** adlanır. Patogen mikroorqanizmlərin insanla hər hansı bir qarşılıqlı əlaqəsi xəstəliklərin inkişafı ilə müşayiət olunur. Lakin bir patogen bakteriyasının insan orqanizminə düşməsi nadir hallarda xəstəliyin inkişafına səbəb olur. Ona görə də hər hansı bir xəstəliyin inkişaf etməsi üçün müəyyən miqdarda mikrob olmalıdır. Orqanizm eyni vaxtda patogen mikrobların müəyyən miqdarının düşməsi, xəstəliklərin inkişafına səbəb olur ki, bu da **virulentlik** adlanır.

Mikrobun orqanizmin daxili mühitinə nüfuz etməsi, onun orada çoxalması, özünün metabolizmini həyata keçirməsi, makroorqanizmin toxumalarından qida məhsulları olan və ona zəhərli təsir göstərən həyat fəaliyyəti məhsulları (toksinlər) buraxması ilə nəticələnir.

Beləliklə, **infeksiya mikroorqanizmin makroorqanizmə daxil olması və çoxalması nəticəsində xəstəliyin inkişaf etməsidir.**

İnfeksiyanın inkişafı üçün aşağıdakı şərtlər vacibdir:

1. Patogen mikroorqanizmin mövcudluğu.
2. Həssas makroorqanizmin mövcudluğu.
3. Giriş qapısının mövcudluğu.

Patogen mikroorqanizmlərə irinli iltihabi xəstəliklərin törədici-ləri olan stafilokokklar, streptokokklar, protey, göy-yaşıl irin çöpləri, bağırsağ çöpləri və s. aiddir. İrintörədən mikroblar aerob və anaerob olmaqla iki qrupa bölünür.

Aeroblar – oksigen mövcud olduqda çoxalır və yaşayırlar. Bunlara streptokokk, stafilokokk, pnevmokokk, bağırsağ çöpləri və s. aiddir.

Anaeroblar – oksigensiz mühitdə çoxalır və yaşayırlar. Anaerob bakteriyalardan cərrahi təcrübədə qazlı qanqrena və tetanus törədici-ləri daha çox əhəmiyyət kəsb edir.

Makroorqanizmin həssaslığı spesifik və qeyri spesifik amillərdən asılıdır. Orqanizmin müqaviməti zədələnmələr, xroniki xəstəliklər, zəhərlənmələr və s. nəticəsində aşağı düşür. Giriş qapısını ən çox yara (dəri və selikli qişaların tamlığının pozulması) təşkil edir. Yara ən əlverişli giriş qapısıdır.

Cərrahi infeksiyanın törədiciləri yaraya iki yolla düşə bilər.

1. **Ekzogen** – xarici mühətdən (hava, ətrafdakı əşyalar)

2. **Endogen** – orqanizmin daxilində olan gizli və aşkar infeksiya ocaqlarından (çürük dişlər, iltihablı badamcıqlar, pielonefrit və s.)

İnfeksiyanın əsas mənbəyi, mikrobların sakin olaraq inkişaf etdiyi və çoxaldığı, xəstə insan və basılğəzdiren heyvanlardır. Məhz onların irinindən, tüpürçəyindən, seliyindən və digər ifrazatlarından ətraf mühitə (havaya, əşyalara, işçilərin əllərinə və s.) patogen mikroblar düşür. Sonra bu infeksiya müxtəlif yollarla (hava, damcı, kontakt, implantasiya yolu ilə) xəstənin yarasına nüfuz edir. Bəzən orqanizmə bu və ya digər səbəbdən düşən yad cisimlər (məsələn: güllə yaralanmaları) özləri ilə orqanizmə müxtəlif mikroorqanizmlər də keçirirlər. Onları cərrahi yolla xaric etmək mümkün olmadıqda orqanizmin müdafiə qabiliyyəti yad cismin ətrafında birləşdirici toxumadan ibarət kapsula- yad cisimlə orqanizm arasında baryer əmələ gətirir. Lakin, bu baryerin dağılması və ya orqanizmin müdafiə qabiliyyətinin zəifləməsi nəticəsində infeksiya baş qaldırır və hətta şiddətli septiki proses yaradır. Belə infeksiya **mürğüləyən** infeksiya adlanır.

Endogen infeksiyanın mənbəyi isə orqanizmin özündə, əməliyyat zonasından kənar irinli-iltihabi proseslər (çürük dişlər, tonzillit, Haymorit və s.) və eyni zamanda ağız boşluğunun, bağırsaqların, tənəffüs və sidik yollarının saprofit mikroblarıdır. İnfeksiya həm əməliyyat zamanı, həm də əməliyyatdan sonrakı dövrdə qan (hematogen yol) və limfa (limfogen yol) damarları vasitəsilə yaraya daxil ola bilər.

Cərrahiyyədə yaraya mikrobların daxil olma riskini azalda bilən ahəngdar bir tədbirlər sistemi hazırlanmışdır. Buna müasir cərrahiyyənin əsası olan antiseptik və aseptika üsullarının tətbiqi ilə nail olunur. Ekzogen infeksiyaya qarşı mübarizə aparmaq üçün aseptika, endogen infeksiya ilə mübarizə aparmaq üçün antiseptika üsul-

larından istifadə edilir. Bu üsulların kombinasiyası bütün mərhələlərdə (infeksiya mənbəyi → onun ötürülmə yolu → həssas orqanizm) mikroblarla uğurlu mübarizə aparmağa imkan verir.

Cərrahi infeksiya öyrənilərkən aşağıdakı anlayışları da bilmək lazımdır:

1. **İlkin infeksiya**- yaranın ilkin çirklənməsi zamanı prosesin inkişaf etməsidir.

2. **Reinfeksiya**-ilkin infeksiya ləğv edildikdən sonra xəstənin həmin infeksiyaya yenidən yoluxmasıdır.

3. **Super infeksiya**- xəstəlik sağalana qədər orqanizmin eyni törədicilərlə təkrar yoluxmasıdır və nisbətən aqressiv davam edir.

Cərrahi infeksiyanın törədicilərini, orqanizmə keçmə yollarını bilən tibb bacısı iltihabın yerli və ümumi əlamətlərindən şübhələnməyi bacarmalıdır. İltihabın yerli əlamətlərinə ağrı, qızartı, yerli hərarətin qalxması, şişkinlik, funksiya pozğunluğu, ümumi əlamətlərinə isə baş ağrıları, halsızlıq, üşütmə, bədənin temperaturunun qalxması, ürəkbulanma, qusma aiddir. Qanın analizində EÇR -in sürətlənməsi və leykositoz qeyd olunur.

Cərrahi infeksiyanın profilaktikasının prinsipləri.

Cərrahi infeksiyanın insan həyatı və sağlamlığı üçün təhlükəsini anlayaraq onunla mübarizə tədbirlərini aparmaq zəruridir. Cərrahi infeksiyaya qarşı mübarizə tədbirlərinin təşkili aşağıdakı prinsiplərdən ibarətdir:

1. Xarici mühitdə və orqanizmin daxilində patogen mikroorqanizmlərin bu və ya digər üsullarla məhv edilməsi.

2. Makroorqanizmin müqavimətinin artırılması.

3. Giriş qapısından mikroorqanizmin makroorqanizmə daxil olmasının qarşısının alınması.

Bu məsələlərin həlli həm tibb işçiləri, həm də bütövlükdə cəmiyyət üçün aktualdır. Tibbi personal tərəfindən bu prinsiplər tibb müəssisələrində həyata keçirilir. Çox vaxt cərrahi infeksiyanın qarşısının alınması üçün tədbirlərin həyata keçirilməsində yaranan qüsurlar xəstəxanadaxili infeksiyasının inkişafına səbəb olur. Daha

geniş mənada xəstəxanadaxili infeksiya – insanın xəstəxana şəraitində yaranmış və inkişaf etmiş yoluxmasıdır.

Cərrahi şöbələrdə xəstəxanadaxili infeksiyanın profilaktikası üçün bir sıra tədbirlər həyata keçirilir.

- ✓ sanitariya gigiyena rejiminə riayət edilməsi;
- ✓ tibb müəssisəsində tullantıların toplanması, saxlanması və atılması qaydalarına əməl edilməsi;
- ✓ dezinfeksiya yolu ilə xəstənin ətrafında olan tibbi avadanlıqlarda və ləvazimatlardan patogen və şərti patogen mikroorqanizmlərin məhv edilməsi;
- ✓ tibb işçilərini və xəstələri müayinə etməklə, antibiotikləri təyin etməklə və antiseptik maddələri növbələşdirməklə infeksiya törədicilərinin ləğv edilməsi;
- ✓ aseptika qaydalarına ciddi əməl etməklə infeksiyanın ötürülmə yolunun kəsilməsi;
- ✓ sterilizasiya və dezinfeksiyaya effektiv nəzarətin həyata keçirilməsi;
- ✓ insan orqanizminin müqavimətini artırılması.

Xəstəxanadaxili cərrahi infeksiya ilə mübarizə iki bir-birini tamamlayan tədbirlər qrupu- aseptika və antiseptika vasitəsilə həyata keçirilir.

Aseptika. Sterilizasiyanın növləri.

Cərrahiyyə digər tibbi fənlərdən fərqli olaraq bir sıra özünəməxsus xüsusiyyətlərə malikdir. Bu fənn tərəfindən cərrahi xidmətin əsasının cərrahi müdaxilələrin təşkil etdiyi öyrənilir. Əməliyyatlar icra olunan zaman aseptika və antiseptika məsələlərinə böyük diqqət yetirilir. Aseptikada buraxılan kiçik bir səhv və antiseptikanın əhəmiyyətinin düzgün qiymətləndirilməməsi cərrahi yaranın irinləməsinə və digər ağır nəticələrə səbəb olur.

Aseptika mikroorqanizmlərin yaraya düşməsinin və bütövlükdə orqanizmə daxil olmasının qarşısını almağa yönəlmiş kompleks tədbirlər planıdır. Bu kompleksdə aparılan tədbirləri 3 qrupa bölmək olar.

- I. Sterilizasiya
- II. İzolyasiya

III. Dezinfeksiya

I. Sterilizasiya – cərrahi əməliyyatlar zamanı istifadə olunan tibbi ləvazimatlardan bütün canlıların (bakteriya, virus) və onların sporlarının məhv edilməsinə yönəldilən kompleks tədbirlərdir. Bir başa giriş qapısının toxumaları, daha doğrusu yara ilə təmasda olan əşyalar tibbi ləvazimatlar adlanır. Bunlara əməliyyat ağıları, tibbi geyimlər, dəyişəklər, ağlar, sarğı materialları, cərrahi alətlər, tikiş materialları, zondlar, kateterlər, şprislər, iynələr, diaqnostik və müalicəvi avadanlıqların hissələri (endotraxeal borular, endoskoplar və s.) aiddir. Sterilizasiyanın metodu tibbi ləvazimatın hansı materialdan hazırlanmasından, başqa sözlə sterilizasiya olunacaq əşyanın xüsusiyyətindən asılıdır. Sterilizasiyanın aşağıdakı növləri vardır:

1. Hava ilə sterilizasiya – daha mükəmməl sterilizasiya üsulu olub, tibbi ləvazimatlardakı mikroorqanizmlərin məhv edilməsi quru və isti havanın köməyi ilə baş verir. Bu üsul tibbi ləvazimatların xüsusi quruducu şkafa yerləşdirilməsi ilə həyata keçirilir. Bu üsulla cərrahi metal alətlərin, şüşə qabların, şüşə şprislərin (200°C qeyd olunan şprislər) və digər şüşə məmulatların sterilizasiyası aparılır. Quruducu şkaflarda sterilizasiya adətən 0,5-1 saat ərzində 180° - 220°C temperaturda aparılır.

Sterilizasiyanın keyfiyyətinə nəzarət etmək üçün ərimə temperaturu məlum olan aşağıdakı preparatlardan istifadə olunur: 180°C - tiomoçevina, 160°C - levomisetin, 160 - saxaroza.

2. Buxarla sterilizasiya – tibbi alətlərdəki mikrobların təzyiqlə altında isti buxardan istifadə etməklə məhv edilməsidir. Sterilizasiya avtoklav deyilən qurğuda aparılır və cərrahi alətlər, sarğı materialları, əməliyyat ağıları və paltarları, rezin və şüşə məmulatlar (şprislər, sınaq şüşələri, petri kasaları) sterilizasiyası olunur. Bu proses avtoklavlaşdırma adlanır. Avtoklavlaşdırma zamanı yüksək temperatur və təzyiqlə (buxarla), yəni fiziki amillərlə sterilizasiya aparıldığına görə bu üsul sterilizasiyanın fiziki növünə aiddir. Avtoklavda sterilizasiya mürəkkəb proses olub təzyiqlə altında buxarla aparıldığı üçün aparatın hər an partlama təhlükəsi mümkündür. Ona görə də sterilizasiya otağında xüsusi təlim keçmiş və təhlükəsizlik texnikasını müfəssəl öyrənmiş tibb personalı işləməlidir.

Sterilizasiya rejimi aşağıdakı qaydada tənzimlənir.
132⁰C temperaturda, 2 atmosfer təzyiqdə, 30 dəqiqə müddətində
127⁰C temperaturda, 1,5atmosfer təzyiqdə, 45 dəqiqə müddətində
120⁰C temperaturda, 1 atmosfer təzyiqdə, 1 saat müddətində

Sterilizasiyanın keyfiyyətə nəzarət etmək üçün ərimə temperaturu məlum olan aşağıdakı maddələrdən istifadə olunur.

120⁰C- benzoy turşusu və 132⁰C- sidik cövhəri.

Müasir cərrahiyyədə alətlərin çeşidlənərək buxarla sterilizasiyasında kraft paketindən geniş istifadə olunur. Bunun üçün xəstəxanalarda müasir kraft paketi hazırlayan avtomatlaşdırılmış dəzgahlar mövcuddur. Kraft paketləri xüsusi perqament kağızlarından hazırlanır ki, bu kağızların məsamələri 100⁰C -dən yuxarı temperaturda açılaraq buxarı içəri buraxır, temperatur aşağı düşdükdə isə tam hermetiklik əmələ gəlir. Sterilizasiyaya nəzarət üçün kraft paketlərinin kənarlarına indikator lentlər yapışdırılır. Sterilizasiyadan əvvəl indikator lentlər açıq çəhrayı, sterilizasiyadan sonra isə bənövşəyi rəng alır. Kraft paketlərində dəzgahla dörd tərəfdən yapışdırılmış halda alətlər 20 gün sterilliyini itirmir. Kraft paketlərdən 5 dəfə istifadə etmək olar.

3.Kimyəvi sterilizasiya – sterilizasiyanın soyuq metodu olub, tibbi ləvazimatları antiseptik məhlullara yerləşdirilməklə mikroorqanizmlərin məhv edilməsidir. Polimer materiallardan, rezindən hazırlanan, şüşə və yüksək temperatura dözməyən məhsulların sterilizasiyası üçün tövsiyə olunur. Kimyəvi sterilizasiya üçün nəzərdə tutulan məmulatlar sərbəst şəkildə steril qaba qoyulur və üzəri örtülənədək antiseptik məhlul əlavə edilir. Borulu ləvazimatların (kateترلər və s.) daxili kanalları isə doldurulur.

Əlcəklərin kimyəvi sterilizasiyası:

- 6%-li hidrogen peroksid məhlulunda otaq temperaturunda – 360 dəqiqə ərzində, 50⁰C-dək qızdırıldıqda isə sterilizasiya müddəti 180 dəqiqə davam edir.

- Dezokson-1 məhlulunda 180⁰C temperaturda 45 dəqiqə saxlanılır;

- 4,8%-li pervomur məhlulu ilə otaq temperaturunda sterilizasiya müddəti 20 dəqiqə,

- 2 %-li xlorheksidin biqlukonat məhlulu otaq temperaturunda sterilizasiya müddəti 20 dəqiqə,
- 70%-li spirt məhlulunda otaq temperaturunda sterilizasiya müddəti 30 dəqiqə davam edir

Hazırda steril perqament paketlərində müxtəlif ölçülü birdəfəlik əlcəklər istehsal edilir.

4. Qazla sterilizasiya - müəyyən qazların fiziki və kimyəvi adsorbisiya etməklə sterilizasiya ediləcək məmulatlara bakterisid təsir göstərmək xüsusiyyətinə əsaslanır. Qazla sterilizasiya xüsusi hermetik qaz kameralarında tibbi cihazların optik hissələri, polimer materiallardan hazırlanmış məhsulları, tikiş materialları, plastmas və rezin alətlərin sterilizasiyası həyata keçirilir. Bu məqsədlə ən çox istifadə edilən və geniş yayılan qaz etilen oksid və formalin buxarıdır. Eyni zamanda soyuq qazla optik sistemli endoskopik alətlər, onların yardımçı vasitələri 2 saat müddətində həmin kameralarda sterilizasiya edilir.

5. Şüa ilə sterilizasiya ionlaşdırıcı radiasiya (γ -qamma şüalar), ultrabənövşəyi şüalanma və ultrasəs vasitəsi ilə zavod şəraitində alətlərin, endoprotezlərin, birdəfəlik istifadə edilən tibbi ləvazimatların (əlcəklər, şprislər, kateterlər və s.) və s. sterilizasiyası aparılır. Bu üsulla sterilizasiya daha etibarlıdır. Ləvazimatlar hermetik paketlərdə steril edildiyi üçün onların sterilliyi bir neçə ay davam edir və hermetik bağlamalarda 5 il müddətində saxlanıla bilər.

6. Qaynatmaqla sterilizasiya məqsədlə xüsusi sterilizatorlardan istifadə edilir. Alətlər qaynanmış və ya destillə olunmuş suda qaynadılır. Adi kran suyundan istifadə edildikdə ərp və ya çöküntü əmələ gəlməsin deyə suya 2%-li soda məhlulu əlavə edilir. Alətlər əvvəlcə qaynama anından sonra hesablanmaqla 20-30 dəqiqə müddətində qaynadılır. İrinli və başqa anaerob infeksiyalı əməliyyatlarda istifadə olunmuş alətləri 45 dəqiqədən 2 saata dək müddətdə qaynatmaq lazım gəlir. Nəcis və irinə bulaşmış alətlər hər qaynatma arasında 6 saat fasilə verməklə 1 saat müddətində 3 dəfə qaynadılır. İti və kəsici alətləri 2-3 dəqiqədən artıq qaynatmaq olmaz. Sterilizatorun qapağı kip bağlanmalı və suyu tez-tez dəyişdirilməlidir.

7. **Yandırmaqla sterilizasiya** zamanı sterilizasiya etibarlı olmur və alətləri korlayır. Buna görə də nadir hallarda istifadə olunur (məsələn, təcili əməliyyatlar zamanı hazır steril alətlər dəsti olmadıqda). Bu məqsədlə alətlər sterilizatorun qapağına və ya bir ləyəyə qoyulur, üzərinə az miqdarda 96° spirt tökülür və yandırılır. Spirt yandıqdan sonra alətlərdən istifadə edilə bilər.

Sterilizasiyadan qabaqki təmizləmə dəfələrlə istifadə edilən cərrahi alətlərin sterilizasiyaya hazırlanması üçün əsas və məcburi bir mərhələdir. Bu zaman alətləri çirkləndirən zülallar, yağlar, dərman mənşəli məhsullar kənarlaşdırılır ki, bu da sterilizasiyanın effektivliyini artırır və pirogen reaksiyaların əmələ gəlmə riskini azaldır. Sterilizasiyadan əvvəlki təmizliyə nəzarət etmək üçün azopiram, amidopirin, fenolftalein, benzidin və s. sınaqları qoyulur. Azopiram sınağı sterilizasiyadan əvvəl alətlərdə hemoqlobini, oksidləşdiriciləri, xlor tərkibli birləşmələri, yuyucu tozları, pası və dərman preparatlarını aşkara çıxarmaq üçün istifadə edilir. Amidopirin sınağı sterilizasiyadan əvvəl alətlərdə qanın mövcudluğunu təyin etmək üçün aparılır. Fenolftalein sınağı sterilizasiyadan əvvəl alətlərdə qələvi qalıqları aşkara çıxarmaq üçün istifadə olunur. Benzidin sınağı isə sterilizasiyadan əvvəl alətlərdə gizli qanın yoxlanılması üçün aparılır.

Endoskopik cihazlar və laparoskopik alətlər mürəkkəb optik sistemə malik olub müxtəlif materiallardan – metal, plastik, lifli optik, rezin, yapışqan və s. ibarət olduğundan onların sterilizasiyası da çətinlik törədir. Laparoskopik cihaz və alətlərin sterilizasiyası çox mərhələli proses olub aşağıdakılardan ibarətdir: mexaniki təmizləmə, dezinfeksiya, yuma, sterilizasiyadan qabaqki işlənmə, sterilizasiya, qurudulma və saxlama.

İstiyə davamlı avadanlıqlar mexaniki təmizləmə və yuyulmadan sonra avtoklava qoyulur, termoləbil aksesuarlar isə yüksək səviyyəli dezinfeksiyaedici məhlullara yerləşdirilir. Yüksək səviyyəli dezinfeksiyaedici məhlullar yalnız bir dəfə istifadə edilə bilər. Birdəfəlik alətləri təkrar işlətmək olmaz!

Sterilizasiyaya nəzarət. Sterilizatorların işinə nəzarətin bakterioloji, fiziki və kimyəvi metodu mövcuddur.

Bakterioloji metod. Ən etibarlı və dəqiq metod olub, sterilizasiya olunmuş materialın çirklənməsi və onda olan mikrob florası haqqında məlumat verir. Bu üsulda sterilizasiya olunmuş materiallardan ayda bir dəfə nümunə götürülərək bakterioloji laboratoriyaya göndərilir və əkmə yolu ilə nəzarət aparılır. Əkmənin nəticələri 48-72 saatdan sonra alınır. Bu metod çox vaxt tələb etdiyindən gündəlik təcrübədə istifadə olunmur.

Fiziki metodda sterilizatorların işinə buxarın temperaturu ilə təzyiqli arasında yaranan ciddi fiziki asılılığın köməyi ilə nəzarət edilir (1 atmosferdə - 120⁰ C, 1,5 atmosferdə -127⁰C, 2 atmosferdə- 132⁰ C olur).

Kimyəvi metodda sterilizatorların işinə kimyəvi testlər və ya qabaqcadan ərimə temperaturu məlum olan maddələrdən istifadə etməklə, eləcə də temperaturdan asılı dəqiqliklə özünün rəngini və aqreqat halını dəyişən termokimyəvi indikatorlardan istifadə olunur. Bunlara - sidik cövhəri (karbamid) - ərimə temperaturu 132⁰C, benzoy turşusu - ərimə temperaturu 120⁰C, amidopirin – ərimə temperaturu 110⁰C, kükürd-ərimə temperaturu 117⁰C, rezorsin -ərimə temperaturu 119⁰C, 120-132⁰C-də rəngini dəyişən termoinikator kağızı və 180⁰C-də rəngini dəyişən tiomoçevina aiddir.

Sterilizasiyanın sonunda indikator sterilizatordan çıxarılır, vizual olaraq onun aqreqat halı və rəngi müəyyənləşdirilir. Məsələn, benzoy turşusu bərabər şəkildə əriyibsə və ya termoinikator kağızı rəngini dəyişibsə, deməli sterilizasiya üçün verilən temperatur həddi alınmış və nəticə qənaətbəxşdir (avtoklavda temperatur 120⁰ C imiş). Nəticə qənaətbəxş olmadıqda kimyəvi maddədə bərabər səviyyəli ərimə və rənginin dəyişilməsi baş vermir. Bu isə sterilizasiya üçün verilən temperaturun alınmadığını bildirir.

II. İzolyasiya xəstə ilə mikroorqanizmlərlə çirklənmiş əşyalar arasındakı təmasın qarşısını alır. İzolyasiya iki yolla həyata keçirilir.

1. Məkanda:

- ✓ tibb müəssisələrinin yaşıllıq ərazilərində tikilməsi;
- ✓ tibb müəssisəsi daxilində otaqların zonalaşdırılması (şöbələrdə və əməliyyat bloklarında hərəkətin məhdudlaşdırılması, steril və qeyri-steril bixslərin alıb-vermək üçün müxtəlif kiçik pəncərələrin yaradılması və s.);

✓ fərdi mühafizə vasitələri (əlcəklər, maskalar, aseptik sarğılar).

2. Zamanla izolyasiya– (əgər texniki səbəblərə görə məkanla mümkün deyilsə)

✓ bir əməliyyat otağında əvvəl “təmiz”, sonra isə “irinli” xəstələrdə əməliyyat aparılır;

✓ bir sarğı otağında səhərlər “təmiz” xəstələr, nahardan sonra “irinli” xəstələrdə sarğı aparılır.

III. Dezinfeksiya – tibb müəssisələrində döşmələrin, divarların, tavanların, qapıların, pəncərələrin səthlərindən, eləcə də masa, stul, tumba, şkaf və s.-dən mikroorqanizmlərin məhv edilməsinə və ya kənarlaşdırılmasına yönəldilmiş tədbirdir. Xəstənin müalicəsi və xəstəyə qulluq zamanı istifadə olunan əşyalar – işlədilmiş alətlər, əlcəklər, sarğı materialları və s. eləcə də birdəfəlik istifadə edilən tibbi ləvazimatlar dezinfeksiya edilir. Dezinfeksiya zamanı yalnız mikrobların vegetativ formaları məhv olur.

Əllərin əməliyyata hazırlanması

Əllərin yuyulması cərrahiyyədə çox vacib proseduradır. Bu prosedura bütün cərrahi əməliyyatlardan qabaq mütləq aparılır ki, bu da əlcəklərin zədələnməsi nəticəsində yaraların çirklənmə riskinin qarşısını alır və tranzitor mikrob florasını məhv edir. Əlin dərisində çoxlu miqdarda mikrob gizləndiyi üçün əlləri mikrosuzlaşdırmaq cərrahlığın əsas məsələlərindən biri hesab olunur. Müəyyən edilmişdir ki, mikroblar yalnız dərinin səthində deyil, eləcə də epidermisin üst qatlarında, tük kisəciklərinin boşluqlarında, piy və tər vəzilərinin axacaqlarında, epidermisin çatlarında, zədələnmiş yerlərində, dərinin büküş və qırışıqlarında gizlənilir. Əl və barmaqlar üzərindəki ən kiçik zədələnmələr və iltihab ocaqları mikrobların külli miqdarda toplandığı yerə çevrilir.

Ona görə də əməliyyatla əlaqəsi olan hər bir tibb bacısı öz əllərinin həmişə qayğısına qalmalı (axşamlar ilıq su vannası etmək və vazelinlə yağlamaq, qidalandırıcı krem-losyonlardan istifadə etmək lazımdır), əllərini zədədən, çat, qabar, qaraquş (dırnaq yastığından qopma) və iltihabı proseslərdən qorunmalıdır. Dırnaqlarını yataq sə-

viyyəsində qısa kəsməli (dırnaqaltı nahiyə əllərin ən çox çirklənməyə məruz qalan hissəsidir), dırnaq boyasından istifadə etməməlidir. Əlləri yumazdan qabaq bütün zinət əşyaları- barmaqda olan üzük, biləkdən isə biləzik və qoldan saat çıxarılmalı, dırnaqda olan boya təmizlənməlidir.

Əllərin yuyulma üsulu çoxdur. Bunlara Spasokukotski – Koçergin və Alfeld üsulları, pervomurla (C-4 məhlulu), çerigellə xlorheksidin biqlukonatla, yodopironla və əllərin susuz işlənməsi aiddir. Bu üsulların hər biri ayrı-ayrılıqda və müştərək olaraq aşağıdakı tələblərə cavab verməlidirlər.

1. Əllərin dərisi mexaniki təmizlənməli; (hazırda əllər yuyularkən barmaqlarda mikrotravmalar əmələ gətirə bildiyinə görə şotkalar tətbiq edilmir).

2. Əllər yağsızlaşdırılmalı;

3. Antiseptiklərlə dəridə olan mikrobların qismən məhv edilməsi həyata keçirilməli;

4. Qatı antiseptiklərin dərinin məsamələrinə çökməsi təmin olunmalıdır

Hazırda əllərin mexaniki yuyulmasında Avropa standartları (EN-1500) tətbiq edilir. Bu proses aşağıdakı mərhələlərlə həyata keçirilir. Əvvəlcə bir əlin ovuc səthi digərinə irəli-geri hərəkətlərlə sürtülür. Əvvəl sağ ovucla sol əlin bayır səthi sürtülür, sonra əllərin hərəkəti dəyişdirilir. Sonra bir əlin barmaqları digərinin barmaqları arasına keçirilir, yuxarı və aşağı hərəkət etdirməklə barmaqların içəri səthi sürtülür. Barmaqları bir-birinə pərçimləyib, bir əlin bükülmüş barmaqlarının bayır səthi, digərinin ovucuna sürtülür. Daha sonra sol əlin baş barmağının əsasını, sağ əlin baş və göstərici barmaqları arasına alıb fırlatmaqla sürtülür. Sol əlin barmaqlarının ucu ilə dairəvi hərəkətlərlə sağ əlin ovuc səthi sürtülür və əllər dəyişdirilir. Hər hərəkət ən azı 5 dəfə olmaqla təkrarlanmalıdır.

Yadda saxlamaq lazımdır ki, əllər mütləq ciddi steril olunmuş əməliyyat otağından qabaqkı otaqda -əməliyyatda iştirak edən adamların yuyunması üçün nəzərdə tutulan xüsusi otaqda yuyulmalıdır. Yuxarıda göstərilən ardıcılığın pozulması, vaxtın gözlənilməməsi və tələskənlik əllərin yuyulmasında əsas səhvlərdən sayılır. Əllər yalnız steril dəsmalla qurudulduqdan sonra, qurudulmuş dəri

antiseptiklərlə silinməlidir. Antiseptiklərdən adekvat səviyyədə bərabər miqdarda istifadə olunmalıdır. Preparatı sürtərkən əlavə əşyalardan – salfet, süngər, tampon və s. istifadə etmək olmaz. Yaxşı olar ki, əlləri silərkən müxtəlif antimikrob xassəli maddələr növbələşdirilsin və işlənmənin aparılması texnikası əsaslı surətdə yerinə yetirilsin. Hər mərhələdə hərəkətin ardıcılığı, preparatın dozası və müddəti diqqətlə gözlənilməlidir. Əllər yuyularkən dirsək və ya sensorlu kranlardan istifadə olunmalıdır.



Şəkil 1. Əllərin mexaniki yuyulmasının mərhələləri

Əllərin Alfeld üsulu ilə yuyulması. Əllər yuyulmazdan qabaq cərrahi kostyum, qalpaq, maska, baxıl geyilir, önlük bağlanır və qollar dirsəyə qədər çırmadır. Kran açılaraq suyun temperaturu və axını tənzimlənir. Əllər axar su altında maye sabunla, sərt şotkadan istifadə edilmədən 2 dəqiqə müddətində saidin yuxarı 1\3-nə qədər yuyulur. Əvvəl sol əlin barmaqlarının ucu, barmaqların və əlin ovuc səthi, saidin iç səthi, sonra isə əlin və saidin arxa səthi yuyulur. Eyni ardıcılıqla sağ əl də yuyulur. Əllər barmaqların ucu yuxarı, said isə aşağı olmaqla elə tutulur ki, çirkli su barmaqlardan dirsəyə doğru axsın. Əllər steril dəsmal və ya salfetlə qurudulur. Dırnaq yataqları və dırnaqətrafi sahə 5%-li yod məhlulunda isladılmış birdəfəlik steril taxta çubuquqla 1 dəqiqə müddətində işlənir. Antiseptik məhlul barmaqlara və biləyə hər dəfə 2,5-3 ml olmaqla porsiyalarla vurulur (hər işlənmədə antiseptik sərfi 10 ml-dir.) Antiseptiklə dəri qurumağa imkan verilmədən əlin hərəkət ardıcılığı

ciddi gözlənilməklə 5 dəqiqə müddətində silinir.

Əllərin Spasokukotski – Koçergin üsulu ilə yuyulması. Əllər isti axar su altında sabunla (üstünlüyü maye sabuna verilməlidir) 1 dəqiqə müddətində dırnaq falanqasından saidin yuxarı 1\3-dək yuyulur. 0,5%-li naşatır spirti məhlulu hazırlanır. Bunun üçün 10 litr qaynadılmış isti suya (37-38⁰C) 500 ml 10%-li ammonyak məhlulu qatılır. İki steril ləyənin hər birinə 5 litr məhlul tökülür. Hər ləyənə 2 ədəd steril salfet sərilir. Hər əl (əvvəl sol, sonra isə sağ əl) ayrı-ayrı salfetlərlə ciddi ardıcılıqla – barmaqların ucundan başlayıb dırnaq yataqları, dırnaqətrafi yastıqlar, dəri büküşləri, barmaqlararası arakəsmə, əlin ovuc səthi, əlin arxa səthi, saidin yuxarı 1\3-nə dək yuyulur. Hər ləyəndə əllər 3 dəqiqə ərzində qum saatına nəzarət etməklə yuyulur. İşlənmiş əllər elə tutmaq lazımdır ki, barmaqlar dirsəkdən yuxarıda olsun (bu zaman köməkçi ehtiyatla önlüyü açır). Steril dəsmalla əlləri müəyyən ardıcılıqla əvvəlcə barmaqların ucu, sonra barmaqlar, daha sonra said qurudulur. 70⁰-li etil spirtində isladılmış kürəciklə əvvəl bir əl, təzə kürəciklə isə ikinci əl hər biri 2 dəqiqə müddətində işlənir. Dırnaq ətrafı və dəri büküşləri yodonatla işlənir.

Əllərin müasir metodlarla yuyulması. Əllərin müasir üsullarla əməliyyata hazırlanması üçün müxtəlif dərman preparatlarından istifadə olunur. Bunlara-0,5%-li xlorheksidin, 2,4%-li pervomur, 0,5%-li novosept, çerigel, deqmisid və diosid məhlulları aiddir. Böyrəyi xəstə olan tibb işçilərinə diosidlə (civə birləşməsi) əlləri yumaq məsləhət görülmür.

Əllərin pervomurla (C-4 məhlulu) yuyulması. Əllərin yuyulmasında daha çox pervomur məhlulundan istifadə olunur. Pervomur məhlulu C-4 qarışığı da adlanır. Əllər mexaniki işlənmədən sonra 2,4 %-li pervomur məhlulunda bir dəqiqə müddətində saxlanılır. Bu üsul tezliyinə görə çox əlverişlidir. C-4 (pervomur) məhlulu qarışqa turşusu, hidrogen peroksid və suyun qarışığından ibarətdir. Bu qarışığı güclü antiseptik maddə olub dəri üzərində nazik təbəqə əmələ gətirir. Bunun üçün 171 ml 33%-li hidrogen peroksid məhlulu ilə, 69 ml 100%-li və ya 81 ml 85%-li qarışqa turşusu məhlulunu qarışdırılıb üzərinə 1 litrə çatanadək su əlavə edilməklə pervomur məhlulu hazırlanır.

Pervomur məhlulunu hazırlamaq üçün götürülən inqredientlərin həcmi

İşçi məhlulun miqdarı (litrə)	İ N Q R İ D İ Y E N T L Ə R			Su (litrə)
	30-33%-li hidrogen peroksid məhlulu	Formiat turşusu		
		100%	85%	
1	17,1	6,9	8,1	1 litrədək
2	34,2	13,8	16,2	2 litrədək
5	85,5	34,5	40,5	5 litrədək
10	171,10	96,0	81,0	10 litrədək

Başlanğıc məhlul soyuducuda 1-1,5 saat saxlanılır. Əllər axar isti su altında 1-2 dəqiqə müddətində şotkadan istifadə edilmədən yuyulur. Əllər steril dəsmalla (əvvəl sağ, sonra sol əl) qurudulur. Başlanğıc məhlulu 10 dəfə durulaşdırdıqdan sonra alınan 2,4 %-li pervomur məhlulunda əllər heç bir ardıcılıq gözlənilmədən və sulfet tətbiq etmədən 1-2 dəqiqə müddətində saxlanılır. Əllər steril sulfetlə qurudulur. 5 litr işçi məhlulda ləyəni təkrar steril etmədən azı 15 nəfər bir ləyəndən istifadə edə bilərlər. 15 nəfərdən artıq şəxsın əlləri dezinfeksiya olunarsa məhlulun dezinfeksiyaedici xüsusiyyəti azaldığı üçün keyfiyyətsiz hesab olunur və əllər steril olmur. Hazırlanmış məhluldan yalnız əməliyyat günü istifadə edilə bilər.

Əllərin yodopironla yuyulması. Bu məqsədlə ləyəne 0,1%-li yodopiron məhlulu tökülür. Steril kornsanq vasitəsilə steril sulfetlər ləyəne buraxılır. Əllər isti axar su altında sabunla 1 dəqiqə müddətində yuyulur. Əllər steril dəsmalla qurudulur. Əllər yodopiron məhlulu olan ləyəne tam salınaraq 4 dəqiqə müddətində sulfetlə yuyulur (vaxta qum saati ilə nəzarət edilir). Əllər steril dəsmal və ya sulfetlərlə qurudulur. Yodopiron toz şəklində olub, tərkibində 6-8% aktiv yod vardır. Onun 1%-li məhlulu aptek şəraitində hazırlanır. Əllərin işlənməsi üçün təzə hazırlanmış yodopiron məhlulundan istifadə etmək lazımdır.

Əllərin xlorheksidin biqlukonatın spirtli məhlulu ilə yuyulması. Əllər isti axar su altında sabunla 1 dəqiqə müddətində şotkadan istifadə edilmədən yuyulur və steril dəsmalla qurudulur. Xlorheksi-

dində islanmış birinci salfetlə növbə ilə hər əl ayrı-ayrılıqda, ardıcılıq gözlənilməklə (barmaqların ucundan başlayıb, saidin orta hissəsinədək) 3 dəqiqə müddətində silinir. Sonra ikinci salfet xlorheksidində isladılır və ardıcılıq gözlənilməklə əllər təkrar işlənir. Antiseptiklə isladılmış salfetin (və ya kürəciyin) ovucda sıxılması yol-verilməzdir. Çünki bu zaman antiseptikin bir hissəsi döşəməyə töküldüyü üçün salfet tez quruyacaq və əllərin işlənmə müddəti qısaldacaq və bəzi nahiyələr diqqətdən kənar qalacaqdır.

Əllərin çerigellə yuyulması ambulator şəraitdə əllərin yuyulmasının tezləşdirilmiş üsuludur. Əllər axar su altında 1 dəqiqə müddətində sabunla şotkadan istifadə edilməklə yuyulur və steril dəsmalla (barmaq uclarından saidin yuxarı 1/3 – dək) qurudulur. Bundan sonra ovuca 3-4 ml. çerigel tökülür. Əllər barmaqlardan saidə doğru bərabər səviyyədə 10-15 saniyə ərzində nazik təbəqə əmələ gələnədək əsaslı surətdə işlənir. Dəridə əmələ gələn təbəqə mikrobları buraxmır. Əməliyyatdan sonra bu təbəqəni 700-li etil spirti və ya isti su ilə ləğv etmək olur.

Əllərin susuz işlənməsinin iki üsulu mövcuddur. **Brun** üsulunda zəruri ehtiyac yarandıqda su istifadə etmədən əlləri əməliyyata hazırlamaq olur. Bunun üçün 0,5%-li etil spirti ilə əllər 15 dəqiqə müddətində işlənir. **Zabludovski** üsulu ilə əllərin işlənməsi. Taninin 5%-li spirdə məhlulu ilə əllər 2-5 dəqiqə islanılır. Yadda saxlamaq lazımdır ki, göstərilən metodların heç biri sterilliyi tam təmin etmir.

Yoxlama sualları:

1. Aseptikanın tərifini verin, onun cərrahiyyədəki əhəmiyyəti haqqında danışın.
2. Sterilizasiya nədir və onun hansı üsulları vardır?
3. Sterilizasiyaya nəzarət üsulları hansılardır və onun aseptikada rolu nədən ibarətdir?
4. Buxarla sterilizasiya necə aparılır?
5. Quruducu şkafta sterilizasiya necə aparılır?
6. Kimyəvi sterilizasiya nədir və o nə zaman tətbiq olunur?
7. Ekzogen infeksiyanın daxil olma yolları hansılardır?
8. Endogen infeksiya necə yayılır?
9. Alətlərin əməliyyatdan qabaqkı təmizlənməsi necə aparılır?
10. Sterilizasiyadan qabaqkı təmizlənmənin keyfiyyətinə necə nəzarət edilir?
11. Bakterioloji nəzarət necə aparılır?
12. Əlcəklərin sterilizasiyası hansı üsulla aparılır?
13. Əllərin yuyulmasının hansı üsullarını tanıyırsınız?
14. Xəstəxanadaxili infeksiya nədir?
15. Xəstəxanadaxili infeksiyanın mənbəyini və yoluxma yollarını sadalayın.

Situasiya məsələləri:

I. Alətlərin sterilizasiyası quru və isti havanın köməyi ilə 60 dəqiqə müddətində quruducu şkafta aparılmışdır. Sterilizasiyanın keyfiyyətinə nəzarət zamanı sidik cövhərinin əridiyi məlum olmuşdur. Tibb bacısı alətləri quruducu şkaftan götürərək əməliyyat masasına yerləşdirib. O, hansı mərhələdə səhvə yol vermişdir?

II. Əməliyyat zamanı cərrah təsadüfən əlcəkdən qopmuş rezin tikəsini yara işərisində saxlamışdır. Hansı fəsadlar mümkündür? Bu vəziyyətdə hansı növ yara infeksiyasının inkişafını gözləmək olar?

MÖVZU 3. Antiseptika. Antiseptik maddələrin əsas qrupları. Cərrahiyyədə QİÇS-in profilaktikası

Tələbə bilməlidir:

- ✓ Antiseptikanın növlərini
- ✓ Kimyəvi antiseptik maddələrin əsas qrupları və işlənmə üsullarını;
- ✓ Antibiotiklərin işlədilməsi qaydalarını;
- ✓ Antibiotiklərin istifadəsi zamanı buraxılan səhvləri və ağırlaşmaları;
- ✓ Bioloji materiallarla işləyərkən infeksiya təhlükəsizlik qaydalarını
- ✓ QİÇS-ə yoluxmanın qarşısını almaq üçün tibb bacısının əməl etməli olduğu qaydaları;

Mühazirənin planı:

- Antiseptikanın təsnifatı.
- Antiseptik maddələrin əsas qrupları.
- Cərrahiyyədə QİÇS-in profilaktikası

Antiseptika – yarada və bütövlükdə orqanizmdə mikroorqanizmlərin ləğvinə yönəldilmiş müalicəvi-profilaktik tədbirlər kompleksidir. Müasir antiseptika anlayışı daha dərin mənə verib, buraya yarada və orqanizmdə cərrahi infeksiya ilə mübarizəyə yönəldilmiş, mikroblar tərəfindən yaranın yoluxması nəticəsində əmələ gələn intoksikasiyanın aradan qaldırılması və orqanizmin müdafiə qabiliyyətinin yüksəldilməsi kimi tədbirlərin cəmi daxildir.

Antiseptikanın aşağıdakı növləri vardır:

1. Mexaniki
2. Fiziki
3. Kimyəvi
4. Bioloji

Mexaniki antiseptika – yaranı çirkləndirən mikroorqanizmlərin birbaşa kənarlaşdırılmasıdır. Bu məqsədlə aşağıdakı üsullardan istifadə edilir.

- ✓ yaranın I-li cərrahi işlənməsi – yara kənarların və dibinin kəsilib götürülməsi;
- ✓ yaranın tualeti – yaranın yuyulması və yad cisimlərin çıxarılması;
- ✓ yaranın drenajlanması – yarıdan ayrılan ifrazatın axması üçün xüsusi borular (drenajlar) vasitəsilə şəraitin yaradılması.

Fiziki antiseptika – fiziki metodların köməyi ilə yarada mikroorqanizmlər üçün əlverişsiz şəraitin yaradılmasıdır. Bu metodlara aşağıdakılar aiddir:

- ✓ hiqroskopik materialların və hiqroskopikliyi artıran amillərin istifadəsi (hiqroskopluq mayenin hopdurucu qabiliyyəti deməkdir);
- ✓ 10%li natrium xlorid məhlulunda isladılmış tənzifdən istifadə;
- ✓ Qurutma – yaraların açıq üsulla müalicəsi.

Fiziki antiseptikanın müasir nailiyyətlərinə ultrasəs, lazer, yaranın ultrabənövşəyi şüalarla şüalandırılması, aeroterapevtik qurğular, hemabsorbsiya, plazmosorbsiya, limfasorbsiya və plazmofarez aiddir.

Kimyəvi antiseptika – yaraya bir sıra kimyəvi antiseptiklərin tətbiq edilməsidir. Antiseptik maddələr həm yerli, həm də ümumi məqsədlə işlədilir. Antiseptiklər yerli olaraq yaraya məhlul, poroşok, məlhəm və emulsiya şəklində bir başa və ya vanna şəklində, irinli boşluğa isə punksiya və ya drenaj vasitəsilə yeridilir. Ümumi məqsədlə isə həm parenteral (venadaxili, əzələdaxili, arteriyadaxili) və həm də enteral (per os və imalə şəklində) yolla tətbiq edilir.

Antiseptik maddələrin əsas qrupları.

Müasir dövrdə cərrahi praktikada çoxlu miqdarda antiseptiklər tətbiq olunur. Antiseptik maddələrin təsir mexanizmi müxtəlif olub onların kimyəvi quruluşundan asılıdır. Oksidləşdiricilər bakteriyalarda mübadiləni dəyişdirir, aldehidlər zülalları denaturasiyaya uğradır, turşu və qələvilər hidrogen ionunu parçalayır, hidroksil qrupu hüceyrələrə təsir edir. Sulfanilamid və bakteriyaların təsir mexanizmi daha mürəkkəbdir. Onlar mikrob hüceyrəsində müxtəlif növ mübadilə proseslərini pozaraq bakteriostatik təsir göstərirlər.

Antiseptik maddələr yüksək antibakterial xassəsi ilə yanaşı xəstənin orqanizmi və yara üçün davamlı, zərərsiz olmalıdır. Yadda saxlamaq lazımdır ki, mütləq zərərsiz antiseptik maddə mövcud deyil. Aşağıdakı antiseptik maddələrdən daha geniş şəkildə istifadə olunur və onlar kimyəvi quruluşlarına görə 17 qrupa bölünürlər.

1. Halloidlər qrupu

Yod – 1,5 və 10%-li spirtdə məhlulu. Xaricə işlədilir, yara kənarla-

rının işlənməsində tətbiq edilir.

Yodinol – 1%-li məhlul. Xaricə tətbiq edilir, yaraların işlənməsində və yuyulmasında, əsnəyin, burun udlağın yaxalanmasında tətbiq edilir.

Yodonat, yodopirin – 1%-li məhlulu əməliyyat sahəsinin və yaraların işlənməsində istifadə olunur.

Luqol məhlulu – selikli qişaların iltihabı xəstəliyində və ketqutun sterilizasiyasında istifadə edilir.

Xloramin B – dezinfeksiyaedici maddədir, 1-3%-li məhlulu xəstəyə qulluq əşyalarını və otaqları dezinfeksiya etmək üçün işlədilir.

2. Turşular.

Bor turşusu-2-4%-li məhlulu irinli yaraların yuyulmasında və müalicəsində istifadə olunur (hazırda istifadəsinə icazə verimirdi).

Salisil turşusu – kristal şəklində antiseptik maddə kimi tətbiq edilir. Antiseptik xassəsindən başqa məlhəmlərin, pastaların, səpmələrin tərkibində və 1-2%-li spirtli məhlullarından keratolitik (epidermisi məhv edən) məqsədlə istifadə olunur.

3. Qələvilər. *Naşatır spirti* – xaricə tətbiq edilən antiseptikdir. Əllərin Spasokukotski-Koçerqin üsulu ilə yuyulmasında istifadə olunur.

4. Oksidləşdiricilər: Bunların antiseptik təsiri atomar şəklində ayrılan oksigenin mikrob hüceyrəsinə mənfi təsir etmək qabiliyyətinə əsaslanır.

Hidrogen peroksid – 3%-li məhlulu irinli və çirklənmiş yaraların, boşluqların yuyulmasında, səthi qanaxmaların dayandırılmasında istifadə edilir. Pervomur məhlulunun tərkibinə daxildir, 6%-li məhlulu dezinfeksiyaedici kimi işlədilir.

Kalium permanqanat – 2-5%-li məhlulu yanıqların və yataq yaralarının müalicəsində, 0,2 – 0,1%-li məhlulu yara və selikli qişaların yuyulmasında istifadə edilir.

5. Spirtlər. *Etil spirtinin* 70%-li məhlulu əllərin, əməliyyat sahəsinin və yaraların işlənməsində, 96%-li məhlulu isə aşılayıcı kimi istifadə edilir.

Kamfora spirti – 1 hissə kamfora, 7 hissə spirt, 2 hissə sudan ibarət olub, yataq yaralarının profilaktikası məqsədilə dərinin silinməsində istifadə edilir.

6. Aldehidlər. *Formalin* – formaldehidin 37%-li məhluludur. Histoloji müayinədən ötrü preparatların fiksasiyası məqsədilə istifadə edilir. Quru halda optik cihazları sterilizasiya etmək üçün qaz sterilizatorlarında istifadə edilir.

7. Rəngləyicilər.

Briliyant yaşılı – 1-2%-li spirtde (və ya suda) məhlulu yara və selikli qişaların işlənməsində istifadə olunur,

Mavi metilen – 1-2%-li məhlulu yara və selikli qişaların işlənməsində, yanlıqların, piodermitlərin və follikulitlərin müalicəsində, 0,02%-li suda məhlulu yaraların, sidik kanalı və sidik kisəsinin yuyulması zamanı istifadə edilir.

Rivanol – 0,1-0,2%-li sulu məhlulu az toksik olub müxtəlif boşluqları (oynaq, plevra, qarın) yumaq və yaxalamaq üçün istifadə edilir.

8. Ağır metal duzları.

Gümüş nitrat – 0,1 – 2% məhlulu konyuktivitin və selikli qişaların yuyulmasında istifadə olunur. 5 – 20%-li məhlulu isə yandırıcı təsir göstərir. Lyapis qələminin tərkibinə daxildir və müxtəlif artıq qranulyasiyaları yandırmaq üçün istifadə edilir.

Protarqol, kollaqrol – gümüş tərkibli antiseptikdir, selikli qişaları silmək, sidik kisəsinə və sidik kanalını yumaq məqsədilə işlədilir.

Sink oksidi – bir neçə səpmə və pastaların tərkibinə daxil olub, iltihab əleyhinə təsir göstərir.

Sulema məhlulu və ya civə 2 xlorid – zəhərli təsirə malik olub xüsusi qadağan olunmuş şkaflarda saxlanılır, 1:1000 məhlulu ipəyin, əlcəklərin sterilizasiyasında istifadə olunur.

9. Detergentlər

Xlorheksidin biglukinat – 0,5%-li spirtli məhlulundan əllərin əməliyyata hazırlanmasında, əməliyyat sahəsinin işlənməsində, 0,1 – 0,2%-li məhlulu isə yaraların yuyulmasında istifadə edilir.

Çerigel - əllərin yuyulmasında istifadə olunur.

Deqmin, deqmisid – əllərin və əməliyyat sahəsinin işlənməsində istifadə olunur.

10. Qətranlar. *Firuzəyi qətran* – xaricə işlədilir, Vişnevski məlhəminin tərkibinə daxildir.

İxtiol, naftalan – məlhəm şəklində istifadə olunur, iltihabəleyhi,

antiseptik və yerli ağrıkəsici təsir göstərir.

11. Nitrofuran törəmələri. *Furasillin* xaricə istifadə olunur, 1:5000 nisbətində məhlulu (0,02%) irinli yaraların müalicəsində və boşluqların yuyulmasında istifadə olunur.

Furodonin, furozolidon, furagin – daxilə istifadə olunur, bağırsağ və sidik axarlarının infeksiyalarında tətbiq olunur.

12. Xinoksalin törəmələri. *Dioksidin* – 0,1 – 1%-li suda məhlulundan, antibiotiklər effekt vermədikdə irinli yaraların və selikli qişaların yuyulmasında, sepsis zamanı isə venadaxili istifadə olunur.

13. 8-oksixinolin törəmələri.

Nitroksolin (5 NOK), enteroseptol bağırsağın və sidik yollarının iltihabı xəstəliklərində daxilə tətbiq edilir.

14. Nitroimidazol törəmələri. *Metronidazol (metroqil, floqil, trixopol)* geniş spektrə malik kimyəvi terapevtik maddədir.

15. Fenol və onun törəmələri. *Oksibenzol, karbol turşusu* bakterisid və bakteriostatik təsirə malik olub, 3-5%-li məhlullarından dezinfeksiyaedici kimi istifadə olunur. Fenolun preparatlarına: *təmiz maye fenol, krezol, ferezol, 3-lü məhlul və s.* aiddir

16. Sulfanilamidlər. *Streptosid* – qısa təsirə, *Sulfazin* – orta təsirə, *Sulfadimetoksin* – uzun təsirə, *Sulfalen* – həddən artıq uzun təsirə, *Biseptol* – kombinə olunmuş təsirə malik antiseptik maddədir. Yerli irinli cərrahi infeksiyaların müalicəsində, xəstədə infeksiya ocağının ləğv edilməsində, müxtəlif lokalizasiyalı iltihabı proseslər zamanı istifadə olunur.

16. Bitki mənşəli antiseptiklər. *Xlorofillit, ekterisid, kalendula-səthi* yaraların və selikli qişaların yuyulmasında xaricə tətbiq edilir və iltihabəleyhi təsir göstərir.

Bioloji antiseptika – bioloji mənşəli amillərdən istifadə etməklə mikroorqanizmlər üçün əlverişsiz şərait yaratmaqdır.

Bioloji antiseptiklərə aiddir:

I. Mikroorqanizmlərə birbaşa təsir göstərən maddələr.

1. Antibiotiklər – mikroorqanizmlərin həyat fəaliyyəti nəticəsində istehsal olunan üzvi birləşmələrdir. Bu maddələr digər müəyyən qrup mikroblara bakterisid və bakteriostatik təsir göstərməklə onların inkişafını və çoxalmasını dayandırır. Cərrahi infeksiyanın müalicəsində və profilaktikasında istifadə olunur. Antibiotiklərin vacib

xüsusiyyətlərindən biri onların bir və ya bir neçə mikrob qrupuna spesifik təsir göstərməsidir. Bir neçə mikrob qrupuna təsir göstərən antibiotiklər “geniş spektrli antibiotiklər” adını almışdır. Bununla əlaqədar olaraq antibiotikləri istifadə edərkən aşağıdakı qaydalara əməl etmək lazımdır.

- 1) Antibiotiklər yalnız ciddi göstəriş olduqda təyin edilməlidir.
- 2) Müalicədən əvvəl və müalicə müddətində mikrob florasının antibiotiklərə həssaslığının təyin edilməsi məcburdur.
- 3) Bəzi hallarda antibiotiklərin sinergist təsirini artırdığına görə onları müştərək və həmçinin daxil olma yollarını kombinasiyalı istifadə (yerli və ümumi, pareneteral, enteral) etmək lazımdır.
- 4) Uzunmüddətli antibiotikterapiya vacib olduqda, mikroblara qarşı rezistentlik nəzərə alınmaqla antibiotik preparatlarını 5-7 gündən bir yenisi ilə əvəz etmək lazımdır.
- 5) Bir birinin toksiki təsirini artıran antibiotiklərin müştərək istifadəsi yolverilməzdir.
- 6) Allergik reaksiyaların profilaktikasıdan ötrü orqanizmin antibiotiklərə həssaslığını yoxlanılmasına görə dəri və dəriiçi sınaqları qoymaq lazımdır.

Antibiotiklər yalnız həkim təyinatına əsasən tətbiq edilir. Maksimal terapevtik doza sutka ərzində hissələrə bölünərək yeridilir ki, plazmada daimi antibiotikin bakterisid konsentrasiyası saxlanmış olsun. Cərrahi xəstələrin antibiotiklərlə müalicəsindəki uğursuzluq, antibiotiklərə qarşı mikroorqanizmlərin davamlılığın sürətli inkişafı, onların tətbiqi zaman çoxlu miqdarda əlavə təsirlərin əmələ gəlməsi, onların təyin edilməsinə yanlış yanaşma və həmçinin onlara təhlükəsiz preparat kimi münasibət göstərilməsi ilə müəyyən edilir. Bu baxımdan cərrahi təcrübədə antibiotikoterapiyada bir sıra səhvlər buraxıla bilər ki, onları da rast gəlmə tezliyinə və əhəmiyyətinə görə aşağıdakı kimi qruplaşdırmaq olar:

1. Əsaslandırılmış göstəriş olmadan antibiotiklərin təyin edilməsi (bir sıra patoloji proseslərdə onlarsız da keçinmək mümkündür olduğu halda antibiotiklərin təyin edilməsi nəinki faydasız, eyni zamanda xəstənin sağlamlığı üçün zərərli).

2. Mikrofloranın antibiotiklərə qarşı davamlılığının nəzərə alınmaması.

3. Antibiotiklərin ya az, ya da həddən artıq yüksək dozada təyin olunması (kiçik doza mikrofloranın antibiotikə tez uyğunlaşmasını yaradır, yüksək doza isə antibiotiklərin toksikliyi və əlavə təsiri nəzərə alınmadan təyin edildikdə fəsadlar törədir).

4. Çox qısa və ya çox uzun müddətli müalicə kursunun təyin edilməsi.

5. Antibiotiklərin səmərəsiz kombinasiya edilməsi (bu zamanı qaydaların gözlənilməməsi, antibiotiklərin bir-birinə qarşılıqlı təsiri nəzərə alınmadan onların təyin edilməsi ağır fəsadlara, üzv və sistemlərdə geriyə dönməz pozğunluqlara gətirib çıxarır).

6. Antibiotiklərin tətbiqində əks göstərişlərin nəzərə alınmaması (antibiotiklərin təyin edərkən anamnestik olaraq antibiotiklərə həssaslıq, allergik reaksiyalar diqqətdə saxlanılmalıdır).

7. Antibiotiklərin gücünə faktiki olduğundan artıq bel bağlayaraq, onların lazım gəldi -gəlmədi təyin edilməsi.

8. Apteklərdə antibiotiklərin sərbəst (reseptsiz) satışı ilə əlaqədar xəstənin özünə müalicə təyin etməsi.

9. Mikrofloranın həssaslığının nəzərə alınmadan antibiotiklərin təyin edilməsi (bu çox ciddi bir səhv olub, vaxtında antibiotikin dəyişdirilməsini tələb edir).

10. Antaqonist antibiotiklərin birlikdə təyin edilməsi.

11. Praktiki həkimlərin yeni, yerli və xarici preparatları kifayət qədər tanımaması nəticəsində müxtəlif firma adları altında istehsal olunan eyni təsir mexanizminə malik antibiotiklərin tətbiq edilməsi.

12. Antibiotikləri zərərsiz dərman kimi hesab edib, onlara yanlış münasibətin göstərilməsi.

2. *Proteolitik fermentlər* – Tripsin, ximotripsin, ximopsin heyvan mənşəli olub iribuynuzlu mal-qaranın mədəaltı vəzindən alınır. Territilin adlı kifli göbələyin həyat fəaliyyəti məhsuludur. Bunlar mikrobları öldürmür, lakin nekrotik toxumanı əritmək, fibrini, irinli eksudatı durulaşdırmaqla iltihabəleyhi təsir göstərirlər. İrinli yaraların və xoraların müalicəsində tətbiq edilir.

3. *Spesifik passiv immunizasiya preparatları*.

Tetanus əleyhinə zərdab, qamma qlöbulin tetanusun profilaktikası və müalicəsində istifadə edilir.

Qanqrena əleyhinə zərdab – qazlı qanqrenanın müalicəsi və profilaktikasında işlədilir.

Stafilokokk və streptokokk əleyhinə bakteriofaq irinli yaraların və boşluqların müalicəsində tətbiq olunur.

II. Mikroorqanizmlərə dolayısı yolla təsir göstərən maddələr.

1) Qeyri-spesifik immuniteti stimullaşdıran metodlar.

Kvars vermək və vitamin müalicəsi immun sistemin funksiyasını gücləndirir. Ultrabənövşəyi və lazer şüalanması qanın reoloji xassələrini və oksigenlə təchizatını yaxşılaşdırır. Qanın və onun preparatlarının köçürülməsi də immun sistemi stimullaşdırır.

2) *Qeyri spesifik immuniteti stimullaşdıran maddələr.* Bunlara T və B limfositlərinin nisbətini tənzimləyən və faqositozu stimullaşdıran timus vəzinin hormonları olan timolin və T-aktivin aiddir. Prodiqiozin və levomizol limfositlərin funksiyasını stimullaşdırır. Interferon və interleykin immun sistemə güclü təsir göstərir.

3) *Spesifik immuniteti stimullaşdıran preparatlar.* Stafilokokk və tetanus anatoksini xəstələrdə aktiv spesifik ümmuniteti stimullaşdırmaq üçün istifadə olunur.

Cərrahiyyədə QİÇS-in profilaktikası

Son zamanlar QİÇS-in yayılması ilə əlaqədar təbabətin bütün sahələrində olduğu kimi cərrahiyyə də yeni problemlərlə üz-üzə dayanır. Nəzərə alınsa ki, cərrahi xəstələrdə yara vardır və invaziv diaqnostika və müalicə üsullarından istifadə nəticəsində qan ilə daimi təmasın olması və s. bu kimi səbəblərdən cərrahi profilli tibb personalının immunçatışmazlıq virusuna yoluxma ehtimalı daha böyük olur. QİÇS, B və C hepatitlərinin uzun müddət simptomuz gedişi, bu xəstəlikləri vaxtında aşkarlamağa imkan vermədiyindən bu xəstəliklərə yoluxmuş xəstələr tibbi heyət üçün böyük təhlükə yaradırlar. Ona görə də cərrahiyyədə QİÇS-in qarşısının alınması, ümumiyyətlə QİÇS–in profilaktikası xüsusi əhəmiyyət kəsb edir və hazırki dövrün ən aktual problemlərindən biri hesab olunur.

QİÇS-in profilaktikasının bir neçə istiqaməti var:

1. Virus daşıyıcılarının aşkarlanması;
2. QİÇS-li xəstələrin aşkarlanması;

3. Təhlükəsizlik qaydalarına ciddi şəkildə riayət edilməsi;

1. ***Virus daşıyıcılarının aşkarlanması.*** İnsanın İmmun Çatışmazlığı Virusunun (İİÇV) müəyyən etmək, sorğuya və aşağıdakı kateqoriyalara əsaslanır:

- risk qrupuna daxil olan bütün xəstələr (narkomanlar, cinsi azlıqlar, hepatit B və C viruslu xəstələr, zöhrəvi xəstələr, qan və orqanizmin digər bioloji mayeləri ilə kontakda olan tibb işçiləri və s. yüksək risk qrupuna aiddirlər);

- müalicə və diaqnostikasında invaziv üsullardan istifadə olunan xəstələr;

- qanla təmasda olan cərrahi blok, cərrahi şöbə, qanköçürmə şöbəsi, hemodializ, laboratoriya və s. şöbələrin bütün personalları;

Buna görə də bu şəxslərdə (tibb personalı) İİÇV-ni müəyyən etmək üçün onlarda, hər 6 aydan bir qanın biokimyəvi analizi aparılmalı, qanda Avstraliya və RW antigenləri təyin edilməlidir.

2. ***QİÇS-li xəstələrin aşkarlanmasında*** bütün səviyyələrdə tibb personalının bilikləri xüsusi rol oynayır. Tibb personalı xəstədə aşağıdakı əlamətlərə xüsusi diqqət yetirməli və şübhələnməlidir: 1. üç sutkadan artıq davam edən qızdırma; 2. ishal; 3. arıqlama; 4. qaraciyərin və dalağın böyüməsi; 5. pnevmoniya; 6. Kapoşi sarkoması.

3. ***Təhlükəsizlik qaydalarına riayət etmək*** üçün tələblər:

Yoluxmanın qarşısını almaq üçün aşağıdakı qaydalara tibb bacısı əməl etməlidir.

1. Dəri və selikli qişalarda iltihabi proseslərin profilaktikası aparılmalıdır.

- əllər fərdi dəsmal və ya birdəfəlik salfetlərlə hər iş növbəsi başlayanda silinməlidir;

- çalışmaq lazımdır ki, bu zaman dərinin epidermisi zədələnməsin;

- əllər yuyularkən sərt şotkalardan istifadə edilməməlidir;

- dəri səthinin deffektləri və sıyrıntıları zamanı tibb bacısı müvəqqəti olaraq xəstə ilə işləməkdən uzaqlaşdırılmalıdır;

- hər hansı proseduradan sonra əllər iki dəfə isti axar su altında sabun ilə yuyulmalıdır.

2. Qan və onun komponentləri və ya xəstənin digər bioloji mayeləri (qan, sperma, tüpürcək, sidik, uşaqıq yolu ifrazatı, drenajlar-

da və yaralarda ifraz olunan serebrospinal, plevral, peritoneal möhtəviyyat) ilə təmasda olan tibb bacısı işə daxil olanda və ildə bir dəfə Avstraliya antigeninə və hepatit B-yə görə müayinə olunmalıdır.

3. Alətlərin yığılması, yuyulması, yaxalanması və sterilizasiyası zamanı möhkəm uzun əlcəklər geyilməlidir.

- qanla təmas olunacaq bütün manipulyisayalar zamanı, tibbi əlcəklərdən istifadə olunmalıdır (cərrahi müdaxilə, sarğılar, infeksiyalar, qanın alınması və s);

- cərrahi müdaxilələr zamanı xüsusi maskalar və eynəklərdən istifadə olunmalıdır;

- laboratoriyada istifadə olunmuş sınaq şüşələrin, təkrar istifadəsi üçün mütləq sterilizasiya olunmalıdır;

- kəsici və itiüclü alətlərlə ehtiyatla davranılmalıdır;

- tibb bacısının barmağı ehtiyatsızlıqdan kəsilib və ya deşildikdə dərhal;

1. Əlcəklər çıxarılır, iynə batan yer sıxılaraq bir neçə damcı qan çıxarılır və ya qanaxma varsa 1-2 dəqiqə müddətində saxlanılır.

2. Dəri antiseptik məhlulunda yaxşı isladılmış kürəciklə silinir.

3. Əllər iki dəfə sabunla isti axar su altında yuyulur.

4. İynə batan yer 5%-li yod məhlulu ilə işlənir, yod quruduqdan sonra təkrar işlənmə aparılır.

5. İynə və ya zədə yeri aseptik sarğı ilə bağlanır.

- maksimum dərəcədə bir dəfəlik alətlərdən və şprislərdən istifadə olunmalıdır; hazırkı dövrdə qan köçürmə zamanı təkrar istifadə oluna bilən sistemlərin istifadə olunması qadağan edilmişdir!

Dəri və selikli qişalara (həmçinin gözün konyuktivasına) qan və ya xəstənin digər bioloji mayeləri düşdükdə o, əsaslı surətdə təmizlənməli və dərhal lazımı antiseptiklərlə işlənməlidir;

- bioloji mayələrin ətrafdakı əşyalara düşməsi zamanı mütləq dezinfeksiya olunmalıdır:

- təkrar istifadə oluna bilən cərrahi alətlər sterilizasiya önu hazırlıq və sterilizasiyadan əvvəlki dövrlərdə dezinfeksiya olunmalı, güclü antiseptik məhlullarda saxlanılmalıdır. Bu məqsədlə 3%-li xloramin məhlulundan (alətlər 60 dəqiqə bu məhlulda saxlanılmalıdır) və ya 6%-li hidrogen peroksid məhlulundan (alətlərin bu məhlulda saxlanma müddəti 90 dəqiqədir) istifadə edilə bilər.

- sağalmamış yaraya düşdükdə - dəri 70⁰-li etil spirti ilə silinir, həmin nahiyə iki dəfə isti axar su altında sabunla yuyulur, təkrar 70⁰-li etil spirt ilə silinir;

- gözə düşdükdə - göz 1:100000 nisbətində kalium permanqanat məhlulu ilə yuyulur (10 mq. preparat 100 ml. distillə suyunda həll edilir);

- buruna düşdükdə - 1%-li kalium permanqanat və ya 1%-li protarqol məhlulu ilə yuyulur;

- ağız və ya boğaza düşdükdə - ağız su ilə yaxalanır, ağız boşluğu 0,05%-li kalium permanqanat və ya 70⁰-li etil spirti ilə yuyulur (50 mq preparat 100ml distillə suyunda həll edilir);

Xəstənin qanı və digər bioloji mayeləri ilə təmas tibb bacısının yoluxması üçün yüksək risk yaradır. Ona görə də tibb personalının yoluxma təhlükəsizliyindən ötrü bütün manipulyasiyalar xüsusi geyim, önlük və cərrahi əlcəklər geyilməklə, eyni zamanda bioloji mayələrin tibb bacısının üzünə sıçramasının qarşısını almaqdan ötrü üz maskası, şüşə müdafiə eynəyi və ya müdafiə ekranından istifadə etmək məsləhət görülür.

Yoxlama sualları:

1. "Müasir antiseptika" anlayışı nəyi bildirir?
2. Antiseptik maddələr nədir?
3. Antiseptiklərin təsir mexanizmi nədən ibarətdir?
4. Antiseptik maddələrin əsas qruplarını sadalayın.
5. Cərrahiyyədə tətbiq edilən əsas bioloji antiseptiklərin xarakteristikasını verin.
6. Antibiotik müalicənin əsas qaydalarını bir-bir sayın.
7. Antibiotik müalicəsinin mümkün səhvləri və təhlükələrini sadalayın.
8. Öyrəndiyiniz antiseptiklərə aid resept yazın.
9. Mexaniki antiseptikanın hansı üsullarını tanıyırsınız?
10. Müasir fiziki antiseptikanın nailiyyətlərinə nə aiddir?
11. QİÇS-ə yoluxmamaq üçün hansı təhlükəsizlik qaydalarına riayət etmək lazımdır?

Situasiya məsələləri:

I. Xəstənin başının tüklü hissəsində əzilmiş bir yara vardır. Yaranın kənarları didilmiş, çirklənmiş və qaralmışdır. Antiseptikanın hansı növündən istifadə olunmalıdır?

II. Tibb bacısı palataları yığışdırarkən təsadüfən işlənmiş şpris iynəsi ilə barmağını deşmişdir. O təcili olaraq nə etməlidir? Sizin tövsiyələriniz nədən ibarətdir?

MÖVZU 4. Ağrısızlaşdırma. Anesteziologiyanın əsasları. Ümumi və yerli anesteziya.

Tələb bilməlidir.

- ✓ Xəstənin narkoza hazırlanmasını;
- ✓ Tibb bacısı- anesteziyin funksional vəzifələrini;
- ✓ Yerli ağrısızlaşdırma anlayışı və onun icra olunmasında tibb bacısının rolunu;
- ✓ Ümumi və yerli ağrısızlaşdırma zamanı mümkün ağırlaşmaları;
- ✓ Ağrılıqlaşmaların inkişafı zamanı göstərilən ilk tibbi yardımı.

Mühazirənin planı:

- Cərrahi xəstəliklərin müalicəsində ağrısızlaşdırmanın rolu.
- Ağrısızlaşdırmanın tarixi.
- Yerli ağrısızlaşdırma və onun növləri
- Yerli anesteziyanın ağırlaşmaları və profilaktikası.
- Ümumi ağrısızlaşdırma (Narkoz) və onun növləri.
- Narkozun gedişi
- Narkozun ağırlaşmaları və profilaktikası.
- Narkoza göstəriş və əks göstərişlər.
- Anesteziyanın aparılmasında tibb bacısının işi.

Cərrahi müdaxilə zamanı əməliyyat zədələrinə cavab reaksiyası olaraq ağrı, uzun müddət cərrahiyyənin inkişafına maneçilik törətmişdir. Bu problem üzərində bəşəriyyət əsrlərlə çalışmışdır. Yerli anesteziyanın inkişafı şprisin praktik təbabətə daxil olmasına təkan verdi (Vud 1845).

Hər bir insan həyatı boyu ən azı bir dəfə ağrı hissini yaşamışdır. Bu əzabverici hissiyyat hər kəsə tanışdır. Bu duyğunun dilucu tərifə ehtiyacı yoxdur və bu tərif vermək də çətindir.

Ağrı hissi təkamül prosesində insanı təhdid edən təhlükələrdən qorunmaq üçün inkişaf etmişdir. Bu mənada ağrı həyatımızda müsbət rol oynayır. Ağrı hissi orqanizmin bütün gücünü bir yerə cəmləşdirərək ağrını əmələ gətirən səbəbi aradan qaldırmağa məcbur edir. Ağrının qavranılması orqanizmin müxtəlif morfoloji strukturlarında yerləşən çoxlu sinir uclarının olması ilə əlaqəlidir. Əsasən ektodermal toxumalar (dəri, buynuz qişa, dişlər, selikli qişalar, periton, plevra, sümüküstlüyü, qan damarlarının divarları) onlarla daha zəngindir.

Hər hansı bir güclü təsir sitoplazmanın denaturasiyasına gətirib çıxarır ki, bu zaman hüceyrələrdən H- maddələr (histamin, ase-

tilxolin, histaminəbənzər maddələr, bəzi ksantin törəmələri) ifraz olunaraq birbaşa və ya dolay yolla ağrı reseptorlarını qıcıqlandırır. Ağrı sinir uclarından sinir lifləri vasitəsilə onurğa beyininə ötürülür. Ağrı impulsları onurğa beyni ilə yuxarı qalxaraq baş beyinin qabığına daxil olur və ilkin ağrı reaksiyası şəkildə talamus, hipotalamus və retikulyar formasiyada formalaşır.

Ağrı bir qayda olaraq digər duyğularla birlikdə meydana gəlir. Həmin duyğular bir-birinə qarşılıqlı təsir göstərək, təsirini artır və azalda bilər. Qeyd etmək lazımdır ki, ağrı hissi beyin qabığının ilkin vəziyyətindən də asılıdır. Ağrını gözlədikdə o daha şiddətli olur. Beyin qabığının tormozlanması zamanı ağrı azala və ya olmaya bilər. Affekt vəziyyətində (məsələn: döyüş zamanı) yaralanarkən ağrı tamamilə olmaya bilər. Ağrını hiss edərkən orqanizm buna laqeyd qalmır. Psixi sfera və sinir sistemi tərəfindən cavab reaksiyası (qışqırıq, skelet əzələlərinin gərginliyi, müdafiə reaksiyası) müşahidə olunur, ürək tonlarında və ürəyin işində və s.-də dəyişikliklər baş verir.

Ümumilikdə bu dəyişikliklər, ağrı şokunun inkişafına səbəb ola bilər. Bu dəyişikliklərin hansı səviyyədə baş verməsi ağrının intensivliyindən, ağrı qıcığının təsir müddətindən və orqanizmin başlanğıc vəziyyətindən asılıdır. Müasir dövrdə heç bir cərrahi əməliyyat ağrısızlaşdırma aparılmadan icra olunmur. Bu məqsədlə isə keyitmədən-anesetziyadan istifadə olunur.

Anesteziya ağrı hissini götürmək üçün istifadə olunan tədbirlər məcmusudur. Hazırda ağrısızlaşdırmadan tək-cə ağrı hissini götürmək üçün deyil, həm əməliyyat zamanı, həm də əməliyyatdan sonrakı dövrdə orqanizmin əsas funksiyalarını tənzimləmək üçün istifadə olunur. Cərrahi müdaxiləyə göstərişdən asılı olaraq əməliyyatlar zamanı ağrını və arzuolunmaz stressi aradan götürmək üçün ümumi ağrısızlaşdırma (narkoz) və yerli ağrısızlaşdırmadan (yerli anesteziya) istifadə edilir. Ümumi ağrısızlaşdırma (narkoz) - xüsusi narkotik maddələrlə tənəffüs etmək, xüsusi preparatları vena daxilinə və ya düz bağırsağa yeritməklə yaradılır. Yerli ağrısızlaşdırma və ya keyitmə isə orqanizmin müəyyən bir nahiyəsində müxtəlif mexaniki, fiziki və kimyəvi vasitələrlə süni şəkildə ağrı hissini götürülməsinə səbəb olan və geriye dönməyən bir prosesdir.

Ağrısızlaşdırmanın tarixi

Qədim zamanlarda əməliyyatlar zamanı ağrı hissini götürmək üçün bəzi metodlardan istifadə edirdilər. Xəstənin huşunu itirməsinə səbəb olan üsullara müraciət edir, sinir köklərinin mexaniki yollarla sıxılmasını təşkil edir, yerli olaraq qar və ya buz tətbiq edir, ətrafları və damarları kəmərlə vasitəsi ilə sıxırdılar.

Bundan əlavə mandraqora köklərini, durman, kanapla, belladonna ekstraktını, alkoqol, tiryək istifadə etməklə ağrı hissini azalmasına nail olurdular. Bu maddələr xəztələrə dəmləmə və ya bişirmə şəklində verilir, dəriyə sürtülür və ya imalə vasitəsilə yeridilirdi. Ağrısızlaşdırmanın belə növü ağrıyı qismən götürsə də, ancaq tez ağır nəticələrə səbəb olurdu.

Yalnız narkotik maddələrin və bir sıra kimyəvi preparatların kəşfi ilə əlaqədar ağrısızlaşdırmanın inkişafında yeni era başlandı. 1844-cü ildə diş həkimi Uels qısa müddətli əməliyyatlarda azot oksidini tətbiq etdi. 1846-cı ildə diş həkimi Morton, kimyaçı Ceksonun təklifi ilə narkoz üçün efirdən istifadə etdi. 1847-ci ilə ingilis məməsi və cərrahı Simpson narkoz məqsədilə xloroform maddəsini işlətdi. 1846-cı ildə Uorren çənə altı nahiyənin şişini ilk dəfə olaraq efir narkozu vasitəsi ilə xaric etdi. Rus cərrahı Piroqov 1847-ci ildə süd vəzisinin xərçənginin çıxarılması əməliyyatını efir narkozu vasitəsi ilə icra etdi. O, efirin düz bağırsağ vasitəsi ilə yeridilməsini təklif etdi və endotraxeal narkozun metodiki işləməsini hazırladı. 1879-cu ildə Anrep kokainin anesteziyaedici xassəsini kəşf etdi və onu keçirici, onurğa beyni anesteziyasında və oftalmologiyada istifadə etməyə başladı. 1905-ci ildə Eyxorn novokaini kəşf etdikdən sonra cərrahiyyədə yerli anesteziya geniş istifadə olunmağa başladı və bu günədək də davam etməkdədir. 1899-cu ildə alman cərrahı Bir onurğa beyni anesteziyasını təklif etdi. Onurğa beyni anesteziyasında istifadə olunan Bir iynəsi onun şərəfinə adlandırılmışdır.

Azərbaycan alimlərinin də anesteziologiya elminə töhfələri olmuşdur. 1936-cı ildə M.A.Topçubaşov yerli analgeziya narkozunu təklif etdi. Bu inyeksiyon narkozun tərkibi 3:1 nisbətində efir və şaftalı və ya zeytun yağı qarışığından ibarətdir.

Ağrısızlaşdırma sahəsində böyük nailiyyətlər, xüsusi ilə intubasion narkozu uğurla yerinə yetirilməyə imkan verən kurareyə bənzər maddələrin tətbiqindən sonra əldə edildi. Ağrısızlaşdırma təbabətin sərbəst bir qolu kimi inkişaf etməyə başladı. Təbabətin ağrı və onun nəticələri ilə məşğul olan sahəsi **anesteziologiya** adlanır. Anestesiologiya ilə məşğul olan həkimlər **anestezioloq**, tibb bacıları isə **anestezist** adlandırıldı. Anestezioloqlar müasir anesteziyanın idarə olunmasının texnikasını bilməklə yanaşı, normal və patoloji fiziologiyayı, biokimyayı və farmakologiyayı da bilməlidirlər.

Hazırda yerli anesteziyanı cərrah aparır, anestezioloq isə xəstənin ümumi vəziyyətinə nəzarət edir. Anestezioloqların və anestezistlərin vəzifələrinə ağrısızlaşdırmanın aparılması, əməliyyatın təhlükəsizliyinin təmin edilməsi və xəstəyə əməliyyatdan sonrakı nəzarət daxildir.

Yerli ağrısızlaşdırma

Bədənin əməliyyat aparılacaq müəyyən məhdud sahəsində dərmanların, mexaniki və fiziki vasitələrin köməyi ilə ağrı hissənin süni şəkildə götürülməsi yerli anesteziya adlanır. Bu zaman digər hissiyyat növləri (taktil, soyuq, isti) azalsa da, lakin saxlanılır. Yerli anesteziya cərrahi əməliyyatları aparmaq, eləcə də ağrı sindromunu müalicə etmək məqsədi ilə istifadə olunur. Yerli anesteziya hazırda ən təhlükəsiz ağrısızlaşdırma metodudur. Bu metodun fəsadlaşma faizinin az olduğunu nəzərə alaraq cərrahi praktikada geniş tətbiq olunur. Müasir dövrdə əməliyyatların 80%-i yerli anesteziya ilə icra olunur.

Yerli anesteziyanın üstünlükləri aşağıdakılardır:

1. Xəstənin huşu saxlanıldığı üçün onunla ünsiyyət yaratmaq olur.
2. Əməliyyatdan qabaq xüsusi hazırlıq tələb olunmur.
3. Nisbi təhlükəsizdir;
4. İstifadəsi sadə və əlverişlidir.
5. Tətbiq etmək üçün xüsusi avadanlıqlara ehtiyac yaranmır və anestetiklər, avadanlıqlar, alətlər az sərf edilir.
6. Bütün tibb müəssisələrində (ambulatoriyada, poliklinikada, feldşer-mama məntəqələrində, stasionarda və s.) icrası mümkündür;

7. Xəstənin əməliyyatdan sonrakı müşahidəyə (narkozdan sonra olduğu kimi) ehtiyac qalmır

Yerli anesteziyanın çatışmazlıqları aşağıdakılardan ibarətdir:

1. Allergik reaksiyaların mümkünlüyü
2. Əməliyyatların uzun sürməsi zamanı xəstənin öz əməliyyatında “iştirakı”na görə psix-emosional gərginliyin yaranması.
3. Əzələ relaksiyası tələb olunan və travmatik əməliyyatlar zamanı istifadəsinin mümkünsüzlüyü;
4. Süni ventilyasiya tələb olunan, həyati vacib üzvlərin fəaliyyəti pozulmuş xəstələrdə tətbiqinin mümkünsüzlüyü;
5. İltihabi proses və ya çapıq olan toxumalarda infiltrasiyon anesteziyanın tətbiqi zamanı ağrısızlaşdırmanın alınmaması;

Şərti olaraq yerli anesteziyanın gedişini aşağıdakı mərhələlərə bölmək olar:

- ✓ anestetikin yeridilməsi;
- ✓ anestetikin reseptorlara və aparıcı yollara təsiri dövrü;
- ✓ tam anesteziyanın yaranma mərhələsi;
- ✓ ağrı hissənin bərpası mərhələsi.

Qeyd edildiyi kimi yerli anesteziyaya xüsusi hazırlıq tələb olunmur. Lakin emosional və sinir sistemi ləbil olan insanlarda yerli anesteziya sedativ təsirə malik preparatlarla birlikdə istifadəsi məsləhət görülür. Yerli anesteziyanın üstünlükləri və çatışmazlıqları ilə yanaşı bu metoda göstəriş və əks göstərişlər də mövcuddur.

Göstərişlərə aiddir:

✓ ümumi anesteziyanın (narkozun) riskinin əməliyyatın riskindən artıq olduğu kiçik həcmli əməliyyatlar və manipulyasiyalar;

✓ müalicəvi blokadalar;

Əks göstərişlərə aiddir:

- ✓ psixi xəstəliklər;
- ✓ kəskin sinir oyanıqlığı;
- ✓ erkən uşaq yaşı (10 yaşdan kiçik uşaqlar);
- ✓ anestetiklərə həssaslıq;
- ✓ əməliyyatın uzunmüddətliliyi;
- ✓ anesteziya aparılacaq nahiyədə çapıqın olması və ya həmin nahiyənin irinləməsi;

- ✓ toxumaların qanaxmaya meyilliliyi (hətta antikoagulyasiya aparıldıqdan da sonra);
- ✓ xəstə ilə lazımi təmasın mümkünsüzlüyü (güclü sərxoşluq, lal-karlıq);
- ✓ yerli anesteziyadan xəstənin qəti imtina etməsi;
- ✓ əməliyyat zamanı miorelaksasiyaya ehtiyacın yaranması.

Yerli anesteziyanın növləri

Anestetikin məhəlli təsir növündən asılı olaraq səthi və dərin yerli anesteziya fərqləndirilir. Səthi və ya terminal anesteziya anestetikin dəridən və ya selikli qişadan keçib, birbaşa sinir ucları ilə təmas yaratması nəticəsində inkişaf edir.

Dərin anesteziya isə aşağıdakı yollarla əldə edilir.

1) Anestetiklərin toxumalara kip şəkildə yeridilməsi nəticəsində orqanizmin təbii fassial yataqlarının (əzələarası, fassiyaarası, musariqə və periton) doldurulması. Bu metod infiltrasion və futlyar anesteziya adlanır. Bu metodlar Vişnevskinin “sürünən infiltrat” adı ilə də tanınır. İnfiltrasion anesteziya ilə dərinin və daha dərinde yerləşmiş sinir uclarının blokadası aparılır.

2) Aparıcı sinir köklərinin və kəməflərinin və ya onurğa beyni köklərinin anestetiklərlə blokadası keçirici və ya regionar anesteziya adlanır. Bu metod “novokain blokadası” adı ilə də tanınır. Keçirici anesteziya zamanı ağrı hissi aparıcı sinirlər innervasiya edən nahiyələrdə itir. Məsələn, çiyin kəməfinin blokadası edilərkən, onun yuxarı ətrafa innervasiya etdiyi sahələr tamamilə ağrısızlaşır. Regionar anesteziyanın bir növü də onurğa beyni və ya peridural anesteziyadır. Yerli anestetikləri onurğa beyininin subaraxnoidal və ya peridural sahəsinə yeritdikdə onun köklərinin blokadası nəticəsində innervasiya etdiyi sahə ağrısızlaşır.

Beləliklə yerli ağrısızlaşdırmanın aşağıdakı növləri vardır:

1. Sürtməklə anesteziya
2. İnfiltrasion anesteziya-anestetik toxumalara qat-qat yeridilir.
3. Futlyar anesteziya-ətrafların əməliyyatları zamanı tətbiq edilir. Bu zaman anestetik maddə fassial yataqlara yeridilir.

4. Keçirici və ya regional anesteziya. Barmaqların anesteziyasında daha geniş tətbiq olunur və anesteziyanın bu növü Lukaşeviç-Oberst üsulu adlanır.

5. Venadaxili və arteriyadaxili anesteziya

6. Sümükdaxili anesteziya

7. Soyutmaqla anesteziya

8. Peridural anesteziya

9. Onurğa beyni anesteziyası.

Klinik təcrübədə ən çox aşağıdakı anestetiklər istifadə olunur:

1) Novokainin 0,25-0,5%-li məhlulu səthi və infiltrasion, 2%-li məhlulu keçirici, 5%-li məhlulu onurğa beyni anesteziyasında;

2) Lidokainin 0,25%-0,5%-li məhlulu səthi və infiltrasion, 1-2%-li məhlulu keçirici, 2%-li məhlulu peridural anesteziyada;

3) Sovkainin 1%-li məhlulu onurğabeyni anesteziyasında;

4) Dikainin 0,5%-2%-li məhlulu səthi, 0,5%-li məhlulu peridural anesteziyada;

5) Trimekainin 0,25%-0,5%-li məhlulu infiltrasion, 1-2 %-li məhlulu keçirici anesteziyada istifadə olunur.

Yerli anesteziyanın ağırlaşmaları və onların profilaktikası

Yerli anesteziyanın ağırlaşmaları çox vaxt yeridilən preparata fərdi həssaslıq, dərmanın yol verilən dozadan artıq işlədilməsi və anesteziyanın yerinə yetirilməsi texnikasında buraxılan səhvlər zamanı yaranır. Ümumi ağırlaşmaların ilk əlamətlərinə xəstənin narahatlığı və həyəcanlı olması, zəiflik, başgicəllənmə, tərləmə, dəridə səpkilər və ya çəhrayı ləkələr, barmaqların titrəməsi aiddir. Bunun ardınca qıcolma, huşun itməsi, ürək və tənəffüs fəaliyyətinin pozulması ilə müşahidə olunan komatoz vəziyyət inkişaf edə bilər. Ağırlaşmaların profilaktikası üçün aşağıdakılar vacibdir:

Əvvəlcə xəstədən allerqoloji anamnez toplanılır, anestetiklərə qarşı fərdi həssaslıq araşdırılır. Novokainə qarşı həssaslıq öyrənilməsi üçün dəri içi sınaq qoyulur. Premedikasiya məqsədilə desensibilizasiyaedici dərmanlardan (dimedrol, suprastin) istifadə edilir. Anesteziya zamanı və əməliyyatdan sonrakı dövrdə xəstəyə diqqətlə nəzarət edilir. Anestetikin maksimal mümkün yeridiləcək doza-

sını artırmaq məsləhət görülmür. Sorulmanı zəiflədən damargənəldici preparatlar (adrenalin) əlavə edilmiş anestetiklərdən istifadə edilir. Anestetik yeridilməzdən əvvəl iynənin vəziyyəti və şprisdə porşenin əks hərəkəti yoxlanılır. İynə qan damarına düşən zaman, porşen arxaya hərəkət etdirildikdə şprisdə qan görünəcəkdir.

Ağırlaşma baş verən kimi tibb bacısı cəld, savadlı və qətiyyətli hərəkət edərək xəstənin ağır vəziyyətdən çıxarılması üçün həkimə köməklik göstərməlidir. O, zərərçəkənin üzv və sistemlərinin işində həyati təhlükə yaradan bütün dəyişiklikləri bilməli, onların düzəldilməsi üçün lazım olan dərman və tibbi avadanlıqları əvvəlcədən hazırlamalıdır.

Ümumi anesteziya (Narkoz). Narkozun növləri

Narkoz orqanizmin elə bir geriyə dönən vəziyyətidir ki, bu zaman xəstənin huşu və bütün növ hissiyyatları sönür, reflekslər itir, skelet əzələlərinin tonusu azalır, lakin həyati vacib üzvlərin mərkəzlərinin (uzunsov beyinin) funksiyası saxlanılır. Narkotik maddələrin təsiri daha da dərinləşərsə bu zaman xəstənin ölümü ilə nəticələnən həmin mərkəzlərin iflici baş verə bilər.

Narkotik maddələrin yeridilmə yolundan asılı olaraq ümumi anesteziya inhalyasion və qeyri-inhalyasion olmaqla iki yerə bölünür. Narkotik maddələr tənəffüs yolu vasitəsi ilə orqanizmə daxil olursa buna *inhalyasion narkoz* deyilir. *Qeyri inhalyasion narkoz* zamanı isə narkotik maddələr vena daxilinə, dərialtına, düz bağırsağa yeridilməklə aparılır.

Narkozun dərinliyindən asılı olaraq o səthi və dərin ola bilər. Müasir dövrdə narkoz təmiz (və ya sadə), qarışıq və kombinə olunmuş olmaqla 3 yerə bölünür.

Təmiz (sadə) narkoz dedikdə bu zaman orqanizmə yalnız bir anestetik –ya inhalyasion ya da qeyri inhalyasion narkotik maddə yeridilir. Məsələn, abseslərin açılması, sınıqların düzləndirilməsi, süni abortların aparılması zamanı sadə narkoz istifadə edilir. Sadə narkoz zamanı mümkün deyil ki, xəstələrin həyatı üçün risk olmadan anesteziyanın bütün komponentləri əldə olunsun. Çünki tam ağrısızlaşdırmaya nail olmaq üçün anestetiklərin qanda yüksək

konsentrasiyası tələb olunur. Aydındır ki, belə narkozun istifadəsi qısa müddətli əməliyyatlarla məhdudlaşır.

Qarışıq narkoz zamanı eyni vaxtda bir neçə narkotik maddə (məsələn, efir və azot oksidi) orqanizmə yeridilir.

Kombinə olunmuş narkozda isə nəinki bir neçə narkotik maddə, həmçinin onların yeridilmə yolu da müxtəlif olur (məsələn venadaxili narkotik maddə ilə, tənəffüs yolundan daxil olan digər maddələrin birgə istifadəsi). Yalnız anestetikləri kombinasiyalı şəkildə işlətdikdə, onlar bir-briinin təsirini gücləndirir və bu zaman həddən artıq dozanın yaranma riski aşağı düşür. Çox vaxt narkoz növlərindən biri əsas (bazis narkoz) kimi götürülür və digər narkotik maddələrlə davam etdirilir.

Qeyri-inhalyasion narkoz. Bu narkoz zamanı narkotik maddələr vena daxilinə yeridilərək qısa və ultra qısa effekt əldə edilir. Bu maddələrə barbituratlar (tiopental natrium, heksenal) γ-oksi yağ turşuların duzları (oksibutirat natrium), ketamin (kalipsol, ketolar) aiddir.

Qeyri-inhalyasion narkozun digər növlərinə əzələdaxili və düz bağırsaqdaxili (rektal) narkoz aiddir ki, bu zaman yuxarıda göstərilən anestetiklərin bir neçəsi adı çəkilən yolla orqanizmə yeridilir (əzələ daxilinə ketamin, rektal tiopental natrium və ya heksenal).

Inhalyasion narkoz. Anesteziyanın bu növü müxtəlif narkotik uçucu mayelərin (efir, ftorotan, xlorettil və s.) və ya qazların (azot oksidi, siklopropan və s.) tənəffüs yolu ilə orqanizmə daxil olması nəticəsində əldə edilir. İnalyasion narkoz üçün aşağıdakı narkotik maddələr geniş istifadə olunur.

A) Maye halında narkotik maddələr. Bunlara efir, xloroform, xlorettil, ftorotan, pentran, trixlorettilen, vineten və s. aiddir.

B) Qaz halında narkotik maddələr. Bunlara azot oksidi, siklopropan, etilen, flyuromar, trixlorettilen və s. aiddir.

Bütün anestetiklərə müəyyən tələblər qoyulur. Bunlara aşağıdakılar aiddir:

1. Geniş terapevtik təsirə malik olmalıdırlar. Yəni dərmanın narkoz törədən dozası onun həyati vacib mərkəzləri iflic edən dozasından qat-qat aşağı olmalıdır.

2. Ağrısızlaşdırmanı və əzələ relaksasiyasını tam təmin etməlidirlər.

3. Tənəffüs, ürək-damar sisteminə və qara ciyəyə toksiki təsir göstərməməlidirlər.

4. Yuxarı tənəffüs yollarının selikli qişasını qıcıqlandırmamalıdırlar.

5. Oyanıqlıq mərhələsinə səbəb olmamalıdırlar.

6. Oddan təhlükəli olmamalıdırlar.

Təəssüf ki, istifadə olunan anestetik vasitələrin heç biri bütün qoyulan bu tələbləri tam təmin etmir.

İnhalyasion narkozun xəstəyə verilməsindən asılı olaraq onun bir neçə növü vardır.

1) Endotraxeal narkoz- bu zaman qaz halında olan narkotik maddələr birbaşa xəstənin bronxlarına və traxeyasına salınmış və xüsusi narkoz aparatına birləşdirilmiş intubasiya boruları vasitəsilə daxil olur. Bu metodla xəstənin sərbəst tənəffüs etməsi dayanır və bütün narkoz boyu ağ ciyərlərin süni ventilyasiyası aparılır.

2) Maska narkozu. Bu zaman xəstə narkoz aparatının üz maskasının vasitəsilə qaz halında olan narkotik maddələrin qarışığı ilə tənəffüs edir. Endotraxeal narkozdan fərqli olaraq narkoz müddətində xəstənin sərbəst tənəffüsü saxlanılır.

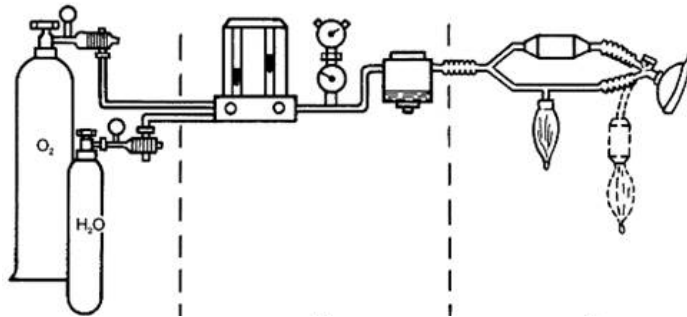
Narkozun meydana gəldiyi dövrdən başlayaraq bu vaxta qədər çoxlu miqdarda narkoz cihazları və maskaları təklif olunmuşdur. Hazırda onlardan çoxu cərrahi praktikada tətbiq olunmayıb yalnız tarixi nöqtəyi-nəzərdən əhəmiyyətliyədirlər. Bunlara məftil karkasda hazırlanmış sadə quruluşlu Esmarx və Şimmelbuş maskası, metallik rezervuarı olan Sadovenko maskası və s. aiddir. Esmarx maskası nazik alüminium məftildən hazırlanır, armudşəkilli olur, biri digərinə keçən halqadan ibarətdir. Bu halqaların arasına tənəffüs keçirilir, narkotik maddə tənəffüsün üzərinə damcılanır. Xəstə burun və ağız nahiyəsinə qoyulan maskanın altından nəfəs alır. Xəstənin üz dərisini narkotik maddənin yandırması üçün maskanın altına xüsusi salfetka qoyularaq burun və göz yeri açılır. Bəzən də xəstənin üzünə məlhəm yaxılır.

Şimmelbuş maskası dairəvi şəkildə olur. Onun karkasında nov olduğu üçün maye halında olan narkotik dərmanlar xəstənin üzünə

tökülmür. Bu maskaların tənziplərinin dəyişdirilməsi və sterilizasiyası çox sadədir. Hazırda maska narkozundan az istifadə olunur.



Şəkil 2. Müasir narkoz aparatının ümumi görünüşü



Şəkil 3. Narkoz aparatının quruluşu. a) qaz balonları, b) dozimetr və buxarlandırıcı hissə, c) tənəffüs sistemi

Son illər narkoz xüsusi aparatlar vasitəsilə verilir (şəkil 2). Onlar narkotik maddələri dozalaşdırmağa və orqanizmə oksigen və karbon qazının daxil olmasını tənzim etməyə imkan verir. İnhalasyon narkoz üçün istifadə olunan müasir aparatlar maye və qaz halında olan narkotik maddələrin dozalanmış şəkildə tədarükünü aparaq xəstəyə ötürür və ağ ciyərlərdə optimal qazlar mübadiləsinin yaradılması üçün nəzərdə tutulmuşdur. Geniş tətbiq olunan narkoz aparatları bunlardır: A-27, AH-1, UN-1, UNAP-2, polinarkon və s. Adətən narkoz və tənəffüs aparatları vahid bir sistem şəklində hazırlanır. Konstruktiv xüsusiyyətlərinin fərqli olmasına baxmayaraq bütün cihazların əsas hissələri eynidir: 1) qazlar üçün rezervuar

məqsədlə reduktoru olan balon, 2) dozimetr və buxarlandırıcı, 3) tənəffüs sistemi (şəkil 3).



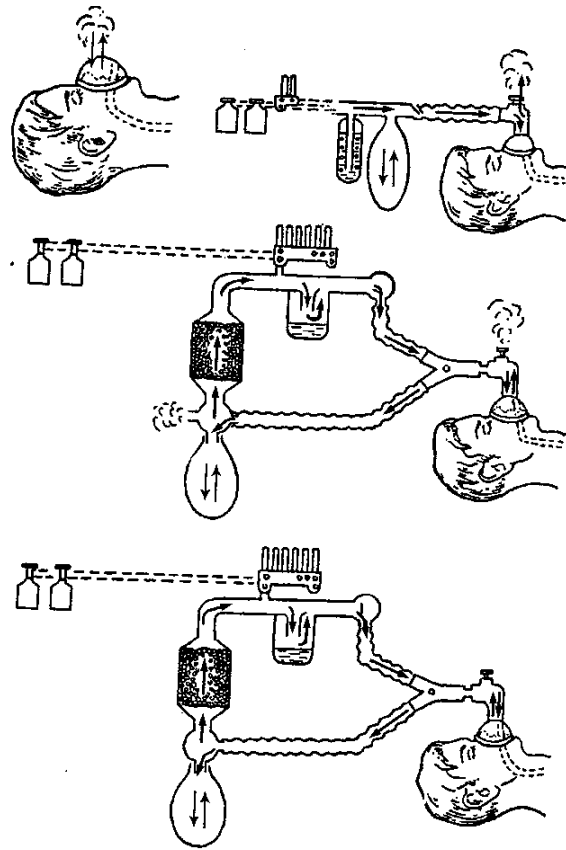
Şəkil 4. Müxtəlif pəzlə laringoskop, müxtəlif ölçülü intubasiya və havadaxiledici boruları.

Aparat narkozu zamanı istifadə olunan üz maskaları xəstənin yaşı nəzərə alınmaqla müxtəlif ölçülərdə hazırlanır (ağız və burunu germetik örtməkdən ötrü). Xəstənin traxeyasında intubasiya borunun olması dilin qatlanmasına, ağız suyu və qusuntu kütləsinin nəfəs yoluna düşmə bilməsi kimi ağırlaşmaların qarşısını alır. İntubasiya borularının da ölçüləri müxtəlifdir. (№00-dan №12-yə dək) Laringoskop vasitəsi ilə intubasiya borusu traxeyaya qoyulur. Eyni məqsədlə ağızdan, dil ilə qırtılğın arxa divarı arasına yerləşdirilən havadaxiledici borulardan da istifadə olunur (şəkil 4). Endotraxeal narkoz zamanı bundan əlavə tənəffüs yollarından və ağız boşluğundan selik və başqa ifraz olunan mayeləri sovurmaq üçün elektrik sorucusu, oksigen balonu və balon reduktoru (manometr) da tələb olunur.

Narkoz aparatları vasitəsilə dörd üsulla ağrısızlaşdırma aparmaq mümkündür: açıq, yarıaçıq, qapalı və yarımqapalı (şəkil 5).

1. *Narkozun açıq üsulla verilməsi.* Bu üsulla narkoz verdikdə xəstə narkotik maddə ilə atmosfer havasını birlikdə alır. Ancaq maye halında olan narkotik maddələr açıq üsulla xəstəyə verilir. Bu zaman narkotik maddə itkisinə yol verilir. Xəstənin tənəffüsü üçün süni olaraq atmosfer havasından istifadə olunur.

2. *Narkozun yarıaçıq üsulla verilməsinə* qaz-oksigen və narkoz qazları narkoz aparatlarına balonlardan gedir. Verilən qaz isə tənəffüslə atmosferə xaric olunur. Xəstə nəfəs alarkən narkotik maddəni atmosfer havası qəbul edir. Nəfəs vermə aktında isə atmosferə qaytarır.



Şəkil 5. Narkoz aparatının tənəffüs sisteminin əsas tipləri. a) açıq, b) yarımçıq, c) yarımqapalı, ç) qapalı

3. *Narkozun qapalı üsulla verilməsi.* Bu üsulla narkoz verildikdə prosesdə atmosfer havası iştirak etmir. Nəfəs verilən hava karbon qazından təmizləndikdən və narkotik maddələr oksigenlə zənginləşdirildikdən sonra yenə xəstənin ağ ciyərlərinə daxil olur. Bu narkoz universal aparatlarla xəstəyə verilir.

4. *Narkozun yarımqapalı üsulla verilməsi.* Bu üsulla narkoz verərkən nəfəslə alınan qaz balonlardan gəlir. Nəfəs verən zaman narkotik qazın bir hissəsi narkoz aparatına qayıdır, bir hissəsi isə atmosfer havasına çıxır. Bu üsulda verilən qazın sərfi 1 – 3 litrdir.

Narkozun gedişi.

Narkozun gedişində 4 mərhələ ayırd edilir.

I mərhələ-*analgeziya* mərhələsidir. Bu mərhələdə narkotik maddələr orqanizmə daxil olduqdan sonra hissəvi sərxoşluq halı və tədricən yuxuya getmə baş verir. Bəbəklər işığa reaksiya göstərir, reflekslər saxlanılır, arterial təzyiq və nəbz norma hüdudunda olur. Huş qaranlıqlaşır, ağrı hissi aradan götürülür. Bu mərhələ 3-4 dəqiqə davam edir.

II mərhələ-*oyanıqlıq* mərhələsidir. Bu mərhələ daha uzunmüddətli olub xəstənin hərəkəti aktivliyi və nitq oyanıqlığı ilə xarakterizə olunur. Xəstə çox danışır, öz sözlərinə cavabdehlik daşımır, qışqırır, söyür. Bu zaman bəbəklər genişlənir, arterial təzyiq yüksəlir, xəstədə taxikardiya əmələ gəlir, nəbz sürətlənir, tənəffüs tezləşir, hətta qusma da baş verə bilər. Bu mərhələ insanın güclü sərxoşluq halını xatırladır. İfrat alkoqol qəbul edən şəxslərdə ikinci mərhələ özünü daha qabarıq şəkildə biruzə verir.

III mərhələ-*cərrahi* mərhələdir. Ağrı hissənin və huşun tam olmaması ilə xarakterizə olunur. Cərrahi əməliyyat bu mərhələdə icra edilir. III mərhələ 4 səviyyəyə bölünür.

1-ci səviyyə III (I). Huş tamamilə itir, ağrı və toxuma hissi olmur. Bəbəklər genişlənir, buynuz refleksi və əzələ gərginliyi saxlanılır.

2-ci səviyyə III (II). Bəbəklər daralır, buynuz refleksi saxlanılır, əzələlər qismən boşalır. Bu səviyyədə dilin qatlanma təhlükəsi vardır.

3-cü səviyyə III (III). Nəbz zəifləyir, arterial təzyiq azalır, tənəffüs səthiləşir, göz yarığı genişlənir, buynuz refleksi itir, əzələlər tam boşalır.

4-cü səviyyə III (IV). Tənəffüs daha da səthiləşir, bəbəklər genişlənir, işığa reaksiya vermir, buynuz qısa tutqun və donuq olur. Nəbz sürətlənir, zəif dolğunluqda olur, arterial təzyiq aşağı düşür. Narkozun bu səviyyəsi yol verilməzdir. Əks halda ölüm baş verə bilər.

IV mərhələ-*ayılma* mərhələsidir. Bu mərhələdə narkozun bütün əlamətləri əksinə olaraq yoxa çıxır. Xəstənin ayılması, yatması na nisbətən daha uzunmüddətli olur.

Narkozun ağırlaşmaları və onların profilaktikası.

Bu ağırlaşmalar iki yerə bölünür:

- 1) Narkozun icrası zamanı baş verən ağırlaşmalar.
- 2) Narkozdan sonrakı dövrün ağırlaşmaları.

Narkoz zamanı yaranan fəsadlar narkozun düzgün icra olunması, aparatların nasazlığı və xəstənin ağır vəziyyəti ilə əlaqədar olur. Bu hallarda xəstədə asfiksiya və ürəyin qəfləti dayanması baş verə bilər.

Narkozdan sonrakı dövrdə də müxtəlif ağırlaşmalar müşahidə oluna bilər. Tənəffüs sistemi tərəfindən baş verən ağırlaşmalar (iltihab, atelektaz, bronxit) çox zaman efir narkozundan sonra yaranır. Bu ağırlaşmaların qarşısının alınması üçün əməliyyatdan sonrakı dövrdə xəstələrə aktiv hərəkət (müalicə bədən tərbiyəsi, tənəffüs hərəkətləri, bəlgəmin aktiv öskürülməsi) məsləhət görülür, antibiotiklər və sulfanilamid preparatları verilir.

Ürək fəaliyyətinin pozulması çox zaman çiklopropan və efirin istifadəsinin zəhərli təsirindən ola bilər. Əmələ gələn kəskin ürək çatmamazlığı bəzən ölümlə nəticələnir. Profilaktikasına ürək dərmanlarının istifadəsi və daha mükəmməl narkoz növü tətbiq etmək yolu ilə narkotik maddələrə tələbatı azaltmaq aiddir.

Qara ciyər tərəfindən olan ağırlaşmalar efir və xloroform narkozundan sonra təzahür edir. Özünü funksional pozğunluqlar, yağ distrofiyası və qaraciyərin sarı atrofiyası şəklində göstərir. Profilaktikasına miorelaksantların istifadə olunması hesabına narkotik maddələrin məsrəfini azaltmaqdır.

Böyrəklər tərəfindən olan ağırlaşmalar tez-tez oliquriya və albuminuriya şəklində ifadə olunur. Sidiyin nisbi sıxlığı artır, müayinə zamanı eritrositlər və leykositlər görünür. Adətən belə əlamətlər xüsusi müalicə metodları tələb etmədən tezliklə keçir.

Periferik sinirlərin iflici narkoz zamanı sinir kökünün mexaniki sıxılması, nadir hallarda isə narkotik maddələrin mərkəzi sinir sisteminə toksiki təsiri nəticəsində əmələ gəlir. Ən çox çiyin kələfinin və onun ayrı-ayrı şöbələrinin (dirsək, mil və orta sinirin) iflici müşahidə olunur ki, bu da narkoz zamanı əllərin dartılması və ya sinirin sümük ilə əməliyyat masasının kənarı arasında sıxılması za-

manı yaranır. Kiçik ifliclər tez keçir. Daha ağır ifliclər zamanı isə xüsusi müalicə tələb olunur (prozerin, dibazol, fizioterapiya).

Narkoza göstəriş və əks göstərişlər

Müasir dövrdə inhalyasion narkoza göstərişlər əhəmiyyətli dərəcədə genişlənmişdir. Bunların ən əsasları aşağıdakılardır:

- ✓ əməliyyatın uzun müddət davam etməsi;
- ✓ böyük həcmli irinliklərin açılması;
- ✓ əməliyyat sahəsində çapıq toxumasının çoxluğu;
- ✓ yerli anesteziyadan xəstənin qəti imtina etməsi.

Ümumi anesteziyaya əks göstərişlər isə mütləq və nisbi olmaqla iki yerə bölünür. Mütləq əks göstərişlər onlar sayılır ki, bu zaman xəstəyə narkoz verilərkən o ölə bilər. Bunlara aiddir:

- ✓ dekompensasiya mərhələsində olan ürək-damar xəstəlikləri;
- ✓ dərman müalicəsinə tabe olmayan hipertoniya xəstəliyi;
- ✓ şok, kollaps, kəskin anemiya, intoksikasiya ilə əlaqəli hipotoniya;
- ✓ aşkar ağ ciyər çatmamazlığı ilə gedən tənəffüs sistemi xəstəlikləri (kəskin pnevmoniya);
- ✓ qaraciyərin funksiyasının pozulmasını törədən xəstəlikləri (hepatit);
- ✓ böyrəyin funksiyasının pozulmasını törədən xəstəlikləri (kəskin nefrit);
- ✓ kəllədaxili təzyiqi artıran xəstəliklər (şişlər).

Nisbi göstərişlər o göstərişlərdir ki, bu zaman narkoz verilərkən bir sıra ağırlaşmalar müşahidə olunur. Ümumi anesteziyaya nisbi göstərişlərə az nəzərə çarpan funksional pozğunluqlar törədən yuxarıda sadalanan xəstəliklər aid edilir.

Anesteziyanın aparılmasında tibb bacısının işi.

Xəstənin narkoza hazırlanması, onun əməliyyata hazırlanması ilə bir vaxta düşür. Narkoza hazırlanmanın bir xüsusiyyəti xəstənin dərman hazırlığıdır ki, bu da **premedikasiya** adlanır. Premedikasiya iki dəfə, axşam (əməliyyat ərəfəsində) və səhər (əməliyyat günü)

aparılır. Premedikasiyanın məqsədi xəstəni sakitləşdirmək və narkozun gedişini yaxşılaşdırmaqdır. Axşam premedikasiyası üçün yuxugətiricilər (barbamil, etaminal natrium, noksiiron və s.), analgetiklər (promedol, omnopon), neyroplegik və antihistamin preparatları (atropin, aminazin, dimedrol, pipolfen), analeptiklər (kordiamin, lobelin, sititon) istifadə edilir.

Səhər premedikasiyası zamanı isə adətən analgetiklər, neyrolept və antihistamin preparatlar işlədilir. Premedikasiya hər xəstə üçün ciddi olaraq fərdi təyin edilməlidir. Anestezioloq bu və ya digər preparatı saatlar üzrə təyinata salır. Tibb bacısının vəzifəsi isə təyinatı dəqiq icra etməkdir. Xəstənin vəziyyətində hər hansı pozğunluq müşahidə edildikdə tibb bacısı bu haqda növbətçi həkimi məlumatlandırmağa borcludur.

Bundan sonra tibb bacısı xəstənin narkoz üçün vaxtında əməliyyat masasına uzadılmasına nəzarət edir. Anestezioloji aparatları, alətləri, elektrik sorucusunu, larinqoskoku və onun qövs şəkilli tiyə dəstini, intubasiya boruları yığımını, dərman preparatlarını, narkotik maddələri, oksigen balonunu və digər tibbi qazları və s. narkoz üçün hazırlayır. Daha sonra mərkəzi və periferik venaların kateterizasiyası üçün lazım olan vəsaiti hazırlayır və xəstəyə infuziyon məhlulların və dərman preparatlarının yeridilməsini icra edir. Narkoz verilməzdən əvvəl xəstənin süni dişlərini çıxardır, xəstənin dar geyimlərini soyundurur, yaxud da boşaldır, mədəyə zondun salınmasını icra edir. İntubasiya zamanı, eləcə də narkozun verilməsi dövründə həkimə kömək edir. Xəstənin nəbzinə, arterial təzyiqinə nəzarət edir, bəbəklərin vəziyyətinə, üzün rənginə, tənəffüsə diqqət yetirir (hər 10 dəqiqədən bir), qan itirmənin hesabətını aparır. Lazım gəldikdə elektrik sorucusu vasitəsilə tənəffüs yollarından seliynin sorulmasını təşkil edir. Narkoz kartasında qeydlərin aparılmasını yerinə yetirir. Əməliyyat qurtardıqdan sonra xəstə tam ayılanaqədək ona nəzarət edir və xəstənin reanimasiya palatasına aparılmasını müşayiət edir (Anestezioloqun icazəsi olmadan xəstədən uzaqlaşa bilməz!). Narkoz aparatlarına qazların verilməsini dayandırır və sonda narkozdan sonra aparatları və alətləri dezinfektsiya edir.

Bundan əlavə tibb bacısı əməliyyat otağında istifadə olunan qazlardan partlayışın profilaktikası üçün qaydalara riayət edilməsinə nəzarət edir. Belə ki, tibbi personal əməliyyat otağında siklopropan və ya efir narkozu zamanı diatermokoaqulyatordan istifadə etməməli, sintetik paltar və ayaqqabı geyinməməli, ayaqqabıların dibində metal basma olmamalıdır. Hər kəs saçlarını baş örtüyünün altında yaxşıca gizlətməli, açıq spirallı elektrik qızdırıcılarından və spirt lampasından istifadə etməməli, əməliyyat otağında sınımış elektrik mənbəyi və soyulmuş açıq naqıl olmamalı, cihazların detallarında yağ, piy, anesteziyin əllərində və xəstənin üzündə yağlı boya, məlhəm, krem, vazelin, dodaq boyası olmamalıdır. Qaz balonlarının detalları yağlanmamalı, yağ hopdurulmuş rezin, dəri və ya karton araqatlardan istifadə olunmamalı və onların rəngi yaxşı tanınmalıdır:

- Oksigen balonunun rəngi mavi, üzərindəki yazı qara hərflərlə yazılır.
- Azot oksidi balonunun rəngi boz, üzərindəki yazı ağ hərflərlə yazılır.
- Siklopropan balonunun rəngi kərpic, üzərindəki yazı qara hərflərlə yazılır.
- Karbon oksid balonunun rəngi qara, üzərindəki yazı ağ hərflərlə yazılır.

Əməliyyat otağı yanında mütləq yangın söndürən balonlar qoyulmalıdır.

Ümumi anesteziyadan sonra xəstəyə nəzarət və qulluq da əsas vəzifələrdən biridir. Palataya gətirildikdən sonra onun üçün hazırlanmış təmiz yatağa xəstə yastıqsız vəziyyətdə uzadılır. Xəstənin nəbzinə, arterial təzyiqinə, bədənin temperaturuna və diurezə nəzarət edilir. Eyni zamanda qoyulmuş drenajlardan gələn möhtəviyyətin miqdarına və xarakterinə, eləcə də yaraya nəzarət edilir. Xəstənin dinamik müşahidəsi üçün qeyd vərəqəsi aparılır. Xəstə narkozdan ayıldıqdan sonra əməliyyatın xarakterindən asılı olaraq ona müvafiq vəziyyət verilir.

Narkoz aparatları istifadə edildikdən sonra tibb bacısı (anestezist) onları 30 dəqiqədən gec olmayaraq mərhələlərlə təmizlənmə aparmalıdır. Əvvəlcə tənəffüs konturunu mikropsuzlaşdırmaqdan

ötrü aparatın buxarlandırıcısına 0,5%-li xlorheksidinin spirtdə məhlulu tökülür, saatda 30 saniyə sürətlə yarımqapalı konturda ventilyasiya aparılır. Aparatların bənd və detalları bir-birindən ayrılır, sökülə bilən hissələri sökülür. Birləşdirici elementlərin boruları, klapnaların qapaqları və yığılmış kondensatlar çıxarılır, istifadə olunmuş intubasion və hava keçirici borular, nəmləndirici və s. yığılır. Detallar əvvəl soyuq, sonra isti su altında 5 dəqiqə müddətində şırnaqla yuyulur. Sonra onlar yuyucu məhlulə yerləşdirilir və 50°C temperaturadək 15 dəqiqə müddətində qızdırılır (yuyucu məhlulu hazırlamaq üçün 1 litr 3%-li hidrogen peroksid məhluluna 5 qram sintetik yuyucu toz əlavə edilir). Daha sonra yuyucu məhlulda hər bir detal ayrı ayrılıqda tənzip tamponla 25-30 saniyə müddətində yuyulur. Detallar əvvəl axar su altında 5-10 dəqiqə müddətində suya çəkilib və sonra destillə suyunda 30 saniyə müddətində təkrar yaxalanır. Təmizləmə və yuma zamanı iti əşyalardan, eləcədə şotka, dişli şotka, boru təmizləyəndən istifadə etmək olmaz. Əks təqdirdə şotkanın tükləri və ya qırıntılarının borularda ilişib qalması və narkoz zamanı tənəffüs yoluna düşə bilməsi təhlükəsi yaranacaqdır.

Yoxlama sualları:

1. *Anesteziologiyanın tərifini verin.*
2. *Narkoz üçün hansı maddələr tətbiq olunur?*
3. *Narkoz aparatının əsas hissələrini sadalayın və onların nə məqsədlə istifadə olunmasını izah edin.*
4. *Narkozun tərifini söyləyin və onun klinik gedişinin mərhələlərinin xarakteristikasını verin.*
5. *Xəstə narkozə necə hazırlanır?*
6. *Narkozun hansı növləri vardır?*
7. *Narkoz zamanı meydana çıxan ağırlaşmalar, profilaktika tədbirləri və göstərilən yardım haqqında məlumat verin.*
8. *Yerli anesteziya nədir və onun hansı növləri vardır?*
9. *Keçirici anesteziya nədir və ağrısızlaşdırmanın bu növündə hansı preparatlar tətbiq edilir?*
10. *Yerli anesteziyada hansı ağırlaşmalar ola bilər? Göstərilən ilk tibbi yardım nədən ibarətdir?*
11. *Qarıışıq narkoz nədir?*
12. *Qaz halında olan narkotik maddələr hansılardır?*
13. *Premedikasiya nədir?*
14. *Narkoz zamanı istifadə olunan qazlardan partlayışın profilaktikası üçün hansı tədbirlər görülür?*
15. *Narkoz aparatlarının hissələrinin təmizlənməsi necə aprılır?*

Situasiya məsələləri:

I. Xəstə baş barmağının irinləməsi, yüksək temperatur və ağrı şikayəti ilə poliklinikaya müraciət etmişdir. Xəstəyə vətər dolması diaqnozu qoyulmuş və cərrahi əməliyyat məsləhət görülmüşdür. Bu zaman ağrısızlaşdırma hansı üsulla aparılaşdırmaqdır? Ağrısızlaşdırma necə adlanır? Hansı antiseptik maddələrdən və hansı dozada istifadə olunacaqdır?

II. Anesteziya zamanı anestezioloq xəstədə bəbəyin kəskin genişlənməsini aşkarladı. Anesteziyanın dərinliyini qiymətləndirin.

MÖVZU 5. Hemostaz. Qanaxmalar və onların dayandırılması üsulları.

Tələbə bilməlidir.

- ✓ Qanaxmanı törədən səbəbləri;
- ✓ Qanaxmanın növlərini;
- ✓ Qanaxmanın daimi və müvəqqəti dayandırmaq metodlarını;
- ✓ Daxili üzvlərin açıq qanaxmalarında həkiməqədərki yardımın alqoritmini;
- ✓ Qanaxmanın ağırlaşmalarını;
- ✓ Qanaxmanın klinik əlamətlərini.

Mühazirənin planı:

- "Qanaxma" və "qanitirmə" anlayışlarının müəyyənləşdirilməsi.
- Qanaxmaların səbəbləri.
- Qanaxmaların təsnifatı.
- Qanaxmanın klinik əlamətləri.
- Qan itkisinin miqdarını təyin etmək üsulları.
- Qanaxmanın müvəqqəti dayandırılması üsulları.
- Qanaxmanın daimi dayandırılması üsulları.
- Burun qanaxmaları və onun dayandırılması.
- Müxtəlif qanaxmalarda həkiməqədərki yardım.

Qan insan orqanizmində qan vasitəsilə qida maddələrini və oksigeni üzv və toxumalara daşınmasında vacib bir rol oynayır. Əgər qanitirmə ilə əlaqədar dövr edən qanın həcmi aşağı düşdükdə bu zaman insanın sağlamlığında pozğunluqlar meydana çıxır. Orqanizmin qanitirməyə reaksiyası müxtəlif insanlarda müxtəlif cür olur. Uşaqlar, yaşlı şəxslər, eləcə də zəifləmiş, yorulmuş və aclıq keçirmiş şəxslər qanitirməni daha ağır keçirirlər. Ona görə də qanitirmə həyat üçün təhlükəli olduğundan qanaxmanı saxlamaq üçün daha ciddi tədbirlər tələb olunur. Əgər yaşlı adam 300-400 qram qan itkisini demək olar ki, heç hiss etmirsə, uşaqlar üçün bu qədər qan itirmə ölümlə nəticələnə bilər.

Qanaxmanı əmələ gətirən səbəblər müxtəlifdir:

1. Damar divarının mexaniki zədələnməsi (iynə ilə deşilmə, kəsilmə, qırılma, cırılma və s.)
2. Damar divarının patoloji dəyişikliyi (irinlə əriməsi, nekroz, ateroskleroz, intoksikasiya nəticəsində damar divarının keçiriciliyinin pozulması, avitaminoz, sepsis).

3. Qanın laxtalanma qabiliyyətinin pozulması (hemofiliya, trombositar purpura, dekompensasiya olunmuş zədə şoku nəticəsində disseminə olunmuş damardaxili laxtalanma sindromunun inkişafı (DDL))

Qanaxma – qanın qan damarlarından ətraf mühitə, orqanizmin boşluqlarına və toxumalarına axmasıdır.

Qanitirmə - müəyyən müddət ərzində qanaxma nəticəsində itirilən qanın miqdarıdır. Qanitirmə həmçinin qanaxma nəticəsində baş verən patoloji proses olub, mürəkkəb kompleks patoloji pozğunluqlar, dövr edən qanın azalmasına kompensator reaksiya verilməsi və qanın tənəffüs funksiyasının azalması nəticəsində əmələ gələn hipoksiya ilə xarakterizə olunur.

Qanaxmaların təsnifatı

I. Mənbəyinə görə (zədələnən damarın növünə görə) arterial, venoz, kapilyar və parenximatöz qanaxmalar mövcuddur.

✓ **Arterial qanaxmalar** – ən təhlükəli qanaxma növüdür. Bu zaman zədələnmiş arteriyadan al qırmızı rəngli qanın nəbzvari və ya şırnaqla (təkanlarla) axması ilə xarakterizə olunur. İri arteriya kəsildikdə qanaxma xışıltılı səslə müşahidə olunur. Bu zaman qan itkisi sürətlə artaraq bir neçə dəqiqə ərzində zərərçəkənin ölümü ilə nəticələnməyə bilər. Damarın mərkəzi hissəsini sıxdıqda qanaxma dayanır.

✓ **Venoz qanaxmalar** zamanı vena damarından tünd rəngli qan rəvan şəkildə yavaş sürətlə, arterial qanaxmaya nisbətən aşağı təzyiqlə axır. Bu zaman kəsilmiş damarın distal ucundan daha çox qan axır. Damarın mərkəzi hissəsini sıxdıqda qanaxma dayanmır. Venalarda klapanların varlığı tromb əmələ gəlməyə imkan yaradır. Buna görə də belə qanaxmanı sıxıcı sarğı ilə saxlamaq olur. Döş və qarın boşluğunun iri magistral venalarının qanaxmaları gur olduğuna görə həyat üçün daha təhlükəlidir. Venalarda təzyiq yüksək deyil, iri venalarda isə mənfidir. Buna görə də boyun venalarının yaralanması zamanı havanın sorulması, hava emboliyasının inkişaf etməsinə səbəb olub zərərçəkənin sürətli ölümü ilə nəticələnir. Ölüm ürəyin reflektori dayanmasından və tənəffüs mərkəzinin iflicindən baş verir.

✓ **Kapilyar qanaxmalar** isə səthi cızıqlar və kəsiklər zamanı olur. Qanın rəngi arterial və venoz qan arasında ara mövqə tutur. Əgər qanın laxtlanma qabiliyyəti pozulmayıbsa (məsələn, hemofilyada, sepsisdə) bu qanaxma təhlükəli deyil. Kapilyar qanaxmalarda qan kiçik damcılar şəklində səthə çıxır. Adətən kapilyar qanaxma özbaşına dayanır. Daxili kapilyar qanaxmalar daha ciddi diqqət tələb edir. Belə qanaxmalar oynaqdaxili və toxumarası hematomanın əmələ gəlməsinə səbəb ola bilər.

✓ **Parenximatoz qanaxmalar** parenximatoz üzvlərin (qara ciyər, dalaq, böyrək) zədələnməsi nəticəsində baş verən qanaxmadır. Zədələnmiş damarın ağzının üzvün stromasının saxlanması səbəbindən bağlanmaması, həmçinin parenximatoz üzvlərdə antikoagulyantların olması səbəbindən tromb əmələ gəlmədiyi üçün belə qanaxmalar çox təhlükəlidir. Belə qanaxma gur olması və özbaşına dayanmamasına görə fərqlənir..

II. Qanaxmanın intensivliyi zədələnmiş damarın növündən asılıdır. Qanın iri arteriyalardan və venalardan fəvvarə və ya şirnaqla axması **profuz** qanaxma, yavaş sürətlə və ya damcı şəklində axması isə **zəif** qanaxma adlanır.

III. Xarici mühitə münasibətinə görə (axan qanın hara tökülməsinə görə) xarici və daxili qanaxmalar vardır.

✓ **Xarici qanaxma** zamanı qan birbaşa orqanizmdən kənara – xarici mühitə və ya boşluqlu üzvlərdən təbii dəliklər vasitəsilə ətraf mühitə axır. Daha dərinde yerləşən damarlarla birlikdə dərinin zədələnməsi (yara) zamanı ətraf mühitə axan qanın rəngini, qanaxmanın xarakterini və yaranın yerini görürük. Orqanizmin boşluqlu üzvlərindən (mədə, bağırsağ, burun, uşaqlıq, sidik kisəsi və s.) olan qanaxma təbii fizioloji dəlikləri vasitəsi ilə ətraf mühitlə əlaqə yaradır. Bu zaman qanı qusma, defekasiya, sidik ifrazı zamanı görürük. Bu zaman üzvlərin daxili mühitinin təsirindən qanın rəngi və digər əlamətləri dəyişə bilər. Bu baxımdan bəzi qanaxma növləri özünün xarakterik spesifik adlarını qazanmışdır. Belə ki, mədə qanaxması – “kofe xıltı” qusuntusu, mədə-bağırsağ qanaxması – melenə – qara qətranlı nəcis, böyrəyin kasa-ləyən sisteminin qanaxması - ət suyu rəngində sidik və s.

✓ **Daxili qanaxmalar** zamanı qan boşluqlara (qarın, plevral, perikard, kəllə, oynaq) və yumşaq toxumalara tökülür. Təbii fizioloji dəliklər vasitəsilə ətraf mühitlə əlaqəli olmur. Belə qanaxmalar gizli şəkildə baş verdiyinə görə həyat üçün çox təhlükəlidir. Hətta qanıtirmənin həcmi həyatla uyğunsuz ola bilər. Təhlükə həm də özünü, axmış qanın həyatı vacib mərkəzlərin və üzvlərin (məs: baş beyinin və ürəyin) sıxması şəklində göstərə bilər. Bu qanaxmaları müəyyən etmək xarici qanaxmalara nisbətən xeyli çətinidir. Qanaxma qanıtirmənin klinik əlamətlərinə və yerli əlamətlərə görə təyin edilir.

Qanın ətraf damarlardan toxumalar arasına toplanması **hematoma** (əzələlərarası hematoma, peritonarxası hematoma, divararalığı hematoması və s.) adlanır. Əgər hematoma arteriyanın zədələnməsi nəticəsində baş verirsə və hematomaya qan axını davam edirsə, bu zaman hematoma sahəsində pulsasiya müəyyən edilir və bu həyat üçün təhlükəli hesab olunur. Toxuma daxili qanaxmanın bir neçə növü vardır. Xırda damarların zədələnməsi nəticəsində kiçik dərəcəli hematomalar **qançır** adlanır. Dəriyə kiçik qansızmalar **petexiya**, nöqtəvari qansızmalar isə **ekxioz** adlanır. Hansı boşluğa baş verdiyindən aslı olaraq qanaxmaların öz adı vardır. **Hematoraks** – plevral boşluğa qanaxma, **hemaperitoneum** – qarın boşluğuna qanaxma, **hemoperikardiya** – perikarda qanaxma, **hemartroz** – oynaq boşluğuna qanaxmadır.

Bəzən qanaxmanın zəif xarici qanaxma şəklində olmasına baxmayaraq, o özünü şiddətli daxili qanaxmalar şəklində göstərə bilər. Bu çox vaxt bıçaq və güllə yaralanmaları zamanı baş verir. Həm xarici həm də daxili qanaxmanın əlamətlərini özündə daşıyan qanaxma **qarışıq qanaxma** adlanır.

IV. Qanaxmanın təzahürünə görə aşkar və gizli qanaxmalar mövcuddur.

✓ **Aşkar qanaxmanın** əlamətlərini baxış zamanı asanlıqla müəyyənləşdirmək olur.

✓ **Gizli qanaxmalar.** Qanaxma boşluqlu üzvlərin zədələnmiş selikli qişalarından ətraf mühitlə əlaqəli olduqda bu gizli xarici qanaxma adlanır. Belə qanaxma o qədər kiçik ola bilər ki, onu yalnız xüsusi müayinə metodları ilə təyin etmək olar. Bunlara nəcisin im-

munoxromatoqrafik metodla ekspress analizi, və nəcisin gizli qana görə Benzidin sınağı (Qreqerson reaksiyası) aiddir. Gizli qanaxma seroz boşluqlara, əzələlər arası boşluqlara toplanması nəticəsində əhəmiyyətli dərəcədə ola bilər.

V. Yaranma vaxtından asılı olaraq ilkin və ikincili olur.

✓ **İlkin qanaxma** zədə (yaralanma) anında baş verir.

✓ **İkincili qanaxma** çox vaxt arterial olur. Erkən və gecikmiş olmaqla iki yerə bölünür. **Erkən qanaxma** yaralanmadan və ya ilkin qanaxmanı dayandırdıqdan bir neçə saat və ya 2-3 gün keçdikdən sonra meydana çıxır. Belə qanaxma immobilizasiya və daşıma zamanı, kobud manipulyasiyalar zamanı damarın təkrar zədələnməsi, həmçinin infuziya zamanı damardaxili təzyiqin artması ilə əlaqədar trombun qopması nəticəsində baş verir. **Gecikmiş qanaxma** qanaxmadan 5-10 və daha çox gün keçdikdən sonra baş verir. Çox vaxt trombun irinləməsi, liqatura və ya damar tikişinin açılması, damar divarının sümük parçaları və ya yad cisimlərin (drenaj, qəlpə) sıxılması nəticəsində dağılmasından əmələ gəlir.

VI. Klinik gedişinə görə qanaxmalar kəskin və xroniki olur.

✓ **Kəskin qanaxma** qəfildən baş verir və klinik əlamətlərin sürətli inkişafı ilə xarakterizə olunur. Kəskin qanaxmanın nəticəsi hemorrargik şoku ortaya çıxarır.

✓ **Xroniki qanaxma** kiçik, lakin tez-tez baş verən qanaxmalar (burun, hemorraidal) zamanı inkişaf edər. Xroniki qanaxmanın nəticəsi xroniki anemiyadır.

Qan itkisinin miqdarının təyini.

Ağırlıq dərəcəsinə görə qanaxmalar yüngül –20 % - dək qanitirmə, orta – 20- 30%-dək qanitirmə, ağır – 30 %-dən yuxarı qanitirmə şəklində olur. Yadda saxlamaq lazımdır ki, qan itkisinə cavab olaraq orqanizmdə şok inkişaf edir. Qan itkisinin miqdarının təyin etmək üçün bir neçə üsuldən istifadə olunur.

I. Alloverin şok indeksinə görə. Bu indeks xəstənin nəbzinin sürətinin onun sistolik təzyiqinə olan nisbətində görə tapılır. Bu indeks sağlam insanlarda 0,4-0,7 arasında olur. Əgər indeks:

0.8 olarsa, onda qan itkisinin həcmi 10%-dir;

0.9-1.2 olarsa, onda qan itkisinin həcmi 20%-dir;

1.3-1.4 olarsa, onda qan itkisinin həcmi 30%-dir %;

1.5 olarsa, onda qan itkisinin həcmi 40%-dir.

Normada kişilərdə qanın həcmi 5200 ml, qadınlarda 3900 ml götürülür.

II. Libovun çəki metodu. Bu metodla qan itkisinin miqdarı, qanla islanmış salfetləri çəkəndən sonra təyin olunur.

Qan itkisinin həcmi = $B / 2 \times 15\%$ (qan itkisi 1000 ml-dən az olduqda)

Qan itkisinin həcmi = $B / 2 \times 30\%$ (qan itkisi 1000 ml-dən çox olduqda)

Burada B - salfetlərin çəkisi, 15% və 30% digər mayelərin (amniotik maye, dezinfeksiyaedici məhlulların) həcmindən xətasıdır.

III. Qan itkisinin qan sıxlığı və hematokrit ilə təyin edilməsi

Qanın sıxlığı, kq/ml	Hematokrit	Qan itkisinin həcmi, ml
1057-1054	44-40	500-ə qədər
1053-1050	38-32	1000
1049-1044	30-22	1500
1044-dən az	22-dən az	1500-dən çoxdur

Qanaxmanın klinik əlamətləri

Bütün qanaxmalar (həm xarici, həm də daxili) müəyyən bir klinik mənzərə ilə, yəni ümumi və yerli simptomların məcmusu şəklində özünü göstərir. Bu baxımdan qanaxmanın əlamətlərini iki qrupa bölmək olar:

1). Ümumi əlamətlər– ümumiyyətlə qanaxma ilə əlaqədar olur, qan itkisi əhəmiyyətli dərəcədə olduqda meydana çıxır və anemiya yaradır. Ümumi əlamətlər həmçinin nisbətən kiçik qan itkisi ilə də tez bir zamanda ortaya çıxır.

2). Yerli əlamətlər- zədələnmiş damar nahiyəsində anatomik-funksional pozğunluqla əlaqədar olur.

Kəskin qanaxmalar zamanı baş verən ağırlaşmalar, qanazlığının inkişafı nəticəsində toxumaların qansızlaşması, ürək fəaliyyətinin

zəifləməsi və arterial təzyiqin düşməsinə səbəb olur. Xəstənin ümumi vəziyyəti, klinik şəklin nəzərə çarpmaq tezliyi və aşkar olunması aşağıdakı amillərdən asılıdır:

1. **Axan qanın miqdarından**-itirilən qanın həcmnin 800-1000 ml olması həyat üçün təhlükəlidir.

2. **Qanın axın sürətindən**- iri arteriyalardan (yuxu, bud) qanaxma zamanı, qısa zaman kəsiyində çoxlu qanaxma əmələ gəlir ki, bu zaman orqanizmin kompensator imkanları tez tükənir və belə qanaxmalar daha çox təhlükəli olur.

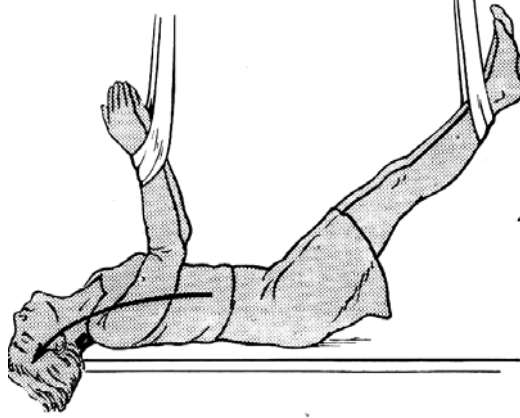
3. **Xəstənin yaşından** – xüsusilə kiçik yaşlı uşaqlar və ahıl şəxslər qanaxmanı pis keçirirlər.

4. **Xəstənin cinsindən** – müəyyən edilmişdir ki, qadınlar fizioloji xüsusiyyətlərinə görə kişilərə nisbətən qanaxmanı daha asan keçirirlər.

5. **Xəstənin zədələnməyə qədərki vəziyyətindən** – zəif, üzülmüş, ürək-damar xəstəliklər olan xəstələr qanaxmanı ağır keçirirlər.

Kəskin qanitirmənin (qanazlığı) klinik şəkli dəri və selikli qişaların kəskin solğunluğu ilə xarakterizə olunur. Sifət sınıxmış olur, qulaqda küy eşidilir, gözlər çuxura düşür, arterial təzyiq aşağı düşür, nəbz sürətlənir, zəif dolğunluqda olur, tənəffüs tezləşir, başgicəllənmə, ümumi zəiflik, susuzluq, yuxululuq, gözlərə qaranlıq çökmək, ürəkbulanma və bəzən də qusma baş verir. Qanitirmə zamanı ölüm tənəffüs mərkəzinin iflici və ağır oksigen çatmamazlığından, eləcə də ürək fəaliyyətinin dayanması səbəbindən baş verir. Zəif xəstələrdə, qocalarda və uşaqlarda azacıq qanitirmə də ölümə səbəb ola bilər. Qanaxmaların tez-tez baş verən və ən təhlükəli ağırlaşması kəskin qanazlığıdır. Çoxlu qanitirmə arterial təzyiqin düşməsi ilə müşayiət olunaraq üzvlərdə oksigen aclığının (hipoksiyanın) inkişafına səbəb olur. Bunların içərisində daha təhlükəlisi beyinin hipoksiyasıdır. Baş beyində qan dövranını yaxşılaşdırmaq üçün xəstə (yaralı) elə vəziyyətdə uzadılır ki, bu zaman baş bədənin səviyyəsindən aşağıda yerləşsin. Ürək fəaliyyətinin azalması inkişaf etdikdə “özünə qanköçürmə” üsulunun tətbiq edilməsi məqsədə uyğundur. Bu zaman yaralının başı ürək səviyyəsindən aşağı salladılır, bütün ətraflar isə yuxarı qaldırılır. Bu, qanın ürəyə axınını ar-

tırır, ürəyin fəaliyyətini yaxşılaşdırır, ağ ciyərlərə qanın daxil olmasını yaxşılaşdırır (şəkil 6)



Şəkil 6. Kəskin qanıtirmə zamanı beyin qan dövranını yaxşılaşdırıcı vəziyyət

. Xəstənin belə vəziyyətində arterial qanın beyinə, qara ciyəərə, böyrəklərə daxil olması üstünlük təşkil edir və onlarda geriyyə dönməz dəyişikliklərin inkişafının qarşısını alır. Daha sonra qanköçürməyə tədarük görülür.

Qanaxmaların dayandırılması

Qanaxma zamanı ilk yardım qanaxmanın dayandırılması, qan itkisinin bərpası və ikincili qanaxmanın profilaktikasıdır. Qanaxma nə qədər tez dayandırılarsa, xəstənin yaşamaq şansı bir o qədər çox olar. Ona görə də həkimə qədərki yardım göstərilən zaman ilk növbədə qanaxmanın dayandırılması həyata keçirilir. Qanaxmanın dayandırılması **hemostaz** adlanır.

Tibbi yardımın göstərilmə şəraitindən və tibb işçisinin ixtisaslaşmasından asılı olaraq qanaxmaların dayandırılması tədbirləri iki qrupa bölünür: müvəqqəti və daimi.

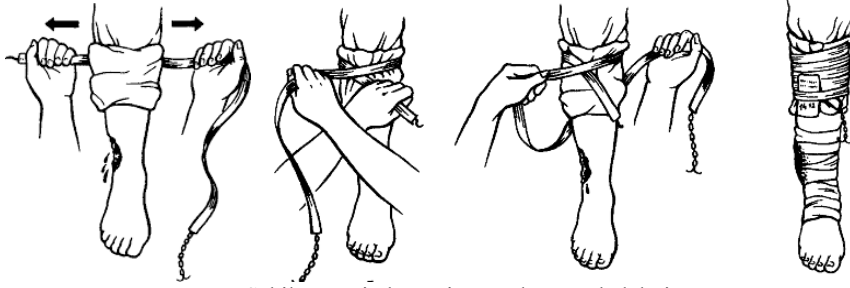
Qanaxmanın müvəqqəti dayandırılması hadisə yerində qanaxmanı dayandırmağa, zərərçəkəni tibb müəssisəsinə göndərməyə, diaqnozu dəqiqləşdirmək üçün diaqnostik tədbirlər aparmağa, qanaxmanın daimi dayandırılması üçün zərərçəkəni əməliyyata hazırlamağa imkan verir.

Qanaxmanın müvəqqəti dayandırılması üsulları əsasən iri magistrəl damarların zədələnməsi zamanı tətbiq olunur. Qeyd olunduğu kimi bu üsullardan xəstənin stasionara daşınması zamanı istifadə edilir. Stasionarda isə ixtisaslı cərrahi yardım göstərməklə qanaxma daimi dayandırılır. Əgər kiçik damarlar zədələnmişsə onda ilkin tibbi yardım mərhələsində qanaxmanın daimi dayandırılmasını həyata keçirtmək olar. Qanaxmanın müvəqqəti dayandırılması üsulları aşağıdakılardır:

- **Barmaqla sıxmaq;** Qanaxmalar zamanı əsas magistrəl arteriyaların barmaqla sıxılması arteriyanın sümüyə yaxın yerləşmiş müəyyən anatomik nöqtələrdə mümkün olur. Ətraf yaralanmalarında damarlar yarıdan yuxarıda, boyun yaralanmalarında isə yarıdan aşağıda sümüklərə sıxılır. Bu zaman arteriyalar dörd barmaqla 5-10 dəqiqə müddətinə möhkəmcə sıxılır. Vaxt başa çatdıqdan sonra qanaxmanı dayandırmanın digər metodundan istifadə olunur.

- **Rezin kəmərlərin qoyulması;** Kəməri qoymaq üçün onu darılmış vəziyyətdə yuxarı qaldırılmış ətrafın altından keçirilib bir dövrə dolayıb tarım dartıb, sonra qanaxma dayanana və periferik damarda nəbz itənədək daha 2-3 dövrə ətrafa dolayırlar. (sonrakı dolaqlar nisbətən boş bağlanmalıdır) (şəkil 7). Kəməri elə qoymaq lazımdır ki, dövrlər yan-yana yerləşsin və dərini sıxıb əzməsin. Kəmə qurtarana qədər ətrafa sarınır və ucu qırmaqlı zəncirlə və ya düyməli bəndlə bərkidilir (kəməri sarğının və ya paltarın altında gizlətmək olmaz, kəmə aydın görünməlidir). Üzərində kəmərin qoyulma vaxtı (saat, dəqiqə) qeyd edilən kağız vərəq dolaqlardan birinin altına yerləşdirilir. Soyuq vaxtlarda donma təhlükəsi olduğu üçün qoyulmuş kəmə aydın görünmək şərti ilə ətrafı bürümək lazımdır. İsti havalarda kəmə 1,5-2,0 saat müddətinə, soyuq havalarda isə 1,0 saat müddətinə bağlanır (uşaqlarda 1 saat müddətinə). Bu müddət başa çatdıqdan sonra kəməri bir neçə dəqiqəliyə boşaltmaq və təkrar bağlamaq lazımdır. Kəmə 2 saatdan artıq qoyula bilməz. Kəməri boşaltdıqda baş verən qanaxmanı dayandırmaq üçün yarıdan yuxarıda magistrəl arteriyanı barmaqla sıxmaq üsulundan istifadə olunur. Cüt sümüklər olan ətrafa kəmə qoyulmur. Qanaxmanı saxlamaq məqsədilə rezin kəmərlərin əvəzinə həmçinin ordu kə-

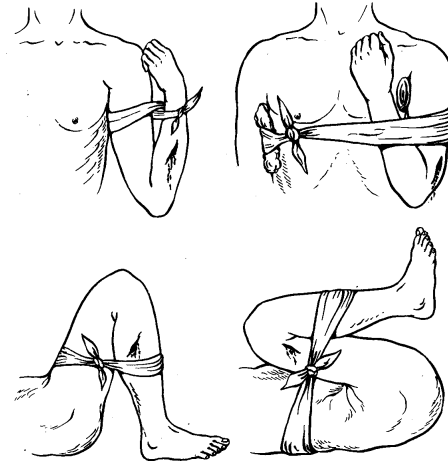
mərləri də işlədilir. Yalnız boyuna və qarına qoyulan kəmərlər burada istisnaqlıq təşkil edir.



Şəkil 7. Rezin kəmərin qoyulma mərhələləri

• **Ətrafın oynaqda maksimum bükülməsi.** Kəmərlər və yumşaq köməkçi materiallar olmadıqda arterial qanaxmanı dayandırmaq üçün ən son variant kimi bu metoddan istifadə edilir. Yaxşı olar ki, ətrafın maksimal büküləcək nahiyəsinə qabaqcadan pambıq və ya tənzifdən hazırlanmış yastıq qoyulsun (şəkil 8).

• **Sıxıcı sarğının qoyulması.** Yumşaq toxumaların zədələnməsi zamanı venoz qanaxmanın dayandırılması məqsədilə istifadə edilir. Yaraya steril salfet, sonra onun üzərindən yumrulanmış hiqroskopik pambıq və ya bintdən hazırlanmış yastıq qoyulub sarınır və bintlə fiksasiya olunur.



Şəkil 8. Qoltuqaltı (a), bud (b), bazu (c), dizaltı (d) arteriyalarında qanaxmanın ətrafların maksimal bükülməsi ilə dayandırılması

• **Ətrafın asılmış vəziyyətdə saxlanması.** Bu üsul sümüklər üzərində olan vena və kiçik arteriyaların zədələnmələri zamanı təzyiqedici sarğının qoyulması metoduna tamamlayıcı metod kimi tətbiq olunur. Qanaxan nahiyəyə təzyiqedici aseptik sarğı qoyulduqdan sonra qanayan ətraf gövdəyə nisbətən yuxarı, ürək səviyyəsinə qaldırılır. Yuxarı qaldırılmış vəziyyət verilmiş yuxarı ətraf asılır, aşağı ətrafın altına isə yastıq və ya Beler şinası qoyulur.

• **Qan axan damara yarada sıxıcıların qoyulması.** Yara kənarı qarmaqla aralanıb genişləndirilərək qanaxan arteriyanın hər iki ucu tapılaraq steril sıxıcılarla tutulur. (ucları tapmaq mümkün olmadıqda qanaxan damar ətraf toxumalarla birlikdə sıxıcıya alınır). Dəstəyi görünmək şərtilə sıxıcıların üzərindən yaraya aseptik sarğı qoyulur. Xəstə stasionara göndəriləcəyi təqdirdə yolda açılıb damarın yenidən qanaxma verməməsindən ötrü, sıxıcı etibarlı şəkildə hərəkətsizləşdirilir.

Qanaxmanın daimi dayandırılması

Qanaxmanın daimi dayandırılması stasionar şəraitində aşağıda göstərilən üç qaydaya ciddi əməl edilməklə, operativ şəkildə həyata keçirilir.

1. Xəstənin təxirəsalınmaz əməliyyata hazırlanması.
2. Aseptikaya ciddi riayət edilməsi.
3. Ağrıkəsici maddələrin hazırlanması.

Zədənin xarakterindən asılı olaraq qanaxmanın daimi dayandırılması üçün mexaniki, fiziki, kimyəvi, bioloji və kombinə olunmuş üsullar tətbiq olunur. Bu üsullar stasionar şəraitində yalnız cərrahlar tərəfindən həyata keçirilir.

Mexaniki üsulla qanaxmalar 4 yolla dayandırılır.

1. *Yarada damarın liqaturaya alınması* (bağlanması). Yara ağzı yara genişləndiricilər vasitəsilə genişləndirilir. Yara 3%-li hidrogen peroksid məhlulu ilə yuyulur və salfətlə qurudulur. Qanaxan damar ayrılıqda və yaxud toxumanın daha çox qanaxan nahiyəsi və toxumanın mümkün qədər az hissəsi ilə birlikdə Bilrot sıxıcısı ilə tutularaq ipək sapla sıxıcının arxasından düyünlənir. Yara genişləndiricilər kənarlaşdırılıb, yaraya aseptik sarğı qoyulur.

2.*Damarın toxumalarla birgə tikilməsi.* Qandayandırıcı sıxıcıları qoyarkən, yarada damarın qısalmış ucunun toxumanın dərinliyinə qaçması ilə əlaqədar qanaxma dayanmırsa, yaxud sapın damarda sürüşmə ehtimalı varsa, onda Z-vari tikiş qoyulmaqla, qanaxma dayandırılır.

3.*Damarın toxumalarla birgə tikilməsi.* Qandayandırıcı sıxıcıları qoyarkən, yarada damarın qısalmış ucunun toxumanın dərinliyinə qaçması ilə əlaqədar qanaxma dayanmırsa, yaxud sapın damarda sürüşmə ehtimalı varsa, onda Z-vari tikiş qoyulmaqla, qanaxma dayandırılır.



Şəkil 9. Yaranın kip tamponadası

4.*Yaranın kip tamponadası.* Hemostatik məhlulda isladılmış tənzif turundanın bir ucu yaraya yeridilir, digər ucu isə yara üzərində saxlanılır. Turunda bütün boşluq doldurulmaqla yaranın dibinə qat-qat və kip yığılır, digər ucu yara səthində 1 sm. məsafədə saxlanılır və üzərinə quru steril salfet qoyulur. Yara tamponada edildikdən sonra dairəvi sıxıcı sarğı qoyulur (şəkil 9).

5.*Damar tikişlərinin qoyulması.* İri magistral damarların zədələnməsi zamanı istifadə olunur. Damara tikişlər yana və ya damarın bütün çevrəsi boyu sirkulyar şəkildə qoyulur. Bu məqsədlə atravmatik iynədə xüsusi tikiş materiallarından və ya tantal sancaqlar təkən mexaniki aparatdan istifadə olunur.

Fiziki üsulla qanaxmanın dayandırılmasının aşağıdakı yolları mövcuddur:

1.*Aşağı temperaturun təsiri :*

Yerli soyudulma. Buz qovuğunun qoyulması əməliyyatdan sonra toxumadaxili qanaxmaların (hematoma) profilaktikası və dayandırılması məqsədilə həyata keçirilir. Xəstə əməliyyat otağından pa-

lataya gətirildikdən sonra əməliyyat yarasına qoyulan sarğının üzərinə 1-2 saat müddətində dəsmala bükülmüş buz qovluğu qoyulur. Yara üzərinə qoyulmuş buz qovluğu hər 15 dəqiqədən bir 30 dəqiqə müddətinə (və ya əriyənədək) götürülür. Soyuğun yerli tətbiqi həmçinin yumşaq toxumaların küt alətlə zədələnmələrində, hematoma və dərialtı qansızmaların profilaktikası məqsədilə də icra olunur.

2.Yüksək temperaturun təsiri

İsti məhlulların tətbiqi. Bu məqsədlə 60-80⁰C -dək qızdırılmış isti fizioloji məhluldan istifadə edilir. Salfet həmin məhlulda isladılaraq qan axan nahiyəyə bir neçə dəqiqə ərzində qoyulur. Əsasən qarın və döş boşluğu əməliyyatlarında, eləcə də neyrocərrahi əməliyyatlarda tətbiq olunur.

Diatermokoaqulyasiya. Diatermokoaqulyator yüksək tezlikli cərəyan istehsal edən xüsusi cihazdır. Toxumaya ucluğu toxunduqda onu qızdıraraq damar divarını bir növ qaynaq edir. Diatermokoaqulyasiya hətta kiçik diametrlı arteriyalardan da olan qanaxmaları dayandıra bilir.

Kimyəvi üsul qanın laxtalanmasının artırılması və damarların büzüşdürülməsi məqsədi ilə tətbiq edilir.

1.Qanın laxtalanmasını artıran preparatların tətbiqi. Bu məqsədlə yerli təsirə malik hemostatiklərdən 3%-li hidrogen peroksid məhlulu, ümumi təsirə malik hemostatik maddələrdən venadaxilinə 5%-li aminokapron turşusu, 10%-li kalsium xlorid, əzələ daxilinə 1%-li vikasol, diçinon, natrium etamzilət məhlulları işlədilir.

2.Damarlara büzüşdürücü təsir göstərən maddələrin tətbiqi məqsədilə yerli təsirə malik damardaraldıcı maddələrdən adrenalin və efedrin istifadə olunur.

Bioloji üsulla qanaxmaların dayandırılması zamanı təzə donor qanı, az miqdarda (50-100 ml) eyni qrupdan olan az saxlanılmış konservləşdirilmiş donor qanı, həmçinin qanın preparatları (plazma, trombosit kütləsi, fibrinogen) istifadə edilir. Dərialtına və ya venaya tibbi jelatin, K vitamini yeridilir. Yerli olaraq hemostatik süngər, trombin, fibrin təbəqə istifadə olunur. Qanın laxtalanmasının aşağı olması ilə əlaqəli qanaxmalarda, əsasən də hemofiliyada plazma (yeni hazırlanmış və ya 15⁰C-də saxlanılan quru plazma), antihemofilitik qlobulin, antihemofilitik plazma köçürülür.

Burun qanaxmaları

Burun qanaxmaları yayılmış patoloji proses olub, təkcə burunun deyil, bir çox digər xəstəliklərin kliniki gedişinin ağırlaşması kimi təzahür edir. Yunanca burun qanaxmaları *epistaksis* adlanır-tərcüməsi “damla-damla” deməkdir. Onun mümkün təzahürlərinin və nəticələrinin çeşidi müxtəlifdir. Yerli səbəblərə burnun selikli qişalarının mikrotravması, skletin üz hissəsinin ağır travmaları, cərrahi müdaxilələr, burun və burunətrafi ciblərin yeni törəmələri, burun udlağın gənclik angiofibroması, xüsusi etiologiyalı xoralar və s. aiddir. Ümumi səbəblərə ürək-damar sisteminin xəstəlikləri, hipertoniya xəstəliyi, nefroskleroz, hemorrargik diatez, hemofilya, Verlhoff xəstəliyi, hemorarrgik vaskulit, kapilyarotoksikoz, leykoz və bir sıra hormonal disbalanslar (gənclik qanaxmaları, hamiləlik qanaxmaları) aid edilir.

Burun qanaxmalarının klinikası və xəstənin vəziyyəti itirilən qanın miqdarından asılıdır. Burunun kiçik qanaxmaları zamanı xəstənin ümumi vəziyyətində heç bir dəyişikliklər olmur. Diaqnoz anamnezə, LOR üzvlərinin müayinəsinə və arterial təzyiğin ölçülməsinə əsaslanır. Qanın ümumi analizi aparılır, hemoqlobin, hematokrit və protrombin təyin edilir.

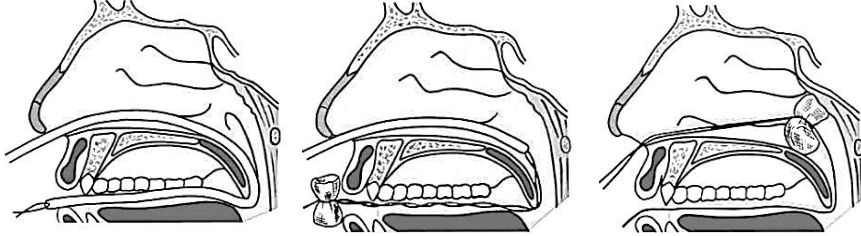
Burun qanaxmalarında həkiməqədərki yardım

Burun qanaxmalarında həkiməqədərki yardım göstərilməsi üçün xəstə otuzdurulur və başa bir qədər önə əyilmiş vəziyyət verilir. Xəstə otura bilmədikdə o böyrü və ya qarnı üstə uzadılır ki, axan qan mədəyə və tənəffüs yoluna düşməsin. Bundan sonra buz parçası salfetə bükülərək buruna, burunarxası sahəyə və ənsə nahiyəsinə qoyulur. Qanaxma dayanmadıqda burun qanadları, burun çəpərinə hər iki tərəfdən 5-10 dəqiqə müddətində sıxılır. Nəticə alınmadıqda tamponada aparılmasından ötrü xəstə yarımoturaq vəziyyətdə stasionara göndərilir. Vena daxilinə 5%-li 100,0 ml. epsilon-aminokapron turşusu, 10-20 ml. 10%-li kalsium xlorid məhlulu, əzələ daxilinə vikalol və daxilə askorutin həbi təyin olunur. Kiçik qanaxmalar zamanı burun daxilinə 3%-li hidrogen peroksid

məhlulunda isladılmış tampon qoyulur, burun üzərinə soyuq yaş dəsmal və ya buz qovluğu qoyulur.

Profuz qanaxmalar zamanı burnun ön tamponadası aparılır. Uzunluğu 50-70 sm. olan tənziədən hazırlanmış steril turunda hemostatiklərdə (hemostatik emulsiya, 5%-li aminokapron turşusu) isladılaraq dirsəkli pinset vasitəsi ilə burun boşluğuna ilgək şəklində yeridilir. Aşağı burun keçəcəyindən başlayaraq burnun yarısı tədricən doldurulur. Hemostazın effektivliyinin meyarı udlağın arxa divarına qanın tökülməməsidir. Tamponun üzərindən sapanda-bənzər sargı qoyulur. Tampon 48 saat müddətində saxlanılır və antiseptik məhlullarla isladılaraq xaric edilir. Burun çəpərinin residiv verən qanaxmaları zamanı selikli qişanın altına “limon qabığı” əmələ gələndək 1,5 ml 1%-li novokain məhlulu yeridilir. Damarın özü isə gümüş nitratla yandırılır. Ağır hallarda diatermokoagulyasiya edilir.

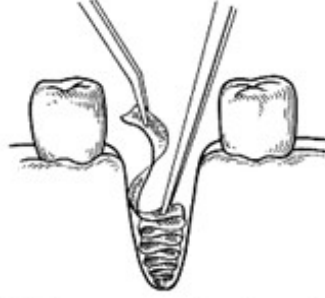
Ön tamponada effekt vermədikdə burnun arxa tamponadası aparılır (şəkil 10). Arxa tampon 2 sutka ərzində saxlanılır və paralel olaraq antibiotiklər, K, P vitamini preparatları, rutin, aminokapron turşusu təyin edilir, vena daxilinə plazma və qanəvəzedicilər yeridilir.



Şəkil 10. Burunun arxa tamponadası (mərhlələrlə)

Diş çıxarılmasından sonrakı qanaxmalarda həkiməqədərki yardım göstərilməsindən ötrü xəstə otuzdurulur. Ağız 3%-li hidrogen peroksid, sonra furasillinin 1:1000 nisbətində məhlulu ilə yaxalanır. Xəstəyə ağızını geniş açmaq və əlinə böyrəkvari ləyəni götürmək təklif edilir. Əgər xəstə huşsuzdursa, qanaxan oyuqdan əks tərəfdən ağıza ağız genişləndirici qoyulur. Pambıqdan kip tampon (və ya turunda) hazırlanır (diametri dişin yerinə bərabər, uzunluğu isə dişdən iki dəfə böyük). Dişin oyuğuna kalium permaqanat kristalı qoyulur və üzərindən kip pambıq tampon sıxılır. Xəstəyə

çənəsini bir-birinə möhkəm sıxmaq və belə vəziyyətdə 20 dəqiqə qalmaq tövsiyə edilir (şəkil 11). Qanaxma dayandıqdan sonra tampon dişin oyuğundan kənarlaşdırılır. Diş oyuğunun tamponadası əvəzinə oraya hemostatik süngər də yerləşdirmək olar



Şəkil 11. Diş çıxarıldıqdan sonra, oyuğa turundanın qoyulması

Xarici qulaq keçəcəyindən qanaxma zamanı həkimə qədərki yardım göstərilməsindən ötrü xəstə otuzdurulur. Qabaqcadan hazırlanmış turunda 3%-li hidrogen peroksid məhlulunda isladılaraq qulaq keçəcəyinə qoyulmuş qıfıdan sıx şəkildə yeridilir. Xəstənin qulağına aseptik sarğı qoyulur. Uzanmış vəziyyətdə xəstə stasionara göndərilir

Ağ ciyərlərdən qanaxma (qan hayxırma) döş qəfəsi zədələnmələri (ağ ciyərlərin və bronxların partlaması) və ağ ciyər xəstəlikləri (ağciyərin kavernoza və rəmi, ağciyər xərçəngi, şiş, abses) zamanı baş verir. Həkiməqədərki yardım göstərilməsindən ötrü xəstəyə yarımoturaq vəziyyət verilir. Xəstəyə danışmamaq, dərindən və sakit nəfəs almaq məsləhət görülür və ona öskürəyini saxlanmasının vacibliyi inandırılır. Tam fiziki və psixi sakitlik yaradılır, tənəffüsü çətinləşdirən paltarlar soyundurulur. Hər 15 dəqiqədən bir buz parçası uddurulur, döş qəfəsinə buz qovluğu qoyulur. Bütün ətraflara 20-30 dəqiqə müddətinə turna qoyulur və duz məhlulu içirdilir (1 stəkan suya 1,5 qaşığı xörək duzu). Yarımoturaq vəziyyətdə xəstə stasionara göndərilir.

Qida borusu və mədə qanaxmaları mədə yarası, hemorrargik gastrit, qida borusu venalarının varikoz genişlənməsi zamanı baş verir. Həkiməqədərki yardım göstərilməsindən ötrü xəstəyə üfüqi vəziyyət verilir. Epigastral nahiyəyə 15 dəqiqə müddətinə buz qovluğu qoyulur. Xəstəyə yemək, içmək və daxilə dərman qəbulu qa-

dağan edilir. Vena daxilinə 10%-li 10,0 ml kalsium xlorid və 1%-li 2-3 ml vikasol məhlulu yeridilir. Xəstə yarımoturaq vəziyyətdə stasionara göndərilir.

Bağırsaq qanaxması zamanı həkiməqədərki yardım göstərilməsindən ötrü xəstə arxası üstə uzadılır. Qarın nahiyəsinə buz qovluğu qoyulur. Koagulyantlar yeridilir. Qida və maye qəbulu qadağan edilir. Mədəyə zond qoyulur. Düz bağırsaq qanaxmalarında düz bağırsağa 10%-li kalsium xlorid məhlulu ilə tampon yeridilir və T -şəkilli sarğı qoyulur. Xəstə yarımoturaq vəziyyətdə təcili stasionara göndərilir.

Uşaqlıq qanaxmaları uşaqlığın zədələnmələrində, abortlarda, uşaqlıqdan kənar hamiləlikdə, doğuş patologiyalarında, onkoloji proseslərdə baş verir. Bu qanaxmalar zamanı həkiməqədərki yardım göstərilməsindən ötrü xəstəyə sakitlik və yataq rejimi yaradılır. Qarın altına buz qovluğu qoyulur. Lazım gəldikdə uşaqlıq yoluna 3%-li hidrogen peroksid məhlulunda isladılmış steril tampon qoyulur. Xəstə uzanmış vəziyyətdə ginekoloji şöbəyə aparılır.

Yoxlama sualları:

1. *Qanaxma nədir? Növlərini sadalayın.*
2. *Parənximatoz qanaxmalar nə üçün daha təhlükəlidir?*
3. *Qanaxmaların səbəblərini sayın.*
4. *Kəskin qanıtirmə zamanı xəstələr hansı səbəbdən olur?*
5. *Qanaxmaların müvəqqəti dayandırılması üsullarını danışın.*
6. *Rezin kəmərin qoyulması zamanı mümkün səhvləri və ağırlaşmaları sadalayın.*
7. *Daxili qanaxmaların əlamətləri nədir və ilk tibbi yardım nədən ibarətdir?*
8. *Qanaxmanın daimi dayandırılmasının hansı metodları vardır?*
9. *Qan itirmənin həcmnin qiymətləndirilməsi necə həyata keçirilir?*
10. *İri venaların zədələnməsi zamanı nə kimi təhlükə ola bilər?*
11. *Gizli qanaxmalar necə müəyyənəşdirilir?*
12. *Qanaxmalar zamanı əlamətlərin meydana çıxmaq tezliyi nədən asılıdır?*
13. *Özünə qan köçürmə üsulu nə məqsədlə və nə üçün aparılır?*
14. *Burun qanaxmaları zamanı ilk yardım nədən ibarətdir?*
15. *Kimyəvi hemostatik preparatlardan hansılarını tanıyı*

Situasiya məsələləri.

I. 20 yaşlı xəstəyə bud yarasının ilkin cərrahi işlənməsi aparılmışdır. Əməliyyatdan 1,5 saat sonra sarğı qanla islanmış, tikişlərin arasından qan sızdığı müşahidə olunmuşdur. Qanaxmanın səbəbini göstərin və qanaxmanı dayandırmaq üçün hansı üsuldən istifadə etmək lazımdır?

II. Zərərçəkən boynunun sol yarısından yaralanıb. Yaradan al qırmızı rəngli qan pulsasiya ilə axır. Bu hansı qanaxmadır? Xəstəyə ilk yardımı necə göstərmək olar?

MÖVZU 6. Hemotransfuziologiyanın əsasları. Qan köçürmənin tarixi. Qan qrupları haqqında təlim.

Tələbə bilməlidir:

- ✓ Qan qruplarının təyin edilməsi
- ✓ Rezus-amilinin təyin edilməsi;
- ✓ Qanın yararlılıq göstəricilərini;
- ✓ Hemotransfuziya vasitələrindən istifadə üsullarını və yollarını;
- ✓ Qanköçürmə zamanı reaksiyaları və ağırlaşmaları;
- ✓ Qanköçürmə zamanı infeksiya təhlükəsizliyi;
- ✓ Qanköçürmə zamanı ağırlaşmaların profilaktikasını;
- ✓ Qanın köçürülməsi zamanı tibb bacısının vəzifələrini;
- ✓ Qan köçürmənin üsulları və yollarını;
- ✓ Qan köçürmənin sənədləşdirilməsini
- ✓ Qanın fərdi uyğunluq sınağının təyini;
- ✓ Qanın bioloji sınağının təyini;
- ✓ Qan köçürmənin texnikasına yiyələnməyi;
- ✓ Qan köçürülməsindən sonra xəstələrə nəzarət və qulluğu.

Mühazirənin planı:

- Qan köçürmənin tarixi
- Qan qrupları haqqında təlim və onların təyini.
- Resus amili və onun təyin edilməsi.
- Transfuziya üçün istifadə olunan qanın mənbələri.
- Xəstənin hemotransfuziyaya hazırlanması.
- Köçürülmüş qanın insan orqanizminə təsiri.
- Qan köçürülməyə göstərişlər və əks göstərişlər.
- Qan köçürmənin yolları.
- Sənədlərin doldurulması.
- Qan köçürmədən sonra xəstəyə nəzarət və qulluq.
- Qan köçürmə zamanı buraxılan səhvlər və onun ağırlaşmaları.

Qanın və onun komponentlərinin köçürülməsi ilə təbabətin xüsusi bir sahəsi olan – transfuziologiya məşğul olur. Qanköçürmə dedikdə, sağlam insanın qanının (donorun), xəstənin (resipientin) qan sisteminə vurulması başa düşülür. Qanın və onun komponentlərinin köçürülməsi **transfuziya**, digər böyük miqdarda mayələrin həzm traktından kənar köçürülməsi isə **infuziya** adlanır.

Qanköçürmə mühüm bir müalicə üsulu olub, insanın canlı toxumasının transplantologiyası üzrə, inyeksiya ilə aparılan ən ciddi və məsuliyyətli cərrahi əməliyyat sayılır. Qanın köçürülməsini cərrahlardan başqa, müxtəlif ixtisaslı həkimlər – travmatoloqlar, mama-ginekoloqlar, terapevtlər, reanimatoloqlar və s. istifadə edirlər. Klinik

təcrübədə geniş tətbiq edilən qan köçürmə qaydalarını təkcə həkimlər deyil, həmçinin orta tibb işçiləri də bilməlidirlər. Qanköçürmə zamanı qaydaların səliqə ilə və mükəmməl icra olunması, tibbi personalın əsaslandırılmış ardıcıl fəaliyyəti onun uğurlu keçməsinə müəyyənləşdirir .

İlk dəfə qanın müalicə məqsədilə köçürülmə ideyası bizim eradan çox əvvəllər yaranmışdır. Lakin ingilis həkimi Harvey 1628-ci ildə qan dövranını kəşf etdikdən və onun kiçik və böyük qan dövranından ibarət olduğunu təkzibedilməz faktorlarla sübut etdikdən sonra qan köçürmə üçün elmi zəmin yarandı.

Qanköçürmə ciddi fəsadların qarşısının alınmasına kömək edən çox dəyərli təsirə malik tibbi vasitədir. İtirilən qanın yenisi ilə əvəz olunması antik filosofların əsərlərində də öz əksini tapmışdır. Hətta belə bir fikir var idi ki, yaşlı bir insanın qanı, daha “cavan” birinin qanı ilə əvəz edilərsə, onun omru uzana bilər. Bu məqsədlə 1492-ci ildə Roma papası VIII İnnokentinə iki gəncin qanı köçürülmüş, lakin onların hər üçü ölmüşdür. 1666-cı ildə Louer ilk dəfə itdən-itə qan köçürmüşdü. 1667-ci ildə XIX Ludovikin saray həkimi Deni ilk dəfə insana qan köçürtdü. O, bu zaman bir quzunun qanını gənc oğlana köçürmüşdü. Lakin sonrakı qanköçürmələrdən biri xəstənin ölümü ilə nəticələnmiş və bu məhkəmə prosesinin mövzusu olmuşdu. Bundan sonra Fransa Elmlər Akademiyası qanköçürməni qadağan etmişdi. Qanköçürmə yalnız akademiyanın icazəsi ilə aparıla bilərdi. 1819-cu ildə ingilis Blandel ilk dəfə insandan insana qanköçürməni həyata keçirdi. O, ümumilikdə 11 qanköçürmə aparmış və bu zaman bəzən proseduranın düz, rəvan getdiyinin, bəzən isə xəstədə narahatlıq yaratdığını, dodaqlarının əsdiyini və gözlərinin bərdəliyinin şahidi olurdu. Belə hallarda o başqa bir şəxsdən qan “seçməyə” məcbur olurdu. 1832-ci ildə mama Volf Rusiyada doğuşdan sonra qanaxması olan qadının həyatını ona insan qanı köçürməklə qurtarmışdı. XIX əsrdə bütün dünyada cəmi 600 qanköçürmə həyata keçirilmişdi. Bunlardan 137-si Rusiyada icra olunmuş və 59-da yaxşı nəticə alınmışdı.

1901-ci ildə alim K.lantşteyner 3 qan qrupunu, 1907-ci ildə Yanskiy və 1910-cu ildə Moss IV qan qrupunu kəşf etdikdən sonra qanköçürməni etibarlı şəkildə istifadə etmək mümkün oldu.

Könüllü olaraq qan verən adam *donor*, qan köçürülən adam isə *resipient* adlandırıldı.

Qan qrupları haqqında təlim

Qanın qruplara bölünməsinin əsasını insanın eritrositlərində A və B aqlütinogenlərinin, qan zərdabında isə α və β aqlütininlərinin olması təşkil edir. Qanda aqlütinin və aqlütinogenlərin olub-olmamasından asılı olaraq qan qrupları fərqləndirilir. İnsan orqanizmində aqlütinogenlərlə aqlütininlərin 4 cür kombinasiyası olduğu üçün, buna uyğun olaraq 4 cür qan qrupu da vardır.

Birinci qrup O (I). Eritrositlərdə aqlütinogen yoxdur, zərdabda isə alfa və beta aqlütininləri vardır.

İkinci qrup A(II). Eritrositlərdə A aqlütinogeni, zərdabda beta aqlütini vardır.

Üçüncü qrup B(III). Eritrositlərdə B aqlütinogeni, zərdabda alfa aqlütinini vardır.

Dördüncü qrup AB(IV). Eritrositlərdə hər iki A və B aqlütinogeni, zərdabda isə aqlütinin yoxdur.

A aqlütinogeni ilə α aqlütinini və B aqlütinogeni ilə β aqlütinini rastlaşdıqda bu zaman sınaq şüşəsində aqlütinasiya reaksiyası, canlı orqanizmdə (donorda) isə köçürülən qanın hemolizi baş verir. Onu da qeyd etmək lazımdır ki, qan köçürmə zamanı yalnız donorun eritrositləri resipientin zərdabı ilə qarşılaşdıqda aqlütinasiya baş verə bilər, əksinə yox. Ottenberq qaydasına əsasən bu ona görə baş verir ki, donorun plazmasında olan aqlütininlər, resipientin qanında güclü surətdə həll olur. Onların titri orqanizmdə çox az olduğundan resipientin eritrositlərinin hemolizinə səbəb ola bilmir. Yalnız kütləvi qan köçürmə zamanı resipientin eritrositlərinin hemolizi -əks aqlütinasiya baş verə bilər. Bununla əlaqədar olaraq qanın köçürülməsi zamanı yalnız donor qanının aqlütinogeni və resipientin aqlütinini deyil, həmçinin köçürülən qanın həm aqlütinogenini, həm də aqlütinini nəzərə almaq lazımdır.

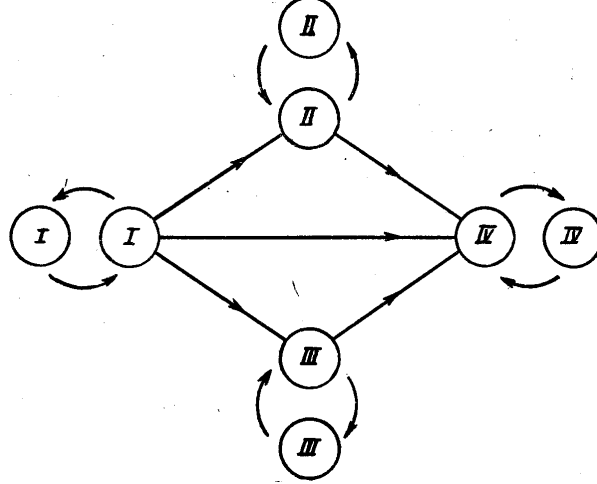
Yuxarıda göstərilənlərə əsasən, I qrup yalnız əlacsız qaldıqda son vasitə kimi istənilən şəxsə köçürülə bilər (universal donor). Amma I(O) qan qrupu olan insan yalnız qanı I qrupdan qəbul edə

bilər. Yalnız eyni qruplu qanı bir-birinə köçürməyə səy göstərmək lazımdır.

II (A) qrup qanı II qrup qanı olan xəstəyə köçürmək olar. Yalnız çarəsiz qaldıqda IV qrup olan resipientə köçürmək olar.

III (B) qrup qanı III qrupu olan xəstələrə, istisna hal kimi IV qrup qanı olan resipientlərə köçürmək olar.

IV (AB) qrup qanı yalnız bu qrupdan olan xəstələrə köçürmək olar. İstisna hallarda bu qrup qanı olan xəstələrə bütün qruplardan olan qanı köçürmək olar (universal resipient) (şəkil 12).



Şəkil 12. Qan qruplarının uyğunluqlarını göstərən sxem.

Qan qruplarının təyini

Klinik təcrübədə ABO sistemi üzrə qan qruplarının təyininin bir neçə üsulu mövcuddur. Bunlara standart serumlarla, standart eritrositlərlə, kəşişən üsulla, antitel A və antitel B soliklonlarla qan qruplarının təyini aiddir. Qan qrupunun standart serumlar üzrə təyin edilməsi həkimin rəhbərliyi altında aparılır. Xüsusi ştativlərdə 2 seriyadan olan standart hemaqlütinasiya serumları götürülür. Onları asanlıqla ayırd etmək üçün etiketlərdə zolaqlı rənglərlə fərqləndirmə aparılır:

- O (I)-rəngsiz (boz), zolaq yoxdur;
- A (II)-2 mavi rəngli zolaq;
- B (III)-3 qırmızı rəngli zolaq;

- AB(IV)- 4 sarı rəngli zolaq.

Standart serumun keyfiyyəti rənginə, xarici görünüşünə görə, ampulanın tamlığına görə (çöküntüsü olan, şəffaflığını itirmiş, bulanıq serumlar işlədilməz), qan qrupu, titri, saxlama müddəti, hazırlanma yeri göstərilmiş, düzgün tərtib olunmuş etiketin mövcudluğuna görə yoxlanılır. Qan qrupları yazılmış planşetin hər qrupa uyğun, hər oyuğuna iki cərgə olmaqla hər seriyalı serumdan 1 damcı (0,1 ml) damızdırılır. Planşetin hər oyuğuna serumla yanaşı serum damlasından 10 dəfə az olmaqla tədqiq olunan qandan 1 kiçik damcı (0,01ml) qoyulur. Hər serum damlası ayrıca şüşə çubuqla yanaşı qoyulmuş qan damlaları ilə qarışdırıldıqdan sonra planşet ehtiyatla əldə çalxalandırılır. 3 dəqiqə sonra serum-qan qarışığına, yalançı aqlutinasıyanı ləğv etmək məqsədilə 1-2 damcı 0,9%-li natrium xlorid məhlulu damızdırılır. 5 dəqiqədən sonra nəticələr qiymətləndirilir.

✓ aqlütinasiya reaksiyası mənfi və müsbət ola bilər.

✓ əgər serumlar müsbət reaksiya vermişsə, deməli qanda hər iki AB aqlutininləri vardır. Bu zaman əlavə olaraq AB (IV) qrupun standart serumu ilə də yoxlama aparılmalıdır.

Hər iki seriyalar üzrə aparılan reaksiyaların nəticələri eyni olmalıdır. Saxlama müddəti 10-12 gündən çox olmayan serumlar işlədilməli və onlar 4-8⁰ C temperaturda soyuducuda və ya qaranlıq yerdə saxlanılmalıdır. Qan qruplarının təyini yaxşı işıqlandırılmış 15⁰+20⁰ C temperatura malik otaqlarda aparılmalıdır.

Qan qrupunu təyin edərkən səhvlərin olması faktiki olaraq aqlütinasiya aşkar edilmədiyi və ya aqlütinasiyanın aşkar edildiyi lakin onun faktiki olmadığı hallarda mümkündür. Aşkarlanmayan aqlütinasiyaya aşağıdakı amillər səbəb ola bilər:

1. Standart serumların zəif aktivliyi və ya eritrositlərin aşağı aqlütininliyi.

2. Tədqiq olunan qanın miqdarının standart seruma nisbətən artıq olması.

3. Ətraf mühitin temperaturunun aşağı olması nəticəsində aqlütinasiya reaksiyasının zəifləməsi.

Bütün şübhəli hallarda qan qrupu digər seriyalı standart zərdab, standart eritrosit və soliklonlarla təkrar təyin edilməlidir.

Resuz amili və onun təyin edilməsi

Resuz amili və onun təyin edilməsi ilk dəfə Macacus Rhesus meymunlarında aşkar edilmişdir. İnsanların əksəriyyətinin (85%) qanında bu amil olduğu üçün belə insanlar rezus müsbət (RH⁺) qrupuna aid edirlər. Qalanlarında (15%) isə bu amil olmadığı üçün onları rezus mənfi (RH⁻) adlandırırlar.

Resus müsbət qanı rezus mənfi qana köçürdükdə sensibilizasiya əmələ gəlir, yəni antitel istehsal olunur (antirezus aqlütinini). Bənzər rezus mənfi qanı olan qadının rezus müsbət qanı olan dölə hamilə olması nəticəsində baş verə bilər. Bu kateqoriyaya daxil olan insanlarda antirezus aqlütinlərin istehsalından sonra rezus müsbət qan köçürülməsi icazə verilən dozada olmalıdır. Əks təqdirdə anafilaktik şok inkişaf edərək çox ağır nəticələrə gətirib çıxara, hətta ölümlə nəticələnə bilər. Ona görə də qan köçürmə zamanı rezus mənsubiyyət də nəzərə alınmalıdır.

Hər qan köçürmədən əvvəl qan qrupları ilə yanaşı xəstədə rezus amili də yoxlanılmalıdır. Resus mənfi qan həm rezus mənfi, həm də rezus müsbət xəstələrə köçürülə bilər. Resus müsbət qan isə yalnız rezus müsbət xəstələrə köçürülməlidir.

Resus amili təyin edilməmişdən qabaq xəstənin qan qrupu təyin edilməlidir. Bundan sonra sınaq şüşəsinin dibinə həmin qrupdan olan 1 damcı antirezus serumu və 1 damcı tədqiq olunan qan tökülür. Sonra şüşə çubuqla qarışdırılır, sınaq şüşəsi çalxalandırılır və yavaşca elə çevirilir ki, qarışıq sınaq şüşəsinin divarı ilə axsın. 3 dəqiqədən sonra sınaq şüşəsinə 2-3 ml 0,9%-li natrium xlorid məhlulu əlavə edilir. Sınaq şüşəsinə 2-3 dəfə çevirməklə qarışdırılır. Nəticələr yayılmış işıq altında yoxlanılır. Aqlütinasiya baş verərsə, (gözlə görünən dənəciklər olduqda) qan rezus müsbət, baş verməzsə rezus mənfidir.

Qanköçürməyə göstəriş və əks göstərişlər

Qan, qan itkisinin keyfiyyətə və kəmiyyətə doldurulmasında dövr edən qanın həcmnin formalı elementlərinin, hemoqlobinin, plazma zülallarının, immunitetin, laxtalanma amillərinin artmasını

təmin edən müalicə vasitəsidir.

Hazırlanma, saxlanma və köçürülmə prosesi zamanı qanda ilkin keyfiyyəti pisləşdirən bir sıra dəyişikliklər baş verir. Antigenlik quruluşunun mürəkkəbliyi səbəbindən donor və resipientin qanının mükəmməl uyğunluğuna nail olmaq qeyri mümkündür. Xüsusən də transfuziya üçün çoxlu miqdar qan tələb olunduqda və onu bir neçə donordan götürmək zərurəti yarandıqda məsələ bir qədər də çətinləşir. Bu səbəbdən qanköçürmələrin ağırlaşmalarının qarşısının alınması üçün müasir zamanda qanköçürmə həyati göstəriş zamanı tətbiq edilir. Əgər xəstə hemotransfuziyasız müalicə edilə bilirsə onda o həyata keçirilməməlidir. Qanköçürməyə mütləq göstəriş o zaman olur ki, onda onu heç bir başqa müalicə vasitəsilə əvəz etmək olmasın. Qanköçürməyə mütləq göstərişlər aşağıdakılardır: kəskin qanıtirmə; travmatik şok; yanıq xəstəliyi; müxtəlif mənşəli ağır anemiyalar; septik şok; müxtəlif zəhərlərlə zəhərlənmələr; müxtəlif səbəblərdən orqanizmin arıqlaması.

Qanköçürməyə əks göstərişlər mütləq və nisbi olmaqla iki yerə bölünür. Mütləq əks göstərişlərə ağır qara ciyər çatışmazlığı, kəskin və xroniki böyrək çatışmazlığı, baş beyinin zədələnmələri və xəstəlikləri (əzilmə, insult, tromboz, şiş), kəskin və xroniki ürək-damar çatmamazlığı, miokardın yeni infarktı, vərəmin bütün formalarının terminal fazaları aiddir.

Nisbi əks göstərişlərə isə kəskin tromboflebit, aortanın anevrizması, ürəyin ağır işemik xəstəliyi, hipertoniya xəstəliyi, endokardit (aktiv fazada), allergik reaksiyalara meyillik aiddir:

Transfuziya üçün istifadə olunan qanın mənbələri

Transfuziyada əsasın donor qanından (təzə və konservləşdirilmiş) və xəstənin öz qanından (autoqan) istifadə edilir. Donorluq könüllüdür və 18 yaşına çatmış, fiziki və psixi cəhətdən sağlam olan, hər iki cinsin nümayəndəsi donor ola bilər. Donor olmaq istəyən şəxs mütləq aşağıdakı müayinələrdən keçirilməlidir. 1) qanın ümumi analizi; qadın donordlarda hemoqlobinin miqdarı 120-150 q/l-dən, kişilərdə isə 130-160 q/l-dən aşağı olmamalıdır. 2) sidinin analizi, 3) qanın malyariya plazmoidisinə görə analizi, 4) sifilis re-

aksiyasının təyini.

Donorlar mütləq terapevt və veneroloqlar tərəfindən mayinə edilir, digər mütəxəssislər isə lazım gəldikdə konsultasiyalara cəlb olunurlar.

Donorluğa əks göstərişlər bunlardır: yoluxucu xəstəliklər (sifilis, brusellyoz, tulyaremiya, vərəm, hepatit-botkin xəstəliyi), arıqlama, ödemə meyillik, bədən xassəli şişlər, hipertoniya və s., mədədə və ödə kisəsində keçirilən cərrahi əməliyyatlar, yaşı 65-dən yuxarı şəxslər, Müvəqqəti əks göstərişlərə aiddir: hamiləlik, laktasiya dövrü, aybaşı dövrü, qrip və angina tam sağaldıqdan 1 ay sonra icazə verilir.

Hər bir donordan bir dəfəyə 250 ml, nadir hallarda 450 ml. qan götürmək olar. Təkrar qan götürməyə 8 həftə keçdikdən sonra icazə verilir. Orta hesabla bir donor il ərzində 5 dəfədən artıq qan verə bilməz.

Qanköçürmədə istifadə olunan qanın mənbələri aşağıdakılardır.

1. Təbii donor qanı – yəni birbaşa donordan köçürülən qan- normal qanın bütün tərkibini praktik olaraq özündə saxlayır (vasitəsiz köçürmə), konservləşdirilmədən, bədənin temperaturunda xəstəyə köçürülməsi çox qiymətli. Mənfi cəhəti odur ki, bu zaman köçürülən qanın miqdarını bilmək olmur.

2. Təzə stabilləşdirilmiş donor qanı -1 gündən artıq saxlanılmayan qan. Stabilizator kimi natrium sitrat istifadə edilir. Qanda həyat fəaliyyətli trombositlər, leykositlər və digər laxtalanma amilləri qorunur.

3. Konservləşdirilmiş donor qanı- antikoagulyantların əlavə edilməsi ilə (natrium sitrat, heparin) hazırlanır. Təzə qanın bir sıra xüsusiyyətlərinə (əvəzedici, dezintoksikasiya, hemostatik, qidalandırıcı, stimulyedici və s.) malikdir. Lakin nə qədər çox saxlanılsa, bir o qədər damarın daxilindəki qandan fərqlənir. Belə ki, artıq 1 həftənin sonunda konservləşdirilmiş qanda fəaliyyət göstərən trombositlər və leykositlər olmur. Eritrositlərin $\frac{1}{3}$ – i isə transfuziyadan sonra hemolizə uğrayır. Bir həftə keçdikdən sonra qanın qazları daşımaq funksiyası iki dəfə azalmış olur. Konservləşdirilmiş qanı soyuducuda $4-6^{\circ}$ temperaturda 21 gün müddətində saxlamaq olar.

4.Util qan – hipertonic kriz, eklampsiya və ağciyər ödemi zamanı xəstədən buraxılan qandır. Util qanı stabilləndirmək üçün 1:10 nisbətində 6%-li natrium sitrat məhlulundan istifadə olunur.

5.Cift qanı –göbək ciyəsi kəsildikdən sonra göbək venası vasitəsilə ciftdən götürülən qandır. Cift qanı ağ ciyəri tənəffüs etməyən orqanizmdən alındığı üçün həm ananın, həm də uşağın qanından fərqlənir. Hər ciftdən 30-100 ml-ə qədər qan almaq mümkün olur. Natrium sitratla stabilləşdirilib 10-12 gün saxlanılır. Cift qanının qrupu dölün qan qrupu ilə təyin edilir. Hormonlarla zəngindir və hemostatik məqsədlə istifadə edilir.

6.Meyit qanı – qəflətən, bədbəxt hadisələr zamanı ölmüş adamlardan (elektrotravma, qapalı mexaniki zədələnmə və s.) ölümündən 6 saat gec olmayaraq steril aseptik şəraitdə götürülür. Laxtalanmadığına görə stabilləşdirilmir. Meyit qanı da donordan tələb olunan qaydalara əsasən yoxlanılmalı və sonra istifadəyə verilməlidir.

7.Autoqan- əməliyyata bir neçə gün qalmış xəstənin özündən (autohemotransfuziya), ya da travmadan sonra parenximatoz üzvlərin zədələnməsindən və ya uşaqlıqdan kənar hamiləlik zamanı xəstənin seroz boşluqlarına (periton, perikard, plevra) tökülmüş, çirkənlənmiş qan götürülüb xəstəyə köçürülür (reinfuziya). Qan boşluqlardan çox ehtiyatla içərisində 4%-li natrium-sitrat (500ml. qan üçün 50,0) və ya heparin (500 ml. qan üçün 1000 vahid) olan dərəcəli qaba yığılır. Sonra 8 qatlı steril tənziqdən süzülür və dərhal heç bir sınaq qoyulmadan və yoxlanılmadan xəstənin özünə köçürülür. Bütün hallarda qan preparatlarından çox reinfuziyaya üstünlük verilməlidir. Çünki bu xəstənin itirmiş olduğu təbii öz qanıdır ki, yenedən onun özünə köçürülür.

Xəstənin hemotransfuziyaya hazırlanması

Hər qan köçürmədən əvvəl tibb bacısı qanın yararlı olmasına əmin olmalıdır. Bundan sonra flakonun üzərindəki etiketin göstəriciləri yoxlanılmalıdır. Daha sonra xəstənin və donorun qan qrupu, eləcə də rezus amili təyin edilir. Qanın və sidinin ümumi analizi aparılır. Hemotransfuziyaya 2 saat qalmış xəstə qidalanmır və sidik kisəsi boşaldılır. Nəbzi sayılır, arterial təzyiqi və bədənin tempera-

turu ölçülür. Bütün xəstələrdə, hətta narkoz altında olanlarda istisnasız (trombositar kütlənin köçürülməsindən başqa) qanın və rezus amilinin fərdi uyğunluğu sınağı və bioloji sınaq aparılır.

Qanın fərdi uyğunlaşma sınağının aparılması üçün xəstənin qan zərdabından (qan zərdabı qanı saxlamaqla və ya sentrifuqadan keçirtməklə alınır) 1 damcı götürüb donorun 5 dəfə kiçik miqdarda qan damlası ilə qarışdırılır. Sonra qarışığa bir damcı fizioloji məhlul əlavə edilərək 5 dəqiqə müddətinə yenidən qarışdırılır. Aqlüti-nasiyanın olmaması donor qanının uyğunluğunu göstərir.

Bioloji sınaq aparmaq üçün soyuducudan götürülmüş qan 30-40 dəqiqə otaq temperaturunda saxlanılmaqla və ya 37°C su hamamına qoyulmaqla (termometrin nəzarəti ilə) qızdırılır və şırınaqla xəstəyə 10-15 ml. köçürülür. Sistem bağlanır və 3 dəqiqə müddətində xəstənin vəziyyəti müşahidə edilir. Reaksiya və ağırlaşmanın əlamətləri (nəbzın sürətlənməsi, təngənəfəslik, qusma, baş ağrıları, taxikardiya, uzun hiperemiyası, ürək, döş və bel nahiyəsində ağrı, dəridə səpgi) olmadıqda, bir də 10-15 ml qan şırınaqla köçürülür. Yenidən sistem bağlanır və xəstənin vəziyyəti daha 3 dəqiqə müşahidə edilir. Reaksiya əlamətləri olmadıqda şırınaqla daha 10-15 ml qan köçürülür. Bir daha sistem bağlanır və xəstənin vəziyyəti yenidən 3 dəqiqə müddətində müşahidə edilir. Reaksiya əlamətləri olmadıqda bioloji uyğunluğu göstərir və qanköçürmə davam etdirilir.

Bioloji uyğunlaşma sınağı aparılarkən baş verən ağırlaşmalar zamanı xəstəyə dərhal ilk tibbi yardım göstərilir. Hər şeydən əvvəl təcili sistemi bağlamaqla qanın köçürülməsi dayandırılır, iynəni venada saxlamaq şərti ilə flakon və sistem çıxarılır. Bu haqda həkim dərhal məlumatlandırılır və iynə digər sistemə birləşdirilir (duz məhluluna). Xəstənin vəziyyəti 2 saat müddətində müşahidə edilə bilər.

Köçürüləcək qanın yararlılığının təyini

Köçürüləcək qanın yararlılığının təyin edilməsi üçün birinci növbədə qan flakonunun hermetikliyi yoxlanılır. Flakon mütləq tam olmalıdır. Tamlığın pozulmasının hər hansı bir əlaməti yolverilməzdir və mövcud qan köçürmək üçün yararsızdır. Sonra flako-

nun üzərində nömrəli etiketin mövcudluğu və bu etikətdə qanın hazırlanma tarixi, qan qrupu və rezus mənsubiyyətin qeydiyyatı, konservantın adı, donorun adı və soyadı, hazırlayan müəssisənin adı, həkimin imzası, İCV və virus hepatitinə görə yoxlanılmanın şampı öz əksini tapmalıdır. Daha sonra qanın yararlılıq müddətinə diqqət yetirərək köçürüləcək tarixi ilə tutuşdurub flakondakı qanı vizual qiymətləndirmək lazımdır. Qeyd etdiyimiz kimi konservləşdirilmiş qanı +4-6 dərəcə temperaturda 21 günədək saxladıqda yararlılığını itirmir. Qan normada 3 qata ayrılmalıdır. Ən altda tünd qırmızı rəngli eritrosit təbəqə, ortada nazik ağ rəngli– leykositlərlə və trombositlərin təbəqəsi, üstə isə şəffaf və sarı rəngli plazma təbəqəsi görünür. Plazma şəffaf olmalıdır. Lopa, laxta, nazik pərdənin, sapa və çöpəbənzər liflərin olması qanın yoluxmasını və yararsızlığını göstərir. Plazmanın çəhrayı rəngə boyanması eritrositlərin hemolizini və qanın köçürməyə yararsız olduğunu bildirir.

Qanköçürmənin növləri

Qanköçürmə iki yolla həyata keçirilir:

Vasitəsiz köçürmə. Qan birbaşa donorun venasından götürülüb birbaşa resipientin venasına köçürülür. Bu metod ağır xəstələrdə (kəskin qanitirmə, sepsis, hemofiliya) çox effektivdir. Bir sıra çətinliklərinə görə geniş istifadə olunmur.

Vasitəli köçürmə. Donorun qanı əvvəlcə xüsusi bankalara toplanır, sonra stabilləşdirilir, konservləşdirilir və sonradan lazım olduqda istifadə edilir. Vasitəli qan köçürmə metodu geniş yayılmışdır və aşağıdakı üsulları vardır.

1.Venadaxili köçürmə - kəskin qanitirmələr zamanı xəstəyə çoxlu miqdar (1-1,5 litr) qan köçürmək lazım olduqda şırınaqla və ya damcı ilə (1 dəqiqədə 20-30 damcı) venaya köçürülür. Damcı ilə köçürülərkən ürək-damar sisteminin həddən artıq yüklənməsi riski azalır. Venaya qan venapunksiya və ya venaseksiya yolu ilə köçürülür.

2.Arteriyadaxili köçürmə - xəstə klinik ölüm vəziyyətində və ya ona yaxın olduqda, qan təzyiq altında arteriyaya qovulur. Venadaxili köçürməyə nisbətən daha məsuliyyətlidir.

3. Sümükdaxili köçürmə - texniki cəhətdən venaya köçürmək çətin olduqda, (məsələn, uşaqlarda) qan xüsusi Kassirski iynəsi ilə sümüyün süngəri maddəsinə (döş sümüyü, daban sümüyü) köçürülür.

4. Mübadilə qanköçürməsi – hemolitik zəhərlərlə zəhərlənmə (arsen, göbələk) baş verdikdə, qida və dərman zəhərlənmələrində xəstənin qanı buraxılaraq, ardınca donorun qanı ilə dəyişdirilir.

5. Əks qanköçürmə və ya reinfuziya (autotransfuziya) xəstənin qanının yenidən ona köçürülməsidir.

Köçürülmüş qanın təsiri. Xəstəyə köçürülmüş qanın, orqanizmə aşağıdakı təsirləri öyrənilmişdir.

1. Əvəzedici təsir – orqanizmdə qanın itirilən hissəsini təmin etməkdir.

2. Hemodinamik təsir – qanın köçürülməsi ürək-damar sistemə çoxcəhətli təsir göstərir.

3. İmmunoloji təsir – köçürülmüş qanla leykositlərin faqositoz aktivliyi artır, antitel əmələ gəlmə fəallaşır.

4. Hemostatik təsir – köçürülmüş qan resipientin hemostaz sistemini stimullaşdırır və mülayim koagulyasiya yaradır. Qanaxmanı saxlamaq məqsədilə 50,80,100 ml. köçürülən qan zədələnmiş damarın mənfəzində trombun əmələ gəlməsinə səbəb olur.

5. Stimuləedici təsir – resipientdə mübadilə prosesini sürətləndirir, tənəffüs əmsalı yüksəlir, qazlar mübadiləsi artır, eritrositlərin tənəffüs səthini fəallaşdırır.

Qan köçürmədən sonra xəstəyə qulluq

Qan köçürüləndən sonra xəstədə heç bir reaksiya olmadıqda belə hemotransfuziyanın sonunda flakonun dibində 10-15 ml. qan saxlanılır və 24 saat ərzində soyuducuya (+4⁰C temperaturda) qoyulur. Bəzən xəstədə reaksiya 24 saatdan sonra baş verə bilər. Onda flakonda qalan qanı yoxlayaraq hansı səhvə yol verildiyi aşkar edilir. Xəstəyə 2 saat müddətində ciddi yataq rejimi, 8 saat müddətində isə yataq rejimini gözləməsi xəbərdarlığı edilir. 8 saat ərzində hər 2 saatdan bir arterial təzyiq və bədənin temperaturu ölçülür, nəbz sayılır, diurezin miqdarı hesablanır. Növbəti gün xəstədən ümumi analiz üçün qan və sidik götürülür. Sonda flakonun etiketi

xəstəlik tarixinə yapışdırılır və nəticələr hemotransfuziya protokoluna qeyd edilir. Qan və qanın komponentlərini bir flakondan bir neçə xəstəyə köçürülməsi hətta qan qrupu uyğun da olsa belə qəti qadağandır. Həmçinin flakondakı qanın bir hissəsini bu gün, digər hissəsini sonrakı günə saxlayıb eyni xəstəyə belə köçürmək olmaz!

Qan köçürmədən əvvəl həkim tibb bacısına hemotransfuziyaya göstərişi əsaslandırان qısa epikriz yazdırır. Prosedura yerinə yetirildikdən sonra xəstənin xəstəlik tarixinə qan köçürmənin protokolu yazılır. Protokolda aşağıdakılar öz əksini tapmalıdır: Transfuziyaya göstəriş. hər flakonun pasport göstəriciləri: donorun soyadı, qanın qrupu, rezus mənsubiyyəti, flakonun nömrəsi və qanın götürülmə tarixi, resipientin qan qrupu və rezus mənsubiyyəti, uyşmazlıq sınağının nəticəsi, bioloji sınağın nəticəsi, baş vermiş fəsadlar və ağırlaşmalar haqqında məlumat və qan köçürən həkimin adı, soyadı, ata adı və imzası

Qanköçürmə zamanı buraxılan səhvlər və ağırlaşmalar

Qanköçürmədən sonra müxtəlif reaksiyalar və ağırlaşma halları baş verə bilər. Müasir elmi nailiyyətlər, o cümlədən transfuziologiya, qan köçürmə zamanı fəsadların qarşısını alsa da, təəssüf ki, resipientin ölümü ilə nəticələrə rast gəlinir. Ağırlaşmaların səbəbi transfuziologiyanın əsasları üzrə biliklərin çatışmazlığı və ya müxtəlif mərhələləridə qanköçürmənin qaydalarına və texnikasına riayət edilməməsidir. Bunlara qanköçürməyə göstəriş və əks göstərişin düzgün təyin olunmaması, xəstənin tam müayinə edilməməsi, qan qrupu və rezus faktorun səhv təyini, qanın fərdi uyğunluq sınağının düzgün aparılmaması, qanköçürmə üçün hazırlanan sistemin yoxlanılmaması və s. aiddir. Qanköçürmə zamanı ən çox rast gəlinən ağırlaşmalar aşağıdakılardır:

1. Qrupu uyğun olmayan qanın köçürülməsi qan qrupu səhv təyin edilərkən baş verir.

Klinik əlamətləri: döş qəfəsində sıxılma, baş ağrısı, qarın və bəldə ağrılar, nəbzin sürətlənməsi, arterial təzyiqin düşməsi, bəzən qusma, qeyri-iradi sidik ifrazı və defekasiya baş verir. Bu zaman xəstənin qanı buraxılır, plazma, şok əleyhinə preparatlar, 5%-li qlü-

koza məhlulu köçürülür, eyni qrup qanla mübadilə aparılır, paraneftal novokain blokadası edilir. Uremiya inkişaf edərsə mədə yuyulur və süni böyrək aparatı ilə hemodializ icra olunur.

2. Rezusu uyğun olmayan qanın köçürülməsi. Klinik əlamətləri qrupu uyğun olmayan qanın köçürülməsində olduğu kimidir. Lakin reaksiyanın daha gec başlaması ilə fərqlənir. Albuminoreya və hematuriyanın görünməsi diaqnozu təstiq edir. Müalicə tədbirləri də qrupu uyğun olmayan qanın köçürülməsində olduğu kimidir.

3. Yoluxmuş və ya çirklənmiş qanın köçürülməsi. Klinik əlamətlər bir neçə saatdan sonra görünür və üşütmə, təzyiqin düşməsi, nəbzın pisləşməsi, dəri və selikli qişaların rənginin göyərməsi şəklinə özünü biruzə verir.

4. Anafilaktik şok. Müxtəlif zülallara qarşı orqanizmdə həssaslıq zamanı inkişaf edir. Şok əleyhinə tədbirlər aparılır, antihistamin preparatlar tətbiq edilir.

5. Sitrat şoku. Çox miqdarda qan köçürüldükdə, bu zaman tərkibində olan natrium-sitrat da xəstəyə çox miqdarda yeridilmiş olur. Klinik əlamətləri hemodinamik pozğunluqlar və qıcolma ilə xarakterizə olunur. Müalicəsində venaya 10%-li kalsium xlorid yeridilir.

6. Pirogen reaksiyalar. Yalnız qan deyil, qanəvəzedicilərin də köçürülməsi zamanı baş verə bilər. Səbəbi pirogen maddələrin (çox vaxt müxtəlif bakteriyaların həyat fəaliyyəti məhsulları) qana düşməsidir. Klinik əlamətləri üşütmə, temperaturun qalxması, halsızlıq, tənqənəfəslik, dəridə səpkilərin olmasıdır. Profilaktikasında qan köçürmə üçün lazım olan qab və sistemin təlimata uyğun təmizlənməsi və hazırlanması, istifadə edilən dərmanların yararlılıq müddətinə əməl olunması əsas rol oynayır.

7. Ürəyin kəskin genişlənməsi. Sürətli qan köçürmə zamanı əmələ gəlir. Döş qəfəsində sıxılma, tənəffüsün çətinləşməsi, dəri və selikli qişaların sianozu baş verir.

8. Hava emboliası. Sistemdə olan hava qanla birlikdə sağ mədəciyə və oradan da ağciyərlərə keçdikdə baş verir. Bu zaman döş qəfəsində sıxılma hissi, tənqənəfəslik, üzün hiperemiyası əmələ gəlir. Daha sonra döş qəfəsində ağrılar, narahatlıq, sianoz, taxikardiya, qan təzyiqinin düşməsi tənəffüsün çətinləşməsi və hətta ürəyin dayanması baş verir.

9. Tromboemboliya sistemdə və ya iynədə olan qan laxtaları damara və oradan ağciyərlərin damarına düşdükdə qanhayxırma, tənqənəfəslik, qızdırma, baş beyinin damarlarına düşdükdə isə huşun itməsi, səthi tənəffüs və arterial təzyiqin düşməsi baş verir.

Yoxlama sualları:

1. Qan qruplarında aqlütininlərlə aqlütinogenlərin münasibətini yazın.
2. Standart serumlarla qan qrupu necə təyin edilir?
3. Serumun düzgün saxlanması və ona olan tələblər haqqında məlumat verin.
4. Qan qruplarının təyini zamanı mümkün olan səhvlər hansılardır?
5. Qan qruplarının təyində nəticələr şübhəlidirə tibb bacısı nə etməlidir?
6. Rezus faktor nədir və onun qanköçürmədə əhəmiyyəti nədən ibarətdir?
7. Rezus faktorun təyin edilməsinin metodikasını danışın.
8. Köçürülən qanın xəstənin orqanizminə təsiri haqqında danışın.
9. Qan köçürməyə göstəriş və əks göstərişləri sadalayın.
10. Xəstənin qanköçürməyə hazırlığı necə aparılır?
11. Qan köçürmə metodları hansıdır və onların üstünlükləri nədir?
12. Qanın saxlanması qaydasını izah edin.
13. Bioloji sınağın qoyulma texnikası necədir və onun əhəmiyyəti nədir?
14. Qan köçürmə zamanı hansı ağırlaşmalar və reaksiyalar baş verə bilər?
15. Qan köçürmədən sonra xəstəyə qulluq və nəzarət necə həyata keçirilir?
16. Qanın yararlılığı necə təyin olunur?
17. Fərdi uyğunlaşma sınağı necə qoyulur?
18. Transfuziya üçün istifadə olunan qanın mənbələri haqqında məlumat verin.
19. Donorluğa əks göstərişlər hansılardır?
20. Bir şəxs ildə neçə dəfə donor ola bilər?

Situasiya məsələləri:

I. Cərrahi şöbəyə daxil olunan xəstə ümumi zəiflikdən, tezlaşmış qara rəngli duru nəcis ifrazından şikayətlənir. Qısamüddətli huşun itməsi halı da qeyd olunmuşdur. Baxış zamanı dəri örtüyünün avazıması, taxikardiya (1 dəqiqədə 110-dan çox döyüntü) diqqəti cəlb edir. Həkim "Mədə-bağırsağ qanaxması" diaqnozu qoymuşdur. Qan itkisinin yerini doldurmaq məqsədilə təcili qan köçürülməsinə gəstəriş vardır. Hansı minimal laborator müayinələri (sınaqlar) aparmaq lazımdır ki, onlarsız hemotransfuziyanın yerinə yetirilməsi yol verilməzdir.

II. 28 yaşında xəstəyə tibbi gəstərişə əsasən qan köçürülməsi tələb olunur. Xəstənin qan qrupunu və Rh-ni təyin edərəkən: qan II (A), Rh (+) olduğu müəyyənləşdirilmişdir. Laboratoriya analizinin nəticəsini nəzərə alaraq xəstəyə 150 ml II (A), Rh (+) qan köçürülmüşdür. Ancaq transfuziyadan 40 dəqiqə sonra xəstədə hemotransfuziyon reaksiyalar yaranmış, bədənin temperaturu 38.5°C -yə qədər yüksəlmiş, tənəffüsü və nəbzi sürətlənmiş, tənqənəfəslik, üşütmə, baş ağrısı, bəldə ağrılar meydana çıxmışdır. A/T = 160/100 mm civə sütunu olmuşdur. Hemotransfuziyon reaksiyaların ehtimal olunan səbəbləri hansılardır? Bu reaksiyanın qarşısını almaq üçün nə edilməli idi?

MÖVZU 7. İnfuziya. Qanın komponentləri, preparatları və qan əvəzedicilər.

Tələbə bilməlidir:

- ✓ Qan əvəzedicilərin köçürülməsi zamanı tibb bacısının vəzifələrini;
- ✓ Qanın preparatlarının və qanəvəzedicilərin işlənilmə üsullarını;
- ✓ İnfuziyon maye və zərdblərin yararlılıq göstəricilərini;
- ✓ Qan preparatlarının saxlanma qaydalarını.

Mühazirənin planı

- İnfuziya anlayışı, periferik və venoz venaların kateterizasiyası.
- Qanın komponentləri.
- Qanın preparatları.
- Qan əvəzediciləri.

İnfuziya – müalicə və diaqnostika məqsədilə çoxlu miqdarda müxtəlif mayələrin orqanizmə parenteral yolla yeridilməsidir. İnfuziya daha böyük məfhum olub özündə transfuziyanı birləşdirir.

İnfuziya mayələrin dərialtına, venadaxilinə, arteriyadaxilinə, limfa damarlarına (endolimfatik), sümüklərin süngəri maddəsinə yeridilməklə həyata keçirilir. Əksər hallarda infuziya əsasən qolun periferik venalarında və mərkəzi venalarda (əsasən körpücükaltı venada) icra olunur. Venadaxilinə yeridilən dərmanlar əzələ və dərialtı üsulla nisbətən daha tez təsir göstərilir. Bundan əlavə toxumalara qıcıqlandırıcı təsir göstərən hipertonic məhlul və maddələr də venadaxilinə yeridilir. Qanla qarışdığına görə qanda həll olub damarın daxili divarını zədələmirlər. Yağlı məhlullar və suspenziyaların venadaxilinə köçürülməsi tətbiq edilmir.

Müasir dövrdə infuziyon müalicə müxtəlif patoloji vəziyyətlərdə çox geniş tətbiq olunur. Əsasən qanın həcmi və tərkibini normallaşdırmaq, intoksikasiya ilə mübarizə, parenteral qidalanma və qanın reoloji xassəsini yaxşılaşdırmaq məqsədilə həyata keçirilir. İnfuziyon müalicədə qanın komponentlərindən, qan preparatlarından və qan əvəzedicilərdən istifadə olunur.

İnfuziya birmomentli və uzunmüddətli olur. Birmomentli infuziyada nisbətən qısa bir müddətdə müəyyən miqdarda maye köçürülür. Uzunmüddətli infuziyada isə ardıcıl şəkildə gün ərzində və ya bir neçə gün, saatlarla maye köçürülür. Köçürmənin sürəti də

mühüm əhəmiyyət kəsb edir. Köçürülən mayelərin orqanizm tərəfindən yaxşı mənimsənilməsi və bərabər paylanması, eyni zamanda qan damarlarının həddən artıq dolmaması üçün köçürmə damcı ilə 1 dəqiqədə 40-60 damcı sürətilə həyata keçirilməlidir. Kritik vəziyyətlərdə tez müalicə effekti almaq lazım gəldikdə köçürmənin sürəti artırılaraq şırnaqla yerinə yetirilir. Uzun müddətli infuziyada gün ərzində 3-5 litr maye köçürülür.

İnfuziyadan sonra da müxtəlif reaksiyalar və ağırlaşma halları baş verə bilər. Bu ağırlaşmaların da səbəbləri və klinik əlamətləri transfuziyada olduğu kimidir.

Qanın komponentləri. Müasir təbabətdə qanın komponentlərinin tətbiqi geniş yayılmışdır. Bir sıra xəstəliklərdə onlardan istifadə olunması qanla müqayisədə daha məqsədəuyğun hesab olunur. Hazırda qanın çoxlu komponentləri mövcuddur. Cərrahi praktikada daha çox aşağıdakılar tətbiq olunur.

1. Plazma. Qanı 4⁰C-də 48 saat müddətində saxladıqdan sonra alınır. Qanı əvəz edən plazmanın böyük müalicəvi əhəmiyyəti vardır. Plazmanın uzun müddət (5 ilədək) saxlanıla bilməsi onun konservləşdirilmiş qandan üstünlüyünü göstərir. Beyin ödeminin müalicəsində, yanq şokunun I fazasında, bağırsağ keçməməzliyindən sonrakı infoksikasiyalarda, irinli peritonitlərdə istifadəsi yaxşı nəticə verir.

2. Nativ plazma. 2-3 günlük qandan eritrositləri tam ayırdıqdan sonra alınır. 7-10 gün ərzində işlətmək olur.

3. Eritrosit kütləsi. 80 – 90 % eritrositlərdən, 10 – 20 % plazmadan ibarətdir. Ampula və ya flakonlarda buraxılır. Kəskin qanaxılıqda, hipo- və disproteinemiyada, intoksikasiyalar zamanı işlədilir. Üstün xüsusiyyətlərindən biri də qanyaranmanı aktivləşdirərək sürətləndirməkdir. İki cür olur:

1) konsentrasiyalı eritrosit kütləsi – bu kütləni 5-6 gün müddətində işlətmək lazımdır.

2) eritrosit vəzni – eritrositlərin üzərinə konservasiyalı məhlul əlavə edilir. Belə eritrosit qarışığını 22-28 gün müddətində işlətmək olar. İşlədilməsinə əks göstəriş qanın köçürülməsindəki kimidir.

4. Leykosit kütləsi – eritrositləri ayrılmış plazmadan alınan, tərkibi çoxlu miqdarda leykositlərdən təşkil olunmuş preparatdır. 4-8

gün keçdikdən sonra bu preparatı işlətmək olmaz. Qanyaranmanın hipoplastik və aplastik vəziyyətlərində, dərman aqranulositozunda, sepsisdə, şüa xəstəliyində şişlərin kimya və rentgen müalicəsindən sonra yaranan leykopeniyalarda köçürülür. Antileykositar antitellərin çoxluq təşkil edildiyi xəstələrdə köçürülməsi əks göstərişdir.

5. Trombosit kütləsini plazmadan ayıraraq 10 günə qədər saxlamaq olur. Hemorrargik trombopeniyada, qanın laxtalanma qabiliyyətinin pozulduğu Verlhof xəstəliyində, aplastik anemiyada və s. hemostatik məqsədlə venadaxilinə köçürülür. Tromb əmələ gəlməyə meyilli xəstələrdə köçürülməsi əks göstərişdir.

Qanın preparatları. Qanın preparatları aşağıdakı qruplara bölünür:

1. Zülal preparatları - albumin, protein

Albuminin 5, 10, 15, 20%-li preparatları mövcuddur və hemodinamik təsirinə görə plazmadan üstündür. Ən üstün cəhətlərindən biri 10 saat ərzində epidemik hepatitlərdə virusların inaktivliyini təmin edə bilməsidir. Albumin preparatları qanaxmalarda və şokda tətbiqi plazmaya nisbətən daha böyük əhəmiyyətə malikdir. Albumin preparatları uzunmüddətli irinli proseslərdə, mədə-bağırsaq zədələnmələrindən sonrakı qida pozğunluqlarında, qaraciyər serozunda, böyrək xəstəliklərində və s. yaxşı müalicəvi təsirə malikdir, yanıqlar, hipoproteinemiya, arıqlama zamanı geniş istifadə olunur. Onları 4⁰C temperaturda 5 il müddətinə saxlamaq olur.

2. Hemostatik preparatlar:

a) Antihemofilik plazma - VIII və IX laxtalanma amillərindən təşkil olunmuşdur və hemofiliyada istifadə olunur;

b) Fibrinogen - qanın laxtalanma sisteminin zülalıdır, plazmadan alınır və 3-5 il müddətində saxlamaq olur. Destillə edilmiş suda həll edilib venadaxilinə yeridilir. Patoloji doğuş zamanı baş verən qanaxmalarda, şok, sepsis zamanı ürək, ağ ciyər, qara ciyər, böyrək və prostat vəzin əməliyyatlarında işlədilir. Fibrinogenin tərkibində antihemofilik qlobulinin olması hemofiliya qanaxmalarının dayandırılmasında böyük müalicəvi əhəmiyyət kəsb edir.

c) Hemostatik süngər - yerli təsirə malikdir

d) Kriopresipitat - antihemofilik amildən təşkil olunub (hemofiliyada işlədilir).

3. Laxtalanma əleyhinə preparatlar- Fibrinolizin – təzə qan laxtalarını, trombu əridir. Trombozda və tromboemoliyaların müalicəsində geniş istifadə olunur. Aparılan müalicə mütləq koaquloqramma nəzarəti altında davam etdirilməlidir.

4. İmmunoloji təsir preparatları - qamma globulin - müvəqqəti passiv immunitet, konsentrasiya olunmuş antitellər (stafilokok əleyhinə, tetanus əleyhinə)

Qamma qlobulin – plazma preparatı olub yanıqlarda, irinli-septik proseslərdə və bir sıra infeksiyon xəstəliklərin (hepatit, polimielit, qızılca, göy öskürək və s.) profilaktika və müalicəsində əzələdəxilinə istifadə olunur.

Qan əvəzedicilər. İnsan qanını əldə etmək mənbələrinin məhdud olmamasına baxmayaraq, hazırda çoxlu miqdarda qan tələb edən süni qan dövrəni aparatları, süni böyrəklər və s. tətbiq olunan əməliyyatların sayının artması ilə əlaqədar cərrahiyyənin qana olan təlabatı ödənilə bilmir. Meyid qanının alınması və tətbiqi, eləcə də utilizasiya olunmuş qandan alınmış preparatlar da bu problemi tam həll edə bilmir. Kimya və enzimologiya (fermentlər haqqında elm) sahəsindəki nailiyyətləri müxtəlif mövcud olan xammaldan sintetik preparatların istehsal olunmasına imkan verir. Belə preparatlar qanəvəzedicilər adlanır. Qanəvəzedicilər qan təzyiqinin artırılması, dezintoksikasiya, plazma zülallarının sintezinin bərpası və s. məqsədlə geniş tətbiq olunur. Onlardan bəziləri kompleks təsir göstərir. Məsələn: poliqlükkin qan təzyiqini artırmaqla yanaşı, həm də bədənintoksikasiyasını azaldır. Qan əvəzedicilər adətən venadaxilinə damcı ilə sərbəst şəkildə, çox vaxt isə qan və qanın komponentləri ilə birlikdə yeridilir.

Qanəvəzedicilər aşağıdakı tələblərə cavab verməlidirlər: 1)Fiziki-kimyəvi xassələrinə görə qanın plazmasına bənzəməlidirlər. 2)Orqanizmdən tamamilə xaric olmalı və ya orqanizmin fermentativ sistemi tərəfindən metabolizmə uğramalıdırlar. 3)Təkrar köçürüldükdə orqanizmdə sensibilizasiya yaratmamalıdırlar. 4)Üzv və toxumalara toksiki təsir göstərməməlidirlər. 5)Avtoklavda sterilizasiyaya davam gətirməli və uzun müddət ərzində özünün fiziki-kimyəvi və bioloji xassələrini saxlamalıdırlar.

Qanəvəzedicilər aşağıdakı qruplara bölünürlər:

I. Şok əleyhinə qan əvəzedicilər: poliqlukin, hemovinil, polivinil, jelatinol.

II. Dezintoksikasiya qan əvəzediciləri: hemodez, reopoliqlukin

III. Parenteral qidalanma qan əvəzediciləri: hidrolizin, aminopeptid, aminokrovin, alvezin, lipofundin qlukoza, sorbitol, mannit

IV. Su-duz və turşu-qələvi müvazinətini tənzimləyən duz məhlulları: natrium xloridin izotonik məhlulu, trisol, xlosol, laktosol, ase-sol, natrium hidrokarbonat məhlulu, trisamin məhlulu və s.

Duz məhlulları orqanizmin susuzlaşması, intoksikasiya, çoxlu qanitirmə zamanı istifadə olunur. Duz məhlullarının üstünlüyü hazırlanmasının tez olması, çatışmazlığı isə orqanizmdən tez xaric olmasıdır.

Yoxlama sualları:

1. İnfuziya nədir və neçə növü vardır?
2. Albuminin preparatları hansılardır və nə məqsədlə işlədilir?
3. Eritrosit kütləsi nədir və nüçə növü vardır?
4. Qanın komponentlərini hansı müddətdə işlətmək olar?
5. Qanəvəzedicilər növləri hansılardır?
6. Parenteral qidalanma preparatları hansılardır?
7. Qanəvəzedicilərin təsnifatı və təsir mexanizmi necədir?
8. Qanəvəzedicilər hansı tələblərə cavab verməlidirlər?
9. Duz məhlullarının digər qan əvəzedicilərdən üstünlüyü nədir?
10. Qanın hemostatik preparatları hansılardır?

Situasiya məsələləri:

I. Xəstəyə kəskin qanitirməyə görə poliqlukin məhlulunun köçürülməsi təyin olunmuşdur. Vena daxilinə şırnaqla poliqlukin 15 ml. köçürüldükdən sonra döş qəfəsində sıxılma hissi, təngnəfəslik, üzün hiperemiyası, daha sonra sianoz, taxikardiya və qan təzyiqinin düşməsi qeyd olunmuşdur. Ehtimal olunan diaqnoz nədir? Belə vəziyyətdə nə etməlisiniz?

II. Tibb bacısı xəstənin venasına damcı ilə poliqlukin köçürməyə başladı. Bu zaman xəstədə döş qəfəsinin sıxıldığını, təngnəfəslik, üzün qızarması, taxikardiya müşahidə olunmuşdur. Nə baş verib? Tibb bacısının səhvi nədir?

II BÖLMƏ. QEYRİ-OPERATİV CƏRRAHİ TEXNİKA

Qeyri-operativ cərrahi texnikaya desmurgiya, boşluqların drenajlanması, punksiyalar, süni qidalanma, parenteral qidalanma, mədənin zondlanması, mədənin yuyulması, imalələrin (təmizləyici, sifon, qidalandırıcı, dərman, hipertonik) aparılması, qazburaxan borunun qoyulması, sidik kisəsinin kateterizasiyası və sidik kisəsinin yuyulması aiddir.

MÖVZU 8. Desmurgiya haqqında təlim.Yumşaq və bərk sarğılar.

Tələbə bilməlidir:

- ✓ Sarğı materiallarını hazırlamağı;
- ✓ Hazır sarğı materiallarına tələbatı;
- ✓ Əsas müasir sarğı materiallarını;
- ✓ Yumşaq sarğuların qoyulmasını
- ✓ Sarğuların qoyulmasının məqsəd və vəzifələrini;
- ✓ Sarğuların qoyulması texnikasını;
- ✓ Gipsin keyfiyyətini yoxlamağı
- ✓ Gips sarğularının qoyulmasını;
- ✓ Sarğı otağı tibb bacısının işinin xüsusiyyətlərini.

Mühazirənin planı:

- Sarğuların növləri
- Yumşaq sarğuların növləri.
- Bərk sarğular, gips sarğularının növləri.
- Qeyri standart sarğı növləri
- Sarğı tibb bacısının vəzifələri

Desmurgiya (yunanca desmos – bağ, bağlamaq, ergon-iş, fəaliyyət deməkdir)–cərrahiyyənin bir bölməsi olub, tibbi sarğuların mahiyyəti, növləri, qoyulma qaydası, məqsədi, formaları, üsulları və sairədən bəhs edən elm sahəsidir.

Bədənin yaralanmış, zədələnmiş və ya iltihablaşmış nahiyəsinə müalicə məqsədi ilə (bəzən profilaktik məqsədlə sağlam nahiyəni də) qoyulmuş, xarici mühit amillərinin zərərli təsirlərindən qorumaq üçün istifadə olunan material – *sarğı materialı*, onun bədən səthinə xüsusi şəkildə təsbit edilməsi yaxud köhnə sarğının yenisi

ilə əvəz edilməsi prosesi (dəyişdirilməsi) isə - **sarıma** (və ya sarğı qoymaq) adlanır.

Cərrahlıq təcrübəsində sarğı materialı kimi pambıq, tənziq, viskoz, sintetik parçalar, iplik, lavsan və s. istifadə olunur. **Sarğı vasitələri** isə irinli yaraların və digər zədələnmiş dəri və toxumaların müalicə və profilaktikası üçün nəzərdə tutulmuş tibbi məmulatdır. Sarğı vasitələrinə salfetlər, tamponlar (tıxaclar), kürəciklər, turundalar (piltələr), tupferlər (zond-tamponlar) aiddir. Onlar yüksək hiqroskopiklik nümayiş etdirən və elastiklik qabiliyyətinə malik tənziq və pambıqdan hazırlanır. Ümumiyyətlə sarğılarda və əməliyyatlar zamanı istifadə olunan sarğı materialları və vasitələri aşağıdakı tələblərə cavab verməlidir:

- ✓ yüksək hiqroskopiklik nümayiş etdirdikləri kimi, eyni zamanda nəmi də yaxşı buxarlandırılmalı;
- ✓ yarada regenerativ prosesləri ləngitməməli;
- ✓ allergik reaksiya və orqanizmə digər zərərli təsir göstərməməli, toxumanı qıcıqlandırmamalı;
- ✓ kifayət qədər, yumşaq, möhkəm və elastik olmalı;
- ✓ sterilizasiya vaxtı, eləcə də dərman preparatları və yara ifrazatı ilə təmasda olduqda keyfiyyətini itirməməli və xassələrini dəyişməməlidirlər.

Sarğılar 2 hissədən ibarət olur:

1. Yara üzərinə qoyulmuş antiseptik quru və ya antiseptik məhlullar, məlhəmlər və s. ilə isladılmış sarğı vasitəsi hissəsi – xüsusi sarğı hissəsi.

2. Sarğı vasitəsini bədənin səthinə bərkidən fiksəedici hissə-köməkçi hissə.

Sarğılar sarğı materiallarından hazırlanır. İşlədilən materialın növündən asılı olaraq sarğılar yumşaq (plastr, kleol, ləçək və bint) və bərk (nişasta, gips) olmaqla 2 qrupa bölünür. Sarğılar xarakteri və təyinatına uyğun olaraq əsas aşağıdakı növləri vardır:

1. Müalicəvi sarğılar (sarğı materialının zədələnmiş nahiyəyə bərkidilməsi üçün)

2. Sıxıcı və ya təzyiqəedici sarğılar (müəyyən nahiyədə daimi təzyiq yaratmaq üçün)

3. Hemostatik-qandayandırıcı sarğılar (hemostatik tənzif, fibrin təbəqə, süngər, poroşok və s.)

4. Korreksiyaedic sarğılar (bədənin hər hansı bir hissəsinin mövqeyini, yanlış vəziyyəti düzləndirici sarğılar, məsələn, əyri-pəncəlikdə)

5. Hərəkətsizləşdirici (immobilizəedic) sarğılar;

6. Okklyuzion sarğılar – (atmosfer havası ilə boşluqların əlaqəsini kəsmək üçün kip, hermetikləşdirici, qapayıcı sarğılar);

7. Möhkəmləndirici sarğılar; a) yapışqanlı, b) plastırlı c) ləçəkli, d) sapandabənzər, e) t-şəkilli, g) bintli, h) borulu-torabənzər

8. Qoruyucu sarğılar; a) yapışqanlı, b) plastırlı, c) təbəqə əmələ gətirən. Qoruyucu sarğılar kiçik kəsilməmiş, deşilməmiş, qan axmayan yaraları, siyrintiləri kənardan düşən infeksiyadan, çirklənmə və mexaniki qıcıqlanmadan qoruyur.

9. Xüsusi sarğılar: a) standart (fərdi sarğı zərfi, steril salfetlər, steril pambıq-tənzif yastıqciqlar); b) qeyri-standart (sink-gelatinli sarğı, bandaj, leykoplastrlı)

10. Termoizoləedic sarğılar-pambıq örtüyü qalın olan quru tənzif-pambıq sarğısıdır. Donmalar zamanı ətrafı qızıdırmaq və bədənin zədələnmiş nahiyəsini soyuqdan qorumaq məqsədilə istifadə olunur (damarlar genişləndiyinə görə mikrosirkulyasiya yaxşılaşır).

Sarğı materialını bədən səthinə bərkitmək üçün kleol, kolloid və leykoplastrdan istifadə olunur. Leykoplastr həmçinin yara ağzını bir-birinə yaxınlaşdırmaq, açıq pnevmotoraksda okklyuzion sarğı yaratmaq və qabırğa sınıqlarında fiksəedic sarğı qoymaq məqsədilə istifadə edilir. Zədələnmiş nahiyədən efir məhlulu vasitəsilə açılır.

Yumşaq sarğıların növləri

Sarğı materialının fiksasiya üsulundan asılı olaraq yumşaq sarğılar aşağıdakı qruplara bölünür.

1. Yapışqanlı sarğılar (kolloid, kleol, plastr, “cəzb” lenti, mikro-rop, blenderm və s.).

2. Elastik (rezinləşdirilmiş, rezinləşdirilməmiş) sarğılar.

3. Torabənzər- boruşəkilli bintlər (retelast, liqnin və s.).

4.Ləçək sarğıları.

5.Bint sarğıları (tənzif bint, kətan, bez, bambaz, flanel elastik bintlər).

Yapışqanlı sarğılar yaraya mikrobların düşməsinin qarşısının alınması, yaraların xarici mühitin təsirindən qorunması məqsədilə əsasən kiçik zədələnmələrdə və lokalizasiyasından asılı olaraq əməliyyat yaralarında tətbiq edilir. Əgər həmin nahiyə tüklüdürsə onda qabaqcadan tüklər təmizlənilir. Aşağıdakı növləri vardır:

Leykoplastrlı sarğılar. Leykoplastrlar adətən sarğı vasitəsinə bədən səthinə fiksasiya etmək üçün istifadə olunur. Bir neçə leykoplastr zolağının ortası yara üzərinə qoyulmuş sarğı vasitəsinin üstündən keçməklə ucları sağlam və çılpaq dəriyə yapışdırılır. Leykoplastrın kənarı dərinə ən azı 1,5-2 sm. tutmalıdır. Dərinin həddən artıq tutulması isə estetik cəhətcə yaxşı görünmür. Bu zaman çalışmaq lazımdır ki, sarğı vasitəsinin bucaqları leykoplastrla tutulsun və ortası yaraya sıxılsın. Əks təqdirdə sarğı vasitəsinin ucları kənar əşyalara ilişərək aralana bilər. Leykoplastr sarğısının çatışmazlığı dəriyə yapışan hissədə maserasiya törətmək və islandıqda fiksasiyanın etibarsız olmasıdır.

Kleol sarğıları. Kleol şam ağacının qətranının spirt və ya efirdə 1:1-ə nisbətində həll olunmuş məhluludur. Yara sarğı materialı ilə örtüldükdən sonra sarğının ətrafındakı tüksüz dəriyə kleolda isladılmış kürəciklə (və ya pambıqlı çubuqla) kleol sürtülür və bir qədər quruması gözlənilir. Dəri üzərində kleolun vəziyyəti 1-2 dəqiqədən sonra yoxlanılır. Kleol sürtülmüş dəriyə barmaqla toxunduqda barmaqda nazik kleol sapları görünür. Salfet iki tərəfdən tarım dartılmış vəziyyətdə möhkəmcə kleol sürtülmüş və azca qurumuş dəri səthinə sıxılaraq, bir neçə dəqiqə bu vəziyyətdə saxlanılır. Açılmış salfet sarğı vasitəsinin üzərinə elə qoyulur ki, ondan 2-3 sm. kənara çıxsın. Salfetin yapışmayan, artıq hissələri qayçı ilə kəsilib götürülür. Çatışmazlığı yapışmanın kifayət qədər möhkəm olmaması və dərinin qurumuş kleolla çirklənməsidir. Kleol dəridə qıcıqlanma yaratmır, dərinə dartmır və möhkəm yapışdırmanı təmin edir. Kleolun bədənə tükli hissəsinə, çox ifrazatlı və ya qanayan yaralara qoyulması məsləhət deyil.

Kolloid sarğıları əvvəlkindən fərqli olaraq tənzip dəriyə kleolla deyil, kolloidlə (nitrosellülozun spirt və efirdə məhlulu) yapışdırılır. Kolloidi şpatellə sürtmək məsləhətdir. Bu sarğıları 7-8 gün ərzində yaxşı saxlayır. Çatışmazlığı elastikliyinə aşağı olması və dərinə qıcıqlandırmasıdır.

Elastik (rezinləşdirilmiş, resinləşdirilməmiş) sarğıların ən geniş yayılmış növü fərqi sarğı zərfidir. Əsasən dəlib keçən yaralar, yanıqlar və donmalar zamanı istifadə olunur. Yara ətrafındakı dəri antiseptik məhlullarla silindikdən sonra fərqi sarğı zərfinin resinləşdirilmiş örtüyü cırılır. Müvafiq kəsik (şırım) üzrə xarici resinvari qat cırılıb qoparılır. Sarğı vasitəsi perqament kağız üzülklə birlikdə çıxarılır. Bükülmüş kağız üzülük açılır. Sağ əllə bint yumağı və hərəkət edən yastıq tutulur, sol əllə isə rəngli saplarla nişanlanmış və bint ucuna tikilmiş hərəkətsiz yastıq tutulur və əllər cəld yanlara açılır. Heç yerə toxundurmadan yastıqların rəngli sap tikilməyən səthi yara üzərinə üst-üstə qoyulur. Dəlib keçən yaralarda hərəkətli yastıq birincidən o qədər aralanır ki, dəlib keçmiş ikinci yaranı örtə bilsin. Bu zaman bir yastığın steril tərəfi giriş dəliyinin üzərinə, digəri isə bint boyu hərəkət etdirilərək çıxış dəliyinin üzərinə qoyulur. (digər yaralarda hər iki yastıq bir-birinin üzərinə qoyulur). Bundan sonra yastıqlar bintlə bədənə sarınır və sonda bint sancaq və ya qaytan vasitəsi ilə təsbit edilir.

Elastik torabənzər – boruşəkilli bint sarğısı (retelast) sarğı vasitəsini bədənin hər hansı bir hissəsinin yara səthinə fiksasiya etmək üçün nəzərdə tutulmuşdur. Bu sarğılar qoyulduğu yerin formasını almaqla bədənin bütün nahiyələrini kəp örtə bilər, böyük elastikliyə malikdir, üstündən kəsildikdə açılırlar. Oynaqlarda hərəkətli məhdudlaşdırmır və yarada havalandırma şəraitini təmin edirlər. Elastik torabənzər boruşəkilli bint 5-20 metr uzunluğunda, bağlamalarda buraxılır. Bədənin qoyulacaq nahiyəsindən asılı olaraq 7 ölçüdə olur.

№1 – yaşlıların barmaqlarına, uşaqların əl və ayağına;

№2 – əl, said, ayaq, dirsək, bilək, topuq nahiyəsinə;

№3 - №4 – said-bazu, dirsək-diz, bud və baş nahiyəsinə;

№5 - №6 – yaşlıların baş və budu, uşaqların, döş, çanaq, aralıq və qarın nahiyəsinə;

№7 – yaşlıların döş, qarın, çanaq və aralıq nahiyəsinə;

Retelastın tətbiqi zamanı sarğı vasitələrinə kifayət qədər qənaət edilir. Eyni zamanda sarğının qoyulmasını sadələşdirir və müddətini azaldır.

Ləçək sarğıları. Sarğının bu növü ləçək və ya düzbucaqlı üçbucaq şəkilli parçanın köməyi ilə qoyulur. Tətbiqinin sadəliyinə görə adətən onları ilk yardım göstərmək və yuxarı ətraflara rahatlıq vermək məqsədi ilə 135x100x100 sm. ölçüdə sənayedə istehsal olunmuş standart ləçəklərdən istifadə edilir. Bundan başqa hər hansı bir sarğı materialından (tənzif, bez) üçbucaq formalı 100-130 sm. uzunluğunda parçadan da istifadə edilə bilər. Parçanın uzun tərəfi ləçəyin əsası, onunla üzbəüz tərəfi ləçəyin zirvəsi adlanır. Praktik olaraq bədənin bütün nahiyələrinə qoymaq olar. Ləçək sarğıları ən çox körpücüyün və ya yuxarı ətrafın zədələnmələrində yuxarı ətraflarda sakitlik yaratmaq üçün yaralar və yanıqlar zamanı sarğı vasitələrini fiksasiya etmək məqsədilə istifadə edilir. Bundan başqa ləçək sarğılardan başın, çiyinin, süd vəzilərinin, bud-çanaq oynaqının, aralığın, ayağın sarınmasında da istifadə edilir. Qolu asmaqdan ötrü, ləçəyin ortası qolun altına qoyulur, zirvəsi isə dirsəyə doğru yönləndirilir. Dirsək düz bucaq şəkilində bükülür və ləçəyin ucları boyun arxasında bağlanır. Ləçəyin zirvəsi dirsəyin altından önə doğru bükülərək, düzəldilir və sarğının ön tərəfində sancaqla təsbit edilir.

Bint sarğıları. Bu sarğılar bintin bir hissəsi, bütöv bir bint və ya bir neçə bint rulonundan istifadə etməklə qoyulur. Barmaqları sarımaq üçün dar bintlər (4-6 sm.) baş, əl, bazu, baldırı sarımaq üçün orta ölçülü bintlər (10-12 sm.) və döş qəfəsi, budu, süd vəzilərini bağlamaq üçün geniş bintlər (14-18 sm.) istifadə edilir. Bintlər fabrikdə istehsal olunur və ya yerində tənzifdən hazırlana bilər. Bintin yuvarlan hissəsi baş, sonu isə quyruq hissəsi adlanır.

Bint sarğılarının növləri

Bint sarğılarının aşağıdakı əsas növləri fərqləndirilir (şəkil 13):

- ✓ Dairəvi (sirkulyar)
- ✓ Sürünən (ilanabənzər)

- ✓ Spiralvari (qalxan və enən)
- ✓ Xaçabənzər (səkkizvari)
- ✓ Sümbülvari
- ✓ Tısağayabənzər (uzaqlaşan, yaxınlaşan)
- ✓ Qayıdan

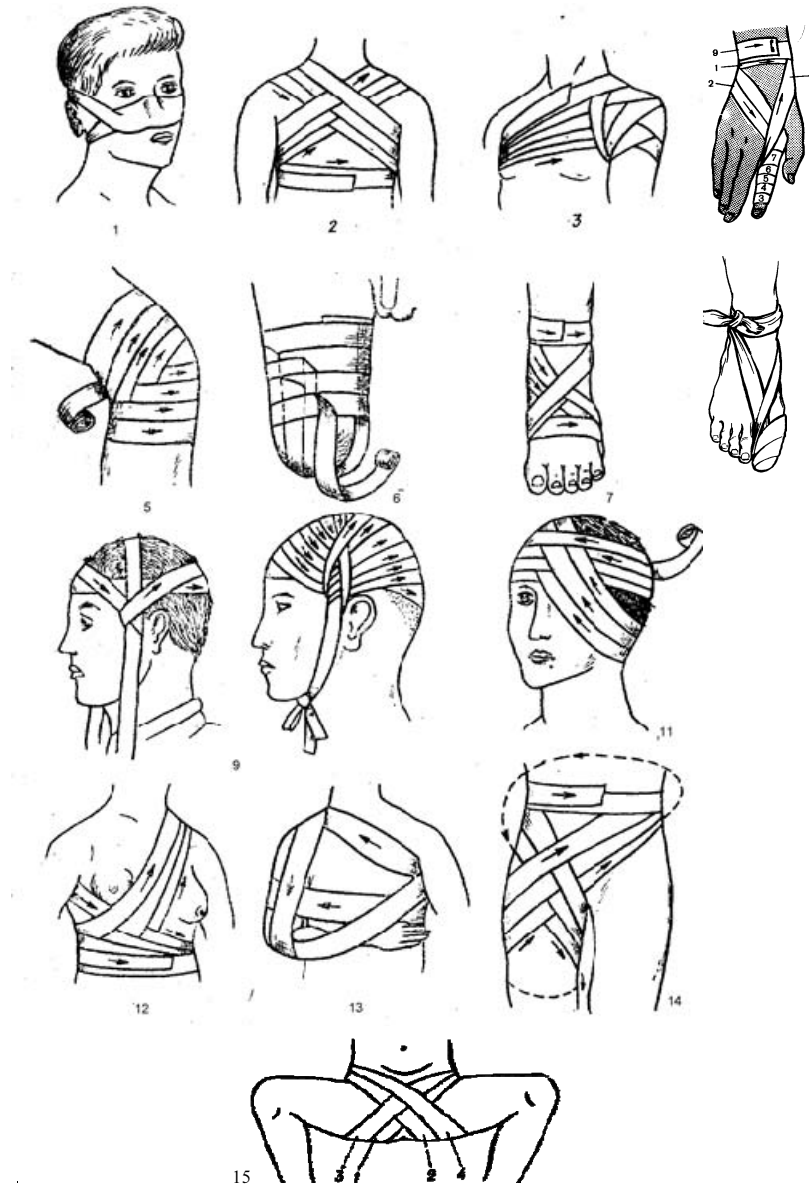
Buna baxmayaraq çox hallarda bir bint sarğısı özündə bir neçə sarğı növünü birləşdirir.

Dairəvi sarğılar. Ən sadə sarğı növü olub, bir-birinin üzərinə qoyulmuş bir neçə dolaqdan ibarət olur. Adətən bədənin silindrik səthlərini təsbit etmək üçün istifadə olunur. Adından görüldüyü kimi, bintin halqaları çevrə (dairə) şəklində nahiyənin ətrafına dolanır, sonrakı dolaq əvvəlkinin üzərinə düşərək onu tamamilə örtür. Bintin ucu sarınacaq nahiyəyə qoyularaq sol əllə tutulur, sağ əllə dairəvi olaraq əvvəlki hissənin üzərinə hərlədilir.

Spiralvari sarğılar. Bədənin konusvarı (said, baldır, barmaq, döş qəfəsi) nahiyələrinə qoyulmaq üçün istifadə olunur. Sarğı 2-3 dəfə dairəvi, sonra isə çəp istiqamətdə spiral şəklində aparılır və əvvəlki dövrənin $\frac{2}{3}$ hissəsi örtülür. Sarğı sürüşməsin deyə, sol əlin baş barmağı ilə sarğı tutulur və bint açılaraq orada elə bükülür ki, onun üst kənarı alt kənarına çevrilsin. Sonra yenidən spiral sarğı davam etdirilir. Bu cür büküşlər lazım gəlsə bir neçə dolaqdan sonra təkrar edilir. Bintin halqası aşağıdan yuxarı qalxdıqda qalxan, yuxarıdan aşağı düşdükdə isə enən spiral sarğı adlanır.

Xaçabənzər (səkkizvari) sarğılar. Ənsə, boyun nahiyəsinə, əlin, mil-bilək oynağının, dizaltı çuxurun, aşıq-daban oynağının, süd vəzilərinin sarınmasında əlverişlidir. Bu zaman bint dairəvi dolaqlarla başlayır, sonra isə kəşişən dolaqlarla çarpazlanaraq tamamlanır və səkkiz rəqəmi şəklini alır.

Sürünən sarğılar. Sarğı vasitələrini az bintlə geniş səthlərdə saxlamaq üçün istifadə olunur. Halqalar ətrafa ilan kimi “qıvrılaraq” dolanır. Ətrafı bintlə, dairəvi sarğı qoyulmaqla sarımağa başlayır, sonra bintin dövrəsi proksimal istiqamətdə aparılır və hər dolaq arasında bintin eni qədər məsafə qoyulmaqla sarğı başa çatdırılır.



Şəkil 13. Müxtəlif nahiyələrə qoyulmuş bint sarğılarının növləri: 1-sapandabənzər, 2-xaçabənzər, 3-sümbülvari, 4- əlin barmağına, 5-tıspağayabənzər, 6-qayıdan, 7-səkkizvari, 8-ayağın baş barmağına, 9- baş sarğısı, 10-göz sarğısı, 11-aralığa, 12-süd vəzisinə sarğı, 13-Dezo sarğısı, 14- bir qasıq nahiyəsinə sarğı, 15- hər iki qasıq nahiyəsinə sarğı.

Sümbülvari sarğular. Çiyin nahiyəsinə, əlin baş barmağına, bud-çanaq oynağına və ayağa qoyulur. Səkkizvari sarğının bir variantı olub qoyulması zamanı çarpazlar bir nöqtədə deyil, bir xətt üzrə yerləşərək, hər dolaq əvvəlki dolağın 1/2, 1/3-nə qədər yerini dəyişdirir və dolaqların kəsişdiyi yer sünbülü xatırladır.

Tısbağayabənzər sarğular (uzaqlaşan və yaxınlaşan). Bükülmüş dirsək, diz və aşıq-daban oynaqlarına qoyulur. Tısbağa çanağını xatırladır, uzaqlaşan və yaxınlaşan olur, möhkəm təsbit edir, hərəkətə mane olmur.

Qayıdan sarğular. Dairəvi səthlərə (başın təpə nahiyəsi, barmaqların uc hissəsi) və güdülə qoyulur. Sarğı qoyularkən əvvəlcə bintin dairəvi dolağı aparılır, sonra sol əlin baş barmağı binti saxlayıb düz bucaq altında, qatlamaqla sarınan nahiyənin ön və arxa səthinə qayıdır. Qatlanmış yerlər yenidən həmin dairəvi dolaqlar ilə bərkidilir. Beləliklə dairəvi dolaqlar, qayıdan dolaqlarla növbələşdirilir.

Bint sarğularının qoyulma texnikası

Sarğını düzgün qoymaq üçün sarğı qoyulacaq nahiyənin anatmik-fizioloji xüsusiyyətlərini, ətrafın fizioloji vəziyyətini bilmək lazımdır. Hər hansı bir sarğı qoyularkən bintlənən nahiyənin forması nəzərə alınmalıdır. Silindrik və konusvari nahiyələr daha çox miqdarda bint dolağı tələb edə bilər. Hər bir tibb bacısı, sarımamı istənilən şəraitdə (sarğı otağında, palatada, evdə, hadisə yerində və s.) ustalıqla yerinə yetirməyi bacarmalıdır. Sarıma müəyyən sxem üzrə icra edilir:

1. Əvvəlcə sarğıya göstəriş müəyyənləşdirilir, xəstəyə münasib, rahat vəziyyət verilir və sarıma üçün əlverişli şərait yaradılır. Bu zaman elə etmək lazımdır ki, xəstənin bədəninin sarğı qoyulacaq hissəsi hərəkətsiz olsun.

2. Ətraflara sarğı qoyularkən onlara orta fizioloji vəziyyət verilməlidir. Belə ki, dirsək düz bucaq altında bükülməli, çiyin nahiyəsi qoltuqaltı çuxura yastıq qoyulmaqla uyğun ətraf gövdədən azacıq aralanmalı, bud-çanaq oynağı və diz oynağı bintlənərkən onlar

160⁰, ayaq isə 90⁰ bucaq altında bükülməli, əl barmaqları yüngülcə qatlanmalıdır.

3. Sarğı qoyularkən tibb bacısı xəstə ilə üzbəüz dayanmalıdır ki, sarğının ağrı verib vermədiyini bilmək üçün onun sifətinin ifadəsini görə bilsin (xəstənin mimikasını müşahidə etmək mümkün olsun). Sarınan nahiyə sarğı qoyacaq şəxsin döş qəfəsi bərabərində olmalıdır.

4. Sarıma adətən bir istiqamətdə, periferiyadan mərkəzə, sağlam hissədən yaraya, soldan sarğı edənə münasibətdə sağa, aşağıdan yuxarıya doğru aparılmalıdır. Bu zaman sağ əllə bintin açılmamış hissəsi, sol əllə isə ucu tutularaq bintləmə icra edilir. Sarğı təsbit olunan dairəvi dolaqla başlamalı və eyni qayda ilə də qurtarmalıdır. Sarıyan solaxay olduqda, yaxud sağdan sola apardığı hallarda (məsələn, sağ gözə sarğı, sağ qola Dezo sarğısı və s.) bint əksinə tutulur.

5. Sarıma bərabər şəkildə və hər dolaq əvvəlki dolağın yarısını və ya 2/3 hissəsini örtmək şərti ilə büküşlər və qırışlar olmadan aparılır (sürünən sarğı istisnadır). Bintləmə hər iki əllə aparılmalıdır. Əgər bint sərf edilərsə yeni bint onun üzərinə dairəvi gedişlə bərkidilir və sonra sarıma davam etdirilir. Bintləmənin sonunda sarğı sürüşməsin deyə konus şəkilli nahiyələr (bud, baldır, bazu) bint hər 1-2 dövrdən sonra burularaq bağlanmalıdır. Sarğı qoyularkən bintin dolaqları sarğıdan ayrılmalı, qatlanmamalı, sıxılmamalı, göstəriş olmadan burulmamalıdır. Damar və sinir kötöklərinin, dərinin sıxılıb əzilməməsi üçün oynaq çuxurlarına və sümük çıxıntısı olan dəri səthlərinə nazik pambıq layı qoyulur. Sarğının sıxmadığını və bədənin xəstə nahiyəsini kifayət qədər yaxşı örtüyünü aydınlaşdırmaq lazımdır.

6. Sarımanın sonunda bintin ucu müxtəlif üsullarla, adətən sancaq, leykoplaster, tikiş və ya düyün vasitəsilə təsbit edilir. Bintin ucu, 5-7 sm. uzaqda iki “quyruğa” cırılıb və ya kəsilib, sarınmış ətrafa dolayaraq yaranın qarşı tərəfində düyünlənir (düyün yarıdan aşağı və ya yuxarı qoyulmalı, bədənin dayaq səthlərinə düşməməlidir). Bintin ucu sağlam tərəfdə elə bərkidilir ki, bağlanan düyün xəstəni narahat etməsin. Sarğı açan zaman binti ya kəsir, ya da əksinə istiqamətdə açırlar. Sarğı zədələnən nahiyənin əks tərəfində

kəsilir. Açılmış bint yaraya yaxın bir məsafədə bir əldən digərinə sürüşdürülərək yığılır.

7. Sarğı qoymaq üçün anatomik nahiyələrdən asılı olaraq müxtəlif ölçülü bintlərdən istifadə olunur. Gövdə üçün eni 14-18 sm., baş üçün 10-12 sm, əl və barmaqlar üçün 4-6 sm.

8. Bint vasitəsilə düzgün qoyulmuş sarğı aşağıdakı tələblərə cavab verməlidir:

- a) bədənin zədələnmiş, xəstə nahiyəsini tam örtməlidir;
- b) limfa və qan dövranını pozmamalıdır;
- c) xəstəni narahat etməməli, vəziyyətini pisləşdirməməli, hərəkətinə mane olmamalı və onu məcburi vəziyyətdə saxlamamalıdır;
- d) görünüşü səliqəli olmalı, xəstəni eybəcər hala salmamalıdır (sarğı gözəl, yığcam və estetik olmalıdır);
- e) bədəndə möhkəm tutmalıdır;
- f) yüngül və rahat olmalı, ağrı verməməlidir.

Sarğıdan sonra ağrının olması, ödem yaranması hansısa səhvin göstəricisidir. Düzgün qoyulmamış sarğı açılıraq təzədən bağlanmalıdır.

Sarıma prosesində rast gəlinən səhvlər

Sarıma prosesinin bütün mərhələlərində müxtəlif səhvlər buraxıla bilər. Həmin səhvlərin təkrarlanmaması üçün tibb bacısı onlar haqqında məlumatlı olmalıdır. Bu səhvlər aşağıdakı şəkildə qruplaşdırılır:

1. Sarğı qoyulmasına göstəriş və əks göstərişlərin düzgün müəyyənləşdirilməməsi. Belə ki, sarğıya ehtiyac olmadığı halda kobud sarğının qoyulması və ya əksinə sarınmalı yara üzərinin açıq saxlanması.

2. Sarğı materialının səhv seçilməsi (məsələn, çox tərləyən nahiyələrə leykoplaster və ya kleol sarğısının işlədilməsi və ya enli bint lazım olan nahiyənin ensiz bintlə sarınması).

3. Sarğının qoyulma qaydalarının pozulması (məsələn, ətrafa orta fizioloji vəziyyətin verilməməsi, dolaqların nizamsız aparılması, bintin ucunun düzgün təsbit olunmaması və s.)

4. Sarğı növünün düzgün seçilməməsi (məsələn, konusvari nahiyələrə spiral sarğı əvəzinə dairəvi sarğı qoyulması)

Sarimadan sonrakı gözlənilən ağırlaşmalar

Sarıma prosesi başa çatdıqdan sonra xəstədə bir sıra ağırlaşmalar ola bilər. Bunlara aiddir:

1. İkincili infeksiya. Bu ağırlaşma sarıma zamanı aseptikanın gözlənilməməsi, yaranın tam və etibarlı örtülməməsi, sarğının sürüşüb yerini dəyişməsi nəticəsində yaranır.

2. Venoz durğunluq, ödem, ikincili qanaxma. Bunların əmələ gəlməsinə səbəb proksimal dolaqların bərk sıxılmasıdır.

3. Arterial işemiya, güclü ağrılar, distal hissələrin nekrozu. Magistral damarlar nahiyəsi sarınarkən oraya pambıq qoyulmaması, həmin nahiyənin sıxılması, oynaqların normadan artıq bükülü vəziyyətdə bağlanması, sonradan yaranan ödem nəticəsində bint dolaqlarının toxumaları sıxması, ödem ehtimalı olan xəstələrin nəzarətsiz saxlanması nəticəsində əmələ gəlir.

4. İflic və parez-sinir köklərinin uzun müddət sıxılması nəticəsində əmələ gəlir.

5. Toxumaların hissəvi nekrozu bəzi bint dolaqlarının yumşaq toxumaları sıxması zamanı baş verir.

6. Hissiyatın itməsi, avazıma, göyərmə, arıqlama, funksiya zəifliyi kimi sinir-damar distrofiyası əlamətləri mexaniki sıxılma nəticəsində qan dövranının və innervasiyanın pozulması nəticəsində baş verir. Bilək və əldə orta sinirin eyni adlı kanalda sıxılması nəticəsində yaranan *tunel sindromuna və Zudek atrofiyasına* tez-tez rast gəlinir.

7. Barmaqların kontrakturası vətər və əzələlərin sıxılaraq əzilməsi zamanı yaranan çapıqlaşma nəticəsində əmələ gəlir. Buna əzələ sıxılması fonunda meydana gələn əl və barmaqların bükücü əzələlərinin işemik Folkman kontrakturasını misal göstərmək olar.

8. Tromboemboliya venaların varikoz genişlənməsi və tromboflebit zamanı sarğı ətrafı sıxdıqda yaranır.

9. Tənəffüs çatmamazlığı, ağ ciyər ödemi, asfiksiya döş qəfəsinin zədələnmələri zamanı sarğı möhkəm sıxdıqda inkişaf edir.

10. *Yapışqanlı sarğı materiallarına qarşı reaksiyalar*-səpgilər, suluqlar, səthi yanıq, dərinin nekrozu, allergik dermatit və ümumi allergik reaksiyalar şəklində özünü göstərir. Sarğı ilə xəstənin problemləri.

Bərk sarğılar

Bərk sarğılara gips sarğıları aiddir. Bu sarğılar travmatologiya və ortopediyada sınıqların və sümüklərin bir sıra xəstəliklərinin müalicəsində istifadə olunur. Gips 140⁰ C-də közərdilmiş kalsium-sulfatdır. Ağ paroşok şəklində olub, su ilə qarışdıqda həlməşik kütlə şəklini alır və qaldıqda bir neçə dəqiqədən sonra bərkiyir. Gips bintləri sənaye şəklində istehsal edilir. Amma onları gips tozu və bintdən istifadə edərək hazırlamaq da olur. Gipsin yüksək plastik xassəsinin sayəsində fiksəedici sarğıları bədənin bütün hissələrinə qoymaq mümkündür. Orta tibb işçisi gips sarğılarının hazırlanma və qoyulma texnikasını dərindən öyrənməlidir.

Gips sarğıları bədənin çılpaq nahiyəsinə və ya altına astar (pambıq, tənzip və s.) qoyulmaqla tətbiq edilir. Sınıqların müalicəsində gips sarğıları astarsız qoyulur.

Gipsin keyfiyyətinin yoxlanılması üsulları

Gips tozu quru, yaxşı ələnmiş, yumşaq konsistensiyalı olmalı, qızdırıldıqda su buxarı xaric olmamalıdır (qızdırılmış gipsin üzərini örtən şüşə tərlənməməlidir). Gips ağzı bağlı qutu və yeşiklərdə, quru yerdə, gips otağının yaxınlığında olan otaqların birində saxlanılmalıdır. Gips sarğıları hazırlanmazdan əvvəl gipsin keyfiyyətini yoxlamaq lazımdır. Bunun üçün bir neçə sınaqdan istifadə edilir:

I sınaq. Gips tozu ovuca götürülərək sıxılır. Əgər gips qurudursa onun çox hissəsi barmaqların arasından səpələnir, əgər nəmdirsə yumaq (lomba) əmələ gətirir;

II sınaq. 1 hissə su ilə 2 hissə gips tozu götürülərək böyrəkvari ləyəndə qarışdırılır və müşahidə edilir. Əgər gips keyfiyyətlidirsə o, 6-7 dəqiqə ərzində qurumalı, alınan kütləyə barmaqla təzyiq etdikdə ovulmamalıdır;

III sınaq. Gipslə su qarışdırıldıqda lax yumurta iyi verməməlidir;
IV sınaq. Gipsi su ilə (25⁰C) 1:1 nisbətində qarışdırıb alınan sıyıqdan kürəcik hazırlanır. Gips keyfiyyətli olduqda kürəcik 5-8 dəqiqəyə qurumalı, kürəciyi 1 metr hündürlükdən döşəməyə buraxdıqda metal səsi verərək dağılmamalıdır;

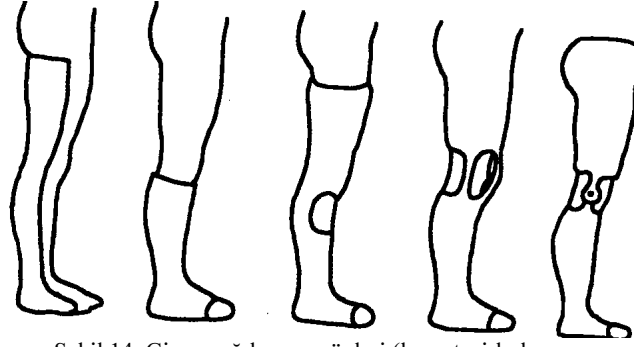
Sınıqlar zamanı sümüklərin tərپənməzliyini təmin etmək məqsədilə gips qoyulacaq nahiyənin lokalizasiyasından və xəstənin ümumi vəziyyətindən asılı olaraq gips sarğısının qurumasını bəzən sürətləndirmək, bəzən də ləngitmək lazım olur. Bunun üçün aşağıdakı vasitələrdən istifadə edilir.

Gipsin qurumasını sürətləndirən vasitələrə, suyun miqdarının az götürülməsi, daha isti sudan istifadə edilməsi, 4%-dən çox olmaq şərti ilə xörək duzu, əhəng suyu və s. aiddir. Gipsin qurumasını ləngidən vasitələrə isə suyun miqdarının çox götürülməsi, daha soyuq sudan istifadə edilməsi, dülgər yapışqanı, soda, nişasta, süd, yumurta ağ, pivə və s.dən istifadə edilməsi aiddir.

Gips sarğılarının növləri.

Gips sarğılarının aşağıdakı növləri vardır:

- 1) Sirkulyar sarğılar -ətrafin bütün xarici səthinə bintləmə yolu ilə qoyulur.
- 2) Longet sarğılar- ətrafin yalnız 2\3 hissəsi örtülür
- 3) Pəncərəli sarğılar– yaraya sarğı qoymaq üçün gips sarğısında pəncərə açılır;
- 4) Körpüyəbənzər sarğılar -oynağı açılmış vəziyyətdə saxlamaq üçün oynaq nahiyəsinə qoyulmuş metal zolaq gipslədir;
- 5) Longet-sirkulyar sarğılar dairəvi sarğılar longet gips binti ilə fiksə olunur;
- 6) Torako-braxial sarğılar bazu və bazu oynağı zədələnmələrində qoyulur;
- 7) Koksit sarğıları bud, bud-çanaq oynağı zədələnmələrində istifadə edilir;
- 8) Korset sarğıları onurğa sütünü zədələnmələrində tətbiq edilir;
- 9) Gips yataqları- onurqanın vərəmində və deformatsiyası zamanı tətbiq edilir.



Şəkil 14. Gips sarğılarının növləri (longet, sirkulyar, pəncərəli, körpüyəbənzər, şarnirli)

Gips sarğılarının qoyulması qaydaları

Gips sarğısı qoyulmazdan əvvəl əzələ gərginliyini götürmək və bintləmə zamanı narahatlıq olmasın deyə xəstə əlverişli vəziyyətdə otuzdurulur və ya uzadılır. Bədənin fiksə olunacaq nahiyəsi və ya zədələnmiş ətraf xüsusi dayaq üzərinə qoyularaq ona elə bir vəziyyət verilir ki, sarğı qoyulduqdan sonra da ətraf həmin vəziyyətdə qalsın. Bu zaman bütün sümük çıxıntıları yataq yaralarının profilaktikasından ötrü pambıq-tənzif yastığı ilə örtülməlidir. Bundan sonra gips sarğısı dartılmadan spiralvari aparılmaqla, bintin dartılmış başını bintlənən səthdən götürmədən hamarlanır. Bədənin konturlarının modelini almaq üçün hər qat, ovuc vasitəsi ilə hamarlaşdırılır. Bu üsul gipsi bütöv monolit halına salır. Sınımış nahiyələrdə gips sarğısı əlavə gips dolaqları ilə möhkəmləndirilir. Dolaqların sayı 6-12 qat bintdən ibarət ola bilər. Yadda saxlamaq lazımdır ki, gips qoyularkən ətrafin vəziyyətini dəyişmək olmaz. Bu sarğıda damarı sıxa bilən büküşlərin əmələ gəlməsinə gətirib çıxarır ki, nəticədə yataq yaraları inkişaf edir. Sarıma zamanı ətraf barmaqlarla deyil, bütöv ovucla tutulmalıdır ki, sarğıya təzyiq nəticəsində basılma olmasın. Sarıma zamanı ağrı hissini bilmək üçün xəstənin üzünün ifadəsini müşahidə etmək lazımdır. Yuxarı və aşağı ətrafin barmaqlarının görünüşü ilə qan dövranını izləmək üçün onları həmişə açıq saxlamaq lazımdır. Əgər ətrafin barmaqları göyərərsə və ya ödemləşərsə, toxunduqda soyuqluq hiss olunarsa, deməli hardasa sıxılma nəticəsində venoz durğunluq əmələ gəlmişdir. Bu zaman

sarğı ya kəsilərək boşaldılır ya da yenisi ilə əvəz edilir. Əgər xəstə ağrıdan şikayət edirsə, barmaqlar soyuq və rəngi ağarmışsa deməli arteriya sıxılmışdır. Bu zaman sarğıni dərhal uzununa kəsərək, kənarlarından aralıyıb boşaltmaq, yeni sarğı qoyulanadək müvəqqəti yumşaq bintlə bərkitmək lazımdır. Sarğının ucları kəsilərək xaricə qatlanır, əmələ gələn yastıq gips sıyığı ilə hamarlanır. Üzəri bir qat tənziplə örtüldükdən sonra yenidən gips sıyığı ilə sürtülərək hamarlanır. Sarğının üzərində gips sarğısının qoyulma tarixi yazılır. Sarğı tam qurumamış üzərini mələfə ilə örtmək olmaz. Gips sarğısı adətən 3 gün (72 saat) ərzində tam quruyur. Xəstəyə sarğısını deformatsiyaya uğratmadan, islanmadan qorumaq yolları öyrədilir.

Çox vaxt gips sarğısı düzgün qoyulmadıqda da ağırlaşmalar inkişaf edir və bunun nəticəsində qan damarları, sinirlər sıxılır və yataq yaraları əmələ gəlir. Qan dövranı pozulduqda barmaqlar göyümtül rəngdə, soyuq və hərəkətsiz olur. Bu zaman gips sarğısı dərhal kəsilir və ətrafa qaldırılmış vəziyyət verilir. Barmaqların rəngi normal, lakin onların hərəkəti aktivliyinin itməsi sinir kökünün sıxılmasını göstərir. Sarğı qoyulan nahiyədə ağrı, barmaqlarda ödem, rənginin ağarması və göyərməsi olduqda dərhal həkimə müraciət olunması tövsiyyə edilir. Belə vəziyyətdə təcili olaraq sarğıni kəsmək və sıxılmanı aradan qaldırmaq lazımdır.

Gips sarğısının açılması

Müalicə və immobilizasiyanın vaxtı başa çatdıqdan sonra gips sarğısı açılmalıdır. Bunun üçün bir sıra cərrahi alətlər lazım gəlir. Bunlara Ştill qayçısını, Volf maşasını, Knorr genişləndiricisini, Kuper qayçısını, gips bıçağını, gips mişarını misal göstərmək olar.

Gipsi açmaq üçün gips sarğısında olan ətraf xüsusi altlığa uzadılır, gips qayçısı və mişarın köməyi ilə açılmağa başlanır. Ştill qayçısının istifadəsi zamanı:

- ✓ qayçının kəsən hissəsi gipslə, onun altına salınmış şpatelin arasına keçirilir;
- ✓ bir əllə qayçının yuxarı dəstəyi qaldırılır və ona bitişik kəsər hissə endirilir;
- ✓ kəsər hissə aşağı dəstəyin köməyi ilə qabağa itələnilir;

✓ hər iki dəstəyi yaxınlaşdırmaqla sarğının kəsilməsi icra edilir. Sarğı uzununa kəsildikdən sonra kənarlar maksimum bir-birindən dartılaraq aralanır və sarğı ehtiyatla çıxarılır. Gips sarğısını kəsən zaman ətrafın zədələnməməsi üçün ehtiyatlı olmaq lazımdır.

Qeyri-standart sarğı növləri

Bunlara aiddir:

1) Mastafarov sarğıları – steril material yara səthinə bint do-laqları ilə deyil, tənzif parçası ilə təsbit edilir. Belə sarğılar iqtisadi cəhətdən sərfəlidir, rahatdır, bədənin zədələnmiş nahiyəsinin hərəkətlərini daha az məhdudlaşdırır və sarğı materialı bədənə möhkəm fiksə olunur.

2) Sağrı nahiyəsinə qoyulan sarğılar.

3) Bandaj – döş qəfəsi və qarın nahiyəsində vahid təzyiq yaradır.

4) Sink-jelatin sarğısı –həftədə 1 dəfə dəyişilən trofik yaralar zamanı tətbiq edilir.

5) Suspenzoriy – xayalıq üçün dəstəkləyici torba (kisə). Xayaların zədələnməsində və onlarda aparılan əməliyyatlardan sonra tətbiq olunur.

6) Rezin hermetik sarğı (okklyuzion) döş qəfəsinə nüfuz edən yaralanmalarda ilk yardım məqsədi ilə istifadə olunur. Eyni məqsədlə leykoplastrlı hermetikləşdirici sarğı da tətbiq edilir.

7) Sıxıcı sarğılar zədələnmələr zamanı qanaxmaların dayandırılması məqsədilə, venaların varikoz genişlənməsi zamanı və bir sıra əməliyyatlardan sonra tətbiq olunur. Əvvəlcə yara səthinə aseptik sarğı qoyulur, üzərindən pambıq-tənzif yastığı ilə tamponada edilib bintlənir.

Sarğı tibb bacısının vəzifələri

Sarğı tibb bacısının vəzifələrinə sarğı otağının hazırlanması və həkimin təyinatına əsasən xəstələrin sarğısının dəyişdirilməsi aiddir. Sarğı otağı tibb bacısı sarğılar zamanı aseptikanın qorunması üçün məsuliyyət daşıyır və burada işin təşkilinə rəhbərlik edir. Bunun üçün o, sarğı otağının yaş təmizlənməsinə nəzarət edir, ota-

ğın həcminə və lampanın gücünə görə bakterisid lampa yandırır. İstifadə edilmiş cərrahi alətləri təmizləyərək quruducu şkafda sterilizasiya edir. Sarğı vasitələrini və materiallarını hazırlayır, bikslərə yığır və sterilizasiya üçün avtoklava aparır. Steril alətlər masası müəyyən edilmiş qaydada hazırlanır. Gün ərzində aparılacaq bütün sarğıların siyahısı alınır və onların növbəliliyi təmin edilir. Elə etmək lazımdır ki, sarğı otağı səhər saat 10^{00} -dək hazırlansın. Sarğı tibb bacısı sarğı otağında müalicəvi mühafizə rejimini təşkil edir və xəstələrin xəstəxanadaxili yoluxma təhlükəsizliyini təmin edir.

Sarıma müalicəvi proses olub 5 mərhələdən ibarətdir.

- ✓ köhnə sarğının açılması və dərinin tualeti;
- ✓ yarada lazım olan manipulyasiyanın yerinə yetirilməsi (yaranın tualeti, drenajların dəyişdirilməsi, tikişlərin sökülməsi);
- ✓ dərinin yara mövtəviyyatından qorunması;
- ✓ yeni sarğının qoyulması;
- ✓ sarğının fiksasiyası.

Sarğının dəyişdirilməsi ağırlı proses olduğu üçün onu zərifliklə icra etmək lazımdır. Sarımanı bir qayda olaraq müalicə həkimi yerinə yetirir, tibb bacısı isə ona kömək edir. Bəzi sarğıları isə tibb bacısı sərbəst bacarmalıdır. Adətən xəstəxanalarda sarıma üçün iki sarğı otağı ayrılır (təmiz və irinli). Yalnız bir sarğı otağı varsa əvvəl təmiz, sonra irinli yaralar, daha sonra isə nəcis fistulası olan yaralar sarınmalıdır. Hər bir sarğı otağında ayrı-ayrı tibb bacıları xidmət edir. Hər iki sarğı otağında aseptika qaydalarına ən sərt şəkildə əməl olunmalıdır. Sarğı otağında iş, əməliyyat otağının iş prinsiplərinə uyğun yerinə yetirilir. Sarğı otağı tibb bacısının tabeliyində işləyən kiçik tibb işçiləri bütün işin gedişində onlara kömək edirlər.

Bəzən sarğıları növbədənəknar dəyişdirmək lazım gəlir. Tibb bacısı bu səbəbləri həmişə yadda saxlamalıdır. Sarğıların dəyişdirilməsi aşağıdakı hallarda icra olunur:

1. Təmiz yaralar günaşırı və ya gec-gec, irinli yaralar isə hər gün sarınır.

2. Yarada manipulyasiyanın zəruriliyi yarandıqda - tikişlərin çıxarılması, drenajların çıxarılması, qanaxmanın dayandırılması, yaranın təftişi, yaranın tualeti.

3.Sarğı sürüşdükdə və ya funksiyasını yerinə yetirmədikdə: sarğı materialı yaranı infeksiyadan qorumur və müalicəvi təsir göstərmir;

4.İmmobilizasiya edən sarğı bədənin zədələnmiş hissəsinin hərəkətsizliyini təmin etmədikdə;

5. Hemostatik sarğı qanaxmanı dayandırmadıqda;

6.Okkyuzion sarğı hermetiklik yaratmadıqda;

7.Sarğı çirkləndikdə və yara üçün əlavə infeksiya mənbəyi ola bildikdə.

8.Sarğı qan və ya irinlə islanıb funksiyasını yerinə yetirməyib yara prosesini ağırlaşdırmaq təhlükəsi yaratdıqda.

9.Sarğı səhv tətbiq olunduqda (qan dövrənə və innervasiya pozulduqda, üzvün anatomik vəziyyəti əlverişli olmadıqda).

10. Sarğı xəstədə narahatlığa səbəb olduqda (keyimə, ağrı hissi).

Yoxlama sualları:

1. Sarğı nədir və hansı növləri vardır?
2. Sarğı hansı məqsədlə tətbiq olunur?
3. Sarğılar hansı qruplara bölünür?
4. Sarğı tətbiq etmək üçün əsas qaydalar hansılardır?
5. Sarıma prosesi hansı mərhələlərdən ibarətdir?
6. Yumşaq sarğıların növləri və onların təyinatı haqqında danışın.
7. Gipsin keyfiyyəti necə yoxlanılır?
8. Hansı müddətdən sonra gips sarğısı quruyur?
9. Orta fizioloji vəziyyət dedikdə nə başa düşülür?
10. Bədənin zədələnmiş hissəsinin hərəkətsizliyini təmin edən sarğı növü necə adlanır?
11. Sarıma zamanı buraxılan səhvlərə və sarımadan sonra ağırlaşmalara nə aiddir r?
12. Sarğılarda işlədilan materiallar hansı xüsusiyyətlərə malik olmalıdırlar?
13. Sarğıların dəyişdirilməsinə göstərişlər hansılardır?
14. Nəqliyyat immobilizasiyasının hansı vasitələrini tanıyırsınız?
15. Gips sarğılarının hansı növlərini tanıyırsınız?

Situasiya məsələləri:

I. Təmir işləri zamanı işçilərdən biri metal armaturun üzərinə yığılaraq döş qəfəsinə xəsarət yetirmişdir. Müayinə zamanı soldakı arxa qoltuqaltı xətt boyunca VI qabırğaarası sahədə dərin bir yara nəzərə çarpır. Tənəffüs zamanı havanın buradan plevra boşluğuna daxil olduğu görünür. Xəstədə tənəffüslük, sianoz və taxikardiya qeyd olunur. Təcili yardıma hansı tədbir daxildir? Qoyulacaq sarğı necə adlanır?

II. Xəstənin burnunda furunkulu antiseptiklərlə işlədikdən sonra həkim tibb bacısından sarğı qoyulmasını xahiş edir. Xəstəyə hansı sarğı və hansı ardıcılıqla qoyulacaqdır?

MÖVZU 9. Yaraların və bədən boşluqlarının punksiyaları və drenajlanması. Endoskopiya.

Tələbə bilməlidir:

- ✓ Plevral punksiyanın yerinə yetirilməsini;
- ✓ Abdominal punksiyanın yerinə yetirilməsini
- ✓ Lyumbal punksiyanın yerinə yetirilməsini
- ✓ Sidik kisəsinə punksiyanın yerinə yetirilməsini
- ✓ Oynaqlara punksiyanın yerinə yetirilməsini
- ✓ Yumşaq toxumalara punksiyanın yerinə yetirilməsini
- ✓ Venapunksiyanı;
- ✓ Plevral boşluğun drenajlanması;
- ✓ Qarın boşluğun drenajlanması;
- ✓ Sidik kisəsinin drenajlanması;
- ✓ Drenajlara nəzarət və qulluğu.

Mühazirənin planı:

- Punksiyalar və onların növləri.
- Yara və boşluqların drenajlanması.
- Drenajların növləri.
- Drenajlanmanın növləri.
- Boşluqlu üzvlərin endoskopik aparatlar vasitəsilə drenajlanması.
- Otorinolarinqologiyada boşluqların drenajlanması.
- Drenajlara nəzarət və qulluq.

Punksiya-müalicə və ya diaqnostika məqsədilə boşluqların, toxumaların və üzvlərin iynə və ya troakar vasitəsi ilə deşilməsidir.

Punksiyaya göstərişlər aşağıdakılardır:

- ✓ müalicə və diaqnostika vasitəsilə mayelərin evakuasiyası;
- ✓ müalicə məqsədilə dərman maddələrin yeridilməsi;
- ✓ şişlər zamanı toxumanın biopsiyaya götürülməsi.

Punksiyalar, aparılacaq manipulyasiyanın məqsədindən və punksiya olunacaq nahiyənin dərinliyindən asılı olaraq müxtəlif uzunluğa və diametrlə mənfiyə malik içi boş iynə (və ya troakar) ilə icra edilir. Bunun üçün tibb bacısı xəstəni hazırlayır, punksiya zamanı onun qalacağı vəziyyəti müəyyənləşdirir, lazımi dərman maddələrini və alətləri toplayır, manipulyasiya aparılan vaxt həkimə kömək edir. Punksiyadan qabaq premedikasiya və yerli anesteziya aparılır, punksiya nahiyəsi spirtlə təmizlənir. Alınan mayenin ilk porsiyası şprisdən bakterioloji laboratoriyadan gətirilmiş sınaq və

ya əşya şüşəsinə tökülür. İynə çıxarıldıqdan sonra punksiya yeri spirtlə silinir, tampon qoyulub leykoplastrla bağlanır.

Punksiyaların növləri

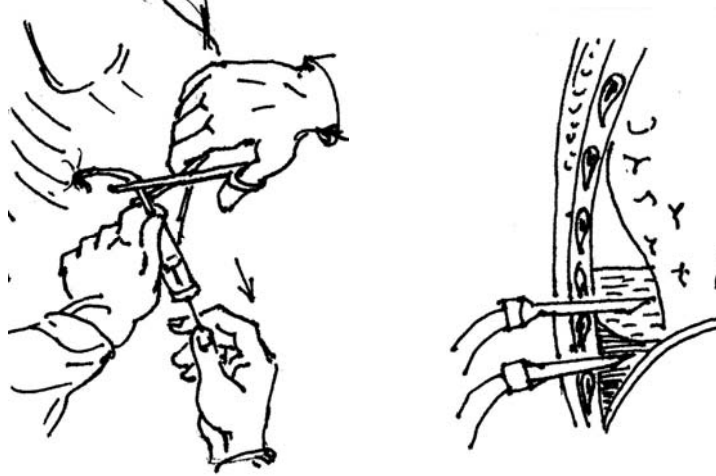
Punksiyaların plevral punksiya (torakosentez), abdominal punksiya (laparosentez), perikardin punksiyası, divar aralığının punksiyası, döş sümüyünün punksiyası (sternal punksiya), sidik kisəsinin punksiyası, onurğa beyni kanalının punksiyası (lyumbal punksiya), oynaqların punksiyası və yumşaq toxumaların punksiyası kimi növləri mövcuddur.

Plevral punksiya. Plevra boşluğunun troakar vasitəsilə punksiyası **torakosentez** adlanır (şəkil 15). Plevra boşluğuna punksiya edilməsinə göstəriş eksudativ və irinli plevrit, pnevmotoraks və hemotoraksdır. Punksiyanı icra etmək üçün xəstə kürəyi çox əyməmək şərti ilə çiyin qurşağını əyləşdiyi stulun arxasına dayaq verərək oturmuş və ya punksiya aparılacaq tərəfdə qolunu qaldırmaqla uzanmış vəziyyət alır. Punksiya edilməzdən əvvəl xəstəyə mütləq döş qəfəsi üzvlərinin iki proyeksiyada (düz və yan proyeksiyada) rentgenoloji müayinəsini aparmaq lazımdır. Bu zaman plevral boşluqda mayenin və ya havanın səviyyəsini və divar aralığı üzvlərinin yerdəyişmə dərəcəsini qiymətləndirmək olur. Plevra boşluğunda çoxlu maye olduqda punksiya iynəsi orta və ya arxa qoltuqaltı xətlə, VII-VIII qabırğarası nahiyədə qabırğanın yuxarı kənarı ilə döş boşluğuna yeridilir. Plevra boşluğunda hava olduqda isə orta körpüçük xətti ilə II-III qabırğarası nahiyədə, qabırğanın yuxarı kənarı ilə yeridilir. Punksiyanı həkim icra edir! Divar aralığı üzvlərinin birdən-birə yerdəyişməsinin qarşısını almaq məqsədilə plevral boşluqdan möhtəviyyət tədricən sorulur. Eksudatın bakterioloji müayinəsi zamanı onun xarakteri və antibiotiklərə qarşı həssaslığı təyin olunur.

Plevral punksiya bir sıra ağırlaşmalarla müşahidə oluna bilər:

- Plevra səhvələrinin qıcıqlanması nəticəsində vazovaqal refleks;
- Ağciyər alveolunun iynə ilə zədələnməsi zamanı əmələ gələn pnevmotoraks;
- Damarların zədələnməsi zamanı əmələ gələn hemotoraks;

- Plevral boşluqdan mayenin sürətli sorulması nəticəsində ağ ciyərlərin ödemə (bu zaman ağ ciyərlər sürətlə genişlənir və onların qanla dolması artır);
- Qarın boşluğu üzvlərinin (qara ciyərin, dalağın) zədələnməsi.



Şəkil 15. Plevral punksiyanın aparılması.

Qarın boşluğunun punskiyası və ya **abdominal punksiya** troakar vasitəsilə aparılır və **laparosentez** adlanır. Punksiya assit zamanı və ya qarının qapalı zədələnmələrində diaqnostika məqsədilə icra edilir.

Punksiya edilməzdən qabaq xəstənin sidik kisəsi mütləq boşaldılır və xəstəyə qida və maye qəbul etməməsi tapşırılır. Abdominal punksiya xəstəyə stulda və ya sarğı masasında oturmuş, ağır vəziyyətlərdə isə arxası üstə uzanmış vəziyyətdə icra edilir.

İynənin yeridilmə yeri punksiyanın məqsədindən, eləcə də hər hansı bir törəmənin və çapıqın lokalizasiyasından asılıdır. Ən çox punksiya qarının ağ xətti üzrə, göbəklə qasıq arasında orta məsafədə icra edilir. Punksiya zamanı mandrenli iynədən və ya troakardan istifadə olunur. Maye çox olduqda o, yavaş-yavaş boşaldılmalıdır ki, qarın boşluğu və döş boşluğu daxilində təzyiqin birdən-birə düşməsi ilə əlaqədar, dövr edən qanın yenidən paylaşması nəticəsində xəstədə kollaps və ya bayılma baş verməsin. Mayenin sürətlə boşalmasının qarşısını almaq məqsədilə punksiya iynəsi və ya troakarın xarici dəliyinə drenaj borusu keçirilir və vaxtaşırı olaraq sıxıcı ilə

tutulur. Punksiyadan sonra xəstəyə 2 saat müddətində yataq rejimi təyin edilir. Hemodinamik pozğunluqların qarşısını almaqdan ötrü qarın dəsmalla çəkilib bağlanır. Punksiya zamanı daxili üzvlərin zədələnməsi ehtimalı da mümkündür. Punksiyanı yalnız həkim icra etməlidir!

Onurğa beyni punksiyası və ya **lyumbal punskiya** onurğa beyni mayesinin təzyiqini, rəngini, şəffaflığını və tərkibinin müayinəsi üçün diaqnostik məqsədlə aparılır. Bundan əlavə baş beyinin zədələnmələri və ödemləri zamanı kəllədaxili təzyiqi azaltmaq məqsədilə mieloqrafiya və pnevmoensefaloqramma zamanı hörümçəyəbənzər qişanın boşluğuna kontrast maddələr yeridilməsi üçün istifadə edilir. Tənəffüs və ürək fəaliyyəti pozğunluqlarında lyumbal punksiya icra edilmir.

Lyumbal punksiyanı icra etmək üçün xəstə böyrü üstə, başı bir qədər döş nahiyəsinə əyilmiş və ayaqlar qarına doğru bükülmüş vəziyyətdə uzadılır. Tibb bacısı xəstənin belə vəziyyətdə qalmasına, bütün manipulyasiya boyu kömək edir. Punksiya III-IV-V bel fəqərələrinin çıxıntıları arasında icra olunur. Punksiyanı həkim mandrenli punksiya iynəsi ilə icra edir! Onurğa beyni mayesi təzyiqini təyin etmək üçün Klod manometrindən istifadə olunur. Onurğa beyni mayesi təzyiqi normal olduqda o, zəif sürətlə, damcı-damcı, yüksək təzyiqdə şırnaqla, onurğa beyni sıxılmasında (kompresiyada) isə çətinliklə axır. Diaqnostik məqsədlə təqribən 2 ml. likvor götürülür. Lyumbal punksiyadan sonra xəstəyə 2 saat müddətində yastıqsız ciddi yataq rejimi və sonrakı 2 gün müddətində isə adi vəziyyətdə yataq rejimi təyin edilir

Müvafiq göstərişlər əsasında yerinə yetirilmiş punksiya təhlükəsiz metod sayılır. Lakin nadir hallarda aşağıdakı ağırlaşmalar baş verə bilər:

- Beyinin boğulması.
- Beyinin ödemi.
- Radikulyar ağrılar.
- Meningizm əlamətlərinin meydana çıxması.

Bu əlamətlər bir qayda olaraq qabarıq şəkildə nəzərə çarpır və punksiyadan bir neçə gün sonra keçir.

Sidik kisəsinin punksiyasına göstəriş kateterizasiya mümkün olmayan kəskin sidik ləngimələridir. Manipulyasiyadan qabaq xəstənin qasıq nahiyəsindəki tüklər qırılır. Palpator və perkutor olaraq sidik kisəsinin sərhədi təyin olunur. Xəstə arxası üstə və çanağı qaldırılmış vəziyyətdə uzadılır. Punksiya iynəsi ciddi olaraq qarının orta xətti üzrə qasıq bitişməsindən 2 sm. yuxarıdan sidik kisəsinə perpendikulyar istiqamətdə batırılır. Təzyiqin birdən-birə düşməsinin qarşısını almaqdan ötrü punksiya iynəsinin xarici dəliyinə drenaj borusu keçirilir və vaxtaşırı sıxıcı ilə sıxılaraq sidik hissə-hissə buraxılır. Sidik boşaldıqdan sonra, sidik kisəsinə oradakı punksiya iynəsi vasitəsilə steril furasillin məhlulu ilə yumaq olar.

Oynaqların punksiyasına göstəriş diaqnostik məqsədlə oynaq möhtəviyyatının xarakterinin təyin edilməsi, möhtəviyyatın oynaqdan xaric edilməsi və oynaq boşluğuna dərman preparatlarının yeridilməsidir. Punksiyadan əvvəl oynaq yarığını genişləndirməkdən ötrü oynaqda orta fizioloji vəziyyət verilir. Uzunluğu 7-10 sm., diametri 1-2 mm. olan iynələrdən istifadə olunur. Punksiyanı həkim icra edir. Punksiyanın sonunda oynaq boşluğuna antibiotik məhlulu yeridilir. Punksiya iynəsi çıxarıldıqdan sonra oynaq nahiyəsinə steril sıxıcı sarğı qoyulur və ətraf 1 sutka müddətində gips longeti və ya şına ilə immobilizasiya edilir.

Yumşaq toxumaların punksiyasına göstəriş hematomadan möhtəviyyatın xaric edilməsi, diaqnostik və ya müalicə məqsədilə absedən irinin çıxarılması, şişlər zamanı biopsiya və dərman maddələrinin yeridilməsidir. Punksiya iynəsi perpendikulyar şəkildə törəməyə yeridilir və möhtəviyyatın ilk porsiyası diaqnostika məqsədilə sınaq şüşəsinə yığılır və ya əşya şüşəsi üzərinə tökülür. Punksiya yerinə yetirildikdən sonra həmin nahiyəyə sıxıcı sarğı qoyulur və yumşaq bint sarğısı, ləçək və ya şına ilə immobilizasiya edilir.

Venapunksiya – qan götürmək və damar sisteminə qanköçürmə və digər dərman preparatlarını yeritmək üçün periferik dərialtı venaların deşilməsidir. Vena vasitəsilə az miqdarda məhlulların yeridilməsi **inyeksiya**, uzun müddətli və çoxlu miqdarda mayələrin yeridilməsi isə **infuziya** adlanır.

Qan götürmək üçün venapunksiya zamanı iynə venaya düşdükdən sonra kəmərcik açılmadan iynənin son ucuna sınaq şüşəsi qoyula-

raq lazım olan miqdarda qan yığılır. Venadaxili inyeksiya məqsədlə tibb bacısı iynənin venada olmasına əmin olduqdan sonra kəmə açılır və dərman yavaşca yeridilir.

Bütün prosedura mikroorqanizmlərin xəstənin qanına düşməməsi üçün ən ciddi aseptika qaydaları gözlənilməklə aparılır. Eyni zamanda venaya havanın daxil olmaması (hava emboliası) və dərmanın venadan kənara düşməməsi üçün ehtiyatlı olmaq lazımdır.

Venapunksiyadan başqa həmçinin periferik və mərkəzi venalara qoyulmuş kateterlərdən istifadə edilir. Periferik venaların kateterizasiyası o zaman həyata keçirilir ki, infuziya üçün xəstənin venaları az görünən olsun, əllənə bilməsin və onların vəziyyəti məlum olmasın. Ən çox əlin və saidin venalarından, az hallarda isə aşağı ətraf venalarından istifadə olunur. Periferik venoz kateter periferik venaya qoyularaq istənilən vaxt xəstənin damar şəbəkəsinə daxil olmağı təmin edir. Polietilen, teflon və ya poliuretan kateterlərdən istifadə olunur. Polietilen kateterlər ən sadə və işlədilməsi rahat olmağına baxmayaraq, materialının xarakterinə görə damarın daxili səthini qıcıqlandıra bilər və yüksək trombogenliyə malikdir. Hətta sərtliyinə görə damar divarını deşə də bilər. Polietilenə nisbətən digərləri teflon və poliuretan kateterlər az fəsad verir və istismar müddəti uzun olur.

Kateter seçilərkən nəzərə alınmalıdır ki, qoyularkən xəstəyə ən az diskomfort yaratmalı, infuziya üçün optimal sürəti təmin etməli, uzunluğu istifadə olunacaq venanın düz hissəsinə uyğun gəlməli, yeridilən mayenin sürəti, tərkibi və kateterin venada qalma müddəti və venanın diametri ciddi nəzərə alınmalı. diametri seçilən venanın diametrinə uyğun olmalıdır.

Periferik venanın kateterizasiyası üçün vena seçilərkən ilk növbədə distal, kateterin uzunluğuna uyğun düz və palpasiya zamanı yumşaq və elastik olan venalar seçilməlidir. Kateteri aşağıdakı hallarda yeritmək olmaz:

1. Sərt əllənən sklerozlaşmış venalara (ola bilər ki, onların daxili səthi zədələnmiş vəziyyətdə olsun).
2. Oynaqların bükülən səthindəki venalara (bu nahiyədə mexaniki zədələnmələrin riski yüksəkdir).

3. Arteriyaya və ya onların proyeksiyasına yaxın yerləşən venalara (arteriyanın deşilmə riski yarandığı üçün).

4. Əvvəl kateterizasiya olunmuş venalara (daxili divarının zədələnmə ehtimalı olduğu üçün).

5. Aşağı ətraf venalarına.

6. Sınımış ətrafların venalarına.

7. Kiçik görünən lakin, əllənməyən venalara.

8. Əlin ovuc səthinin venalarına.

9. Orta dirsək venasına (anatomik yerləşməsinə görə daha müvafiq olmasına baxmayaraq adətən ondan müayinə üçün qan götürməkdən ötrü istifadə edildiyi üçün kateterizasiya məsləhət deyil)

10. Cərrahi əməliyyata və ya kimya müalicəsinə məruz qalmış ətrafın venalarına.

Kateterlərə keyfiyyətli qulluq olduqda onların istismar müddəti uzun olur. Kateterlərin qoyulma metodikası və onlara qulluq pozulduqda bir sıra fəsadlar əmələ gəlir. Periferik venoz kateterə qulluq edərkən aşağıdakıların gözləmək lazımdır:

1. Əllə dəfələrlə kateterə toxunmaqdan çəkinmək, yalnız steril əlcəklərlə işləmək lazımdır.

3. Ustündəki inyeksiya dəliyi yalnız iynəsiz inyeksiyalar və kateterin yuyulması üçündür. İstifadə edilmədikdə inyeksiya dəliyi qapalı saxlanmalıdır.

4. Qana bulaşmış qapaqcıqlar imkan qədər tez-tez, steril yenisi ilə dəyişdirilməlidir.

5. Hər iynə vurulduqdan sonra steril qapaqcıq dəyişdirilməli, aseptika və antiseptika ciddi gözlənilməlidir.

6. Gün ərzində köçürülən preparatların həcmi, köçürülmə sürəti haqqında məlumat xəstəlik tarixinə qeyd olunmalıdır.

7. Dərman preparatları köçürüldükdən sonra kateter fizioloji məhlulla yuyulmalı, fizioloji məhlulun ardınca heparinləşdirilmiş məhlul yeridilməlidir.

9. Periferik venada ağırlaşmaların qarşısını almaq məqsədi ilə kateterin yeri hər 48-72 saatdan bir dəyişdirilməlidir.

10. Tromboflebitin profilaktikasından ötrü vena üzərinə punksiya olunan yerdən bir qədər yuxarıya, tromboflebitik məlhəmlərdən (traumel, heparin, troksevazin) nazik qatla sürtülməlidir.

Leykoplastr sargısı dəyişdirilərkən qayçıdan istifadə qadağan edilir. Bu zaman kateter kəsilib qan-damar sisteminə düşə bilər.

Periferik venaların kateterizasiyası mərkəzi venaların kateterizasiyasına nisbətən az təhlükəli olsa da prosedura zamanı dərinin tamlığı pozulduğu üçün müxtəlif fəsadlar-venaların cərrahi infeksiyası (flebit, tromboflebit) əmələ gələ bilər. Tibb bacısı manipulyasiyanı düzgün yerinə yetirdikdə, aseptika və antiseptika qaydalarına düzgün riayət etdikdə və kateterə düzgün qulluq etdikdə bu fəsadların əksəriyyətindən xilas olmaq olar. Kateter çıxarıldıqdan sonra kateterizasiya yeri 24 saat ərzində islanmamalıdır.

Uzun müddətli infuziya üçün mərkəzi venaların (körpücükaltı vena, vidacı vena, bud venası) kateterizasiyasından istifadə edilir. Manipulyasiya yalnız həkim tərəfindən icra edilir! Lakin tibb bacısı həkimə ixtisaslaşmış köməklik göstərə bilməsi üçün manipulyasiyanın necə yerinə yetirilməsini yaxşı bilməlidir. Mərkəzi venaların kateterizasiyası periferik venalardan istifadə mümkün olmadıqda, uzun müddətli intensiv müalicə aparılması zərurəti yarandıqda (bir neçə sutka), parenteral qidalanma aparılması məqsədi ilə, diaqnostik tədqiqatların yerinə yetirilməsi (mərkəzi venoz təzyiqin ölçülməsi, ürək boşluğunda təzyiqin ölçülməsi və s.) məqsədi ilə aparılır. Steril məhlulların uzunmüddətli köçürülməsi zamanı körpücükaltı kateterin venada olmasını, rentgen nəzarəti altında müntəzəm yoxlamaq lazımdır.

Yara və boşluqların drenajlanması

Yaradan, toxumalararası sahədən, bədənin boşluqlarından parçalanma məhsullarının və ifrazatın xaric edilməsi, eləcə də yara və boşluqlara dərman maddələrinin yeridilməsi üsulu drenajlanma adlanır. Drenajın təsir mexanizmi aşağıdakı kimidir:

✓ Yara və boşluqlardan ifrazatın rezin drenajlar vasitəsilə passiv axıdılması. Bu, xəstənin və drenajın mövqeyinə ciddi riayət etməklə mümkündür.

✓ İfrazatın tənzif drenaj vasitəsilə axıdılması. Bu, tənziyin kəpilyar – soruculuq xassəsinə əsaslanır.

✓ Aktiv drenajlanma. Bu, yara boşluğunun antiseptik maddələrlə yuyulması ilə müştərək aparılır.

Drenajların növləri

Drenajlanma drenajların köməyi ilə həyata keçirilir. Drenajların tənzif, yastı rezin, borulu və qarışıq növləri vardır (şəkil 16).

Tənzif drenajlar - hiqroskopik tənzifdən hazırlanmış tampon və trundalardır. Bunların vasitəsi ilə yaraların tamponadası aparılır. Yaraların kip və ya boş tamponadası mövcuddur. Dərin yaraların müalicəsində çox zaman Mikuliç tamponadasından istifadə edilir.

Yastı rezin drenajlar müxtəlif enlikdə və uzunluqda əlcəkdən kəsilməklə hazırlanır, səthi yaralardan möhtəviyyatın passiv axmasına şərait yaradır. Axmanı yaxşılaşdırmaq üçün drenajın üzərindən antiseptiklərlə isladılmış salfet qotuyulur. Belə drenajlar hər gün dəyişdirilir.

Borulu drenajlar diametri 0,5-2,0 sm. olan rezin, polixlovin və silikon borulardan hazırlanır. Borulu drenajların üzərində diametri borunun öz diametrindən böyük olmayan spiral xətt üzrə yan dəliklər olur. Borulu drenajlar açıq və qapalı olmaqla iki qrupa bölünür. Borulu drenajların tək, cüt, ikiqat, ikimənfəzli, çoxmənfəzli növləri vardır. Bunların vasitəsi ilə dərin yara və boşluqlardan möhtəviyyat xaric olur, həmçinin yara və boşluqları antiseptik məhlullarla yumaq mümkün olur. Belə drenajlar yaradan 5-8-ci gün çıxarılır.

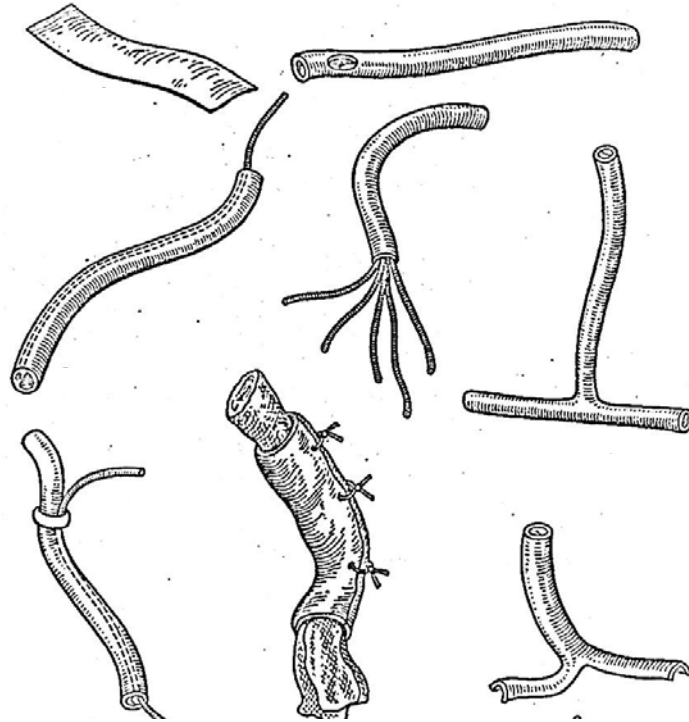
Mikroirriqator – bu diametri 0,5-2 mm olan borulu drenaj olub, yan divarında əlavə dəlikləri olmur. Boşluqlara dərman yeridilməsində istifadə olunur.

Qarışıq drenajlar- bunlar rezin-tənzif drenajlarıdır. Belə drenajlar tənzif salfetin hesabına soruculuq xassəsinə, rezin drenajın hesabına isə mayenin axıcılıq xassəsinə malikdir. Əlcəyin barmağı kəsilərək üzərində bir neçə dəlik açılır və içərisinə boş şəkildə tənzif zolağı qat-qat salınır. Yalnız səthi yaralarda istifadə olunur. Qarışıq drenajları başqa cür- “siqar drenajı” da adlandırırlar.

Açıq drenajlar – bu drenajların sərbəst ucu tənzif salfetlə örtülür və ya içərisində antiseptik məhlul olan qaba yerləşdirilir.

Qapalı drenajlar – bu drenajların sərbəst ucu ya ipək sapla bağlanır ya da sıxıcı alətlə sıxılır. Bu yara və boşluqlara dərman maddələrinin yeridilməsi və ya möhtəviyyatın yara və boşluqlardan

şprisə çəkilməsi zamanı istifadə olunur. Qapalı drenajlara mikroir-riqatorlar və plevral boşluğun drenajları aiddir.



Şəkil 16. Drenajların növləri a) yastı rezin, b) birmənfəzli boru, c) ikimənfəzli boru, ç) çoxmənfəzli boru, d) T-şəkilli drenaj, e) əldəqayırma ikimənfəzli drenaj, ə) "siqar" drenajı, f) yarılmış drenaj

Drenajlanmanın növləri

Drenajlanma aktiv, passiv və axarlı –aspiration növləri vardır.

Passiv drenajlanma yara və boşluqlardan möhtəviyyatın passiv çıxmasına əsaslanır. Drenajlanmanın bu növü yastı-rezin, "siqar" və borulu drenajlarla həyata keçirilir. Axıntı sarğıya və steril qaba tökülür.

Aktiv drenajlanma yara və boşluqlardan möhtəviyyatın borulu drenajlar vasitəsi ilə xaric olunmasına əsaslanır. Sərbəst ucu elektrik sorucusuna, su axarına, birdəfəlik armudabənzər balona və ya şprisə birləşdirilir.

Axarlı – aspiration drenajlanma dərin yaraların və bədənin boşluqlarını antiseptik məhlullarla yuyulması zamanı aparılır. İki-qat, ikimənfəzli, çox dəlikli borulu drenajlardan istifadə edilir. Bir drenaj vasitəsi ilə antiseptik dərmanlar yara və boşluqlara tökülür, digəri ilə isə aktiv və ya passiv olaraq çıxarılır. Yuyulma prosesi gün ərzində 1-2 dəfə, 1-2 litr antiseptik məhlul işlətməklə həyata keçirilir. Manipulyasiyanın sonunda drenaj borusunun sərbəst ucu steril qaba buraxılır.

Bədən boşluqlarının drenajlanması

Plevral boşluğun drenajlanması piopnevotoraks, hemotoraks zamanı və torakotomiya əməliyyatından sonra aparılır. Drenajlanma zamanı qapalı drenaj tipindən istifadə olunur. Bu zaman drenaj borusu hermetik, qapalı Bobrov aparatına birləşdirilir. Bobrov aparatının qabı dolan zaman dəyişdirilərkən plevra boşluğuna keçirilən drenaj borusu sıxıcı ilə tutulmalıdır ki, nəfəsalma zamanı hava plevral boşluğa dolmasın. Yalnız möhtəviyyatın plevral boşluğundan axması üçün tətbiq edilir və bu məqsədlə tək borulu drenajlardan istifadə olunur.

Drenajlanma Bilau üsulu ilə də passiv şəkildə həyata keçirilə bilər. Bu zaman xəstəyə qoyulmuş drenaj uzun şüşə boru vasitəsilə Bobrov aparatına birləşdirilir və ucuna ortasından kəsilmiş rezin barmaqlıq geyindirilir. Bobrov aparatının qısa şüşə borusu açıq saxlanılır. Bobrov aparatı xəstənin çarpayısından aşağı səviyyədə, altlıq üzərində yerləşdirilir. Aktiv aspirasiya Bobrov aparatından elektrik sorucusu və ya rezin armudluq vasitəsi ilə aparılır. Möhtəviyyatın drenajdan axmasını yaxşılaşdırmaq üçün xəstəyə yarımoturaq vəziyyət verilir. Tibb bacısı drenaj sisteminin keçiriciliyinə və Bobrov aparatının dolmasına nəzarət etməli, Bobrov aparatında hemorragik möhtəviyyat görünərsə dərhal həkimi məlumatlandırmalıdır.

Qarın boşluğunun drenajlanması peritonit, pankreatit və qarın boşluğu üzvlərində aparılan əməliyyatlardan sonra tətbiq olunur. Bu zaman açıq və qapalı drenajlardan (mikroiqratorlar) istifadə olunur. Qarın boşluğundakı möhtəviyyatın axması, mikroirriqator

vasitəsilə dərmanların yeridilməsi və boşluğun axarlı-aspirasiya metodu ilə yuyulması həyata keçirilir. Bunun üçün drenajların tək, ikiqat, çoxmənfəzli növlərindən istifadə olunur. Passiv drenajlanma zamanı, drenajın ucu xəstənin bədəninin səviyyəsindən 60 sm. aşağıda, içərisində antiseptik məhlul olan ağız açıq qaba yerləşdirilir. Aktiv drenajlanmada isə drenajın ucu elektrik sorucusuna qoşulur. Drenaj edilərkən xəstəyə yarımoturaq vəziyyət verilir. Qarın boşluğu yuyularkən (peritoneal dializ) kanal və boşluqlara yerləşdirilmiş 6-8 ədəd drenaj vasitəsilə axarlı aspirasion drenajlanmadan istifadə olunur.

Sidik kisəsinin drenajlanması punksiya və kateterizasiya effekt verməyən kəskin sidik ləngimələri zamanı aparılan sistotomiya əməliyyatından sonra həyata keçirilir. Bu zaman açıq tip drenajlar tətbiq olunur. Sidik kisəsindən sidiyin axması və yuyulması şpris (passiv drenajlanma) və ya axarlı aspirasion (aktiv drenajlanma) metodu ilə yerinə yetirilir. Bunun üçün müxtəlif borulu drenajlardan istifadə olunur. Xəstə adi vəziyyətdə yatağa uzadılır, qab funksional çarpayıya və ya xəstənin belinə bağlanır. Drenaj vasitəsilə hər gün 200-300 ml. 1:5000 furasillin məhlulu ilə sidik kisəsinin yuyulması həyata keçirilir.

Borulu sümüklərin və oynaqların drenajlanması osteomyelitlər və artritlər zamanı tətbiq edilir. Bu zaman açıq tipli drenajlardan istifadə olunur. Möhtəviyyatın axması, dərman preparatlarının yeridilməsi və boşluğun axarlı-aspirasion metodla yuyulması həyata keçirilir. Bu məqsədlə müxtəlif növ borulu drenajlardan istifadə olunur. Passiv drenajlanma zamanı axıntı drenajdan steril sarğıya töküldüyü üçün belə sarğıları gün ərzində bir neçə dəfə dəyişdirmək lazımdır. Drenajlanma zamanı ətraf gips longetində olur.

Boşluqlu üzvlərin təbii dəliklərdən endoskopik aparatlar vasitəsi ilə drenajlanması

Boşluqlu üzvlərin təbii dəliklər (bəzən də sünni fistulalar) vasitəsilə drenajlanması zond, kateter və müasir endoskopik aparatlarla, müalicə və diaqnostika məqsədilə möhtəviyyatı evakuasiya etmək, eləcə də xəstəni sünni qidalandırmaq üçün tətbiq edilir. Qida borusu-

nun və mədənin pilorik hissəsinin şiş və çapıqla əlaqədar daralması nəticəsində qidanın keçməsinə pozğunluq və nəticədə də orqanizmdə aclıq yaranır. Acılıqla mübarizə aparmaq üçün uzun müddətli zondla qidalanma tələb olunur. Zondu (adi nazik plastik kateter) mədəyə müvəffəqiyyətlə daxil etməkdən ötrü hazırda müasir endoskopik aparatlardan istifadə olunur. Həkim-endoskopist daralan nahiyəni tapır və görmə nəzarəti altında oradan keçməklə qabaqcadan endoskop alətinin kanalında yerləşdirilmiş zondu itələyir. Endoskop çıxarılır. Burundan rezin zond keçirilib, ağız boşluğundan plastik zondun xarici ucuna birləşdirilərək çənə altına leykoplastlarla fiksə olunur. Kateterin belə vəziyyəti xəstədə narahatlıq yaratmır, xəstə onu rahat qəbul edir və kifayət qədər maye şəklində qidانی (bulyon, süd, meyvə və tərəvəz şirəsi, şirin çay, xüsusi qida qarışıqları və s.) orqanizmə enteral yolla yeritmək olur. Bu zaman qidanın dadı əhəmiyyət kəsb etmir.

Mexaniki keçməməzliliklə fəsadlaşan düz bağırsağın şişlərində rektoskopiya zamanı şişdən yuxarıya qaz buraxan borunu qoymaq olur. Bu qazların qovulmasına və sifon imalənin aparılmasına imkan verir. Beləliklə hissəvi də olsa keçməməzlilik əlamətləri aradan qaldırılır, xəstənin vəziyyəti yüngülləşir və əməliyyata hazırlanması tam dəyərli şəkildə yerinə yetirilir.

Əməliyyatdan sonrakı dövrdə mədə möhtəviyatının tənəffüs yoluna düşməsinin qarşısının alınması, mədə şirəsinin müayinə üçün götürülməsi, mədənin yuyulması və xəstəni qidalandırmaq məqsədilə mədəyə endoskopik aparatlarsız nazik zond qoymaq olur. Bunun üçün ağız boşluğundan mədəyə qədər olan məsafə mövcud üsullardan biri ilə ölçülür. Həkimin icazəsi ilə və nəzarəti altında zond burun keçəcəyindən mədəyə, zondun nişanlanmış yerinə qədər yeridilir (bu zaman heç bir anesteziya növündən istifadə olunmur). Bundan sonra Jane şprisi və ya elektrik sorucusu vasitəsi ilə mədə möhtəviyyatı sorulur. Daha sonra zond bint vasitələ ilə xəstənin üzünə fiksasiya edilir. Zondun keçiriciliyini saxlamaq məqsədi ilə hər 2 saatdan bir fizioloji məhlul ilə yuyulur və zondun ucu, mədənin selikli qişasına yapışmasının qarşısını almaqdan ötrü vaxtaşırı hərəkət etdirilir. Zond həkim təyinatına əsasən mədədən çıxarılır.

Otorinolarinqologiyada təbii dəliklərdən boşluqların drenajlanması

Burunun əlavə ciblərinin iltihabi xəstəliklərində, ekssudativ, allergik və atrofik formalı sinusitlərdə yerli konservativ müalicə tədbirləri aparılır. Bu məqsədlə Haymor cibi, xəlbir labirint hüceyrələri və alın cibinin çıxacaqları keyləşdirildikdən sonra punksiya edilir və ya boşluğa zond salınır. Bundan sonra müxtəlif dərman maddələri boşluğa yeridilir və ya fizioterapevtik proseduralar aparılır. Ciblərin xroniki iltihabi xəstəliklərində ardıcıl olaraq bir neçə gün prosedura aparmaq lazım gəlir. Bu məqsədlə xroniki sinusitlərdə ciblərin drenajlanması tətbiq olunur. Cibi təbii dəliyi genişləndirilir, mexaniki və ya hidravlik bujlama aparılır. Bu üsulun üstünlüyü ondadır ki, cibə salınmış drenaj vasitəsilə cibilin yuyulması, cibə gün ərzində bir neçə dəfə dərman maddəsi yeridilməsi mümkün olur.

Haymor cibinin drenajlanması məqsədlə, əvvəlcədən polietilen boru Kulikovski iynəsinin içərisinə yeridilir və Kulikovski iynəsilə Haymor cibi punksiya olunur, sonra iynə çıxarılır, boru cibdə qalır. Drenaj borusunun xarici ucu yapışdırıcı vasitəsilə üzün dərisinə yapışdırılır. Alın cibinin drenajlanması cibilin trepanopunksiyasından sonra aparılır.

Ciblərdəki iltihab törədən mikrob florasının həssaslığı yoxlanıldıqdan sonra cibi antibiotiklərin sulu məhlulları, ximotripsin fermenti, allergik proseslər zamanı hidrokortizon suspenziyası və ya antihistamin maddələr, göbələk mənşəli sinusitlərdə isə levorin və nistatinin natrium duzu yeridilir.

Drenajlara nəzarət və qulluq

Bütün drenajlar steril olmalı və yalnız bircə dəfə işlədilməlidir. Onlar steril stolda və ya steril antiseptik məhlulda saxlanılmalıdır. İstifadə edilməzdən qabaq drenajlar fizioloji məhlulla yuyulmalıdır. Borulu drenajları yara və ya boşluqlara yalnız həkim qoymalıdır.

Drenajlar boşluqlara əməliyyat yarasından qoyula bilər, lakin əksər hallarda əməliyyat yarasının yanında əlavə deşik açılmaqla qoyulur. Drenajın ətrafının dərisi hər gün 1%-li briliyant yaşılı ilə

işlənir və qoyulmuş “tuman”şəkilli salfetlər dəyişdirilir. Tibb bacısı drenajdan gələn ifrazatın xarakterinə və miqdarına nəzarət edir. İfrazat qanlı olduqda dərhal həkim məlumatlandırılır, arterial təzyiq ölçülür, nəbz sayılır. Drenaj borusu şüşə və rezin borularla uzadıla bilər. Bu zaman uzadıcının sərbəst ucu içərisində 1\4 hissə antiseptik maddə olan steril qaba qoyulmalıdır. Drenaj borusunda infeksiyanın profilaktikası məqsədi ilə qab hər gün dəyişdirilməlidir. Xəstə funksional çarpayuya elə qoyulur ki, drenaj yaxşı görünün, ona qulluq çətinlik törətməsin və ifrazat sərbəst axa bilsin. Aktiv aspirasiya zamanı elektrik sorucusunun işinə diqqət yetirmək lazımdır. Drenajın keçiriciliyinə şübhə yarandıqda təcili həkim çağırılmalıdır.

Yara və boşluqların drenaj vasitəsi ilə yuyulması həkim təyinatı əsasında həyata keçirilir. Bu zaman istifadə olunan şpris drenaj borusuna hermetik birləşdirilməlidir. Xaric olunan eksudat həkim təyinatı əsasında xüsusi sınaq şüşəsində müayinə üçün bakterioloji laboratoriyaya göndərilir.

Drenajların çıxarılmasını həkim icra edir. Əgər drenaj manipulyasiya zamanı yara və boşluğun daxilinə düşübsə bu zaman tibb bacısı həkimi təcili məlumatlandırmalıdır. İstifadə edilmiş drenajlar təkrar geri salınmamalıdır.

Drenajın qan laxtası və ya seliklə tıxanmasının qarşısının alınması üçün drenajların yuyulması həyata keçirilir. Drenaj əgər böyrəyə daxil edilmişsə ona 4-5 ml., sidik kisəsinə daxil edilmişsə 40-50 ml. miqdarında furasillin məhlulu yeridilir. Drenajın ucu sidik yığmaq üçün qaba salladılır. Yeridilən maye sərbəst axmadıqda, onda ehtiyatla şprisə onu geriyyə çəkmək lazımdır. Proseduranın sonunda drenaj boru antiseptik tökülən qaba buraxılır və boru üçün dəliyi olan tıxacla bağlanır. Görülən tədbirlər nəticə vermədikdə, drenajı dəyişdirmək üçün təcili olaraq həkim çağırılır.

Yoxlama sualları:

- 1. Punksiya nədir?*
- 2. Hansı punksiya növlərini tanıyırsınız?*
- 3. Punksiyaların nə kimi ağırlaşmaları ola bilər?*
- 4. Drenajların hansı növləri vardır?*
- 5. Drenajlanmanın hansı üsulları vardır?*
- 6. Bilau üsulu ilə drenajlanma necə aparılır?*

7. Aktiv drenajlanma ilə passiv drenajlanmanın fərqi nədir?
8. Qarın boşluğunun punksiyası nə ilə icra edilir?
9. Haymor boşluğunun punksiyası nə ilə icra edilir?
10. Mikroirriqator nədir?
11. Venapunksiya haqqında danışın.
12. Plevral boşluqdan mayenin sürətlə sorulması nəticəsində nə baş verir? Nə üçün?
13. Nə zaman lyumbal punksiyanı icra etmək olmaz?

Situasiya məsələləri:

I. Xəstə poliklinikaya saat 9⁰⁰da assitə görə müraciət etmişdir. Bir gün əvvəl həkim xəstəyə müayinəyə ac qarına və səhər sidik ifrazına getmədən gəlməyi tapşırılmışdır. Qarın və sidiyin analizində ciddi dəyişikliklər qeyd olunmamışdır. Ultrasəs müayinəsi zamanı qarın boşluğunda mayenin həddən artıq olduğu müəyyənləşdirilmişdir. Xəstəyə abdominal punksiya məsləhət olunmuş və onun razılığı alınmışdır. Xəstə sarğı masasına göbəklə qasıq arası orta məsafədən ağ xətt boyunca troakar vasitəsilə punksiya aparılmışdır. Qarın boşluğunun mayesi tam boşalmamış xəstədə ümumi zəiflik əmələ gəlmiş, üzünü soyuq tər basmış, nəbzi sapabənzər, tənəffüsü səthiləşmiş, arterial təzyiqi aşağı düşmüşdür. Xəstə bunu ac olması ilə əlaqələndirir. Xəstədə nə baş verib? Punksiya zamanı hansı səhvlərə yol verilmişdir?

II. 64 yaşlı xəstə, xəstəxanaya sol tərəfli destruktiv pnevmoniya, plevranın empiyeması diaqnozu ilə müraciət etmişdir. Rentgen müayinəsi zamanı sol tərəfdə 5-ci qabırğaya qədər maye səviyyəsi aşkar edilmişdir. Xəstənin plevra boşluğundakı mayenin çıxarılması lazımdır. Xəstəyə göstəriş nədir: plevra boşluğunun punksiyası yaxud drenajlanması? Aparılacaq manipulyasiyanın aparılma texnikasını təsvir edin. Bu texnikanın müəllifinin adı nədir? Bu prosedur zamanı hansı fəsadlar ola bilər? Plevral mayenin hansı müayinəsi aparılmalıdır?

MÖVZU 10. Cərrahi xəstəliklər və onların müalicəsi zamanı həyat fəaliyyətinin ümumi pozğunluqları. Terminal vəziyyət.

Tələbə bilməlidir:

- ✓ Şok, kollaps və bayılmanın fərqləndirici əlamətlərini;
- ✓ Terminal vəziyyətlərin xarakteristikasını və reanimasiya anlayışını
- ✓ Ürək ağ ciyər reanimasiyasının texnikasını
- ✓ Ürək ağ ciyər reanimasiyasının effektivliyinin meyarlarını
- ✓ Yuxarı tənəffüs yollarının keçiciliyinin yoxlanılmasını
- ✓ Ürəyin qapalı masajını
- ✓ Ağ ciyərlərin süni ventilyasiyasını
- ✓ Kliniki və bioloji ölümün əlamətlərini təyin etməyi
- ✓ Cərrahi şöbədə meyitlə davranma qaydalarını

Mühazirənin planı:

- Bayılma, kollaps, travmatik şok
- Terminal vəziyyətin mərhələləri
- Kliniki və bioloji ölüm
- Ağ ciyərlərin süni ventilyasiyası
- Ürəyin qapalı masajı

Klinik təcrübədə təxirəsalınmaz müalicə tələb edən bir sıra vəziyyətlər də vardır. Bunlara bayılma, kollaps və travmatik şok aid edilir.

Bayılma baş beyinin damarlarının spazmı nəticəsində huşun qısa müddətli itməsidir. Bayılmanın səbəbi çoxlu qanıtırmə, birdənbirə baş verən ağrı, həddən artıq yorğunluq, ruhi sarsıntı və s. kimi hallardır.

Klinik mənzərəsi. Qəflətən huşun itməsi müşahidə olunur. Dəri və selikli qişaların rəngi dərhal avazıyır, tənəffüs səthiləşir, nəbz zəifləyir. Xəstənin gözlərinə qaranlıq çökür və onu soyuq tər basır.

Müalicəsi. Birinci növbədə bayılmanı əmələ gətirən səbəbi aydınlaşdırmaq lazımdır. Sonra qanın beyinə axmasını sürətləndirən tədbirləri görmək lazımdır. Bu məqsədlə xəstə başı aşağı sallanmış və ayaqları yuxarı qaldırılmış vəziyyətdə uzadılır. Xəstəyə naşatır spirtində isladılmış pambıq iylədilir. Ağır hallarda süni tənəffüs verilir, dəri altına 1 ml. 20%-li kofein məhlulu, 1 ml. 1%-li lobelin və sititon məhlulları yeridilir.

Kollaps damar və ürək çatışmazlığı nəticəsində qan təzyiqinin kəskin şəkildə aşağı düşməsi və dövr edən qanın kütləsinin azalma-

sıdır. Kollapsın səbəbi həddən artıq qanıtirmə, travma, bədənin uzunmüddətli horizontal vəziyyətdən vertikal vəziyyətə cəld dəyişməsi (ortostatik kollaps), plevral və qarın boşluğundan mayenin sürətlə buraxılması, ağır intoksikasiyalar (qida zəhərlənmələri, ağ ciyərlərin iltihabı və s.) kimi patoloji vəziyyətlərdir.

Klinik mənzərəsi ümumi zəiflik, sianoz, soyuq tər, sapabənzər nəbz, arterial təzyiqin düşməsi, tez-tez səthi tənəffüslə xarakterizə olunur. Bayılmadan fərqi: bir qayda olaraq kollapsda huş saxlanılır.

Müalicəsi. Kollapsın səbəbi aydınlaşdırdıqdan sonra xəstə isidilir. Dəri altına 0,5 ml. 0,1 %-li adrenalin, 1 ml. 5 %-li efedrin məhlulu yeridilir, oksigen verilir. Ağır hallarda qan köçürməyə müraciət olunur. Vena daxilinə mezaton və noradrenalin məhlullarının yeridilməsi yaxşı nəticə verir.

Travmatik şok dedikdə travma, hemodinamika və hormonal balansın pozulması nəticəsində bütün həyati vacib funksiyaların sönməsi ilə xarakterizə olunan orqanizmin ümumi ağır vəziyyəti başa düşülür. Travmatik şokun inkişafı üçün travma almazdan qabaq orqanizmin vəziyyəti böyük əhəmiyyət kəsb edir. Fiziki yorğunluq, uzunmüddətli yuxusuzluq, arıqlama, aclıq, soyuqlama, qanıtirmə, psixi zərbə travmatik şokun inkişafı üçün zəmin yaradır.

Əməliyyatdan sonrakı (ikincili) şokun inkişaf etməsinin səbəbi əməliyyatın uzun sürməsi, narkozun və ya yerli keyitmənin mükməml olmaması, həddən artıq qan itkisi, zəngin sinirlərə məxsus xüsusi şokogen zonalarda aparılan əməliyyatlar və s.-dir. Şokun inkişafı müddətindən asılı olaraq I-li və II-li şok ayırd edilir. I-li şok travma vaxtı və ya ondan dərhal sonra inkişaf edir. II-li şok travmadan müəyyən vaxt, bəzən bir neçə saat keçdikdən sonra baş verir.

Şokun 2 fazası ayırd edilir. Eretil və torpid faza.

Eretil faza travmadan dərhal sonra başlayıb, huşun saxlanması və hərəkəti narahatlıqla xarakterizə olunur. Dəri örtüyü bir qədər hiperemiyalı və ya normal olur. Tər ifrazı yüksəlir. Bəbəklər genişlənilir və onların işığa reaksiyası güclənir. Nəbz sürətlənir (bəzən zəifləyir), arterial təzyiq normal və ya azacıq yüksək olur. Bu faza qısamüddətli olub adətən torpid fazaya keçir.

Torpid faza orqanizmin bütün funksiyalarının tormozlanması və sönməsi ilə xarakterizə olunur. Huş saxlanılır, lakin süst və laqeyd

olur. Arterial təzyiq aşağı düşür, nəbz sürətlənir, zəif dolğunluqda və gərginlikdə olur. Dəri örtüyü solğun və soyuq tərlə örtülür. Üzü sınıxmış, bəbəklər genişlənmiş olur və işığa reaksiyası saxlanılır. Ürəkbulanma və ya qusma da ola bilər.

Xəstənin arterial təzyiqindən və ümumi vəziyyətindən asılı olaraq şokun 4 dərəcəsi fərqləndirilir.

I dərəcə- xəstənin ümumi vəziyyəti kafidir, nəbzi dəqiqədə 90-100 vuruş, arterial təzyiqi 90-100 mm.civə sütunu;

II dərəcə- xəstənin ümumi vəziyyəti pisləşmişdir, rəngin solğunluğu və soyuq tər nəzərə çarpır, nəbzi dəqiqədə 120-140 vuruş, arterial təzyiqi 70-90 mm.civə sütunu;

III dərəcə-xəstənin ümumi vəziyyəti ağırdır, nəbzi dəqiqədə 120-160 vuruş, arterial təzyiqi 50-70 mm.civə sütunu;

IV dərəcə- xəstənin ümumi vəziyyəti həddən artıq ağırdır, klinik ölüm hədudundadır, nəbzi sapvaridir, saymaq mümkün olmur, arterial təzyiqi 50 mm.civə sütunundan aşağıdır.

Şokun ağırlıq dərəcəsi hər şeydən əvvəl travmanın lokalizasiyasından və həcmindən, eləcə də xəstənin yaşından və cinsindən asılıdır. Uşaqlar, qadınlar və qoca şəxslər şoku pis keçirirlər. Aşağı ətrafların kəsilib qopması 100% şok əmələ gətirdiyi halda, yuxarı ətrafların kəsilərək qopması nadir hallarda şok törədir.

Şokun profilaktikası üçün onu əmələ gətirən amilləri nəzərə almaq və onları aradan qaldırmaq lazımdır. Xəstəyə vaxtında və düzgün tibbi yardım göstərməklə onun stasionara daşınmasını təşkil etmək lazımdır. Şokun müalicə planına aşağıdakı tədbirlər həyata keçirilir.

- ✓ Zədələnmiş nahiyədə ağrı qıcığını kəsmək;
- ✓ Mərkəzi sinir sisteminin funksiyalarının pozğunluğunu normalaşdırmaq;
- ✓ Tənəffüsü və qan dövranını normalaşdırmaq;
- ✓ Mübadilə proseslərini normalaşdırmaq və endokrin pozğunluqlarını aradan qaldırmaq.

Bununla əlaqədar xəstəyə analgetiklər tətbiq olunur (morfin və onun törəmələri). Zədələnmiş nahiyənin nəqliyyat immobilizasiyası aparılır. Novokain blokadalarından geniş istifadə olunur. III-IV dərəcəli şokda qanın, qanəvəzedicilərin və şok əleyhinə preparatların

istifadəsi güclü müalicə təsiri göstərir. Oksigenlə inhalyasiya aparılır. Dəri altına 1-2 ml. 20%-li kofein, 1-2 ml. 25%-li kordiamin, 1-2 ml. 5%-li efedrin, 1-2 ml. 0,2%-li noradrenalin, 1ml. 1%-li mezaton yeridilir. Maddələr mübadiləsini və endokrin pozğunluqları normalaşdırmaqdan ötrü vena daxilinə 20-60 ml. 40%-li qlükoza, 100-200 mg. kortizon və ya hidrokortizon, 20-100 mg prednizalon yeridilir.

Terminal vəziyyət

İnsanın həyatı ilə onun ölümü arasındakı sərhəd terminal vəziyyət adlanır. Buna şokun ağır mərhələsi, predaqonal vəziyyət, aqoniya və klinik ölüm daxildir.

Terminal vəziyyət müxtəlif səbəblərdən-ağır travmalar, şok, miokardın infarktı, çoxlu qanitirmə, nəfəs yollarının tutulması və ya asfiksiya (boğulma), elektrik travması, torpaq altında qalmaq, yanıqlar, intoksikasiyalar, sepsis, peritonit, uzun sürən əməliyyatlardan sonra, narkozun fəsadı olan asfiksiya və s. zamanı yarana bilər. Terminal vəziyyətdə orqanizmin bütün həyatı vacib funksiyaları kəskin şəkildə sönməyə başlayır, arterial təzyiq kəskin şəkildə aşağı düşür, mərkəzi sinir sisteminin tormozlanması inkişaf edir.

Predaqonal mərhələdə tormozlanma beyin kötüyünə və bülbar mərkəzlərə yayılır. Predaqonal vəziyyətdə ümumi tormozlanma, huşun qarışması, tənənfəslik, dərinin avazıması, akrosianoz qeyd olunur, göz refleksləri saxlanılır. Nəbz sapvari olur, sürətlənir, yalnız yuxu arteriyasında təyin etmək mümkün olur. Arterial təzyiq təyin olunmur.

Aqonal vəziyyət (öldümdən qabaqkı vəziyyət) huşun itməsi, ürək və tənəffüs fəaliyyətinin kəskin pozulması ilə xarakterizə olunur. Tənəffüs fasilələrlə olur, nəbz yalnız yuxu arteriyasında təyin olunur, arterial təzyiq təyin olunmur, ürək tonları kəskin karlaşır.

Kliniki ölüm. Terminal vəziyyətin son mərhələsi klinik ölümdür. Onun müddəti çox qısa olub 4-6 dəqiqədir. Lakin bu dövrdə reanimasiyanın köməyi ilə həyat üçün əhəmiyyəti olan üzvlərin fəaliyyətini bərpa etmək mümkündür. Bu dövrdə qan dövrəni və ağciyərlərin işi dayanır, dəri solğunlaşır, bəbəklər genişlənir, ref-

lekslər olmur. Tənəffüs və ürək fəaliyyəti dayandıqda toxumalara oksigen daxil olması kəsilməsi və qan çatışmazlığı nəticəsində toxumaların ölümü baş verir. Kompleks reanimasiya tədbirləri ilə qan dövranını və tənəffüsü vaxtında bərpa edib xəstəni terminal vəziyyətdən çıxarmaq olar. Kliniki ölümün vaxtı baş beyin qabığının qan təchizati dayandıqdan sonra onun yaşama müddəti ilə təyin olunur. Nisbətən gec olduqda yalnız qan dövranını və tənəffüsü bərpa etmək mümkün olsa da, baş beyin qabığının funksiyasını bərpa etmək mümkün olmur. Belə vəziyyət dekortikasiya və ya “sosial ölüm” adını daşıyır ki, bu zaman beyin qabığının funksiyası itir, daha doğrusu insan şəxsiyyətini geri qaytarmaq mümkün olmur. Çox vaxt ürək-ağ ciyər reanimasiyasının tətbiqinə keçmək lazım olur. Reanimasiya tədbirlərinə ürək-damar, tənəffüs və sinir sistemini oyadan preparatlardan istifadə olunur. Ölməkdə olan xəstənin yatağı yanında söhbətləşmək olmaz. Hətta kiçik pıçiltını o eşidə bilir və deyilməmiş sözlər onun əzabını bir az da artırmış olur. Əgər kliniki ölüm cərrahi müdaxilənin və travmanın nəticəsi olaraq başlamışsa təcili reanimasiya tədbirləri aparılır.

Terminal vəziyyətlərin müalicəsində ürəyin qapalı masajı, ağciyərlərin süni ventilyasiyası, venadaxili və ya arteriyadaxili qanın köçürülməsi, ürəyin defibrilyasiyası və s. istifadə olunur. Boğulma və sudabatma zamanı da terminal vəziyyət inkişaf edir.

Orqanizmin canlandırma metodları

Reanimasiyanın əsaslarını, ürək-damar reanimasiyasını əhaliyə öyrətmək tibb bacısının vəzifələrinə daxil olub vacib dövləti əhəmiyyət kəsb edir. Reanimasiya dedikdə narkoz, cərrahi əməliyyat, təsadüfi travmalar, zəhərlənmələr və s. nəticəsində baş verən klinik ölüm zamanı orqanizmin canlandırılmasına yönəldilmiş kompleks tədbirlər planı nəzərdə tutulur. Canlandırma- fəvqəladə mürəkkəb bir proses olub tibb və qeyri tibb personalından böyük təcrübə, cəldlik və dəqiqlik tələb edir. Ürək- damar reanimasiyası aşağıdakı mərhələlərdən ibarətdir:

- ✓ Tənəffüs yollarının keçiriciliyinin bərpası;

- ✓ Havanın (oksigenin) aktiv üfürülməsi metodu ilə ağ ciyərlərin süni ventilyasiyası;
- ✓ Ürəyin qapalı masajı yol ilə qan dövrünün süni mühafizəsi;
- ✓ Dərman maddələrinin yeridilməsi, defibrilyasiya;
- ✓ Həyati vacib üzvlərin mühafizəsi və stabilləşməsinə yönəldilmiş reanimasiyadan sonrakı dövrün intensiv terapiyası.

Tənəffüsün dayanması (asfiksiya), tənəffüs yollarının yad cisimlərlə tıxanması, qida maddələrinin, qanın aspirasiyası, boğulma (qətl, intihar), elektrik cərəyanı ilə zədələnmə, müxtəlif zəhərli maddələrin (xlor, ammoniyak, hidrogen sulfid və s.) və ya dərmanların təsirindən zəhərlənmə, beyinə qansızma, difteriya ərpi ilə tənəffüs yollarının tıxanması, tənəffüs yollarının şişi, travmatik şok, tetanus və uşaqlarda spazmofiliyada qırtlağın spazmı zamanı baş verir. Asfiksiya sürətli proses olub oksigenin çatışmamazlığından yaranır. Bu zaman boğulmanı əmələ gətirən səbəbdən asılı olaraq ya yuxarı tənəffüs yollarından yad cisimlər dərhal xaric edilir, qətl və intihar zamanı boğaza salınmış ilgək çıxarılır, şişlər zamanı təcili traxeostomiya edilir, ya da ağ ciyərlərin süni ventilyasiyası aparılır. Ağ ciyərlərə tənəffüs verməyin müxtəlif üsulları vardır. Hazırda «ağızdan-ağıza» və «ağızdan-buruna» ən effektiv üsul hesab olunur. Traxeostomiya haqqında müvafiq bölmədə ətraflı verilmişdir.

Ağ ciyərlərin süni ventilyasiyası. Texniki xüsusiyyətlərindən asılı olaraq ağ ciyərlərin süni ventilyasiyasının bir neçə metodu mövcuddur. Ağ ciyərlərin süni ventilyasiyasının növü xəstənin yerləşməsindən, şəraitdən və tənəffüsün dayanma səbəblərindən asılıdır. Hadisə yerində ilk yardım göstərməkdən ötrü biz ən çox işlənən, ümumi qəbul olunmuş, xüsusi hazırlıq və avadanlıq tələb etməyən və yüksək effektivliyə malik olan süni, sadə tənəffüs-«ağızdan-ağıza» və «ağızdan-buruna» metodu üzərində dayanacağıq. Bu metodu praktiki olaraq hər hansı bir şəraitdə tətbiq etmək mümkündür (şəkil 17) .

Əvvəlcə zərərçəkəndə tənəffüsün dayandığını təyin etmək lazım gəlir. Bunun üçün qulağı zərərçəkənin burnuna və ağızına yaxınlaşdırıb onun tənəffüsünə qulaq asmağa çalışmalı və tənəffüsü hiss edilməlidir. Eyni zamanda döş qəfəsi və qarnın hərəkətinə fikir vermək lazımdır. Əgər tənəffüsün əlamətləri görünməzsə onda xəstə

tənin yuxarı tənəffüs yollarının keçiriciliyini təmin etməli və xəstənin ağ ciyərlərinə kifayət qədər hava daxil olmasına şərait yaradılmalıdır. Bunun üçün əvvəlcə zərərçəkənin tənəffüsünü və qan dövrənini çətinləşdirə bilən paltarların düymələri açılır. Metodun effektivliyinə nail olmaq üçün xəstə arxası üstə sərt döşəmə üzərinə elə uzadılır ki, baş maksimum arxaya doğru əyilmiş olsun. Bu məqsədlə kürəyin altına ədyaldan və ya xəstənin paltarından hazırlanmış 15-20 sm. hündürlüyündə yastıq qoyulur. Bunun üçün bir əllə çənə aşağı doğru sıxılır və ya əl boyunun altına salınır, digər əllə isə alından tutaraq baş arxaya doğru verilir. Başı dala əydikdə dil qabağa çəkilib nəfəs yolunu açır və qırtlağa sərbəst hava daxil ola bilər. Xəstənin çənəsi aşağı doğru çəkilərək ağız açılır. Ağız və udlaq selikdən və digər möhtəviyyatlarından (qusuntu kütləsi, qan, qum, diş protezi və s.) təmizlənir. Yuxarı tənəffüs yollarının keçiriciliyinə əmin olduqdan sonra süni tənəffüsə başlanılır. Kömək göstərən şəxs xəstənin hər hansı tərəfində dura bilər. Xəstənin burnu və ağız tənzif və ya dəsmalla örtülür. Kömək göstərən bir-iki dəfə dərindən nəfəs alıb verdikdən sonra barmaqlarıyla xəstənin burnunu tutur və növbəti dəfə dərindən nəfəs alıb dodaqlarını xəstənin dodaqlarına kəp yapışdıraraq onun ağ ciyərlərinə qüvvətli hava üfürür. Hava üfürüldəndən sonra yardım göstərən üzünü zərərçəkəndən uzaqlaşdırır. Xəstənin ciyərləri öz elastikliyi hesabına nəfəs verir. Bu anda xəstənin ağız açıq qalmalıdır. Bu minvalla hər 5 saniyədən bir, yəni bir dəqiqədə 12-16 dəfə hava üfürmək lazımdır. Əgər xəstənin çənəsi möhkəm bağlanmışsa onda analogi olaraq burun vasitəsilə hava üfürülür.

Süni tənəffüsün effektivliyini yoxlamaq üçün aşağıdakılarına diqqət yetirmək lazımdır: xəstənin ciyərlərinə hava üfürüldükdə onun döş qəfəsi uyğun tərzdə həcmcə böyüməlidir. Belə olursa deməli xəstənin tənəffüs yolunu dili, yaxud başqa bir kənar cisim tutmuşdur, ya da üfürülən havanın həcmi kifayət qədər deyildir.

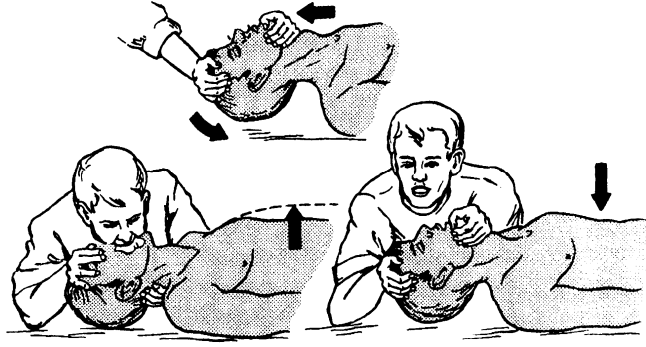
İşləyən ürəkdə süni ventilyasiyanı tibb işçisi gələnədək ya da sərbəst tənəffüs hərəkətlərinin meydana çıxması və huş bərpa olunanadək inadla davam etdirmək lazımdır. Bəzən bu prosesi, uzun müddətə –1-1,5 saatadək davam etdirmək lazım gəlir.

Ürəyin dayanmasının əlamətləri huşun itməsi, nəbzin və ürək tonlarının olmaması, tənəffüsün dayanması, bəbəklərin genişlənməsi, dəri və selikli qişaların avazıması və göyərməsidir. Huşun itməsi anında görünən ürək dayanmasının ilk əlaməti qıcolmadır.

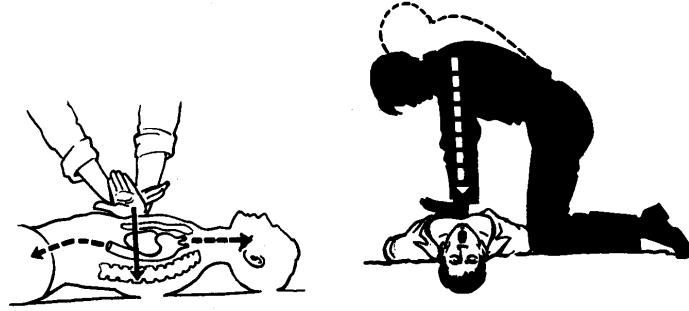
Bu əlamətlər qan dövranının dayanmasını aydın göstərdiyi üçün əlavə müayinələrə-nəbzin və arterial təzyiqin ölçülməsinə, həkim axtarmağa vaxt qalmır və dərhal ürəyin masajına başlamaq lazımdır. Ürəyin iki növ masajından istifadə edilir. Yalnız döş boşluğunda aparılan əməliyyatlar zamanı açıq və xaricdən döş qəfəsi açılmış halda edilən qapalı masaj.

Ürəyin qapalı masajı. Metodun məqsədi ürəyin onurğa ilə döş sümüyü arasında ardıcıl olaraq süni sürətdə ritmiki sıxılmasına əsaslanır (şəkil 18). Bu zaman qan böyük və kiçik qan dövranının iri damarlarına itələnməklə ürək əzələsinin sinir aparatını qıcıqlandırır. Bu isə həyati vacib üzvlərin qan dövranının süni bərpasına imkan yaradır. Xəstədə ürək fəaliyyətinin dayanması qeydə alınan kimi, o arxası üstə sərt döşəmə, taxta və ya çarpayının kənarı üzərinə uzadılır. Köməklik göstərən şəxs xəstənin sol tərəfində dayanır. Bir əlin ovuc səthi döş sümüyünün aşağı hissəsinə qoyulur, digəri isə əvvəlkinin arxasına yerləşdirilir. Hər iki əl dirsək oynaqından düzləndirərək döş sümüyünü qüvvətli təkanla ritmiki basmaqla onu onurğaya 4-5 sm.-ə qədər sıxmaq və bu vəziyyətdə xəstəni təxminən yarım saniyə saxlamaq lazımdır. Daha sonra əllər cəld, döş sümüyündən götürülməmək şərti ilə boşaldılır və sıxılmış döş sümüyünün əvvəlki vəziyyətə qayıtmasına şərait yaradılır.

Masaj zamanı qolun gücündən çox bədənin ağırlığından istifadə etmək lazımdır. Bu isə həm masajın keyfiyyətini yaxşılaşdırır, həm də uzunmüddətli masaj üçün orqanizmin gücünün tükənməsinin qarşısını alır. Barmaqlar döş qəfəsinə təmas etməməlidir. Bu bir yandan masajın effektivliyini azaldır (çünki təzyiq döş qəfəsinə deyil döş sümüyünün aşağı hissəsinə olmalıdır), digər tərəfdən isə qabırğaların sınıma təhlükəsini artırır. Təkanların sayı böyüklərdə təqribən 60-dan az olmamalıdır. Masajın daha effektiv olması üçün masaj edən şəxs digəri ilə dəyişdirilməlidir. Lakin bu dəyişmə anında masajın dayandırılması bir neçə saniyədən artıq olmamalı və əvəz edən şəxs də bu metodun texnikasından xəbərdar olmalıdır.



Şəkil 17. "Ağızdan- ağıza" ağ ciyərlərin süni ventilyasiyası (mərhələlərlə)



Şəkil 18. Ürəyin qapalı masajı

10-12 yaşlı uşaqlarda ürəyin masajı bir əllə, yenidoğulmuş uşaqlarda isə iki barmaqla edilməlidir. Təkanların sayı isə müvafiq olaraq 70-80 və 100-120 olmalıdır. Aparılan masajın adekvatlığının meyarı, yəni ürək fəaliyyətinin bərpa olması əlaməti yuxu və bud arteriyasında hər təkan zamanı nəbzın əmələ gəlməsi, dəri örtüyündə göyümtül rəngin azalması, dodaqların dərisinin çəhrayılaşması və bəbəyin daralmasıdır. Bu əlamətlər görünəndən sonra masajı dayandırmaq olar.

Asan mənimsənilməsindən ötrü bu başlıca reanimasiya tədbirlərinin ayrı-ayrılıqda öyrənilməsinə baxmayaraq ürəyin masajı ilə ağ ciyərlərin süni ventilyasiyası müştərək aparılmalıdır. Daha doğrusu ürəyin masajı ağ ciyərlərin ventilyasiyasının müşayiəti ilə aparılmalıdır. Belə ki, hər 15 nəfəsvərmə 60 dəfə döş sümüyünün basılmasına uyğun gəlməlidir. Yəni hər 4 dəfə masajdan sonra, bir dəfə

hava üfürülməlidir. Bu qayda ilə hər iki növ yardımı, çətin də olsa bir adam göstərə bilər. Əgər yardım göstərənlər iki nəfədirsə onda qarşılıqlı razılıqla və onlardan biri ürəyin masajını, digəri isə süni tənəffüsü icra edir. Hər 5 masajdan sonra bir saniyə fasilə verməklə 1 tənəffüs məsləhət görülür. Əgər ölənlər şəxsə bir nəfər yardım göstərsə onda manipulyasiyaların növbələşməsi və rejimi bir qədər dəyişdirilməlidir. Belə ki, hər 2 dəfə tənəffüs verdikdən sonra bir saniyə fasilə verməklə 15 dəfə masaj edilir.

Ürəyin masajı ilə ağ ciyərlərin süni ventilyasiyası dərhal hadisə yerində tətbiq olunur. Xəstəni tək saxlayıb təcili yardım çağırmağa getmək, xəstəni həyata qaytarmaq üçün lazım olan qiymətli vaxtı itirmək deməkdir.

Əgər ürək-ağciyər reanimasiyası gecikərsə və ya keyfiyyətli aparılmazsa bu zaman **bioloji ölüm** baş verir. Bioloji ölümün əsas əlamətləri bədənin soyuması (ətraf mühitin temperaturunadək) və əzələlərin tam boşalması, meyit ləkələrinin əmələ gəlməsidir. Aparılan reanimasiya tədbirləri uğursuz olduqda geriye dönməz bioloji ölüm baş verir. Həmin əlamətlərə görə ölüm faktını müəyyənləşdirir və xəstəlik tarixinə gününü və saatını qeyd edirlər. Ölənlər xəstəni digər xəstələrdən şırma ilə və ya izolyatora qoymaqla ayırmaq lazımdır.

Həkim xəstənin öldüyünü elan etdikdən sonra tibb bacısı aşağıdakı tədbirləri həyata keçirməlidir. Meyid soyundurulur, ayaqları uzadılmış və bir-birinə bağlanmış vəziyyətdə çarpayığa və ya xərəyə arxası üstə, yastıqsız uzadılır. Göz qapaqları örtülür, alt çənə bağlanır, üzəri mələfə ilə tam örtülür və belə vəziyyətdə 2 saat (bioloji ölümün etibarlı əlamətləri-meyit ləkələri təzahür edənədək) saxlanır. Tibb bacısı meyidin ayaq baş barmağına ölənin adı və soyadı, xəstəlik tarixinin nömrəsi yazılmış birka bağlayır. Müalicə həkiminin və ya növbətçi həkimin iştirakı ilə üzərində olan qiymətli əşyalar çıxarılır və siyahı tərtib edilərək saxlamaq üçün baş tibb bacısına verilir. Əgər qiymətli əşyaları çıxartmaq mümkün deyilsə, onda bunun haqqında xəstəlik tarixində qeyd aparılır və meyit onlarla birlikdə meyitxanaya göndərilir. Baş verən hadisə haqqında qohumları məlumatlandırılır. İki saatdan sonra bioloji ölümün

etibarlı əlamətləri (meyit ləkələri) təzahür etdikdən sonra növbətçi sanitarların köməyi ilə patoloji anatomik şöbəyə göndərilir.

Yoxlama sualları:

1. *Ürəyin dayanması zamanı lazım olan təxirəsalınmaz tədbirlər haqqında danışın.*
2. *Aşfiksiyanı törədən səbəbləri sadalayın.*
3. *Kliniki ölüm nədir və onun əsas əlamətləri hansılardır?*
4. *Tənəffüsün dayanması zamanı təxirəsalınmaz tədbirlər hansılardır?*
5. *Zərərçəkəndə süni tənəffüsün effektivliyini hansı əlamətlər göstərir?*
6. *Hansı səbəblər ürəyin dayanmasını əmələ gətirir və onun əsas əlamətləri nədir?*
7. *Ürəyin qapalı masajının texnikası necədir və şərtləri nədir?*
8. *Bioloji ölüm nədir və onun əsas əlamətləri hansılardır?*
9. *Əgər ölən şəxsə bir nəfər yardım göstərsə o birinci nəyi icra etməlidir? Ağciyərlərin süni ventilyasiyasını yaxud ürəyin qapalı massajını?*
10. *Ölümün əsas mərhələlərini sadalayın.*
11. *Ağ ciyərlərin süni ventilyasiyası necə aparılır?*
12. *Ürək-damar reanimasiyasının effektivliyinin əsas meyarları nədir?*

Situasiya məsələləri

I. Uzun müddət yataqda üfüqi vəziyyətdə uzanmış xəstə qəflətən yataqdan qalxarkən huşunu itirir və yıxılır. Xəstənin dəri örtüyü avazımsız, üzünü soyuq tər basmış, nəbzi sapabənzər və tezlaşmış, arterial təzyiqi aşağı düşmüş, tənəffüsü səthidir. Diaqnozu qoyun. Müalicə necə aparılır?

II. Küçədə səliqəli geyimdə, orta yaşlı, gözləri yumulu vəziyyətdə arxası üstə bir kişi uzanmışdır. Bu insanın diri və ya ölü olduğunu necə müəyyənləşdirmək olar?

III BÖLMƏ. CƏRRAHİ FƏALİYYƏTİN ƏSAS İSTİQAMƏTLƏRİ

MÖVZU 11. Cərrahi işin təşkili. LOR cərrahlığı.

Tələbə bilməlidir:

- ✓ Qəbul şöbəsinin işini, qəbul şöbəsi tibb bacısının vəzifələrini
- ✓ Cərrahi stasionarın quruluşunu, iş rejimini və təchizatını
- ✓ Cərrahiyyə şöbəsinin işini;
- ✓ Əməliyyat blokunun quruluşunu, təchizatını və iş rejimini
- ✓ Əməliyyat blokunun əməliyyata hazırlanmasını;
- ✓ Palataların dezinfeksiyaedici məhlullarla yaş təmizlənməsini
- ✓ Əməliyyat üçün lazım olan ləvazimatları.

Mühazirənin planı:

- Cərrahi şöbənin quruluşu.
- Poliklinikanın cərrahi kabinetini.
- Cərrahi şöbənin dezinfeksiyası
- Lor cərrahlığı.

Xəstələrə cərrahi yardım göstərən tibb müəssisələri iki növə bölünür: ambulator və stasionar. Ambulator cərrahiyyəyə cərrahi kabinetlər və təcili yardım otaqları daxildir. Xəstəxanalar isə çox profilli və ixtisaslaşdırılmış olmaqla iki yerə bölünür. İlk mərhələdə xəstə ambulatoriya müəssisələrinin həkimləri ilə qarşılaşır. Burada bir sıra xəstəliklərin konservativ müalicəsi, sarğıların qoyulması və hətta kiçik əməliyyatlar (xoşxassəli şişlərin çıxarılması, irinliklərin açılması və s.) aparılır. Daha mürəkkəb hallarda, xüsusi müayinə və əməliyyatlar üçün xəstələr xəstəxanaya göndərilir. Xəstəxanalar təxirəsalınmaz tibb yardımının göstərilməsindən və həmçinin planlı əməliyyatlar aparmaqdan ötrü də təşkil oluna bilər. Məhz cərrahi yardımın əsas hissəsi stasionarlarda həyata keçirilir. Cərrahi profilli xəstəxananın aşağıdakı struktur bölmələri mövcuddur.

Qəbul şöbəsi – xəstələrin şöbələrin profilinə uyğun qəbulunu həyata keçirir, qeydiyyatını aparır, müayinəsini və sanitariya işləməsini təşkil edir və cərrahi şöbəyə daşınmasını təmin edir.

Cərrahiyyə şöbəsi - xəstəliyin profili nəzərə alınmaqla onların müayinəsi və müalicəsi üçün nəzərdə tutulmuşdur. Şöbədə aseptikanın prinsipləri ciddi gözlənilir. Belə ki, xəstələr “təmiz” və “irin-

li” olmaqla iki yerə bölünürlər. “İrinli” xəstələr üçün ayrıca otaq ayrılır. İki – “təmiz” və “irinli” sarğı otağı tələb olunur. Əməliyyatdan sonrakı palata irinli palatadan və şöbənin sarğı otaqları yerləşən hissəsindən əks tərəfdə yerləşir. Mikroorqanizmlərin ətraf mühətdən yaraya daxil olmasının qarşısını almaq üçün ilk növbədə cərrahi şöbənin və bütövlükdə xəstəxananın iş xüsusiyyətlərinə uyğun olaraq bir sıra təşkilati tədbirlər həyata keçirilir.

Əməliyyat bloku cərrahi müdaxilələri icra etmək üçün nəzərdə tutulmuş, şöbədən və palatalardan təcrid olunmuş şəkildə yerləşdirilir. Əməliyyat blokunun şöbəyə əlavə olunaraq tikilməsi daha yaxşıdır. Bura cərrahi stasionarın ən təmiz hissəsi olub, aseptika qaydaları və zonallıq prinsipləri ciddi şəkildə gözlənilir.

I zona – mütləq steril zonadır. Buraya daxildir:

✓ əməliyyat otağı - cərrahi şöbənin işinin həcmindən asılı olaraq bir neçə ola bilər. Əgər bir əməliyyat otağı varsa əvvəlcə təmiz əməliyyatlar sonra isə irinli əməliyyatlar icra olunur. İrinli əməliyyat otağının təmizlənməsi daha ciddi aparılmalıdır.

✓ əməliyyat önu otaq - əməliyyatdan qabaq əllərin yuyulması, baxıl, maska geyilməsi üçün nəzərdə tutulmuş otaqdır.

✓ sterilizasiya otağı - əməliyyat zamanı zəruri olan əlavə alətlərin serilizasiyası üçün nəzərdə tutulmuş otaqdır.

II zona – ciddi rejimli zona (nisbi steril zona) olub buraya: 1) sanitariya müayinəsi otaqları, 2) tibbi heyətin soyunub-geyilmə otağı, 3) xüsusi geyimlərin (xalat, kalpak, tibbi kostyum, əvəzedici ayaqqabı) geyilmə otağı, 4) narkoz aparatlarının saxlanması və əməliyyatdan sonra alətlərin işlənməsi otağı daxildir.

III zona – məhdudlaşdırılmış (texniki) rejim – buraya qan və onun preparları, portativ aparatlar, cərrahi alətlər, dərman vasitələri, təmiz əməliyyat ağları, avadanlıq və ləvazimatların saxlanması üçün və əməliyyat tibb bacıları və anesteziqlərin istifadə etdikləri otaqlar daxildir.

IV zona – ümumi rejimli zona olub, buraya şöbə müdiri, baş tibb bacısı otaqları, çirkli ağlar, tullantılar, mərkəzləşdirilmiş sterilizasiya şöbəsi, qanköçürmə şöbəsi daxildir.

Əməliyyat tibb bacısı əməliyyat otağında müalicəvi mühafizə rejimini təşkil edir və onu dəstəkləyir. O, əməliyyat blokunun ava-

danlıqları və təchizatına cavabdehlik daşıyır, sarğı materiallarını və əməliyyat otağını hazırlayır və onların sterilliyini təmin edir.

Cərrahi xəstəxanaların bütün şöbələrində döşəmələr və divarlar tez-tez antiseptik məhlulların nəm təmizlənməsinə davam gətirə biləcək məmulatlarla (linoleum, kafel, keramik plitə, yağlı boya) örtülməlidir. Divar, döşəmələrdə və tavanda özündə toz toplaya bilən heç bir çıxıntı olmamalıdır. Əməliyyat və soyunub geyinmə otağına da eyni tələblər tətbiq olunur. Cərrahi xəstəxananın avadanlıqları sadə konfigurasiyalı, asanlıqla hərəkət edə bilən (təkərli) və dezinfeksiya oluna bilən metal və plastik materialdan hazırlanır. Divarların rəngi tam ağ deyil, məsələn açıq yaşıl rəngdə olmalıdır. Ağ rəng cərrahın gözlərini yorur.

İstilik tənzimi. Əməliyyat otağının istilik tənzimi isti döşəmədən ibarət olmalıdır. Radiator tipli isidici özündə toz saxlaya bilər. Otağın temperaturu 22-24⁰C hüdudunda eyni bərabərdə olmalıdır.

İşıqlandırma. İşıqlanma kifayət qədər parlaq, lakin rəngi təhrif etməməlidir. Otağın pəncərələri cənub tərəfə açılmamalıdır. Bu zaman birbaşa otağa düşən günəş işığı cərrahın işinə mane olur və otağı yayda çox qızdırır. Cərrahi sahəni işıqlandırmaq üçün cərrahın başından və əllərindən kölgə verməyən xüsusi kölgəsiz lampalardan istifadə olunur. Lazım gəldikdə əlavə yan lampalar və ya cərrahın başına bağlanan xüsusi mədən lampalarından da istifadə olunur. Onlar adətən neyrocərrahi əməliyyatlar zamanı lazım gəlir.

Havalandırma. Əməliyyat otağı yaxşı havalandırılmalıdır. Hazırda həm havanı soyudan, həm isidən, həm də sterilizasiya edən xüsusi kondisionerlərdən istifadə olunur.

Avadanlıqlar. Əməliyyat otağının aparat və mebelləri yalnız cərrahi müdaxilə üçün vacib olan əşyalardan təşkil olunmalıdır. Bunlara xəstənin hər hansı bir vəziyyətdə yerləşdirilməsinə imkan verən əməliyyat masası, alətlər və sarğı materialları yığılan əməliyyat tibb bacısının masası, cərrahi alətlər masacığı, qanaxmanı dayandırmaq üçün termokoaqulyator, elektrik sorucusu və anestezioloji avadanlıq aiddir. Oksigen və narkotik qaz balonlarının əməliyyat otağından kənarında yerləşməsi məsləhət görülür. Yaxşı olar ki, qazlar xüsusi boru kəmərləri ilə əməliyyat otağına verilsin.

Əməliyyatdan qabaqki otaq cərrahın, köməkçinin və əməliyyat

tibb bacısının əməliyyata hazırlanması üçün nəzərdə tutulmuşdur. Əməliyyata hazırlıq əllərin yuyulması ilə başlayır. Əllərin yuyulması üçün üzərində elektron saat yerləşdirilmiş sensorlu (və ya dirsəkli) su kranı olan çanaq olur.

Narkoz otağı – adi otaqlardan biri olub, burada anestezioloqlar tərəfindən istifadə edilən avadanlıqlar, dərmanlar və sənədlər saxlanılır. Bəzən bu otaqda anesteziyanın ilkin mərhələsi aparılır və sonra xəstə əməliyyat otağına keçirilir.

Sterilizasiya və ya avtoklav otağında əməliyyat ağıları və cərrahi alətləri sterilizasiya etmək üçün avtoklavlar və sterilizatorlar quraşdırılır.

Alətlər otağı cərrahi alətlərin və avadanlıqların saxlanması üçün nəzərdə tutulmuşdur. Otaqda bunun üçün xüsusi şüşə şkaflar qoyulur.

Material otağı. Əməliyyat ağılarının, sarğı materiallarının və tikmiş materiallarının hazırlanması üçün istifadə edilir. Burada spirtin və digər dərmanların ehtiyatı saxlanılır.

Sarğı otağı. Sarğı otağına qoyulan tələblər əməliyyat otağı ilə eynidir (otağın işıqlı olması, divarlarına yaşıl boya və ya kafel, döşəmənin keramik plitələrlə örtülməsi). Sarğı otağında temperatur ən azı 18⁰C saxlanılır. Sarğı otağının avadanlıqları bunlardır: xəstələrə sarğı qoyulmasından ötrü masa, alətlər və dərman preparatları üçün şkaflar, bir neçə kətil, alətlər masası. Alətlər adətən sarğı otağının özündə sterilizasiya olunur. Sarğı otağı mərkəzləşdirilmiş isti və soyuq su ilə təchiz olunur. Sarğı otağında da əməliyyat otağında olduğu kimi təmizliyi mükəmməl şəkildə qorumaq lazımdır. Alətlər masası da əməliyyat otağında olduğu şəkildə quraşdırılır. Alət və sarğı materialları kornsənq vasitəsilə verilir. Sarğı yalnız alətlər vasitəsilə icra edilir. Əvvəl “təmiz” (irinləməmiş yaralar), sonra isə “irinli” xəstələrdə sarğı aparılır. İş gününün sonunda sarğı otağının nəm təmizlənməsi və havanın ultrabənövşəyi şüalanması icra edilir. Qeyd etdiyimiz kimi böyük şöbələrdə iki – adətən “təmiz” və “irinli” sarğı otaqları mövcud olur.

Palatalar. Cərrahi şöbədə geniş, xəstələrin yatması üçün işıqlı və yaxşı ventilyasiya olunan otaqlar-palatalar olur. Palatalarda havanın temperaturu 18-20⁰C arasında olmalıdır. Palatalardakı mebel-

lər hamar səthə malik olmalı, adətən üzəri asan silinə bilən emallı boya ilə örtülməlidir. Çarpayılar elə yerləşdirilməlidir ki, xəstə ona hər tərəfdən yanaşa bilsin. Əməliyyat sonrası xəstənin yerləşdirilməsi üçün mütləq əməliyyatdan sonrakı palata ayrılmalıdır. İnfeksiyanın bir xəstədən digərinə keçməsi (xəstəxanadaxili infeksiya), xüsusi ilə irinli xəstədən təmiz xəstəyə keçməsinin mümkünlüyünü nəzərə alaraq irinli xəstəlikləri olan xəstələr xüsusi şöbələrdə təcrid olunur. Belə şöbələrdə və ya palatalarda aseptika qaydalarına tələbkarlıq, təmiz şöbələr və palatalara nisbətən daha yüksək olmalıdır. Əgər xəstəxanada ayrıca irinli şöbə yoxdursa onda şöbədə irinli palata təşkil edilməlidir.

Yuxarıda göstərilən otaqlarla yanaşı cərrahi şöbədə tibbi proseduraları yerinə yetirmək üçün prosedura otağı olmalıdır ki, burada inyeksiyalar, boşluqların punksiyası, kateterlərin qoyulması və s. icra edilir. Cərrahi stasionarda əməliyyatdan sonra ən ağır xəstələr üçün xüsusi avadanlıqlarla təchiz edilmiş, reanimasiya tədbirlərini aparmaqdan ötrü *intensiv müalicə palatasının* olması da zəruridir.

Əməliyyatdan sonrakı xəstələrə qulluq və nəzarət etməkdən ötrü sutka ərzində tibb bacısı postları qurulur. Ölən xəstələr xüsusi bir otağa – izolyatora yerləşdirilir.

Tibb bacısının postu. Adətən palataların yaxınlığındakı dəhlizdə növbətçi tibb bacısının masası olur. Masanın yanında səsli və işıqlı siqnalizasiya quraşdırılır və şöbədaxili aptek üçün xüsusi şkaf qoyulur. Bu şkafda xəstələrin müalicəsi üçün lazım olan dərman preparatları saxlanılır. Şkafın qıfılla kilidlənmiş ayrı hissəsində isə A və B siyahısına daxil olan dərmanlar saxlanılır. Tibb bacısı tibbi yardım göstərəkən tibbi xalalda, kalpaqda, maskada olmalı, rezin əlcək geyinməli, antiseptik məhlullar və zəruri dərman maddələrinə malik olmalıdır. Vacib cərrahi alətlər və sarğı materialları steril bağlamada olmalı, istifadə edildikdən sonra bütün materiallar xüsusi tullantı konteynerinə yerləşdirilməlidir.

Poliklinikanın cərrahi kabineti. Bu kabinetin əsas vəzifəsi xəstələrin ilkin müayinəsi, stasionar və ambulator müalicəsi üçün xəstələrin seçilməsi və dispanserizasiya aiddir. Cərrahi kabinet həmçinin stasionardan evə yazılmış xəstələrə ambulator nəzarət də edir. Poliklinikanın cərrahi kabineti ən azı 3 otaqdan ibarət olmalı-

dır. Bunlara həkimin xəstə qəbulu kabinetini, əməliyyat otağı və sarğı otağı aiddir. Böyük poliklinikalarda “irinli” və “təmiz” xəstələrə görə otaqlar 2 dəfə artırılır. Materialların sterilizasiyası bütün poliklinika üzrə mərkəzləşdirilmiş qaydada aparılır. Bu haqda 12-ci mövzuda ətraflı verilmişdir.

Cərrahiyyə şöbəsinin dezinfeksiyası.

Xəstəxanadaxili infeksiyanın yayılmasının qarşısının alınması üçün palatalar hər iki gündən bir dezinfeksiyaedici maddələrin köməklili ilə təmizləmə, həftədə 1 dəfə isə ümumi təmizləmə aparılır.

Palatada sarğı aparıldıqdan sonra (drenajların dəyişdirilməsi) 1%-li xloraminlə 10%-li naşatır spirtinin 1:10 nisbətində məhlulu ilə əlavə olaraq cari təmizləmə aparılır. Alətlər silinir, döşəmə yuyulur və bakterisid lampa yandırılır. Bu zaman xəstənin üzəri örtülür, başı yana çevrilir və sifəti salfetlə örtülür.

Əməliyyat otağı hər gün işdən sonra müxtəlif dezinfeksiyaedici maddələrdən istifadə olunan məhlullardan (məs: 50q. soda + 50q. yaşıl sabun+150q lizol+bir vedrə isti su ilə qarışdırılır) istifadə etməklə yalnız yaş üsulla təmizlənməlidir. Başqa bir vedrədə təmiz isti su və sabun olmalıdır. 1:1000 nisbətində diosid də istifadə etmək olar. Divarlar, tavan və döşəmə kimyəvi maddələrlə silindikdən sonra, isti su ilə yuyulur. Təmizlənmənin sonunda bütün mebellər, divar və döşəmə təmiz əski ilə silinir. Bundan sonra 6 – 8 saat ərzində bakterisid lampa yandırılır. Bir lampa 30 m² sahə üçün nəzərdə tutulur. Bütün təmizlənmələr əməliyyat otağından başlanır, sonra sterilizasiya və alətlər otağı, daha sonra isə əməliyyatdan qabaqkı otaq və digər otaqlar təmizlənilir.

Əməliyyat bloku, eləcə də əməliyyat otağı həftədə bir dəfə böyük tibb bacısının qrafiki əsasında əməliyyat təyin olunmayan gün əsaslı surətdə təmizlənilir. Dezinfeksiya tədbirlərinə nəzarət GEM-in dezinfeksiya şöbəsi və tibb müəssisəsinin daxili laboratoriyası tərəfindən həyata keçirilir. Otağın dezinfeksiyasına nəzarət vizual, bakterioloji, bioloji və kimyəvi metodlarla aparılaraq bakteriyaların növü aşkarlanır. Eyni zamanda 1 m³ havaya düşən qızılı stafilyokokların ümumi miqdarı təyin olunur. Sınaq dezinfeksiyadan 30-40 dəqi-

qə sonra götürülür. Bu zaman sınağın götürülmə tarixi, dezinfeksiyaedici məhlulu hazırlayan şəxsin kimliyi, hazırlanma tarixi və saxlama müddəti qeyd edilir.

Əməliyyat blokuna yalnız tibb işçiləri xalat, qalpaq, maska və xüsusi corablar (baxillər) geyindikdən sonra girməlidirlər. Əməliyyat otağı günün bütün saatlarında əməliyyatların həyata keçirilməsi üçün həmişə hazır vəziyyətdə olmalıdır. Əməliyyat otağı əməliyyat olmayan vaxtlarda bağlı qalmalıdır. Təcili əməliyyatlar üçün növbətçi əməliyyat otaqları ayırd edilir. Əməliyyatdan qabaq bütün iştirakçılar cərrah, köməkçi cərrah və tibb bacısı duş qəbul edib, pambıq parçadan hazırlanmış paltar geyindikdən sonra əməliyyat blokuna girməlidirlər. Hərəkət zamanı sürtünmədən elektricləşən, bədəndə elektrikin toplanmasını yaradan yun və sintetik paltarlardan (neylon, kapron) istifadə etmək olmaz. Bu zaman elektrostatik gərginliyin artması hesabına əməliyyat otağında partlayış təhlükəsi yarana bilər. Əməliyyat otağına daxil olmazdan əvvəl xalat çıxarılır, maska taxılır, baxil geyildikdən sonra əlləri əməliyyata hazırlamaq və steril paltarı geyinmək üçün ciddi şəkildə steril olunmuş xüsusi otağa daxil olurlar. Əməliyyatda iştirak etməyən tibbi personalın əməliyyat otağına daxil olması qadağandır. Əməliyyat otağına daxil olmaq ciddi olaraq məhdudlaşdırılır. Əməliyyat otağına giriş yalnız təmiz və səliqə ilə düymələnmiş xalatlə mümkündür. Otağa daxil olması zəruri olan digər şəxslər isə (məsələn: tələbələr) 4 qatlı tənzif maska və ya antiseptik məhlulda isladılmış birdəfəlik maska geyinir, saçlarını qalpaq altında gizlədir və ayaqqabı üzərindən baxil taxırlar. Cərrahi geyimlə əməliyyat blokundan kənara çıxmaq qadağandır! Öskürəkdən, zökəmdən, anginadan əziyyət çəkən şəxslər əməliyyat otağına buraxılmırlar.

Əməliyyat otağının təmizlənməsinin aşağıdakı növləri vardır:

1. İlk təmizlənmə – əməliyyat günü başlamazdan əvvəl bütün üfüqi səthlərdə gecədən toplanmış toz nəm əski ilə silinir.

2. Cari təmizlənmə - əməliyyat zamanı döşəməyə düşən əşyalar, qan, möhtəviyyat, kürəcik, tampon və s. birbaşa əməliyyat zamanı yığılır, qana bulaşmış döşəmə silinir.

3. Aralıq təmizlənmə – əməliyyatlar arasında əməliyyat otağında təmizlənmə işləri aparılır.

4. Yekunlaşdırıcı təmizlənmə – əməliyyat gününün sonunda döşmə, avadanlıq və divar insan boyu hündürlüyündə əsaslı silinir.

5. Əsaslı təmizlənmə - həftədə bir dəfə əməliyyat aparılmayan gün, əməliyyat otağında mexaniki və kimyəvi təmizləmə (dezinfeksiya) aparılır, bütün divarlar antiseptik məhlulda isladılmış nəm əski ilə yuyulur, əşyalar isə həmin məhlulda isladılmış nəm əski ilə silinir. (yaxşı olar ki, tavan da yuyulsun)

Cərrahi əməliyyatlar zamanı toxumaları birləşdirmək üçün ipək sap, ketqut, at tükü, kapron, neylon saplar və bir sıra başqa materiallar tətbiq edilir. Tikiş materiallarının orqanizmin toxumalarında qalması və onlar düzgün sterilizasiya edilmədikdə infeksiya mənbəyi ola bilmələri ilə əlaqədar tikiş materiallarının sterilizasiyası xüsusi diqqət tələb edir.

LOR cərrahlığı

Otorinolarinqologiya yunan sözlərindən (otos-qulaq, rinos-burun və larinqs-boğaz) əmələ gəlmişdir. Bu fənn qulaq, burun, udlaq və qırtlağın quruluşunu, onların eşitmə, qoxu, tənəffüs, nitq və səs əmələgəlmə funksiyalarını və xəstəliklərinin müalicəsini öyrənir.

Otorinolarinqoloji xəstələr üçün də poliklinikaların xüsusi kabinetləri ilə yanaşı, LOR şöbələri də fəaliyyət göstərir. LOR şöbəsinin tibb bacısının qarşısında duran əsas məsələ həkim-otorinolarinqoloqun müalicə-diaqnostik təyinatlarını yerinə yetirmək və əhaliyə ixtisaslaşdırılmış tibbi yardım göstərilməsində ona kömək etməkdir. O bir başa otorinolarinqoloqun rəhbərliyi altında işləyir. Tibb bacısı xəstələrin qəbulunu təşkil edir, onları cərrahi müdaxiləyə hazırlayır. Materialların bixsə yığılmasını, onların və cərrahi alətlərin sterilizasiyasını təşkil edir, LOR kabinetinin və ya şöbəsinin sanitar rejiminin gözlənilməsini təmin edir. Şöbədə istifadə olunan dərmanları qəbul edib onların yararlıq müddətini nəzarətdə saxlayır. Tibb bacısı farmakologiyanın əsaslarını bilməli, ambulatoriyada ən çox işlədilən dərmanlara resept yazmağı bacarmalı, aseptika və antiseptikanın tələblərinə uyğun tibbi prosedurları aparmağı və lazım gəldikdə əməliyyat zamanı həkimə kömək etməyi bacarmalı, bəzi təxirəsalınmaz yardıma hazır olmalıdır. Elə manipulyasiyalar var

ki, onlar yalnız həkim tərəfindən icra edilir. Lakin tibb bacısı həkimə ixtisaslaşmış köməklik göstərə bilməsi üçün onun necə yerinə yetirilməsini yaxşı bilməlidir. Məsələn, müxtəlif səbəblərdən qırtlağın stenozu baş verdikdə boğulma yaranırsa ənənəvi traxeostomiya əməliyyatı təxirəsalınmaz yardımın əsas əməliyyatı sayılır. LOR şöbəsinin tibb bacıları bu əməliyyatın gedişini və icra texnikasını bacarmalıdırlar.

LOR xəstəliklərinin şikayətləri ilə müraciət edən xəstələrin əksəriyyəti, müalicəyə ambulator şəraitdə başlayır və başa çatdırırlar. LOR xəstəliklərinə görə müraciətlərin çoxluğu ambulator qəbul zamanı həkimlərin üzərinə əhəmiyyətli dərəcədə yük düşür. Bundan əlavə otorinolarinqoloqlar dispanser müşahidələr də aparırlar. LOR kabineti ilə LOR şöbəsi ambulator- poliklinika müəssisəsinin eyni sturuktur bölməsidir. Poliklinikaların otorinolarinqoloji xidmətinin əsas vəzifəsi LOR xəstəliklərinin profilaktikası, onların erkən aşkarlanması və poliklinika şəraitində xəstələrin effektiv müalicəsinin aparılmasıdır. Otorinolarinqologiyanın cərrahi profilli bir ixtisas olduğu üçün kabinet və ya şöbənin quruluşu cərrahi şöbələrdəki kimi olub, sanitariya-gigiyenik norma və tələblərə cavab verən otaqlar, oxşar avadanlıqlar və alətlərlə təchiz olunmalıdırlar.

Poliklinikanın LOR kabineti ən azı 3 otaqdan təşkil olunmalıdır. Bunlara xəstələrin qəbulu otağı, prosedura- əməliyyat otağı və audiometriya otağı aiddir. Xəstə qəbulu otağının uzunluğu ən azı 6 metr olmalıdır ki, burada pıçıltı, nitq danışığı, eləcə də vestibulyar sınaqları qoymaq mümkün olsun. Alətlər stolu həkim stolunun qarşısında quraşdırılır. Müayinələr üçün lazım olan işıq mənbəyi isə xəstənin sağ tərəfində onun qulağı səviyyəsində 10-15 sm. aralı şəkildə yerləşdirilir. Stolüstü lampə olmadıqda işıq mənbəyini onun açarı ilə birlikdə divara da bərkitmək olar. Maye dərman preparatları saxlanılan şüşə flakonları həkim üçün götürülməsi əlverişli olan yerdə rəflərə yığılmalıdır.

Müasir dövrdə LOR kabinetlər işıq mənbəyindən asılı olmayan və həkimin fəaliyyətini optimallaşdırmağa imkan verən və kabinetin daxili quruluşunu dəyişdirə bilən çoxfunksiyalı LOR – kombaynları ilə təchiz edilir. Prosedura otağında tibb bacısının xəstələrdə müxtəlif manipulyasiyalar (damaq badamcıqlarının lakunaları-

nın yuyulması, boğazın müxtəlif dərman preparatları ilə silinməsi, qulaq kirinin yuyulması və s.) aparmasından ötrü iş yeri təşkil olunmalıdır. Qəbul otağında olduğu kimi burada da xəstə üçün arxası olan stul və ondan sağda qulaq səviyyəsi bərabərliyində ən azı 100 vatt gücündə işıq mənbəyi quraşdırılmalıdır. Xəstədən solda alətlər stolu yerləşdirilir.

Cərrahi şöbələrdə LOR əməliyyatları da əməliyyat blokunda aparılır. Burada tibbi personalın əməliyyata hazırlaşmaları üçün əməliyyatözü otaq olur. LOR əməliyyatlarının əksəriyyət irinli əməliyyatlara aid edildiyindən burada yalnız bir əməliyyat otağı nəzərdə tutulur. LOR prosedurları yerinə yetirməkdən qabaq xəstəyə önlük bağlanılır. Həmin önlükdən həkim də özünə bağlayır. LOR cərrahlığının əsas alət avadanlıqlarına aşağıdakılar aiddir: alın reflektoru, müxtəlif ölçülü qıflar, insulyator, otoskop, metallik kateter və zondlar, Hartman dəsti, kamertonlar dəsti, Jane şprisi, burun güzgüləri, burun-udlaq güzgüləri, pulverizator, audimetr, diafonoskop, laringoskop, neqatoskop, impedansometr, olfaktometr və s.

Yoxlama sualları:

1. "İrinli" və "təmiz" cərrahiyyə anlayışı haqqında məlumat verin.
2. Cərrahi stasionarın təşkili barəsində danışın.
3. Cərrahi kabinetin və qəbul şöbəsinin tibb bacısının işinin xüsusiyyətləri nədən ibarətdir?
4. Əməliyyat blokunda əməliyyat tibb bacısının işinin xüsusiyyətləri nədən ibarətdir?
5. Poliklinikanın cərrahi kabinetində iş haqqında məlumat verin.
6. Cərrahi şöbədə otaqlar necə planlaşdırılır?
7. Əməliyyat blokunda otaqlar necə planlaşdırılır?
8. Əməliyyat blokunun təmizlənməsinin hansı növləri vardır?
9. Cərrahi stasionarda zonallıq prinsiplərini izah edin.
10. LOR kabineti hansı otaqlardan və avadanlıqlardan təşkil olunur?
11. LOR xəstələrinin müayinəsində hansı işıq mənbələrindən istifadə olunur?

Situasiya məsələləri:

I. Cərrahi şöbədə beş xəstədə əməliyyatdan sonra iltihab əlamətləri əmələ gəlmişdir. Üç xəstə isə anğına ilə xəstələnmişlər. Məlum olmuşdur ki, əməliyyat blokunun ümumi təmizlənməsi xəstəxananın su təchizatında problem olduğu üçün 10 gün əvvəl aparılmışdır. Həmçinin əməliyyat blokunda işləməyə təzə xadimə götürülmüşdür. Xəstəxana daxili infeksiyaların səbəbləri nədir? Bu cür fəsadların qarşısını almaq üçün nə etmək lazımdır? Xəstələrlə taktika necə olmalıdır?

II. Xəstədə uzun müddətli cərrahi əməliyyat icra olunmuş, irinli boşluğun açılması əməliyyatı aparılmışdır. Əməliyyat otağını sonrakı xəstələr üçün necə hazırlamaq olar?

MÖVZU 12. Ambulator cərrahiyyə. Cərrahi xəstələrin müayinəsi.

Ambulatoriya və poliklinikaların cərrahi kabinetlərində stasionar müalicəyə ehtiyacı olmayan cərrahi profilli xəstələrin təxminən 80%-i müalicə alır. Xəstələrin təxminən 50%-i isə ilk dəfə tibbi yardım üçün müraciət edənlər olur. Poliklinikalar ilk tibbi yardım göstərilməsi sistemində aparıcı rol oynayır. Ona görə də poliklinika cərrahinin əsas vəzifələrindən biri cərrahi xəstəliklərin diaqnostikası və stasionar müalicəyə göstərişləri müəyyən etməkdir. Xəstə üçün onun qısa şikayətləri, xəstəliyin anamnezi və obyektiv müayinələr fiksə edilən ambulator karta doldurulur.

Göstərişə əsasən laborator müayinələr və xüsusi müayinə metodları – rentgenoloji, endoskopik və s. müayinələr təyin edilir. İlk növbədə ilk tibbi yardıma və təcili stasionar müalicəyə ehtiyacı olan xəstələrə baxılır. Yaralanma, qarın boşluğunun kəskin xəstəlikləri, yüksək temperaturla gedən iltihabi xəstəlikləri olan xəstələr təcili qəbul edilir. Yerdə qalan xəstələr isə cərraha və qeydiyyat otağında edilən müraciətlərin ardıcılığına görə qəbul edilirlər.

Feldşer-mama məntəqələrində kəskin cərrahi xəstəliklərdən əziyyət çəkənlərə təxirəsalınmaz həkiməqədərki yardım göstərilir, reanimasiya tədbirləri həyata keçirilir, qanaxmalar müvəqqəti dayandırılır, sınıq və çıxıqları olan xəstələrə nəqliyyat immobilizasiyası aparılır və stasionara göndərilir.

Cərrahi kabinetin sarğı və əməliyyat otağında kiçik əməliyyatlar icra olunur, sarğılar qoyulur, tikişlər açılır və s. Əməliyyat otağında kiçik əməliyyatları və traxeostomiya əməliyyatını icra etməkdən ötrü kifayət qədər cərrahi alətlər dəsti olmalıdır. Əməliyyat otağında aşağıdakı təcili əməliyyatlar və manipulyasiyalar icra edilir.

- ✓ reanimasiya tədbirləri (ağ ciyərlərin süni ventilyasiyası, traxeyanın intubasiyası, traxeostomiya, ürəyin qapalı masajı);
- ✓ kiçik səthi yaraların birincili cərrahi işlənməsi və qanaxmaların dayandırılması;
- ✓ novokain blokadaları, oynaq və hematomaların punksiyası, elektrokoagulyasiya;

- ✓ səthi yerləşmiş məhdud abseslərin, fleqmonaların, hidradenitlərin cərrahi müalicəsi;
 - ✓ gərginlik pnevmotoraksı zamanı plevral boşluğun punksiyası.
- Aşağıdakı planlı əməliyyatlar icra edilir.
- ✓ kiçik ölçülü ateroma və lipomaların çıxarılması;
 - ✓ qanqlion və qiçromaların punksiyası və kəsilib götürülməsi;
 - ✓ batan dırnağın çıxarılması;
 - ✓ barmaqların amputasiyası, ekzartikulyasiyası və nekrektomiyası;
 - ✓ səthi yerləşmiş yad cisimlərin çıxarılması;
 - ✓ kəskin sidik ləngiməsi zamanı sidik kisəsinin kateterizasiyası və punksiyası.

Poliklinikalarda həmçinin ətrafların damarlarının xroniki xəstəlikləri (xroniki tromboflebit, obliterədici endoartrit, ateroskleroz), yüksək temperaturu olmayan iltihabi xəstəliklər, ətrafların burxulması və əzilməsi olan xəstələr konservativ müalicə alırlar. Cərrahi şöbədə müxtəlif cərrahi əməliyyata məruz qalanlar və ətraf sümüklərinin sınıqlarından sonra xəstələr ambulator nəzarətdə saxlanılır və müalicələri başa çatdırılır. Beləliklə, cərrahi xəstələrin müalicəsində stasionar ilə poliklinika arasında sıx əlaqə və varislik mövcuddur.

Poliklinikanın xəstəyə baxış otağında müraciət edən qadınların profilaktik ginekoloji müayinəsi aparılır. Bu, şişləri və xərçəngönü xəstəlikləri vaxtında aşkara çıxarılmasına yardım edir. Cərrahi kabinetdə xəstələrə əmək qabiliyyəti olmamaq və rəqələri də verilir. Ağır travma alanlar və xroniki xəstəliyi olanlara əlilliyin təyin edilməsindən ötrü TSEK-ə göndəriş verilir. Cərrahi şöbəyə təcili hospitalizasiya edilən xəstəliklər aşağıdakılardır:

- 1.Reanimasiya və intensiv müalicəyə ehtiyacı olanlar.
- 2.Döş və qarın boşluğu üzvləri zədələnən xəstələr.
- 3.Qarın boşluğu üzvlərinin kəskin xəstəlikləri olan xəstələr.
- 4.Yüksək temperaturla gedən və daimi cərrahi nəzarət tələb edən kəskin cərrahi infeksiyası olan xəstələr.
- 5.Damar yaralanmaları, tromboemboliya və dərin tromboflebiti olanlar.

Digər cərrahi patologiyası olan xəstələr isə planlı şəkildə stasionara yerləşdirilir. Cərrahi stasionarda müalicə müddətinin qısalması

üçün xəstələr poliklinikada hərtərəfli müayinə edildikdən sonra stasionara göndərilir.

Cərrahın poliklinikadakı işi, stasionardakı işindən əhəmiyyətli dərəcədə fərqlənir. Stasionar cərrahından fərqli olaraq poliklinika cərrahı hər xəstəyə sərflənməyə az vaxtı olur. İş saatlarını dəqiq bir şəkildə bölüşdürmək imkanından məhrum olur. Xüsusən də ayrıca bir travmatoloji kabinet olmadıqda iş bir qədər də çətinləşir. Təcili cərrahi köməyə ehtiyacı olan xəstələr (çıxıqlar, sınıqlar, yaralanmalar) müraciət etdikdə, hazırda qəbulda olan xəstəyə baxış dayandırılır və ilk növbədə zərərçəkənə ilk tibbi yardım göstərilir.

Ambulator cərrahiyyənin aşağıdakı üstünlükləri vardır.

- ✓ cərrahi müalicənin tez başa gəlməsi;
- ✓ hospitalizasiyanın tələb olunmaması, deməli xəstənin sərbəst hərəkətində məhdudlaşmanın olmaması;
- ✓ sargının həm poliklinikada, həm də evdə dəyişdirilməsinin mümkünlüyü;
- ✓ xəstənin həkimə gəlməsinin özünü planlaşdırması ;
- ✓ ambulator xidmətin, stasionara nisbətən ucuz başa gəlməsi;
- ✓ xəstəxanadaxili yoluxma təhlükəsinin olmaması.

Cərrahi xəstələrin müayinəsi

Xəstəliyin diaqnozunun qoyulması, xəstələrin düzgün müalicə olunmasında həlledici rol oynayır. Cərrahi şübhədə işləyən və xəstələrin müayinəsinə aparacaq tibb bacısı cərrahi diaqnostikanın əsaslarına dərinlən yiyələnməlidir.

Cərrahi xəstəliklərin müayinəsi sistemli və hərtərəfli aparılmalıdır. Müayinəyə xəstəliyin anamnezinin, şikayətlərinin öyrənilməsi, obyektiv müayinənin göstəriciləri, zəruri laborator və rentgenoloji müayinələr daxil edilməlidir. Xəstənin əvvəllər keçirdiyi xəstəliklər, o cümlədən infeksiyalar aydınlaşdırılmalıdır. Qadınlardan diqqətlə ginekoloji anamnez toplanmalıdır. Travmalar zamanı travmanın baş vermə şəraiti və mexanizmi dəqiqləşdirilməli, zədələyən amilin növü, travma anında xəstənin vəziyyəti, eləcə də göstəriləcək yardımın həcmi aydınlaşdırılmalıdır.

Cərrahi xəstəliklərin əsas simptomlarından biri ağrıdır. Xəstələrin düzgün diaqnostikası üçün ağrının ilkin və sonrakı lokalizasiyasını dəqiq təyin etmək lazımdır. Ağrının xarakteri, onun tutmalarla sancı şəklində (visseral ağrı) və ya daimi olması, xəstə hərəkət etmədikdə belə şiddətlənməsi (somatik ağrı) fərqləndirilməlidir. Daimi ağrı kəskin iltihabi xəstəliklər, daxili üzvlərin boğulması və pozğunluqları üçün xarakterikdir. Tutmaşəkili və periodik olaraq artan ağrılar isə mexaniki bağırsağ keçməməzliyi üçün xarakterikdir. Ağrının intensivliyi də müxtəlif olur. Zəif sızıltılı ağrı ilə xəstənin halının kəskin pisləşməsi və şokun inkişafı ilə müşayiət olunan şiddətli ağrılar fərqləndirilir. Güclü ağrılar perforasiyalar, qarın boşluğu üzvlərinin zədələnmələri zamanı müşahidə olunur. Yadda saxlamaq lazımdır ki, xəstənin vəziyyətinin pisləşməsi ilə müşayiət olunan qarında əmələ gələn güclü ağrı qarın boşluğunda fəlakətdən xəbər verən təhlükəli simptomlardan biridir. Belə xəstələr dərhal cərrahi şöbədə yatıdırılmalıdır.

Qusma xüsusilə xəstəliyin başlanğıcında birdəfəlik və reflektori xarakter daşıyır. Qusuntu kütləsinin xarakterinin böyük diaqnostik əhəmiyyəti vardır. Belə ki, qusuntuda öd olması kəskin xolesistit və pankreatit üçün, bağırsağ möhtəviyyətinin olması bağırsağ keçməməzliyi üçün xarakterikdir. Qusuntuda qaramtıl qanın olması (“kofe xıltı”) mezenteral damarların trombozu və mədənin bədxassəli törəməsi zamanı müşahidə olunur.

Nəcisdə qanın, seliyn və qurdların görünməsinin də böyük diaqnostik əhəmiyyəti vardır. Qətranabənzər defekasiya aktı mədəbağırsağ qanaxmalarının əlamətidir. Düz bağırsaqdan qanın axması invaginasiyalar, polip, çat və babasil zamanı baş verir. Dizurik pozğunluqlar sidik-ıfrazat sisteminin xəstəliklərində baş verir.

Anamnez toplandıqdanonra xəstəyə ümumi baxış keçirilir, bədən temperaturu ölçülür, tənəffüs, həzm, ürək-damar və sidik-ıfrazat sisteminin icmal müayinəsi aparılır. Xəstəliyin profili aydınlaşdırıldıqdan sonra diaqnozu dəqiqləşdirilməsindən ötrü laborator və instrumental müayinələr aparılır. Xüsusi müayinələrin istifadəsi xəstədə hansı xəstəliyə şübhə yarandığına görə müəyyənləşdirilir. Bu metodlarla ilkin diaqnostik fərziyyə ya təsdiq ya da inkar olunur.

Hər hansı bir cərrahi əməliyyatdan qabaq (həyati göstəriş olan təxirəsalınmaz əməliyyatlar istisna olmaqla) müayinələrin həcmi müəyyən standartlara uyğun yerinə yetirilir. Cərrahi xəstələrin minimal standart müayinələrinə aşağıdakılar daxildir:

- ✓ qanın ümumi analizi;
- ✓ qanın biokimyəvi analizi;
- ✓ qanın laxtalanma müddətinin təyini;
- ✓ qan qrupu və rezus amilinin təyini;
- ✓ döş qəfəsinin flüoroqrafiyası;
- ✓ ağız boşluğunun sanasiyası haqqında stomatoloqun rəyi;
- ✓ elektrokardioqrafiya;
- ✓ terapevtin baxışı;
- ✓ qadınlar üçün ginekoloqun baxışı.

Əgər standart müayinələrin nəticələri normativ göstəricilərə uyğun gəlirsə, əməliyyata hazırlıq minimal tədbirlərlə başa çatır. Yox əgər hər hansı kənara çıxma varsa, onda onların səbəbləri aydınlaşdırılır, aradan qaldırılması üçün lazımı korreksiya yolları nəzərə alınır.

Laborator müayinələr. Xəstədə bir qayda olaraq qanın, nəcisin və sidiyin ümumi analizi aparılır. Mütləq leykoformula tədqiq edilməlidir. EÇR-in müayinəsi iltihabi xəstəliklərin diaqnostikası üçün böyük əhəmiyyət kəsb edir. Qanaxmaların diaqnostikası üçün koaguloqramma daha informativ müayinə metodudur. Diastazanın müayinəsi kəskin pankreatitin diaqnostikasında əhəmiyyətlidir. Ağır xəstələrdə elektrolitlərin analizi aparılması məqsədəuyğundur. Mexaniki sarılıqda bilirubin, qaraciyər və böyrəyin xəstəliklərində sidik cövhəri və qalıq azotun müayinəsi aparılır.

Rentgen müayinəsi. Cərrahi şöbəyə cərrahi xəstəliklər və zədələnmələr ilə daxil olan xəstələrin diaqnostikasında vacib metoddur. Rentgenoqrafiya və rentgenoskopiya mədənin, 12-barmaq bağırsağın, yoğun bağırsağın perforasiyası zamanı qarın boşluğunda sərbəst qazın təyin edilməsində əvəzsizdir. Xüsusilə sümük sınıqları zamanı rentgenoloji müayinələr böyük əhəmiyyət kəsb edir. İxtisaslaşdırılmış cərrahi şöbələrdə bronxoqrafiya, angiografiya, angiokardioqrafiya müayinələri aparılır.

Cərrahi xəstənin müayinələrə hazırlanması müəyyən mərhələlərlə yerinə yetirilir.

Qarın boşluğu üzvlərinin (qaraciyər, öd kisəsi, mədəaltı vəzi, dalaq) ultrasəs müayinəsinə hazırlamaq üçün xəstəyə müayinənin məqsədi və zəruriliyi izah edilir və onun razılığı alınır. Müayinəyə 2-3 gün qalmış xəstənin qida rasionundan köp əmələ gətirən ərzaqlar (paxlalı bitkilər, qara çörək, kələm, süd) çıxarılır. Köplük zamanı xəstəyə gündə 2 dəfə çobanyastığı dəmləməsi və ya gündə 4 dəfə aktivləşdirilmiş kömür verilir. Xəstəyə müayinənin ciddi olaraq ac qarına aparılması xəbərdarlığı edilir. Müayinədən qabaq xəstədən siqaret çəkməməsi xahiş olunur və spirtli içki qəbulu qadağan edilir. Bu tələblərin gözlənilməməsinin səhv nəticəyə gətirib çıxara bilməsi xəstəyə izah edilir. Xəstəyə müayinə ediləcək yer və müayinənin vaxtı bildirilir.

Qida borusu, mədə və onikibarmaq bağırsağın endoskopik müayinəyə hazırlamaq üçün xəstəyə müayinənin məqsədi və zəruriliyi izah edilir və onun razılığı alınır. Müayinə ərəfəsində saat 18:00-da xəstəyə yüngül şam yeməyi məsləhət görülür. Səhər xəstəyə yeməmək, içməmək, dərman qəbul etməmək, diş protezlərini çıxartmaq xəbərdarlığı edilir. Müayinənin yeri və vaxtı haqqında xəstə məlumatlandırılır. Xəstə endoskopik kabinetə xəstəlik tarixi və fərdi dəsmalla göndərilir. Müayinədən sonra 1-2 saat müddətində yemək yeməmək tövsiyə edilir.

Xəstənin kolonoskopiyaya hazırlamaq üçün xəstəyə müayinənin məqsədi və gedişi izah edilir və onun razılığı alınır. Xəstəyə saat 12-13⁰⁰ radələrində 25% - li 60 ml magnezium sulfat məhlulu verilir. Xəstə sadə pəhrizdən istifadə etməsi haqqında məlumatlandırılır. Müayinə ərəfəsində axşam xəstəyə təmiz su gələndə bir neçə dəfə təmizləyici imalə edilir. Səhər müayinəyə 2 saat qalmış təkrar təmizləyici imalə edilir. Xəstə endoskopik kabinetə fərdi mələfə və xəstəlik tarixi ilə göndərilir.

Sidik ifrazat sisteminin zədələnmələrində **venadaxili uroqrafiya** tətbiq edilir.

Xüsusi müayinə metodlarına punksiyalar, zondlama, biopsiya və endoskopiya daxildir. Punksiyalar plevra, perkard və qarın boşluğuna maye toplandıqda diaqnostik məqsədlə aparılır. Eyni za-

manda oynaqların, məhdud abseslərin və hematomaların da punksiyası aparılır. Punksiya zamanı alınan punktata baxılır və mikroskopik müayinəyə göndərilir. Dəyişikliklərə məruz qalmış toxumalarda və limfa düyünlərinin histoloji müayinə üçün **biopsiyası** geniş tətbiq edilir. Biopsiya vasitəsilə şişin xarakteri təyin olunur ki, bu da aparılacaq əməliyyatın xarakterini və həcmi müəyyənləşdirir.

Xüsusi optik cihazların köməyi ilə endoskopik müayinələr aparılır. Bunlara sistoskopiya, rektoromanoskopiya, fibroqastroskopiya, bronxoskopiya və s. aiddir. Diaqnozu qoymaq çətinləşdikdə bəzən diaqnostik əməliyyatlar icra edilir. Diaqnostik əməliyyatlar – adətən əsas əməliyyatdan əvvəl diaqnozu tamamlamaq üçün istifadə olunur. Bunlara biopsiyalar, punksiyalar, diaqnostik laparotomiya, diaqnostik torakotomiya və s. aiddir.

Cərrahi xəstələrin müayinəsinin bir sıra xüsusiyyətləri vardır. Çox vaxt hələ xəstələrdə tam müayinə başa çatmadıqda təcili tibbi tədbirlərə ehtiyac duyulur. Lakin əsas prinsip “Diaqnoz olmadan, müalicə olmur” devizidir. Yalnız dəqiq şəkildə ortaya qoyulmuş diaqnozdan sonra xəstənin müalicəsi üçün dəqiq bir alqoritm əldə edib, əməliyyata dəqiq göstərişi, əməliyyatın həcmi və xarakterini təyin etmək olar. Xəstəni müayinə edərkən tibb bacısı unutmamalıdır ki, diaqnozun əsasını anamnez və xəstənin fiziki müayinəsi təşkil edir. Xüsusi müayinə metodları yalnız köməkçi rol oynayır. Təbii ki, konkret xəstəliyi təyin etməyə çalışmaq lazımdır. Lakin bəzi hallarda – məsələn “kəskin qarın”, şok, huşun itməsi və s. səbəbini tapmadan əvvəl təcili tibbi tədbirləri görmək lazım gəlir.

Cərrahi xəstələrin müayinəsində vacib bir məqam əməliyyat riskinin və əməliyyat qabiliyyətinin aydınlaşdırılmasıdır. Yanaşı gedən xəstəliklərin mövcudluğuna da xüsusi diqqət yetirmək lazımdır.

Qulaq-burun-boğaz xəstəliklərinin müayinə üsulları

Qulaq, burun, boğaz xəstəliklərinin müayinəsində başlamazdan əvvəl xəstədən anamnez toplanılır. Xəstənin şikayətləri dinləndikdən sonra xarici müayinə üzvlər nəzərdən keçirilməklə başlayır. Xarici baxışdan sonra xəstələnmiş üzv və regionar limfa düyünləri palpasiya edilir. Daha sonra LOR üzvləri xüsusi alətlərlə və digər

instrumental üsullarla müayinə olunur. Bütün otorinolarinqoloji xəstələr eyni qaydada müayinəyə hazırlanır. Xəstəni müayinəyə hazırlamaq üçün aşağıda göstərilən qaydaları bilmək lazımdır:

1. Müayinə olunan şəxs elə otuzdurulur ki, işıq mənbəyi və üzərində tibbi alətlər olan masa ondan sağda yerləşsin.

2. Həkim müayinə olunan xəstə ilə üzbəüz elə oturur ki, xəstənin ayaqları ondan sağ tərəfdə qalsın.

3. İşıq mənbəyi müayinə olunan xəstənin sağ qulaq seyvanı səviyyəsində, ondan 10-15 sm. aralı olmalıdır.

4. Müayinə alına bərkidilmiş alın reflektoru vasitəsilə aparılır. Reflektor alına elə bağlanır ki, onun dəliyi sol gözün bərabərliyində qalmalı və reflektoru fokuslamaq üçün o, müayinə edilən üzvdən təxminən 25-30 sm. aralı məsafədə olmalıdır. Reflektorun köməkliliyi ilə həmin işıq mənbəyindən işıq selini tutaraq müayinə olunacaq üzvə yönəldir və müayinəyə başlayırlar.

Burunun və əlavə ciblərin müayinə üsulları: Burun xəstəlikləri də şikayətlər dinləndikdən sonra burun nəzərdən keçirilməklə onun xarici müayinəsilə başlayır. Xarici burun, alın cibinin ön və aşağı divarı, əng ciblərinin ön divarları, boyun regionar limfa düyünləri palpasiya edilir.

Burunun tənəffüs funksiyasının müayinəsi: növbə ilə sağ və sol burun dəliyi ilə tənəffüs müayinə olunur. Bu məqsədlə sağ burun qanadı burun arakəsməsinə sıxılır, pambıq lifi sol burun dəliyinə yaxınlaşdırılır, xəstədən nəfəs alıb verməsi xahiş edilir. Pambıq liflərinin hərəkətinə görə tənəffüsün pozulma dərəcəsi təyin edilir. Sonra eyni qayda ilə sağ burun dəliyi müayinə olunur. Burunla tənəffüs normal, çətinləşmiş və ya tam pozulmuş ola bilər.

Burunun qoxubilmə funksiyasının müayinə etmək üçün növbə ilə hər iki burun dəliyinə olfaktometrik dəstində yerləşmiş müxtəlif qoxulu maddələr yaxınlaşdırılır. Qoxubilmənin qiymətləndirilməsi üçün xəstə müvafiq qoxulu maddəni, onun qoxusundan tanımalıdır. Qoxubilmə normal olduqda normosmiya, zəif olduqda hiposmiya, təhrif olunduqda kakosmiya, heç olmadıqda anosmiya adlanır.

Bəzi xəstəliklərin müayinəsi zamanı buruna xüsusi alətlər vasitəsilə baxmaq lazım gəlir. Bu metod rinoskopiya adlanır. Ön, orta və arxa rinoskopiya mövcuddur. Ön rinoskopiya alın reflektoru və

Hartmanın burun güzgüsü vasitəsi ilə aparılır (şəkil 19). Bununla burun dəhlizi və ümumi burun keçəcəyi müayinə olunur. Orta rinoskopiya Gillianın burun güzgüsü ilə aparılır, orta burun keçəcəyi və aypara dəlik müayinə olunur. Arxa rinoskopiya alın reflektoru, şpatel və burun-udlaq güzgüsü ilə aparılır. Arxa rinoskopiya ilə burun-udlaq, xoanalar, burun balıqqulaqlarının arxa ucları, uşaqlarda adenoid vegetasiyası müayinə olunur (şəkil 20).

Burunun əlavə ciblərinin zədələnmələri və iltihabi xəstəlikləri zamanı rentgenoqrafiya, kontrast rentgenoqrafiya və diafonoskopiya tətbiq olunur.



Şəkil 19. Ön rinoskopiya



Şəkil 20. Arxa rinoskopiya.

Qulağın müayinə üsulları da anamnez toplamaqdan başlayır. Xəstələrin şikayətlərinə adətən qulaqda ağrı, eşitmə qabiliyyətinin zəifləməsi, qulaqdan ifrazatın gəlməsi və s.-yə əsasən qulağın müayinəsi aparılır. Xəstənin peşəsini müəyyən etmək diaqnostika üçün əhəmiyyətlidir. Çünki bəzi müəssisələrdə iş səs-küyü və vibrasiya ilə müşahidə olunur ki, bunlar eşitmə sinirinin və Korti üzvünün zədələnməsinə səbəb olur. Qulağın müayinəsi onun görünən hissələrini nəzərdən keçirməklə başlayır. Palpasiya ilə toxumaların konsistensiyası və fluktasiyanın olması haqqında mühakimə yürüdülmür. Bəzən ağrı da müxtəlif nahiyələrə təzyiq etməklə aşkar edilir.

Bundan sonra otoskopiya – qulaq keçəcəyinin və qulaq pərdəsinin süni işıqlandırılması ilə müayinəsi aparılır (şəkil 21). Bunun üçün həkim sağ əli ilə xəstənin sol qulaq seyvanını böyüklərdə arxaya-yuxarıya, uşaqlarda arxaya-aşağıya çəkərək qulaq qıfını xarici

qulaq keçəcəyinə salır, xarici qulaq keçəcəyi və təbil pərdəsini nəzərdən keçirir. Təbil pərdəsinin tanınma nöqtələrinə çəkicin qısa çıxıntısı və dəstəyi, ön və arxa büküşlər, işıq konusu (refleksi), umbo (göbək) aiddir. Təbil pərdəsi iki hissədən ibarətdir: sallanmış hissə və gərgin hissə.



Şəkil 21. Qulaq pərdəsinə baxma

Eşitmə borusunun hava keçiriciliyini müayinə etmək üçün Politser balonu ilə üfürmə tətbiq olunur. Bəzən üfürməklə diaqnozu dəqiqləşdirmək mümkün olmadıqda daha mürəkkəb müayinə olan kateterizasiya texnikasından istifadə edilir. Qulaq xəstəliklərinin diaqnostikasında gicgah sümüklərinin rentgenoqrafiyası və tomoqrafiyası da geniş istifadə olunur.

Qulağın cərrahi xəstəlikləri ilə yanaşı onun eşitmə qabiliyyətinin pozulması, pozulmanın dərəcəsi, yeri və xarakterini təyin etmək üçün Koxlear aparatın müayinə metodlarından istifadə edilir. Bunlara pıçıltılı nitqlə müayinə, danışiq nitqlə müayinə, kamertonla müayinə və akustik aparatlarla- audiometrle müayinə aiddir.

Müvazinət aparatının müayinəsi zamanı xəstədə baş gicəllənmə, yeri-yerkən sağ və ya sol tərəfə yığılma, ürək bulanma və ya qusma olub-olmaması aydınlaşdırılır. Xəstənin Romberg vəziyyətində dayanıqlığını, Baroninin fırlanan kürsüsündə vəziyyətini, düz xətt üzrə və yan tərəfə doğru yerışı (beyinciyin xüsusi simptomu), müayinə olunur, spontan nistaqmın olub-olmaması təyin edilir.

Udlağın müayinəsi. Müayinə apararkən o biri otorinolarinqoloji üzvlərin müayinəsində olduğu kimi alın reflekt-

rundan eyni qaydada istifadə edilir. Udlağın müayinəsindən əvvəl həmişə ağız boşluğunun, dodaqların və ağız dəhlizinin müayinəsi aparılır. Şpatellə ağız bucaqlarını növbə ilə aralayaraq ehtiyatlı hərəkətlə yuxarı və aşağı dodaqları çevirir və selikli qişanın rənginə, xoralar, sıyrıntılar və ya fistulalar olmasına, diş ətinin və dişlərin vəziyyətinə diqqət yetirilir. Ağız boşluğuna baxarkən dilin, sərt və yumşaq damağın vəziyyəti nəzərdən keçirilir. Ağız boşluğunun dibi şpatel ilə dilin ucunu qaldırıqdan sonra gözdən keçirilir.

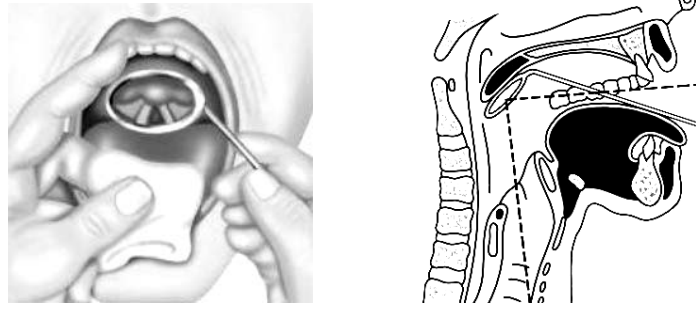
Udlağın yuxarı burun-udlaq hissəsinin müayinəsi - epifarinqoskopiya arxa rinoskopiya vasitəsi ilə həyata keçirilir. Bu zaman arxa rinoskopiya olduğu kimi şpatel, alın reflektoru və burun-udlaq güzgüsündən istifadə olunur. Epifarinqoskopiya burun-udlağın selikli qişasının rənginə, burun-udlaq və boru badamcıqlarının ölçüsünə, xoanaların və eşitmə borularının burun-udlaq dəliklərinin vəziyyətinə fikir verilir.

Udlağın orta hissəsinin müayinəsi - mezofarinqoskopiya zamanı xəstədən ağızını geniş açması xahiş olunur və şpatellə dili aşağı basmaqla ağız-udlağın rənginə, udlağın arxa divarının, damaq badamcıqlarının, dilin vəziyyətinə nəzər yetirilir. Sonra damaq badamcıqları, ön və arxa qövsələr, udlağın arxa və yan divarları hər-tərəfli müayinə olunur. Damaq badamcıqlarını gözdən keçirərkən onların selikli qişasının rənginə, badamcıqların böyüklüyünə, onların damaq qövsələri ilə bitişmiş olub olmamasına və badamcıq lakunalarının möhtəviyyətinə fikir verilir.

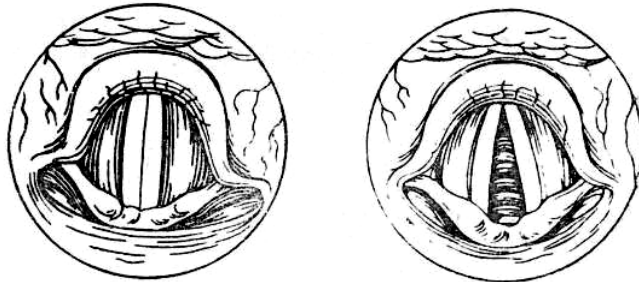
Udlağın aşağı hissələrinin müayinəsi- hipofarinqoskopiya zamanı qırtlaq-udlaq alın reflektoru və qırtlaq güzgüsü ilə müayinə olunur. Eyni zamanda qırtlağın müayinəsi - larinqoskopiya da həyata keçirilir. Hal-hazırda udlaq və qırtlağı müayinə etmək üçün xüsusi alətlərdən- sərt və yumşaq fibroskopik larinqofarinqoskoplardan istifadə edilir. Yüksək udma refleksi zamanı udlağın selikli qişası yerli keyidici məhlullarla isladılır.

Qırtlağın müayinəsi larinqoskopiya adlanır. Qırtlağın ə-nənəvi müayinə metodu dolay (qeyri-düz) və ya güzgü larinqoskopiya-sıdır. Bu metod qırtlaq güzgüləri vasitəsilə həyata keçirilir.

Dolay larinqoskopiya da xəstənin gövdəsinin yuxarı hissəsini bir qədər önə əyib, sonra xəstənin bayıra çıxarılmış dili tənzif salfet ilə tutularaq saxlanılır (şəkil 22). Tərləməsin deyə güzgünün güzgü tərəfini spirt lampasında azacıq qızdırır yaxud onu isti suya salır. Qırtlaq güzgüsünü güzgü səthi aşağı olmaqla üfüqi xəttə görə 45 dərəcəlik bucaq əmələ gətirməklə onun dal səthi ilə dilçəyi və yumşaq damağı arxaya və yuxarıya itələyərək yerləşdiririk. Qusma refleksi olmasın deyə güzgü ilə udlağın arxa səthinə mümkün qədər toxunulmur. Bu zaman xəstəyə sakit tənəffüs etmək və “i” və ya “e” hərflərini uzadaraq tələffüz etmək təklif olunur. Bu, qırtlaq qapağının qalxmasına kömək edir və güzgünün köməyi ilə qırtlağın daxilinə baxmağa imkan verir. Güzgünün vəziyyətini bir qədər dəyişdirərək hissə-hissə qırtlaq qapağı, sonra səs büküşləri və çalovabənzər qığırdaqlararası sahə gözdən keçirilir.



Şəkil 22. Dolay larinqoskopiya

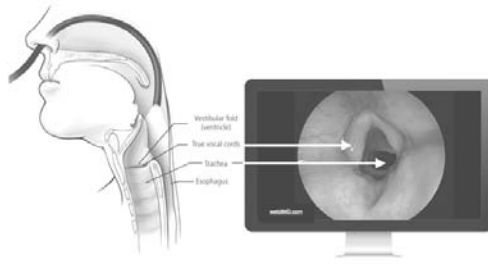


Şəkil 23 .Dolay larinqoskopik mənzərə: a)fonasiya zamanı, b) tənəffüs zamanı.

Qırtlağa baxmaqla sakit tənəffüs və səslərin tələffüzü zamanı səs büküşlərinin hərəkətliliyi müəyyən olunur(şəkil 23). Yadda saxlamaq lazımdır ki, dolaylı larinqoskopiya zamanı qırtlaqda öndə yerləşən bütün hissələr güzgüdə yuxarıda, arxada yerləşən hissələr isə aşağıda görünür. Yan tərəflərdə yerləşmiş hissələr öz vəziyyətini dəyişmir.

Hal-hazırda larinqoskopiya endoskopik, videoendoskopik və videoendostroboskopik metodlarla həyata keçirilir.

Qırtlağın endoskopik müayinəsi üçün 2 tip endoskopdan istifadə edilir: elastik (rinofarinqolarinqoskop və ya fibroskop) və sərt (telearinqolarinqoskop). Onların avtonom işıqlanma mənbəyi olur. Bu üsul fibrolarinqoskopun elastik ucunun yaxşı hərəkətliliyinə görə qırtlağın bütün şöbələrini müayinə etməyə kömək edir və biopsiya etməyə imkan yaradır.



Şəkil 24. Videoendolarinqoskopiya



Şəkil 25 Fonasiya zamanı endolarinqoskopik mənzərə.

Qırtlağın endoskopik müayinəsi zamanı həkim qırtlağın düz (həqiqi) şəklini görür və onun selikli qişasının rəngini, qırtlaq qapağının vəziyyətini, səs büküşlərinin tonusunu, fonasiya və tənəffüs zamanı qapanma xarakterini, səs yarığının formasını, çalova-bənzər qığırdaqların hərəkətliyini və büküşaltı sahənin vəziyyətini qiymətləndirir. Müayinə zamanı videogörüntülər də çəkilə bilər (videoendoskopik metod) (şəkil 24). Bundan əlavə qırtlağın müayinəsinə videoendostroboskopik metodu da istifadə edilir. Bu metod səs büküşlərinin rəqsi hərəkətlərinin növünü, amplituda, tezlik və sürətini təyin edir (şəkil 25).

Ağız boşluğunu, udlağı və qırtlağı müayinə edərkən çənəaltı və boyun nahiyələrinin limfa düyünləri də palpasiya edilir.

Yoxlama sualları:

1. *Kəskin pankreatitin diaqnostikasında hansı müayinə üsulu daha çox əhəmiyyət kəsb edir?*
2. *Qeyri-düz laringoskopiya necə aparılır?*
3. *Poliklinikanın cərrahi kabinetində hansı təcili cərrahi əməliyyatlar aparılır?*
4. *Poliklinikanın cərrahi kabinetində hansı planlı cərrahi əməliyyatlar aparılır?*
5. *Ambulator cərrahiyyənin hansı üstünlükləri vardır?*
6. *Poliklinikaya müraciət edən hansı cərrahi xəstəliklər təcili stasionara yerləşdirilməlidir?*
7. *Düz bağırsaqdan al qırmızı qan hansı xəstəliklərdə axır?*
8. *Hansı cərrahi xəstəliklərdə rentgenoloji müayinə aparılmalıdır?*
9. *Xəstə klonoskopiya necə hazırlanır?*
10. *Xəstənin qarın boşluğu üzvləri USM-ə necə hazırlanır?*
11. *Rinoskopiya nədir və onu icra etməkdən ötrü hansı alətlər lazımdır?*
12. *Otoskopiya nədir və o necə icra olunur?*
13. *Koxlear aparatın müayinə metodları hansıdır?*
14. *LOR üzvlərinin müayinə qaydaları nədən ibarətdir?*

Situasiya məsələləri:

I. Xəstə stasionara qarın nahiyəsində kəskin ağrılar, ürəkbulanma, qusma şikayətləri ilə daxil olmuşdur. Ağrılar kəmərləyici xarakterdədir. Xəstə ağrıları futbol oyununda qarınına topun zərbəsi ilə əlaqələndirir. Müayinə zamanı diastaza normaldır. Qanda hemoqlobinin miqdarı getdikcə aşağı düşür. USM- də qarın boşluğunda sərbəst maye aşkarlanmır. Həkim kəskin pankreatitdən, kəskin appendisitdən və daxili qanaxmadan şübhələnir. Diaqnozun qoyulması çətinlik törədir. Sizin fikrinizcə həkim diaqnozu nəyə əsasən qoymalıdır?

II. 25 yaşlı xəstə burun tənəffüsünün olmaması şikayəti ilə poliklinikaya müraciət etmişdir. Özünün dediyinə görə 5 ildir ki, xəstədir. Xəstəlik tədricən inkişaf etmişdir. Xəstəliyin səbəbini göstərə bilmir. Son illər buruna damar daraldıcı damcılar tökməsi heç bir kömək etmir, tənəffüs yaxşılaşmır. Xəstə necə müayinə olunmalıdır?

MÖVZU 13. Operativ cərrahiyyə. Cərrahi əməliyyatın növləri.

Tələbə bilməlidir:

- ✓ Cərrahi əməliyyatın növlərini;
- ✓ Təxirəsalınmaz, planlı və təcili əməliyyatların fərqli xüsusiyyətlərini;
- ✓ Radikal və palliativ əməliyyatların təyinatını;
- ✓ Cərrahi əməliyyata göstəriş və əks göstərişlər;
- ✓ Cərrahi alətlərin növlərini.

Mühazirənin planı:

- Cərrahi əməliyyat anlayışı.
- Cərrahi əməliyyatın mərhələləri.
- Əməliyyatın növləri.
- Cərrahi əməliyyata göstəriş və əks göstərişlər.
- Cərrahi alətlərin növləri.

Cərrahi əməliyyat dedikdə həkim tərəfindən icra edilən müalicə və diaqnostika məqsədilə xəstənin üzv və toxumalarına mexaniki təsir göstərmək başa düşülür. Cərrahi əməliyyatlar haqqında təlim, cərrahi yanaşmaların işlənməsi və öyrənilməsi, əməliyyatların texnikası, eləcədə cərrahi yardımını təmin etmək vasitələri ***operativ cərrahiyyə*** adlanır. Cərrahi əməliyyatlarda iki əsas məqam vardır: cərrahi yol və cərrahi texnika.

Cərrahi yol əməliyyatın bir hissəsi olub, üzvün açılmasını təmin edir. Bir sıra şərtlərdən - klinik, morfoloji, onkoloji asılı olaraq cərrah eyni üzvə fərqli yollardan yaxınlaşa bilər.

Cərrahi texnika isə xəstə üzv üzərində aparılan cərrahi müdaxilənin əsas hissəsi olub, patoloji ocağın ləğvi üçün seçilmiş və əməliyyatın texniki xüsusiyyətlərini özündə əks etdirir.

Əməliyyat bir neçə ardıcıl elementlərdən ibarət olur. Bunlara xəstənin əməliyyata hazırlanması, ağrısızlaşdırma, cərrahi müdaxilənin özü (operasiya) aiddir. Bütün cərrahi əməliyyatlar ən sadədən ən mürəkkəbədək bir-biri ilə üzvi surətdə əlaqəli olan 3 elementdən ibarətdir.

1) Müxtəlif cərrahi alətlərdən istifadə edilərək xəstələnmiş üzvü aşkar etmək məqsədilə toxumaların kəsilməsi.

2) Üzvün üzərində əməliyyatın icrası.

3) Əməliyyat zamanı kəsilmiş toxumaların bərpası.

Əməliyyatların növləri

Əməliyyatın xarakteri və məqsədinə (təyinatına) görə əməliyyatlar radikal, palliativ və diaqnostik olmaqla 3 yerə bölünür.

Radikal əməliyyatlar – patoloji ocağı tamamilə aradan qaldırmağa hesablanmış cərrahi müdaxilədir. Məsələn, şiş zamanı mədənin rezeksiyası, ətrafların amputasiyası və s.

Palliativ əməliyyatlar – xəstənin vəziyyətini müvəqqəti olaraq yüngülləşdirməyə və həyati təhlükəli simptomları aradan qaldırmağa yönəldilmiş cərrahi müdaxilədir. Məsələn, stomaların qoyulması.

Diaqnostik əməliyyatlar – adətən əsas əməliyyatdan əvvəl diaqnozu tamamlamaq üçün istifadə olunur. Bunlara biopsiyalar, punksiyalar, diaqnostik laparotomiya, diaqnostik torakotomiya və s. aiddir.

İcra olunmasının vacibliyinə görə təcili, təxirəsalınmaz və planlı əməliyyatlar fərqləndirilir.

Təxirəsalınmaz əməliyyatların xəstənin stasionara daxil olduqdan dərhal yerinə yetirilməsi tələb olunur. Məsələn qanaxmanın dayandırılması, mədə və bağırsaqların perforasiyasının tikilməsi. Belə xəstələrin əməliyyata minimal hazırlığı aparılır.

Təcili əməliyyatlar konservativ müalicə nəticə vermədikdə, xəstəxanaya daxil olduqdan 24-48 saat müddətində icra edilir. Bu müddət ərzində xəstənin diaqnozu dəqiqləşdirilir və xəstə əməliyyata hazırlıq dövrünü keçir.

Planlı əməliyyatlar xəstənin xəstəxanaya daxil olduqdan və əməliyyata kifayət qədər diqqətlə hazırlandıqdan sonra icra edilir.

Əməliyyatın icra olunma növündən asılı olaraq əməliyyatlar qanlı və qansız olur.

Qanlı əməliyyatlar toxumaların kəsilməsi, kəsilmiş toxumalarda qanaxmanın dayandırılması, toxumaların birləşdirilməsi zamanı tikişlərin qoyulması və əməliyyatın xarakterindən asılı olaraq digər manipulyasiyalarla müşahidə olunur.

Qansız əməliyyatlarda isə aparılan cərrahi manipulyasiyaların toxumaların kəsilməsi ilə əlaqəli deyil və bu zaman qanaxma olmur. Belə əməliyyatlara çıxıqların yerinə salınması, sınımış sümüklərin düzləndirilməsi aiddir.

Əməliyyatlar birmomentli, ikimomentli və çoxmomentli olur.

Birmomentli əməliyyatların əksəriyyəti bir mərhələdə icra olunur. Əməliyyatın gedişində xəstəliyin səbəbini aradan qaldırmaq üçün bütün lazımi tədbirlər yerinə yetirilir.

İkimomentli əməliyyatlar xəstənin sağlamlıq vəziyyəti və ağrılaşmaların təhlükəsi əməliyyatın bir mərhələdə tamamlanmasına imkan vermədiyi hallarda aparılır. Məsələn, prostat vəzinin adenoması ilə birlikdə sistit varsa, əvvəlcə kisəyə fistula qoyularaq sidik ifrazına yol açılır, iltihab prosesi aradan qaldırıldıqdan sonra II mərhələdə vəzinin çıxarılması icra edilir.

Çoxmomentli əməliyyatlar plastik və bərpaedici cərrahiyyədə geniş tətbiq edilir. Məsələn, dəri parçasının ayaqcıq üzərində digər nahiyəyə köçürülməsi.

Əgər cərrahi müdaxilə eyni xəstəliyə görə bir neçə dəfə icra edilirsə, belə əməliyyatlar **təkrari əməliyyat** adlanır.

Cərrahi yaranın infeksiyalaşma dərəcəsinə görə əməliyyatlar aseptik, şərti infeksiyalaşmış və infeksiyalaşmış olmaqla 3 yerə bölünür.

1. **Aseptik əməliyyatlar** zamanı infeksiyalaşma ehtimalı çox azdır. Belə əməliyyatlar cərrahi infeksiya olmayan xəstəliklər və daxili üzvlərin mənfəzinin açılmaması ilə icra olunan əməliyyatlardır. Məsələn, xoş xassəli şişlərin çıxarılması, yırtığın ləğv edilməsi.

2. **Şərti infeksiyalaşmış əməliyyatlarda** infeksiyalaşma ehtimalı əhəmiyyətsizdir. Mikrobların ola biləcəyi daxili orqanların boşluqlarının açılması ilə gedən əməliyyatlardır. Məsələn, uşaqlığın ekstirpasiyası, mədə və bağırsaqların üzərində icra olunan əməliyyatlar.

3. **İnfeksiyalaşmış əməliyyatlara** infeksiyalaşma riski yüksək olan kəskin iltihabı əməliyyatlar aiddir. Məsələn, peritonit, plevarının empieması zamanı aparılan əməliyyatlar.

Yerinə yetirilmə xüsusiyyətlərinə görə əməliyyatlar ənənəvi və xüsusi olmaqla iki yerə bölünür:

1) **Ənənəvi əməliyyatlar** zamanı toxumalar tipik şəkildə kəsilir, əhəmiyyətli bir yara defekti yarandıqdan sonra xəstə üzv tapılır.

2) **Xüsusi əməliyyatlar** (tipik əlamətlər olmadan)

a) Mikrocərrahi-mikroskopdan istifadə etməklə aparılan əməliyyatlardır;

b) Endoskopik –endoskoplardan (laparoskoplar) istifadə etməklə aparılan əməliyyatlardır;

c) Endovaskulyar – rentgen nəzarəti altında xüsusi kateterlərdən istifadə etməklə aparılan əməliyyatlardır.

Həcminə görə əməliyyatlar aşağıdakı kimi qruplaşdırılır:

1. *Kiçik əməliyyatlar*

2. *Nisbətən mürəkkəb və uzunmüddətli əməliyyatlar*

3. *Geniş və uzun müddətli əməliyyatlar*

4. *Mürəkkəb və uzunmüddətli əməliyyatlar*

Cərrahi müalicənin əsasını qanlı əməliyyatlar təşkil edir ki, bu zaman xəstəyə əməliyyat yarası vurulur. Əməliyyat yaraları da digər yaralar kimi bir sıra ciddi təhlükə yarada bilər. Əvvəla yaradılmış bütün yaralar kəskin ağrı törədir. İkincisi kiçik və böyük qanaxmalarla müşahidə olunur. Ən nəhayət, bütün yaralar irinləyə bilər. Bütün deyilənlər cərrahi müdaxilə aparılmış xəstəlikdən asılı olmayaraq ölümə gətirib çıxara bilər. Ona görə də bütün cərrahi müdaxilələrdə, əməliyyatdan sonra intoksikasiyanın qarşısının alınması, yaxşı ağrısızlaşdırma aparılması və kəsilmiş toxumalarda qanaxmanın hərtərəfli dayandırılmasına profilaktik tədbirlər kompleksi kimi baxmaq lazımdır.

Cərrahi əməliyyata göstəriş və əks göstərişlər.

Cərrahi əməliyyata göstərişlər mütləq və nisbi olur.

1. **Mütləq göstərişlər** - əməliyyatdan imtina xəstənin vəziyyətinin pisləşməsinə və ya ölümə səbəb olan göstərişlərdir.

a) təcirəsalınmaz əməliyyatlar üçün (həyati göstəriş)- əməliyyatdan imtina ölümə səbəb olur: Məsələn: asfiksiya, kəskin qanaxma, kəskin irinli xəstəliklər və s.

b) planlı əməliyyatlar üçün - əməliyyatdan imtina xəstənin vəziyyətinin pisləşməsinə və ölümünə səbəb olmur, lakin xəstəliyi başqa bir üsulla da müalicə etmək mümkün deyil. Məsələn, bədxassəli şişlər.

2. **Nisbi göstərişlər** - əməliyyatdan imtina xəstənin vəziyyətinin pisləşməsinə və ölümə səbəb olmur.

a) Xəstəlik hazırda təhlükəli deyil, lakin müalicəsi yalnız cərrahi yollaadır. Məsələn, xoşxassəli şişlər.

b) Xəstəliyi həm konservativ, həm də cərrahi yolla müalicə etmək mümkündür. Məsələn, mədə yarası, ürəyin işemik xəstəliyi və s.

Əks göstərişlər də nisbi və mütləq olmaqla iki yerə bölünür

1. **Mütləq əks göstərişlər** - əməliyyat yüksək ehtimalla xəstənin vəziyyətinin pisləşməsinə və ölümünə səbəb olur. Məsələn, miokardın təzə infarktı, kəskin beyin qan dövrəni çatmamazlığı və s.

2. **Nisbi əks göstərişlərə** – cərrahi müdaxilənin, yanaşı gedən xəstəliklərin gedişini pisləşdirməsi aiddir. Məsələn, bronxial astma, hipertoniya xəstəliyi, şəkərli diabet və s. Eyni zamanda xəstəyə həyatı göstəriş və mütləq əks göstəriş varsa onda əks göstərişlərə məhəl qoyulmur.

Əməliyyatların adları orqanın adı ilə operativ texnikanın birləşməsindən ibarət olur.

- ✓ Ektomiya – üzvün çıxarılması;
- ✓ Rezeksiya – üzvün bir hissəsinin kəsilib götürülməsi;
- ✓ Tomiya – üzvün və ya nahiyənin yarılması;
- ✓ Stomiya – üzvdə fistula yaradılması;
- ✓ Amputasiya – ətrafın və onun bir hissəsinin kəsilib götürülməsi;
- ✓ Eksartikulyasiya- ətrafın və ya onun seqmentinin oynaqdan kəsilib götürülməsi;
- ✓ Anastomoz – anastomoz qoyulması;
- ✓ Rekonstruksiya – üzv və toxumanın vəziyyətinin dəyişdirilməsi;
- ✓ Trepanasiya –kəllənin açılması;
- ✓ Ekstirpasiya – bir toxumanın digər toxumadan soyularaq ayrılması və s.

Cərrahi alətlər. Hər bir cərrahi fəaliyyət üçün cərrahın əllərinin davamı kimi müvafiq cərrahi alətlər lazımdır. Cərrahi alətlər dedikdə cərrahi əməliyyatlar zamanı cərrahın orqan və toxumalar üzərində manipulyasiyalar aparmaq üçün lazım olan texniki vasitələr başa düşülür. Cərrahi alətlərin istifadəsinə aşağıdakı tələblər qoyulur:

✓ Cərrahi əməliyyatların icrası zamanı yalnız saz alətlərdən istifadə olunmalıdır.

✓ Alətlə işləyərkən onu inamla, bununla belə yüngül tutmaq lazımdır. Tibbi personal istifadə etdiyi alətlərin dəstəyini deyil, işlək ucunu-branşını hiss etməlidir.

✓ Bütün əməliyyatlar zamanı alətlərdən kəskin hərəkətlərlə deyil, sərbəst və ritmiki istifadə edilməlidir. Alətlə işləyən zaman canlı toxumalarla çox ehtiyatlı davranışa xüsusi fikir verilməlidir.

✓ Hər bir cərrahi alət mütləq öz təyinatına uyğun olaraq istifadə olunmalıdır.

Cərrahi alətləri təyinatlarına və funksional əlamətlərinə görə beş qrupa bölünürlər:

1. Toxumaları kəsib ayıran alətlər
2. Toxumaları tutan alətlər
3. Yara genişləndirici alətlər
4. Toxumaları birləşdirən alətlər
5. Toxumaları mühafizə edən alətlər

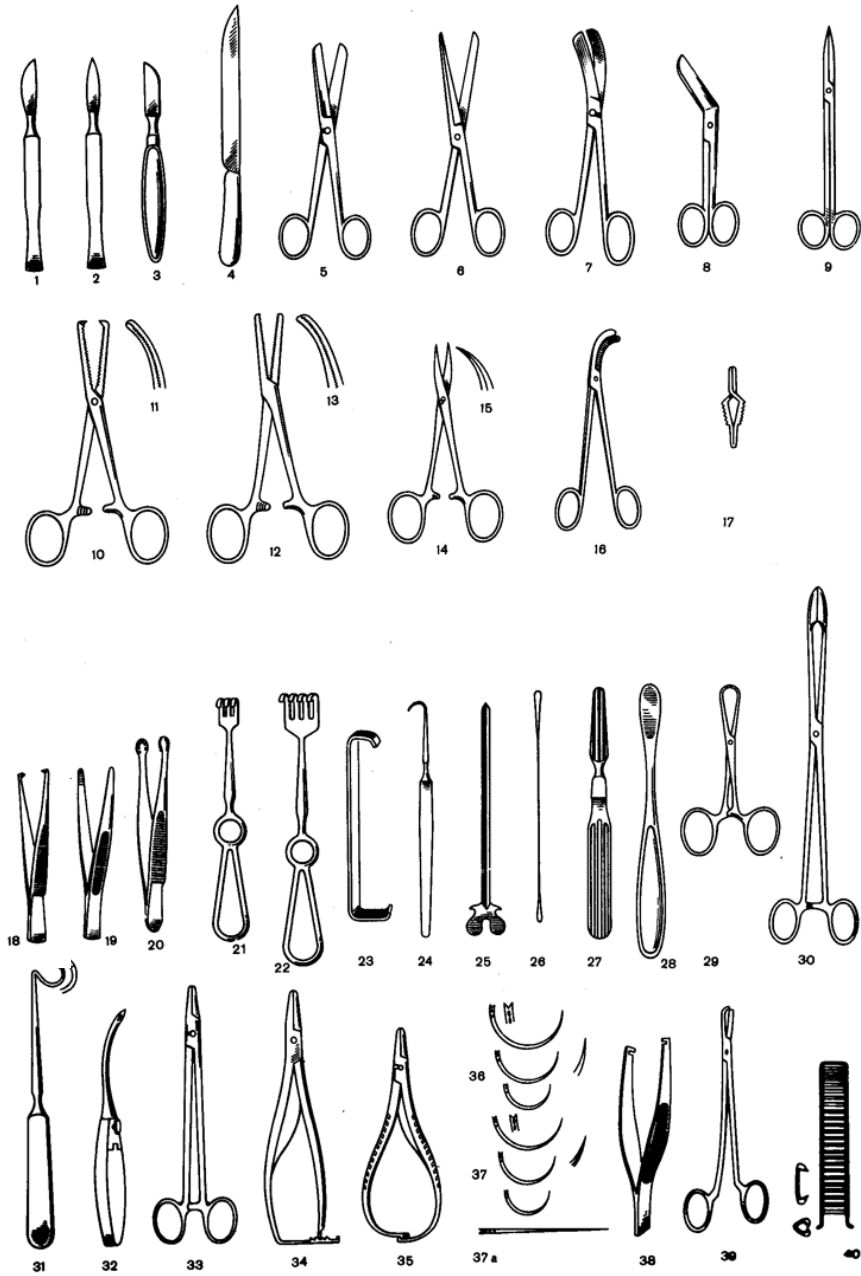
Əməliyyatların texnikasının təkmilləşməsi və müasir cərrahiyyənin səviyyəsinin artması, daha mürəkkəb alətlərin yaranmasına, eləcə də mövcud cərrahi alətlərin də təkmilləşdirilməsinə təkan vermişdir. Ona görə də toxumaları ayırmaq üçün mexanikləşdirilmiş alətlər: elektrik bıçağı, elektrik mişarı, ultrasəs və krioskalpel, lazer skalpeli və s. meydana gəlmişdir. Yanıqların plastikası üçün geniş sahəli dəridən iri loskut götürə bilmək üçün elektrodermatomlar yaranmışdır.

Cərrahi texnikanın əhəmiyyətli dərəcədə əldə olunan nailiyyətlərinə damarları, sinirləri, ürək, bronx, beyinin sərt qişası, sümük, mədə, bağırsağı tikmək üçün xüsusi aparatları aid etmək olar. Hər bir tibb bacısı alətlərlə yanaşı, əməliyyatları icra etmək üçün lazım olan alətlər dəstini də tanımalıdır. Müasir cərrahi alətlər müxtəlif çeşidli və çox saylıdırlar. Onlar tətbiq olunmalarına görə ümumi və xüsusi alətlərə bölünür. Ümumi cərrahi alətlər bütün əməliyyatlarda istifadə olunan alətlərdir (skalpellər, sıxıcılar, pinsetlər, retraktorlar, iynə tutanlar, tikiş iynələri və s.). Müəyyən əməliyyatlar üçün xüsusi cərrahi alətlərdən istifadə olunur: neyrocərrahi, travmatoloji, uroloji, oftalmoloji və s.

Ümumi cərrahi alətlər (şəkil 26).

I. Toxumaları kəsib ayıran alətlər:

✓ Skalpellər – təyinatına görə dərin, lakin geniş olmayan kəsiklər aparan itiüclü skalpellər və uzun və geniş, lakin dərin olmayan kəsiklər aparan qarın skalpelləri mövcuddur.



Şəkil 26. Ümumi cərrahi alətlər. (1-4) skalpellər, (5-9) qaçıqlar, (10-17) sıxıcılar, (18-20) pinsetlər, (21-24) farabeflər, (25-28) zondlar, (29-30) kornçanq, (31-35) iynətutqacı, (36-37) cərrahi iynələr, (38-40) qövs pinseti; qövssökən pinset; qövsələr.

✓ Amputasiya bıçağı- ətrafların amputasiyası və meydələrin yarılması üçün istifadə olunan kiçik, orta, sivri, ikitərəfli və rezeksiya bıçağı növləri vardır.

✓ Qayçılar-təyinatına görə iti uclu, küt uclu, bir ucu iti Kuper qayçısı, kənarı boyu əyilmiş Rixter qayçısı, dırnaq qayçısı, dəstəyi uzana bilən, kəsən tərəfi qısala bilən damar qayçısı olur.

✓ Böyük cərrahi mərkəzlərdə, onkoloji xəstəxanalarda elektrik bıçaqları, lazer skalpəlləri, kriobıçaqlar, dalğa bıçaqları istifadə olunur. Bu qrupa mişarlar (qövs, təbəqə, məftilşəkili), çəkiç, kəlbətin, burğular, yivlər, punksiya iynələri, troakar, osteotom, drel daxildir.

II. Toxumaları tutan alətlər (sıxıcılar):

✓ Kornsanq –sarğı materiallarını, alətləri vermək, yaraya tamponları, drenajları daxil etmək, yad cisimləri çıxarmaq, tupfer düzəltmək və əməliyyat sahəsini təmizləmək və s. üçün istifadə edilir, düz və əyri növləri vardır.

✓ Hemostatik sıxıcılar - qanaxmanın müvəqqəti dayandırılması üçün istifadə olunur. Bilrot və Koxer və “Moskit” tipli sıxıcılar daha çox istifadə olunur. Bilrot sıxıcısının tutma səthindəki dişlər toxumaları daha az zədələyir, lakin onları möhkəm tutmur. Koxer sıxıcısının tutma səthində olan dişləri toxumalara zərər verir, lakin onları möhkəm tutur. “Moskit” sıxıcıları ən incə tutma səthlərinə malikdir.

✓ Mikuliç sıxıcısı - periton təbəqələrini tutmaq, tupfer kimi işlətmək və əməliyyat ağırlarını təsbit etmək üçün istifadə olunur. Mikuliç sıxıcıları əyri və düz ola bilər, lakin həmişə ən uzun branşa malikdir.

✓ Pəncərəli sıxıcılar - Bu alətlərin hamısının branşında pəncərələr vardır. Pəncərənin ölçüsünə və təyinatına görə dil tutucusu, qaraciyər - böyrək sıxıcısı, ağı ciyər toxumasını, qaraciyəri, babasil düyünü tutmaq üçün istifadə olunur.

✓ Jomlar- toxumanı sıxma dərəcəsinə görə elastik və əzən jomlar vardır. Birincisi–bağırsağın mənfəzini sıxaraq bağırsağ möhtəviyyətinin tökülməsinə imkan vermir və bağırsağ divarını zədələmir. İkinci növ jomlar isə bağırsağ toxumasını əzər, tətbiq olunduqdan sonra bağırsağı rezeksiya etmək lazım gəlir.

✓ Pinsetlər – istənilən əməliyyat və ya sarğı üçün tələb olunan əsas köməkçi vasitədir. Aşağıdakı pinset növlərindən istifadə olunur: toxumaları yumşaq saxlamağa və onlara zərər verməməyə imkan ve-

rən, lakin tutmaq qabiliyyəti güclü olmayan anatomik pinsetlər və sərt toxumaları - fassiya, aponevroz, dəri tutmaq üçün dişlərlə təchiz olunmuş cərrahi pinsetlər. Bundan əlavə toxumaları tutmaq, sarğı materiallarını vermək üçün ucu diş-diş olan pəncəşəkilli pinsetlər də mövcuddur. Pinsetlər uzunluğuna görə də fərqləndirilir.

III. Toxumaları zədələnmədən qoruyan alətlər.

✓ Zondlar. Yivli zondlar- fasiyanı əhatə edən qan damarlarını və sinirləri ayırmaq üçün əlverişlidir. Düyməli zondlar yaranı müayinə etmək üçün istifadə olunur. Koxer zonu toxumaların küt ayrılmasına xidmət edir.

✓ Buyalsky lapatkası və Folkman qaşığı patoloji ifrazatı, həddindən artıq qranulyasiya toxumasını aradan qaldırmaq, boşluqları qazmaq və fistula yolunu qaşayıb təmizləmək üçün istifadə olunur.

✓ Reverden şpateli - qarın boşluğunu tikmək və bağırsaqların iynə ilə təsadüfən yaralanmaqdan qorumaq üçün istifadə olunur.

✓ Retraktor – üzvlərin amputasiyası zamanı yumşaq toxumaları geri çəkmək üçün istifadə olunur.

✓ Sümük qaldırıcıları və ya elevatorlar sümük parçalarının bütövlüyünü bərpa etmək üçün istifadə olunur.

✓ Metal qövslər və millər dəsti skelet dartması üçün istifadə olunur.

✓ Burğular, kəlbətinlər, yan kəsicilər-sümüklərlə işləyərkən istifadə olunur.

✓ Metal mismarlar və lövhələr, üç bıçaqlı ştiflər, tellər - sümük toxumasını bağlamaq üçün istifadə olunur.

IV. Yaraları genişləndirilməsi üçün alətlər.

Bu alətlər qrupuna işlək hissəsi fərqli sayda dişdən ibarət olan əyri çəngəl şəklində hazırlanmış iti və küt qarmaqlar, yara və boşluqları genişləndirmək, daxili üzvləri aralamaq üçün lövhəşəkilli Farabef qarmaqları, qarın güzgüsü, qaraciyər güzgüsü, müxtəlif retractorlar, trayagenişləndirici, ağız genişləndirici, rektal güzgülər daxildir.

V. Toxumaları birləşdirən alətlər:

Toxumalar cərrahi iynələr vasitəsilə onlara tikişlər qoymaqla birləşdirilir. Cərrahi iynələr düz və əyri, dəyirmi və kəsici ola bilər. İynənin toxumalardan keçirilməsi, əməliyyatın növündən və toxumaların təbiətindən asılı olaraq müxtəlif konstruksiyalı iynə tutqaclarından istifadə etməklə həyata keçirilir. Tikiş sapının bir ucunu iynə tutqacı ilə birlikdə tutub, digər ucunu iynənin üzərindən aşırı-

raq, onun dəliyinə əl və ya pinset vasitəsilə keçirirlər. Daha az travmatik olan atravmatik iynələr də mövcuddur. Bu iynələrdə sap iynənin küt ucuna preslənmiş şəkildə olur və birdəfəlik istifadə üçün tətbiq edilir. Bundan əlavə toxumaları metal sancaqlar vasitəsilə birləşdirmək üçün müxtəlif tikiş aparatları da mövcuddur.

Yoxlama sualları:

1. *Cərrahi əməliyyatın tərifini verin.*
2. *Əməliyyatların növlərini və onların yerinə yetirilmə müddətini sadalayın.*
3. *Müdaxilənin xarakterinə görə əməliyyatların təsnifatı necədir?*
4. *Cərrahi alətlərin təsnifatını verin.*
5. *Cərrahi əməliyyatın hansı mərhələləri vardır?*
6. *Həcminə görə əməliyyatlar neçə yerə bölünür?*
7. *Cərrahi yol dedikdə nə başa düşülür?*
8. *Cərrahi texnika nəyi bildirir?*
9. *Cərrahi əməliyyatlara göstərişləri sadalayın.*
10. *Cərrahi əməliyyatlara əks göstərişlər hansılardır?*
11. *Ümumi cərrahi alətlərin əsas qrupları hansılardır?*
12. *Hansı alətlər köməkçi alətlər qrupuna aiddir?*
13. *Hansı qandayandırıcı alətlərin işlək hissəsində dişcik vardır?*
14. *Hansı alətlər yara ağızını genişləndirmək üçün istifadə olunur?*
15. *Anatomik pinset, cərrahi pinsetdən nə ilə fərqlənir?*

Situasiya məsələləri:

I. Xəstəxananın qəbul şöbəsinə 25 yaşlı qadın qarın nahiyəsinin kəskin ağrısı şikayəti ilə müraciət etmişdir. Xəstəni ümumi zəiflik, başgicəllənmə, ürək bulanması narahat edir. Arterial təzyiq - 90/40 mm civə sütunu, nəbz - dəqiqədə 120 vuruğu, zəif dolğunluqda və gərginlikdədir. Qadın bir saat əvvəl birdən-birə özünü pis hiss etmişdir. Növbətçi həkim xəstəyə təcili "uşaqlıqdan kənar hamiləlik, daxili qanaxma, II dərəcəli hemotransfuziyon şok" diaqnozunu qoymuşdur. Yerinə yetirilmə müddətinə görə əməliyyat növünü adlandırın. Xəstəni qarşıdakı əməliyyata necə hazırlamaq lazımdır?

II. Yumşaq toxumaları kəsdikdən sonra cərrah dərialtı toxumada qanayan bir damar gördü. Qanaxmanı dayandırmaq üçün o, zədələnmiş damarı Koxer sıxıcısı ilə tutdu. Qanaxmanın dayandırılması prosesinin nə kimi nəticəsi ola bilər?

MÖVZU 14. Əməliyyatdan qabaqkı dövr. Cərrahi xəstələrin əməliyyata hazırlanması.

Tələbə bilməlidir.

- ✓ Əməliyyatdan qabaqkı dövr anlayışını;
- ✓ Xəstənin əməliyyata hazırlanmasının əsas məsələlərini;
- ✓ Üzvlər və sistemlərin funksional vəziyyətinin kritik qiymətləndirilməsini;
- ✓ Əməliyyat önlü hazırlığın növlərini (psixoloji, somatik, xüsusi);
- ✓ Müxtəlif yaşlarda olan xəstələrin əməliyyata hazırlığının xüsusiyyətlərini.
- ✓ Kəskin cərrahi xəstələrin təxirəsalınmaz əməliyyata hazırlanmasını
- ✓ Cərrahi xəstələrin sanitar təmizlənməsini

Mühazirənin planı:

- Əməliyyat qabaqkı dövr haqqında;
- Cərrahi xəstənin əməliyyata hazırlanması.
- Uşaqların əməliyyata hazırlanması
- Yaşlı və qoca şəxslərin əməliyyata hazırlanması.
- Zəifləmiş şəxslərin əməliyyata hazırlanması
- Xəstənin təxirəsalınmaz əməliyyata hazırlanması

Cərrahi xəstəliklərin müalicəsi aydın şəkildə üç mərhələdə aparılır: 1) əməliyyatdan qabaqkı dövr, 2) bir başa cərrahi müdaxilə dövrü, 3) əməliyyatdan sonrakı dövr.

Xəstənin xəstəxanada olduğu və əməliyyata hazırlaşdığı müddət əməliyyatdan qabaqkı dövr adlanır. Əməliyyata göstəriş həkim tərəfindən müəyyən edildikdən sonra xəstədə əməliyyatdan qabaqkı hazırlıq aparılır. Bu zaman müayinələr vasitəsilə xəstənin diaqnozu və yanaşı gedən xəstəlikləri dəqiqləşdirilir. Əməliyyata hazırlıq əməliyyatın riskinin minimuma endirilməsinə, əməliyyat təhlükəsinin azaldılmasına, əməliyyatdan sonrakı ağırlaşmaların qarşısının alınmasına və xəstənin xəstəxanadaxili infeksiyaya yoluxma ehtimalının azaldılmasına xidmət edir. Xəstənin planlı əməliyyata hazırlanması ambulator şəraitdə həyata keçirilir. Hazırlıq prosesi 2 həftə müddətində davam edir. Əməliyyata bilavasitə hazırlıq isə cərrahi şöbədə əməliyyata 1 sutka qalmış yerinə yetirilir. Əməliyyatdan qabaqkı dövr bölünür:

a) ***diaqnostik dövr***-bu zaman xəstənin diaqnozu dəqiqləşdirilir, əməliyyata göstəriş təyin edilir.

b) *əmaliyyətə hazırlıq dövrü* –bura həm əsas xəstəliyin, həm də yanaşı gedən patoloji proseslərin gedişinin ağırlığının azaldılmasına və orqanizmin əsas sistemlərinin fəaliyyətinin yaxşılaşmasına istiqamətlənən kompleks müalicə tədbirləri daxildir.

Əməliyyatdan qabakı dövrün əsas məqsədi cərrahi əməliyyat zamanı və sonrasını mümkün ağırlaşmaları minimuma endirməkdən ibarətdir. Xəstənin orqanizminin funksiyalarının pozğunluqlarının ətraflı öyrənilməsi, bu pozğunluqların korreksiya edilməsi də əməliyyatdan qabaqkı dövrün vəzifələrinə aiddir. Bundan əlavə əməliyyat yarasında infeksiyanın profilaktikası da qarşıya qoyulan məsələlərdən biridir. Hətta texniki cəhətdən mükəmməl icra olunan bir əməliyyat, xəstə əməliyyata yaxşı hazırlanmadıqda müvəffəqiyyəti təmin edə bilməz.

3 növ əməliyyatdan qabaqkı hazırlıq vardır:

- ✓ psixoloji
- ✓ somatik
- ✓ xüsusi

Psixoloji hazırlıq əsas məqsədi xəstəni sakitləşdirmək, əməliyyatın uğurlu nəticəsinə onda inam yaratmaqdır. Xəstə və onun qohumları ilə səmimi müsahibə aparmaq vacib məqamlardan biridir. Bu, xəstə, onun yaxınları və tibbi personal arasında etibarlı münasibət qurmağa xidmət edir. Şöbədə mənəvi-psixoloji iqlim vacib rol oynayır. Yumşaq şəkildə desək həkim və tibb bacısı sakit səsle xəstəyə əməliyyatın vacibliyini inandırılmalı və onun əməliyyata razılığını almalıdır. Xəstənin özünün sağlamlıq vəziyyəti haqqında kifayət qədər məlumatı olması nəticəsində onun əməliyyatdan imtina etdiyi vaxt xəstəni inandıra bilmək bacarığı daha vacibdir. Əgər xəstə huşsuzdursa onda əməliyyata razılıq onun qohumları tərəfindən verilməlidir. Əgər bu da mümkün olmadıqda onda iki və daha artıq həkimdən ibarət konsilium təşkil edilir. Psixoloji hazırlıqdan ötrü dərman preparatlarından (sedativ, trankvilizator) da istifadə etmək olar.

Somatik hazırlıq. Bu hazırlığın əsas məqsədi əsas və yanaşı gedən xəstəliklər nəticəsində əmələ gələn üzv və sistemlərin funksiyalarının pozğunluqlarını korreksiya etməkdən ibarətdir. Aşkar edilmiş pozğunluqların korreksiyası xəstəliyin xarakteri nəzərə

alınmaqla müxtəlif müalicə metodlarından istifadə etməklə həyata keçirilir. Belə ki, xəstə xəstəxanaya travmatik şok vəziyyətində daxil olmuşsa ona şok əleyhinə müalicə aparılır, hipertoniyası varsa hipotenziv dərmanlar təyin edilir və s.

Somatik hazırlıqda əsas diqqət endogen infeksiyanın profilaktikasına verilir. Xəstədə xroniki iltihabı xəstəliklər (karies dişlər, xroniki tonzillit, dərinin irinli xəstəlikləri və s.) olması müəyyən edilir, lazım gəldikdə onların sanasiyası aparılır və antibiotiklərlə müalicə edilir.

Xüsusi hazırlıq isə xəstəliyin xarakteri, patoloji prosesin lokalizasiyası və əməliyyat aparılacaq üzvün xüsusiyyətləri ilə müəyyən edilir. Məsələn yoğun bağırsaqda əməliyyat aparılacaqsə xüsusi hazırlıq tələb olunur: şlaksız pəhriz və işlədici dərmanlar təyin olunur, təmiz su gələndək təmizləyici imalə aparılır.

Müxtəlif cərrahi xəstəliklər zamanı əməliyyatdan qabaqkı dövrün öz xüsusiyyətləri vardır ki, bunlar haqqında həmin xəstəliklərə həsr olunmuş mövzularda qeyd ediləcəkdir.

Cərrahi xəstələrin əməliyyata hazırlanması.

Xəstənin əməliyyata hazırlanması aşağıdakı ümumi prinsiplərdən barətdir:

- ✓ xəstə cərrahi şöbə ilə tanış edilir;
- ✓ əməliyyatın vacibliyi xəstəyə izah edilir və onda uğurlu nəticəyə inam yaradılır;
- ✓ xəstənin əməliyyatdan qabaqkı vəziyyəti (arterial təzyiq, nəbz, tənəffüsün sayı və bədənin temperaturu) qiymətləndirilir, qadınlarda sonuncu aybaşının vaxtı dəqiqləşdirilir;
- ✓ xəstə ilə birlikdə əməliyyatdan sonrakı qulluğun planı tərtib olunur;
- ✓ xəstəyə psixoloji dəstək verilir;
- ✓ özünün hər hansı iztirabı, təlaşı və problemini danışmağa xəstə ruhlandırılır;
- ✓ xəstə anestezioloqun müayinəsinə hazırlaşdırılır;
- ✓ xəstədə aparılacaq əməliyyat haqqında təsəvvürün yaradılmasına əmin olmaq lazımdır;

- ✓ tibbi personal xəstənin fərdi xarakteri ilə hesablaşmalı, onda xəstəyə qarşı nəzakətlilik, təmkinlilik, səbr və mənəvi qayğı göstərmək bacarığı olmalıdır;
 - ✓ xəstəyə pəhriz izah edilir, axşam əməliyyat ərəfəsində ona yüngül şam verilir, əməliyyat günü isə qida qəbulu dayandırılır;
 - ✓ bağırsaqların hazırlanması yerinə yetirilir, əməliyyat ərəfəsində axşam və səhər əməliyyata 3 saat qalmış təmizləyici imalə aparılır;
 - ✓ xəstəyə əməliyyatdan sonra sudnadan necə istifadə etməsi izah olunur;
 - ✓ gecə xəstəyə rahat yatması üçün anestezioloq tərəfindən təyin edilmiş sedativ preparatlar verilir;
 - ✓ xəstəyə əməliyyatdan qabaq və əməliyyatdan sonrakı dövrdə siqaretdən imtinanın vacibliyi başa salınır;
 - ✓ əməliyyat günü səhər xüsusi ayrılmış otaqda əməliyyat sahəsi qırılır;
 - ✓ xəstəyə duş qəbul etmək təklif edilir, dəyişək və yataq ağları dəyişdirilir;
 - ✓ əməliyyat sahəsi 70⁰- li etil spirti ilə silinir və oraya furasilin məhlulunda isladılmış salfet qoyulur;
- Xəstə əməliyyat otağına aparılmazdan qabaq bütün gigiyenik prosedurlara əməl etməlidir.
- ✓ ağız yaxalanmalı, dişlər təmizlənməli, protezlər çıxarılmalı və palatada xüsusi stəkanda saxlanılmalıdır;
 - ✓ burun boşluğu təmizlənməli, kişilər üz və saqqalını qırxdırılmalıdır;
 - ✓ xəstəyə ayaqyoluna getmək təklif olunur. Əgər xəstədə sərbəst sidik ifrazı mümkün deyilsə onda əməliyyata 30 dəqiqə qalmış sidik kisəsinin kateterizasiyası aparılır;
 - ✓ ona kosmetik vasitələrdən istifadə etməmək məsləhət verilir, dırnaqlardan boya təmizlənilir ki, onun təbii rəngi qalsın (qaz mübadiləsini qiymətləndirməyə çətinlik olmasın deyə, narkoz vaxtı dırnağın rəngini müşahidə edə bilmək üçün), xəstənin diş protezi çıxarılır, gözündən linzalar götürülür, eynək çıxarılır, saçlardan sancaqlar, qulaqdan eşitmə aparatları çıxarılır,;

- ✓ zinət əşyaları (üzük, sırğa, saat, qolbaq, boyunbağı) çıxarılır, baş tibb bacısına və ya xəstənin qohumlarına təhvil verilir;
- ✓ xəstənin ev ünvanı və telefonları haqqında qeydiyyatın düzgünlüyü yoxlanılır;
- ✓ dominant əli təyin edilərək (sağ və ya sol) qeyd edilir;
- ✓ əməliyyata 30 dəqiqə qalmış premedikasiya olunur və arabada əməliyyat otağına aparılır;
- ✓ xəstənin lazımsız paltarları çıxarılır;
- ✓ əməliyyat otağına xəstə ilə bərabər xəstəlik tarixi və uyğunluq sınağını yoxlamaq üçün sınaq şüşəsinə götürülmüş qan aparılır.

Yoğun bağırsaq əməliyyatlarında 2-3 gün müddətində xəstənin qidasında sellüloza mənşəli ərzaqlar məhdudlaşdırılır. Xəstədə aşağı ətrafların tromboflebitinə şübhə olduqda əməliyyatdan qabaq və sonra elastik corab geyinmək və ya ayaqları elastik bintlə sarımaq məsləhət görülür.

Uşaqların əməliyyata hazırlanması. Tibb bacısının xəstə uşağa diqqətli münasibəti onun tez sağalmasının təminatıdır. Əməliyyatdan qabaq cərrahi müdaxilə üçün uşağın valideynlərindən və ya qəyyumlarından yazılı razılıq almaq lazımdır. Onlar əməliyyatın xarakterini, risk dərəcəsini və mümkün fəsadları bilməlidirlər. Əgər valideynlər yoxdursa və həyati göstəriş əsasında təxirəsalınmaz əməliyyat vacibdirsə, onda ən azı iki həkimin iştirakı ilə konsilium çağrılır və bu haqda şöbə müdiri və ya baş həkim məlumatlandırılır. Uşaqlarda əlavə müayinələrin sayını məhdudlaşdırmağa çalışmaq lazımdır. Əməliyyata hazırlanarkən böyüməkdə olan orqanizmin anatomik- fizioloji xüsusiyyətlərinin nəzərə alınması lazımdır. Məsələn südəmə körpələr aclığa həssas olduqları üçün, əməliyyat ərəfsəində onlar saat 22⁰⁰-dək qidalanmalıdırlar. Nisbətən yaşlı uşaqlara isə bir gün əvvəl yüngül şam yeməyinə icvazə verilir. Əməliyyata 3 saat qalmış isə şirin çay verilir. Uşaqlarda termorequlyasiya sistemi (xüsusən də 1 yaşa qədər uşaqlarda) təkmil olmadığı üçün onların bədəninin soyumasına yol vermək olmaz. Uşağın toxumalarının zəif olması, manipulyasiyaları yerinə yetirərkən tibb bacısından daha ehtiyatlı olmağı tələb edir. Dərman preparatlarının dozası uşağın yaşına uyğun və preparata fərdi həssaslıq nəzərə alınmaqla seçilir.

Uşağa həmişə təmiz hava lazımdır. Qış aylarında palataların havası sistemətik dəyişdirilməlidir. Bu zaman uşaqları isti şəkildə örtmək lazımdır. Yayda isə setka vuraraq pəncərələri açıq şəkildə saxlamaq lazımdır.

Çarpayını tez-tez yenidən döşəmək, ədyal və mələfələri çırpmaq, qırıqlarını düzəltmək, çirkləndikdə isə dəyişdirmək lazımdır. Əgər uşaqda qeyri-iradi sidik ifrazı varsa bu zaman döşəyin üzərinə müşəmbə örtmək lazımdır. Uşağı hər gün yuyundurmaq, yeməkdən qabaq əllərini yumaq, güclü tər ifrazı zamanı dərinə quru dəsmalla silmək və yataq ağlarını dəyişdirmək lazımdır. Yüksək temperaturlu uşağın dodaqları quru və çat şəkildə olur. Onları gün ərzində bir neçə dəfə kərə yağı və ya vazelinlə yağlamaq lazımdır.

Xəstə uşaqlar tez-tez əsəbi və şıltaq olurlar. Gigiyenik və müalicə proseduraları, eləcə də uşağın qidalandırılması onların tez-tez müqavimət göstərmələri ilə müşahidə olunur. Ona görə də bütün bunlar uşağa az xəsarət yetirməklə icra etmək üçün səbr və nəvaziş göstərmək lazımdır.

Xəstə uşağın qidası pəhriz məhdudyyətlərinə baxmayaraq tam dəyərli olmalı və kifayət qədər vitaminlərlə zənginləşdirilməlidir.

İnkişafı zəif olan uşaqlara xüsusi diqqət ayırmaq lazımdır. Uşağın zövqünə uyğun qida seçib yaxşı bişirmək lazımdır. Uşağı yavaş-yavaş, səbrlə qəbul etdiklərini udduğuna əmin olunmaqla qidalandırmaq lazımdır. Qusma zamanı onu otuzdurub başını saxlamaq lazımdır. Qusma zamanı uşaq halsızlaşır və onu soyuq tər basır, əgər uşaq otura bilmirsə onda yataqda onun başını yana vermək lazımdır. Əks təqdirdə diqqətsizlik ucbatından qusuntu kütləsinin tənəffüs yollarına düşməsi (aspirasiya) səbəbindən asfiksiya baş verə bilər. Gün ərzində bədənin temperaturu 2 dəfə ölçülür. Adətən səhər uşaq yuxudan oyandıqdan sonra və axşamüstü 16⁰⁰-17⁰⁰ radələrində ölçmək məsləhətdir. Körpə uşaqlarda temperatur qoltuq altında deyil, qasıq büküşündə ölçülməsi məsləhət görülür.

İnyeksiya və digər proseduralar uşağı tez-tez qorxudur. Ona görə də bütün işləri uşağın gözünün qarşısında etmək məsləhət deyil. Proseduraları icra edən məqamda isə uşağı sakitləşdirmək lazımdır.

Uşağı əməliyyata hazırlayarkən işlədicilərdən istifadə olunmur. Təmizləyici imalə isə gecə və əməliyyat günü icra edilir.

Beləliklə əməliyyat ərəfəsində:

✓ xəstəyə pəhriz təyin olunur (yüngül şam yeməyi və ya aclıq pəhrizi);

✓ axşam təmizləyici imalə aparılır;

✓ xəstəyə gigiyenik vanna və ya duş qəbul etdirilir;

✓ alt paltarları və yataq dəstləri dəyişdirilir;

✓ anestezioloqun baxışı təmin olunur və premedikasiya üçün təyinat verilir.

Əməliyyat günü:

✓ səhər xəstəyə təmizləyici imalə edilir;

✓ əməliyyat sahəsi qırılır;

✓ yemək və içmək verilmir;

✓ əməliyyata 30 dəqiqə qalmış sidiyi boşaltmaq təklif olunur;

✓ premedikasiya aparılır;

✓ yarıyuxulu vəziyyətdə arabaya uzadılıb əməliyyat otağına aparılır.

Yaşlı və qoca şəxslərin əməliyyata hazırlanması. Bütün xəstələrin əməliyyata hazırlanmasının onların yaşından asılı olmayaraq ümumi prinsipləri eynidir. Yaşlı və qoca insanların orqanizminin kompensator qabiliyyətinin aşağı olması və cərrahi travmaya yetərinə müqavimət göstərə bildirmədiyinə görə onların daha əhatəli müayinəyə və uyğun dərmanlarla hazırlığına ehtiyac yaranır.

Yaşlı insanların sinir sistemi daha həssas olduğu üçün, tibb bacısı psixoloji hazırlığı fərdi xüsusiyyətləri nəzərə alaraq daha ehtiyatla aparmalıdır. Yaşlı şəxslərin ürək-damar sistemində ürək-damar çatışmazlığı yaradan yaşla bağlı bir sıra dəyişikliklər müşahidə oluna bilər. Ona görə də onlarda mütləq ürəyin elektrokardiogramması aparılmalı və kardioloqla konsultasiya edilməlidir. Qan damarlarının kövrəkliyinə görə venadaxili punksiya və inyeksiyalar tibb bacısı tərəfindən ehtiyatla və səliqəli icra olunmalıdır. Yaşlı və qoca şəxslərdə tez-tez emfizema və pnevmoskleroz müşahidə ediləndiyindən tibb bacısı xəstəni əməliyyata hazırlayarkən tənəffüs gimnastikasına xüsusi diqqət yetirməlidir. Bu əməliyyatdan sonrakı pnevmonianın profilaktikası üçün çox vacib tədbirdir.

Xəstənin bədənini həddən artıq soyumasına yol vermək olmaz. Yaşlı şəxslər qəbizlikdən tez-tez əziyyət çəkirlər. Ona görə də xəstə-

tənin sanitar hazırlanması istifadəsi düzgün otaqda aparılmalıdır. Əgər vanna təyin edilmişsə suyun temperaturu 36-37⁰ C olmalıdır. Buna görə də əməliyyatdan qabaq tibb bacısı onların pəhrizinə riayət etməli, həkim təyinatına əsasən vaxtaşırı təmizləyici imalələr aparmalı və bağırsağın funksiyasını müxtəlif vasitələrlə stimullaşdırmalıdır. Qoca şəxslərdə böyrəklərdə və qara ciyərdə də müəyyən dəyişikliklər olur. Bununla əlaqədar olaraq barbituratlar çox ehtiyatla təyin olunmalıdır. 60 yaşdan yuxarı şəxslərə hər hansı dərman preparatı yüksək dozada deyil, böyüklər üçün olan dozanın 3/4 –ü və ya 1/2-i qədər təyin olunmalıdır. Bu kateqoriyadan olan insanlar üçün narkotiklərin də seçimi çox çətinidir. Tənəffüs pozğunluğu verdiyi üçün onlara morfin preparatı təyin edilmir. Yaxşı olar ki, promedol və ya pantopan təyin edilsin.

Zəifləmiş xəstələrin əməliyyata hazırlanması. Uzun müddət ağ ciyərlərin, mədə-bağırsaq traktının xroniki xəstəlikləri, müxtəlif iltihabi proseslərlə xəstələnən şəxslərdə orqanizmin müqavimətinin əhəmiyyətli dərəcədə azalması, qidalanmanın zəifləməsi, su-duz balansının pozulması və anemiya səbəbindən onların ümumi vəziyyəti ağır olur. Belə vəziyyət əməliyyatdan sonra bir sıra ağırlaşmalara səbəb olur. Belə ağırlaşmalara şoku, yaranın çətin sağalmasını, digər üzvlər tərəfindən baş verən fəsadları göstərmək olar. Belə xəstələrə qan köçürülür, B₁₂, C, A vitaminləri, 40%-li qlukoza məhlulu, dəmir preparatları təyin edilir. Orqanizmin susuzlaşdığı zaman vena daxilinə 1,5 – 3,0 litr miqdarında fizioloji məhlul, Ringer-Lokk məhlulu köçürülür. Ürək zəifliyində ürək qlikozidləri, kordiamin, kofein tətbiq edilir.

Həddən artıq üzülmüş xəstələr adi qaydada qidalana bilmədikləri üçün onlara qidalandırıcı imalələr edilir. Yadda saxlamaq lazımdır ki, yalnız su, xörək duzu, qlukoza və spirt yoğun bağırsaqdan sorula bilir. Ona görə də qidalandırıcı imalənin tərkibinə 0,85%-li natrium-xlorid, 5%-li qlukoza və 4-5%-li spirt eyni miqdarda daxil edilir. Sutka ərzində bu tərkibdən 2 litrə qədər, 34-40⁰C temperaturunda düz bağırsağa yeridilir. Düz bağırsaqdan amino-peptid də yeritmək olar.

Yaxşı olar ki, belə hallarda parenteral qidalanmaya üstünlük verilsin. Bu məqsədlə venadaxilinə 300-500 ml. albumin, protein,

hidrolizat kazein və s. qanəvəzedicilər, 40%-li qlukoza köçürülür. Yağlardan lipofundin və ya intralipid istifadə edilir.

Xəstənin təxirəsalınmaz əməliyyata hazırlanması.

Təxirəsalınmaz əməliyyatların icrası həyati göstəriş əsasında həyata keçirildiyi üçün əməliyyata hazırlığın planı kəskin şəkildə dəyişdirilir. Qısa anamnez toplanır, ümumi baxış keçirilir, perkussiya, auskultasiya və palpasiya aparılır. Qanın, sidiyin və nəcisin analizi, rentgen və əlavə müayinələr xüsusi göstərişlər olduqda həyata keçirilir. Qəbul şöbəsinə xəstənin ümumi vəziyyətinin ağırlığından və əməliyyatın təxirəsalınmazlığından asılı olaraq tam və ya hissəvi sanitar təmizləmə aparılır. Xəstənin paltarları çıxarılır, bədənin çirklənmiş nahiyəsi nəm süngərlə silinir, tük örtüyü təmizlənir. Mədə dolu olduqda nazoqastral zond vasitəsilə boşaldılır. İmalə edilmir. Sidik ifrazı çətinləşdikdə sidik kateterlə buraxılır.

Bütün xəstələr əməliyyat otağına arabada aparılır. Arabanı ehtiyatla və sərt təkan vermədən hərəkət etdirmək lazımdır. Hər xəstə üçün fərdi olaraq araba müşəmbə ilə örtülür və təmiz ədyal və mələfə ilə hazırlanır. Hazırlanmış çarpayının üzərinə xəstə başına papaq qoyulmuş və ya yaylıq bağlanmış, ayağına isə baxıl geyindirilmiş şəkildə uzadılır. Əməliyyat blokuna xəstə şöbənin çarpayısında aparılır, əməliyyatdan qabaqkı otaqda isə əməliyyat otağının arabasına keçirilir və əməliyyat otağına gətirilir. Xəstə çarpayından əməliyyat stoluna keçirilərək xəstənin vəziyyətinə və aparılacaq cərrahi müdaxilənin xarakterinə uyğun uzadılır. Xəstənin əməliyyat otağına aparılmasına palata tibb bacısı məsuliyyət daşıyır. Drenajları, kateteri, sistemi və intubasion borusu və s. olan xəstələr xüsusi ehtiyatla daşınmalı və yerləşdirilməlidirlər.

Beləliklə, təxirəsalınmaz əməliyyatlarda:

- ✓ minimal laborator müayinələr edilir;
- ✓ hissəvi sanitar təmizləmə aparılır;
- ✓ mədə möhtəviyyatı boşaldılır;
- ✓ əməliyyat sahəsinin tükləri qırılır;
- ✓ sidik kisəsi boşaldılır (sərbəst və ya kateterlə);
- ✓ premedikasiya edilir;
- ✓ xəstə arabada əməliyyat otağına aparılır.

Əməliyyat sahəsinin hazırlanması

Əməliyyat olunan şəxslərin dərisi külli miqdarda patogen mikroblarla zəngin olur. Əməliyyat sahəsi cərrahın fəaliyyətinin əsas yeri olduğu üçün oranın sterilliyi çox vacibdir. Xəstənin əməliyyatdan sonrakı dövrdə vəziyyəti əməliyyat sahəsinin hazırlanmasından çox asılıdır. Əməliyyat sahəsi iki mərhələdə təmizlənir:

I mərhələdə əməliyyat ərəfəsində (əməliyyatdan bir gün əvvəl) xəstə gigiyenik vanna və ya duş qəbul edir (əgər planlı əməliyyatdırsa). Tüklərin uzana biləcəyini və dəridə qıcıqlanma yaradacağını nəzərə alıb nəzərdə tutulan əməliyyat sahəsi və ona aid nahiyələr əməliyyat günü əsaslı şəkildə tüklərdən təmizləndikdən sonra (yaxşı olar ki, quru metoddla) işlənir. II mərhələ isə birbaşa əməliyyatdan qabaq icra edilir.

Əməliyyat sahəsinin tüklərdən təmizlənməsi (quru üsulla qırılma) üçün həkimdən əməliyyat sahəsinin yeri dəqiqləşdirilir. Aparılacaq manipulyasiyanın məqsədi xəstəyə izah edilir və onun yerinə yetirilməsinə razılıq əldə olunur. Manipulyasiyanın məxfiliyini təmin etməkdən ötrü xəstə manipulyasiya otağına dəvət edilir, əgər palatada icra olunacaqsa, onda digər xəstələrdən şirna örtüsü ilə ayrılır. Təxirəsalınmaz əməliyyatlarda isə əməliyyat sahəsinin təmizlənməsi əməliyyat masasında aparılır. Əməliyyat sahəsi kifayət qədər işıqlandırılır və antiseptiklərdə isladılmış salfet vasitəsilə silinir. Həmin nahiyə quruduqdan sonra, dərisi dartılır, tüklər digər əllə mərkəzdən periferiyaya doğru, tüklərin inkişafının istiqaməti nəzərə alınmaqla ülgüc vasitəsilə qırılır. Çalışmaq lazımdır ki, bu zaman dəri zədələnməsin. Sonra qırılmış tüklər salfet vasitəsilə çırpılaraq kənarlaşdırılır və əməliyyat sahəsi antiseptiklərdə isladılmış salfetlə mərkəzdən periferiyaya doğru silinir.

II mərhələdə xəstə əməliyyat masasına uzadıldıqdan sonra əməliyyat sahəsinin işlənməsi yerli anesteziya aparılacaqsa dərhal və ya xəstəyə narkoz verildikdən sonra həyata keçirilir. Bunun üçün 1%-li yodonat, 1%-li yodopiron və ya 0,5%-li xlorheksidin məhlulunda yaxşı isladılmış steril kürəciklə əməliyyat sahəsi geniş şəkildə mərkəzdən periferiyaya doğru (irinli yaralarda isə periferiyadan mərkəzə doğru) 1,5 dəqiqə müddətində təmizlənir.

Sonra xəstənin üzəri əməliyyat sahəsində yalnız kəsik aparılacaq sahənin dərisi açıq saxlanılmaqla steril mələfə ilə örtülür. Cərrahi kəsik aparılmazdan əvvəl kəsik xətti antiseptiklərlə yenidən işlənir. Dəri tikişləri qoyulmazdan əvvəl və sonra da əməliyyat sahəsi təkrar işlənir.

Beləliklə əməliyyat sahəsi 4 vacib işlənmədən ibarət olur:

- ✓ Steril mələfə örtülənədək geniş və əhatəli işlənmə;
- ✓ Steril mələfə örtüləndən sonrakı işlənmə (birbaşa kəsik aparılmazdan əvvəl);
- ✓ Dəriyə tikiş qoyulmazdan əvvəlki işlənmə;
- ✓ Tikiş qoyulandan sonrakı işlənmə.

Əməliyyat sahəsində irincik varsa planlı əməliyyat təxirə salınmalıdır.

Yoxlama sualları:

1. Xəstənin əməliyyata hazırlanmasının xüsusiyyətləri haqqında danışın.
2. Əməliyyatdan qabaqkı dövrün məqsədi nədir?
3. Əməliyyatdan qabaqkı psixoloji hazırlıq nədən ibarətdir?
4. Əməliyyatdan qabaqkı dövrün diaqnostik mərhələsi nədən gətəridir?
5. Əməliyyatdan qabaqkı xüsusi hazırlıq dedikdə nə başa düşürsünüz?
6. Xəstənin təcili və planlı əməliyyatlara hazırlığında nə kimi fərq vardır?
7. Uşaqların əməliyyata hazırlığının hansı xüsusiyyətləri vardır?
8. Yaşlı və qocalmış şəxslərin əməliyyata hazırlığının xüsusiyyətlərini sadalayın.
9. Təxirəsalınmaz əməliyyatlara hazırlıq necə aparılır?
10. Üzülmüş, zəifləmiş xəstələr əməliyyata necə hazırlanır?
11. Nə üçün əməliyyat sahəsinin tiqlərini əməliyyatdan 1 gün əvvəl qırmaq olmaz?

Situasiya məsələləri:

I. 54 yaşlı xəstə cərrahiyyə şöbəsinə qazanılmış sağtərəfli qasıq yırtığının müalicəsi üçün müraciət etmişdir. Yırtıq möhtəviyyətini asanlıqla yerinə salmaq olur. Xəstədəyanaşı gedən xəstəlik aşkarlanmayıb. Laborator analizlərində patologiya yoxdur. Sizcə bu vəziyyət üçün cərrahi əməliyyata göstəriş nədir? (mütləq, həyati vacib, nisbi). İcra olunma vacibliyinə görə aparılacaq əməliyyat hansı əməliyyatlara aiddir? Bu xəstədə əməliyyatdan qabaq hansı hazırlıq tədbirləri aparılmalıdır. Bu vəziyyətdə xəstənin sinir sisteminin əməliyyata hazırlığı nədən ibarət olacaqdır?

II. Xəstəni əməliyyata hazırlayarkən palata tibb bacısı əməliyyat sahəsini əməliyyat günü deyil, bir gün əvvəl qırılmışdır. O, hansı səhfi buraxmışdır. Bunu necə düzəltmək olar?

MÖVZU 15. Cərrahi əməliyyat dövrü.

Tələbə bilməlidir:

- ✓ Əməliyyat otağında xəstəyə qulluğun prinsiplərini
- ✓ Cərrahi xəstələrin daşınmasını və əməliyyat masasına yerləşdirilməsini
- ✓ Əməliyyat masasında xəstənin vəziyyətini;
- ✓ Əməliyyat tibb bacısının vəzifələrini.
- ✓ Alətlərin cərraha verilmə qaydalarını
- ✓ Cərrahi şöbədə tibbi personalın şəxsi gigiyenasını

Mühazirənin planı:

- Cərrahi əməliyyatın mərhələləri.
- Əməliyyat masasında xəstənin vəziyyəti.
- Cərrahi briqada üzvlərinin əməliyyat zamanı yerləşməsi.
- Alətlərin cərraha verilmə qaydaları;
- Əməliyyat tibb bacısının işinin xüsusiyyətləri.

Xəstə əməliyyat otağına daxil olduqdan sonra əməliyyatdan qa-
baqqı dövr başa çatır və əməliyyat dövrü başlayır. Cərrahi əməliy-
yat dövrünün əsas mərhələləri aşağıdakılardan ibarətdir:

- ✓ Xəstənin əməliyyat masasına uzadılmasından;
- ✓ Yerli və ya ümumi anesteziyanın yerinə yetirilməsindən;
- ✓ Əməliyyat sahəsinin hazırlanmasından (bu mərhələ ümumi anesteziya zamanı narkozdan sonra, yerli anesteziya zamanı isə əv-
vəl həyata keçirilir);
- ✓ Cərrahi müdaxilədən ;
- ✓ Xəstənin narkozdan ayıldılmasından;
- ✓ Əməliyyatın başa çatmasından.

Qeyd etdiyimiz kimi cərrahi müdaxilə (operasiya) 4 mərhələ-
dən ibarətdir:

1.Cərrahi yol- patoloji ocağın açılmasını kifayət qədər təmin et-
məli, anatomik olmalı və minimal zədəyə səbəb olmalıdır.

2.Əməliyyatdaxili diaqnostika (baxma, palpasiya, göstərişə gö-
rə rentgenoqrafiya, sonoqrafiya və s.)

3.Cərrahi texnika (üsul)- patoloji ocağa cərrahi təsir.

4.Əməliyyatın tamamlanması – hemostaza nəzarət, cərrahi sa-
hənin sanasiyası, drenajların qoyulması. orqan və toxumaların ana-
tomik münasibətinin tam və ya qismən bərpası.

Əməliyyatdan qabaqkı otaqda xəstə paltarlarını soyunur. Xəstənin psixikasının zədələnməməsindən ötrü, əməliyyat otağına aparılarkən, xəstə əvvəlki əməliyyatdan qalan qana bulaşmış ağları və sarğı vasitələrini görməməlidir. Əməliyyat otağında xəstəni tam çılpaqlaşdırmaq olmaz! Çılpaq vəziyyətdə xəstə özünü tamamilə müdafiəsiz hiss edir. Aparılacaq əməliyyat kəsiyindən asılı olaraq xəstənin əynində mümkün olan qədər geyimin müəyyən hissəsi (yuxarıda mayka, aşağıda tuman) saxlanılmalıdır.

Xəstənin əməliyyat otağına gətirilməsi növünü həkim müəyyənləşdirir. Bu xəstənin özünün köməyi olmadan iki və ya üç nəfərin iştirakı ilə yerinə yetirilir. Xəstələrin nəqli, sərbəst hərəkəti mümkün olmayan xəstələrin əməliyyat otağına və əməliyyat otağından palataya gətirilməsi, onların yerdəyişməsi zamanı xəstəyə maksimum rahatlıq yaradılması məqsədini daşıyır. Xəstə şöbənin arabasından, əməliyyat otağının arabasına, çarpayıdan arabaya keçirilən qaydada keçirilir.

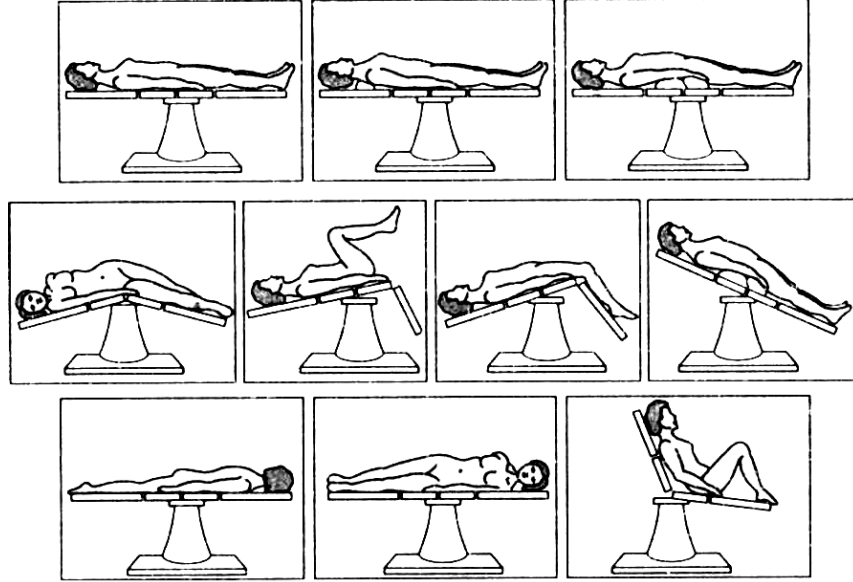
Əməliyyat dövründə infeksiyon ağırlaşmaların profilaktikası aparılır. Bu aseptika qaydalarına ciddi əməl etmək və yarada qanaxmanı diqqətlə dayandırmaqla əldə edilir.

Əməliyyat masasında xəstənin vəziyyəti.

Müasir dövrdə əməliyyatlar zamanı təkmilləşmiş universal əməliyyat masalarından istifadə edilir. Bu masalarda əməliyyat vaxtı xəstəyə asanlıqla istənilən vəziyyəti vermək mümkün olduğu üçün çox əlverişlidir. Belə ki, universal masalarda xəstəni hər vəziyyətdə saxlamaq mümkün olduğu kimi, masanın özünü də istənilən hündürlüyə qaldırmaq və endirmək, eləcə də onun yerini dəyişmək mümkündür. Xəstənin əməliyyat masasındakı vəziyyəti əməliyyat aparılacaq nahiyədən, əməliyyatın xarakterindən, əməliyyatın mərhələlərindən, xəstənin ümumi vəziyyətindən asılıdır. Əməliyyat otağının işçiləri masanı işlətməyi bacarmalıdırlar. Xəstə masaya uzadıldıqdan sonra xəstənin qolları bilək nahiyəsində, ayaqları isə dizdən yuxarı xüsusi enli kəmərlə masaya fiksasiya edilir. Xəstənin əməliyyat masasındakı vəziyyəti cərrahi əməliyyatın növündən asılıdır.

Əməliyyat masasında daha çox istifadə olunan tipik vəziyyətlər aşağıdakılardır:

✓ arxası üstə üfüqi vəziyyət – üzdə, boyunda, döşdə, qarın boşluğu üzvlərində, sidik kisəsində, kişi xarici cinsiyyət üzvlərində, ətraflarda aparılan əməliyyatlarda.



Şəkil 27. Əməliyyat masasında xəstənin vəziyyəti. 1-3) arxası üstə, 4) böyrü üstə əyilmiş vəziyyət, 5) ginekoloji vəziyyət, 6) Trendelenburq vəziyyəti, 7) ayaqları sallanmış vəziyyət, 8) qarnıüstə vəziyyət, 9) böyrü üstə, 10) oturaq vəziyyət

✓ arxası üstə baş sallanmış vəziyyət – qalxanabənzər vəzidə və qırtlaqda aparılan əməliyyatlarda

✓ arxası üstə, bel altına yastıq qoyulmuş vəziyyət – qarın boşluğunun yuxarı hissəsində, öd kisəsində, mədədə və dalaqda aparılan əməliyyatlarda

✓ böyrü üstə (sağ və sol) vəziyyət – böyrəklərdə aparılan əməliyyatlarda

✓ arxası üstə ayaqlar dizdən və ya bud oynaqından bükülmüş vəziyyət – ginekoloji və düz bağırsaqda aparılan əməliyyatlarda

✓ Trendelenburq vəziyyəti – xəstənin başı aşağı, çanaq və ayaqları isə yuxarıda olmalıdır. Kiçik çanaq üzvlərində və düz bağırsaqda aparılan əməliyyatlarda

✓ masanın aşağı ucunun endirilmiş vəziyyəti – baş beyində aparılan əməliyyatlarda

✓ qarnı üstə vəziyyət – ənsədə, onurğada büzdümdə aparılan əməliyyatlarda istifadə edilir.

Aşağıda göstərilənlər təmin edildiyi halda xəstənin masadakı vəziyyəti ideal sayılır.

• Xəstənin təhlükəsizliyi (sinir, əzələ sisteminin və toxumaların travmatikliyi);

• Adekvat respirator funksiya;

• Optimal operativ yol;

• Əməliyyatın gedişində lazım gəldikdə xəstənin vəziyyətinin dəyişdirilməsinin mümkünlüyü;

• Cərrah və anestezioloqun işləməsi üçün əlverişli şəraitin yaradılması;

• Xəstə üçün komfort (temperatur, əxlaqi və s.) şəraitin yaradılması.

Cərrahi briqada üzvlərinin əməliyyat zamanı yerləşməsi.

Əməliyyatın iştirakçılarında cərrah, köməkçi cərrah (asistent), əməliyyat tibb bacısı, həkim-anestezioloq, anesteziyotik və əməliyyat blokunun xadiməsi aid olunur. Cərrahi briqada üzvlərinin əməliyyat zamanı yerləşməsi müəyyən qaydalara əsaslanır. Əməliyyat tibb bacısı müxtəlif əməliyyat zamanı xəstənin əməliyyat stolundakı vəziyyətini bilməlidir. Cərrahi briqadanın üzvlərinin yerləşməsi aşağıdakı məqsədlərlə müəyyən edilir:

1. Cərrahi müdaxilə aparmaq məqsədi ilə.

2. Xəstənin konstitusional xüsusiyyətinə görə.

3. Patoloji prosesin xarakterinə görə.

4. Əməliyyatda istifadə olunan cihaz və aparatların konstruktiv xüsusiyyətlərinə görə.

Göstərilən xüsusiyyətlərdən asılı olaraq cərrahi briqadanın üzvləri xəstəyə nisbətən müxtəlif mövqeləri tuta bilərlər.

Bu zaman aşağıdakı qaydalara əsaslanmaq lazımdır.

✓ Cərrahi briqadanın bütün üzvləri əməliyyat sahəsini yaxşı görməlidirlər.

✓ Cərrahi yol üçün yarada maksimal komfort şərait olmalıdır.

✓ Cərrahın köməkçiləri bütün fəaliyyətlərini funksional vəziyyətlərə müvafiq etməlidirlər.

✓ Cərrah elə yeri tutmalıdır ki, o birbaşa əməliyyat aparılacaq sahəyə daha yaxın olsun.

✓ Birinci asistent adətən cərrahla üzbəüz (əks tərəfdə) dayanmalıdır.

✓ İkinci asistent cərrahdan solda dayanmalıdır. Onun əsas vəzifəsi yara kənarlarını genişləndirməklə, yarada yaxşı görünüş sahəsi təmin etməkdir. İkinci asistent “çox yer” tutmamalı, onun dirsəkləri bədəninə sıx yapışmalı, yaranı genişləndirərkən əlləri cərrahın əllərinin altında yerləşməlidir.

✓ Əməliyyat tibb bacısı özünün səyyarı alətlər masası ilə adətən əməliyyat masasının ayaq tərəfində elə dayanır ki, alətləri cərrahi briqadanın üzvlərinə rahat verə bilsin.

Cərrahi briqadanın nizamlı fəaliyyəti əməliyyatın tez başa çatmasına səbəb olur. Əməliyyatın növündən asılı olaraq briqadanın üzvlərinin say və yerləşmələri dəyişilə bilər. Üzərində xəstə olan əməliyyat masası pəncərəyə perpendikulyar vəziyyətdə durmalı, baş tərəfi əməliyyat otağının dərinliyinə tərəf baxmalıdır. Qarın boşluğu üzvləri əməliyyatlarında cərrah adətən xəstənin sağ tərəfində, I asistent əks tərəfdə, II asistent cərrahdan solda, III asistent isə I–nin sağında dayanır. Böyrü üstə uzadılmış döş qəfəsi əməliyyatlarında cərrah xəstənin beli tərəfində, asistentlər isə yuxarıdakı qaydada yerləşir.

. Anestezioloji briqada əməliyyat masasının baş tərəfində yerləşib cərrahın qarşısında işləməlidir.

Alətlər masası və bikslər tibb bacısının arxasında pəncərəyə yaxın yerdə qoyulur. Cərrahi briqada və alətlər bu qayda ilə durduqda təbii işığın qarşısı alınmır və lazım olan alətlər artıq hərəkət edilmədən tez əldə edilir. Əməliyyat zamanı iştirakçılar arasında vəzifə bölgüsünü cərrah aparır. Bəzi əməliyyatları cərrah və cərrahi briqadanın üzvləri ayaq üstə deyil, oturmuş vəziyyətdə icra edirlər.

Alətlərin cərraha verilməsi qaydaları

Alətlərin cərraha verilməsinin 3 üsulu mövcuddur:

Steril əldən cərrahın əlinə- bu üsul daha təkmil, daha çox sınaqdan çıxmış üsul olub, cərrahı əməliyyatla əlaqəsi olmayan artıq hərəkətlərdən tam azad edir. Bu zaman əməliyyat tibb bacısı asanlıqla kiçik əməliyyat masasında alətlərin təmizliyinə və səliqəsinə nəzarət edə bilər. Eyni zamanda tibb bacısından cərrahın işarələrinə dəqiq reaksiya tələb etdiyi üçün çətin üsul sayılır.

Steril alətlər masasından cərrahın əlinə -bu üsul daha sadə üsuldur. Tibb bacısı lazım olan alətlər dəstini və materialı masanın üzərinə yığır. Cərrah əməliyyatın gedişi boyu steril alətlər masasından lazım olan aləti və sarğı materialını özü götürür. Tibb bacısı isə yalnız masanın üzərində səliqə yaradır, tikiş və liqatura üçün saplar verir. Bu üsulda cərrahın diqqəti yayına bilər, əməliyyatın vaxtı uzanır, hətta aseptika qaydalarının da pozulma ehtimalı olur. Böyük alətlər masasının çirklənməməsi üçün bu üsuldan irinli əməliyyatlar zamanı istifadə edilməsi daha məqsədəuyğundur.

Kombinə olunmuş üsul-bu üsul nisbətən çox yayılmış üsul olub, əvvəlki hər iki üsulların birləşməsindən ibarətdir.

Əməliyyat tibb bacısının təcrübəsi artdıqca o istər-istəməz daha çox I üsuldən-alətləri birbaşa cərrahın əlinə verməkdən istifadə edəcəkdir. Kiçik əməliyyatlarda və ya sarğılar zamanı isə tibb bacısı alətləri kornsanq və ya uzun pinset vasitəsi ilə alətlərin verilmə qaydalarını gözləmək şərti ilə cərraha verir.

Alətlərin verilməsinin hər üç üsulunda əməliyyat tibb bacısı bir neçə qaydanı gözləməlidir:

- ✓ əllə yaraya toxunulmamalıdır;
- ✓ cərrahi alətlərin sazlığını müntəzəm yoxlamalıdır;
- ✓ cərrahi alətləri yaxşı tanımalı, onların adlarını, nə məqsədlə işlədildiyini (təyinatını) və hansı əməliyyat üçün hansı alətlərin lazım olduğunu bilməlidir;
- ✓ alətləri dəqiq, cəld, vaxtında və çevik, eyni zamanda texniki cəhətdən düzgün vermək üçün onları hansı qaydada daha səmərəli düzməyi yaxşı bacarmalıdır. Cəldlik təcrübə ilə, çeviklik –alətləri tanımaq və əməliyyatların gedişini bilməklə əldə olunur.

✓ tibb bacısı alətləri masanın üzərində müəyyən qayda ilə yerləşdirərkən hər alətin nə qədər, nə dərəcədə lazım olduğunu, ondan nə zaman istifadə edildiyini nəzərə almalıdır. Bu qaydalara müntəzəm riayət edən tibb bacısı alətləri əməliyyata hazırlayarkən hər şeyin öz yerini bilir, onları artıq hərəkət etmədən tez və cəld cərraha çatdırır.

✓ alət elə verilməlidir ki, nə özünə nə də cərraha xəsarət yetirilməsin. (cərrahın diqqəti əməliyyat sahəsində olduğu üçün çox hallarda ona verilən alətə baxmır)

✓ alətin, əməliyyat ediləcək orqanın toxumalarına təmas olunan hissəsinə əllə toxunulmamalıdır;

✓ alət elə verilməlidir ki, cərrah onu əlinə götürən kimi dərhal işlədə bilsin (alıb başqa yerə qoymasın və ya əlində çevirməsin). Ona görə də tibb bacısı alətləri cərraha onun istifadə olunan tərəfini deyil, tutulan tərəfini verməlidir;

✓ əməliyyat zamanı istifadə olunan alətlərin miqdarını bilməli və əməliyyatdan sonra onları saymalıdır.

Aləti verdikdə o, hər hansı bir steril olmayan əşyaya toxunarsa bu barədə dərhal cərrahı xəbərdar etmək və bu aləti qaynatmaq üçün göstəriş vermək və ya onu digər alətlə dəyişmək lazımdır. Əgər əməliyyat zamanı alətlər çirklənibsə (məsələn bağırsağ əməliyyatları zamanı), onda onları kənara qoymaq lazımdır. Yalnız yenidən sterilizasiya edildikdən sonra belə alətlərdən istifadə etmək olar. Hər yeni əməliyyatdan qabaq bütün alətlər, hətta istifadə edilməmiş alətlər belə yenidən sterilizasiya edilməli və alətlər masası yenidən hazırlanmalıdır.

Əməliyyatın gedişində müxtəli növ alətlər tibb bacısı tərəfindən cərrahın əlinə müxtəlif şəkildə verilir:

✓ Sıxıcı alətlər qayçılar, qarmaqlar, ağız bağlı halda dəstəyi özündən əks tərəfə olan şəkildə verilməlidir.

✓ Skalpellər əlləri təsadüfi kəsilmədən qorumaq üçün qabaqcadan salfetlə bükülmüş vəziyyətdə dəstəyi cərraha doğru, ağız aşağı vəziyyətdə, tiyəsinin boynunun yuxarı hissəsindən tutmaqla küt hissəsi ovuca baxan şəkildə verilir. Dəridə kəsik aparıldıqdan sonra skalpel mütləq dəyişdirilməlidir.

✓ İynə, iynətutqacına iti ucu sola baxmış vəziyyətdə iynənin

gözüne (dəliyinə) yaxın hissədən fiksasiya edilir.

✓ Sapın bir ucunu iynəutqacı ilə birlikdə tutub, digər ucu iynənin üzərindən aşırıaraq, onun dəliyinə əl və ya pinset vasitəsilə keçirilir. İynəni pinsetlə saplamaq daha məqsədəuyğundur ki, əllərə toxunmasın. Atravmatik sapların iynəsi sapın üzərində olur. Sancıqlar isə tikiş aparatlarının vasitəsilə yaraya qoyulur. Əməliyyat bacısı sapı iynəyə cəld və düzgün keçirməyi bacarmalıdır ki, cərraha tikişi gözləmək lazım gəlməsin və əməliyyat yubanmasın.

✓ Saplanmış iynəutqacı sapı dartmamaq şərti ilə (bu zaman sap liflənə bilər) ağzı sola baxmış vəziyyətdə dəstəyi cərraha doğru, iynənin iti ucu isə əks tərəfə çevrilmiş şəkildə verilir. Sapın qalınlığı sapın möhkəmliyindən, işlədilmə təyinatından, yəni tikiləcək toxumanın xüsusiyyətindən asılı olaraq seçilməlidir.

✓ İynənin qalınlığı, ayrılığı və ölçüsü, toxumaya, tikiləcək nahiyəyə və yaranın dərinliyinə uyğun olaraq düzgün seçilməlidir. Əzələ, aponevroz və dərinliyi tikmək üçün qalınlığı sapın qalınlığına uyğun olan kəsici, üçüzlü, əyri iynələrdən istifadə edilir. İynənin ayrılığı isə yaranın dərinliyindən və enindən asılıdır. Dərin yaralarda daha kiçik və daha sərt iynə istifadə edilir. Aponevroz və əzələ 180° əyilmiş, dəri isə 120° maili iynələrlə tikilir.

✓ Şprisler onlara maye yığılarkən iynənin və şprisin bankanın divarlarına dəyməmək şərti ilə və içərisində hava qalmamaqla aşağı hissəsindən sağ əllə tutularaq porşeni cərraha, iynəsi isə özünə doğru vəziyyətdə verilir.

✓ Tikiş materialları bankadan (və yaxud ampuldan) uzun pinsetlə çıxarılır və steril salfetin üzərinə qoyularaq istənilən uzunluqda kəsilir və istifadəyə verilir. Tikişin növündən asılı olaraq sapın uzunluğu müəyyənləşdirilir.

- fasiləsiz tikişlər üçün 40-45 sm;
- düyünlü tikişlər üçün 18-20 sm;
- dərinlikdə tikiş qoymaq üçün 25-30 sm;
- büzməli tikişlər üçün 25-30 sm.

Sapın uzunluğunu ölçmək üçün hər hansı bir daimi ölçüdə, məsələn, tibb bacısı özünün ovucunun içinə qədər olan məsafədən istifadə edir. Düyünlənəndə sürüşdüynə görə ketqut ipək saplara nisbətən bir qədər uzun verilməlidir.

Əməliyyat tibb bacısının borcudur ki, tikiş materiallarının düyünlənməsi qaydaları haqqında cərrahı məlumatlandırсын. Kapron, lavsan və ketqut 3-4 dəfə, ipək, pambıq, kətan isə 2 dəfə düyünlənməlidir. İynəsiz saplar pinset vasitəsi ilə verilir.

✓ Sargı vasitələri yalnız alətlər vasitəsilə verilir. Əməliyyat sahəsini qurutmaq üçün kiçik salfetlərdən hazırlanmış turundalar kornsanqın boyu uzununu sarılaşdıraraq uc hissəsində sıxılmış vəziyyətdə verilir.

- kürəciklər bir-bir verilir.
- tupferlər – kornsanqla verilir.
- tamponlar-sıxıcı vasitəsilə verilir.

Aləti verdikdə o, hər hansı bir steril olmayan əşyaya toxunarsa bu barədə dərhal cərrahı xəbərdar etmək və bu aləti qaynatmaq üçün göstəriş vermək və ya onu digər alətlə dəyişmək lazımdır. Əgər əməliyyat zamanı alətlər çirklənibsə (məsələn bağırsağ əməliyyatları zamanı), onda onları kənara qoymaq lazımdır. Yalnız yenidən sterilizasiya edildikdən sonra belə alətlərdən istifadə etmək olar.

Hər yeni əməliyyatdan qabaq bütün alətlər, hətta istifadə edilməmiş alətlər belə yenidən sterilizasiya edilməli və alətlər masası yenidən hazırlanmalıdır.

Alətlərlə işləyərkən həm cərrah, həm də tibb bacısı bir sıra ümumi qaydaları da gözləməlidirlər. Bunlara aşağıdakılar aiddir:

✓ Aləti tutarkən, əllə alətin ən azı üç nöqtəsində təmas yaranmalıdır. Bu alətlərin əldə dayanıqlığını və işlədilməsi üçün fəaliyyətin dəqiqliyini təmin edir:

✓ Aləti barmaqların yalnız distal hissəsi ilə tutduqda, onu daha asan idarə etmək mümkün olur.

✓ Sıxıcılar, qayçılar və iynə-tutqacları işlədikdə göstərici barmaq alətin boyunca yerləşdirilməlidir.

✓ İşlək hissəsində müəyyən əyrilik olan sıxıcı və qayçı kimi əyri uclu alətləri işlədən zaman onları elə tutmaq lazımdır ki, alətin əyilmiş ucu cərraha tərəf baxmış olsun. Yalnız belə vəziyyətdə fəaliyyət sahəsinə vizual nəzarət etmək olur

Alətlərin verilməsində buraxılan səhvlər

Yaxşı olar ki, alətlər asta-asta amma düzgün ardıcılıqla verilsin. Saplar qısa verilərkən düyünlənməsi çətinləşir, uzun verildikdə isə dolaşa bilər. Ona görə də sapın uzunluğu tikişin növünə uyğun götürülməlidir. Qalın sap nazik iynədə verildikdə toxumalar tez cırılır, iynə isə sapdan çətinliklə azad edilir. Nazik sap qalın iynədə verildikdə sap iynənin gözündən sürüşüb düşə bilər. Sapın qısa ucu 3 sm-dən kiçik olduqda, sap iynə tutqacından sürüşüb çıxarılır, 5 sm-dən uzun olduqda iynəni sapdan çıxarmaq rahat olur. İstifadəyə verilməmişdən əvvəl möhkəmliyi yoxlanılmayan sap qırılaq tikişin açılmasına səbəb olur. Əməliyyat alətlərinin sarğı materialları üçün istifadə olunan alətlərə qarışmamasına nəzarət edilməlidir. Alətlərin və sarğı materiallarının miqdarına və vəziyyətinə etinasız yanaşılmamalıdır. Tikiş qoyulmazdan əvvəl alətlərin, tamponların, salfetərin sayıldığı və sayının doğru olması haqqında cərrah məlumatlandırılmalıdır. Aseptikanın gözlənilməməsi. İşlənmiş alətləri steril alətlərlə bir yerə qoymaq olmaz. Əgər alət əməliyyatın gedişində bir daha lazım olacaqsə o, furasillin məhlulunda islanmış salfetlə silinib münasib yerə qoyulmalıdır. Əməliyyat 2 saatdan artıq davam etdikdə istifadə olunmuş alətlər hissə-hissə ləyəndən vaxtaşırı yığışdırılır, yuyulub steriləşdirilir və təkrarı istifadəyə verilir.

Əməliyyat tibb bacısı işinin xüsusiyyətləri.

Əməliyyat tibb bacısı əməliyyat otağına əməliyyatdan 1,5 saat tez gələrək, əməliyyat planına uyğun alətlər dəstini, steril sarğı materiallarını, alət-avadanlıqları və s. hazırlayır. Tibb bacısı əməliyyatda böyük məsuliyyətlə hazırlaşmalıdır. Bunun üçün üst paltarını çıxarıb duş qəbul edir, təmiz pambıq parçadan hazırlanmış paltar geyir, ayaqqabılarını yuyula bilən ayaqqabılarla dəyişdirir. Eyni zamanda saçlarını baş örtüyünün altına yığır (kalpaq saçları tam örtməlidir).

Bundan sonra əməliyyatların ardıcılığını təmin edən siyahını hazırlayır. Siyahıda xəstənin adı və soyadı, əməliyyatın adı, cərrahi briqadanın üzvlərinin adı və əməliyyatın başlama vaxtı göstərilir.

Əməliyyat tıbb bacısı əməliyyatların ardıcılığına ciddi fikir verməlidir. İlk növbədə daha çox aseptikanın tələb olunduğu əməliyyatlar icra olunmalıdır. Daha sonra əməliyyat zamanı lazım olan dərman preparatları və antiseptik maddələrin yığılmasını, əməliyyat ağırları və sarğı vasitələri olan bixslərin dayağa qoyulmasını, tikiş materialları olan bankanın hazırlanmasını, aparatların və elektrik sorucusunun sazlığının yoxlanılmasını, xəstə olan hər bir tıbb işçisinin müvəqqəti olaraq əməliyyatdan kənarlaşdırılmasını təmin etməlidir. Eyni zamanda xəstələrin vaxtında əməliyyat otağına gətirilməsinə və xəstədə müvafiq hazırlıq aparılmasına nəzarət edir.

Əməliyyat tıbb bacısı əməliyyatdan sonra alətlərin sterilizasiyadan qabaqkı işlənməsi üçün dezinfeksiyaedici məhlulu, əməliyyat zamanı histoloji müayinə üçün götürülmüş materialı yerləşdirmək üçün 5%-li formalin məhlulunu, bakterioloji müayinə üçün götürülmüş möhtəviyyatı yığmaq üçün steril sınaq şüşələrini hazırlamalı, aparılacaq əməliyyata uyğun funksional əməliyyat masasına lazım olan vəziyyəti verməlidir. Əməliyyat tıbb bacısı vaxtını elə hesablamalıdır ki, alətlər masası cərrahın geyinməyinə ən azı 20 dəqiqə qalmış hazır olsun.

Əməliyyat tıbb bacısı alətlərin, sarğı vasitələrinin, əməliyyat ağırlarının sterilliyinə, hətta əməliyyat iştirakçılarının əməliyyat boyu aseptikanın qorunub saxlanmasına tam məsuliyyət daşıyır. Əməliyyatdan əvvəl tıbb bacısı istifadə olunan tibbi alətlərin, salfetlərin və tamponların sayını dəqiq bilməlidir.

Əməliyyat zamanı iştirakçılara və əməliyyatı müşahidə edənlərə əməliyyat zamanı kənar söhbətlər aparmaq qadağan edilir. Xəstə əməliyyat masasına uzandıqdan sonra bütün söz-söhbət kəsilməli, əməliyyatın gedişində lazım olan məcburi danışıqlar isə yalnız əməliyyat aparən cərrah tərəfindən qısaca, yaxın məsafədən eşidiləcək tonda aparılmalıdır. Cərrahın hər hansı mübahisə, deyişmə ilə işləməsi tamamilə yolverilməzdir. Çünki bu, əməliyyatın uğurla yerinə yetirilməsinə mane ola bilər. Əməliyyatla bağlı bütün izahatlar və mülahizələr əməliyyat qurtaranadək təxirə salınmalıdır. Eyni zamanda əməliyyat zamanı yaraya doğru çox əyilmək, yersiz gediş-gəliş etmək, əməliyyat iştirakçılarının və əməliyyatın gedişini müşahidə edənlərin cərraha sıx dayanmaq, alətlər masasına 1 metrədən

artıq yaxınlaşmaq, alətlər masası ilə əməliyyat masasının arasından keçmək, əməliyyat otağına əməliyyatlar arası fasilədən kənar daxil olmaq da qadağandır. Tələbələr onların davranışı üçün məsuliyyət daşıyan müəllimlərin iştirakı ilə əməliyyat otağına buraxılırlar.

Əməliyyat tibb bacısı üzərinə düşən vəzifələri məsuliyyətli şəkildə yerinə yetirməlidir. O, əməliyyat otağında müalicəvi mühafizə rejimini standartlara uyğun təşkil edərək, həm də onu dəstəkləməlidir. Xəstələrin vaxtında əməliyyat otağına gətirilməsinə və xəstədə müvafiq hazırlıq aparılmasına nəzarət etməli, əməliyyat blokunun avadanlıqları və təchizatına cavabdehlik daşımalı, sarğı materiallarını və əməliyyat otağını hazırlamalı və onların sterilliyini təmin etməlidir. Əməliyyat tibb bacısı əməliyyatdan qabaq alətlər masasını hazırlamalı, əməliyyat zamanı steril materialların və cərrahi alətlərin cərraha düzgün verilməsini təmin etməlidir. Lazım gəldikdə əməliyyatın gedişində cərraha köməklik göstərməlidir.

O, bir qayda olaraq xəstələrin və əməliyyat iştirakçılarının infeksiyon təhlükəsizliyinə cavabdehlik daşıyır. Xəstədə kimyəvi yanığın əmələ gəlməməsi üçün yod tərkibli antiseptiklərlə ehtiyatla davranmalı, antiseptikin xəstənin altına axmaması üçün böyrünə steril mələfə sərməli, elektrocərrahi alət və aparatlarla işləyərkən termiki yanığın əmələ gəlməməsi üçün əməliyyatdan qabaq həmin alətlərin sazlığını yoxlamalı, passiv elektrodların fiksə olunmasını təmin etməlidir. Əməliyyat tibb bacısı əməliyyatın sonunda əməliyyat otağından xəstələrin daşınmasını təşkil edir. Bu zaman xəstəyə qoyulan kateterə, nazoqastral zonda, drenaj borularına nəzarət edir, onların uzadılmasını və möhtəviyyatın yığılması üçün rezervuar təşkil edir. O, həmçinin alətlərə və aparatlara (anestezioloji aparatlardan başqa) cavabdehlik daşıyır, əməliyyat otağının dərmanlarla təminatına və hesabatının aparılmasına cavabdehlik daşıyır, əməliyyat zamanı istifadə olunan sarğı vasitələrinin, tikiş materiallarının və alətlərin ciddi hesabatını aparır. Bundan əlavə o həm də kiçik tibb işçilərinin işinə nəzarət edərək, əməliyyat otağının əsaslı təmizlənməsində onlarla birlikdə iştirak etməlidir.

Yoxlama sualları:

1. Xəstənin əməliyyat masasındakı vəziyyəti barədə məlumat verin.
2. Əməliyyat zamanı cərrahi briqadanın üzvləri necə yerləşirlər?
3. Trendelenburq vəziyyəti nədir?
4. Cərrahi müdaxilə hansı mərhələlərdən ibarətdir?
5. Xəstənin əməliyyat masasındakı vəziyyəti nə zaman ideal sayılır?
6. Cərrahi briqada üzvlərinin yerləşməsi hansı məqsədlə müəyyən edilir?
7. Əməliyyat otağında əməliyyatların ardıcılığı necə olmalıdır?
8. Əməliyyat tibb bacısının vəzifələri nədən ibarətdir?
9. Alətlərin cərraha verilməsinin hansı üsulları mövcuddur?
10. Alətlərin verilməsində hansı səhvlər buraxıla bilər?

Situasiya məsələləri:

I. Tələbələr cərrahin arxasında dayanaraq əməliyyatın gedişini müşahidə edirlər. Cərrah gözlənilmədən sağa döndükdə dirsəyi ilə arxasında ona yaxın duran tələbəyə toxunur. Əməliyyatın bu anında gərgin bir vəziyyət yarandığından (qanaxma ilə bağlı), hamı tezliklə baş verən hadisəni unudur. 6 gündən sonra irinləmə səbəbindən xəstənin tikişlərini çıxarmaq və yarasını genişləndirmək lazım gəlir. Xəstəxana daxili infeksiyaya səbəb nədir? Bu vəziyyətdə kimlər günahkardır?

II. Əməliyyat tibb bacısı iynə tutqacını iynə ilə cərraha vermək istədikdə, bu zaman onun əlcəyini deşmişdi. Tibb bacısı hansı səhvi buraxmışdır? Skalpelin, iynə tutqacının, qayçının cərraha verilmə qaydası necədir?

MÖVZU 16. Əməliyyatdan sonrakı dövr.

Tələbə bilməlidir:

- ✓ Əməliyyatdan sonrakı dövrdə xəstəyə qulluğun prinsiplərini
- ✓ Əməliyyat otağından xəstənin çıxarılması qaydasını;
- ✓ Palatanın və yatağın hazırlanmasını;
- ✓ Əməliyyatdan sonrakı erkən ağırlaşmalarda ilk tibbi yardımın göstərilməsini;
- ✓ Xəstələrdə əməliyyat yarasının ağırlaşmalarının profilaktikasını və qulluğu
- ✓ Xəstələrdə ürək-damar sisteminin ağırlaşmalarının profilaktikasını
- ✓ Əməliyyat olunmuş xəstələrdə tənəffüs sisteminin ağırlaşmalarının profilaktikasını
- ✓ Əməliyyat olunmuş xəstələrdə həzm sisteminin ağırlaşmalarının profilaktikasını
- ✓ Xəstələrdə sidik ifrazat sisteminin ağırlaşmalarının profilaktikasını
- ✓ Əməliyyat olunmuş xəstələrdə sinir sisteminin ağırlaşmalarının profilaktikasını
- ✓ Əməliyyatdan sonra xəstələrin qidalanmasını;
- ✓ Ağır xəstələrdə yataq yaralarının profilaktikasını
- ✓ Qusma vaxtı xəstələrə yardım göstərməyi
- ✓ Ağır xəstələrin yataqda qidalandırılmasını
- ✓ Xəstənin mədəsinin yuyulmasını
- ✓ Təmizləyici, sifon və qidalandırıcı imalələrin qoyulmasını
- ✓ Ağır cərrahi xəstələrin yataq ağırlarının və alt paltarlarının dəyişdirilməsini

Mühazirənin planı;

- Əməliyyatdan sonrakı dövr anlayışı.
- Əməliyyatdan sonrakı dövrün mərhələləri.
- Fəsadlaşmamış əməliyyatdan sonrakı dövr.
- Fəsadlaşmış əməliyyatdan sonrakı dövr.
- Əməliyyatdan sonra xəstələrə nəzarət və qulluqda tibb bacısının rolu.

Əməliyyatın başa çatdığı vaxtdan xəstənin cərrahi şəbədən evə yazıldığı və əmək fəaliyyətinin bərpa olunduğu vaxta qədər olan dövr əməliyyatdan sonrakı dövr adlanır. Xəstənin ümumi vəziyyətindən, əməliyyatın xarakterindən və cərrahi müdaxilənin həcmindən asılı olaraq o bir neçə gündən bir neçə aya qədər uzana bilər. Əməliyyatdan sonrakı dövrün neçə keçəcəyi cərrahi əməliyyatın nəticəsindən çox asılıdır. Əməliyyatdan sonrakı dövrdə xəstələrin sağalmasında tibb bacıları böyük rol oynayır. Həkim təyinatlarının düzgün və vaxtında yerinə yetirilməsi xəstəyə həssas bir münasibət tez sağalma üçün şərait yaradır. Əməliyyatdan sonrakı dövrün məqsədi regenerasiya proseslərinin sürətlənməsi və mümkün ağırlaşmaların profilaktikasındır.

Əməliyyat otağından xəstənin çıxarılması. Xəstə əməliyyat stolundan arabaya və ya funksional çarpayıya təhlükəsizlik qaydaları gözlənilməklə əməliyyatdan sonrakı palataya və ya reanimasiya şöbəsinə gətirilir. Xəstənin əməliyyat otağından reanimasiya şöbəsinə və ya əməliyyatdan sonrakı palataya gətirilməsi və çarpayıya qoyulması dəqiqliklə icra olunmalıdır. Bu proses həkim anestezioloqun və ya əməliyyatdan sonrakı palata tibb bacısının rəhbərliyi ilə həyata keçirilir. Çalışmaq lazımdır ki, bu zaman xəstəyə əlavə travma verilməsin, qoyulan sarğı sürüşməsin və ya gips longeti sınımasın. Xəstənin və tibbi personalın zədələnməməsi üçün kömək edənlərin sayı kifayət qədər olmalı və xəstənin çəkisi nəzərə alınmalıdır. Tibb bacıları xəstənin hansı nahiyəsində əməliyyatın aparıldığını bilməli, eyni zamanda qoyulan sistem və ya drenajlar nəzərə alınmalıdır. Arabanın baş tərəfi çarpayının ayaq tərəfinə düz bucaq altında və ya əksinə yaxınlaşdırılır. Xəstə götürülərək ehtiyatla çarpayıya qoyulur. Əgər xəstədə drenajlar və ya digər qurğular qoyulmuşsa, onları tutmaq üçün əlavə personala ehtiyac yaranır.

Palatanın və yatağın hazırlanması. Geniş həcmli və mürəkkəb əməliyyatlardan sonra xəstə 2-4 gün müddətində reanimasiya şöbəsində yerləşdirilir. Sonrakı günlərdə isə xəstənin vəziyyətindən asılı olaraq ya əməliyyatdan sonrakı və ya ümumi palataya köçürülür. Əməliyyatdan sonrakı palata nisbətən geniş olub (2-3 xəstə üçün), mərkəzləşdirilmiş oksigenlə, cərrahi alətlər dəsti, avadanlıq və reanimasiya tədbirləri həyata keçirtmək üçün dərman preparatları ilə təchiz olunmalıdır. Adətən xəstəyə əlverişli vəziyyət verilə bilən funksional çarpayılardan istifadə olunur. Çarpayıya təmiz ağlar sərilir və ağların altından müşəmbə qoyulur. Xəstə uzadılmazdan əvvəl yataq isitqacqla qızdırılır. Əməliyyatdan sonrakı dövrdə xəstələr tez-tez tərlədiyindən ağlar da tez-tez dəyişdirilir. Ağların dəyişdirilməsi texnikası xüsusi ardıcılıqla həyata keçirilir. Yataq yaralarının (xüsusilə büzdüm nahiyəsinin) profilaktikasından ötrü xəstə mələfə ilə örülmüş rezin halqanın üzərinə uzadılır. Sakitliyə riayət edilməsi barədə qonşu xəstələrə xəbərdarlıq edilir.

Xəstəyə nəzarət və qulluq. Əməliyyatdan sonrakı dövrdə xəstənin ümumi vəziyyətinin ağırlığı asılıdır:

- ✓ keçirilən əməliyyatın ağırlığından;

- ✓ ağrısızlaşmanın növündən;
- ✓ əməliyyata qədər xəstənin vəziyyətindən.

Hər hansı bir cərrahi əməliyyat- xəstə üçün travmadır. Orqanizmin travmaya qarşı cavab reaksiyasının özünün qanunauyğunluqları vardır. Əməliyyatdan sonrakı dövrdə orqanizmdə baş verən dəyişikliklər bütün əməliyyatlarda demək olar ki, eyni olur. Bu dəyişikliklər cərrahi müdaxiləyə və ağrısızlaşdırmaya qarşı olan orqanizmin cavab reaksiyasıdır.

Cərrahi əməliyyat bütün üzv və sistemlərə təsir göstərə bilər. Ona görə də bu dövrdə xəstəni müşahidə etmək üçün tibb bacısının böyük rolu vardır. Ən əvvəl xəstənin şikayətləri nəzərə alınmalıdır. Xəstənin üzünün ifadəsinə (əziyyətli, sakit, gümrah və s.), dərisinin rənginə (solğun, qızarmış, göyərmiş və s.), bədənin temperaturuna diqqət yetirmək vacib məsələlərdən biridir. Daha vacib üzv və sistemlərin vəziyyətini diqqətlə izləmək lazımdır. Müxtəlif fəsadların qarşısının düzgün alınması, xəstə üçün yaxşı təşkil olunmuş ümumi qulluğun nəticəsidir.

Ürək qan damar sisteminin fəaliyyəti nəbz, qan təzyiqinin göstəriciləri və dəri örtüyünün rəngi ilə qiymətləndirilir. Nəbz gərginliyinin yavaşması və ya sürətlənməsi, beynə qansızma, beyinin ödemə və meningit səbəbindən mərkəzi sinir sistemində əmələ gələn pozğunluqlardan xəbər verir. Nəbz tezləşməsi və zəifləməsi, arterial təzyiqin düşməsi xəstənin rənginin avazıması fonunda baş verirsə bu ikincili şokun və ya qanaxmanın əlamətidir.

Əgər eyni klinik şəkil qəflətən baş verirsə və eyni zamanda döş qəfəsində ağrılar və qanhayxırma ilə müşayiət olunursa ağciyər arteriyasının emboliyası haqqında düşünmək lazımdır. Bu zaman xəstə bir neçə saniyə ərzində ölə bilər.

İkincili şokun müalicə və profilaktikası üçün şok əleyhinə tədbirlər (qanın və qanəvəzedicilərin köçürülməsi, ürək-damar sisteminin tonusunu artıran dərmanlar) görülür. Xəstənin erkən aktiv hərəkəti, müalicə gimnastikası və qanın laxtalanması əleyhinə dərmanların təyini (heparin, neodikumarin və s.) tromboz və emboliyanın profilaktikasında mühüm rol oynayır.

Tənəffüs sistemi. Əməliyyatdan sonrakı dövrdə əməliyyatın aparıldığı nahiyədən asılı olmayaraq az və ya çox dərəcədə ağrıya

və xəstənin məcburi vəziyyət almasına, eləcə də bəlgəm ifrazının qeyri-kafi olmasına görə ağ ciyərlərin ventilyasiyası pozulur. Belə vəziyyət ağ ciyərlərin iltihabına və tənəffüs çatışmazlığına gətirib çıxarır. Bunun qarşısını almaq üçün xəstəyə erkən aktiv hərəkət verilir, müalicə bədən tərbiyəsi və masaj təyin edilir, müntəzəm oksigenlə inhalyasiya edilir, antibakterial müalicə aparılır.

Həzm sistemi. İstənilən cərrahi müdaxilə, hətta həzm sistemi üzərində əməliyyat aparılmasa da belə həzm sisteminin fəaliyyətinə təsir göstərir. Narkozun mərkəzi sinir sisteminə tormozlayıcı təsiri əməliyyatdan sonra xəstənin aktivliyinin məhdudlaşması həzm sisteminə müəyyən disfunksiya yaradır. Həzm sistemin “güzgüsü” dildir. Dilin quruluğu orqanizmin maye itkisini və su mübadiləsinin pozğunluğunu göstərir. Quru və çatlamış dilin fonunda qatı qonur ərp qarın boşluğunda müxtəlif patologiyaların – peritonitin, mədəbağırısaq traktının iflicinin əlamətidir.

Ağızda quruluq olduqda ağız boşluğu turşulaşdırılmış su ilə yaxalanır və ya silinir. Çatlar yarandıqda soda məhlulu (1 stəkan suya 1 çay qaşığı soda), 1%-li hidrogen peroksid məhlulu, 0,1%-li kalium permanqanat məhlulu və ya qliserinlə silinir. Tüpürçək ifrazını artırmaq üçün suya limon və ya quş üzümü şirəsi əlavə edilir.

Ürəkbulanma və qusma narkozun nəticəsi, intoksikasiyanın, peritonitin, bağırsaq keçməməzliyinin əlaməti ola bilər. Qusma zamanı ilk yardım xəstənin başını yana əyməklə başlayır, sonra burundan nazik zond qoyulub mədə yuyulur. Dərman müalicəsi (atropin, novokain, aminazin) də tətbiq etmək olar. Çalışmaq lazımdır ki, qusma zamanı aspirasiya baş verməsin.

Diafraqma və azan sinirin qıcıqlanması zamanı diafraqmanın qıcolma şəklində yığılması hıçqırıq törədir. Əgər qıcıqlanma reflektori xarakter daşıyarsa onda atropin, dimedrol, aminazin, vaqosimpatik blokada, mədənin yuyulması yaxşı effekt verir.

Meteorizm (qarnın köpməsi). Meteorizmin səbəbi bağırsağın parezi və onda toplanmış qazlardır. Meteorizmi aradan qaldırmaq üçün aşağıdakı tədbirləri ardıcıl olaraq həyata keçirmək tövsiyyə olunur: xəstəni vaxtaşırı qaldırmaq, düz bağırsağa qaz buraxan boru qoymaq, təmizləyici və ya hipertonic imalə (150-200 ml 5%-li natrium xlorid məhlulu) etmək, vena daxilinə 30-50 ml. 10%-li ka-

lium xlorid, dəri altına 1-2 ml 0,05 %-li prozeerin yeritmək. Ağır hallarda sifon imaləsi edilir. Bəzi təsadüflərdə paranefral novokain blokadası aparılır.

Qəbizlik. Qəbizliyin ən yaxşı profilaktikası erkən aktiv hərəkətdir. Yeməyin tərkibində çox miqdarda lif olmalı və işlədici təsir göstərməlidir (qatıq, kefir, meyvələr). İmalə də təyin etmək olar.

İshalın səbəbi çox müxtəlifdir: neyroreflektor, axilik (mədə şişməsinin turşuluğunun azalması), enterit, kolit, peritonit və s. İshalın müalicəsi əsas xəstəliklə mübarizədir. Axilik ishalda pepsin ilə xlorid turşusunun təyini yaxşı nəticə verir.

Sidik-İfrazat sistemi. Əməliyyatdan sonra neyroreflektor və ya intoksikasiya nəticəsində böyrəyin funksiyası kəskin şəkildə pozulur. Hətta sidəyin ifrazı tam dayana bilər (anuriya). Bəzən böyrəyin normal fəaliyyəti fonunda sidik ifrazının ləngiməsi-İşuriya baş verir. Anuriya zamanı paranefral novokain blokadası, böyrək nahiyəsinə diatermiya, dəri altına pilokarpin və sidikqovucular kömək edir. Davamlı anuriya və ya uremiyanın inkişafı zamanı xəstə “süni böyrək” aparatı ilə hemodializ olunur.

İşuriya zamanı isə xəstənin vəziyyəti imkan verərsə o otuzdurulur və hətta ayağa qaldırılır. Qarnın aşağı hissəsinə isitqac qoyulur. Xəstə sudnaya otuzdurulur və əl-üz yuyana su axıdılır (reflektor təsir). Bu tədbirlər uğursuz olduqda həkim təyinatına əsasən sidik kəsinin kateterizasiyası icra edilir.

Sinir-psixi sfera. Əməliyyatdan sonrakı dövrdə sinir sisteminin vəziyyəti böyük əhəmiyyət kəsb edir. Əsəbi və şıltaq xəstə rejimə pis riayət edir və təyinatı pis yerinə yetirir. Bununla əlaqədar sağalma ağırlaşmalarla baş tutur. Əməliyyatdan sonrakı dövrdə sinir psixi gərginliyi təkcə dərman müalicəsi ilə deyil, həm də yaxşı qulluqla aradan qaldırmaq olar.

Sarğıya nəzarət. Narkozdan ayılarkən xəstədə hərəkəti oyanıqlıq baş verdikdə o təsadüfən sarğıyı qopara və ya yerindən oynada bilər. Bu isə yaranın qanlmasına və irinləməsinə səbəb olur. Xəstənin sakit vəziyyətində də sarğıya qan hopa bilər. Bütün bu hallarda tibb bacısı dərhal həkimi məlumatlandırmalıdır. Bir qayda olaraq belə sarğı mütləq dəyişdirilməlidir.

Dəriyə qulluq düzgün aparılmadıqda, sümük çıxıntıları olan nahiyələrdə yataq yaraları əmələ gəlir. Yataq yaralarının profilaktikası üçün əməliyyatdan sonra xəstəyə aktivlik verilir, dəri komfora spirti ilə silinir, masaj edilir və dairəvi rezin halqələrdən istifadə olunur.

Əməliyyatdan sonra qidalanma. Sağlam və xəstə adamın qidalanması qidanın tərkibindən, keyfiyyətindən, miqdarından, onu qəbul etmə vaxtından və sayından asılıdır. Müalicə dövründə xəstəyə təyin olunmuş və həkimin nəzarəti altında aparılan müalicə qidası **pəhriz** adlanır. Xəstəxanada pəhrizlərin sayı müalicə müəssisəsinin profilindən, yəni xəstələrin əsas kontingentindən asılıdır. Bəzi hallarda evdən gətirilən yeməklər xəstənin müalicə prinsiplərinə uyğun olmur. Xəstənin belə xörəkləri qəbul etməməsi üçün bir sıra tədbirləri görmək lazımdır:

✓ xəstəyə müalicə qidasının əhəmiyyətini izah etmək və təyin olunmuş pəhrizin pozulmasının ağır nəticələr verə biləcəyi barədə onu məlumatlandırmaq;

✓ xəstənin yanına gələnlərə pəhrizin nömrəsinə uyğun olaraq icazə verilən ərzağın növünü və miqdarını anlatmaq;

✓ xəstələrin yemək saxlanılan şkaflarını hər gün yoxlamaq.

Əməliyyat olunmuş xəstələrdə qidalanma əməliyyatın həcmindən və xarakterindən asılıdır. Qarın boşluğu üzvlərində aparılan əməliyyatlardan sonra süd məhsullarının qəbulu məsləhət görülür. Qidalanma rejimi xəstəyə əməliyyat olunan gün masa №0 pəhrizi, sonrakı 1 və ya 2-ci gün masa №1a pəhrizi, daha sonrakı günlər isə masa №16 pəhrizi təyin edilir. Əməliyyatın mədə-bağırsaq traktının hansı şöbəsində və ya mədə-bağırsaq traktı ilə əlaqəsi olmayan əməliyyatlar zamanı əməliyyatdan sonrakı günlər və ona uyğun pəhriz masaları dəyişdirilə bilər.

Xəstənin qalxması. Əməliyyatdan sonra xəstənin ayağa durmasına yalnız həkim icazə verir. Hazırda cərrahi müdaxilənin xarakteri və həcmindən asılı olaraq erkən ayağa qalxma 2-3-cü gün məsləhət görülür.

Tikişlərin sökülməsi. Kiçik cərrahi müdaxilələrdə (appendektomiya, yırtığın ləğv edilməsi) tikişlər 7-8-ci gün sökülür. Qarın açılması ilə gedən əməliyyatlarda (mədə rezeksiyası, xolesistekto-

miya) və ya döş qəfəsinin açılması ilə gedən əməliyyatlarda (pulmonektomiya, lobektomiya) tikişlər 9-10-cu gün sökülür. Bədxassəli şişlərə görə aparılan əməliyyatlarda tikişlərin çıxarılması toxumaların regenerasiyası ləngidiyinə görə 12-14-cü günədək təxirə salınır.

Əməliyyatdan sonrakı ağırlaşmalar

Əməliyyatdan sonrakı erkən dövrdə ağırlaşmalar müxtəlif vaxtlarda baş verə bilər. Əməliyyatdan sonrakı ilk 2 gündə qanaxma (daxili və ya xarici), kəskin damar çatmamazlığı, kəskin ürək çatmamazlığı, asfiksiya, tənəffüs çatmamazlığı, narkozdan yaranan fəsadlar, su-elektrolit balansının pozulması, sidik ifrazının azalması (oliguriya, anuriya), mədə və bağırsağın parezi kimi ağırlaşmalar əmələ gələ bilər. Əməliyyatdan sonrakı 3-8-ci günlərdə isə ürək-damar çatmamazlığının, pnevmoniyanın, tromboflebitin, tromboemboliyanın, kəskin qaraciyər-böyrək çatmamazlığının inkişaf etməsi və yaraların irinləməsi mümkündür. Ağırlaşmalar əməliyyat olunmuş və narkoz keçirmiş xəstədə əməliyyatdan sonrakı dövrdə orqanizmin əsas funksiyalarının pozulması nəticəsində meydana çıxır. Əməliyyatdan sonrakı ağırlaşmaların səbəbləri əməliyyatın aparıldığı əsas xəstəliklə, keçirilən narkozla və yanaşı gedən xəstəliklərin şiddətlənməsi ilə əlaqədardır. Bütün fəsadlar erkən və gecikmiş olmaqla iki yerə bölünür.

Erkən fəsadlar əməliyyatdan sonrakı ilk saatlarda və günlərdə baş verir. Bunlar narkotik maddələrin tənəffüs və qan dövranına tormozlayıcı təsiri və kompensasiya edilməmiş su-elektrolit pozğunluqları ilə əlaqədardır. Bədəndən xaric olunmayan narkotik maddələr və parçalanmayan əzələ relaksantları tənəffüs pozğunluğuna və hətta onun dayanmasına səbəb ola bilər. Bu, hipoventilyasiya (nadir səthi tənəffüs, dilin qatlanması) və apnoenin inkişafı şəklində özünü göstərir. Əməliyyatdan sonrakı erkən ağırlaşmalara qanaxma, qırtlağın ödemisi, ağ ciyərlərin ödemisi, əməliyyatdan sonrakı pnevmoniya, peritonit, psixozlar, tromboflebit və s. aiddir.

Qanaxma. Cərrahi müdaxilədən sonra hemostazın qənaətbəxş olmaması, liqaturanın damardan sürüşməsi və qanın laxtalanma qa-

biliyyətinin pozulması nəticəsində qanaxma əmələ gələ bilər. Bu zaman xəstə əməliyyat stoluna təkrar götürülərək yaranın təftişi aparılır və qanaxma daimi dayandırılır. Laxtalanma qabiliyyəti pozulduqda isə kalsium xlorid, vikasol, aminokapron turşusu, təzə qan köçürülür.

Qırtlağın ödemi. Ən çox endotraxeal narkozdan sonra baş verir. Bu zaman səs it hürüşməsinə xatırladır və ya tamamilə itir. Nəfəsalma və nəfəsvermə çətinləşir, narahatlıq başlayır, tənəffüsdə köməkçi əzələlər iştirak edir. Antihistamin, iltihab əleyhinə, antiallergik preparatların yeridilməsi vacibdir. Göstərilən müalicə effekt vermədikdə traxeostomiya icra edilir.

Ağ ciyərlərin ödemi. Ən çox ürək-ağciyər çatmamazlığı səbəbindən inkişaf edir. Kəskin tənənfəslik, nəfəs almanın yüksək olması (ağciyərlər maye ilə dolu olduğun üçün) meydana çıxır. Nəbz sürətlənir və zəif gərginlikdə olur. Dəri və selikli qişaların rəngi gəyir. Yardım məqsədi ilə xəstəyə 20 ml. 5%-li qlukoza məhlulu ilə 0,5 ml. 0,5%-li strofantin məhlulu qarışdırılaraq 5-10 dəqiqə ərzində vena daxilinə, həmçinin 2 ml. kordiamin məhlulu vena daxilinə yeridilir. Xəstəyə spirt buxarı və oksigenlə inhalyasiya edilir. Ətrafları bintlənir, qan buraxma icra olunur, ağır hallarda traxeostomiya aparılır.

Əməliyyatdan sonrakı pnevmoniya ən çox döş qəfəsi və qarın boşluğunun yuxarı şöbəsində aparılan cərrahi müdaxilədən sonra inkişaf edir. Xəstələr əməliyyatdan sonra səthi nəfəs alır, əməliyyat yarasında ağrı səbəbindən öskürməyə qorxurlar. Tənəffüs yollarında ləngiyən ifrazat zəif orqanizmə malik xəstələrdə ağciyərlərin iltihabını törədir. Profilaktikası üçün xəstəyə aktiv hərəkət, bəlgəmi öskürəklə xaric edə bilmək və tənəffüs gimnastikası tövsiyyə olunur. Kürək nahiyəsinə banka və xardal qoyulur, nəm oksigen verilir.

Peritonit qarın boşluğu üzvlərinin əməliyyatı zamanı qoyulan tikişlərin əməliyyatdan sonra aralanması nəticəsində inkişaf edir. Tibb bacısı bu təhlükəli ağırlaşmanı tanıya bilməli və vaxtında həkimi məlumatlandırmalıdır. Müalicəsi yalnız cərrahi müdaxilədir.

Psixozlar zəif və üzülmüş xəstələrdə sinir sisteminin asanlıqla oyanıqlığı səbəbindən yaranır. Onlar hərəkəti reaksiyalar və sayıqlamalar şəklində olur. Xəstələr çarpayından qaçmağa cəhd edir, sarğını

qopardır və ətrafdakılarını tanımırlar. Xəstənin sakitləşdirilməsi üçün edilən cəhdlər onu bir az da qıcıqlandırır. Bədbəxt hadisələrin baş verməməsi üçün tibb bacısı xəstəni yataqda saxlaya bilmək üçün təcili tədbirlər görməli, hətta müxtəlif vasitələrlə onu çarpayığa bağlamalıdır. Vena daxilinə 2 ml. 2,5 %-li aminazin yeritməklə və ya 20-40 ml. 5%-li xloral hidrat məhlulu ilə imalə etməklə xəstə sakitləşdirilir. Belə xəstələr üçün fərdi post yaradılır. Ağır hallarda psixiatrik konsultasiyası aparılır.

Tromboflebit qanın laxtalanma qabiliyyətinin yüksəlməsi səbəbindən qan dövranının yavaşması və iltihabi proseslər nəticəsində yaranır. Adətən venaların varikoz genəlməsi, şişlər zamanı daha çox meyillik olur. Əməliyyatdan sonrakı dövrdə çalışmaq lazımdır ki, orqanizm susuzlaşmasın (qan qatılaşmasın).

Gecikmiş fəsadlar. Xəstə xəstəxanadan evə yazıldıqdan sonra – gecikmiş əməliyyatdan sonrakı dövrdə - əməliyyatın aparıldığı üzvlər tərəfindən fəsadların olması da mümkündür (əməliyyat olunmuş mədənin xəstəliyi, xolesistektomiya əməliyyatından sonrakı sindrom, amputasiya olunmuş ətrafın fantom (xəyali) ağrısı, postromboflebitik sindrom, bitişmə xəstəliyi). Bundan başqa fəsadlar ligatura fistulası, əməliyyatdan sonrakı yırtıqları və kelloid çapıq şəklində də baş verə bilər.

Palata tibb bacısının işinin xüsusiyyətləri

Əməliyyatdan sonrakı dövrdə tibb bacısının işi əməliyyatlardan sonra xəstəyə nəzarət və qulluqdan ibarətdir. Bunlara xəstənin müşahidəsi, həkimin tərəfindən təyin olunmuş, müalicəvi və gigiyenik tədbirlərin yerinə yetirilməsi, səhər və axşam, həkimin göstərişi əsasında günün hər hansı vaxtı temperaturun ölçülməsi, temperatur vərəqinin aparılması və s. daxildir. Əməliyyatdan sonrakı palatada xəstəyə cavabdehlik daşıyan tibb bacısının hansı əməliyyatın icra olunduğunu, həyati vacib üzvlərin funksiyalarının vəziyyətini, əməliyyat zamanı yeridilən dərman maddələri (anestetiklər də daxil olmaqla), mayelər, qan və qan preparatları və narkozun növünü, əməliyyat zamanı qan itkisini və ifraz olunan (sidik və ya drenajla) mayenin miqdarını, xəstəyə qoyulmuş kateterlərin və drenaj-

ların sayını, əməliyyatın və anesteziyanın gedişində baş vermiş problemləri, xəstənin yanaşı gedən xəstəliklərini və anomaliyaları, tələb olunan xüsusi nəzarət və manipulyasiyaları bilməlidir. Tibb bacısı xəstənin tənəffüsünü, nəbzini saymalı, arterial təzyiqini ölçməli və qeydiyyatını aparmalıdır. O, müalicə həkiminin və növbətçi həkimin xəstəyə baş çəkmələrində iştirak etməli, onların təyinatda etdiyi dəyişiklikləri qeyd etməlidir. Palatada nizam-intizama, sakitliyə riayət etməli, xəstənin şəxsi gigiyenasının, yataq ağlarının və alt paltarlarının dəyişdirilməsinin qayğısına qalmalıdır. Tibb bacısı ağır xəstələrin yedizdirilməsinə, evdən gətirilən yeməklərə nəzarət etməyə, onları soyuducuda və bağlı dolablarda saxlanılmasını yoxlamağa borcludur.

Ağır xəstələrə xüsusi diqqət yetirmək vacibdir. Onların yuyunmasına, qida və mayələrin qəbuluna, yataq yaralarının əmələ gəlməsinin qarşısının alınmasına kömək etməlidir.

Tibb bacısı hər dəfə yeni daxil olan xəstəni xəstəxana daxili qaydalar, günün rejimi və şəxsi gigiyena qaydaları ilə tanış etməlidir.

Palata tibb bacısı palatadakı tibbi və təsərtüfat inventarlarının, dərmanlar üçün şkafların saxlanmasına məsuliyyət daşıyır. Həkimdən təyinat aldıqdan sonra, o, lazım olan dərmanların siyahısını tərtib edib baş tibb bacısına verir. Baş tibb bacısının aptekdən gətirdiyi dərmanları, qulluq materialı və əşyalarını ondan alaraq xəstəyə tətbiq edir. Həkimin təyinatına əsasən xəstələri əlavə müayinələrə göndərir və vaxtında xəstəlik tarixi ilə birlikdə şöbəyə qayıdır, əlavə müayinələrin nəticələrini alıb xəstəlik tarixinə yapışdırır. Xəstənin vəziyyəti pisləşdikdə dərhal müalicə həkimini və ya növbətçi həkimi çağırır.

Cərrahi profilli palata tibb bacı özünün xəstə ilə davranışına da fikir verməlidir. Tibb bacısının geyimi təmiz olmalı, saçları kalpağın altında səliqə ilə yığılmalı, dırnaqları qısa kəsilməli, kosmetika və bəzəklərinə ifrat yol verməməlidir. O, xəstədə xoşagəlməz subyektiv hisslər, bronxial astma və digər allergik reaksiyaları yarada bildiyinə görə ətriyyat vasitələrinin istifadəsini məhdudlaşdırmalıdır.

Tibb bacısının vəzifələrindən biri də ölmüş xəstələrin hazırlanması (ölmüş şəxsin adı, soyadı, atasının adı, xəstəlik tarixinin nömrəsi)

rəsi yazılmış birka onun ayağına bağlanır) və patoloji anatomik şöbəyə verilməsidir. Bu haqda 10-cu mövzuda ətraflı verilmişdir.

Yoxlama sualları:

1. *Əməliyyatdan sonrakı dövrün hansı xüsusiyyətləri vardır və xəstələrə qulluqda tibb bacısının rolu nədən ibarətdir?*
2. *Əməliyyatdan sonra xəstə üçün palata və çarxayı necə hazırlanır?*
3. *Əməliyyatdan sonra xəstəyə nəzarət və qulluğun xüsusiyyətlərini danışın.*
4. *Qusuntu kütləsi asfiksiya verməsin deyə tibb bacısının vəzifəsi nədən ibarətdir?*
5. *Əməliyyatdan sonrakı dövrün ağırlaşmalarına nələr aiddir?*
6. *Bağırsaqların hərəkəti funksiyasının pozğunluqları necə tənzimlənir?*
7. *Əməliyyatdan sonra tikişlər neçənci gün açılır?*
8. *Əməliyyatdan sonrakı dövrün gecikmiş fəsadları hansılardır?*
9. *Əməliyyatdan sonrakı erkən fəsadlar hansılardır?*
10. *Əməliyyat yarasına qulluq nədən ibarətdir?*
11. *Əməliyyatdan sonra xəstələrə hansı pəhriz təyin edilir?*
12. *Yataq yaralarının səbəblərini və əmələ gəldiyi nahiyələri açıqlayın.*

Situasiya məsələləri:

I. 80 yaşlı xəstə sağtərəfli qasıq-xaya yırtığı diaqnozuna görə əməliyyat olunmuşdur. Ona yataqda durub ayaq üstə sidik ifrazına icazə verilsə də, bir sutka keçməsinə baxmayaraq müstəqil olaraq sidik ifraz edə bilməmişdir. Xəstədə hansı ağırlaşma inkişaf etmişdir? Bunun mümkün səbəblərini söyləyə bilərsinizmi? Bu ağırlaşmaları aradan qaldırmaq üçün siz hansı tədbirləri aparardınız?

II. Əməliyyatdan sonrakı palataya xəstə ağır vəziyyətdə daxil olmuşdur. Yataqda passiv vəziyyətdə uzanmışdır. Yataq yaralarının əmələ gəlməməsi üçün nə etmək lazımdır?

MÖVZU 17. Cərrahi və LOR xəstələrinin süni qidalandırılması.

Tələbə bilməlidir:

- ✓ Xəstənin zondla qidalandırma qaydasını;
- ✓ Qasrostoma vasitəsilə qidalandırmanı;
- ✓ Zond salınmış xəstəyə qulluğu.
- ✓ Rektal qidalanmanı.

Mühazirənin planı:

- Cərrahi xəstələrin süni qidalandırılması
- LOR xəstələrinin süni qidalandırılması

Qidalanma insanın əsas fundamental tələblərindən biridir. Rasionel qidalanma orqanizmin inkişafı və fəaliyyət etməsi üçün zəruri olan optimal miqdarda qidalı maddələrdən təşkil olunmuş, düzgün hazırlanmış, və vaxtında tədarük edilmiş qidalanmadır. Qida maddələrinin hər hansı yeməkdəki optimal nisbəti balanslaşdırılmış qidalanma adlanır. Müalicə və profilaktika məqsədilə xüsusi hazırlanmış qida və qidalanma rejimi müalicəvi qidalanma-pəhriz adlanır.

Cərrahi xəstələrin qidalanması aktiv və passiv olmaqla iki yerə bölünür. Aktiv qidalanma zamanı xəstə ümumi rejimdə sərbəst olaraq özü yeyir, passiv qidalanma zamanı isə yataq rejimində tibb bacısı tərəfindən qidalandırılır. Xəstənin öz-özünə yeyə bilmədiyi, qidalanmanın pozulduğu hallarda və ya müxtəlif səbəblərdən (ağır xəstəliklər, xəstənin əməliyyata hazırlanması, əməliyyatdan sonrakı dövrdə qidalanma və s.) təbii şəkildə qidalanma kifayət etmədikdə süni qidalanmadan istifadə olunur. Cərrahi xəstələrdə qidalanmanın pozulmasının bir sıra səbəbləri vardır. Bunlara zülalların parçalanmasını, qidalı maddələrin kifayət qədər qəbul edilə bilməməsi, orqanizmdə qidalandırıcı maddələrin itkisi, nazik bağırsaqlarda sorulma prosesinin azalması və bir sıra digər səbəblərin toplusu aiddir.

Cərrahi xəstələrin süni qidalandırılması. Süni qidalanma dedikdə insan orqanizminə qidalı maddələrin zond, stoma vasitəsilə və parenteral (venadaxili və ya dərialtı) yeridilməsi başa düşülür.

Süni qidalanmaya göstərişlərə udmanın çətinliyi, qida borusunun çapıqla daralması və keçməməzliyi, təbii yolla qidalanması

mümkün olmadığı mədə bağırsağ traktı üzərindəki aparılan əməliyyatlardan sonrakı vəziyyət, çoxlu maye itkisi, huşsuz vəziyyət, xəstənin qida qəbulundan imtina etdiyi psixozlar və s. aiddir..

Süni qidalanmanın bir neçə növü vardır: mədə zəndu vasitəsilə, qastro və ya enterostoma vasitəsilə və parenteral yolla.

Mədə zəndu vasitəsilə qidalandırma zamanı xəstəyə yarı oturmaq vəziyyət verilir. Nazik mədə zəndunun ucu qliserinlə yağlanır və burun keçəcəyindən mədəyə qoyulur. O biri ucu isə leykoplastlarla burunun, yanağın və ya qulaq seyvanının dərisinə fiksə edilir. Zəndun sərbəst ucuna içərisinə maye şəklində qida, süd, qaymaq, çiy yumurta, bulyon, qlukoza məhlulu, qaymaqlı kofe və ya kakao, meyvə şirəsi doldurulmuş Jane şprisi birləşdirilir. Sol əllə şprisin zəndla birləşmiş hissəsi tutulur, sağ əllə porşen sıxılaraq qida yavaşca yeridilir. Prosedura gün ərzində bir neçə dəfə təkrar edilir. Qida maddələri yeridildikdən sonra, zəndda qalan qida qalıqlarını yumaq üçün zənda təmiz su yeridilir. Zəndun sərbəst ucu tıxacla bağlanır və xəstənin paltarına bərkidilir. Xəstəni zənd vasitəsilə qidalandırmadan ötrü qıfdan və damcı ilə mayeləri köçürtmək üçün sistemdən də istifadə etmək olar. Növbəti qidalandırma zamanı zəndun əvvəlki yerində olmasına əmin olmaq lazımdır.

Qastrostoma vasitəsilə xəstələrin qidalanması. Qidalanmanın bir üsulu da cərrahi yolla mədəyə və nazik bağırsağa qoyulmuş süni dəlik–qastro və ya enterostoma vasitəsilə qidalanmadır. Fistulanın qoyulmasına göstəriş ağır yanıq travması və cərrahi müdaxilə mümkün olmayan şişləri nəticəsində əmələ gələn qida borusunun keçməməzliyi və mədənin çıxacağıının stenozudur. Bəzən gastrostoma və ya enterostoma əməliyyatı zamanı zənd qoyularaq bərkidilir. Digər hallarda qida bir başa stomaya yeridilir. Qidanın miqdarını və qidalanmanın sayını həkim müəyyən edir, stoma vasitəsilə qidalandırarkən qida kiçik porsiyalarla (150 – 200 ml) qızdırılmış halda qastrostomaya birbaşa qoyulmuş qıf vasitəsilə yeridilir.

Tədricən qidanın miqdarı 250 – 500 ml-ə çatdırılmaqla, qidalanmanın sayı azaldılır. Qıfdan eyni zamanda xırdalanmış və suda isladılmış qida məhsulları, sürtkəcdən keçirilmiş ət, balıq, çörək, peçenye yeritmək olar.

Rektal qidalanma. Qidalanmanın digər növlərindən istifadə etmək mümkün olmadıqda, bədənin kəskin susuzlaşması və mədədə aparılan əməliyyatdan sonrakı vəziyyətlərdə yerinə yetirilir. Qidalandırıcı imalə məqsədilə fizioloji məhlul, 5%-li qlukoza məhlulu, 15 %-li amin turşusu məhlulu istifadə edilir. Qidalandırıcı imalələr təmizləyici imalədən sonra aparılır.

Parenteral qidalanma mərkəzi (körpücük altı, bud) və periferik (dirsək çuxuru) venalar vasitəsilə həyata keçirilir. Tez-tez və uzunmüddətli parenteral qidalanma lazım gəldikdə venaya kateter qoyulur.

Parenteral qidalanma tam (bütün qidalı maddələr yeridildikdə), qeyri-tam (əsas qidalı maddələr yeridildikdə) və köməkçi (peroral qidalanmaya əlavə olaraq) ola bilər. Geniş həcmli əməliyyatlardan qabaqkı və sonrakı dövrdə yanıqlar zamanı arıqlamada, qanitirmə, sepsisdə, iştahasızlıqda, davamlı qusma, bir sıra psixi xəstəliklərdə qidadan imtina zamanı tətbiq edilir. Ağırlaşmaların profilaktikası üçün preparatların köçürülmə sürəti ciddi şəkildə nəzərə almaq lazımdır.

Parenteral qidalanma məqsədilə aşağıdakı dərman maddələri istifadə olunur.

✓ zülal mənşəli hidrolizatlar: hidrolizat kazein, fibrinosol, amikin, aminazol və s.

✓ aminturşu qatışıqları: alvezin, poliamin, aminofuzin, aminosteril, nefzamin;

✓ yağlı emulsiyalar: lipofundin, intralipid, lipovinol və s.

✓ şəkər məhlulları: 10%-li qlukoza məhlulu, kombisteril, qlyukosteril.

Parenteral qidalanma məqsədilə istifadə edilən dərman maddələri haqqında 7-ci mövzuda ətraflı verilmişdir.

LOR xəstələrinin süni qidalandırılması. LOR üzvlərində aparılan əməliyyatlardan sonra tibb bacısının çox vacib vəzifələrindən biri belə xəstələrin qidalanmasıdır. Əməliyyat aparılmış xəstələrin qidalanması təbii bir şəkildə ağız vasitəsilə, enteral (zond vasitəsilə), qidalandırıcı imalələrlə, parenteral (venadaxili) və qarışıq bir şəkildə həyata keçirilir. Qırtlaq və ya udlaqda aparılan əməliyyatdan sonrakı 2-3 həftə ərzində xəstə əməliyyatın sonunda burun va-

sitəsilə qida borusuna daxil olan və ucu sarğı ilə təsbit edilən zondla qidalandırılır. Zondun sərbəst ucuna Pean və ya Koxer sıxıcısı qoyulur. Zondun eyni vəziyyətdə olmasını təmin etmək lazımdır. Əks təqdirdə onun tıxanması nəticəsində keçiriciliyinin pozulması, ağrı və hıçqırıqların əmələ gəlməsi baş verə bilər. Zondun qida borusunda yüksək mövqedə qalması nəticəsində qidalanma zamanı qidanın tamamilə və ya qismən boğaza və ağız boşluğuna düşməsi baş verir. Zondun aşağı mövqedə olması isə diafraqmanın qıçıqlanması nəticəsində ağrı və ardıcıl hıçqırıqlara səbəb ola bilər.

Zondla qidalanma aşağıdakı şəkildə həyata keçirilir.

Xəstəyə oturaq və ya yarımoturaq mövqeyi verilir. Zondun sərbəst ucuna qıf yerləşdirilir və qıfdan aşağıya sıxıcı qoyulur. Masa üzərinə bədən temperaturunda qızdırılmış pəhriz yeməkləri (bulyon, pure, qiymə ət, süd, jele və s.) qoyulur. 40-50 sm. hündürlüyə qaldırılmış qıfın içərisinə əvvəlcə az miqdarda su və ya çay tökülür və sıxıcı zondan çıxarılaq mayenin sərbəst şəkildə mədəyə keçib-keçməməsi müşahidə olunur. Maye mədəyə maneəsiz daxil olduqdan sonra yavaş-yavaş mədəyə zond vasitəsilə təyin olunmuş qida tökülür. Qidalanma zamanı vaxtaşırı zonda az miqdarda çay, su və ya süd ilə yumaq lazımdır. Qidalanma başa çatdıqdan sonra da zond yuyulub, qıf çıxarılır və zondun ucuna sıxıcı qoyulur, sarğıya və köynəyin boyununa təsbit edilir. Zondun qidanın kifayət qədər sərbəst keçməməsi vəziyyətində, onu Jane şprisi ilə yumaq və şorba və ya bulyonu daha duru halına gətirmək lazımdır.

Qulaq əməliyyatlarından sonrakı dövr əlverişli gedişə malik olduğu üçün ümumiyyətlə pəhrizdə heç bir məhdudiyət qoyulmur.

Burunətrafi ciblərdə aparılan əməliyyatlardan sonra mexaniki və kimyəvi cəhətdən ehtiyatla pəhriz təyin edilir və ardından ümumi pəhrizə keçilir. Yemək isti şəkildə olmamalıdır.

Burun poliplərinin cərrahi müdaxiləsindən sonra da 2-3 gün ərzində qanaxma riski olduğuna görə isti yemək qəbuluna icazə verilmir. Tonzillitektomiya və traxeostomiya əməliyyatından sonra xəstələrə əməliyyat günü yemək verilmir, axşam isə qanaxma olmadıqda bir stəkan soyudulmuş çay və ya süd içməyə icazə verilir. Sonrakı 2-3 gün ərzində isə isti olmayan duru yemək verilir və sonra tədricən ümumi pəhriz masasına keçilir.

Adenotomiya və boğazdaxili əməliyyatlardan sonra (səs büküşlərinin fibroması, qırtlağın papilloması) bir qayda olaraq belə xəstələrə əməliyyat günü kimyəvi cəhətdən qıcıqlandırmayan soyudulmuş yemək təyin edilir. Qida borusu əməliyyatlarından sonra bir müddət xəstələr zond vasitəsilə qidalandırılırlar.

Yoxlama sualları:

1. Parenteral qidalanma məqsədilə istifadə edilən dərman maddələri hansılardır?
2. Qastrostoma vasitəsilə qidalanma necə həyata keçirilir?
3. Parenteral qidalanmanın neçə növü vardır?
4. Süni qidalanmaya göstəriş nədən ibarətdir?
5. Süni qidalanma hansı üsullarla həyata keçirilir?
6. LOR xəstələrinin zondla qidalanması necə həyata keçirilir?
7. Rektal qidalandırılmadan əvvəl xəstədə hansı hazırlıq aparılmalıdır?
8. Rasional qidalanma nədir?
9. Balanslaşdırılmış qidalanma nədir?
10. Müalicəvi qidalanma nədir?

Situasiya məsələləri:

I. Ağır kəllə-beyin travmasından sonra xəstəyə nazoqastral zond vasitəsilə süni qidalanma təyin edilmişdir? Palata tibb bacısı xəstənin qohumlarından xəstəni yedizdirmək üçün toyuq bulyonu, ət qiyməsi, buxarda bişmiş kotlet və süd gətirmələrini xahiş etmişdir. Tibb bacısının işini qiymətləndirin.

II. Tonzilektomiya əməliyyatından sonra axşam xəstə aclıq hissi keçirir. Tibb bacısından əgər tüpürcəyi udmaq belə ağrıya səbəb olursa, necə yeyəcəyini soruşur. Ona İlk 2-3 gündə çox şiddətli ağrılar ola biləcəyi xəbərdarlığı edilmişdi. Xəstə deyir ki, qidadan bu qədər müddətdə imtina etmək ona nə qədər çətindir, qidamı qəbul etmək daha çətindir. Tibb bacısı nə etməlidir?

MÖVZU 18. Müasir endoskopik, laparoskopik və lazer cərrahlığı. Feldşer təcrübəsində kiçik cərrahlıq.

Tələbə bilməlidir:

- ✓ Xəstəni laparoskopik əməliyyata hazırlamağı;
- ✓ Həkimin nəzarəti altında vacib manipulyasiyaları yerinə yetirməyi;
- ✓ Laparoskopik alətlərin sterilizasiyasını;
- ✓ Xəstələrə əməliyyatdan sonra qulluq qaydalarını;
- ✓ Kiçik cərrahlığın texnikasını.

Mühazirənin planı:

- Müasir tibbdə invaziv endoskopik cərrahlığın üstünlükləri haqqında.
- Laparoskopik əməliyyatların gedişi
- Laparoskopik alətlərin sterilizasiyası.
- Endoskopik müayinələrin növləri
- Lazer cərrahlığı
- Feldşer təcrübəsində kiçik cərrahlıq.

Endoskopiya daxili üzvlərin müayinəsinin optik və işıqlandırma sistemi ilə təchiz olunmuş xüsusi alətlərin (endoskopik) yeridilməsi ilə aparılmasıdır. Bunlara sidik kisəsinə, mədəyə və digər üzvlərin müayinəsini misal göstərmək olar. Müasir dövrdə endoskoplar həmçinin daxili üzvlərdə cərrahi müdaxilə aparmaqdan ötrü də tətbiq edilir. Ənənəvi cərrahi kəsiklər aparmadan müvafiq texnika tətbiq etməklə videokameraların nəzarəti altında ciddi və mürəkkəb əməliyyatlar aparılır. Bu zaman cərrahi müdaxilə daha az travmatik olur, əmək qabiliyyəti olmamaq müddəti qısalır.

Videoendoskopik əməliyyat otağının tibb bacısı xüsusi hazırlıqlı olmalıdır. Belə hazırlıq bu kimi əməliyyatlarla məşğul olan iri tibb müəssisələrinin şöbələrində həyata keçirilir. Mürəkkəb alətlərlə icra olunan əməliyyatların öz xüsusiyyətləri vardır ki, əməliyyat tibb bacısı bunlar haqqında məlumatlı olmalıdır.

Laparoskopik əməliyyatlar zamanı cərrahi briqadaya bir həkim və iki tibb bacısı daxil edilir. Endoskopik əməliyyatların təmin edilməsi üzrə tibb bacısının vəzifəsi əməliyyatın gedişini monitor üzrə izləməkdən və lazım olan anda zəruri aləti verməkdən ibarətdir. Əməliyyat tibb bacısı əməliyyat üçün alətləri yığarkən iş günü ərzində bir neçə laparoskopik əməliyyatların aparılacağını nəzərə almalıdır. Belə əməliyyatlar zamanı kömək edən tibb bacısı müəy-

yən sahəyə aid cərrahi xəstəliklər və onların əsas müalicə üsulları haqqında təsəvvürə malik olmalıdır. Laparoskopik aparatları yaxşı tanımalı, endovideocərrahi müdaxilələrin metodikasını bilməlidir. Müxtəlif endoskopik alətlərlə işləmək bacarığını mənimsəməli, təcrübəsini gündən-günə təkmilləşdirməli və onların təyinatını bilməlidir. O, həm əməliyyat tibb bacısının və eyni zamanda prosedura otağı tibb bacısının vərdişlərinə malik olmalıdır. Müxtəlif endoskopik əməliyyatlar zamanı baş verə biləcək əsas ağırlaşmaları bilməli, onların profilaktikası və müalicə üsullarından xəbərdar olmalıdır. Laparoskopik əməliyyatlar zamanı xəstəyə psixoloji dəstək verməyi bacarmalıdır.

Endovideocərrahiyyə müasir cərrahiyyənin bir növü olub xəstədə 0,5-1,5 sm. ölçüdə açılan dəliklərlə əməliyyat icra olunur. Adətən qarın və çanaq üzvlərinin əməliyyatları zamanı tətbiq edilir. Boşluqların və üzvlərin daxilinə baxmaq, daşları, polipləri, damarlardan trombu, öd kisəsini, soxulcanabənzər çıxıntını və s. çıxartmaq mümkün olur. Ənənəvi cərrahiyyədə isə böyük ölçülü kəsiklər tələb olunur. İlk dəfə XX əsrin əvvəllərində fransız cərrahi Bernhaym tərəfindən həyata keçirilmişdir.

Laparoskopik cərrahiyyənin əsas aləti teleskopik borudan, linzalar sistemindən və onlara birləşdirilmiş adi videokameradan ibarət olan laparoskopdur. Operasiya zamanı əməliyyat sahəsi yaratmaq üçün qarın boşluğu adətən karbon qazı ilə doldurulur. Qarın hava şarı kimi şişir və qarın boşluğunun divarı daxili üzvlərdən qalxaraq ayrılır. Əməliyyatın sonunda qaz xaric edilir. Açılan dəlikdən laparoskop qarın boşluğuna yerləşdirilir. Lazım gəldikdə qarın divarından əlavə dəşiklərlə üzvü kəsib çıxartmaq, tikişlər qoymaq, koaqulyasiya yaratmaq məqsədilə müxtəlif manipulyatorlar yerləşdirilir. Laparoskopik əməliyyatların bir sıra üstünlükləri vardır. Belə ki, bu əməliyyatlar az travmatikdir, əməliyyatdan sonra ağrı olmur, bağırsağın funksiyası tez bərpa olunur və xəstə sərbəst şəkildə daha tez qidalanmağa başlayır. Xəstənin stasionarda qalma müddəti azalır və əməliyyatdan sonrakı çapıqlar olmur.

Laparoskopik əməliyyatın xəstələrin müalicəsinin nəticələri baxımından bəlli üstünlükləri olmasına baxmayaraq ənənəvi açıq

əməliyyatlarla müqayisədə bu cür əməliyyatları aparmaq cərrahi nöqtəyi nəzərdən xeyli mürəkkəbdir.

Çünki əməliyyat olunan sahədə məhdud hərəkət diapazonu cərrahın çevikliyinin itməsinə səbəb olur. Əməliyyat zamanı əllərlə deyil yalnız alətlərlə işləndiyindən toxumaya tətbiq olunan qüvvəni dəqiq qiymətləndirmək mümkün olmadığı üçün onların zədələnməsinə səbəb olur. Eyni zamanda belə məhdudiyyət taktik hissiyatı azaltdığı üçün cərrahın diaqnostikada işini əhəmiyyətli dərəcədə ağırlaşdırır, zərif əməliyyatların icrasını çətinləşdirir.

Bundan əlavə alətin kəsici səthləri cərrahın əlinə əks istiqamətdə hərəkət edir. Çünki laparoskopun əsasını öyrənilməsi xeyli çətin olan intuisiyaya əsaslanan vərdişlər təşkil edir.

Laparoskopik əməliyyatlar zamanı bir sıra ağırlaşmalar da meydana çıxmağa bilər. Troakarın qan damarını və bağırsağı zədələməsi ən çox rast gəlinən ağırlaşmalardan biridir. Belə zədələnmələrin ehtimalı az çəkiyə malik və anemnezində əvəllər digər abdomin əməliyyat keçirən xəstələrdə daha yüksəkdir.

Ümumiyyətlə troakar kor-koranə keçirilir. Bu cür xəsarətlər nadir olsa da, əhəmiyyətli fəsadlar yarada bilər. Damar zədələndikdə həyat üçün təhlükəli daxili qanaxma, bağırsağın zədələndikdə isə peritonit inkişaf edir. Belə xəsarətləri mümkün qədər tez aşkara çıxartmaq çox vacibdir.

Bəzi xəstələr elektrodlardan elektrik yanıqları ala bilərlər. Yanığın nəticəsi olaraq daxili üzvlərin perforasiyası və həmçinin peritonit əmələ gələ bilər. Bu ağırlaşma riskini aktiv elektrod monitorinqindən istifadə etməklə minimuma endirmək olur.

Laparoskopik əməliyyatlar zamanı rast gəlinən daha bir ağırlaşma soyuq quru qazların uzun müddətli təsiri nəticəsində orqanizmin hipotermiyası və peritoneal zədələnmənin meydana çıxmasıdır. Bu riski azaltmaqdan ötrü qızdırılmış nəm karbon qazından istifadə edilir.

Ağciyər xəstəlikləri olan şəxslər pnevmoperitoneuma qarşı dözümsüzlük nümayiş etdirirlər. Bu da laparoskopik əməliyyatın dərhal açıq əməliyyata keçməsi zərurətini yaradır. Qarın boşluğuna vurulan qazın hamısını xaric etmək mümkün olmadığından, qaz genişlənməyə meyilli olub, qarın boşluğunda qalxaraq diafraqmanı sıxır.

Əvvəlki əməliyyatlardan qalmış çapıqlar da laparoskopik əməliyyatlar zamanı risk yaratdığından belə əməliyyatlar üçün nisbi əks göstəriş hesab olunur.

Laparoskopik alətlərin sterilizasiyası

Endoskopik cihazlar və laparoskopik alətlər mürəkkəb optik sistemə malik olub müxtəlif materiallardan – metal, plastik, lifli optik, rezin, yapışqan və s. ibarət olduğundan onların sterilizasiyası da çətinlik törədir.

Laparoskopik cihaz və alətlərin sterilizasiyası çox mərhələli proses olub aşağıdakılardan ibarətdir.

- ✓ Mexaniki təmizləmə.
- ✓ Dezinfeksiya.
- ✓ Yuma.
- ✓ Sterilizasiyadan qabaqkı işlənmə.
- ✓ Sterilizasiya.
- ✓ Qurudulma.
- ✓ Saxlama.

Əvvəlcə vizual olaraq alətlərin zədəli olub olmamaları yoxlanılır. İstifadə olunmuş alətlər sintetik yuyucu məhlulda (1 litr suya 5 qram yuyucu toz) isladılır. Alətlər sökülmüş şəkildə 1 saat müddətində 1,5%-li xloramin məhluluna yerləşdirilir, sonra şotka ilə yuyulur, hər biri ayrılıqda axar su altında yaxalanır. Alətlərin optik və elastik hissələrinin xarici səthi isə yumşaq parça salfetlə silinib təmizlənir. Tərkibi 3%-li hidrogen peroksid, yuyucu toz, natrium oleat olan məhlulda 15 dəqiqə saxlanılır, yenidən yuyulur və qurudulur. Metal alətlər 4 saat müddətində, plastik alətlər isə 10 saat müddətində “Saydeks” məhlulunda yerləşdirilir. Vaxt başa çatdıqdan sonra yaxalanır, destillə suyu ilə yuyulur və qurudulur.

İstiyə davamlı avadanlıqlar mexaniki təmizləmə və yuyulmadan sonra avtoklava qoyulur, termoləbil aksesuarlar isə yüksək səviyyəli dezinfeksiyaedici məhlullara yerləşdirilir. Yüksək səviyyəli dezinfeksiyaedici məhlullar yalnız bir dəfə istifadə edilə bilər. Yadda saxlamaq lazımdır ki, birdəfəlik alətləri təkrar işlətmək olmaz! Bundan sonra laparoskopik alətlərin sterilizasiyasına başlamaq olar.

Metal alətlər quruducu şkafda 180° C temperaturda 60 dəqiqə müddətində sterilizasiya olunur. Plastik detalları olan alətlər avtoklavda 132° C temperaturda, 2 atmosfer təzyiqdə 90 dəqiqə müddətində sterilizasiya olunur. Laparoskop, işıqötürən, aktiv elektrodlar 6%-li hidrogen peroksid məhlulunda təmizləndikdən sonra paraformalin kamerasında sterilizasiya olunur. Bunun üçün ağzı kəp bağlanan xüsusi sterilizatorların (yaxud şüşə qabların) dibinə formaldehid tabletləri qoyulur və alətin 48 saat müddətində formalin buxarları ilə sterilizasiyası aparılır. Laparoskopik alətləri metilen bromidin karbon 2 oksidin etilen oksidi ilə qarışığından istifadə etməklə qazla sterilizasiya kamerasında da steril etmək olar. Bunun üçün sterilizasiya olunacaq əşya perqament kağızına bükülərək qaz sterilizatoruna yerləşdirilir. Materialdan asılı olaraq sterilizasiya 3-24 saat müddətində aparılır (etilen oksidi işlədikdə 18° C temperaturda 16 saat, bromid-metil və etilen oksidi işlədikdə 55° C temperaturda 6 saat müddətində). Müddət başa çatdıqdan sonra alətlər yaxşı ventilyasiya olunan otaqda saxlanılır. Həmçinin 0,35%-li "Saydeks" məhlulunda 20° C temperaturunda 10 dəqiqə müddətində sterilizasiya edilir. 1,5 %-li qlutar aldehidində 20° C temperaturda 4-10 saat müddətində sterilizasiya olunur. Okulyarsız olmaqla optik alət 10 dəqiqə müddətində əvvəlcə spirtə, sonra isə 5 dəqiqə müddətində 1:1000 nisbətli civə-oksisianid məhluluna salınır. İşləməzdən əvvəl optik cihaz mütləq spirtlə silinməlidir; 5 dəqiqə müddətində 1:3000 nisbətli diosid məhlulunda saxlanılır; Sterilizatorun metal toruna suyun 1 litrinə 1-3 qram olmaqla pambıq sərərək, optik alətləri onun üzərinə yığıb, 15 dəqiqə müddətində qaynadılır; 96%-li etil spirtində və yaxud 2,5%-li xlorheksidinin spirtli məhlulunda 2-3 saat saxlanılır.

Qeyd etdiyimiz kimi endoskopik prosedurlar zamanı da tibb bacısı aparatları yaxşı tanımalı, cərrahi müdaxilələrin metod və müayinələri bilməlidir. Bu biliklər və tibb bacısının iş keyfiyyəti həkimə diaqnostik, müalicəvi, taktiki məsələlərin uğurla həll edilməsinə və müxtəlif əməliyyatların davam etmə müddətinin azaldılmasına imkan verir. Endoskopik müayinələrə aşağıdakılar aiddir:

Bronxoskopiya – tənəffüs yollarından daxil olaraq endoskop vasitəsilə bronxial sistemin instrumental müayinəsidir. Bu metod

uzunmüddətli öskürəklə müşayiət olunan iltihabəleyhi müalicəyə davamlılıq göstərən, çoxlu miqdarda selik və bəlgəm ifrazı ilə gedən bütün növ bronx-ağciyər patologiyalarında tətbiq olunur. Bundan başqa bronxoskopiya metodu regionar limfa düyünlərinin böyüməsi ilə gedən ağciyər toxumasının ocaqlı və diffuz zədələnmələrində (vərəmi və şişi inkar etmək üçün) istifadə olunur. Metodun istifadəsinə tənəffüs yollarının yad cisimlərlə aspirasiyası da göstərişdir.

Ezofaqoskopiya elastik və sərt endoskoplardan vasitəsilə qida borusunun müayinəsidir. Bu metod qida borusunun yad cisimlərində, zədələnmələrində keçməməzliyində, qanaxmalarında, xəstəliklərinin diaqnostikası və müalicəsində, müəyyən əməliyyatların (polipektomiya, venaların varikoz genəlməsi zamanı skleroterapiya) icra olunmasında istifadə olunur.

Qastroskopiya mədənin kəskin, xroniki xəstəliklərinin, xoş və bəd xassəli şişlərin diaqnostikasında, biopsiya məqsədilə tətbiq edilir. Bundan əlavə mədənin sekretor funksiyasının öyrənilməsi, mədənin yad cisimləri qanaxmaları zamanı və bir sıra əməliyyatların yerinə yetirilməsində istifadə edilir.

Duedonofibroskopiya oniki barmaq bağırsağın yuxarı, horizontal və aşağı hissələrini vizual təftiş etmək üçün istifadə olunur. Xəstədə sarılıq, mədə-bağırsaq qanaxmaları olduqda bəzi əməliyyatların icra etmək məqsədilə istifadə olunur.

Torakoskopiya- plevral boşluğun punksiya edilməklə və ya döş qəfəsində kəskin aparılmaqla yeridilən endoskoplada müayinəsidir. Etiologiyası məlum olmayan plevritlərdə, spontan- və piopnevmoretoroksdə, plevranın şişi və plevral boşluğun yad cisimləri zamanı istifadə olunur. Xəstə torakoskopiya adı əməliyyatlarda olduğu kimi hazırlanır. Torakoskopiya əməliyyat otağında və ya irinli proses olduqda isə sarğı otağında icra edilir.

Laparoskopiya. Qarın boşluğu xəstəliklərinin diaqnozunun qeyri-müəyyənliyi və cərrahi müdaxilələr zamanı tətbiq olunur. Müayinə və ya əməliyyat başa çatdıqdan sonra tibb bacısı alətləri yığıb onları sterilizasiya üçün hazırlayır. Birdəfəlik alətləri təkrar işlətmək olmaz. Metallik alətlər və troakar əməliyyatdan sonra sökülərək yuyulur.

Lazer cərrahiyyəsi

Lazer cərrahiyyəsi ətraf toxumaları minimal zədələnməklə toxumaların kiçik sahələrini kəsib çıxartmağı və ya yandırmağı özündə cəmləşdirən cərrahi bir texnikadır. Lazer cərrahiyyəsi görmə qabiliyyətinin korreksiyası, arteriyalardakı tıxanmaların aradan qaldırılması, dəridəki müəyyən növ piqment törəmələrinin kəsilib götürülməsi, şişlərin, xüsusilə müxtəlif etiologiyalı qliomaların kəsilməsi üçün tətbiq edilir. Lazerin spektral xüsusiyyətləri müxtəlif xəstəliklər zamanı istənilən radiasiya növünü və gücünü seçməyə imkan verir. Məsələn arqon lazeri diabetik retinopatiyalarda, karbon qazı lazeri servikal intraepitelial neoplazmanın müalicəsində, YAG-lazer uşaqlığın endometriya qatını çıxartmaq üçün istifadə edilir.

Lazerin təbabətə tətbiqi 1916-cı ildən başlamışdır. Lazer şüasının nadir xüsusiyyəti əvvəllər mümkün olmayan müdaxilələri minimal invaziv bir şəkildə həyata keçirməyə imkan verməsidir. Lazer cərrahiyyəsi aşağıdakı xüsusiyyətlərə malikdir:

Lazer cərrahlığı zamanı alət orqanizmin toxumaları ilə təmas yaratmadığı üçün infeksiya riski sıfıra enir. Aparılan kəsiklər demək olar ki, qansız icra olunur. Lazer bir başa yarada qanaxmanı dayandıрмаğa imkan verir, şüalanmanın sterilizasiya qabiliyyətinə malik olması əməliyyat sahəsində infeksiyalaşmanın profilaktikasını təmin edir, istənilən effekti almaq üçün aparatı tənzimləmək olur.

Lazer, cərrahiyyənin müxtəlif sahələrində- ginekologiya, urologiya, neyrocərrahiyyə, otorinolarinqologiya və s. istifadə olunur. Lazer cərrahiyyəsinin əks göstərişləri də vardır. Bunlara kəskin irinli infeksiyaları, onkoloji xəstəlikləri, tireotoksikozu, diabeti, ürək çatmamazlığını, fərdi dözümsüzlüyü, xroniki böyrək çatmamazlığını misal göstərmək olar. Cərrahiyyədə lazer texnologiyasının bir sıra üstünlükləri vardır. Əməliyyatlar zamanı tibbi lazerdən israfənin əsas üstünlüklərinə fəsadlaşmanın minimum olması, yüksək effektivlik, qansızlıq, çapıq toxumasının incəliyi, intensiv ağrı hissəsinin olmaması, əməliyyatın davam etmə müddətinin qısalığı, alətlərin toxuma ilə təmas yaratmaması, əməliyyatdan sonrakı dövrün qısalığı əməliyyat zamanı qanaxmanın baş verməməsi və s. aiddir.

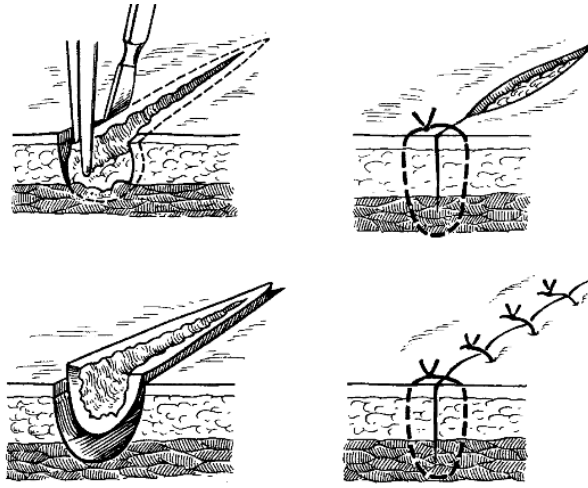
Feldşer təcrübəsində kiçik cərrahlıq.

Toxumaların kəsilməsi və tikilməsi. Toxumaların kəsilməsi skalpəl və qayçılar vasitəsilə həyata keçirilir. Skalpelin əldə tutulmasının bir neçə növü vardır (şəkil 28). Bunlara maqqaş, xörək qaşığı və yazı qələmi vəziyyəti aiddir. Sol əlin baş və ikinci barmağı ilə kəsiləcək nahiyənin dərisi fiksasiya edilir. Əvvəlcə skalpelin ucu ilə dəriyə perpendikulyar şəkildə kəsik aparılır, sonra isə 45 dərəcəli bucaq altında skalpelin hərəkəti davam etdirilir. Əlin yüngül və rəvan hərəkəti ilə dəri və dərialtı toxuma bir hərəkətlə, eynimomentdə kəsilməlidir. Toxumaların sonrakı qatları - fassiya, aponevroz, əzələ və digər yumşaq toxumalar isə yalnız skalpellə deyil, qayçı, lazer skalpeli, elektrik bıçağı və s. kəsilir. Kəsilmiş yara bütün uzunluqda eyni dərinlikdə kəsilməlidir. Kəsiklər Langer xətlərinə paralel şəkildə aparılmalıdır.



Şəkil 28. Skalpelin əldə tutulma vəziyyəti. a) maqqaş vəziyyəti, b) xörək qaşığı vəziyyəti, c) yazı qələmi vəziyyəti.

Yaranın birincili cərrahi işlənməsi yumşaq toxumaların yaranması zamanı həyata keçirilir. Yara ətrafı 0,02 %-li furasillin məhlulu və ya 3%-li hidrogen peroksid məhlulunda isladılmış salfətlə silinir. Yara da eyni məhlullarla silinib qurudulduqdan sonra, yenidən yara ətrafı 2 dəfə yodonat məhlulunda isladılmış salfətlə silinir. Sonra yaranın ətrafına hər tərəfdən steril salfet salınaraq sıxıcı ilə bərkidilib yara üçün pəncərə yaradılır. Daha sonra yarada yerli anesteziyanın metodlarından biri ilə ağrısızlaşdırma aparılır. Yara yaragenişləndirici vasitəsilə genişləndirilir və kənarlarından dibinədək diqqətlə baxılır. Pinset və qayçı vasitəsilə yad cisimlər çıxarılır. Yaranın yerləşdiyi nahiyədən asılı olaraq onun kənarlarındakı sağlam dəri 0.5-1.0 sm məsafədə yaranın dibinə qədər, yaşama qabiliyyətini itirmiş, əzilib-didilmiş yaranın nekrotik toxumaları pinset və skalpelin köməyi ilə kəsilib götürülür. Yara, şpris və ya yumşaq tampondan istifadə etməklə antiseptik məhlullarla yuyulur.



Şəkil 29. Yaranın birincili cərrahi işlənməsi. (kəsilmənin başlanğıcı, yara dərinliyi boyu kəsilmənin başa çatdırılması, tikişlərin qoyulması)

Əgər qanaxma varsa damarların bağlanması ilə qanaxma dayandırılır. Bundan sonra yara qurudulur, yara ətrafı yodonat məhlulu ilə silinir və yaraya qat-qat düyünlü tikiş qoyulur. Yara təkrar yodonatla silinir, quru steril salfet qoyulur və fiksasiya edilir. Cırılmış, çirkələnmiş, dişlənmiş yaralarda və yaralanmadan 24 saatdan çox vaxt keçdikdə tikişlər qoyulmur və yara drenajlanır. Üzdə, əldə, boyun nahiyəsində olan yaraların kənarları kəsilmədən tikilməlidir.

Yaraya düyünlü tikişlərin qoyulması təmiz yaralar zamanı həyata keçirilir (şəkil 29). Yara ətrafının dərisi 2 dəfə yodonat məhlulu ilə silindikdən sonra təkrarən 70⁰- li etil spirtində isladılmış salfetlə silinir. Yerli anesteziyanın metodlarından biri ilə yerli ağrısızlaşdırma aparılır. Yaranın bir kənarında toxuma cərrahi pinsetlə tutulur. İynətutqacındakı saplanmış iynə yara kəsiyinin kənarından 1 sm. aralı məsafədə xaricdən dəriyə batırılaraq yaranın dibindən aparılır. İynə yara kəsiyinin o biri tərəfinin kənarından 1 sm. aralı batırılaraq daxildən xaricə keçirilir. Köməkçi tərəfindən yara kənarları cərrahi pinsetlə tutularaq bir-birinə yaxınlaşdırılır. Sapın ucu yaranın bir tərəfində adi qayda ilə yaxud ikiqat cərrahi düyün şəklində 3 dəfə düyünlənir. Sapın artıq hissəsi düyüнден 1 sm. aralı kəsilir. Digər tikişlər eyni qayda ilə əvvəlki tikişdən 1 sm. aralı qo-

yulur (yəni tikişlər arasında orta hesabla 1 sm. məsafə olmalıdır. Tikişlər yaraya paralel istiqamətdə düyünlənir. Köndələn düyünlər isə yalnız yaranın dərinliyində qoyulur. Dəri üzərinə tikişlər qoyduqda çalışmaq lazımdır ki, tikişlər arasında məsafə 2 sm-dən artıq olmasın, sapı dartdıqda və tikişi möhkəmləndirdikdə yaranın kənarları (ağzı) bir-birinə sıx toxunsun, bərabər bitişsin və çevrilməsin, hər iki tərəfdə iynənin batırılan yeri eyni məsafədə olsun, nəhayət düyün yaradan kənara tikiş xəttindən yan tərəfə düşmüş olsun. Düyün qoyularkən hələ ikinci düyünlə möhkəmləndirilməmiş, birinci düyünün orada boşalmasına yol verilməməlidir. Düyün barmağa çox dəydikdə öz möhkəmliyini itirir və eyni zamanda infeksiyalaşmaq təhlükəsi də artır. Sapın artıq hissəsinin kəsilməsi ilk baxışdan sadə manipulyasiya kimi görünsə də, tikişin formalaşmasının çox vacib və yekun mərhələsidir. Tikişin etibarlılığı bu mərhələnin düzgün yerinə yetirilməsindən asılıdır. Sapın artıq hissəsinin kəsilməsində 3 növ səhvlər buraxıla bilər.

Tibb bacısı və ya feldşer düyünlü tikişləri qoyarkən aşağıdakıların yadda saxlamalıdır:

✓ Yara kənarları bir-birinə birləşənə qədər düyün dartılmalıdır. Sap bağlanarkən artıq gücün tətbiqi trofikanın pozulmasına səbəb ola bilər;

✓ İynənin giriş və çıxışı eyni xətt üzrə və yaraya perpendikulyar olmalıdır;

✓ Dəri kəsici iynə ilə rahat deşilir, üçkünc formalı dəlik sapı yaxşı saxlayır;

✓ Düyünün daha təkmil mənimsənilmiş növü tətbiq edilməlidir;

✓ Sap düyünlənərkən heç vaxt tələsmək lazım deyil;

✓ Əgər tikiş qoyulandan və düyün bağlandıqdan sonra onun etibarlılığına şübhə yaranmışsa, sapı tamamilə kənarlaşdırıb tikiş yenidən qoyulmalıdır;

✓ Xüsusilə sonuncu düyün daha diqqətlə bağlanılmalıdır.

Düyünlü tikişlərin çıxarılması. Düyünlü tikişlər qoyulduğu vaxtdan 5-7 gün ərzində çıxarılır. Yarada iltihabi əlamətlər olduqda tikişlər vaxtından qabaq da çıxarıla bilər. Əgər yara böyük ölçüdədirsə, onda tikişlər biri saxlanılmaqla digəri çıxarılır, sonrakı gün isə yerdə qalanlar çıxarılır. Bunun üçün yara yodonat məhlulunda

sladılmış salftlə silinir. Anatomik pinsetlə sapın düyününün arxa hissəsindən tutulur və özünə doğru çəkib qaldırılır. Qayçı ilə sap düyünün altından, sapın rənginin dəyişmədiyi hissəsindən kəsilir (sapın toxumanın dərinliyində gizlənmiş hissəsinin rəngi bayırda qalan hissəsinin rəngindən fərqli olur). Sap toxumadan pinsetlə dərtilərəq kənarlaşdırılır.

İrinliyin açılması. Abses, fleqmona, karbunkul, furunkul, dola-ma və s. kimi yumşaq toxumaların irinli iltihabi toxumalarında icra edilir. Bunun üçün irinliyin açılacaq yeri yodonat məhlulunda isladılmış salftlə silinir. Əməliyyat sahəsinin ətrafı steril salftlərlə örtülür və sıxıcı ilə tutularaq irinliyin açılması üçün pəncərə yaradılır. Yerli anesteziyanın üsullarından biri ilə ağrısızlaşdırılma aparılır. Toxumalar barmaqlarla dərtilir, irinliyin mərkəzindən skalpellə kəsik aparılır. Küt sıxıcı ilə irinlik deşilir və irin axıdılıb kənara tökülür. Yara, yaragenişləndiricilərlə genişləndirilir və 3%-li hidrogen peroksid məhlulu ilə isladılmış salft, ya da küt iynəsi olan şprislə yuyulur. Qurudulduqdan sonra ətrafı yodonatda isladılmış salftlə silinir. Daha sonra zond vasitəsi ilə antiseptik məhlulda isladılmış yastı rezin drenajın sərbəst ucu yaraya yeridilir, digər ucu isə 1 sm. ölçüdə yara səthində saxlanılır. Qoyulmuş sarğı dəyişdirilərkən çirklənmiş sarğı götürülür, rezin drenaj çıxarılır. Yara ətrafı yodonatla silinir, yara isə 3%-li hidrogen peroksid məhlulu ilə yuyulur.

Bundan başqa feldşer *yara və boşluqların drenajlanması, boşluqlara punksiyaların aparılması, yarada qan axan damarın bağlanması, sidik kisəsinin kateterizasiyası, sidik kisəsinin yuyulması, vena punksiya, vena seksiya, çıxıqların yerinə salınması* və s. kimi kiçik əməliyyatları da icra etməyi bacarmalıdır. Bu əməliyyatların icrası texnikası həmin mövzuların mühazirələrində öz əksini tapmışdır.

Yoxlama sualları:

1. Endoskopiya nədir?
2. Laparoskop nədən ibarətdir?
3. Laparoskopik əməliyyatlardan sonra hansı ağırlaşmalar ola bilər?
4. Laparoskopik alətlər hansı təmizlənmə mərhələsindən keçirilir?
5. Laparoskopik alətlər necə sterilizasiya olunur.

6. Laparoskopik əməliyyatlar hansı üstünlüklərə malikdir?
7. Lazer cərrahiyyəsi dedikdə nə bəşə düşülür?
8. Tikişlər qoyularkən hansı qaydalara əməl etmək lazımdır?
9. Abses açılarkən kəsik haradan aparılmalıdır?
10. Tikişlər qoyularkən yara kəsiyindən hansı məsafədə və bir-birindən hansı aralıqda qoyulur?
11. Skalpelin əldə tutulma qaydaları necədir?

Situasiya məsələləri:

I. Uşaq 3 gün əvvəl küçədə oynayırkən sağ əlində cırılmış- çirklənmiş yara almışdır. Valideynləri onu hadisədən 1 gün sonra yaxınlıqdakı feldçer-mama məntəqəsinə aparmışlar. Məntəqədə uşağın əli antiseptik məhlullarla yuyulduqdan sonra tikilmişdir. Hazırda xəstədə üşütmə, yara nahiyəsində kəskin ödem və qızartı müşahidə olunur. Feldçer hansı səhvləri buraxmışdır. Hazırda sizin taktikanız nədən ibarət olmalıdır?

II. Feldçer mama məntəqəsinə 7 saat əvvəl sağ baldırın əzilmiş yarası ilə xəstə daxil olmuşdur. Müayinə zamanı 5,0 x 3,0 x 1,0 sm ölçülü yaranın kənarlarının qeyri-bərabər olduğu və torpaq hissəcikləri ilə çirkləndiyi məlum oldu. Feldçer Əməliyyat masasında cərrah əməliyyat sahəsini işlədikdən sonra yaranın kənarlarını və dibini kəsdi, qanaxmanı dayandırdı, birincili tikişlər qoydu və xəstəni ambulator müalicə üçün evə buraxdı. Birincili cərrahi işləmə zamanı cərrah tərəfindən hansı səhvlərə yol verilmişdir?

MÖVZU 19. Cərrahi deontologiya. Tibb bacısının işində deontologiya.

Tələbə bilməlidir:

- ✓ Deontologiya və tibbi etika anlayışlarını;
- ✓ Cərrahi deontologiyanın məqsəd və münasibətlərini
- ✓ Cərrahi deontologiyanın müddəalarını;
- ✓ Tibb bacısı xəstə münasibətlərinin əsaslarını;
- ✓ Tibb bacısının davranış qaydalarını.
- ✓ Cərrahi xəstələrə qulluq zamanı praktiki deontologiyanı
- ✓ Cərrahiyyədə yatrogeniya anlayışını

Mühazirənin planı:

- Deontologiya anlayışı. Cərrahi deontologiya
- Tibb bacısının ümumi davranış qaydaları.

Hər bir peşənin özünəməxsus mənəvi və etik problemləri kimi təbabətə də xas olan bir sıra problemlər mövcuddur. İlk dəfə Aristotel tərəfindən işlədilən «etika» sözünün mənası adət, xasiyyət demək olsa da etika mənəviyyat məsələlərini öyrənən bir elmdir. Həkimlik etikasını həkimin peşə fəaliyyəti zamanı onun hərəkətlərinin mənəvi dəyərini öyrənir. Cərrahi deontologiya həkimlik etikasının bir tərkib hissəsidir. Cərrahi deontologiya cərrahın peşə borcu və peşə əxlaqı, mənəvi – etik prinsipləri, normaları haqqında olan elmdir. Deontologiya (yunanca deon-borc, deonts-lazımı, vaciblik, zərurilik, logos- elm deməkdir) tibb işçilərinin peşə vəzifələrini mənəvi, etik baxımdan yerinə yetirilməsindən, tibb işçisi- xəstə münasibətlərindən bəhs edir. Başqa sözlə deontologiya tibb işçisinin peşə vəzifələrini yerinə yetirmək üçün etik və təşkilatı normalar toplusudur.

Tibb işçisinin fəaliyyətini mənəvi cəhətdən xarakterizə edən xüsusiyyətlər əsrlər boyu cəmiyyətin inkişaf mərhələsindən (milli və dini mədəniyyətin səviyyəsindən, siyasi qurumdan və s.) asılı olaraq formalaşmış, dəyişikliklərə uğramış və dəqiqləşdirilmişdir. Deontologiya elmi tibb ədəbiyyatına XIX əsrin əvvəllərində ingilis filosofu, keşiş İ. Bentham tərəfindən daxil edilsə də, tibb- işçisi- xəstə münasibətlərinin fəlsəfi, elmi əsasları ən qədim dövrlərdən bellidir. Hippokratın yazdığı və bu günə qədər bütün dünya həkimləri

üçün müqəddəs sayılan "Hippokrat andı" tibbi deontologiyanın əsaslarının daha qədim olmasını bir daha sübut edir.

Cərrahi deontologiya tibbi deontologiyanın bir bölməsidir. Cərrahi deontologiya bir sıra fərqli xüsusiyyətlərə malikdir. Bu xüsusiyyətlərdən ən əsası isə cərrahın cərrahi müdaxilə zamanı xəstə ilə olan qarşılıqlı münasibətidir. Cərrahiyyə şöbəsinin işçilərinə xüsusi tələblər qoyulur: personalın insanı keyfiyyətləri onun mütəxəssis kimi keyfiyyətlərindən heç də az olmamalıdır. Tibb bacısı öz fəaliyyətində cərrahi deontologiya və etikanın prinsiplərini qüsursuz şəkildə yerinə yetirməlidir. Deontologiyanın əsas elementləri hər şeydən əvvəl cərrahi şöbədə xəstələrin müalicəsinin yaxşılaşmasına, əməliyyatdan qabaqkı və sonrakı dövrdə psixi travmanın azaldılmasına yönəldilir. Cərrahi deontologiyanın əsas müddəaları aşağıdakılardan ibarətdir:

✓ Cərrahi şöbədə xəstələrin sürətli, keyfiyyətli və etibarlı şəkildə sağalması üçün bütün imkanları sərf etməklə xüsusi bir psixoloji mühit, əsas işçilər arasında vəzifələrin səmərəli bölgüsünə əsaslandırılmış normal iş ahənginin yaradılması;

✓ Aparılan müalicənin nəticəsi zamanı baş verə biləcək psixi travmanın qarşısının alınmasından ötrü xəstənin psixi sferasını daim nəzarətdə saxlanması;

✓ Peşə və biliklərin ümumi dünyagörüşünü daim artırmağa səy göstərməklə, elmi biliklərə əsaslanaraq müxtəlif xəstəliklər zamanı hər bir xəstə üçün diaqnozun daha fərdi qoyulması və tələb olunan müalicə planının aydın tərtib edilməsi;

✓ "Cərrahiyyə xəstə üçündür, xəstə cərrahiyyə üçün deyil" prinsipini vicdanla həyata keçirilməsi;

✓ Buraxılan səhvləri aşkara çıxartmaq, uğursuzluqları etiraf edərək analiz və müzakirə etmək, onlardan ciddi nəticə çıxarmaq və beləliklə cərrahi təcrübəni artırılması.

Bu müddəalardan iki əsas məqsəd irəli gəlir:

1. Xəstələrin sağalma prosesini yavaşdan və keyfiyyətə pisləşdirən amillərin təsirini minimuma endirmək;

2. Sağlamlığı qorumaq üçün daha uyğun bir həyat tərzini keçirən xəstələrin qavrama dərəcəsini artırmaq.

Cərrahi deontologiya da həkimlik deontologiyası kimi 5 əsas münasibəti əhatə edir:

- ✓ Xəstə və cərrah arasında olan münasibətləri;
- ✓ Cərrah və cəmiyyət münasibətlərini;
- ✓ Cərrah və iş yoldaşları (digər həkimlər, orta və kiçik tibbi heyət) arasında olan münasibətləri;
- ✓ Cərrah və xəstənin qohumları, iş yoldaşları, qonşuları və. s. arasındakı münasibətləri;
- ✓ Cərrahın özünün-özünə olan münasibəti (özünənəzarət və özünütənqid).

Cərrahi ixtisas böyük əsəbi emosional gərginliklə əlaqəli bir ixtisasdır. Bir tərəfdən insan uzun sürən xəstəlikdən və təhlükəli yaradan sürətlə və qətiyyətlə qurtula bilir. Digər tərəfdən cərrahi səhv geriyə dönməz nəticələrə gətirib çıxara bilir. Ona görə də cərrahi fəaliyyətin mənəvi tərəfi tibbi heyət tərəfindən xəstəyə daim yardım göstərməkdir. Cərrahi profilli tibb bacısı olmaq çox ağır və məsuliyyətli işdir. Gündəlik yorğunluq, yuxusuzluq, narahatlıq, psixoloji və fiziki gərginlik, ağır xəstələrlə işləmək, əməliyyata məruz qalmış, müxtəlif xarakterli xəstələrə qulluq kimi fəaliyyətlə dolu həyat yaşayan tibb bacısı çox vaxt öz şəxsi həyatını unudur, həyatın mənasını xəstələrə xidmətdə görür. Xəstəni sakitləşdirmək, əməliyyata hazırlamaq, əməliyyatın uğurlu keçməsinə inam yaratmaq cərrahi profilli tibb bacısının borcudur. Əməliyyat otağında xəstə əməliyyat briqadasının üzvlərinin işgüzar və mənəvi keyfiyyətlərinə tam etibar edir. Bu baxımdan onun ümidlərini heç vəchlə aldatmaq olmaz. Cərrahiyyədə adi bir hərəkət, ehtiyatsız işlədilən söz bu inama kölgə sala bilər.

Yuxarıda göstərilən tələblər yalnız cərraha deyil, həmçinin tibb bacısına da aiddir. Tibb bacısı öz peşə vəzifələrini dəqiq yerinə yetirməli, xüsusən, ağır və psixoloji xüsusiyyətli müxtəlif səviyyədə olan xəstələrin dərfinə yəməli, onun ailəsinin və qohumlarının çəkdikləri əzab əziyyəti başa düşməlidir. Yadda saxlamaq lazımdır ki, tibb bacısı qara-qabaqlığı, narazılığı, acıdilliyi ilə özünü hörmətdən salır. Səmimiyyətlə xəstənin qayğısına qalmaq, xəstəyə qulluq etməkdə ardıcıl və nəzərə çarpacaq dərəcədə diqqətli olmaq lazımdır. Tibb bacısı iş vaxtı sakit və əsəbiləşmədən çalışmalıdır. Baş

vermiş çətinliklərlə və ya hər hansı başqa səbəblə əlaqədar qışqırmaq, xoşagəlməz sözlərlə başqalarını təhqir etmək (xüsusilə kiçik tibb işçilərini) xəstəxanadakı işin normal ahəngini pozur. Ona görə də tibb bacısı soyuqqanlı olmalı, düşdüğü çətin situasiyalarda özünü itirməməli və ələ almalıdır. Xəstənin ondan narazılığı tibbi personalda bədbinlik yaratmamalı, ünvanına deyilən əsaslı narazılığa, iradlara dözməli və bu hallarda xəstə və onun qohumları ilə mübahisə aparmamalıdır. Tibb bacısında, lazım gəldikdə, tez qəti qərar qəbul etmək və məsuliyyəti öz üzərinə götürmək qabiliyyəti olmalıdır. Narahatlıq hiss edərsə, zahirən onu bildirməməlidir. Lakin lazım gələrsə, daha təcrübəli iş yoldaşlarının fikir və mülahizələrini nəzərə almalıdır.

Tibb bacısı cərrahi xəstələrdə tətbiq olunan manipulyasiyaları təkcə öyrənməklə kifayətlənməyib, həmçinin onların bütün texniki incəliklərini dərindən mənimsəməli və lazım gəldikdə qüsursuz icra etməyi bacarmalıdır. Müasir tibb bacısı sadəcə həkimin köməkçisi deyil, eləcə də o, özünün peşəkarlığı və vəzifəsini əməli sürətdə həyata keçirməsi sayəsində, cərrahi xəstələrə tibb bacısının işinin tələblərinə uyğun, ixtisaslı tibbi yardım göstərilməsində mühüm rol oynayır. Xəstənin cərrahi müalicəsində tibb bacısının iştirakı cərrahin iştirakı qədər vacibdir. Çünki, əməliyyatın nəticəsi əksər hallarda vaxtında və düzgün göstərilən ilk yardımdan, xəstənin əməliyyata hazırlanmasından, həkimin təyinatlarının son dərəcə dəqiq yerinə yetirilməsindən və əməliyyatdan sonrakı dövrdə, eləcə də reabilitasiya dövründə xəstəyə düzgün qulluqdan asılı olur ki, bunu da çox vaxt tibb bacıları həyata keçirirlər. Cərrahiyyədə xəstələrə düzgün qulluq xəstələrin sağalması üçün əvəzsiz bir töhfədir.

Hər bir tibb işçisi fəaliyyəti dövründə xəstə ilə təmasda olur, ona toxunur. Bu təmas həmişə xəstəyə kömək göstərmək-düzgün diaqnoz qoymaq, hər hansı bir həyati vacib funksiyanı reallaşdırmaq, müalicəvi təsiri təmin etmək məqsədilə baş versə də, bəzən sadəcə xəstəyə mənəvi dayaq olmaq üçün onun əllərini sıxmaqla yaranır. Bunlardan bir çoxu tədris illərində mənimsənilir, digərləri isə tibb bacısı təcrübəsində qazanılır. Xəstəyə qulluq, ona dəstək vermək bacarığı onun hər addım atmasına kömək etmək bəzən hə-

yati əhəmiyyət daşıyır. Belə əlaqələri məharətlə və doğmalılıqla bacarmaq isə hər bir tibb bacısından böyük ləyaqət tələb edir.

Lakin qiyməti olduqca böyük olan, xüsusilə cərrahi xəstələr üçün daha çox əhəmiyyətli bir təmas da mövcuddur. Onun düzgün yerinə yetirilməsi zamanı xəstənin həyatı xilas edilə bilər. Düzgün yerinə yetirilmədikdə və ya yanlış yerinə yetirildikdə isə, sayılmış saniyələrlə xəstənin həyatını məhv edə və ya bilərəkdən onu ömürlük əzaba məhkum edə bilər. Bu təmas tibb işçisinin peşə vərdişləri və manipulyasiyaları düzgün icra etmək bacarığıdır.

Deyilənlərlə yanaşı cərrahiyyə şöbələrində işləyən tibb bacısının davranışının ümumi qaydaları arasında aşağıdakıları fərqləndirmək lazımdır:

✓ çox vacibdir ki, tibb bacısı xəstə ilə söhbət apararkən üzünün ifadəsinə, danışığı və davranış ədalarına diqqət yetirsin. xeyirxah və sakit davranış xəstənin psixikasına müsbət təsir göstərərək, onda müalicənin uğurlu olacağına əminlik yaradır;

✓ qulluq zamanı əsəbi, hirsli, tündməcaz olmaq əvəzinə maksimum dözümlü göstərmək, xəstəyə daim diqqət ayırmaq lazımdır ki, ruh düşkünlüyünə məruz qalmış xəstə bilsin ki, onun vəziyyətinin yaxşılaşdırılması üçün mümkün olan hər şey edilir;

✓ ağır və perspektivsiz xəstələrlə ünsiyyət yaratmaq xüsusi çətinliklər törədir; belə xəstələrlə ünsiyyət yaradıldıqda isə, qulluq tədbirlərinin aparılması zamanı, xəstə tibb bacısı tərəfindən qayğı hiss edir.

Tibb bacısı heç vaxt xəstəlik tarixini xəstəyə və ya müalicə prosesi ilə əlaqəsi olmayan digər şəxslərə göstərməməlidir. Cərrahın icazəsi olmadan xəstə və ya onun qohumlarının diaqnoz haqqında məlumatlandırılması faciəvi nəticələrə gətirib çıxara bilər. “Həkim sirri” anlayışı tək-cə həkimlərə deyil, eləcə də müalicə prosesində iştirak edən bütün tibb işçilərinə aiddir. Tibb bacısı telefonda özünü təqdim etməyən heç kəsə xəstə haqqında məlumat verməməlidir. Tibb bacısının ehtiyatsızlıqla dediyi söz xəstənin vəziyyətinə mənfi təsir göstərir ki, belə hal təbabətdə psixoloji yatrogeniya adlanır. Ümumiyyətlə yatrogenlik tibb işçisi tərəfindən xəstənin orqanizminə vurulan zərərdir.

Deontologiya prinsipləri tibb işçilərinin fəaliyyətinin bütün sahələrini əhatə edir. Tibb işçisinin əxlaqı, xəstəni qəbul etmək qabiliyyəti, onu səbrlə dinləmək və lazımı xidmət göstərmək, yüksək peşəkarlıq, qayğıkeşlik, mehribanlıq və s. xəstəyə münasibətin əsas prinsipləri hesab olunur.

Bundan başqa cərrahlıq sənəti cərrahdan yüksək fədakarlıq, məsuliyyət, insana məhəbbət, əqli, psixi və fiziki gərginlik, yuxusuz gecələr, kamil peşəkarlıq, bilik, incə duyğular, ziyalılıq, mərhəmətlilik, sadəlik və yanar ürək tələb edir.

Tibb işçisində mərhəmət duyğusunun daha qabarıq, daha güclü olması xəstələrin sağalmasında çox vacib amillərdən biridir. Xəstənin ağrılarını, dərd və iztirablarını cərrah və tibb bacısı qəlbən duymalıdır. Bu mənada məşhur amerikalı cərrahı Meyo yazırdı ki, mən xəstəni öz yaxın adamım kimi hiss edəndə əməliyyat masasına götürürəm.

Cərrah təkcə xəstə ilə söhbətində deyil, həmçinin, xəstənin qohumları ilə ünsiyyətdə olarkən nəzakətli davranışı, sadəliyi və səmimiyyəti ilə seçilməlidir. Cərrah xəstənin qohumlarının suallarını cavablandırarkən ehtiyatla, elmi dəlillərlə əsaslandırılmış diaqnozu onlara bildirməlidir.

Cərrah mütləq nəzərə almalıdır ki, sağlmasına çarə olmayan xəstələrin belə ümidini onların əlindən almaq olmaz. Xəstə və onun qohumları ilə aparılan söhbətlərdə göstərilən həyəcan hissələrinin nə dərəcədə ümidə çevrilməsində də tibb bacısının da rolu böyükdür. Bu işdə tibb bacısının təcrübəsi, mədəniyyəti, danışığında məntiqli və səviyyəli olması, gətirdiyi dəlillərin inandırıcı olması, başqalarının həmin tibb bacısı haqqında rəyləri, köhnə xəstələrin fikirləri və s. əsasdır. Tibb bacısı bütün hallarda xəstəyə təskinlik verməli, xəstələrlə söhbətdə onların xasiyyətlərini nəzərə almalı, xəstənin sağlacağına ümid yaratmalıdır.

Beləliklə, mərhəmət, xeyirxahlıq və səmimilik, soyuqqanlılıq, özünü itirməmək, qətiyyətli olmaq tibb bacısının xarakter peşə xüsusiyyətlərindən hesab olunur. Laqeyidlik, məsuliyyətsizlik, ikiüzlülük, yalançılıq, qorxaqlıq, kobudluq tibb bacısına qəti yaraşmayan xüsusiyyətdir. Bu xüsusiyyətləri olan tibb bacısının nə öz yoldaşları, nə də onun xidmət göstərdiyi xəstələr arasında hörməti olar.

Cərrahi deontologiya barədə ətraflı söhbət açdığımızdan, qısaca da olsa tələbə və xəstə münasibətləri barədə məlumat verməyi faydalı hesab edirik. “Cərrahi xəstəliklər otorinolarinqologiyasının əsasları ilə” fənninin tədrisi zamanı tələbələr xəstələrlə qarşılıqlı münasibətdə olduqlarından gələcək tibb bacılarının müəyyən vərdişlərə yiyələnmələri və bir sıra şərtlərə əməl etmələri vacibdir. Tələbələr geyimləri və davranışları ilə xəstədə rəğbət oymalı, müəyyən nəzəri hazırlığa malik olmalı, deontologiyanın əsaslarını bilməli, praktik vərdişləri mulyajda öyrənməli, həkimlik sirrini qorumalı, xəstənin müayinəsində və müalicəsində iştirak üçün xəstənin razılığını almalıdırlar. Tələbələr müayinə və müalicə prosesində həkimin nəzarəti altında iştirak etməli və bu zaman etik normalara tam riayət etməlidirlər.

Yoxlama sualları:

1. *Deontologiya sözünün mənası nədir?*
2. *Cərrahi deontologiya hansı xüsusiyyətlərə malikdir?*
3. *Cərrahi deontologiyanın müddəaları hansılardır?*
4. *Cərrahlıq ixtisasının hansı xüsusiyyətləri vardır?*
5. *Xəstə-tibb bacısı münasibətləri özündə nələri birləşdirir?*
6. *Cərrahi şöbədə işləyən tibb bacısı nələrə diqqət etməlidir?*
7. *Tələbə və xəstə münasibətləri dedikdə nə başa düşülür?*
8. *Tibb bacısı hansı xeyirxah xüsusiyyətlərə malik olmalıdır?*
9. *Cərrahi xəstələrə qulluqda etika və deontologiyanın əhəmiyyəti nədən ibarətdir?*
10. *Stasionarda tələbə-xəstə münasibətləri necə olmalıdır?*

Situasiya məsələləri:

I. 56 yaşlı xəstə ağ ciyərlərdə şiş olduğu üçün cərrahi şöbədə müalicə olunur. Həkimin təyinatını yerinə yetirən tibb bacısı növbəti prosedura zamanı xəstəyə vəziyyətinin ümitsiz olduğunu, müalicənin heç bir nəticə verməyəcəyini, bəlkə də artıq onun ağ ciyərə xərçənginə tutulduğunu bildirmişdi? Nəticədə xəstə intihara cəhd etmiş, yaxınları səhiyyə orqanlarına şikayət yazmış və tibb bacısının cəzalandırılmasını tələb etmişlər. Tibb bacısının səhvi nədir?

II. Xəstəxana palatasında tibb bacısı, xəstənin onda hansı bir xəstəliyin olduğunu soruşduqda, cavab verdi: "Əgər sizdə hansı xəstəliyin olduğunu desəm, həkim dilimi kəsəcəm.". Tibb bacısı nəyi-etik, yaxud hüquqi standartları pozmuşdurmu? İzah edin.

IV BÖLMƏ. CƏRRAHİ PATOLOGİYANIN ÜMUMİ NÖVLƏRİ

MÖVZU 20. Zədələnmələr. Travmatologiyanın ümumi məsələləri

Tələbə bilməlidir.

- ✓ Travma alan xəstələrin müayinə etməyi;
- ✓ Mexaniki zədələnmələrin əsas klinik əlamətlərini;
- ✓ Travmatoloji yardımın təşkilini;
- ✓ Xəstələrin daşınmasını;
- ✓ Mexaniki zədələnmələr zamanı göstərilən ilk tibbi yardım.

Mühazirənin planı:

- Zədələrin təyini
- Zədələnmələrin təsnifatı;
- Açıq və qapalı zədələnmələr
- Uzunmüddətli sıxılma sindromu
- Zədələnmələr zamanı ilk tibbi yardımın prinsipləri
- Nəqliyyat immobilizasiyası
- Xəstələrin daşınması.

Travmatologiya – zədələnmələr haqqında elmdir. Xarici amillərin təsiri nəticəsində üzv və toxumaların anatomik tamlığının və fizioloji funksiyalarının pozulması və bu pozğunluqların orqanizmin ümumi və yerli reaksiyası ilə müşayiət olunması zədə adlanır.

Müəyyən bir ərazidə (dövlət, şəhər və s.) və ya əhalinin müəyyən qrupu arasında (kənd təsərrüfatında, idmanda, istehsalatda və s.) baş verən zədələnmələr toplusu travmatizm adlanır. Zədənin baş vermə məkanından və şəraitindən asılı olaraq travmatizm sənaye, kənd təsərrüfatı, nəqliyyat, idman, məişət və hərbi olmaqla bir neçə yerə bölünür. Travmatizmlə mübarizə səhiyyə və əməyin mühafizəsi üzvlərinin əsas vəzifəsidir. Travmatizmin profilaktikası üçün aşağıdakı tədbirlər həyata keçirilir:

- Əməyin və texniki təhlükəsizliyin düzgün təşkil olunması;
- Zəhmətkeşlərin şəxsi təhlükəsizliyinin yüksəldilməsi;
- Yol hərəkəti qaydalarına riayət olunması və s.

Orqanizmə təsir edən xarici mühit amillərinə mexaniki qüvvələr, yüksək və aşağı temperatur (termiki amil), elektrik cərəyanı, radiaktiv şüalanma, kimyəvi maddələrin təsiri aiddir.

Düzgün ilk tibbi yardım və daha effektiv müalicə tədbirləri aparmaqdan ötrü, tibb bacısı travmatoloji xəstənin müayinə metodlarının əsaslarını bilməlidir. Zədələnənlərin müayinəsi aparılarkən cərrahi xəstələrin ümumi müayinə qaydalarına riayət etmək lazımdır. Bununla yanaşı, travma alan xəstələrin müayinəsində özünəməxsus xüsusiyyətləri vardır. Belə ki:

✓ Zədələnənlər adətən kəskin dövrdə birbaşa travma aldıqdan sonra, ağrı sindromu və stresli situasiyalar vaxtı müayinə olunurlar;

✓ Bəzi hallarda hələ tam klinik diaqnoz qoyulmamışdan əvvəl travmanın ağırlaşmaları (zədə şoku, qanaxma və s.) ilə əlaqədar təxirəsalınmaz tibbi yardım göstərməyə ehtiyac duyulur;

✓ Dayağ hərəkət aparatının vəziyyətini araşdırarkən bir çox xüsusi simptomlar qrupunu müəyyən etmək lazım gəlir. Bunlara ətrafın uzunluğunun və dairəsinin ölçülməsi, oynaqlarda hərəkətin həcmnin təyin edilməsi, sagittal səthdə bükmə və açma, frontal səthdə yaxınlaşma və uzaqlaşma, boylama ox üzrə xarici və daxili fırlanma hərəkətlərini və əzələ gücünün təyin edilməsi aiddir.

Oynaqlarda hərəkətin pozğunluq dərəcəsi aşağıdakı anlayışlarla təyin olunur.

- 1) **Ankiloz**-oynaqda tam hərəkətsizlik;
- 2) **Rigidlik**-oynaqda hərəkətin 5^0 -dən çox olmaması;
- 3) **Kontraktura**-oynaqda hərəkətin məhdudlaşması.

Məhdudiyətlərdən başqa, oynaqlarda artıq hərəkətlilik də müşahidə oluna bilər. Bu çox vaxt oynaq bağ aparatının qırılması və ya gərilməsi zamanı müşahidə olunur. Patoloji hərəkətlilik isə oynaq olmadıqda əmələ gələn hərəkətlilikdir. Məsələn, sınıqlar, yalançı oynaq zamanı olan hərəkətlilik.

Ətrafın uzunluğunu və dairəsini ölçmək üçün santimetrlik lentlərdən istifadə edilir. Ölçmə zamanı mütləq xəstə nahiyə simmetrik olaraq sağlam nahiyə ilə müqayisə edilir. Müqayisəli ölçmə zamanı tanıdıcı nöqtələr sümük çıxıntılarıdır. Bazunun uzunluğu kürək sümüyünün` akromial çıxıntısından bazunun xarici epikondilusuna qədər olan məsafə ilə müəyyən edilir. Saidin uzunluğu xarici epikondiludan bizvari çıxıntıya qədər olan məsafə ilə müəyyən edilir. Bütün yuxarı ətrafın uzunluğu akromial çıxıntıdan ovuc səthi ilə III barmağın ucuna qədər olan məsafəyə bərabərdir. Aşağı ətrafın

uzunluğu qalça sümüyünün ön üst tinindən daxili topuğa qədər, budun uzunluğu böyük burmadan diz oynaqı boşluğu arasınadək, baldırın uzunluğu diz oynaqı büküşündən xarici topuğadək olan məsafə ilə müəyyənləşdirilir.

Ətraflarda həqiqi və nisbi qısalmalar, eləcə də, həqiqi və nisbi uzanmalar fərqləndirilir:

1. **Həqiqi (anatomik) qısalma və ya uzanmalar** ətrafın uzunluğunun anatomik dəyişikliyi ilə müəyyən edilir. Qısalmalar sınıqlar zamanı sümük parçalarının yerini dəyişməsi, sümüyün böyüməsinin inkişafdan qalması və s. səbəbdən müşahidə olunur. Uzanmalar isə sümük vərəminin erkən mərhələsində (oynaq yarığının böyüməsi, oynaqda sümüklərin aralanması səbəbindən) baş verə bilər.

2. Uzanma və qısalma kimi görünən, **proyeksiyon uzanma və qısalmalar** ankiroz və kontrakturanın nəticəsi olaraq ətrafın qüsurlu mövqeyini yaradır.

3. **Nisbi qısalma və uzanmalar** çıxıqlar zamanı bir sümük digərinə nisbətən yerini dəyişdikdə müşahidə olunur. Ətrafın nisbi qısalması ətrafın nisbi uzunluğu ilə həqiqi uzunluğunu müqayisə etməklə müəyyən edilir.

4. Xəstənin vertikal vəziyyətdə aşağı ətrafın **funksional qısalması və uzanması** ətrafın həqiqi, görünən və nisbi qısalmasının birlikdə məcmusudur. Ətrafın çevrəsinin təyini xəstə və sağlam ətrafların simmetrik nahiyələrinin (adətən tanıdıcı nöqtələrdən müəyyən məsafədə) ölçülməsi ilə təyin edilir. Adətən ətrafın yuxarı, orta və aşağı 1\3-də ölçülür. Məsələn, sağ budun çevrəsi böyük burmadan 10 sm. aşağıda müəyyənləşdirilibsə, sol bud da eyni məsafədə ölçülməlidir.

5. **Əzələ gücünün təyin edilməsi** də müayinələr zamanı böyük əhəmiyyət kəsb edir. Şərti olaraq əzələ qüvvəsi beş ballı sistemlə qiymətləndirilir. 1-normal, 2- azca azalmış, 3-parez, 4-çox azalmış, 5-tam iflic. Əzələ gücü də digər ətrafın əzələ gücü ilə müqayisəli şəkildə ölçülür. Əzələ gücünü ölçmək üçün dinamometr adlanan cihazdan istifadə edirlər.

Zədələnmələrin təsnifatı

Zədələnmələr aşağıdakı növləri ayırd edilir:

I. *Zədənin baş vermə şəraitindən, mühit və məkandan asılı olaraq:*

1. Qeyri istehsalat travmaları

a) Nəqliyyat travmaları-buraya nəqliyyat vasitələri ilə əlaqəli travmalar aiddir.

b) Küçə (piyada) travmaları- hər hansı bir şəxsin küçədə yıxılaraq aldığı travmadır.

c) Məişət travmaları- ev şəraitində çox zaman qadınlarda təsadüf olunur.

d) İdman travmaları- idmanın hər hansı bir növü ilə məşğul olduqda baş verən travmadır.

2.İstehsalat travmaları

a) Sənaye travmaları- fabriklər və zavod şəraitində işi icra edərkən təhlükəsizlik texnikası qaydalarını gözləmədikdə işçinin aldığı travmadır.

b) Kənd təsərrüfatı travmaları – kənd təsərrüfatında işləri icra edən zaman alınan travmadır.

3. Hərbi travmalar

II. *Zədələyici amilin növünə görə*

1.Mexaniki travmalar (zərbə, sıxılma, gərilmə və s.)

2.Termiki travmalar (isti, soyuq, elektrik)

3.Kimyəvi travmalar (turşu, qələvi, ağır metal duzları, zəhərlər)

4.Əməliyyat travmaları (əməliyyat yaraları)

5.Şüa travmaları (radiaktiv şüalar, rentgen şüaları)

III. *Zədələnmənin xarakterinə görə*

1.Qapalı travmalar (dəri və selikli qişanın tamlığının pozulması ilə baş verir)

2.Açıq travmalar (dəri və selikli qişaların tamlığının pozulması ilə baş verir)

3.Boşluqlara nüfuz edən travmalar (periton, plevra və s. boşluqlara keçir)

4.Boşluqlara nüfuz etməyən travmalar (baryer səddini zədələmir)

5.Tək travmalar (bir sümüyün sınığı)

6.Çox sayda travmalar (bir neçə sümüyün sınığı)

7.Sadə travmalar (yalnız bir toxuma sahəsinin zədələnməsi)

8.Kombinə olunmuş (müştərək) travmalar travmalar (dayaq hərəkət aparatının zədələnməsi daxili üzvlərin zədələnməsi ilə birlikdə baş verdikdə)

IV. Zədələyici qüvvənin təsirinə görə

1.Düz travmalar (zədələnmə bilavasitə qüvvə tətbiq edilən nahiyədə əmələ gəlir)

2.Qeyri-düz travmalar (zədələnmə güc tətbiq edilən nahiyədən uzaqda əmələ gəlir)

V. Zədələyici təsirin müddətinə görə

1.Kəskin-zədələyici amilin təsirindən dərhal sonra əmələ gəlir

2.Xroniki-zədələyici amilin uzunmüddətli və daimi təsiri nəticəsində əmələ gəlir (yastı ayaqlıq, tendovaginit, epikondilit və s.).

Zədələnmələr zamanı ilk tibbi yardımın prinsipləri

Xəstələrə travmatoloji yardımın göstərilməsi aşağıdakılardan ibarətdir.

- ✓ İlk yardım
- ✓ Xəstənin tibb müəssisəsinə daşınması
- ✓ Ambulator və ya stasionar müalicə
- ✓ Reabilitasiya

Zədələnmələr zamanı ilk yardımı təşkil edərkən düşünmək lazımdır ki, bədbəxt hadisə gözlənilmədən baş vermişdir. Travmanın baş verdiyi şəraitdən və yerdən asılı olmayaraq zərərçəkənə təcili tibbi yardım göstərmək və onu tez müalicə müəssisəsinə göndərmək tələb olunur.

Hadisə yerində yardım aşağıdakı ardıcılıqla göstərməlidir: zədələyici amilin təsirini aradan qaldırmaq, qanaxmanı müvəqqəti dayandırmaq, yara nahiyəsinə aseptik sarğı qoymaq, nəqliyyat immobilizasiyası aparmaq, ağrısızlaşdırmaq, tənəffüs və ürək- qan damar sistemini yaxşılaşdıran preparatlar tətbiq etmək və xəstəni tibb müəssisəsinə daşımaq, xəstənin sıxıcı paltarlarını çıxartmaq. Zərərçəkənin paltarını düzgün çıxartmağı bacarmaq lazımdır. Yuxarı ətrafların zədələnmələri zamanı paltar əvvəlcə sağlam tərəfdən çıxarılmalıdır. Sonra zədələnmiş ətraf tutularaq paltarın qolu ehmalca dartılaraq çıxarılmalıdır. Əgər xəstə arxası üstə uzanmışsa və onu

otuzdurmaq mümkün deyilsə onda paltar gövdənin yuxarı hissəsindən və qoldan aşağıdakı ardıcılıqla soyundurulur. Ehtiyatla köynəyin (palto, don və s.) arxa hissəsi xəstənin boyununa qədər az-az çəkilərək və başından çıxarılıb döş qəfəsinin önündə yumrulanıb saxlanılır. Sonra sağlam ətrafın qolu çıxarılır. Sonuncu növbədə zədələnmiş ətraf paltardan azad edilir.

Aşağı ətraflar da analoji qaydada soyundurulur. Güclü qanaxmalar və ağır yanıqlar zamanı paltar soyundurulmur. Belə hallarda paltar tikiş yerlərindən sökülərək azad edilir. İlk tibbi yardım hadisə yerində göstərməklə yanaşı, xəstə tibb müəssisəsinə daşınarkən, yol boyu da davam etdirilməlidir.

Hər hansı travma yerli təsirlə yanaşı orqanizmdə bu və ya digər dəyişikliyə səbəb olur; ürək-damar sisteminin fəaliyyəti, tənəffüs sistemi, maddələr mübadiləsi və s. pozulur. Bu hallar mərkəzi sinir sisteminin ağrı qıcıqlanmaları nəticəsində qan itirmə, həyat üçün əsas sayılan üzvlərin zədələnməsi, intoksikasiya nəticəsində və s. yaranır. Xəstənin ümumi vəziyyətinə ən çox qanitirmə və bərk zədələnmələrin ağrıları tez və kəskin dərəcədə təsir göstərir. Bu ağrılaşmaların əmələ gəlməsində zərərçəkənin travma anında əsəbi-psi-xi və fiziki vəziyyəti mühüm rol oynayır (düşkün vəziyyət, soyuma, aclıq, keçirdiyi xəstəliklər və s.). Ağır zədələnmələr zamanı orqanizmdə müşahidə edilən hallar arasında kollaps və şok böyük əhəmiyyətə malikdir. Bunların hər biri ilə mübarizə üsulunu – qanitirmə zamanı qanaxmaların müvəqqəti dayandırılması və orqanizmə qanın və qanəvəzedicilərin köçürülməsi, şok zamanı şoku əmələ gətirən səbəbləri aradan qaldırmaq və şok əleyhinə tədbirlər aparmaq, infeksiya zamanı mikrob əleyhi dərmanların işlədilməsi, intoksikasiya zamanı isə zəhərləyici amilin təsirinin aradan götürülməsi qaydalarını bacarmaq qarşıya qoyulan əsas məsələlərdən biridir.

Bədənin hər hansı bir zədələnməsi zədənin lokalizasiyasından, xarakterindən və ağırlığından asılı olmayaraq ağrı ilə müşayiət olunur. Ağrı-«fəlakətin daxili siqnalı» bəzi hallarda zərərçəkənin ümumi vəziyyətinin pisləşməsi, həyati funksiyaların pozulması və ağır fəsadların inkişafının əsas səbəbi kimi meydana çıxır. Ona görə də ağrı ilə mübarizə ilk tibbi yardımın əsas göstəricilərindən biridir. Ağrı hissənin ləğvi və ya azaldılması üçün kifayət qədər effektiv

üsullar və vasitələr mövcuddur ki, onların müştərək istifadəsinin tətbiqi daha yaxşı nəticə verir. Bunlara aiddir:

✓ Yaraların sarğı ilə bağlanması zədələnmiş toxumayı havanın qıcıqlandırıcı təsirindən, əlavə yad cisimlərin düşməsindən, paltar, daşıyıcı vasitələr və s.-dən təkrar travma almasından qoruyur;

✓ Hərəkətsizləşdirmə zədə nahiyyəsində sinir uclarının əlavə qıcıqlanmasının qarşısını alır;

✓ Xərəkdə düzgün uzandırmaq əzələlərin artıq gərginliyini və onun zədələnmiş toxumaya arzuolunmaz təsirini götürür;

✓ Soyuğun tətbiqi (qar, buz, polietilen kisələrdə soyuq su və s.) sinir uclarının mexaniki təsirə həssaslığını götürür, zədələnmiş toxumada ödemə və başlanmış iltihabı azaldır;

✓ Ağrıkəsici dərman preparatlarından istifadə əlverişlidir. (amidopirin, analgin, aspirin və s.);

✓ Ehtiyatlı daşınma təkən və yırgalanmanın qarşısını alır.

Qapalı zədələnmələr

Dəri və selikli qişaların tamlığının pozulmaması ilə baş verən zədələrə qapalı zədələnmələr deyilir. Yumşaq toxumaların qapalı zədələnmələrinə əzilmələr, dartılmalar və bağların qırılması, əzələlərin cırılması, sıxılma sindromu, silkələnmələr aiddir.

Əzilmələr. Dəri davamlı xüsusiyyətə malik və elastik olduğu üçün zədələnmələr zamanı çox vaxt onun tamlığı pozulmur. Lakin bu zaman yumşaq toxumalar və sümüklər əzilə bilər. Küt əşyanın və ya zərbənin təsirindən əmələ gələn yumşaq toxumaların zədələnmələri əzilmə adlanır. Başqa sözlə əzilmələr zərbənin təsiri nəticəsində görünən anatomik xəsarət olmadan yumşaq toxumaların zədələnməsidir. Toxumaların əzilməsinin ağırlıq dərəcəsi, zərbə endirilən cismin böyüklüyündən, çəkisindən, formasından, qəzaya uğramış şəxsin yaşından, zədələnmələrin lokalizasiyasından və toxumaların müqavimət qabiliyyətindən asılıdır. Əzilən nahiyyə tez şişir, çox vaxt isə orada qansız əmələ gəlir, dəri hissiyyəti itir, lokal ağrılar müşahidə edilir. İri damarlar zədələndikdə dəri altına qan yığılır (hematoma). Hematomanın rəngi qanın piqmentlərinin rənginin dağılması nəticəsində dinamik olaraq sumaqı-qırmızı, göyüm-

tül və sarımtıl-yaşılı olmaqla dəyişir. Qan sızmış toxuma bu cür dəyişməyib al qırmızı rəngə düşərsə, bu həmin nahiyəyə infeksiya düşdüyünü göstərir. Qan sızmış yerə infeksiya düşdükdə iltihaba xas olan əlamətlər yaranır: həmin nahiyə ağrıyır, şişir və temperaturu qalxır. Böyük hematomalara dərialtı yumşaq toxumaları geniş olan yerlərdə (göz ətrafında və s.) təsadüf edilir. Zərbənin gücündən və şiddətindən asılı olaraq əzilmələr zədələnmiş orqanın funksiyasının pozulmasına səbəb olur.

İlk yardım. Bədənin xəsarət almış nahiyəsinə sakitlik yaradılır, ətrafa qaldırılmış vəziyyət verilir və sıxıcı sarğı qoyulur. Əzilmiş yerə soyuq su və ya buz qovluğu qoyulur. Böyük hematomalar zamanı qan punksiya edilir və ya toxumalar kəsilərək hematoma drenajlanır və qanaxma dayandırılır. Əzilmədən 2-3 gün sonra hematomanın yaxşı sorulması üçün isti proseduralar (isitqac, isidici kompreslər, diatermiya, UYT) təyin edilir. Hər şeydən əvvəl zədələnmiş ətrafı yeni mexaniki qıcıqlanmalardan qorumaq üçün sakitlik yaratmaq lazımdır. Bundan sonra əzilmiş nahiyəyə sıxıcı sarğılar qoyub bir qədər yuxarı qaldırmaq lazımdır ki, toxumalar arasına qansızmalar olmasın. Ağrı və iltihabı azaltmaq üçün əzilən nahiyəyə əvvəlki günlər buz və soyuq kompreslər qoyulur. 2-3 gündən sonra isə isti kompreslər tətbiq olunur. 6-7 gündən sonra yüngül masajə başlamaq olar.

Gərilmələr (burxulmalar) və bağların qırılması ən çox yığılarkən, qaçarkən və ya ağırlıq qaldırarkən yan tərəfə gücün düşməsi nəticəsində oynaqlarda həddən artıq bükülmə və açılma hərəkləri zamanı bağ aparatı nahiyəsində əmələ gəlir. Düzgün hərəkət etmədikdə və ya oynaqlara xas olmayan istiqamətdə hərəkət etdikdə gərilmə, oynaqları bərkidən bağların cırılması baş verir. Gərilmə zamanı kəskin ağrılar əmələ gəlir, travma nahiyəsi dərhal şişir, oynaqın funksiyası dərhal pozulur. Gərilmələr zamanı toxumaların anatomik tamlığı saxlanılır. Qırılma zamanı isə bağların, vətərlərin, əzələlərin tamlığı pozulur. Bu zaman oynaq nahiyəsində ağrı, şişkinlik və hərəkətin məhdudluğu qeyd olunur. Bağların qırılması zamanı daha ağır pozğunluqlar hematoma və artıq hərəkətlilik meydana çıxır. Oynaq nahiyəsinə sıxıcı sarğı qoyulur. İlk günlər yerli olaraq soyuq, sonrakı günlər isə isti proseduralar tətbiq edilir. Bağ-

ların qırılması zamanı gips sarğısı qoyulur. Konservativ müalicə effekt vermədikdə cərrahi müalicə tətbiq edilir.

Əzələlərin cırılması onun həddən artıq dartılması və ya gərilməsi (məsələn ağır çəkiləri qaldırarkən) nəticəsində əmələ gəlir. ən çox qarın və ətrafların bükücü əzələləri cırılmağa məruz qalır. Əzələlərin cırılması onların həddən artıq gərginləşməsi zamanı (məsələn, ağırlıq qaldırıqda) baş verir. Ən çox qarının və ətrafların bükücü əzələlərinin cırılmasına təsadüf edilir. Əzələlərin cırılması tam və ya hissəvi ola bilər. Cırılma nahiyəsini əllədikdə ağrı əmələ gəlir və zədələnmiş əzələnin defekti aşkarlanır. Sonrakı günlər hematomanın inkişaf etməsi hesabına şişəbənzər törəmə yaranır. Zədələnən əzələnin funksiyasının azalması və tamamilə yox olması müşahidə edilir. Əzələ cırılması tam və hissəvi ola bilər. Cırılan nahiyənin palpasiyası zamanı ağrılı olması, xüsusilə tam cırılma zamanı isə zədələnmiş əzələdə defekt aşkarlanır. Sonradan hematomanın əmələ gəlməsi səbəbindən şişəbənzər törəmə meydana çıxır. Bir qayda olaraq həmin əzələnin funksiyasının azalması və ya tamamilə olmaması müşahidə olunur.

Cırılmış əzələ hissələrinin maksimum yaxınlaşdırılması vəziyyətində xəstəyə sakitlik verilir. İlk günlər zədələnmiş nahiyəyə soyuq təyin olunur. Sonrakı günlər isə isti proseduralara başlanılır. Tam cırılma zamanı əzələnin cırılmış hissələrinin tikilməsi əməliyyatı məsləhət görülür.

Uzunmüddətli sıxılma sindromu (travmatik toksikoz, xilasedilmə sindromu və ya qəza sindromu) ağır patoloji proses olub, zəlzələ, uçqunlar zamanı müxtəlif predmetlərin (taxta, daş, torpaq və s) təsirindən ətrafların yumşaq toxumalarının uzunmüddətli sıxılması (2-4 saatdan çox) nəticəsində meydana çıxan müəyyən bir simptom kompleksidir. Sıx bağlanmış və 4 saatdan artıq qalmış turna da bu cür xəsarət yetirə bilər. Əzələ və toxumalar uzun müddət ağır yük altında qaldıqda damarların əzilməsi nəticəsində əzələ toxumalarına qan təchizatı azalır, orada nekroz ocaqları inkişaf edir ki, bu da zəhərli maddələrin inkişafına səbəb olur. Bu maddələr qana keçərək bütün orqanizmi zəhərləyir. Toksinlər ən çox sinir sisteminə, böyrək və qara ciyəərə zərər yetirirlər. Xəstənin huşu tormozlanır, dərisinin rəngi kəskin avazıyır və sianotik ləkələr vardır. Xəstə in-

tensiv ağrıdan və üşümədən şikayətlənir. Vaxt keçdikcə xəstənin nəbzi zəif və sürətli olur, arterial təzyiqi aşağı düşür. Dəridə seroz-hemorragik maye ilə dolu suluqlar əmələ gəlir. Yumşaq toxumalar sərtləşir və həssaslığı tədricən itir. Ətrafda heç bir hərəkət olmur.

Nə qədər ki, zərərçəkənin ətrafı sıxılmadan azad edilməyib, onun vəziyyətini qənaətbəxş hesab etmək olar. İlk anlar kəskin ağrı başlasa da sonralar bu ağrı sıxılmanın təsirindən tədricən səngiyir. Ətraf sıxılmadan azad edildikdən sonra toxumalara yığılmış toksiki maddələr, eyni zamanda ağrı impulslarının böyük bir axını orqanizmə daxil olur və şoka bənzəyən klinik mənzərəni yaradır. Uzunmüddətli sıxılma sindromu ilə travmatik şokun müqayisəli xarakteristikası aşağıdakı cədvəldə göstərilmişdir.

Uzunmüddətli sıxılma sindromu	Travmatik şok
Arterial təzyiq kompressiya aradan qaldırılana kimi dəyişmir	Arterial təzyiq aşağı düşür
Qanın qatılaşması qabarıq olur	Qan qatılaşmır
Toksemiyyəyə həmişə rast gəlinir	Toksemiyyə olmur
Aşkar plazma itkisi vardır	Yalnız qan itkisi zamanı olur
Həmişə oliquriyyə və anuriyyə olur	Anuriyyə və oliquriyyə olmur
Sidikdə mioqlobinuriyyə, hemoqlobinuriyyə, silindruriyyə olur	Sidikdə dəyişiklik olmur
Böyrəklərdə morfoloji dəyişikliklər baş verir	Böyrəkdə dəyişikliklər olmur

Uzunmüddətli sıxılma sindromunda zədələnmiş ətraf xilas edildikdən sonra şiddətlə şişməyə başlayır. Ağır hallarda zərərçəkənin halı kəskin sürətdə pisləşir, ətraflar soyuyur, qeyri-iradi sidik və nəcis ifrazı, sidiyin rəngi qırmızımtıl və ya çəhrayıya dəyişməsi, daha sonra isə ölüm baş verir. Bunun səbəbi çoxlu miqdarda çürüyən əzələ toxumalarının qana sorulması və əzələlərdən gələn toksik məhsulların böyrəklərin fəaliyyətini kəskin şəkildə pozmasıdır. Xəstə bu zaman uremik koma vəziyyətində ölür. Yadda saxlamaq lazımdır ki, sıxılma nə qədər uzunmüddətli olarsa, toksiki zəhər-

lənmanın gücü də bir o qədər artar. Sıxılan əzələnin kütləsi nə qədər çoxdursa, proqnoz bir o qədər pəssir.

İlk yardım iki mərhələdə göstərilir:

- Uçqunun altından çıxarılarkən;
- Uçqunun altından çıxarıldıqdan sonra.

İlk növbədə şəxsi təzyiq edən əşyanın altından mümkün qədər tez xilas etmək lazımdır. Zədələnmiş şəxslərin uçqunların altından çıxarılması zədələnmə yerindən, zədənin xarakterindən, zədələnmiş şəxsin ümumi vəziyyətindən, daşıma vasitəsindən və digər şərtlərdən asılı olaraq bir neçə dəqiqədən bir neçə saatadək davam edə bilər. Əgər texniki vasitələr gələndək ətrafı azad etmək mümkün deyilsə və sıxılan ətrafa yetişmək olursa, onda onun üzərinə soyuq buz qovuqları qoymaq və xəstəyə maye içirtmək lazımdır. Çalışmaq lazımdır ki, heç olmasa uçqun altındakı zərərçəkənin əlinə yetişmək imkanı olsun. Sonra venanı tapıb qanəvəzedicilər köçürülməlidir. Zədələnmiş adamları bacarıqla, düzgün və ehtiyatla daşımaq lazımdır. Düzgün daşımaq nəticəsində zədələnmiş şəxs əziyyət çəkir və bu da bir sıra hallarda ağır nəticələrə səbəb olur.

Əgər adamın uçqun altında qalan ətrafı soyuyubsa və ya göyəribsə, onda əzilmiş yerdən yuxarıda turna, buz və soyuq suda isladılmış parça qoyulur, daha sonra novokain blokadası aparılır. Bu, əzilmiş yumşaq toxumalarda əmələ gələn zəhərli maddələrin qan dövranına qoşulmasının qarşısını alır. Ətraflar soyumadıqda və çox ağır zədə olmayan hallarda onlara sıxıcı bint sarğısı qoyurlar. Bundan sonra xəstəyə ağrıkəsicilər (analgin, tramal) vurulur, qaynar çay, qəhvə, çay sodası qatılmış (sutkada 20-30 q) çoxlu maye içirilir, zədələnmiş ətraf sınıq olmadıqda belə şinalar və ya əlaltı vasitələrdən istifadə edilməklə hərəkətsizləşdirilir.

Sıxılma sindromunun profilaktikası və müalicəsi ətrafın yavaş-yavaş və ehtiyatla sıxan predmetlərin təsirindən azad etməkdən ibarətdir. Bunun üçün sıxılan nahiyədən bir qədər yuxarıya rezin kəmər bağlamaq, əşyanı kənarlaşdırdıqdan sonra novokain blokadası və şok əleyhinə tədbirlər aparmaq lazımdır. Daha sonra inkişaf edən böyrək çatmamazlığı, toxuma və ətrafdakı yerli dəyişiklikləri müalicə etmək lazımdır. Kəmər bağlamadan xilas edilmiş adamda ilk vaxtlar bəzən heç bir dəyişiklik görünmür. Lakin bir neçə saat-

dan sonra xəstənin ümumi vəziyyəti ağırlaşmağa, əzilmiş yerlər şişməyə başlayır, dəri göyərir, üzərində qanlı maye ilə dolu suluqlar əmələ gəlir. Bir qədər sonra dəri ölgünləşməyə başlayır. Sıxılmalar şokun əmələ gəlməsinə və daha sonra, yumşaq toxumaların əzilməsi nəticəsində yaranmış parçalanmanın zəhərli məhsulları ilə orqanizmin ümumi zəhərlənməsinə səbəb olur.

Zədələnmiş adamları uçuqunlar altından çıxarıb daşımaq üçün ən yaxşı vasitə xərəkləridir. Xərək bədənin zədələnmiş tərəfinə qoyulmalıdır. Bundan sonra zədələnmiş şəxsə sağlam tərəfdən yanaşır, onu qaldırır və ehtiyatla xərəyə uzadırlar. Zədələnmiş adamı üç nəfər qaldırırsa, bunlardan birincisi baş və döş nahiyələrindən, ikincisi kürək və çanaq hissədən, üçüncüsü isə ayaqlardan tutmalıdır. Xərək olmadıqda onu əlaltı vasitələrdən—iki uzun ağaca gərilmiş mələfədən, həsirdən, kisədən düzəltmək mümkündür. Daşımaq üçün qapı, nərdivan, faner və s. əşyalardan istifadə etmək olar.

Silkələnmələr zərbənin sürətli təsiri nəticəsində örtük toxumaları zədələnmədən, daxili üzvlərin zədələnməsi baş verir. Zədələnmənin belə növü silkələnmə adlanır. Ən çox silkələnməyə baş beyin, onurğa beyini, ağ ciyərlər, qara ciyər məruz qalır. Zədələnmənin bu növündə kobud morfoloji dəyişiklikləri müşahidə edilmir. Təsiredici qüvvənin ani təsiri nəticəsində üzvlərin hüceyrələrində molekulyar səviyyədə dəyişiklər qeyd olunur. Silkələnmə həmin üzvlərin funksional pozğunluğuna, ürək-damar fəaliyyətinin azalmasına (aşağı təzyiq, seyrək nəbz), tənəffüs çatmamazlığına (təngənəfəslik, səthi tənəffüs), beyin əlamətlərinə (huşun itməsi) səbəb olur. Xəstənin vaxtında stasionara yerləşdirilməsi tələb olunur. Ciddi yataq rejimi təyin edilir. Sonrakı günlərdə funksiyası pozulmuş üzvün müalicəsi istiqamətində tədbirlər görülür.

Nəqliyyat immobilizasiyası

Travmanın baş vermə şəraiti və yerindən asılı olmayaraq zərərçəkənə təcili və düzgün yardım göstərmək və onu tez müalicə müəssisəsinə göndərmək tələb olunur. Bu məqsədlə hadisə yerində sınıqlarda, oynaq və sinir zədələnmələrində, toxumaların geniş zədələnmələrində, ətrafların iltihabı proseslərində, iri damarların yara-

lanması və trombozunda, geniş sahəli yanıqlarla müşayiət olunan bütün xəsarətlər zamanı bədənin müxtəlif nahiyələrinin immobilizasiyası məsələhət görülür. Immobilizasiya (hərəkətsizləşdirmə)–müxtəlif vasitələrin köməkliyi ilə bədənin zədələnmiş nahiyəsinin hərəkətsizliyini yaratmaqdır. Nəqliyyat və müalicə immobilizasiyası ayırd edilir. Hərəkətsizləşdirmə həm möhkəm, həm də asan və sadə olmalıdır.

Nəqliyyat immobilizasiyası xəsarət almış şəxsin travmanın baş verdiyi yerdən müalicə müəssisəsinə çatdırılmasında əlverişli şəraiti təmin etmək üçün bədənin zədələnmiş nahiyəsində hərəkətsizlik və müvəqqəti sakitlik yaratmaq məqsədi ilə tətbiq edilir.

Sınıqlar zamanı ilk yardım zədələnmiş ətrafın immobilizasiyasına əsaslanır. Xəstə daşınmazdan əvvəl bədənin əzilmiş hissəsində sakitlik yaratmaq, ağrını azaltmaq və sümük uclarının toxumaları, əsasən damarları və sinir köklərini sonradan zədələmək təhlükəsini aradan götürmək, eləcə də travmatik şokun profilaktikası məqsədilə immobilizasiya tətbiq edilir. Immobilizasiyanın aşağıdakı növləri vardır:

1.Sadə immobilizasiya və ya autoimmobilizasiya – bu zaman xəstənin bədənin sağlam hissələrindən istifadə olunur. Məsələn, aşağı ətraf zədələnmələrində xəstənin zədəli ayağı sağlam ayağına və ya yuxarı ətraf zədələnmələrində qolu bədəninə bintlə bağlanır.

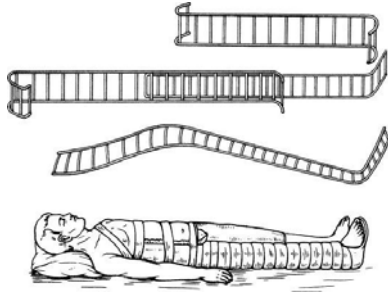
2.Əl altındakı əşyalarla immobilizasiya-bu zaman immobilizasiya məqsədilə sınaq ətrafdan nisbətən uzun olmaq şərtilə faner, karton, taxta parçası, saman və ya qamış bağlaması, ağac budağı, çubuq, talaşa, dəmir, silah, xizək və s. istifadə olunur. Sınaq əlin hərəkətsizliyini təmin etməkdən ötrü hətta bükülmüş qəzet və jurnallardan istifadə etmək mümkündür. Soyuq iqlim şəraitində bu məqsədlə metallardan istifadə etmək yolverilməzdir.

3.Standart şinalarla immobilizasiya- bu zaman qabaqcadan zavodlarda hazırlanmış xüsusi şinalardan istifadə olunur. Daha təkmilləşmiş və müasir şinalar, metallik və plastmas lövhələrdən hazırlanan məftil- Kramer şinalarıdır. Şinalar ümumiyyətlə distraksiyon və fiksasion olmaqla 2 yerə bölünür. Distraksiyon şinalara Dite-rixs, fiksasion şinalara isə nərdivanvari Kramer şinası, pnevmatik

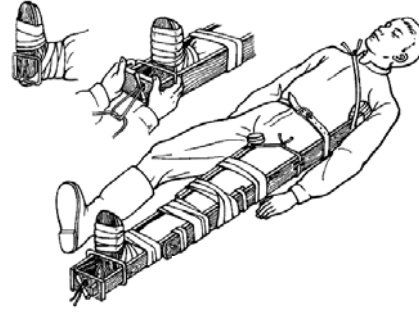
şinalar və s. aiddir. Bunlardan başqa Braun, Qolubev və Filberq şinaları da mövcuddur

Çox vaxt ətrafın immobilizasiyası zamanı məftildən düzəldilmiş nərdivana bənzər Kramier şinalarından istifadə olunur (şəkil 30). Bu şinaları qatlamaqla onlara asanlıqla istənilən formanı vermək olur və bir-birinə bərkidib istənilən uzunluqda düzəltmək mümkündür. Şinanı zərərçəkənin sağlam ətrafına görə düzəldir, bir neçə qat bint və pambıq qoyduqdan sonra bintlə sarıyırlar. Kramer şinasından ətrafların hər cür sınığında istifadə etmək olar.

Bud sümüyü sındıqda isə həmin qıçı təsbit etmək üçün Diterixs şinası daha münasibdir (şəkil 31). O iki taxta şitdən ibarətdir. Bunlardan birini (uzununu) qoltuqdan başlayıb ayağa qədər bədənin bəyir tərəfindən, digərini isə qasıqdan başlayıb içəri tərəfdən qoyurlar. Xəstəni daşdıqda qoltuğun və qasığın sürtülməməsi üçün hər iki şitin başına manjet şəklində pambıq sarıyırlar. Şitlər iki hissədən ibarət olduğu üçün şinanı istənilən uzunluqda qurmaq mümkündür. Şitlərin ucları pəncədən 10-15 sm. uzun olur və bu hissəni köndələn taxta ilə birləşdirib, aşağı hissədən bir-birinə iplə bağlayır və burmaqla tarım çəkirlər. Beləliklə, bud sümüyünün sınığı zamanı immobilizasiya məqsədi ilə üç oynaq -bud-çanaq, diz və aşıq-daban oynaqlarını təsbit etmək lazım gəlir.



Şəkil 30. Kramer şinalarının qoyulması



Şəkil 31. Diterixs şinasının qoyulması

İmmobilizasiya zamanı aşağıdakı qaydaları gözləmək vacibdir:

- ✓ Nəqliyyat immobilizasiyası zədələnmə anından dərhal sonra hadisə yerində yerinə yetirilməlidir;
- ✓ Xəstəni immobilizasiya aparılmadan daşımaq yol verilməzdir;
- ✓ Nəqliyyat şinaları qoyulmazdan qabaq xəstənin ayaqqabıla-

rını və paltarını çıxarılması məsləhət görülür (bu ağrı ilə yanaşı əlavə travma da yarada bilər);

✓ Şina qoyulmazdan qabaq ətrafa orta fizioloji vəziyyət verilməlidir (əgər bu mümkün olmazsa, onda xəstəyə onu daha az incidən vəziyyət verilir);

✓ İmmobilizasiyanı yerinə yetirməzdən əvvəl ağrısızlaşdırma (yerli və ya ümumi) aparmaq, açıq sınıqlarda qanaxmaları dayandırmaq və aseptik sarğı qoymaq lazımdır;

✓ Etibarlı immobilizasiyaya nail olmaq üçün ən azı iki qonşu oynaq - zədələnmiş nahiyədən yuxarıdakı və aşağıdakı oynaqları hərəkətsizləşdirmək lazımdır. Bazu və bud zədələnmələrində isə ən azı 3 oynaq hərəkətsizləşdirilməlidir (bazu zədələnmələrində bazu, dirsək və mil-bilək oynaqları, bud zədələnmələrində isə bud-çanaq, diz və baldır-aşiq oynaqları, immobilizasiya edilir). Ona görə də şinalar seçilərkən onların uzunluğunu nəzərə almaq lazımdır;

✓ Şinaları çox böyük ehtiyatla qoymaq lazımdır ki, sümüklərin cüzi yerdəyişməsi zamanı, zərərçəkən əlavə xəsarət almasın;

✓ Xəstənin zədələnmiş seqmentinin təkrar zədələnməsinin qarşısını almaq və əlavə ağrı yaratmamaqdan ötrü qapalı sınıqlarda nəqliyyat şinaları paltar və ayaqqabının üzərindən qoyulmalıdır;

✓ Sərt şinanı çılpaq dəri üzərinə qoymaq olmaz (altdan mütləq yumşaq dəsmal və ya pambıq qoyulmalıdır);

✓ Qoyulmazdan əvvəl sağlam ətraf üzərində şinanının modeli hazırlanmalıdır;

✓ İmmobilizasiya həm möhkəm, həm də asan və sadə olmalıdır;

✓ Zərərçəkəni xəstəyə qoyarkən və xərəkdən götürərkən bir nəfər mütləq şina qoyulmuş nahiyəni tutmalıdır;

✓ Nəqliyyat immobilizasiyası zamanı şərti adlandırılan “üçqat ehtiyatlılıq” qaydasına əməl olunması məsləhət görülür:

a) zərərçəkənə ehtiyatla sarğı qoyulur.

b) zərərçəkənə ehtiyatla şina qoyulur.

c) zərərçəkən ehtiyatla xəstəyə keçirilir, uzadılır və daşınır.

Şinalar qoyularkən müəyyən səhvlərin buraxılması gözlənilir. Buraxıla biləcək səhvlərə qısa şinaların qoyulması (immobilizasiya qaydaları pozulur, hərəkətsizlik yaranmır), qabaqcadan pambıq və tənzip sarınmamış sərt şinaların qoyulması, şinanın zədələnmə nahi-

yəsinin anatomik lokalizasiyasına uyğun gəlməyən modelinin hazırlanması, şinanın zədələnmiş ətrafda bintlə fiksasiyasının qənaətbəxş olmaması, qış mövsümündə (xüsusilə qanaxmalarda) immobilizasiya olunan ətrafın qeyri-kafi isidilməsi aiddir.

Xəstələrin daşınması

Müalicənin bütün mərhələlərində zərərçəkənin düzgün daşınması mühüm əhəmiyyət kəsb edir. Daşınma metodunun seçilməsi xəstənin vəziyyətindən, travmanın növündən və sərəncamda olan nəqliyyat vasitəsindən asılıdır. Xəstələrin daşınmasını adətən orta tibb işçisi təşkil edir. Bu zaman zədələnmiş nahiyə ilə ehtiyatla davranmaq lazımdır. Bütün işlər cəld, həmçinin tələsmədən icra olunmalıdır. Daşınma prosesində əvvəldən axıradək sanitarlar tibb bacısının göstərişlərini sözsüz yerinə yetirməlidirlər. Müxtəlif zədələnmələrdə daşınma zamanı zərərçəkənin xərəkdə optimal yerləşdirilməsi müxtəlif cür olur. Xəsarətin lokalizasiyasından asılı olaraq zərərçəkən arxası üstə, arxası üstə ayaqlar dizdən bükülmüş vəziyyətdə, arxası üstə başı aşağı, ayağı qaldırılmış vəziyyətdə, qarın üstə, qarın üstə fiksə olunmuş vəziyyətdə, yarımoturaq vəziyyətdə, yarımoturaq ayaqlar dizdən bükülmüş vəziyyətdə yerləşdirilir. Daşınmanın aşağıdakı növləri vardır (şəkil 32):

✓ Köməklə hərəkət- xəstənin bir qolu köməkçinin boyununun ardından keçirilərək əli tutulur;

✓ Qucaqda aparmaq-bir əllə xəstənin belindən, digəri ilə budunun altından keçərək qucağa götürülür. Xəstə isə bir qolunu köməkçinin boyununa salır;

✓ Kürəkdə aparmaq –zərərçəkən köməkçinin kürəyində olub, hər iki əli ilə onun çiyindən yapışır;

✓ İki nəfərlə «qıfilla» daşınma- dörd əl qıfıl şəklində birləşdirilir. Bunun üçün hər bir sanitar sol əli ilə sağ biləyini tutur. Sağ əli ilə isə digər sanitarın sol biləyini tutur. Xəstə yaradılmış bu “oturacaqda” əyləşərək sanitarların çiyindən yapışır.

✓ Yarım oturaq vəziyyətdə daşınma-sanitarlardan biri zərərçəkəni arxadan qoltuğunun altından tutur, digəri isə ayaqları arasına girib əlləri ilə budlarından tutur;



Şəkil 32. Xəstələrin daşınması

Xərəklə daşıma - xəstəni daşımaq üçün daha əlverişlidir. Zədələnmənin növündən asılı olaraq xərəkdə ona müvafiq vəziyyət verilir.

Yoxlama sualları:

1. Travma və travmatizm nədir?
2. Travmaların təsnifatını sadalayın.
3. Travmalar zamanı ilk tibbi yardımın prinsipləri nədən ibarətdir?
4. Travmatoloji xəstənin müayinəsinin hansı xüsusiyyətləri vardır?
5. Əzilmələr və bağların qırılması zamanı ilk yardım nədən ibarətdir?
6. Nəqliyyat immobilizasiyasının hansı növlərini vardır?
7. Silikəlmələr zamanı hüceyrələrdə hansı dəyişikliklər baş verir.
8. Şinalar qoyularkən hansı qaydalar gözlənilməlidir?
9. Nəqliyyat immobilizasiyası zamanı hansı şinalardan istifadə olunur?
10. Uzunmüddətli sıxılma sindromunun əlamətləri nədir?
11. Uzunmüddətli sıxılma sindromu zamanı ilk yardım nədən ibarətdir?
12. Uzunmüddətli sıxılma sindromu ilə travmatik şokun differensial diaqnostikası haqqında nə bilirsiniz?
13. Uzunmüddətli sıxılma sindromunun sinonimləri nədir?
14. Əzilmələr zamanı hematoma dinamiki olaraq niyə rəngini dəyişir?

Situasiya məsələləri:

I. İstehsalat qəzası zamanı beton panelin düşməsi nəticəsində fəhlənin sağ aşağı ətrafı, təxminən 4 saat panelin ağır bir parçası altında qalmışdır. Xəstənin huşu tormozlanmış, dərisinin rəngi kəskin avazmış və sianotik ləkələr vardır. Xəstə intensiv ağrıdan və üşümədən şikayətlənir. Nəbzi zəif, tez-tez və dəqiqədə 118 vuruğu, qan təzyiqi 80/60 mm cıvə sütunudur. Dəridə seroz və seroz-hemorragik maye ilə dolu suluqlar əmələ gəlmişdir. Yumşaq toxumalar ağac sıxlığına malikdir və həssaslığı itmişdir. Ətrafda heç bir hərəkət yoxdur və damarlarında nəbz təyin olunmur. Təxmin edilən diaqnozu formalaşdırın və əsaslandırın. Təcili yardım göstərmək üçün bir alqoritm hazırlayın.

II. Siz zəlzələ bölgəsində işləyən xilasetmə qrupunun tibbi xidmətin tibb bacısısınız. Baldırı uçmuş binanın dağıntıları altında qalmış bir adam tapıldı. Zərərşəkənin huşu aydındır və kontakta girə bilər. Bina iki saat əvvəl çökmüşdür. Hansı vəziyyətdən söhbət gedə bilər? Xəstənin problemlərini, o cümlədən əsas problemini müəyyənləşdirin. Bu vəziyyətdə tibb bacısı üçün fəaliyyət planını təyin edin. Təcili tibbi yardım göstərilməsi üçün lazım olan manipulyasiyaları sayın.

MÖVZU 21. Çıxıqlar və sınıqlar.

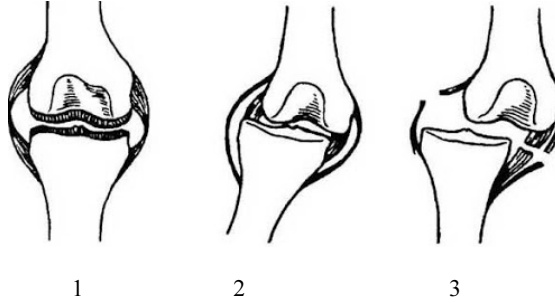
Tələbə bilməlidir:

- ✓ Çıxıqların əlamətlərini və diaqnozun qoyulmasını.
- ✓ Sınıqların əlamətini və diaqnozun qoyulmasını.
- ✓ Sınıqlar zamanı ilk yardım göstərməyi.
- ✓ Sınıqların müalicə prinsiplərini.
- ✓ Zədələnmələr zamanı xəstələrə nəzarət və qulluq qaydalarını.
- ✓ Gips sarğısı qoyulmuş xəstələrə nəzarət və qulluğu.
- ✓ Skelet dartması qoyulmuş xəstələrə nəzarət və qulluğu.

Mühazirənin planı;

- Çıxıqlar, təsnifatı.
- Sınıqlar, təsnifatı
- Sınıqlar zamanı ilk yardım.
- Sınıqların müalicə prinsipləri.
- Sınıqların ağırlaşmaları.
- Zədələnmələr zamanı xəstələrə nəzarət və qulluq.

Çıxıqlar. Bir neçə sümüyün normal anatomik münasibətlərinin pozulması və oynaq səthlərinin patoloji yerdəyişməsi çıxıq adlanır. Bu, oynaq kisəsinin və oynaq aparatının zədələnməsi ilə müşayiət olunur. Oynaqdan kənara doğru yerləşən sümük çıxmış hesab olunur. Sümüklər yerlərini tamamilə dəyişdikdə tam çıxıq, qismən oynaqda təmasda qaldıqda natamam və ya yarımçıq çıxıq hesab olunur (şəkil 33). Çıxıq, yerlərini dəyişən sümüyün adı ilə adlanır. Çıxıqların tezliyi müxtəlif oynaqalarda müxtəlif olur. O, oynaqın formasından, oynaq kisəsinin ölçüsündən, bağların möhkəmliyindən və yerləşdiyi yerdən, əzələlərin inkişafından, oynaqlardakı hərəkətin həcmindən asılıdır.



Şəkil 33. 1-normal oynaq, 2-yarımçıq, 3- tamçıq (oynaq kapsulunun zədələnməsi ilə)

Çıxıqlar çox zaman kürəvi və blokabənzər oynaqlarda (bazu, bud- çanaq, dirsək oynaqlarında) baş verir. Adətən çıxıqlar qeyri-düz olur, travmanın təsirin nəticəsində (qatlanmış ətraf üzərində yıxılma, dartılaraq çıxartma və ya təsbit olunmuş ətrafa zərbə dəydikdə) həmçinin əzələlərin həddən artıq yığılması nəticəsində baş verir. Ətrafin çıxmış hissəsi onun mərkəzi hissəsinə münasibətdə periferik hissə hesab olunur. Çıxıqların əmələ gəldiyi səbəbdən asılı olaraq onların aşağıdakı növləri məlumdur.

1) **Travmatik çıxıqlar** – qazanılmış çıxıqların bir növü olub, başqa çıxıqlara nisbətən daha çox rast gəlinir. Çox vaxt qapalı travma nəticəsində yaranır. Böyük travmalar zamanı çıxıqla eyni zamanda iri damarlar, sinirlər və əzələlər də zədələnmə bilirlər. Əgər bu zaman sümüklərin də sınıması baş verərsə belə çıxıqlara **ağırlaşmış çıxıqlar** deyilir. Əgər dəri örtüyü də zədələnsə bu çıxıqlar açıq çıxıqlar adlanır.

2) **Patoloji çıxıqlar** – sümüklərin oynaq səthlərinin və bağ aparatının pozğunluğu ilə əlaqədar olan xəstəliklər (məsələn: vərəm, sifilis, şişlər, iltihabı proseslər) nəticəsində öz-özünə əmələ gəlir. Nisbətən nadir hallarda müşahidə olunur. Belə çıxıqlar bəzən heç bir güc tətbiq edilmədən baş verir.

3) **Anadangəlmə çıxıqlar** – nadir hallarda, çox vaxt bud-çanaq oynaqı səthinin düzgün inkişaf etməməsi nəticəsində əmələ gəlir. Daha çox qız uşaqlarında müşahidə olunur. Uşaq gəzməyə başladığında özünü biruzə verir (ördək yerışı).

4) **Adəti (vərdişli) çıxıqlar** çox vaxt düzgün müalicə edilməyən travmatik çıxıqlardan sonra yaranan bağ aparatının dartılıb uzanması nəticəsində əmələ gəlir. Təkrar çıxıqlara meyilli olan xəstələrdə müşahidə olunur. Ən çox bazu və alt çənə oynaqında təsadüf edilir. Bəzən adi yöndəmsiz hərəkət çıxığın əmələ gəlməsinə səbəb olur. Xəstələr belə çıxıqlara o qədər adət edirlər ki, bəzən öz çıxıqlarını yerinə asanlıqla özləri sala bilirlər.

5) Köhnəlmiş çıxıqlar – vaxtında yerinə salınmayan çıxıqlardır. Çıxmış sümüklər uzun müddət yerinə salınmadıqda əmələ gəlir.

Klinik şəkli. Çıxıqlar zamanı şiddətli ağrı qeyd olunur, sonrakı günlərdə isə tədricən azalmağa başlayır. Çıxmış ətraf məcburi qey-

ri-normal vəziyyət alır. Oynaqdakı hərəkət ciddi şəkildə pozulur, yalnız kiçik passiv hərəkətlər mümkün olur. Oynaq səthlərinin dəyişikliyə məruz qalması və hematoma səbəbindən oynaqın xarici şəkli dəyişir. Konfiqurasiyası kəskin şəkildə pozulur. Diaqnostikada palpasiya və rentgenoqrafiya mühüm rol oynayır. Ətrafi immobilizasiya etmək tələb olunur. Ağrıları azaltmaq məqsədi ilə çıxan nahiyəyə buz qovluğu və ya soyuq su qoyulur, ağrıkəsicilər yeridilir, bundan sonra xəstə təcili olaraq tibb müəssisəsinə göndərilir.

Çıxıqlara diaqnoz aşağıdakı əlamətlər əsasında qoyulur:

- ✓ anamnezdə xarakterik mexanizmlə travmanın olması;
- ✓ ağrı sindomu (oynaq kapsulunun cırılması hesabına);
- ✓ oynaq nahiyəsində deformasiya və ətrafın oxunun dəyişilməsi;
- ✓ hər bir çıxıq üçün spesifik olan ətrafın məcburi vəziyyət alması, ətrafın uzunluğunun dəyişilməsi (ən çox qısalma);
- ✓ oynaqda hərəkətin məhdudluğu;
- ✓ “yaylı fiksasiya”- ətrafi passiv hərəkəti zamanı məcburi vəziyyətdən çıxartmaq istərkən elastik, yay şəkilli müqavimət qeyd olunur və yenidən əvvəlki vəziyyətə qayıdır.

Müalicəsi. Çıxığın yerinə salınması həkim tərəfindən icra edilir. Çıxığın növündən və lokalizasiyasından asılı olaraq müəyyən yerinə salma üsulları mövcuddur. Çıxığın yerinə salınması oynaq boşluğuna aparılan yaxşı yerli novokain anesteziyasından sonra icra edilir.

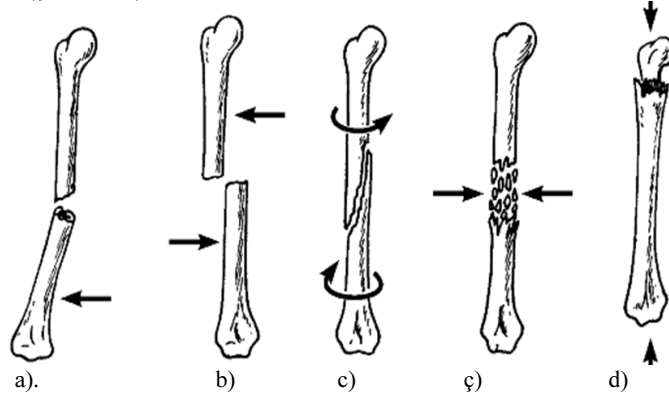
Böyük oynaqların çıxıqlarında (məsələn bud-çanaq oynaqının) ümumi ağrısızlaşdırma skelet əzələlərinin tonusunu götürmək məqsədi ilə miorelaksantlarla birlikdə tətbiq edilir. Oynaq yerinə salındıqdan sonra sarğı və ya gips longeti ilə təsbit edilir. 5-6 gündən sonra sarğı açılaraq müalicəvi gimnastika, masaj və isti proseduralar təyin olunur. Köhnəlmiş çıxıqlar cərrahi yolla müalicə edilir. Adəti çıxıqlarda da cərrahi müdaxilə ilə bağ aparatı möhkəmləndirilir.

Sınıqlar. Sümük toxumasının tamlığının pozulmasına sınıq deyilir. Sümük tamlığının dərəcə və xarakterinə görə sınıqlar tam və natamam sınıqlara bölünür. Sınımış sümük parçalarının bir-birindən ayrılaraq yerdəyişməsinə **tam sınıq** deyilir. Lakin bəzi hallarda sümüyün sınıması tam axıra qədər davam etmir, sümük parçaları

aralanmaya da bilir ki, belə sınıqlara **natamam sınıqlar** deyilir. Buna çatlamaları və sümüküstlüyü altı sınığı misal göstərmək olar. Uşaqlarda sınıqlar zamanı sümüküstlüyü öz tamlığını saxlayır. (“söyüd budağı” sınığı). Bundan başqa bəzi sınıqlarda sümük qırıqları bir sümük şəklində bir-birinə bağlanır və ya bir qırıq digərinə qaxılır (paz şəklində). Uşaqlarda sümükləşmə prosesi başlayana qədər epifizar xətdə sınıq əvəzinə çox vaxt epifizin və diafizin ayrılması (epifizioliz) baş verir.

Sınıqlar anadangəlmə və qazanılma olurlar. **Anadangəlmə sınıqlar** hamiləlik dövründə müxtəlif amillərin dölə təsiri nəticəsində meydana gəlir. **Qazanılmış sınıqlar** isə həm uşaqlarda həm də böyüklərdə bu və ya digər mexaniki amillərin təsiri nəticəsində əmələ gələn sınıqlar hesab olunur. Doğuş prosesi zamanı baş verən sınıqlar qazanılmış sınıqlara aid edilir. Bundan əlavə sümüklərin bu və ya digər xəstəlikləri (osteomyelit, sümüyün şişi, kistası və s.) nəticəsində müşahidə olunan **patoloji sınıqlar** da ayırd edilir. Belə xəstəliklər nəticəsində sümüklərin anatomik fizioloji strukturu dəyişərək, onlar davamsız və kövrək olurlar. Sümüklər çox yüngül bir zərbənin təsirindən və ya yüngül hərəkətdən sınırlar. Yaşlılarda sümük toxuması öz elastikliyi itirdiklərinə görə ən çox onlarda sınıqlara təsadüf edilir. Sınıqların rast gəlmə tezliyi aşağıdakı kimidir: yuxarı ətrafların sınıqları 50%, aşağı ətrafların sınıqları 31%, çanaq və onurğanın sınıqları 12%, kəllə sümüklərinin sınıqları 6%.

Baş vermə mexanizmindən asılı olaraq sınıqlar aşağıdakı növlərə bölünür (şəkil 34):



Şəkil 34. Zədələnmə mexanizmindən asılı olaraq sınıqların növləri: a - əyilmədən;

b - birbaşa zərbədən; c - burulmadan; ç - qopmadan; d - uzunluq boyunca sıxılmadan.
(Ox travmatik amilin hərəkət istiqamətini göstərir)

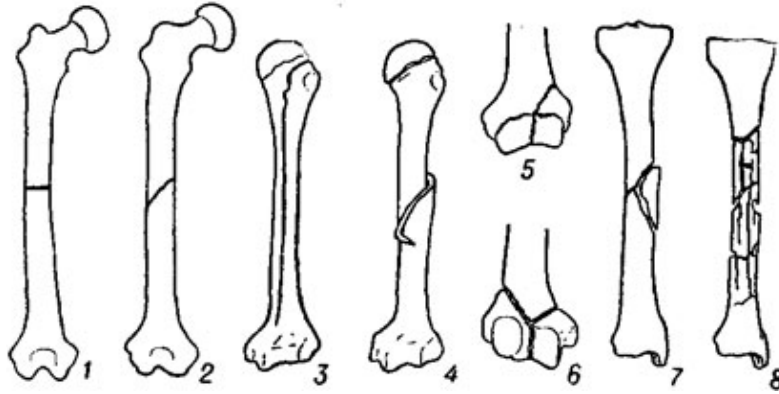
1. **Sümüyün sıxılması və ya basılması** nəticəsində yaranan sınıqlar. Süngər maddəsi ilə zəngin uzun borulu sümüklərdə sümüyün bir ucu digərinə təzyiqli nəticəsində sıxılaraq nüfuz edir. Məsələn, sümüyün diafizi epifizinə nüfuz edərək kompressiya yaradır və epifizə sınıq əmələ gəlir.

2. **Sümüyün əyilməsi** nəticəsində yaranan sınıqlar ən çox rast gəlinən sınıqlardır. Xaricdən təsir edən vasitəli və ya vasitəsiz qüvvə köndələn istiqamətdə sümüyün elastiklik imkanını keçənədək əyir və nəhayət sındırır. Sümük əyilən tərəfdə sınıq nahiyədən üçbucaq şəklində sümük qopur.

3. **Sümüyün burulması** nəticəsində sınıq bir ucun fiksə edib, digər ucu öz boylama oxu ətrafında zorla burulması nəticəsində əmələ gəlir. Sınıq spiralvari olur. Bunlar borulu sümüklərə (xüsusilə bud sümüyünə) məxsus sınıqlardır. Adətən idman oyunları zamanı daha çox təsadüf edir.

4. **Sümüyün qopması** tək-cə vurulan zərbənin qüvvəsindən deyil, bağ və əzələlərin qüvvətli gərilməsi və yığılması nəticəsində baş verir. Bu zaman adətən əzələnin sümüyə bağlanan hissəsində sümük fraqmenti qopur.

Sümük səthinin sümüyün boylama oxuna münasibətindən asılı olaraq sınıqların aşağıdakı növləri ayırd edilir (şəkil 35).



Şəkil 35. Sınıqların növləri (köndələn, çəp, boylama, spiralvari, xaçvari, U-vari, pazabənzər, qəlpəli)

Köndələn (eninə) sınıqlar–sınıq xətti sümüyün boylama oxuna perpendikulyar olur.

Boylama sınıqlar –sınıq xətti sümüyün boylama oxu ilə birləşdikdə bucaq təşkil edir.

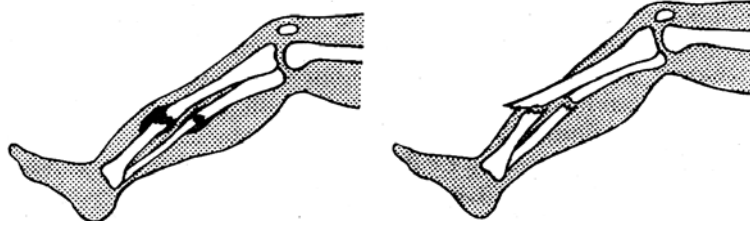
Spiralvari sınıqlar – sınıq xətti sümüyün üzərini spiral şəkildə əhatə edir.

Çox qırıntılı sınıqlar – sümük bir yerdən yox, bir neçə yerdən sınıraq qırıntılara ayrılır.

Qəlpəli sınıqlarda sümüyün sındığı yerdən bir qəlpə ayrılır və yerini dəyişir. Çox qəlpəli sınıqlar isə sümük bir neçə yerdən sınıraq bir çox hissələrə (qəlpələrə) parçalanır. Yaxud bir neçə sümük sınıraq.

Sayıdan asılı olaraq **tək və çoxlu** sınıqlar ayırd edilir. Sınıqların hər hansı bir üzvün sümük parçalarının zədələnməsi ilə müştərəkliyindən asılı olaraq **fəsadlaşan və fəsadlaşmayan** sınıqlara bölünür. Eyni zamanda sınıqlar travmatik şok, kəskin qanitirmə, daxili üzvlərin zədələnməsi ilə də fəsadlaşa bilər.

Dəri örtüyünün tamlığının saxlanması ilə olan sınıqlar **qapalı**, dəri sümük parçaları ilə zədələndikdə isə **açıq sınıqlar** adlandırılır (şəkil 36). Dayaq hərəkət aparatının zədələnmə mürəkkəbliyinə görə **sadə və mürəkkəb sınıqlar** fərqləndirilir. Sadə sınıqlarda yalnız bir sümükdə tamlıq pozulur. Mürəkkəb sınıqlarda isə həmçinin bağların qırılması, oynaq kapsulunun cırılması və çıxıqlar da müşahidə olunur. Bir qayda olaraq sınıqlar zamanı sümük parçalarının yerdəyişməsi müşahidə olunur. Əgər bu yerdəyişmə sınığa səbəb olan mexaniki amilin təsiri nəticəsində baş vermişsə **ilkin**, sonradan əzələ dartılması və ya zədələnmiş ətrafa dayaq səbəbindən artarsa **ikincili** yerdəyişmə adlanır.



Şəkil 36. Qapalı və açıq sınıqlar

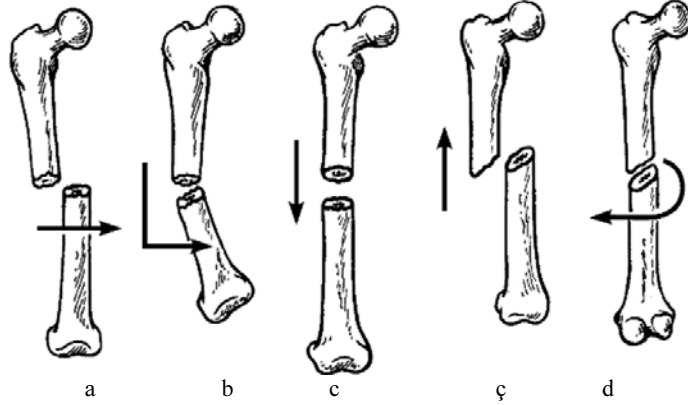
Sümük parçalarının bir neçə yerdəyişmə növü vardır (şəkil 37):

1) **Bucaq altında yerdəyişmə** sümük parçaları sümüyün sınımış yerində bir-birinə qarşı bucaq əmələ gətirir.

2) **Yanlara yerdəyişmə** (kəndələn) -sümük parçaları sümüyün eni istiqaməti üzrə yerini dəyişir. Buna eninə yerdəyişmə də deyilir.

3) **Uzununa yerdəyişmə (boylama)** - sümük parçaları sümüyün uzunluğu istiqaməti üzrə bir-birindən uzaqlaşır, yaxud bir-birinə yaxınlaşaraq biri digərinin üzərinə çıxır. Bu zaman ətrafın qısalması müşahidə olunur.

4) **Fırlanma yerdəyişməsi** – periferiyada olanı sümük parçası normal vəziyyətini dəyişib özünün boylama oxu ətrafında fırlanır, rotasiya edərək bucaq altında durur.



Şəkil: 37. Sınıqlarda sümük parçalarının yerdəyişmə növləri: a - yana yerdəyişmə; b - bucaq altında yerdəyişmə; c - uzanma ilə uzununa yerdəyişmə; ç - qısalma ilə uzununa yerdəyişmə; d - fırlanma yerdəyişməsi.

Bəzən sümüklərin kombinasiyalı yerdəyişməsinə də təsadüf edilir. Bu zaman sümük parçası bir neçə cür yer dəyişə bilər. Məs: bud sümüyünü aşağı 1/3-nün sınığı zamanı periferik parşa arxaya doğru, mil sümüyünün tipik sınığında arxaya və radial tərəfə çıxır.

Sümüklərin mütləq (yalnız sınıq üçün xarakterik) və nisbi (digər zədələr zamanı da müşahidə oluna bilən) əlamətləri vardır.

Mütləq əlamətlərə aiddir:

- ətrafın sınımış nahiyyəsində deformasiyanın əmələ gəlməsi;
- sümük qırıntılarının bir-birinə sürtünməsi nəticəsində səsin hiss olunması (krepitasiya);
- ətrafın qısalması;

- sınımış sahədə patoloji hərəkətlilik.

Bu əlamətlərdən yalnız birinin olması diaqnozu təsdiqləyir.

Nisbi əlamətlərə aiddir:

- sınımış nahiyədə ağrı;
- sınımış nahiyədə hematoma;
- sınımış nahiyədə yumşaq toxumalarda şişkinlik və ödem;
- ətrafın funksiyasının pozulması;
- ətrafın məcburi vəziyyət alması.

Nisbi əlamətlər, yalnız mütləq əlamətlər olduqda müəyyən əhəmiyyət kəsb edir. Diaqnozu dəqiqləşdirmək və sümük qırıntılarının yerdəyişməsinin xarakterini müəyyənləşdirmək üçün rentgenoqrafiyadan istifadə edilir.

Sınıqlar zamanı ilk yardım zədələnmiş ətrafın immobilizasiya etməkdən ibarətdir. Əgər açıq sınıqdırsa, o zamanı yaranın kənarlarına yod məhlulu sürtmək, aseptik sarğı qoymaq, ağrıkəsicilər yeritmək və immobilizasiya edərək xəstəni stasionara göndərmək lazımdır. Əgər yarada sümük qırıntıları görünürsə, ilk yardım zamanı onların düzəldilməsi tövsiyyə edilmir. Çünki daha dərin toxumalarda infeksiyanın olması mümkündür. o zamanı yara nahiyəsinə aseptik sarğı qoyulur.

Sınıqların sağlması mürəkkəb patogeneza malikdir. Sınıq zonasında həmişə aseptik iltihab əlamətləri meydana çıxır. Sınıq nahiyəsində yumşaq toxumalara seroz mayenin hopması nəticəsində yerli hərərət qalxır. İlk günlər bədənin ümumi temperaturu 38°C -dək yüksələ bilər. Temperaturun yüksəlməsinin səbəbi qanın və hüceyrələrin parçalanma məhsullarının orqanizmə sorulmasıdır. Sınığın lokalizasiyasından asılı olaraq ilk 2-3 həftə ərzində ilkin sümük döyənəyi əmələ gəlir. Onun əmələ gəlməsində sınıq zamanı axmış qan, sümüküstlüyü, Havers kanalları və endostatik hüceyrələr iştirak edir. Sümük döyənəyi əmələ gəldikdən sonra dinamik olaraq bir sıra struktur dəyişikliklər baş verir. Əvvəlcə sınımış nahiyədə ilkin sümük döyənəyi yaranır. O tamamilə yumşaq olub rentgenoloji təyin edilmir. Sonradan ora kalsium duzlarının çökməsi nəticəsində ikincili sümük döyənəyi meydana gəlir və o, sümük toxumasından aydın fərqlənir. Palpasiyada sərt olub sümük qırıntılarını bir-birinə möhkəm birləşdirilir. Sınımış nahiyədən ölçüsünə görə əhəmiyyətli

dərəcədə böyük olub sümük qırıntılarını manjet kimi əhatə edir. İkincili sümük döyənəyi rentgenoloji yaxşı görünür. Vaxt keçdikcə döyənək sorulur və sınıq ümumiyyətlə aşkarlanmaya bilir.

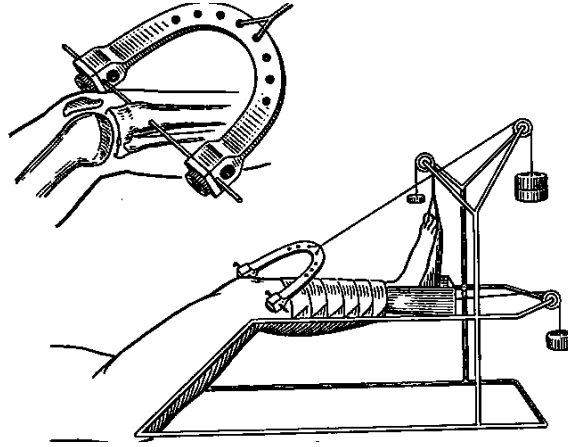
Sınıqların müalicə prinsipləri. Sınıqların müalicəsinin əsasını sümük qırıntılarını qarşı-qarşıya anatomik olaraq düzgün vəziyyətə gətirmək (repozisiya) və onları sümük döyənəyi əmələ gələnədək bu vəziyyətdə saxlamaq (fiksasiya) təşkil edir. Sümük qırıntılarını repozisiya etməzdən əvvəl yerli anesteziya (sınımış nahiyəyə 2%-li 10-20 ml. novokain məhlulu yeritmək) aparmaq məsləhət görülür. Ağrıları azaltmaqla yanaşı anesteziya skelet əzələlərinin boşalmasına kömək edir ki, bu da sümük qırıntılarının düzgün qarşı-qarşıya gətirilməsini asanlaşdırır. Sümük qırıntılarını düzgün vəziyyətdə saxlamaq üçün aşağıdakı üsullardan istifadə edilir.

1. Gips sarğısı qoyulur
2. Skelet dartması tətbiq edilir
3. Sümük qırıntıları cərrahi metodlarla fiksə edilir.

Gips sarğısının qoyulması qaydaları desmurgiya bölməsində verilmişdir.

Skelet dartmasının tətbiqi. Skelet dartması müalicəvi immobilizasiyalara aiddir. Manipulyasiyanı yalnız həkim icra etməlidir! Lakin tibb bacısı skelet dartması üçün lazım olan alətlər dəstini və dərman preparatlarını hazırlamağı bacarmalı və aparılacaq manipulyasiyanın gedişini bilməlidir. Əvvəlcə milin keçiriləcəyi və çıxacağı nahiyənin dərisi yodonat və ya digər antiseptiklərlə işlənir və steril ağlarla örtülür. 0,5%-1%-li 10 ml. novokainlə yerli anesteziya aparılır. Əllə milin iti ucu sümüyə perpendikulyar olmaqla dərinə dəşərək sümüyə qədər çatdırılır. Sonra milin, ətrafın xaricindəki ucu, əl yaxud elektrik drelinə birləşdirilir, xaricdən daxilə doğru hərəkət etdirilməklə (fırlatmaqla) sümükdən keçirilir. Milin dəridən çıxan yerləri antiseptiklə silinir və milin yerini dəyişməməsindən ötrü həmin yerlərə qabaqcadan antiseptikdə isladılmış kürəcik qoyulmaqla milin ucları hər iki tərəfdən əhatə edilir (milin ucu hər iki tərəfdən bərabər səviyyədə çıxarılmalıdır). Milə qövs bənd edilir və qoyulmuş kürəciyə yaxın yerdən vint açarı ilə bərkidilir. Ətraf Beller şinası üzərinə uzadılır. Sonra qövsə qaytan bərkidilir. Qövsə bağlanmış qaytan şinanın blokunun üzərindən aşırılaraq onun sər-

bəst ucundan yük asılır (yükün miqdarı xəstənin çəkisindən, əzələsinin inkişafından və sınımış sümüklərin yerdəyişməsindən asılıdır). Baldır sınıqlarında skelet dartması daban sümüyündə, bud sınığında baldır sümüyünün qabarında və ya bud sümüyünün metafizində, bazu sınığında isə dirsək çıxıntısında aparılır.



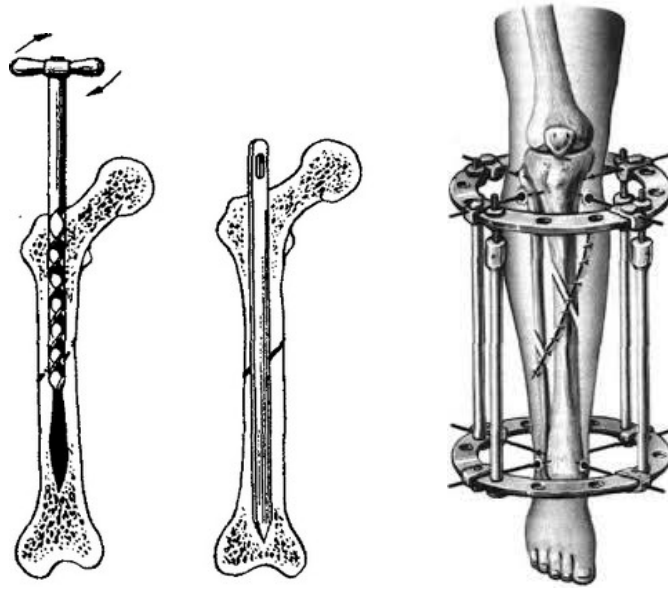
Şəkil 38. Skelet dartması

Cərrahi müalicə. Sümük qırıntılarını əvvəlki üsullarla repozisiya və fiksasiya etmək mümkün olmadıqda cərrahi müalicəyə göstəriş yaranır.

Ən çox açıq zədələnmələrdə sümük qırıntıları arasına yumşaq toxumalar düşdükdə cərrahi müalicəyə müraciət olunur. Cərrahi müalicənin prinsipi sümük qırıntılarının aşkara çıxarılmasından, onların qarşı-qarşıya gətirilməsindən və paslanmayan poladdan hazırlanmış xüsusi metal ştiflər, lövhələr, vintlər, tellər, sancaqlar və s. istifadə etməklə fiksasiyasından (osteosintez) ibarətdir (şəkil 39). Sümük qırıntıları bitişdikdən sonra (adətən 6-8 ay keçdikdən) onları təsbit edən metallik alətlər xaric edilir. Müasir dövrdə cərrahi yolla qırıntıları birləşdirib təsbit etmək üçün metal fiksatorların əvəzinə xüsusi yapışqan tətbiq edilir. Yapışqan sümük qırıntılarını yaxşı fiksə edir və sonradan onu xaric etmək tələb olunmur.

Açıq sınıqların müalicəsi. Stasionarda yaranın ilkin cərrahi işlənməsi aparılır, sümük qırıntıları düzəldilir. İnfeksiya əlamətləri

olmadıqda yara qat-qat tikilir. Əgər göstəriş varsa, xəstənin vəziyyəti imkan verirsə, onda ilkin cərrahi işləmə zamanı həm də sümük qırıntılarının fiksasiyası yuxarıda göstərilən cərrahi metodlardan biri ilə yerinə yetirilir.



Şəkil 39. Osteosintez.

Xəstənin vəziyyəti ağır olduqda və ya yara irinlədikdə onda skelet dartmasından və ya gips sarğısından istifadə edilir. İnfeksiyalaşmış açıq sınıqlar zamanı nekrozlaşmış toxumalar kəsilərək təmizlənir, irinliklər açılır, yara drenajlanır. Tikişlər qoyulmur. Müalicəvi immobilizasiya məqsədi ilə skelet dartması və ya körpülü gips sarğısı istifadə olunur.

Sınıqların ağırlaşmaları. Ağırlaşmalar erkən və gecikmiş olmaqla iki yerə bölünür. Erkən ağırlaşmalara aiddir:

✓ Travmatik şok. Profilaktikası üçün yaxşı ağrısızlaşdırma aparmaq, ətrafı düzgün immobilizasiya etmək və xəstəni vaxtında tibb müəssisəsinə çatdırmaq lazımdır;

✓ Piy emboliyası. Profilaktika tədbirlərinə sınaq nahiyəyə ehtiyatlı münasibət və yaxşı immobilizasiya etmək aiddir;

✓ İri damarların sınımış sümüklərin ucu tərəfindən zədələnməsi nəticəsində əmələ gələn ikincili qanaxma. Profilaktikası piy emboliyasında olduğu kimidir;

✓ Ətrafların qanqrenası. Əsasən sirkulyar gips sarğıları qoyularkən magistral damarların sıxılması nəticəsində baş verir. Profilaktikasına gips sarğılarını düzgün qoymaq və onları vaxtında sökməkdən ibarətdir.

Gecikmiş ağırlaşmalara aiddir:

✓ Sümük çıxıntıları olan nahiyələrdə yataq yaraları. Qarşısını almaq üçün xəstələrə aktivlik verilir və masaj olunur;

✓ Əməliyyat sahəsinin və ya millərin keçirildiyi yerlərin irinləməsi. Bu proseduraları həyata keçirərkən aseptika qaydalarına ciddi əməl olunmalı və profilaktik antibakterial müalicə aparılmalıdır;

✓ Milin sümüyü kəsməsi. Skelet dartması vaxtında çıxarılmalı və ya o digər bir metodla əvəz olunmalıdır;

✓ Bitişmənin gecikməsi. Sümük qırıntılarının düzgün repozişiya edilməməsi nəticəsində, sümük qırıntıları arasına yumşaq toxuma düşdükdə, avitaminoz və s. zamanı müşahidə olunur. Bu səbəbləri aradan qaldırmaq məsləhət görülür;

✓ Yalançı oynaq. Bitişmənin uzun müddət davam etməsi nəticəsində əmələ gəlir. Müalicəsi cərrahidir.

Zədələnmələr zamanı xəstələrə nəzarət və qulluq.

Travmatoloji şöbədə dayaq-hərəkət sisteminin xəstəlikləri və zədələnmələri ilə müalicə alan xəstələr yerləşdirilir. Belə xəstələrin müalicə xüsusiyyətlərinə əsasən gips sarğılarının, skelet dartmasının və müxtəlif növ xüsusi konstruksiyaya malik aparatların qoyulması aiddir. Zədə, xəstənin hərəkəti aktivliyini məhdudlaşdırdığına görə, müalicə müddətində həmişə yataq rejimi tələb olunur. Bu zaman qida qəbulu, yuyunma, defekasiya aktı və sidik ifrazı kimi proseduralar xəstə üçün olduqca çətin olub, palatada icra olunur. Travmatologiya şöbəsinin tibb bacısı desmurgiyanı, qips sarğılarının qoyulma texnikasını, yaxşı bilməli, travmatoloji xəstələrin müalicəsində istifadə olunan aparat və avadanlıqları yaxşı tanımalıdır. Travmatoloji xəstələrin əksər hissəsinin uzun müddətli yataq rejimi

mində olmaları, eləcə də yataqda məcburi vəziyyət almaları ağır fəsadlar yaradır. Belə fəsadlardan biri ağ ciyərlərin ekskursiya etməmələri hesabına əmələ gələn durğunluq pnevmoniyasıdır. Bunun qarşısını almaqdan ötrü xəstələr tənəffüs gimnastikası ilə məşğul olmalıdırlar. Tənəffüs gimnastikasının sadə üsulu, burunla dərinləndirən nəfəs almaq, tənəffüsü bir qədər saxlamaq və ağızla nəfəs verməkdir. Əgər əllərdə zədələnmə yoxdursa tənəffüs gimnastikasını onların hərəkəti ilə gücləndirmək lazımdır. Nəfəsalmada əllər yuxarı qaldırılır, nəfəsvermədə aşağı salınır.

Uzun müddətli yataqda uzandıqda əzələlərin atrofiyası, mədəbağırısaq traktının və digər üzvlərin fəaliyyətinin pisləşməsi baş verir. Bunların qarşısını almaqdan ötrü zədələnən gündən başlayaraq müalicə gimnastikası aparılır. Aktiv hərəkət zədələnən ətrafda əzələlərin atrofiyasının, sümüklərin osteoparezinin qarşısını alır, qan və limfa dövranını yaxşılaşdırır, sümük əmələ gəlmə prosesini sürətləndirir. Oynaqalarda hərəkəti bərpa etməkdən ötrü mexanoterapiya təyin olunur. Bu məqsədlə müxtəlif aparatlardan istifadə olunur.

Travmatoloji xəstələrin müalicəsində fizioterapevtik tədbirlərin (istilik proseduraları, elektrik müalicəsi, palçıq müalicəsi və s.) böyük əhəmiyyəti vardır. Bu məqsədlə həmçinin masajın əsas növləri (tumarlama, döyücləmə, vibrasiya və s.) həm əl, həm də xüsusi cihazlar vasitəsilə yerinə yetirilir.

Xəstələrə qulluq zamanı, əsasən də yaşlı şəxslərdə ürək-damar sisteminə, psixi vəziyyətə, vaxtlı-vaxtında sidik ifrazı və defekasiya aktına, yataq yaralarının profilaktikasına xüsusi diqqət yetirmək lazımdır.

Gips sarğısı qoyulmuş xəstələrə nəzarət və qulluq. Xəstəyə gips sarğısı qoyulduqdan ilk iki gün ərzində tibb bacısı müşahidələr aparmalıdır:

1. Gips sarğısının tamlığına görə:- gips sarğısında çat əmələ gəldikdə və ya sındıqda onu əlavə olaraq gipsləməklə möhkəmləndirmək lazımdır.

2. Gips sarğısı qoyulmuş ətrafın vəziyyətinə görə - gips sarğısının ətrafı sıxması nəticəsində, ətrafda qan dövranının pozulduğuna görə xəstə kəskin ağrıdan şikayətlənir, ətrafın distal hissəsində ödem əmələ gəlir, soyuq olur, dərinin rəngi tünd-qırmızı yaxud gö-

yümtül olur, həssaslığı pozulur və ya tam itir. Belə hallar baş verdikdə dərhal həkim məlumatlandırılmalıdır. Gips qoyulmuş ətrafa qaldırılmış vəziyyət verilir. Əgər aşağı ətrafdırsa onda altına yastıq və ya Beler şinası qoyulur, əgər yuxarı ətrafdırsa ləçəklə bağlanıb boyundan asılır. 15-20 dəqiqə ərzində qan dövranı pozğunluğunun simptomları dəyişmirsə və daha da inkişaf edirsə, onda gips sarğısı təcili boşaldılmalıdır (longetin kənarlarını aralayır, sirkulyar sarğını boyu uzunluğuna kəsirlər). Bu tədbirlər də effektiv olmadıqda sarğı dəyişdirilərək yenisi ilə əvəz olunur. Əgər vaxtında yardım göstərilməzsə xəstədə damarların və yumşaq toxumaların nekrozu, hətta qanqrenası yarana bilər.

3. Torakobraxial sarğılar (döş qəfəsi və bazunu əhatə edən) qoyularkən çalışmaq lazımdır ki, xəstəni qidalandıran zaman çörək qırıntıları sarğının altına düşməsin. Dəridə qıcıqlanma və iltihab yaratmasın deyə gips sarğısı ilə xəstənin dərisi arasına bir neçə do-laq yumşaq bint sarınır. Bu sadə metod qeyd olunan fəsadın qarşısını almaq üçün çox effektivdir.

4. “Koksid” sarğıları qoyularkən (aşağı ətrafdan aralığa qədər) sidik ifrazı və defekasiya zamanı sarğını təmiz və quru saxlamaq lazımdır. Bunun üçün gips sarğısı ilə xəstənin bədəni arasına müşəmbə, onun da üzərindən salfet salınır. Çirklənən zaman salfet asanlıqla dəyişdirilir, müşəmbə isə sabunla yuyulub qurudulur.

Skelet dartması qoyulmuş xəstələrə nəzarət və qulluq. Mil salınan yerin irinləməsinin qarşısının alınması üçün milin giriş və çıxış dəliyinin yeri 1%-li yodonat məhlulunda isladılmış kürəciklə silinir. Skelet dartması qoyulmuş xəstənin yataq ağlarının dəyişdirilməsi xüsusi qaydada icra olunur. Təmiz mələfə bint kimi eni istiqamətində bütünlüklə bürmələndirilir. Beler şinasından yük götürülür. Xəstənin bədəninə yuxarı hissəsi qaldırılaraq yastıq yığışdırılır. Çirkli mələfə çarpayının baş tərəfindən xəstənin belinədək bürmələndirilir, təmiz mələfə isə çarpayının mələfə götürülmüş hissəsinə sərilir. Yastıq qoyulur və xəstənin uzanmasına kömək edilir. Xəstədən sağlam ayağını qatlayıb və yatağa dirəməklə çanağını qaldırmaq xahiş edilir. Sarğının altından çirkli mələfə çəkilir, təmiz mələfə isə hamarlanaraq sərilir. Beler şinası zədələnmiş ətrafla birlikdə əllə qaldırılır. Çirkli mələfə çəkib çıxarılır, təmiz mələfənin isə açılaraq

sərilməsi davam etdirilir. Belər şinası mələfə üzərinə qoyulur, ətraf şina üzərində düzəldilir (şinanın əyilmiş hissəsi dizaltı çuxurda olmalıdır). Blokun qaytanı yoxlanılır və yük asılır.

Yoxlama sualları:

1. Sınıqlarda sümük parçalarının hansı yerdəyişmə növü vardır?
2. Sınıqların təsnifatını verin.
3. Sınıqların sağalması necə gedir?
4. Sınıqların müalicə prinsipi nədən ibarətdir?
5. Vərdişli çıxıq zamanı nə baş verir?
6. Skelet dartması necə tətbiq edilir?
7. Sınıqların xarakterik əlamətləri nədir?
8. Çıxıqların həqiqi əlamətləri hansılardır?
9. Çıxıqların təsnifatını verin
10. Sınıqların cərrahi müalicəsini danışın.
11. Sklet dartması üçün hansı alətlər dəsti lazımdır?
12. Skelet dartması qoyulan xəstəyə qulluq nədən ibarətdir?
13. Açıq sınıqlar zamanı ilk yardım necə göstərilir?
14. Sümüküstlüyü altı sınıq nədir?
15. Fəsadlaşan sınıq dedikdə nə başa düşülür?
16. Epifizioliz nə deməkdir?
17. Sınıqların diaqnozu nəyə əsasən qoyulur?
18. Sınıqların sağalması zamanı hansı proses baş verir?
19. Repozisiya nə deməkdir?
20. Sınıqların hansı ağırlaşmalarını tanıyırsınız?

Situasiya məsələləri:

I. Sağ çiyin oynaqında ağrı şikayətləri ilə xəstə klinikaya müraciət etmişdir. Ağrılar voleybol oyunundan sonra yaranmışdır. Baxış zamanı yuxarı sağ ətrafın məcburi vəziyyəti, bazu sümüyünün başı adəti yerində yox, qoltuqaltı nahiyədə təyin edilir. Passiv hərəkətlər zamanı ağrı ilə müşayiət olunan ətrafın hərəkətində məhdudiyətlər qeyd olunur. Sizin ilkin diaqnoz nədir? Hansı müayinə üsulu diaqnozu təsdiqləməyə kömək edər?

II. Xəstəxanaya 25 yaşlı A. gətirildi. Deməsinə görə 2 saat əvvəl iş zamanı ağırlıq qaldırarkən sağ çiyin oynaqında kəskin ağrı hiss etmişdir. Xəstəyə həkim baxmış və sağ bazunun çıxığı diaqnozunu qoymuşdur. Dərhal da çıxığı yerinə salmışdır. Həkim hansı səhvi buraxmışdır?

MÖVZU 22. Yaralar haqqında təlim,

Tələbə bilməlidir.

- ✓ Yaraların klinik əlamətlərini;
- ✓ Yaraların təsnifatını;
- ✓ Yara prosesinin gedişinin mərhələlərini fərqləndirməyi;
- ✓ Yaraların sağalma növlərini;
- ✓ Yaraların I-li və II-li sağalmasını differensasiya etməyi;
- ✓ Yaraların lokalizasiyasını, zədələnmə mexanizmini və həcmi təyin etməyi;
- ✓ İrinli yaraların sağalmasının klassik prinsiplərini;
- ✓ Yaralanmalar zamanı ilk tibbi yardımın göstərilməsini;
- ✓ Yaranın fəsadlaşmasının profilaktikası tədbirlərini;
- ✓ Tetanusun təcili profilaktikası.
- ✓ Aseptik və irinli yarası olan xəstələrə əsas sarğı növlərinin qoyulmasını.

Mühazirənin planı:

- Yaraların əsasklinik əlamətləri.
- Yaraların təsnifatı.
- Yara prosesi gedişinin mərhələləri.
- Yaraların müalicə prinsipləri.
- Yaraların sağalmasının ağırlaşmaları.
- Yaraların müalicəsi.
- Tetanusun təcili profilaktikası.

Dəri və selikli qişaların tamlığının pozulması ilə müşahidə olunan orqanizmin toxumalarının mexaniki zədələnməsinə yara deyilir. Yaranın əsas klinik əlamətlərinə ağrı, qanaxma və yara ağzının açıq olması aiddir. Hər bir hal üçün bu əlamətlərin nəzərə çarpmaq dərəcəsi yaranın lokalizasiyasından, həcmindən, yaranı törədən alətdən, eləcə də xəstənin ümumi vəziyyətindən asılıdır.

Ağrı zərərçəkənin şikayət etdiyi əsas əlamətlərdən biridir. Ağrı yara nahiyəsində olan sinir uclarının birbaşa zədələnməsi və həmçinin inkişaf edən ödemənin onları sıxması nəticəsində yaranır. Yara zamanı ağrının şiddəti aşağıdakı məqamlara görə təyin olunur:

1. Yaranın lokalizasiyasına. Ağrı reseptorlarının çox olduğu yerlərdə (barmaqların ucu, dişlər, dil, cinsiyyət üzvləri, düz bağırsağ, sümüküstlüyü, parietal periton, plevra) və s. olan yaralar daha ağrılı olur. Əzələ, fəssiya, vətər zədələnmələri isə nisbətən az dərəcədə ağrının inkişafına səbəb olur.

2. Böyük sinir köklərinin zədələnməsi.

3. Yaralayıcı alətin xarakteri və yaranmanın sürəti-alət nə qədər itidirsə, reseptorlar bir o qədər az zədələnir, təsir nə qədər tez olursa, ağrı sindromu bir o qədər az olur.

4. Orqanizmin sinir-psixi vəziyyəti. Xəstə affekt, şok, sərxoş vəziyyətdə və narkotik təsiri altında olduqda ağrı hissi azala bilir.

Ağrı hissi orqanizmin müdafiə reaksiyasıdır. Amma ağrı uzun müddətli və intensiv olduqda mərkəzi sinir sisteminin yorulmasına və həyati vacib üzvlərin funksiyasının pozulmasına səbəb ola bilər. Ağrının kəskin dərəcədə artması, formasının dəyişməsi, yaranın irinləməsini, anaerob infeksiyanın inkişaf etməsini göstərir. Ağrının intensivliyi yara sağalan müddətdə tədricən azalır.

Qanaxma yaranın digər vacib bir əlamətidir. Çünki dəri və selikli qişadan başlayaraq hər hansı bir toxuma zədələndikdə qan damarlarının da tamlığı pozulur. Yaradan qanaxmanın dərəcəsi, zədələnmiş qan damarlarının növündən (arteriya, vena, kapilyar), qan təzyiqindən və yaranın xüsusiyyətindən asılıdır. Kəsilmiş və parçalanmış yaralarda qanaxma daha çox olur. Didilmiş toxumalarda damarlar sıxılmış və tromblaşmış olur. Buna görə də əzilmiş yaralar zamanı qanaxma az olur. Yaralanma zamanı baş verən qanaxmaların intensivliyi aşağıdakılarla müəyyən edilir.

1) İri damarların zədələnməsi ilə (arteriya və venalar).

2) Yaranın lokalizasiyası ilə-qan təchizatı ilə zəngin olan nahiyələr (üz, baş, boyun, əl) zədələndikdə qanaxma daha aydın nəzərə çarpır. Başın yumşaq toxumalarında qan damarları həddindən artıq çoxdur. Bunlar zədə zamanı sıxılmadığı üçün başın zədələnmələrində qanaxma çox olur. Bundan başqa başın dərisi və toxuması çox hərəkətli olduğundan yara çox açılmış olur, kənarları, açılmış dəri parçalarından əmələ gəlir

3) Zədələyici alətin xarakteri. Alət nə qədər iti olursa qanaxma bir o qədər şiddətli olur. Əzilmiş və parçalanmış yaraların qanaxması minimal olur.

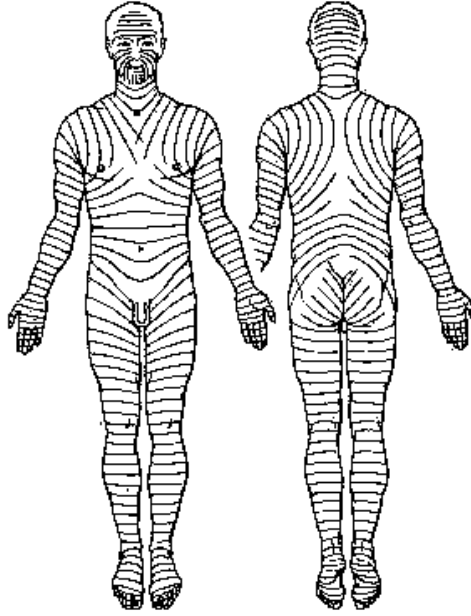
4) Hemodinamikanın vəziyyəti. Qan təzyiqinin aşağı olması və iri damarların sıxılması qanaxmanın intensivliyini azaldır.

5) Laxtalanma sisteminin vəziyyəti. Qanın laxtalanma sistemi pozulduqda məsələn hemofiliya zamanı hətta kiçik diametrlı kapil-

yaraların zədələnməsi əhəmiyyətli dərəcədə qan itkisinə və hətta ölümə səbəb ola bilər.

Yara ağzının açıq olmasının fərqliliyi dərinin elastik liflərinin yığılması ilə əlaqədardır. Yara nə qədər dərin və böyük olarsa, yaranın kənarları da bir o qədər aralanmış olar. Yara ağzının az və ya çox açılması təkcə alətdən deyil, eyni zamanda dəridə olan Langer elastiki xətlərin nə vəziyyətdə yaralanmasıdır. Törədilən yara Langer xətlərinə paraleldirsə yara ağzı az, perpendikulyardırsa, çox açılacaqdır (şəkil 40).

Orqanizmin zədələnməyə qarşı verdiyi ümumi reaksiya yaranın ölçüsü və dərinliyi ilə müəyyən edilən yaranın ağırlığından, daxili üzvlərin zədələnməsindən, travmatik şokdan, qan itirmə kimi inkişaf edən ağırlaşmalardan, terminal vəziyyət və qoşulmuş cərrahi infeksiyalardan asılıdır.



Şəkil 40. Langer xətlərinin yerləşmə sxemi

Yaraların təsnifatı

1. Mənşəyinə görə yaralar əməliyyat yaraları (məqsədli aseptik) və təsadüfi (çirklənmiş) yaralar olmaqla iki yerə bölünür.

2. Yaralayıcı alətin növündən və zədələnmənin xarakterindən asılı olaraq yaraların aşağıdakı növləri vardır: kəsilmiş, deşilmiş, əzilmiş, didilmiş, doğranmış, cırılmış, odlu silah yaraları, parçalanmış, çapılmış, dişlənmiş, soyulmuş, zəhərlənmiş, qarışıq yaralar.

Kəsilmiş yaralar iti alətlərlə (ülgüc, bıçaq) törənir. Düz və hamar kənarlarının olması və çoxlu xaricə qanaxma ilə xarakterizə olunur. Belə yaraların irinləmə ehtimalı az olur. Sağalmış yaranın yerində düz xətt istiqamətində zərif və incə çapıq əmələ gəlir.

Deşilmiş yaralar iti uclu və uzun alətlərlə (məftil, mıx, biz, nizə, iynə, sancaq, şiş və s.) törənir. Belə yaraların xarici görünüşü bir o qədər də nəzərə çarpmır, nöqtəvari şəkildə olur. Deşilmiş yaralarda yara ağzının açılması və xarici qanaxma olmur. Yaradan qan axmadığı üçün xəstələr buna əhəmiyyət vermirlər. Yara kanalının dərinliyi, eləcə də daxili üzvlərin və dərin toxumaların zədələnməsi ehtimalı bu yaraların əsas xüsusiyyətidir. Tibb bacısı üçün yaranın xarici görünüşü qorxu yaratmasa da bu yaralarda daxili qanaxmalar inkişaf edə bilər. Belə qanaxmalar yarada anaerob infeksiyanın inkişaf etməsi ilə fəsadlaşa bilər.

Əzilib didilmiş yaralar küt alətin təsirindən əmələ gəlir. Belə yaralar zamanı kəskin ağrı, çoxlu sıyrıntılar, hematoma, nekrozlaşmış toxuma sahəsi olur. Yaranın kənarları didilmiş, cırılmış və girintil-çixıntılı olur. Qan damarları əzilmə nəticəsində tez tromblaşdığından, qanaxma zəif olur. Yarada infeksiyanın inkişaf etməsi üçün münbit şərait olur. Belə yaralar çox vaxt ikincili sağalır.

Cırılmış yaralar müxtəlif əşyaların təsirindən yaranır. Toxumaların əhəmiyyətli dərəcədə zədələnməsi, çoxlu qanaxma və yara kənarlarının nekrozu ilə xarakterizə olunur.

Parçalanmış yaralar güclü zərbənin təsirindən əmələ gəlir və güclü ağrı, toxumanın nekrozu, geniş həcmli hematoma, anaerob infeksiyanın inkişaf etməsi ehtimalı ilə xarakterizə olunur.

Çapılmış yaralar ağır kəsici alətin təsiri ilə yaranır. Belə yaralarda yara ağzının açılması və qanaxma əhəmiyyətli dərəcədə olur. Yara ətrafında ödem və qansızmalar olur.

Dişlənmiş yaralar heyvanların, insanın, ilanın, həşəratların dişləməsi nəticəsində əmələ gəlir. Ağız boşluğunda olan mikroblar yarıya düşdüyündən çox vaxt onlar infeksiyalaşmış və ya zəhərlən-

miş olurlar. Quduzluq və müxtəlif allergik reaksiyalar kimi ağır fəsadlar yarada bilirlər. Belə yaralar adətən ikincili sağalırlar.

Soyulmuş yaralar iti alətin zərbəsindən bir toxumanın digər toxumadan soyulmasıdır. Belə yaralar kəskin ağrı, qanaxma, toxuma nekrozu ilə xarakterizə olunur.

Odlu silah yaraları müxtəlif olur. Bunlara güllə, qəlpə, qırma yaraları aiddir. Yara kanalının xarakterinə görə dəlib keçən, kor, toxunan yaralar fərqləndirilir. Dəlib keçən yaraların giriş və çıxış dəlikləri olur, güllə toxumada ilişib qalmadan çıxır. Çıxış dəliyi giriş dəliyinə nisbətən 2-3 dəfə geniş və dağılmış şəkildə olur. Kor yaralarda yalnız giriş dəliyi və ətrafında dərinin yanığı, barıt tüstüsünün izləri olur. Güllə zərərçəkənin toxumalarında qalır. Toxunan yaralar zamanı güllə səthi toxumalara sürtünərək yaralayır və hər hansı bir boşluğa daxil olmur. Qanaxma az olur və toxumalarda yad cisim tapılmır. Qırma yaraları ayrı-ayrı nahiyələrdə yaranmaların çoxluğu ilə fərqlənir, əhəmiyyətli qan itkisinə səbəb olur, üzv və toxumaların kontuziyasını yarada bilir. Odlu silah yaraları ağır gedişinə, pis sağalmasına, yüksək dərəcədə infeksiyalaşmasına və çoxlu zəhərlənmələr verməsinə görə fərqlənir.

Zəhərlənmiş yaralar. Belə hallarda yaranma ilə zəhərlənmə eyni vaxtda baş verir. Zəhərli heyvanların (ilan, əqrəb, bəzi kərtənkəllər) sancmasından və ya yaranın hər hansı bir növünə zəhərli maddələrin (iprit, lyuzit, fosgen) düşməsindən yaranan yaralar zəhərlənmiş yaralar adlanır. Göstərilən heyvanların hər hansı biri dişlədikdə yaranın ətrafında ödem əmələ gəlir. İpritlə zəhərləndikdə yaranın qırağında qızartı və ödem baş verir. Yarada ipritin olmasını xardal, yanmış rezin iyyinin və yağa bənzər maddənin olması ilə müəyyən edirlər, 2-3 gündən sonra yara ətrafında suluqlar əmələ gəlir ki, bu da nekrozla nəticələnir. Lyuizit ilə törənən yaralar ətirşah iyi verir, şiddətli ağrılı olur. Yaranın rəngi kül rəngini xatırladır. Fosforla zəhərləndikdə isə yara sarımsaq qoxusu verir, ətraf dəri isə yanmış olur. Zəhərləyici maddə yaradan orqanizmə dərhal soralaraq ağır nəticələrə gətirib çıxarır. Xəstədə ümumi simptomlardan ürəkbulanma, qusma, iştahasızlıq, yuxululuq müşahidə edilir. Ağır hallarda qanlı ishal, qıcolma və koma baş verir. Yaranın sağalması çox uzun çəkir.

Zəhərlənmiş yaralarda yara səylə və diqqətlə yuyulmalı, birincili cərrahi işlənməli və antidot vurulmalıdır. İpritle zəhərlənmədə dərini xloraminin 70% spirtdəki 10%-li məhlulu ilə silirlər, yara boşluğunu isə xloraminin 2%-li sulu məhlulu ilə yuyurlar. Bundan sonra yaranı həmin məhlulda isladılmış sarğı ilə bağlayırlar. Lüizitlə zəhərləndikdə dəriyə yod tinkurası sürülür, yaranı isə lüqol məhlulu ilə işləyirlər. Fosforla zəhərlənmiş dərini kalium permaqanatın 0,1%-li məhlulu ilə yumaq və yaranı xüsusi antifosfor pasta ilə doldurmaq lazımdır. Zarin tipli zəhərləyici maddə ilə zəhərləndikdə antidot yeritməklə yanaşı, yara 2%-li soda məhlulunun köməyi ilə təmizlənir. Yaralılara həmçinin antibiotiklər və antitetanik serumlar da yeridilir.

Qarıxıq yaralar müxtəlif yaraların xassələrini özündə birləşdirir. Məsələn, deşilmiş-kəsilmiş yaralar, cırılmış-əzilmiş yaralar və s.

3.İnfeksiyalaşma dərəcəsinə görə yaralar 3 yerə bölünür:

1) aseptik yaralar-cərrahi müdaxilə zamanı yaranan yaralardır.

2) təzə infeksiyalaşmış yaralar-zədələnmədən 3 gün ərzində keçən yaralardır.

3) irinli yaralar.

4.Mürəkkəbliyinə görə yaralar sadə və mürəkkəb yaralara bölünür. Mürəkkəb yaralara daxili üzvlərin, sümüklərin, iri damar və sinirlərin müştərək zədələnməsi ilə gedən yaralar aiddir.

5.Orqanizmin boşluqlarına münasibətinə görə nüfuz edən və nüfuz etməyən yaralar mövcuddur. Nüfuz edən yaralar dərin yaralar olub, boşluqların daxili örtüyü zədələnmiş olur (qarın, döş, kəllə, oynaq boşluğu). Bu zaman daxili üzvlər tez-tez zədələnir.

6.Lokalizasiyasına görə boyunun, başın, gövdənin, ətrafların və s. yaranmaları ayırd edilir.

7.Eyni zamanda baş verən yaranmalara görə yaralar tək və cəm ola bilər.

8.Müxtəlif zədələnmələrin sayına görə yaralar müştərək və kombinasiyalı yaralara bölünür. Yara müxtəlif üzvlərə bir və ya müxtəlif anatomik nahiyədən təsir nəticəsində əmələ gəlibse bu müştərək yara adlanır. Yara həm mexaniki, həm də digər təsirlə (məsələn kimyəvi, termiki və s.) baş verirsə bu kombinasiyalı yara adlanır.

Yara prosesinin gedişi

Yara prosesi yarada meydana gələn ardıcıl dəyişikliklərlə əlaqədar bütün orqanizmin verdiyi reaksiyaların toplusudur. Şərti olaraq yara prosesi orqanizmin ümumi reaksiyasına və birbaşa yaraların yerli sağalmasına bölünür:

Ümumi reaksiyalara yaranmanın 1-4-cü günü əmələ gələn bədənin temperaturunun yüksəlməsi, bədən çəkisinin azalması, ümumi zəiflik, leykositoz aiddir. Fəsadlaşmayan gedişlə nəticələndikdə 4-5-ci gün iltihab əlamətləri və intoksikasiya dayanır, ağrı azalır, qızdırma düşür, qanın və sidinin laborator göstəriciləri normallaşır. Yerli reaksiyalar isə yaranın sağalma prosesini ardıcıl şəkildə inkişaf edən üç mərhələni özündə cəmləşdirir:

1.Hidratasiya (iltihab) mərhələsi travmadan dərhal sonra başlayır və bir neçə gün davam edir. İltihabın əlamətləri ilə xarakterizə olunur. Bu mərhələdə müalicə apararkən yara möhtəviyyətinin axmasına şərait yaratmaq lazımdır (yaranın açılması, drenaj qoyulması, hipertonik məhlulların qoyulması).

2.Dehidratasiya (regenerasiya) mərhələsində yaranın təmizlənməsi baş verir, iltihab azalır, həyat qabiliyyəti olmayan toxumaların və fibrin laxtalarının lizisi baş verir, qranulyasiya əmələ gəlməyə başlayır. Bu zaman qranulyasiya toxumasının əmələ gəlməsinə şərait yaratmaq lazımdır (antiseptik məhlullar, məlhəmli sarğılar və sarğının gec dəyişdirilməsi).

3.Epitelizasiya mərhələsi yara defektini örtən epitelial toxumanın əmələ gəlməsi ilə xarakterizə olunur. Bununla yanaşı qranulyasiya toxumasından çapıq toxuması əmələ gəlir. Aktiv hərəkətlər, isti proseduralar və məlhəmli sarğılar tətbiq edilir.

Hər bir mərhələnin davam etmə müddəti yaranın xarakterindən, aparılan müalicənin növündən, orqanizmin ümumi vəziyyətindən və infeksiyanın mövcudluğundan asılıdır.

Yaraların sağalması

Yaraların sağalmasına təsir edən amillərə xəstənin yaşı, qidalanmanın vəziyyəti və bədənin çəkisi, yaranın ikincili infeksiyalaş-

ması, zədələnən nahiyədə, eləcə də orqanizmdə qan dövranının vəziyyəti, orqanizmin immun statusu, yanaşı gedən xroniki xəstəliklər (şəkərli diabet, şişlər), iltihab əleyhi preparatların qəbulu, orqanizmin susuzlaşması, şüa müalicəsi və s. aiddir.

3 növ sağalma ayırd edilir.

- 1) Birincili sağalma
- 2) İkincili sağalma
- 3) Qartmaq altında sağalma

Birincili sağalma kənarları tikişlərlə birləşdirilən əməliyyatdan sonrakı yaralar, yara kənarları 1 sm-dən çox aralanmayan kiçik ölçülü yaralar və tikiş qoyulmayan səthi, təsadüfi yaralarda baş verir. Birincili sağalma üçün yarada infeksiya olmamalı, yara kənarları bir-birinə təmas etməli, yarada nekrotik toxuma, hematoma, yad cisim olmamalı, xəstənin ümumi vəziyyəti qənaətbəxş olmalıdır. Sağalma orta hesabla 6-8-ci gün nazik xətti çapıqın əmələ gəlməsi ilə başa çatır.

İkincili sağalma həkimə gec müraciət etmiş, infeksiyalaşmış, daxilində nekrotik toxuma, hematoma, yad cisim olan və yara ağzı çox açılmış yaralarda, eləcə də ümumi vəziyyəti pisləşmiş xəstələrdə baş verir. Bu zaman iltihab əlamətləri daha qabarıq nəzərə çarpır və yaranın təmizlənməsi prosesi daha uzun sürür. Birinci mərhələnin sonunda yarada boşluq yaranır. İkinci mərhələdə, əmələ gəlmiş boşluq yara defektinin tez bağlanması təmin edən qranulyasion toxuma ilə dolur. Sağalma prosesinin normal gedişi zamanı qranulyasion toxumanın inkişafı ilə eyni vaxtda epitelizasiya başlayır. İkincili sağalma uzun çəkir (bir neçə həftə). Çapıq kobud olur. Çapıq oynaq nahiyəsindədirsə oynaqın kontrakturası, bədən digər nahiyələrindədirsə onun deformasiyasına səbəb olur.

Qartmaq altında sağalma dərinin səthi və kiçik yaralanmaları (sırıq, cızıq, yanığı) zamanı baş verir. Qartmaq qan laxtası və limfadan əmələ gələrək tünd qəhvəyi rəngdə olur. Qartmağın altında isə epitel inkişaf etməyə başlayır. Qartmaq yaranı xarici infeksiyadan qoruyur. Sağalma prosesi 3-6 gün çəkir. Yara tünd qəhvəyi rəngli qabıqla örtülür, sağalandan sonra kiçik çapıq qalır. İltihab əlamətləri olmadıqda qartmağı qopartmaq və onlara məlhəm sürtmək olmaz.

Yaraların sağalmasının ağırlaşmaları

Yaraların sağılması zamanı bir sıra ağırlaşmalar ola bilər. Bunlara cərrahi infeksiyanın inkişafı, qanaxma, yara kənarlarının aralanması, çapıq kontrakturaların yaranması, çapığın yaranması və s. aiddir.

1. **İnfeksiyanın inkişafı**–qeyri-spesifik irinli infeksiya, eləcə də anaerob infeksiya, tetanus, difteriya, quduzluq və s. inkişaf edə bilər.

2. **Qanaxmalar** – birincili və ikincili olur.

3. **Yara kənarlarının aralanması** sağlamanın ağır fəsadı hesab olunur. xüsusilə qarın boşluğuna nüfuz edən yaralarda daxili üzvlərin xaricə çıxması (eventerasiya) zamanı təhlükəlidir.

4. **Çapıqlar** . Hər hansı bir yaranın sağlamanın nəticəsi çapıqdır. Birincili bitişmə ilə sağalmada çapıq hamar, xətti və elastiki olur. İkincili bitişmə ilə sağalmada çapıq nahamar, sərt, az hərəkətli və piqmentasiyalı olur. Hipertrofiyalaşmış kobud çapıq dərinin səthində yuxarı qabarmış şəkildə olur, qırmızı çalarlı, həssas və ağrılı olub qaşınma yaradır. Belə çapıq kelloid çapıq adlanır. Kelloid çapıqlar hətta əhəmiyyətsiz yaralar (iynə vurmaq, həşərat dişləməsi və s.) zamanı da əmələ gələ bilər.

Yaralanmalar zamanı ilk yardım

İstər müharibə zamanı, istərsə də sülh dövründə ilk yardımı qəzaya uğramış adamın özü, ya da ətrafdakı şəxslər, nadir hallarda isə tibb personalı göstərir. İlk yardım əsasən aşağıdakılardan ibarətdir: qanaxmaların müvəqqəti dayandırılması (sarğı, kəmər), yaranı çirklənmədən və infeksiya düşməsindən qorumaq (yara kənarlarının yodla silinməsi və sarğı qoyulması), qanıtirmə nəticəsində əmələ gələ bilən bütün ağırlaşmalara qarşı mübarizə, həkim yardımı göstərmək üçün yaralıları dərhal xəstəxananın cərrahi şöbəsinə göndərilməsi.

Yaralanma zamanı ən təhlükəli hal qanaxmadır. Yaralanmadan sonra kəskin qanaxma çox zaman ölümə səbəb olur. Buna görə də ilk tədbir qanaxmanı dayandırmaqdan ibarət olmalıdır. Bu məqsədlə bütün vasitələrdən–turnadan, damarların sıxılmasından, sıxıcı

sarğılardan istifadə edilməlidir. Qanaxmanı, yaranı tamponada etmək üsulu ilə də dayandırılar. Lakin dişlənmiş yaralar istisna olunur. Bu yaralar zamanı heyvanın tüpürcəyinin və ilanın zəhərinin çıxarılması üçün qanın axmasına imkan vermək lazımdır.

Sarğı qoymazdan əvvəl yara nahiyəsi tam və ya hissə-hissə paltar və ayaqqabılardan azad edilir. Yaralanmalar, eləcə də digər zədələnmələr zamanı zərərçəkənlərin paltar və ayaqqabılarını çıxararkən əlavə xəsarət verməməkdən ötrü aşağıdakı qaydalara əməl etmək lazımdır:

- Paltarı əlavə travma vermədən zərərçəkənin sağlam tərəfindən ehtiyatla çıxarmaq lazımdır. Məsələn əgər sağ əl yaralanıbsa, onda köynəyi əvvəlcə sol əldən çıxartmaq lazımdır;

- Ağır zədə almış adamlarda paltarı soyundurmaq çətin olduğuna görə və ya paltar yaraya yapışmışsa, paltarı yara ətrafında qayçı ilə kəsmək lazımdır.

- Güclü qanaxmalar zamanı paltar tikiş yerlərindən sökülməlidir;

- Ayaqqabıları çıxartmaq lazım gəldikdə onları arxadan, tikiş yerindən sökərək ilk növbədə daban azad edilməlidir;

- Ətraflardan paltar və ayaqqabı çıxarıarkən köməkçi şəxs əl və ayağı tutmalıdır;

- Yaranın sahəsindən və lokalizasiyasından asılı olaraq zərərçəkən tam və ya hissə-hissə soyundurulmalıdır;

- Əgər lazım gəlməzsə, xəstəni tam soyundurmaq (xüsusilə də soyuq aylarında) məsləhət görülmür. Yalnız bədənin manipulyasiya görülməli nahiyəsi paltardan azad edilir.

Yaraları infeksiyadan qorumaq məsələsi də az əhəmiyyət kəsb etmir, çünki yaraların infeksiyalaşması sonralar bir sıra ağırlaşmaların əmələ gəlməsində başlıca rol oynaya bilər. Aseptik sarğılar yaranı etibarlı şəkildə infeksiyalardan mühafizə edə bilər. Bunun üçün fərdi sarğı zərfindən istifadə etmək daha məsləhətdir. Steril material olmadıqda imkan daxilində yaranı açıq saxlamaq məsləhətdir. Əgər bu da mümkün olmazsa, təmiz ütülü parça ilə yara sarınmalıdır. Sarğı qoyulmazdan əvvəl yara və onun kənarları palçıq, cırılmış paltar hissələri və torpaqdan tənzip və pinsetlə azad edilməli, yara ətrafında olan tüklər qırılmalıdır. Qırılan zaman elə etmək lazımdır ki, tüklər yaraya düşüb onları çirkləndirməsin. Yaranın ət-

rafındakı dəri tüklərdən təmizlənir, antiseptiklərin spirtdəki məhlulları ilə işlənir və aseptik sarğı qoyulur. Yad cismin yaradan kənarlaşdırmaq məsləhət görülmür. Mütləq ətrafların immobilizasiyası aparılır və antibiotik yeridildikdən sonra xərekdə uzanmış vəziyyətdə cərrahi şöbəyə göndərilir. Yaranın dərin qatlarından yad cisim və torpağı çıxartmağa icazə verilmir. Çünki bu, yaranın daha çox infeksiyalaşmasına və ağırlaşmaların əmələ gəlməsinə səbəb olar (qanaxma, üzvlərin zədələnməsi və s.). Aseptik sarğılar qoyulduqda yara səthinə əllə toxunulmamalıdır.

Yaralanmalarda qanıtirmə zamanı beyinin qansızlaşmasının qarşısını almaq üçün xəstəni hamar səthdə uzandırmaq lazımdır. Çoxlu qanıtirmə nəticəsində əmələ gələn bayılma, kollaps zamanı xəstəni elə vəziyyətdə uzandırmaq lazımdır ki, baş gövdədən aşağı səviyyədə olsun, bəzən «öz-özünə qanköçürmə» üsulundan istifadə edilir—uzanmış yaralının ətrafları yuxarı qaldırılır. Bununla da müvəqqəti olaraq ağ ciyərlərdə, beyində, böyrəklərdə və həyat üçün əhəmiyyətli olan başqa üzvlərdə dövran edən qanın miqdarı artır.

Başın yumşaq toxumaları zədələndikdə ilk yardım qanaxmanı saxlamaqdan ibarətdir, çünki ən kiçik yaralanma güclü qanaxma verə bilər. Yumşaq toxumanın altında kəllə sümükləri olduğu üçün qanaxmanı müvəqqəti saxlamaqdan ötrü sıxıcı sarğıların qoyulması əlverişlidir. Bəzən arteriyanı barmaqla sıxıb saxlamaq da olar (xarici gicgah arteriyasını qulaq seyvanı önündə, xarici çənə arteriyasını alt çənənin aşağı kənarında). Başın yaralanması zamanı ən qorxulu hal eyni zamanda beyində travmanın olmasıdır (sarsıntı, əzilmə, sıxılma). Belə yaralanmalarda ilk yardım yaralını üfüqi vəziyyətdə uzandırıb, sakitlik yaratmaqdan və dərhal xəstəxanaya aparmaqdan ibarətdir. Travmatik şok təhlükəsi yaranarsa ağırızıləşdırma aparılır, şok əleyhinə qanəvəzedicilər və preparatlar yeridilir, arterial təzyiq qaldırılır. Eyni zamanda yara antiseptiklərlə təmizlənir.

Döş qəfəsini dəlib keçən yaralar son dərəcə qorxulu hesab edilir. Çünki bu zaman həyat üçün əhəmiyyətli üzvlərin zədələnməsi ilə yanaşı yara yerindən plevra boşluğuna hava daxil olub açıq pnevmotoraks əmələ gətirə bilər. Bu da öz növbəsində çox ağır vəziyyətə —plevropulmonal şoka səbəb olur. İlk yardım göstərən şəxs bilməlidir ki, belə yaraları hermetik bağlamaqla, bu ağırlaşmanın

əmələ gəlməsinin qarşısını almaq olar və ya onu əhəmiyyətli dərəcədə azaldar. Plastr olmadıqda xüsusi sarğı zərflərinin müşənbə örtüyündən istifadə edib yaranı bintlə bərk sarımaq olar.

Qarın boşluğuna keçən yaralanmalarda ilk yardım göstərməyin də bəzi xüsusiyyətləri vardır. Daxili üzvlərin xaricə çıxması (piylik, bağırsağ ilgəyi və s.) müşahidə edilirsə, onları içəriyə salmaq qadağan edilir. Çünki bu qarın boşluğunun infeksiyalaşmasına və periton qişasının iltihabına (peritonitə) səbəb olur. Aseptik sarğı xaricə çıxmış üzvlə bir yerdə yaraya qoyulur. Qarın boşluğunun yaralanmalarında mədə və bağırsaqlar zədələnmə bildiyi üçün zərərçəkənə yemək vermək, su içirtmək, dərman vermək olmaz. Bu peritonitə səbəb ola bilər.

İlk yardımın əsas vəzifələrindən biri də yaralını dərhal tibb müəssisəsinə, daşınma qaydalarını pozmadan göndərməkdir. Bu zaman yaranın növü, olduğu nahiyə və qanıtırmənin dərəcəsi nəzərə alınmalıdır. Bütün yaralanmış şəxslərə, mümkün qədər tez tetanus əleyhinə profilaktika aparılmalıdır.

Tetanusun təcili profilaktikası qeyri-spesifik və spesifik ola bilər. Spesifik profilaktika 3000 AV tetanus əleyhinə zərdab (TƏZ) və ya 400 AV antitetanus immunoglobulini (TƏİİ) vurmaqla yerinə yetirilir və tetanus əleyhinə anatoksin (TƏ) 1 ml tətbiq olunur.

a) əvvəllər peyvənd olunmuş şəxsə - 0,5 ml. TƏ inyeksiya edilir

b) əvvəllər peyvənd edilməmişsə, 1 ml. TƏ enjektə edilir, sonra Bezredko üsulu ilə 3000 AV tetanus əleyhinə zərdab vurulur, sonra 30 gündən sonra immunitetin yaranması üçün 0,5 ml. TƏ yeridilir.

Zərdabın Bezredko üsulu ilə yeridilməsi belədir:

- 0,1 ml. zərdab dəri içərisinə vurulur, 20-30 dəqiqə gözlənilir, əgər reaksiya yoxdursa, o zaman:

-0,1 ml. zərdab dəri altına yeridilir, 20-30 dəqiqə gözlənilir, heç bir reaksiya yoxdursa, onda bütün doza əzələ daxilinə yeridilir (23-cü mövzuda tetanusun təcili profilaktikası daha ətraflı verilmişdir).

Yaraların müalicəsi

Yaralanmalar zamanı əgər xəstədə travmatik şok müşahidə olunarsa ilk növbədə xəstəni şok vəziyyətindən çıxartmaq lazımdır.

Yaraların müalicə taktikası yaranın xarakterindən, lokalizasiyasından, həcmindən və yaralanma müddətindən asılıdır. Təzə səthi yaralar, sıyrıntılar, cızıqlar antiseptik məhlullarla işlənir (yaranın tualeti) və aseptik sarğı qoyulur. Belə yaralar öz-özünə tikiş qoyulmadan sağalır. Digər hallarda yaraların ilkin cərrahi işlənməsi zəruridir. Xəstə əməliyyata hazırlandığı kimi yaranın birincili cərrahi işlənməsinə də hazırlanır. Əvvəl yaranın tualeti icra edilir yara kənarındaki dəri antiseptiklərlə silinir. Yaranın həcmindən asılı olaraq ağrısızlaşdırma növü seçilir (ümumi və ya yerli). Tam təftiş aparmaq üçün yara lazım gəldikdə genişləndirilir. Nekrozlaşmış toxumanı, yad cismi, eyni zamanda infeksiyalaşmış toxumaları çıxartmaq üçün yara kənarları və dibi kəsilərək götürülür. Bundan sonra hematomanın və yaranın irinləşməsinin profilaktikası üçün əhatəli hemostaz aparılır. Təmiz və az çirklənmiş yaralarda yaranın qat-qat tikilməsi icra edilir. Əgər yaralanmadan 12 saatdan çox vaxt keçmişsə, onda yara drenaj qoyulmaqla tikilir. Əgər yaralanmadan 24 saatdan çox vaxt keçmişsə və ya yara güclü çirklənmişsə və ya dişlənmiş yaradırsa onda yaraya tikiş qoyulmur. Belə yaralar yalnız drenajlanır.

Nüfuz edən yaralarda yara təftiş olunmaq üçün boşluqa qədər kəsilərək açılır. Tikiş qoyulduqdan sonra yara, əməliyyatdan sonrakı yara hesab olunur. Hematomanın profilaktikası üçün birinci gün yaraya buz qovduğu qoyulur. Sarğı günaşırı dəyişdirilir. Qan dövranını və mübadilə proseslərini yaxşılaşdırmaq üçün xəstəyə aktivlik verilir. Tikişlər ağırlaşmayan yaralarda 5-8-ci gün açılır.

İrinli yaraların müalicəsi

Yara vaxtında və cərrahi işlənmə keyfiyyətli aparılmadıqda irinləmə baş verir. Bu zaman yaranın kənarları qızarır, ödemli olur, ümumi və yerli temperatur artır, yara nahiyəsində ağrı və xəstənin ümumi vəziyyətində halsızlıq əmələ gəlir. Belə hallarda yaranın yaxşı drenajlanması üçün şərait yaratmaq lazımdır (yaranın ikincili cərrahi işlənməsi).

Bu məqsədlə əgər tikiş qoyulmuşsa onlar sökülür və irinlik açılaraq irin xaricə tökülür. İrinin axmasını yaxşılaşdırmaq üçün lazım

gəldikdə əlavə kəşik aparılır. Bundan sonra yaraya onun ölçüsündən asılı olaraq rezin zolaq, drenaj boru, hipertonic məhlulda isladılmış sıx tampon qoyulur. İntoksikasiya ilə mübarizə məqsədi ilə çoxlu miqdarda intoksikasiya əleyhinə mayelər yeridilir, yüksək kalorili, vitaminli qidalar təyin edilir. Kəskin əlamətlər azaldıqdan sonra antiseptik maddələr və məlhəmli sarğılar tətbiq olunur.

Nekrotik toxumaların əriməsini və yaraların təmizlənməsini sürətləndirməkdən ötrü proteolitik fermentlərdən (tripsin, ximopsin, ximotripsin) istifadə olunur. Patogen floranı məhv etməkdən ötrü yerli və parental olaraq antiseptiklər və antibiotiklər işlədilir. Antibiotiklər yaradakı mikroblara qarşı həssaslıq təyin edilərək seçilir. Antiseptik preparatlar toz şəklində və ya yaraların yuyulmasından ötrü işlədilir. Bu məqsədlə 1%-li dioksidin, 0,02%-li xlorheksidin və s. istifadə olunur. Üçüncü sutka levomikol, levosin, 5%-li dioksidin kimi suda həll olan məlhəmlərdən istifadə etmək olar. Yarışmış sarğıları dəyişərkən əlavə ağrı və qanaxma olmasın deyərək onları qabaqcadan isladaraq açmaq lazımdır.

Yaradan pis qoxunu aradan götürmək üçün metronidazoldan istifadə edilir. Yara nekrotik toxumalardan təmizləndikdən sonra regenerasiya mərhələsində solkoseril, Vişnevski məlhəmi istifadə olunur. Sonda fizioterapevtik proseduralar təyin olunur.

Yoxlama sualları:

1. *Yara nədir və yaraların əsas klinik əlamətləri hansılardır?*
2. *Yaralayıcı silahın xarakteri və yaranın əmələ gəlmə sürəti ağrı sindromunun intensivliyinə necə təsir göstərir?*
3. *Yarada qanaxmanın intensivliyi hansı amillərdən asılıdır?*
4. *Yara ağzının açıq olması nədən asılıdır?*
5. *Yaralanmalar zamanı həkimə qədərki yardım nədən ibarətdir?*
6. *Toxumaların zədələnmə xarakterinə görə yaraların təsnifatını izah edin.*
7. *Yaraların birincili cərrahi işlənməsi necə icra olunur?*
8. *Yaraların sağalma növləri hansıdır?*
9. *Yara prosesinin mərhələləri haqqında məlumat verin.*
10. *Qanlı silah yaralarının müalicə prinsipləri nədən ibarətdir?*
11. *İrinli yaraların müalicə prinsipləri nədən ibarətdir?*
12. *Dışlanmış yaraların hansı xüsusiyyətləri vardır?*
13. *Qartmaq altında sağalma necə gedir?*
14. *Nekrotik toxumaların əriməsini sürətləndirməkdən ötrü hansı fermentlər tətbiq olunur?*
15. *Qranulyasiya toxumasının əmələ gəlməsinə şərait yaratmaq üçün nə lazımdır?*

16. İrinli yaraların əlamətləri nədir?
17. Deşilmiş yaraların hansı xüsusiyyətləri vardır?
18. Yaraların sağalmasının hansı ağırlaşmaları vardır?
19. Qarışmış yara dedikdə nə başa düşülür?
20. Yaraların birincili bitişmə ilə sağılması dedikdə nə başa düşülür?

Situasiya məsələləri:

I. 52 yaşlı dülgər emalatxanada işləyərkən sol çiyin qurşağının cırılmış yarasını almışdır. Özü yarayı işləyib, sarğı qoyaraq işləməyə davam etmişdir. İki gündən sonra yara nahiyəsində ağrı, temperaturun 38°C -yə qalxması şikayətləri ilə həkimə müraciət etmişdir. Baxma zamanı zədələnmiş nahiyənin irinli iltihabi prosesinin klinik mənzərəsi müşahidə olunur: yara kənarları ödemli olub irinli ifrazat vardır. Bu zaman müalicə taktikası nədən ibarət olmalıdır?

II. Təcili yardım bir xəstəni "Üzün sol hissəsinin kəsilmiş yarası" diaqnozu ilə xəstəxananın cərrahi şöbəsinə çatdırdı. Yara 10 dəqiqə əvvəl sunmuş şüşə parçasının təsirindən əmələ gəlmişdir. Sarğı otağında yerli anesteziyadan sonra yara antiseptik məhlullarla işləndi, kənarları və dibi kəsilərək götürüldü və kosmetik tikiş qoyulduqdan sonra aseptik sarğı tətbiq olundu. Xəstəyə tetanusa qarşı serum vuruldu. Ambulator müalicə təyin edildi. Həkimin səhvi nədir və niyə?

MÖVZU 23. Termiki zədələnmələr. Kimyəvi yanıqlar. Udlağın və qırtlağın yanıqları.

Tələbə bilməlidir.

- ✓ Təsiredici amilin növünə, lokalizasiyasına, zədənin dərinliyinə, zədələnmənin sahəsinə görə yanıqların təsnifatını
- ✓ Termiki amillərin növlərini;
- ✓ Yanığın ağırlıq dərəcəsinin təyin edilməsini;
- ✓ Yanıq xəstəliyinin mərhələlərini;
- ✓ Yanıq xəstəliyinin ağırlaşmalarını;
- ✓ Yanmışların tibbi çeşidlənməsini;
- ✓ Termiki yanıqlar zamanı ilk tibbi yardım göstərməyi.
- ✓ Yanıq sahəsinin hesablanma üsullarını;
- ✓ Yanığın dərinliyinin təyini
- ✓ Yanıq xəstəliyinin kliniki gedişini.
- ✓ Termiki yanıqların konservativ və operativ müalicəsini
- ✓ Kimyəvi yanıqlar zamanı ilk yardım göstərməyi.
- ✓ Termiki yanıqlar zamanı xəstələrdə sarımanın əsas növlərinin yerinə yetirilməsini

Mühazirənin planı

- “Yanıq” və “yanıq xəstəliyi” anlayışı
- Yanıqların təsnifatı.
- Yanıq sahəsinin hesablanması.
- Yanıqların kliniki mənzərəsi.
- Yanıq xəstəliyinin mərhələləri
- Yanıqlar zamanı ilk yardım.
- Yanıqların yerli və ümumi müalicəsi.
- Kimyəvi yanıqlar.

Yüksək temperaturun, kimyəvi maddələrin, eləcə də elektrik cərəyanının və ionlaşdırıcı şüaların təsiri nəticəsində orqanizmin toxumalarının zədələnməsinə yanıq deyilir. Ümumdünya Səhiyyə Təşkilatının göstəricilərinə görə sülh dövründə bütün zədə alanların 6%-i termiki zədələnmələrin payına düşür. Bütün dünya üzrə inkişaf etmiş sənaye ölkələrində yanıqdan xəsarət alanların sayı hər il artmaqdadır. Bunların içərisində ən çox termiki yanıqlara rast gəlinir.

Yanıqların təsnifatı

- I. Baş vermə şəraitinə görə yanıqlar aşağıdakı qruplara bölünürlər.
- ✓ istehsalat;
 - ✓ məişət;

✓ hərbi.

II. Etioloji əlamətlərə görə yanıqların aşağıdakı növləri ayırd edilir.

✓ Termiki yanıqlar;

✓ Kimyəvi yanıqlar;

✓ Elektrik yanıqları;

✓ Şüa yanıqları.

Termiki yanıqlar qeyd etdiyimiz kimi digər yanıqlara nisbətən daha çox təsadüf edilir. İsti əşyaların, alovun, buxarın, qaynar mayelərin orqanizmə birbaşa təması nəticəsində əmələ gəlir. Bu zaman toxumanın zədələnmə dərəcəsi aşağıdakı amillərdən asılı olur:

✓ temperaturun təsiri (temperatur nə qədər yüksək olursa, bir o qədər yanıt dərəcəsi ağır olur);

✓ isti amillə təmasın müddəti (nə qədər uzun davam edirsə, bir o qədər zədələnmə çox olur);

✓ ətraf mühitin rutubəti (nəmişliyi) – (nə qədər yüksəkdirsə, o qədər yanıt dərəcəsi ağır olur);

✓ dəri ilə təmasda olan əşyanın (buxar, su, hava, alov, metal və s.) istilikkeçirmə qabiliyyəti-(istilik keçirmə yüksək olduqda zədələnmə dərəcəsi çox olur. Məsələn, saunada 100°-li quru buxar yanıt törətmir, lakin həmin dərəcədə su ağır və dərin yanıt törədir.)

✓ xəstənin dəri örtüyünün və bütövlükdə, orqanizmin vəziyyəti.

Alov yanıqlarına daha tez-tez rast gəlinir (50%). Bunlara tonqal yanıqlarını, peç, yanğı, benzin alışması və s. misal göstərmək olar. Alovun temperaturu 2000-3000 °C-yə çata bilir. Alov yanıqları zamanı yanan şəxs alovla nəfəs aldığı üçün onun tənəffüs yolları da yanıb olur. Qaynar maye və buxar yanıqları termiki yanıqların 20%-ni təşkil edir. İsti əşyalarla təmas və digər səbəblərdən baş verən yanıqlar isə termiki yanıqların 10%-ni təşkil edir. Ağır yanıqlar xüsusi ilə ərimiş metalların təsiri nəticəsində əmələ gəlir.

Yanıt zədəsinin ağırlığı zədələnmənin sahəsi və dərinliyi ilə yanaşı, tənəffüs yolları yanığının mövcudluğu, zəhərlənmələr və yanaşı gedən xəstəliklərlə təyin edilir. Yanıt sahəsi bədən səthinin 10%-ə qədər (uşaqlarda 5%-ə qədər) olduqda və ona tənəffüs yollarının yanığı və zəhərlənmə qoşulmadıqda belə yanıqlar özünü yerli proses kimi göstərərək məhdud yanıqlar adlanırlar.

Geniş sahəli və daha dərin toxumaların əhəmiyyətli dərəcədə yanması orqanizimdə bir sıra ciddi ümumi pozğunluqlar əmələ gətirir və bu isə ağır xəstəlik sayılan yanıq xəstəliyinin inkişafına səbəb olur.

Kimyəvi yanıqlar dəri və ya selikli qişalara qatı turşuların, aşıləyıcı qələvilərin, bəzi ağır metal duzlarının (gümüş nitraf, sink xlorid), fosforun və s. təsiri nəticəsində əmələ gəlir. İstehsalatda ən şox bədənin açıq nahiyələri yanığa məruz qalır. Xəstələr səhvən və ya qəsdən kimyəvi mayeləri içdikdə ağız boşluğunun selikli qişası, qida borusu və mədədə yanıq inkişaf edir. Kimyəvi yanıqlar bütün yanıqların 5-7%-ni təşkil edir.

Elektrik yanıqları daxili üzvlərin elektromaqnit sahəsi tərəfindən zədələnməsi ilə müşayiət olunur. Elektrik yanıqları bütün yanıqların 3 %-ni təşkil edir.

Şüa yanıqları ultrabənövşəyi, ultraqırmızı və ionlaşdırıcı şüaların təsirindən yarana bilər.

III. Lokaliziyasına görə yanıqlar aşağıdakı növlərə bölünür.

- ✓ üzün yanıqları;
- ✓ başın tüklü hissəsinin yanıqları;
- ✓ yuxarı tənəffüs yollarının yanıqları;
- ✓ bədənin hərəkətli hissələrinin (ətrafların) yanıqları;
- ✓ bədənin az hərəkətli hissələrinin (gövdənin) yanıqları;
- ✓ aralığın yanıqları.

Orqanizimdə dəri örtüyünün qalınlığı müxtəlif nahiyələrdə fərqli olur. Dərisi daha nazik olan nahiyələrin (üzün, boğazın, ətrafların daxili səthinin) yanıqları daha dərin olur. Üz yanıqları tez-tez gözün, ağız boşluğunun, tənəffüs yollarının yanıqları ilə müşayiət olunduğuna görə xəstəlik daha ağır keçir və proqnoz əhəmiyyətli dərəcədə pisləşir. Oynaq nahiyələrinin yanığı ətrafların funksional pozğunluğuna səbəb olur. Aralığın yanığı ifrazat üzvlərinin funksiyasını pozur.

IV. Zədələnməmiş toxumaların dərinliyinə görə yanıqların 4 dərəcəsi ayırd edilir: (şəkil 83)

I dərəcə-epidermisin zədələnməsi nəticəsində dərinin ödemi və hiperemiyası müşahidə olunur.

II dərəcə-epidermisin ayrılması nəticəsində suluqlar əmələ gəlir.

III A dərəcə-dərinin üst qatının nekrozu baş verir. Bu zaman tük kisəcikləri tər və piy vəziləri zədələnmir.

III B dərəcə- dərinin bütün qatlarının nekrozu baş verir.

IV dərəcə-dərinin bütün qatları ilə yanaşı, altda yerləşən bütün toxumalar (dərialtı piy toxuması, fassiya, əzələlər, sümüklər) nekrozlaşır.

I,II,III A dərəcəli yanıqlar səthi yanıqlara, IIIB və IV dərəcəli yanıqlar isə dərin yanıqlara aiddir.

Yanıq sahəsinin hesablanması

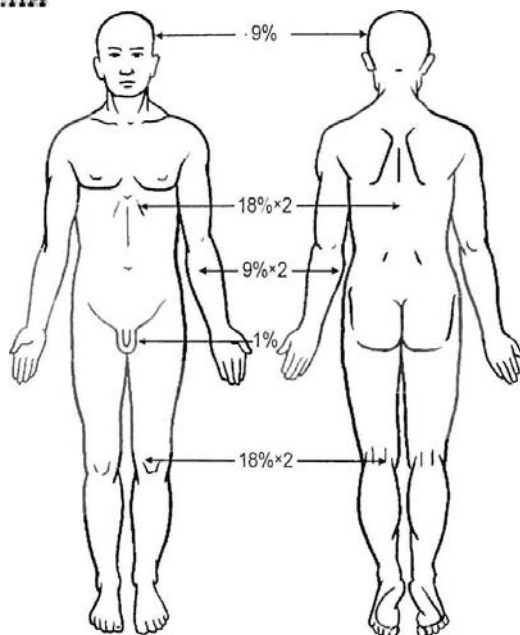
İnsanın dəri səthinin sahəsi 15000 sm^2 -la 21000 sm^2 arasında dəyişir. Termiki zədələnmənin ağırlığını qiymətləndirmək üçün yanığın dərinliyindən əlavə onun sahəsi də mühüm əhəmiyyət kəsb edir. Xəstəliyin proqnozu və müalicəsi üçün yanmış nahiyənin sahəsini təyin etmək lazımdır. Yanıqların ümumi sahəsinin daha dəqiq müəyyənləşdirməyə imkan verən bir çox sxemlər yaradılmışdır. Bunlardan ən çox istifadə olunanı aşağıdakılardır.

1.Doqquzlar qaydası. Yanıq sahəsini ölçmək üçün ən sadə və əlverişli metod Uollesin doqquzlar qaydasıdır. Bu qaydaya görə başın və boyun səthlərinin sahəsi bədənin ümumi sahəsinin 9%-i, yuxarı ətrafın biri 9%, gövdə öndən – $2 \times 9 = 18$ %-ni, gövdə arxadan $2 \times 9 = 18$ %-ni, aşağı ətrafın biri $2 \times 9 = 18$ %-ni və aralıq 1 %-ni təşkil edir (ümumilikdə 100 %).

2.Ovuc üsulu (J.J.Qlumov metodu). Bu üsula görə xəstənin ovucunun sahəsi onun ümumi bədən səthinin sahəsinin 1%-i kimi qəbul edilir. Bu üsuldən kiçik sahəli yanıqlar üçün istifadə olunur.

3.Postnikov metodu. Daha dəqiq nəticəni Postnikov metodu-nu tətbiq etməklə əldə etmək olur. Yanıq səthinə şəffaf steril plyonka qoyularaq üzərində zədələnmiş dərinin konturları brilyant yaşılı və ya digər rəngləyicilərlə çəkilir. Sonra həmin plyonka millimetrlük ağ kağızın üzərinə qoyularaq sahə kvadrat santimetrlə hesablanır. Hesablanan sahənin insanın bədən səthi sahəsi faizlə müqayisə edilərək yanıq sahəsi təyin edilir. Orta boylu insanda ümumi bədən sahəsi təxminən 16000 sm^2 . Yəni $1\% = 160 \text{ sm}^2$.

Yanığın sahəsini və dərəcəsinə rahat göstərmək üçün kəsr xəttindən istifadə edilir. Bu zaman kəsrin surəti yanıq sahəsini, məxrəci isə dərəcəsinə göstərir. Məsələn gövdənin ön hissəsinin IIIA dərəcəli 15 %-li yanığı belə qeyd olunur: Gövdənin ön hissəsinin termiki yanığı $\frac{15\%}{IIIA}$



Şəkil 41. Yanıq sahəsinin doqquzlar üsulu ilə ölçülməsi

Yanıqların klinik mənzərəsi

I dərəcəli yanıqlar dərinin kəskin hiperemiyası və ödemi ağrılarla xarakterizə olunur. Zədələnmiş nahiyəyə yanıqdan dərhal sonra baxdıqda, sağlam dəriyə nisbətən azacıq qalxmış parlaq çəhrayı rəngli dəri görünür. Bir neçə gündən sonra dərinin üst qatı quruyur, büzüşür və qabıqlanır. Yanıq yerində piqmentasiya qalır və bir müddət sonra keçib gedir.

II dərəcəli yanıqlar suluqların əmələ gəlməsi ilə xarakterizə olunur. Suluqlar yanıqdan bir neçə dəqiqə sonra, bəzən ertəsi gün meydana çıxır. Onların işərisi, seroz maye ilə dolmuş olur. Dəri həmçinin qızarır və ödemləşir, xəstədə ağrı hissi olur. İnfeksiyalaş-

madıqda 10-12 gün ərzində sərbəst epitelizasiya baş verir. Çapıqlar əmələ gəlmir.

III dərəcəli yanıqlar dərinin səthi qatının nekrozu (IIIA) və ya bütün qatlarının nekrozlaşması (IIIB) ilə xarakterizə olunur. Yanıq səthində qalın divarlı suluqlar və açıq qəhvəyi və ya ağ bozuntul rəngli quru qartmaq əmələ gəlir. Qartmağın yaranmasının səbəbi zülalları koagulyasiyası və qan dövranının dayanmasıdır. III A dərəcəli yanıqların sağalması yaranın II –li sağalması prinsiplərinə əsaslanır. Qartmaq qopduqdan sonra qranulyasiya görünməyə başlayır və tədricən çapıq toxumasına keçir. Epitelizasiya isə yanıqın kənarından başlayır.

III B dərəcəli yanıqlar daha dərin olduğundan qartmaq zədələyici amilin növündən asılı olaraq quru, möhkəm, tünd qəhvəyi rəngli və yaş olur. Yanmış sahə parlaq ağ rəngdə olub perqament kağızını xatırladır. Yerli ağrı hissi olmur. Dərinin bütün qatları nekrozlaşdığı üçün epitel toxuması yavaş inkişaf edir və yanıq səthini tam örtmür. Yanmış nahiyədə kobud kelloid çapıq əmələ gəlir. III B dərəcəli yanıqların sağalması bir neçə ay davam edir.

IV dərəcəli yanıqlarda müxtəlif qalınlıqda və möhkəmlikdə qara və ya tünd qəhvəyi rəngli qartmaq mövcud olur. Sağalma böyük çapıqların meydana gəlməsi ilə çox yavaş baş verir. Ayrı-ayrı toxuma sahələrinin qopması, kömürləşməsi, hətta ətrafların öz-özünə amputasiyası müşahidə oluna bilər.

Klinik təcrübədə müxtəlif dərəcəli yanıqlar çox vaxt müştərək şəkildə yaranır. Yanıqların klinik gedişi onların dərəcəsi ilə yanaşı həmçinin yanıq səthinin sahəsindən də asılı olur. Yanıq sahəsi nə qədər böyükdürsə, xəstənin vəziyyəti bir o qədər ağır olur.

Ona görə də yanıqlar geniş və məhdud olmaqla iki yerə bölünür. Qeyd etdiyimiz kimi geniş sahəli yanıqlar bədən səthinin 10 %-i və ya daha çox hissəsini əhatə edir. Geniş sahəli və dərin yanıqlar xəstənin həyatı üçün təhlükəli olub yanıq xəstəliyini əmələ gətirir. Məsələn: bədən 30 % və daha çox hissəsinin yanıqları ölümlə nəticələnə bilər. Lakin bütün bədən səthini əhatə edən I dərəcəli yanıqlar da xəstə üçün kiritik sayılır.

Məhdud sahəli yanıqlar yerli dəyişikliklərdən başqa orqanizmin ümumi reaksiyasına da səbəb olur. Halsızlıq, bədən temperaturu-

nun qalxması, EÇR-in yüksəlməsi və leykositez şəklində təzahür olunan reaksiyalar yüngül olur və tez də keçir.

Yanıq xəstəliyi və onun mərhələləri.

Qeyd etdiyimiz kimi zəif yanıqlar özünü yerli proses kimi aparır. Əhəmiyyətli dərəcədə yanıqlar zamanı isə orqanizmdə ciddi ümumi pozğunluqlar müşahidə olunaraq yanıq xəstəliyi əmələ gəlir. Geniş sahəli və dərin yanıqlarda ümumi reaksiyanın verdiyi klinik əlamətlər, orqanizmin ilk saatlardan başlayaraq ta dəri örtüyünün bərpa olunduğu vaxta qədər davam edərək qabarıq şəkildə özünü göstərir. Bu zaman xəstənin ölümünə səbəb ola biləcək həyati vacib üzvlərin funksiyalarında əhəmiyyətli dərəcədə pozğunluqlar əmələ gəlir.

Yanıq xəstəliyi-dəri və dərialtı toxumaların termiki zədələnməsi zamanı orqanizmin ümumi reaksiyalarının və daxili üzvlərin funksiyalarının pozulması zamanı ortaya çıxan klinik əlamətlərin məcmusudur.

Yanmış xəstələrə qulluq edərkən tibb bacısı yanıq xəstəliyinin klinik gedişini yaxşı bilməlidir. Yanıq xəstəliyinin əlamətləri səthi yanıqların sahəsi 15-25% olduqda, dərin yanıqların sahəsi isə 10 %-dən çox olduqda özünü biruzə verir. Yaşlı və zəif şəxslərdə, eləcə də uşaqlarda yanıq sahəsi bədən səthinin 5%-i olduqda da yanıq xəstəliyi müşahidə edilə bilər.

Yanıq xəstəliyinin gedişində dörd mərhələ ayırd edilir.

- 1) Yanıq şoku
- 2) Yanıq toksemiyası
- 3) Yanıq septikosemiyası
- 4) Rekonvalensensiya dövrü

Yanıq şoku travmatik şokdan qanitirmənin olmaması, kəskin plazma itkisi, eritrositlərin hemolizə uğraması, böyrək funksiyasının özünəməxsus pozğunluğu ilə fərqlənir. Yanıq şoku zamanı qan təzyiqi zədə aldıqdan bir qədər sonra aşağı düşür. Şok ümumiyyətlə II - IV dərəcəli və bədən səthinin 10-15 %-dən çox hissəsi yandıqda inkişaf edir. Lakin şok bədən səthinin 50 %-dən yuxarı I dərəcəli yanıqlar zamanı da əmələ gələ bilər. Adətən yanıq şoku bir neçə sa-

atdan 2 və ya 3 günə qədər davam edə bilər. Yanıq şokunun gedişində qısa müddətli erektil və uzun müddətli torpid faza ayırd olunur. Erektillik fazada xəstələr inildəyir, kəskin ağrıdan şikayətlərin bəzən eyforiyada olurlar, nəbz sürətlənir, kafi dolğunluqda olur. Arterial təzyiq normal olur və bəzən də yüksəlir. Huşu aydın olur. Xəstə titrədir, əzələlərində aşkar səyrilmələr müşahidə olunur. Erektillik faza 1-1,5 saat davam edir, yəni travmatik şokun erektil fazasından daha uzun olur.

Şokun torpid mərhələsində tormozlanma əlamətləri ön plana çıxır. Xəstələr laqeyd, ətrafa etinasız olur və şikayət etmirlər. Bədənin temperaturu aşağı düşür, dəri örtüyü solğun olur, uzun cizgiləri kəskinləşir. Nəbz tez-tez və zəif dolğunluqda olur, arterial təzyiq aşağı düşür. Bəzi hallarda fasiləsiz qusma baş verir. Dodaqların, barmaq uclarının və qulaq seyvanının rəngi göyərir (akrosianoz).

Toksemiya mərhələsi yanıqdan bir neçə saat sonra başlayır. Şokdan çıxarıldıqdan sonra zərərçəkənin sonrakı vəziyyətini müəyyənləşdirir. Toksemiyanın inkişafında yanıq sahəsindən toxumaların parçalanma məhsulları və toksinlərin sorulması rol oynayır. Toksemiya dövrü bədənin yüksək temperaturu fonunda davam edir. Xəstələr süst, tormozlanmış vəziyyətdə olurlar. Əlaqəyə çətin girirlər, bəzən oyanıqlıq vəziyyətinə düşürlər. Ağır hallarda komatoz vəziyyət yaranır. Tənəffüs səthi, nəbz zəif və sürətli olur, ürək tonları karlaşır. Ürəkbulanma, qusma və defekasiya aktının ləngiməsi qeyd olunur. Sutkalıq sidik ifrazı azalır. Qan qatılaşdığına görə (plazma itkisi ilə əlaqəli) periferik qanda hemoqlobinin və eritrositlərin miqdarı artır. Bundan əlavə istiliyin birbaşa təsirindən eritrositlərin məhv olması baş verir, hemoliz meydana çıxır. Leykositlər formula sola meyilli olur. Sidikdə eritrositlər, zülallar və silindirlər təzahür edir.

Toksemiyanın müddəti zədələnmənin ağırlığından və zərərçəkənin orqanizminin ümumi vəziyyətindən asılı olaraq 10-15 gündək davam edə bilər. İnfeksiya inkişaf etdikdən sonra toksemiya mərhələsi, septikotoksemiya mərhələsinə keçir.

Septikotoksemiya mərhələsinin inkişafının əsasını infeksiyanın qoşulması təşkil edir. Klinik olaraq bu dövr əvvəlkindən az fərqlənir. Yanıq səthi çoxlu irinli möhtəviyyatla örtülü olur. Bu zaman

qızdırma hektik xarakter alır, anemiya artır, hipoproteinemiya başlayır. Qranulyasiya süst gedişli və solğun olur. Tez-tez yataq yaraları və metastatik irinciklər meydana çıxır. Periferik qanın mənzərəsi sepsisi xatırladır. Parenximatöz üzvlərdə, xüsusilə də böyrəklərdə dəyişikliklərin artması baş verir. Septikotoksemiyanın əsas əlaməti bakteremiyadır.

Rekonvalensensiya mərhələsində bədənin temperaturu, qanın və sidiyin göstəriciləri normallaşır, xəstənin iştahası düzəlir, nekrozlaşmış toxumalar qopmağa, yanıq səthində sağlam çəhrayı rəngli qranulyasiya görünməyə başlayır. İrinləmə prosesi dayanır. Epitelizasiya və çapıq əmələ gəlmə prosesi aydın görünür.

Yanıq xəstəliyinin klinik gedişinin bu dövrlərə bölünməsi olduqca şərtidir. Yanıq xəstəliyi zamanı xəstənin vəziyyətinin ağırlığı əsasən aşağıdakılardan asılıdır:

1. Yanığın dərəcəsi (dərindən)
2. Yanıq səthinin sahəsindən (%-lə)
3. Yanığın lokalizasiyasından (damar və sinirlərlə zəngin olan baş, boyun, qoltuq, qasıq nahiyələrinin yanıqları daha ağırdır)
4. Xəstənin yaşından (kiçik yaşlı uşaqlar yanıq xəstəliyini daha pis keçirirlər)
5. Yandırıcı amilin növündən (alov yanıqları, metal ərintisi ilə yanıqlar ağır hesab olunur).

Bunlardan əlavə xəstənin vəziyyətinin ağırlığı, həmçinin orqanizmin ümumi vəziyyətindən (avitaminoz, üzülmə və s.) də asılıdır.

Yanıqlar zamanı ilk yardım.

Yanıqlar zamanı İlk tibbi yardımın göstərilməsi qaydası aşağıdakı ardıcılıqlarla həyata keçirilir.

1. Termiki amilin təsiri dayandırılır, zərərçəkən yangından təmiz havaya çıxarılır. Yanan nahiyə paltardan azad edilir (əgər paltar hər hansı bir nahiyədən çıxarıla bilmirsə, bu zaman yara ətrafında qayçı vasitəsi ilə kəsilir). İsti əşyaları yara səthindən götürmək, isti əşyaların, mayenin, buxarın və s. dəri ilə təması dayandırmaq lazımdır. Bu nə qədər tez icra edilərsə yanıq dərəcəsi də bir o qədər az olacaqdır.

2. Yanmış nahiyə soyudulur. Sübut olunmuşdur ki, hətta termiki amilin təsiri dayandırıldıqdan sonra da belə toxumaların zədələnməsi davam edir. Çünki yanmış toxumalar yüksək temperaturda qızaraq özləri altdakı toxumalara termiki təsir göstərir. Buna görə də soyutma prosesi ilk tibbi yardımın əsas tərkib hissəsidir. Bu, yanmış nahiyəyə buz qovucu qoymaqla və ya axar su altında 10-15 dəqiqə saxlamaqla həyata keçirilir. Daha sonra yara soyuq anti-septik məhlullarla yuyulur.

3. Yanmış nahiyəyə aseptik sarğı qoyulur (üz nahiyəsinə sarğı qoyulmur, yalnız vazelinlə silinir).

4. Ağrıkəsicilər yeridilir və şok əleyhinə tədbirlər aparılır. Böyük həcmli yanıqlar zamanı ağrıkəsicilər (əzələ daxilinə 2- 5 ml. 50%-li analgin məhlulu) və narkotik analgetiklər (2%-li promedol, morfin, omnopon) yeridilir. Vena daxilinə şok əleyhinə qanəvəzdicilər (poliqlükin, reopoliqlükin və s.) istifadə edilir. Xəstəyə isti çay və 50 -100 ml. alkoqol verməklə isindilir. Çoxlu miqdarda qələvi tərkibli mayelərin içilməsi faydalıdır.

5. Ətrafların yanıqları zamanı onlar, şinalar və ya ləçək sarğısı vasitəsilə immobilizasiya edilir. Xəstə xərəkdə uzanmış vəziyyətdə stasionara göndərilir.

6. Travmatik şokun diaqnostikasından ötrü arterial təzyiq və nəbzə nəzarət edilir. İlk tibbi yardım göstərildikdən sonra ən qısa müddət ərzində xəstə tibb müəssəsinə çatdırılır. II-III-IV dərəcəli yanıqlar zamanı tetanusun profilaktikası məsələsi həll edilir.

Yanıqların yerli müalicəsi.

Yanığ yaralarının müalicəsi konservativ və operativ yolla aparılır. Metodun seçilməsi zədələnmənin dərinliyindən asılı olaraq seçilir. Konservativ müalicə 1-2 həftədən 4-6 həftəyədək səthi yanıqlar üçün yeganə üsuldur. Dərin yanıqlarda isə bir qayda olaraq ölmüş dəri örtüyü cərrahi müdaxilə ilə bərpa olunmalıdır. Hər iki üsulla müalicədən əvvəl yanığ səthinin işlənməsi icra olunmalıdır.

Yanığ səthinin işlənməsi (tualeti) Yanıq yaralarının yerli müalicəsi yaranın ilkin tualetindən başlayır (çox zaman bu manipulyasiyanı səhvən I-li cərrahi işlənmə adlandırırlar). Bu prosedura məh-

dud səthi yanıqlar zamanı və şok əlamətləri olmadıqda icra edilir. Ağrısızlaşdırma aparıldıqdan sonra aseptika qaydalarına riayət etməklə yerinə yetirilir. Prosedura aşağıdakılardan ibarətdir:

1. Yanıq ətrafındakı dərinin antiseptik məhlullarla işlənməsi.

2. Soyulmuş epidermisin hissələrinin və yad cisimlərin kənarlaşdırılması (çox çirklənmiş sahələr hidrogen peroksidlə təmizlənir).

3. Böyük suluqlar əsasından kəsilməsi və boşaldılması. Soyulmuş suluğu kəsib götürmək məsləhət görülmür. Çünki o, yara səthinə yapışdığı üçün ağrının azalmasına və yaranın epitelizasiyası üçün əlverişli şərait yaradan bir növ bioloji sarğı rolunu oynayır.

Sonrakı müalicə ya açıq, ya da qapalı və ya bu üsulların birləşdirilməsi şəklində aparılır.

Konservativ müalicə. Yerli konservativ müalicə qapalı və açıq şəkildə aparılır.

Qapalı üsul. Müxtəlif dərman maddələri ilə sarğıların istifadəsinə əsaslanır. Sarğılar günaşırı dəyişdirilir. Bu da yaraların vəziyyətini izləməyə imkan verir. Əksər hallarda sarıma zamanı şiddətli ağrı sindromunu (yanan zaman olan ağrıdan dəfələrlə çox) nəzərə alaraq sarğıların açılması, yaranın işlənməsi və yeni sarğıların qoyulması ümumi anesteziya ilə həyata keçirilir. Yaraların tualeti zamanı antiseptiklərlə (furasillin məhlulu, dioksidin) yaş-quruducu sarğıların qoyulması tövsiyə olunur.

Yaraların tualeti başa çatdıqdan sonra müxtəlif dərmanlı sarğılardan istifadə edilir. Bu məqsədlə sintomisin və streptomisin emulsiyası, Vişnevski məlhəmi, furasillin məlhəmi, levomikol və s. istifadə olunur. Sarğını tez-tez dəyişdirmək məsləhət görülmür.

Qapalı üsulun üstünlükləri aşağıdakılardır:

✓ sarğı yaraları ikincili infeksiyadan, travmadan və soyuqlamadan qoruyur;

✓ yarıdan suyun buxarlanmasını azaldır;

✓ bakteriyaların inkişafına mane olan və yaraların epitelizasiyasına kömək edən dərmanlar istifadə olunur;

✓ sarğısız xəstəni daşımaq mümkün olmur.

Qapalı üsulun çatmamazlıqları:

✓ nekrotik toxumaların əriməsi və qopardılması zamanı intoksikasiyanın təzahür etməsi;

- ✓ sarğuların ağrılı olması;
- ✓ sarğı materiallarının çoxlu məsrəfi və qoyulmasının əziyyətli olması (zəhmət tələb etməsi).

Açıq üsulla müalicə heç bir dərman tətbiq etmədən və ya dərman preparatlarını tətbiq etməklə aparıla bilər. Əsasən üz, boyun və aralıq nahiyəsinin yanıqları zamanı istifadə olunur. Bu nahiyələrdə sarğuların qoyulması və qulluq göstərilməsi çətinlik törədir. Açıq üsulla müalicənin əsas məqsədi bioloji sarğı rolunu oynayan quru qartmağı əmələ gətirməkdən ibarətdir. Bunun üçün havanın quruducu xassəsindən, ultrabənövşəyi şüalardan, zülalları koagulyasiya edən maddələrdən istifadə olunur.

Yara səthi koagulyasiya xassəli antiseptiklərlə silinir (5%-li kalium permanqanat, briliyant yaşılı və s.) və açıq saxlanılır. Bu zaman yaranın ətrafında quru, isti (26-28°C) havanın olması vacibdir. İşlənmə gün ərzində 2-3 dəfə təkrar olunur. Bu minvalla yara səthində quru qartmaq formalaşır. Burun dəliklərinə, qulaq keçəcəyinə, gözlərə xüsusi diqqət ayırmaq lazımdır. Son illərdə açıq metod istifadə olunan abakterial mühitlərdə 30-34°C-ə qədər qızdırılan steril havanın laminar axını olan palatalardan istifadə olunur. Bundan başqa xəstə yatağa qoyularaq, steril mələfələrlə örtülmüş və xüsusi lampaları olan karkasa yerləşdirilir və havası hava dəyişdiricilərlə təmizlənir. Lampadan ultraqırmızı şüalar toxumaların dərinliyinə nüfuz edərək onları mülayim şəkildə qızdırır və quru qartmağın əmələ gəlməsini sürətləndirir.

Açıq üsulun üstünlükləri aşağıdakılardır:

- ✓ toxuma parçalanması məhsulları nəticəsində əmələ gələn intoksikasiyanı azaldan quru qartmağın yaranmasına imkan verir;
- ✓ yanıq yarasında baş verən dəyişiklikləri və müalicənin effektivini daim izləmək üçün şərait yaranır;
- ✓ sarğı materiallarına qənaət edilir.

Açıq üsulun çatmamazlıqları aşağıdakılardır:

- ✓ açıq yara səthindən əhəmiyyətli dərəcədə maye və plazma itkisinin olması;
- ✓ qulluğun mürəkkəbliyi;
- ✓ xüsusi avadanlığın vacibliyi (kamera, karkas, quru hava üçün bakterial hava filtrləri, ultrabənövşəyi lampalar və s.).

Göründüyü kimi hər bir üsulun özünün üstünlükləri və çatmazlıqları vardır. Hər bir konkret hal üçün daha uyğun metod seçmək və ya onlardan müştərək istifadə etmək lazımdır.

Cərrahi müalicə. Məlhəmli sarğılardan istifadədən sonra yara səthi təmizləndikdə III B və IV dərəcəli yanıqlarda məcburi şəkildə dəri plastikasına müraciət edilir. Çünki dəri örtüyünün bərpası yanıqlarda sağlamanın əsas şərtidir. Yanmış nahiyələrin dərisi dəri transplanları ilə örtülür.

Yanıq yaralarının müalicəsində 3 növ cərrahi müalicədən istifadə olunur.

1.Nekrektomiya - bütün dərinliyi boyu qan damlası görünəndək qartmağın kəsilib götürülməsi.

2.Yara səthinin özbaşına və ya autodermoplastikaya qədər müvəqqəti allo-, hetero-transplantın və ya sintetik dərinin tətbiq edilməsi.

3.Konservativ müalicədən və qartmaq qopduqdan sonra aparılan dəri plastikası.

Geniş yanıqlarda, nekroz sahələri aydın göründükdə onlar tamamilə kəsilib götürülür və dermatomla bədənin sağlam dərisindən götürülmüş dəri parçası ilə dəri defekti bağlanır (autotransplantasiya). Dərinin daha böyük qüsurlarında hemotransplantasiyaya müraciət olunur. Bu dəri yapışmır. Sadəcə infeksiyadan qorumaq və plazma itkisinin qarşısını almaq üçün bioloji sarğı rolunu oynayır. Xəstənin vəziyyəti yaxşılaşdıqdan sonra autotransplantasiya icra olunur.

Ətraflarda oynaqların çapıq kontrakturalarının qarşısını almaq üçün onlara funksional əlverişli vəziyyət verilir. Bu şəxslərin müalicəsi zamanı fiziki üsullarla müalicələrdən geniş istifadə olunur.

Yanıqların ümumi müalicəsi.

Digər açıq zədələnmələrdə olduğu kimi, yanıqlar zamanı da xəstəyə tetanus əleyhinə zərdab anatoksini yeridilir. Şokun inkişafının qarşısını almaqdan ötrü analgetiklər və neyroleptanalgetiklər (droperidol, fentanil) və müxtəlif novokain blokadaları: ətrafların yanıqları zamanı- futlyar, döş qəfəsi yanıqları zamanı – vaqosimpa-

tik, qarın nahiyəsinin yanıqlarında paranefral blokada aparılır. Şok, toksemiya və plazma itkisi əleyhinə şokəleyhinə qanəvəzedicilər, qan, fizioloji məhlul və digər preparatlar vena daxilinə yeridilir. Sutka ərzində gündəlik köçürülən mayenin miqdarı 2500-3000 ml-ə qədər təşkil edə bilər. Ürək qan damar sisteminin həddindən artıq yüklənməsinin qarşısını almaq üçün ürək dərmanları və sidikqovucular təyin olunur.

Toksemiya zamanı böyrəklərin blokadası baş verə bilər. Böyrəyin işinə nəzarət etmək üçün xəstəyə daimi kateter qoyulur (normada 1 saat ərzində 50 ml. sidik ifraz olunmalıdır). Sidik ifrazında azalma, böyrək çatmamazlığının göstəricisidir. Anuriya zamanı maye köçürülməsindən əlavə paranefral blokada aparılır, böyrəklər nahiyəsinə diatermiya tətbiq edilir, sidikqovucular verilir.

Xəstə çox maye qəbul etməlidir. Duz-qələvi qarışıqları xüsusilə yaxşı təsir göstərir (1 litr suya 1 çay qaşığı xörək duzu və 1 çay qaşığı soda əlavə edilir). Ağır hallarda süni böyrək aparatına qoşub hemodializ aparılır. İnfeksiya ilə mübarizə aparmaqdan ötrü yara səthində yerləşən mikrofloraya qarşı həssaslığı nəzərə alaraq antibiotiklər istifadə olunur. Yanmış şəxslərin qidalanmasına böyük diqqət yetirilir. Qidalar yüksək kalorili, zülallar, vitaminlər və minerallarla zəngin olmalıdır.

Kimyəvi yanıqlar

Kimyəvi yanıqlar gətirənlər turşuların (xlorid, nitrat, sulfat, sirkə, karbol, çar arağı turşuları) və ya qələvilərin (aşındırıcı kalium, natrium, naşatır spirti, sönməmiş əhəng), fosfor və ya bir sıra ağır metalların duzları (gümüş nitrat, sink xlorid və s.) orqanizmə təsirdən əmələ gəlir. Zədənin ağırlığı və dərinliyi kimyəvi maddələrin növündən, qatılığından, təsir müddətindən və düşdüyü nahiyədən asılıdır. Kimyəvi maddələrin təsirinə selikli qişalar, aralığın və boyunun dəri örtüyü az, pəncənin və əlin ovuc hissəsi bir qədər çox davamlıdır.

İlk yardım məqsədilə əvvəlcə zədələyici amilin təsiri aradan qaldırılır. Sonra yanan nahiyə paltardan azad edilir. Yanıq səthi 20 dəqiqə müddətində soyuq su ilə yuyulur. (sulfat turşusu, sönməmiş

əhəng və fosforla yanmış dəri səthini yumaq olmaz). Bu zaman fosfor pinset vasitəsi ilə, sulfat turşusu və sönməmiş əhəng isə antiseptik məhlulda isladılmış sulfet vasitəsi ilə kənarlaşdırılır. Bundan sonra neytrallaşdırma işinə başlanılır. Turşu yanıqları zamanı turşuları neytrallaşdırmaq üçün 2%-li çay sodası məhlulundan istifadə edilir. Əgər geniş sahə kimyəvi yanığa məruz qalmışsa onda bu sahəyə tabaşir tozu və maqnezium oksidi səpmək lazımdır. Gözləri də nəzarətdən kənar saxlamaq olmaz. Kimyəvi maddə gözə düşdükdə, zədəli göz sağlam gözdən bir qədər aşağı olmaqla (kimyəvi maddənin digər gözə düşməsinin qarşısını almaqdan ötrü) onu 20 dəqiqə müddətində su ilə yumaq lazımdır. Bundan sonra zədələnən göz bağlanmalıdır. Qələvi yanıqlarını isə 2%-li sirkə və ya limon turşusu ilə neytrallaşdırılır.

Qida borusunun yanıqları termiki və kimyəvi ola bilər. Kimyəvi yanıqlar termiki yanıqlara nisbətən çox təsadüf edilir. Bu zaman ağız boşluğu, qida borusu, bəzən isə mədənin selikli qişası da yanmış olur. Yanığın dərəcəsi qəbul olunmuş maddənin miqdarından, onun kimyəvi aktivliyindən asılıdır. Klinik əlamətləri ağızda güclü ağrılardan, ağız suyunun axmasından, qanlı qusmadan ibarətdir.

İlk yardım zamanı mədə olduqca tez bir zamanda yuyulmalıdır. Ağrını azaltmaq məqsədilə xəstəyə bir neçə qaşığı zeytun və ya günəbaxan yağı içirdilir. Ağrıkəsici preparatlar vurulur.

Fosforun təsirindən əmələ gələn yanıt, turşu və qələvi yanıqlarından fərqlənir. Fosfor havada alovlandığı üçün kombinasiyalı yanıt - termiki və kimyəvi (turşu) əmələ gəlir. İlk yardım göstərəkən səthdə olan fosfor qırıntıları pinset, çubuq, pambıq və s. vasitəsilə xaric edildikdən sonra yanıt səthi 5%-li mis kuporosu məhlulu ilə təmizlənilib, oraya steril sarğı qoyulur. Yağ və məlhəmdən istifadə etmək əks göstərişdir, çünki bunlar fosforun orqanizmə sorulmasına səbəb olur. Yadda saxlamaq lazımdır ki, napalm (yanan alıxan qatışıq) bombalarında fosfor vardır. Buna görə də belə yanıqlara fosfor yanığı kimi baxmaq lazımdır.

Sönməmiş əhəngin təsirindən əmələ gələn yanıt səthini su ilə yumaq olmaz. Belə yanıt səthini yağlarla (heyvani, bitki yağları) təmizlədikdən sonra, əhəng qırıntılarını xaric edib, məlhəm sarğısı qoymaq lazımdır. Əzələ daxilinə 2-5 ml 50% analgin məhlulu yeri-

dilməklə ağrısızlaşdırma aparılır. Yara səthinə antiseptik sarğı qoyulur (anestezin suspenziyası ilə furasillin məhlulu) və ya yara köpüklü aeroxolla (pantenol) işlənir. Yanan nahiyəyə buz qovuşu qoyularaq xəstə xəstəkdə uzanmış vəziyyətdə stasionara göndərilir.

Udlağın yanıqları termik və kimyəvi amillərin təsirindən olur: onlar, adətən, ağız boşluğunun, qırtlağın, qida borusunun və mədənin yanıqları ilə birlikdə müşahidə olunur.

Ağız boşluğunun və udlağın termik yanıqları isti mayeləri təsadüfən udduqda, ağıza buxar, isti hava daxil olarkən əmələ gəlir. İsti mayelərdən törənən yanıqlara daha tez-tez və kiçik yaşlı uşaqlarda rast gəlinir.

Klinik şəkli. Ağız boşluğunda və udlaqda patoloji dəyişikliklər çox vaxt orta dərəcədə olur. Lakin qırtlaq qıdırdaqları tərəfindən dəyişikliklər isə diffuz ödemli hiperemiya ilə meydana çıxır. Bu hal, udma aktının sürətlənməsi ilə izah olunur, çünki isti maye udlaqda ləngimdir. Uşaqlarda qırtlaq nahiyəsinin ödemi şiddətli dərəcəyə çatır və asfiksiya törədə bilər. Ağız boşluğunun və udlağın termik yanıqları zamanı ağız suyu ifrazı, ağrı, göynəmə müşahidə edilir. Ağır və dərin yanıqlar zamanı isə selikli qişalarda ərp qeyd olunur, bədənin temperaturu yüksəlir.

Proqnoz udlaq və qırtlaq qapağına yanığın yetirdiyi xəsarətin dərinliyindən asılı olur. Qaynar su ilə törədilən yanıqdan dilin kökü ilə qırtlağın qapağı arasında bitişmələr, nekroz və xoralar əmələ gəlir.

Udlağın kimyəvi yanıqları qələvilərin (kaustik soda, natriumhidroksid, kaliumhidroksid), yaxud turşuların (sulfat, xlorid, nitrat, xrom, sirkə turşuları) udulması nəticəsində olur. Kimyəvi yanıqlar, adətən, toxumaya daha dərin nüfuz edir və onların ağır gedişi də bununla izah olunur. Böyüklərdə bunlar çox vaxt sərxoş halda və yaxud intihar məqsədilə aşılavıcı maddələri içdikdə meydana çıxır.

Yanıqdan sonra qida qəbul edərkən ağrı əmələ gəlir. Yanığın izləri dodaqlarda görünür. Ağız boşluğunda və udlaqda kimyəvi yanıqlar I, II, III dərəcəli yanıqlar şəklində meydana çıxır. Birinci dərəcəli yanq zamanı intoksikasiya olmur. Hiperemiyalı selikli qişa görünür. Yanıq suluqları ikinci dərəcəli yanıqlarda əmələ gəlir. Sonralar nekroz və eroziya meydana çıxır. Sağalma zamanı yara çapıqlaşır. Yanığın bu dərəcəsi intoksikasiya ilə müşayiət edilir. İn-

toksikasiya əlamətləri 7 – 8-ci gündə ərplərin qopub ayrılması ilə eyni vaxtda yox olur. Ümumi intoksikasiya əlamətləri üçüncü dərəcəli yanıq zamanı xüsusilə ağır olur. Bu zaman toxumaların bozuntul-ağ rəngli nekrozu və sonradan çapıqlaşan qranulyasiyalı dərin xoralar əmələ gəlir. Adətən, ağız boşluğundakı korroziv proseslər, eləcə də termik yanıqlar ağız suyunun şiddətli ifrazatı və qusma ilə müşayiət edilir. Kimyəvi maddə qida borusunda, xüsusən mədədə çox ləngidiyindən onlar həmin maddələrin sürəkli təsirinə məruz qalır. Bu da orqanizmin ağır ümumi intoksikasiyası şəklində meydana çıxır.

Diagnostikası çətin deyildir. Proqnozu içilmiş mayenin miqdarından, orqanizmin ümumi vəziyyətindən, habelə yanığın dərəcə-sindən asılıdır. Xəstəliyin ölümlə nəticələnmə təsadüfləri də olur.

Müalicəsi xəstəyə dərhal çoxlu miqdarda maye içirdilməsindən başlanır. Qələvilərlə zəhərlənmə zamanı limon və ya sirkə turşusunun zəif məhlulu tövsiyə olunur, əgər yanığın səbəbi turşudursa, əhəng suyu, qovrulmuş maqnezium sıyığı, sabunlu su verirlər. Hər iki zəhərlənmədə habelə süd, yağlı emulsiyalar təyin edilir. Çoxlu miqdarda maye içilmiş olduqda zəhəri neytrallaşdıran maddələrlə mədəni yumaq lazımdır.

Ağrılara qarşı ağrıkəsicilər, narkotiklər, buz (udmaq və ya xaricdən qoymaq üçün) təyin edilir. Ödemlərlə mübarizədə kalsium-xlorid (daxili və venaya), dimedrol, kortizonla antibiotiklərin böyük dozaları təyin olunur. Ödemlər artdıqda və asfiksiya qorxusu olduqda traxeotomiyaya zərurət yaranır.

Qırtlağın yanıqları adətən, ağız boşluğunun və udlağın yanıqları ilə birlikdə rast gəlinir, termiki və kimyəvi xarakterli olur. Qırtlaq qapağı və qırtlağın girəcəyi yanığa ən çox məruz qalan nahiyələrdir. Yüngül yanıqlar heç bir iz qoymadan keçdiyi halda, II-III dərəcəli yanıqlar ümumi intoksikasiya əlamətləri ilə müşayiət olunur. Qırtlağın yanığı qırtlaqda stenoz, perixondrit, fleqmona ilə nəticələnmə bilər.

Müalicə. Əmələ gəlmiş ödemdən boğulma təhlükəsi yarandığından xəstəni xəstəxanaya yerləşdirmək lazımdır. Xəstəyə tam rahatlıq, susma rejimi, buz tikələri udması, boynuna buz qovduğu qoyulması və narkotiklər təyin edilir. İsti, bərk və qıcıqlandırıcı qida

verilməməlidir. Dərman maddələrindən qırtlağa mentol yağı yeridilməsi təbiiq olunur. Disfagiya ağız boşluğuna anesteziyə səpilir. Tənəffüs çətinləşdikdə antihistamin müalicəsi ilə birlikdə vena daxilinə kalsium-xlorid, kortizon yeridilir. Boğulma əlamətləri yarananda traxeostomiya edilir.

Yoxlama sualları:

1. Yanığın dərəcələrinin xarakteristikasını verin.
2. Yanıqlar zamanı xəstəyə qulluğun hansı xüsusiyyətləri vardır?
3. Yanıq xəstəliyinin klinik mənzərəsini danışın. Onun gedişinin hansı mərhələləri vardır?
4. Yanıq sahəsi necə hesablanır? 9-lar və ovuc üsulumun mahiyyəti nədən ibarətdir?
5. I dərəcəli yanıqlarda zədələnmənin dərinliyi necədir və yerli əlamətləri nədən ibarətdir?
6. II dərəcəli yanıqlarda zədələnmənin dərinliyi necədir və yerli əlamətləri nədən ibarətdir?
7. III A dərəcəli yanıqlarda zədələnmənin dərinliyi necədir və yerli əlamətləri nədən ibarətdir?
8. III B dərəcəli yanıqlarda zədələnmənin dərinliyi necədir və yerli əlamətləri nədən ibarətdir?
9. IV dərəcəli yanıqlarda zədələnmənin dərinliyi necədir və yerli əlamətləri nədən ibarətdir?
10. Hansı dərəcəli yanıqlarda qranulyasiyanın və çapıqların əmələ gəlməsi baş verir?
11. Hansı dərəcəli yanıqlarda qranulyasiyanın və çapıqların əmələ gəlməsi baş vermir?
12. Termiki yanıqlar zamanı ilk tibbi yardım necə göstərilir?
13. Yanıqların sahəsi nə qədər olduqda yanıq şoku əmələ gələ bilər?
14. Yanıq səthinin sağalmasının nəticəsi nə ola bilər?
15. Yanıqların cərrahi üsulla müalicəsi necə aparılır?
16. Kimyəvi yanıqlar zamanı ilk tibbi yardım necə göstərilir?
17. Yanıq travmasının ağırlıq meyarları nədən ibarətdir?
18. Fosfor yanıqları turşu və qələvi yanıqlarından nə ilə fərqlənir?
19. Yanığın hansı dərəcələrində tetanusun profilaktikası aparılmalıdır?
20. Septikotksemiyanın əsas əlaməti nədir?
21. Yanıq şoku travmatik şokdan nə ilə fərqlənir?
22. Yanıqların açıq üsulla müalicəsinin üstünlükləri hansıdır?
23. Yanıqların qapalı üsulla müalicəsinin üstünlükləri hansıdır?
24. Udlağın yanıqlarında neytrallaşdırma necə aparılır?

Situasiya məsələləri:

I. Hər iki yuxarı ətrafların II dərəcəli yanığını almış xəstədə müalicə başlayandan 3 gün sonra bədən hərəkəti $38,4^{\circ}\text{C}$ -dək yüksəlmiş, xəstə həddən artıq narahatdır, ürək tonları karlaşmış, sutkalıq diurez 150 ml-dir. Suluqların tamlığının pozulması və irinləməsi əlamətləri yoxdur. Hipertermiyanın daha çox mümkün olan səbəbi nədir? Bu halda hansı müalicəvi tədbirləri aparmaq lazımdır.

II. 36 yaşlı qadını yanan evdən çıxartdılar. Müayinə zamanı məlum oldu ki, o, aşağı ətrafların və kürəyin yanığını almışdır. Aşağı ətraflar hiperemiyalı, ödemlidir, bəzi nahiyələrdə daxilində şəffaf maye olan suluqlar vardır. Kürəyin yara səthi bozuntul, parlaq ağımtıl rənglidir, ağrılıdır. Xəstənin ümumi vəziyyəti ağırdır, huşu alaqqaranlıqdır. Yanığın dərəcəsinə və sahəsinə təyin edin. Xəstənin diaqnozunu qoyun. Xəstəxanaya qədərki mərhələdə ilk tibbi yardım necə göstərilməlidir? Yanığın ağırlığı və nəticəsi barədə proqnoz verin.

MÖVZU 24. Elektrotravmalar və donmalar.

Tələbə bilməlidir:

- ✓ Elektrik zədələnmələrinin klinik mənzərəsini.
- ✓ Elektrik zədələnmələri zamanı ilk yardımını.
- ✓ Donmaların klinik mənzərəsini.
- ✓ Donmalar zamanı zədələnmələrin dərinliyinin təyin edilməsini;
- ✓ Donmalar zamanı ilk yardımını.
- ✓ Ümumi soyuqlama zamanı ilk yardımını.

Mühazirənin planı:

- Elektrik zədələnmələri, ilk yardım və müalicəsi.
- Donmalar, dərəcələri, ilk yardım və müalicəsi.
- Ümumi soyuqlama

Elektrik zədələnmələri. Zərərçəkənin bədənindən elektrik cərəyanının keçməsi nəticəsində orqanizmdə həm yerli (toxunan nahiyədə dərinin yanması), həm də ümumi (bayılma, kollaps, şok, ümumi zəiflik, tənəffüsün və ürəyin dayanması) dəyişikliklər baş verir. Bu zədələnmələr texniki elektrik cərəyanının təsirindən və ya ildırım vurma nəticəsində əmələ gəlir. Yüksək və aşağı gərginlikli cərəyanın zədələri ayırd edilir. Aşağı gərginlikli cərəyanın ümumi təsiri əzələlərin qıcolmasını yaradır ki, nəticədə zərərçəkən özünü gərginlik mənbəyindən azad edə bilmir. Aşağı gərginlikli cərəyanın təsirindən ölüm halları da mümkündür. Lakin yüksək gərginlikli cərəyanın təsirindən əmələ gələn zədələr orqanizm üçün ən təhlükəlidir. Daha təhlükəlisi isə yüksək gərginlikli və aşağı tezlikli cərəyanın təsiridir. Dərinin nəm olması da xüsusi rol oynayır. Əgər xəstə islanıbsa (hamamda, yağışda) 120 volt cərəyan keçdikdə belə xəstə üçün ölümcül nəticə yarada bilər. İldırım vurmaları həyat üçün daha böyük təhlükə törədir.

Elektrik cərəyanı vurmaları özünü ümumi zədələnmə (elektrotravma) və yerli zədələnmə (elektrik yanığı) şəklində özünü göstərir.

Elektrotravmaların 4 dərəcəsi ayırd edilir:

I dərəcə-huşun itirilmədən əzələlərin qıcolma şəklində yığılması;

II dərəcə- huşu itirməklə əzələlərin qıcolma şəklində yığılması;

III dərəcə- huşu itirməklə əzələlərin qıcolma şəklində yığılması və ürək-damar sistemi funksiyalarının pozğunluğu;

IV dərəcə- kliniki ölüm.

Elektrik zədəsi zamanı toxumalardakı yerli dəyişikliklər III və IV dərəcəli yanıqlar kimi ifadə olunur. Dəri səthinə nisbətən, ilk baxışda çətin qeyd olunan dərin toxumaların daha geniş sahəli nekrozu nəticəsində meydana çıxır. Nekroz dərin toxumalarda iri damarlar boyu gedərək onların tromblaşmasına səbəb olur. Ona görə də zərərçəkənin vəziyyətinin ağırlığı dəri üzərindəki 2-3 santimetrlik yara ilə deyil, elektroliz nəticəsində dərin toxumaların zədələnməsi ilə təyin edilir. Çox vaxt simmetrik olaraq yerləşmiş zolaqlar şəklində yanıqlar, saçların tökülməsi, dərinin hiperemiyası və qansızmalar müşahidə olunur. Bəzən dəridə çox saylı ziqzaqlar və zolaqlar şəklində tünd nişanələr (damarların parezi) görünür. Bədən səthində cərəyanın giriş və çıxış dəlikləri nəzərə çarpır. Bu dəliklər elektrik travmalarının “nişanəsi” hesab olunur. Onlar müxtəlif formada – dairəvi, oval, ildırım vurmada isə ağcabənzər şəkildə olur.

Yüksək gərginlikli cərəyanın ümumi təsiri nəticəsində ölüm, onun dayandırılmasından dərhal və ya bir neçə saat sonra baş verə bilər. Çox vaxt yüksək gərginliyin yerli təsirindən toxumaların nekrozu, üzvlərin qanqrenası əmələ gəlir, hətta zərərçəkənlər ətraflarını itirir. Elektrik cərəyanının ümumi təsiri beyin sirkülənməsinə bənzər bir klinik mənzərə yaradır. Huşun itməsi, ürək və tənəffüs fəaliyyətinin pozğunluğu müşahidə olunur. Bəzən iflic, görmə qabiliyyətinin və udma aktının pozğunluğu yaranır. Ağır hallarda ani ölümə gətirib çıxaran tənəffüs və ürək damar mərkəzinin iflici baş verir.

İldırım vurma zamanı dəri səthində ağcabənzər şaxələrin əmələ gəlməsi və hiperemiyalı zolaqların olması müşahidə edilir.

Beləliklə elektrik yanıqlarının digər yanıqlardan aşağıdakı xüsusiyyətlərinə görə fərqlənirlər:

✓ Toxumalar dərin zədələnir (hətta sümüyə qədər). III-IV dərəcəli yanıq kimi özünü göstərir.

✓ Yara dəyirmi şəklində, kənarları azca qalxmış, mərkəzi hissəsi basılmış, sarımtıl qəhvəyi və ya ağımtıl rəngli ləkələr görünür. Bəzən xətti formada olur.

✓ Bir qayda olaraq ağrı hissi olmur.

✓ Zədələnmiş nahiyəyə yaxın toxumalar qan və limfa dövrənin pozulmasına görə kəskin ödemli olur. Yaranın görünən səthi ilə zədələnmənin həcmi arasında uyğunsuzluq olur. Dəri altında yer-

lənmiş toxumaların ölümü dəriyə nisbətən daha geniş sahəni əhatə edir.

✓ Elektrotravmadan 2-3 həftə keçdikdən sonra gecikmiş qanaxmalar əmələ gəlir. Buna səbəb zədələnmiş damarlardan (əsasən də arteriyalardan) nekrotik toxumanın qopmasıdır. Tibb bacısı bu fəsadların təhlükəsini həmişə yadda saxlamalı və onların aradan qaldırılmasına həmişə hazır olmalıdır.

İlk yardım və müalicəsi. Əzələlərin qıcolma şəklində yığılmasına görə, zərərçəkən çox vaxt soyulmuş naqili əldən buraxmır. Ona görə də elektrotravmalar zamanı yardım göstərəkən ən əvvəl baş vermə şəraitindən asılı olaraq cərəyanın təsirini təhlükəsizlik texnikası qaydaları gözlənilməklə dərhal dayandırmaq lazımdır. Zərərçəkən arxası üstə üfüqi vəziyyətdə uzadılır və yanmış nahiyəyə aseptik sarğı qoyulur. Bundan sonra əzələ daxilinə 2-5 ml. 50%-li analgin məhlulu yeritməklə ağrısızlaşdırma aparılır. Əzələ daxilinə 2 ml. kordiamin, dəri altına 1ml. 5%-li efedrin məhlulu yeridilir. İcməyə 25 damcı korvalol və ya valerian dəmləməsi verilir. Xəstə xərəkdə uzanmış vəziyyətdə stasionara göndərilir.

Elektrik yanıqlarının yerli müalicəsi termiki yanıqların müalicəsinə uyğun sxemlə icra olunur. Ümumi əlamətlər meydana çıxdıqda simptomatik müalicə tədbirləri aparılır. Tənəffüsün və ürəyin dayanması zamanı dərhal ağ ciyərlərin süni ventilyasiyası və ürəyin qapalı masajı aparılır, xəstəyə ürək dərmanları yeridilir. Elektrik travması almış xəstələrin ciddi qulluğa və nəzarətə ehtiyacları olduğuna görə onlar üçün fərdi post təşkil olunur. Çünki tənəffüs mərkəzinin iflici və ürək fəaliyyətinin dayanması nəticəsində qəfləti ölüm qaçılmazdır.

Donmalar və ümumi soyuqlama

Donmalar, orqanizm aşağı temperaturun təsirinə məruz qaldıqda baş verir. Bəzi şəraitlərdə (yaş, dar ayaqqabı, arıqlama) donmalar 0°C-də və hətta nisbətən yüksək temperaturda da baş verə bilər. Donmaya ən çox məruz qalan nahiyələrə yuxarı və aşağı ətrafların barmaqları, qulaqlar, burnun ucu (məhdud qan dövranı olduğu üçün) aid edilir.

Donmaların 4 dərəcəsi vardır.

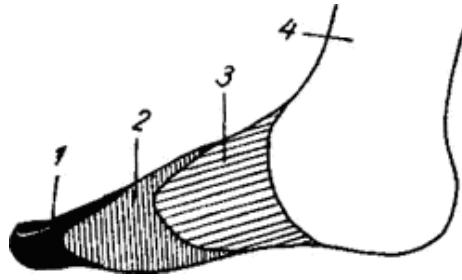
I dərəcə dəri örtüyünün avazıması (damarların spazmı) və həssaslığın itməsi ilə xarakterizə olunur. Həmin nahiyə isidildikdən sonra dərisi qırmızı çalarlı, göyümtül rəngdə, ağrılı və şişkin olur (damarların iflici). Sağaldıqdan sonra soyuğa qarşı həssaslıq artır və dərinin göyümtül rəngi qalır.

II dərəcəli donmalarda toxumalarda daha dərin qan dövrəni pozğunluğunun nəticəsində içərisi şəffa maye ilə dolu suluqlar əmələ gəlir. Suluqların ətrafındakı dəri qırmızımtıl-göyümtül rəngdə olur. İnfeksiyanın qoşula bilmək ehtimalı yaranır. İnfeksiya qoşulmadıqda sağalma orta hesabla 2 həftə ərzində baş verir.

III dərəcəli donmalarda bütün dərinliyi boyu dərinin nekrozu baş verir. Dərinin ölgünləşməsi, içərisi hemorrargik maye ilə dolu büzüşmüş suluqların əmələ gəlməsi ilə xarakterizə olunur. Tez-tez irinləmə qoşulur, 7-10 sutkada ölmüş toxumanı sağlam toxumadan ayıran demarkasiya xətti görünür. Ölmüş toxumalar qopduqdan sonra, onların yerində qranulyasiya, ardıyca epitelizasiya və çapıqlaşma baş verir. Sağalma 1-2 ay çəkir.

IV dərəcəli donmalarda nekroz dərində yerləşmiş toxumalarla yanaşı, o cümlədən sümükləri də əhatə edir. Bədənin donmuş nahiyəsi tünd bənövşəyi rəngdə olub, qara rəngli möhtəviyyatla dolu solğun suluqlarla örtülü olur (şəkil 84). Adətən suluqlar donmadan 2 həftə sonra meydana çıxırlar (ikincili). Demarkasiya xətti yavaş və qeyri dəqiq şəkildə əmələ gəlir. Donmuş nahiyələrdə həssaslığın bütün növləri itir. Sonradan donmuş nahiyənin quruması (mumifikasiyası), ardıyca qopması və çapıq əmələ gəlməsi meydana çıxır.

Donmalar zamanı xəstənin ümumi vəziyyəti donvurmanın dərəcəsiindən aslıdır. I-II dərəcəli donmalarda ümumi vəziyyətdə ciddi dəyişikliklər qeyd olunmur. III-IV dərəcələrdə isə toksemiyanın və infeksiyaların qoşulmasının (yüksək temperatur, ümumi zəiflik, iştahanın itməsi, leykositoz, EÇR-in sürətlənməsi və s.) klinik mənzərəsi şəklində təzahür edir.



Şəkil 42. Donmalar zamanı patoloji prosesin yayılma dərəcəsi. 1) total nekroz zonası, 2 - geri dönməz degenerativ dəyişikliklər zonası, 3 - geri dönən dəyişikliklər zonası, 4 - sağlam toxumalar zonası

İlk yardımın iki növü mövcuddur. I üsulda əvvəlcə donmuş nahiyə quru əllərlə ovuşdurulur. Sonra həmin nahiyəyə quru termozolədici sarğı qoyulur (pambıq tənzip tamponundan hazırlanmış sarğı sellofan və ya müşəmbə ilə örtülür). Üstündən yumşaq bint sarğısı və ya yun parça qoyulur.

II üsulda da prosedura donmuş nahiyənin quru əllərlə ovuşdurulması ilə başlayır. Sonra donmuş nahiyə temperaturu 18°C olan isti suya salınır və suyun temperaturu tədricən 38°C qədər qaldırılır. Quru salfetlə qurudulduqdan sonra aseptik sarğı qoyulur və ətraf şinalar və ya ləçək sarğısı ilə immobilizasiya edilir. Zərərçəkənə isti çay və ya kofe verilir, əzələ daxilinə 1%-li 1 ml. dibazol məhlulu, 1 %-li 1 ml. nikotin turşusu məhlulu yeridilir.

Ovuşdurmanın konkret üsulu şəraitdən asılıdır. Əgər zərərçəkənin tapıldığı yer yaşayış sahəsi deyilsə onda tez tonqal qalamaq və onun bədənini yumşaq yun əski parçası ilə qüvvətli ovxalamaq və spirt və ya vazelin yağı ilə silmək lazımdır. Yaxınlıqda yaşayış evi olarsa xəstəni ehtiyatla evə gətirib, onun şaxta vurmuş ayaqqabısını, corabını və əlcəklərini soyundurub, onu vannaya yerləşdirmək lazımdır. Hər iki halda bütün bədən qan dövranı və dəri hissiyatı bərpa olanadək periferiyadan mərkəzə doğru aktiv masaj olunmalıdır. 30 dəqiqədən sonra ətrafların dərisi spirtlə silinməli və dəri qızarıb istiləşdikdən sonra qalın qatlı aseptik sarğı qoyulmalıdır. Donmuş nahiyəni qarla masaj etmək məsləhət görülmür. Bu zaman kiçik buz parçaları dərinin tamlığının pozulmasına və gələcəkdə infeksiyalaşmasına səbəb ola bilər. Daxilə isə əgər xəstə huşunu iti-

ribsə bir qədər çaxır, əgər huşu özündədirsə isti çay, və ya kofe vermək lazımdır. Zərərçəkənin hərəkət etməsinə imkan vermək olmaz. Tənəffüsün və ürək fəaliyyətinin olmadığı halda ümumi masajı və qızıqdırmanı kəsməmək şərti ilə ağ ciyərlərin süni ventilyasiyasına və ürəyin qapalı masajına başlamaq lazımdır. Daha sonra ətraf immobilizasiya edilir və zərərçəkən tez bir şəkildə müalicə müəssisəsinə çatdırılır.

Müalicəsi. Müalicə planına infeksiyanın qarşısını almaq və qan dövranı pozğunluğunu aradan qaldırmaq tədbirləri daxildir. I dərəcə donmalarda ilk yardım tədbirləri aparılması kifayət edir. II dərəcədə suluqlar kəsilərək götürülür və yerinə aseptik və ya məlhəmli sarğılar qoyulur. 5-7 gündən sonra fizioterapevtik proseduralar (UYT-müalicə, UBŞ, yerli darsonval) tətbiq edilir. III və IV dərəcəli donmalarda ödemə və intoksikasiyanı azaltmaq üçün bəzən nekrektomiya aparılır (şəkil 84) və terniki yanıqların açıq üsulla müalicəsində olduğu kimi müalicə edirlər. Qranuliyasiya göründükdən sonra məlhəmli sarğılar qoyulur. Demarkasiya xətti yarıda qaldıqda ölmüş toxumalara tamamilə kəsilərək kənarlaşdırılır, ətraflarda isə amputasiya aparılır.

Ümumi müalicə zamanı yüksək kalorili zülal və vitaminlərlə zəngin qida təyin etmək lazımdır. İnfeksiyaya qarşı mübarizə məqsədi ilə antibiotiklər işlədilir. Toksikozu azaltmaq üçün qan, qan əvəzedicilər köçürülür, çoxlu maye içirdilir.

Ümumi soyuqlama mülayim aşağı temperaturun uzunmüddətli və bir neçə dəfə təkrarən orqanizmə təsiri nəticəsində əmələ gəlir. Ən çox soyuqlamaya üz, pəncə və əl barmaqları məruz qalır. Müharibə dövründə belə hal əsgərlərdə müşahidə olunur və buna görə də “səngər pəncəsi” adını almışdır. Dəridə tünd qırmızı çalarlı qırmızımtıl-göy rəngli ləkə, qaşınma, göynəmə, azacıq ağrı meydana çıxır. Aşağı temperaturun təsirini dayandırmaq lazımdır. Fizioterapevtik tədbirlər (UYT, diatermiya, parafin aplikasiyası) yaxşı effekt verir. Ümumi soyuqlama zamanı həyat fəaliyyətinin bərpası əlamətləri, dəri örtüyünün normal rənginin tədricən bərpası, ürək döyünməsinin, periferik arteriyalarda nəbzın meydana çıxması və titrətmənin yenidən özünü göstərməsidir. Ümumi soyuqlamalar zamanı ilk yardım keyfiyyətsiz olduqda və ya gecikdikdə bir sıra ciddi

di pozğunluqlar, həmçinin ətrafların (xüsusilə əl və ayaqların) və üzün (burun, qulaq, yanaqların) donması baş verir.

Yoxlama sualları:

1. Elektrik travmaları zamanı hansı yerli və ümumi dəyişikliklər baş verir?
2. Elektrik travmaları zamanı ilk yardım nədən ibarətdir?
3. Donmaların dərəcələrinin xarakteristikasını verin.
4. Donmanın inkişafına səbəb olan amillər hansılardır?
5. Donmaların tez-tez lokalizasiya etdiyi nahiyələri sadalayın.
6. II dərəcəli donmaların klinik əlamətləri nədir?
7. Hansı dərəcəli donmalarda sağalma qranulyasiya və çapıq əmələ gəlmədən baş verir?
8. Donmalar zamanı ilk yardım necə göstərilir?
9. Ümumi soyuqlamanın əlamətləri nədir ?
10. Ümumi soyuqlamanın müalicəsi necə aparılır?
11. Donmuş nahiyəni niyə buzla ovuşdurmaq olmaz?
12. Elektrik travmalarının nişanəsi nədir?
13. “Səngər pəncəsi” hansı şəraitdə yaranır ?
14. Elektrik travmaları zamanı ölüm nədən baş verir?
15. Elektrik yanıqları digər yanıqlardan nə ilə fərqlənir?
16. Donmalar zamanı tetanus əleyhinə zərdab vurumalıdır mı?
17. Elektrik travması zamanı cəryanın giriş və çıxış dəliklərində hansı dəyişikliklər əmələ gəlir?
18. Elektrotravmalar zamanı hansı gecikmiş fəsadlar inkişaf edir?

Situasiya məsələləri:

I. 48 yaşlı kişi təcili yardım maşını ilə reanimasiya şöbəsinə çatdırılmışdır. Müşayiət edən şəxslərin dediklərinə görə, iş yoldaşları tərəfindən işlədiyi elektrik idarəetmə otağında huşsuz vəziyyətdə aşkarlanmışdır. Təcili yardım həkiminin müayinəsi zamanı zərərçəkən huşlu olmuşdur. Qəbul zamanı xəstənin ümumi vəziyyəti qənaətbəxş olaraq qiymətləndirilmişdir. Sağ əlin ovuc səthində, diametri 2 sm. olan dairəvi formada kömürlənmiş dəri sahəsi müəyyən edilir. Eyni zamanda sol diz oynaqının ön səthində 3 x 2 sm ölçüdə oxşar bir yara vardır. Yaranın səthi tünd qəhvəyi, ətrafdakı toxuma ödemlidir. Xəstəyə nə olmuşdur? Zərərçəkən niyə huşunu itirmişdir? Bu xəstədə əl və diz oynaqındakı yaraların olmasını necə izah etmək olar? Bu zaman ilk yardım nədən ibarətdir?

II. Xəstə poliklinikadan hər iki əl barmaqlarının donması diaqnozu ilə stasionara göndərilmişdir. Obyektiv olaraq sol əlin I, sağ əlin III və IV barmaqlarında daxilində şəffaf möhtəviyyət olan suluqlar vardır. Hissiyatın bütün növü saxlanmışdır. Donmanın dərəcəsini təyin edin.

MÖVZU 25. Cərrahi infeksiyalar. Kəskin irinli aerob cərrahi infeksiyalar.

Tələbə bilməlidir:

- ✓ İrinli infeksiyanın əsas törədicilərini və onların xüsusiyyətlərini,;
- ✓ İnfeksiyaya qarşı orqanizmin yerli və ümumi reaksiyasını;
- ✓ Dəri və dərialtı toxumaların irinli xəstəliklərin müalicə prinsiplərini;
- ✓ Giriş qapısı və irinli infeksiyanın yayılma yollarını
- ✓ Aerob cərrahi infeksiyalı xəstələrə qulluğun xüsusiyyətlərini.
- ✓ Yumşaq toxumalarən kəskin irinli xəstəliklərinin ayrı-ayrı növlərini.
- ✓ Dəri və dərialtı toxumaların irinli xəstəliklərin əlamətlərini;
- ✓ İltihab prosesinin mərhələlərindən asılı olaraq yerli və ümumi müalicənin prinsiplərini;
- ✓ Antibakterial müalicənin əsaslarını;
- ✓ İrinli cərrahiyyə şöbəsinin iş xüsusiyyətlərini;
- ✓ İltihabi prosesin lokalizasiyasını təyin etməyi;
- ✓ Xəstəliyin nozoloji formasını təyin etməyi;
- ✓ İltihabi prosesin mərhələlərini təyin etməyi;
- ✓ İrinli xəstəliklərin cərrahi müalicəyə göstərişin əsaslandırılmasını;
- ✓ Yumşaq toxumaların irinli xəstəlikləri olan xəstənin yarasını sarımağı
- ✓ Bakterial müayinə üçün bioloji materialın düzgün götürülməsini.

Mühazirənin planı:

- İltihab anlayışı, iltihabın mərhələləri.
- Cərrahi infeksiyaların təsnifatı.
- Xəstələrin müalicə prinsipləri..
- Yerli irinli cərrahi infeksiyalar.
- Xəstələrə nəzarət və qulluqda tibb bacısı işinin xüsusiyyətləri.

Əvvəlki mühazirələrdə qeyd etmişdik ki, infeksiya makroorqanizmlə mikroorqanizmin qarşılıqlı təsiri nəticəsində meydana çıxan patoloji prosesdir. Cərrahi infeksiya isə infeksiyanın müalicəsi üçün toxumalara mexaniki təsir, yəni cərrahi metod tələb olunan bir növüdür. Beləliklə, cərrahi infeksiya dedikdə, müalicəsi əsasən cərrahi üsullarla aparılan iltihabi xəstəliklər başa düşülür. Cərrahi infeksiyanın xüsusiyyəti mikroorqanizmin orqanizmə daxil olduğu yerdə (giriş qapısında), aydın şəkildə yerli dəyişikliklər əmələ gətirməsidir.

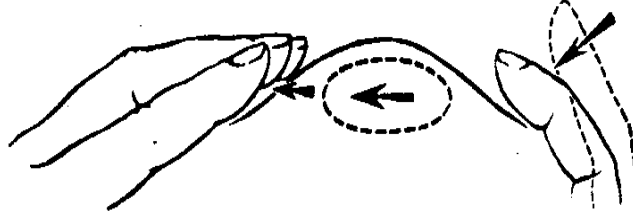
İrinli infeksiyanı irin törədən bakteriyalar – streptokokk, stafilokokk, göy yaşıl irin çöpləri və s. əmələ gətirir. Toxumalara düşən bakteriya əlverişli şəraitdə çoxalmağa başlayırlar. Çoxalmış mikroblar toxumalar arasına yayılaraq özlərindən zəhərli maddələr-tok-

sinlər ifraz edirlər. Bu toksinlər toxumalara həm birbaşa həm də reflektori təsir göstərilir. Orqanizmin daxil olan patogen mikroorqanizmlərə cavab reaksiyası ilk növbədə yerli əlamətlərlə özünü göstərir.

İltihabın yerli əlamətlərinin meydana gəlməsi patoloji prosesin mərhələlərindən aslıdır. 3 mərhələ mövcuddur:

I. **İnfiltrasiya mərhələsində** ödem əmələ gəlir, yerli hərarət artır, palpasiya zamanı toxumaların sərtləşməsi, şişməsi və ağrı müşahidə olunur, iltihab ocağının üzərindəki dərinin hiperemiyası və ağrının daim sızıldayan xarakteri zədələnmiş üzvün funksiyasının pozulmasına gətirib çıxarır. Beləliklə iltihabın yerli əlamətlərinə ağrı, yerli hərarətin qalxması, şişkinlik və funksiya pozğunluqları aiddir.

II. **İrinləmə mərhələsində** ödem və yumşaq toxumaların hiperemiyası artır, palpasiya kəskin ağrılı yumşalma hiss edilir fluktasiya verən simptom (irinli ocaqda möhtəviyyatın dalğalanması) əmələ gəlir (şəkil 43). Ağrı əzabverici və nəbzvari xarakter daşıyır, regional limfa düyünləri böyüyür.



Şəkil 43. Toxumaların irinləməsi zamanı fluktasiya simptomunun müəyyənəşdirilməsi

III. **Yarılma mərhələsində** irinli ocaqdan tərkibi leykosit, dağılmış toxuma, bakteriyalardan ibarət olan irin xaric olur. Mikrofloranın növündən asılı olaraq irin müxtəlif iyə, rəngə və konsistensiyaya malik olur. Belə ki, stafilokokk infeksiyasında sarı rəngdə, qatı və iysiz, streptokok infeksiyasında duru, selikli, acıq rəngli, göy yaşıl irin cöplərində göyüntül yaşıl rəngli, şirintəhər qoxulu, bağırsağ cöplərində qəhvəyi rəngli, nəcis qoxulu olur. Törədici və onun antibiotikə qarşı həssaslığını təyin etmək üçün infeksiya ocağından irin götürülərək qidalı mühitə əkilir.

İltihabın ümumi əlamətləri isə orqanizmin müqavimətindən və mikroorqanizmin virulentliyindən asılıdır. İnfeksiya ocağından orqanizmə toksinlər və toxumanın parçalanma məhsulları daxil olaraq ümumi əlamətləri meydana çıxarır. Bu əlamətlərə bədənin temperaturunun 37^0-40^0 C-dək yüksəlməsi, üşütmə ümumi zəiflik, baş ağrıları, baş gicəllənmə, ürəkbulanma və qusma aiddir. Yüksək intoksikasiya zamanı ağızda quruluq, susuzluq hissi əmələ gəlir. Nəbz sürətlənir, tənəffüs tezləşir və səthi olur, arterial təzyiq düşür, huş qaranlıqlaşır və ya itir, qara ciyərin və böyrəyin funksiyası pozulur. Qanda leykositlərin sayı artır və EÇR kəskin sürətlənir, hemoglobin miqdarı azalır.

Cərrahi infeksiyaların təsnifatı.

I.Törədicinin növünə görə:

1).Qeyri-spesifik:

✓ Aerob (stafilokokk, streptokokk, kolibasiyalar, göy-yaşıl irin çöpləri)

✓ Anaerob (tetanus, qazlı qanqrena)

✓ Göbələk

✓ Qarışıq

2).Spesifik (cərrahi vərəm, sifilis, aktinomikoz)

II.Xəstəliyin gedişinin xarakterinə görə:

1) kəskin

2) xroniki

III. Yayılmasına görə:

1) yerli

2) ümumi

IV. Mənşəyinə görə:

1)xəstəxanadaxili

2) xəstəxanaxarici

V. Mənbəyinə görə

1)ekzogen

2)endogen

VI.Lokalizasiyasına görə cərrahi infeksiya yerləşir:

1) dəri və dərialtı toxumalarda

- 2) döş qəfəsində
- 3) plevral boşluqda
- 4) qarında və qarın boşluğu üzvlərində və s.

Xəstələrin müalicə prinsipləri

Cərrahi infeksiyanın ümumi müalicə prinsiplərinə cərrahi və konservativ müalicə üsulları aiddir. Cərrahi üsul bir qayda olaraq, irinliyin açılmasını, təmizlənməsini, antiseptik məhlullarla və antibiotik məhlulu ilə yuyulmasını və yaranın drenajlanmasını əhatə edir. Konservativ müalicə adətən xəstəliyin başlanğıcında tətbiq edilir və buna infiltratın yüksək tezlikli və ya infraqırmızı şüalarla şüalandırılması, iltihab əleyhinə məlhəmlərin istifadəsi, daxilə və parenteral antibiotiklərin təyin edilməsi, bədənin ümumi müqavimətini artıran dərmanların, vitaminlərin, xəstənin ağır vəziyyətində parenteral dezintoksikasiya tədbirləri daxildir.

Kəskin proseslərin infiltrasiya mərhələsində yerli olaraq antiseptik məhlullarla yaş-quruducu sarğı qoyulur. Bunun üçün 20%-li dimeksid, 10%-li natrium xlorid, 25%-li maqnezium sulfat məhlulu istifadə edilir, ətraflar immobilizasiya olunur. Ödem və hiperemiya azaldıqdan sonra quru və yaş isidici kompreslər (spirt, 10%-li kamfora məhlulu), fizioterapevtik proseduralar (UJT, elektroforez, dərman preparatları ilə ultrasəs) tətbiq edilir.

İrinləmə mərhələsində xəstə dərhal stasionara yerləşdirilir, irincik açılır, drenajlanır və irinin axmasını yaxşılaşdırmaqdan ötrü yaş – quruducu sarğı qoyulur. Bir neçə gündən sonra əməliyyatdan sonrakı yara irindən təmizləndikdən sonra, sağalmanı sürətləndirmək üçün məlhəmlə sarğılardan istifadə edilir. Yara II-li bitişmə ilə sağalır.

Ümumi müalicədə mikorfloranın həssaslığına nəzarət etməklə antibiotiklər, sulfanilamid preparatları, nitrofuran törəmələri və s. təyin edilir. Dezintoksikasiya məqsədi ilə infuziya aparılır, immunoqlobulin, polivitamin yeridilir. Ümumi müalicə yerli və ümumi irinli infeksiyanın yayılmasından asılıdır.

Yerli irinli cərrahi infeksiyalar

Follikulit – tük follikulunun iltihabıdır. Follikulit tükün olduğu nahiyələrdə görünə bilər. Səbəbi şəxsi gigiyena qaydalarına əməl edilməməsi, paltarın dəriyə sürtünməsi, qaşınma zamanı dərinin qaşyıb sıyrılması, kompreslərin düzgün qoyulmaması, həddən artıq tərləmədir. Əvvəl dəridə kiçik qırmızı ləkə və ya tük ətrafında düyünçə əmələ gəlir və bundan sarımtıl-yaşılımtıl rəngli irinlə dolu irincik yaranır. İrincik ya açılır, ya da quruyur. Çox vaxt dərinin böyük sahələrini əhatə edir və furunkula keçir. Bu xəstəlik yenidöğulmuşlarda xüsusilə təhlükəlidir. Profilaktik məqsədlə dərinin qıcıqlanan yerləri 1%-li salisil, kamfora spirti ilə silinir, sink tozu istifadə edilir, şəxsi gigiyena qaydalarına əməl edilir. İrinciklər gündə 1-2 dəfə 1%-li briliyant yaşılı, 5%-li kalium permanqanat məhlulu ilə silinir, zədələnmiş nahiyəyə kseroform tozu tökülür.

Furunkul (çiban) tük kisəsinin iltihabıdır. Törədiciyi çox vaxt stafilokokklardır. Ən çox travmaya məruz qalan tüklü nahiyələrdə kürəkdə, saiddə, əlin arxasında, sarğıda, boyunun arxa hissəsində, üzdə, burun dəhlizində, qulaq seyvanında əmələ gəlir. Şəxsi gigiyena qaydalarına əməl edilmədikdə avitaminoz, mədə bağırsağ sisteminin xroniki xəstəlikləri, anemiya, şəkərli diabet, mikrotravmalar xəstəliyin əmələ gəlməsində mühüm rol oynayır. Furunkul zamanı tükün ətrafında dəri üzərinə qabarmış konusvari düyün əmələ gəlir və düyünün kənarları hiperemiyalı və ödemli olur. Bir iki gündən sonra zirvəsində irincik görünməyə başlayır. Furunkula qarşı orqanizmin ümumi reaksiyası zəif olur. Üz nahiyəsinin furunkulu daha ağır gedişə malik olur. Buna səbəb üzdə venoz və limfatik sistemi əhəmiyyətli dərəcədə inkişaf etdiyinə görə infeksiyanın daha tez yayılmasıdır.

Müalicə ambulator qaydada həyata keçirilir. İnfiltrasiya fazasında dəri spirtlə silinir. İxtiol məlhəmi qoyulur. İrinləmə mərhələsində cərrahi müalicə tətbiq olunur. Furunkul yarılr, irin xaric edilir, antiseptik dərmanlarla yaş quruducu sarğı qoyulur. Ödem çəkildikdən və irin təmizləndikdən sonra quru isti və fizioterapevtik proseduralardan UJT təyin olunur. Ümumi müalicəyə vitaminlər (A, B, C, PP) antibiotiklər, autohemoterapiya daxil edilir. Xroniki ilti-

habi xəstəliklərin müalicəsi aparılır. İnfeksiyanın yayılma təhlükəsi ola bildiyi üçün furunkulu qətiyyəən sıxmaq olmaz.

Furunkulyoz. Bir neçə furunkulun bir yerdə və ya bədənin müxtəlif yerlərində çıxması furunkulyoz adlanır. Furunkulyoz adətən zəifləmiş və üzülmüş xəstələrdə, xüsusən şəkərli diabet xəstələrində əmələ gəlir.

Müalicəsinə xəstənin ümumi vəziyyətini yaxşılaşdırmaq istiqamətində tədbirlər aparmaqla başlanır. Zülal və vitaminlərlə zəngin pəhriz, autohemoterapiya, ümumi antibakterial müalicə, UBŞ, qamma-qlobulin təyin olunur.

Karbunkul (kor çiban) –bir neçə tük soğanağının, piy vəzilərinin və ətraf toxumaların birlikdə kəskin irinli-nekrotik iltihabıdır. Xəstəlik həm birincili, həm də furunkulun pis müalicəsinin nəticəsi kimi inkişaf edə bilər. Adətən qocalmış və üzülmüş şəxslərdə ənsə, kürək, büd və sarğı nahiyələrində əmələ gəlir (şəkil 85). Karbunkul zamanı proses limfa damarlarına və limfa düyünlərinə sürətlə yayılır. Xəstəlik aydın nəzərə çarpan ümumi intoksikasiya əlamətləri ilə müşayiət olunur. Xəstənin ümumi vəziyyəti adətən ağır olur: bədənin temperaturu 39⁰C-dək yüksəlir, baş ağrıları, üşütmə, halsızlıq əmələ gəlir. Karbunkul nahiyəsində ağrı, ödem, qızartı, sərt ağrılı infiltrat, zirvəsində bir iki gündən sonra görünən bir neçə irincik və epidermisin soyulması müşahidə olunur. Dərialtı damarları tromblaşması yerli qan dövranının pozulmasına gətirib çıxarır ki, bu da nekrozun əmələ gəlməsinə səbəb olur. Üz və boyun nahiyəsinin karbunkulu daha təhlükəlidir. Bu nahiyələrdə irinli proses venoz sistemlə beyinə və onun qişalarına yayılaraq əksər hallarda ölümlə nəticələnə bilər.

Müalicəsi kompleks aparılır. Antibiotiklər, sulfanilamid preparatları istifadə olunur. Vitaminlər, pəhriz və yerli fizioterapevtik müalicə təyin olunur. Ağrıkəsilicilər və intoksikasiya əleyhinə qanəvəzedicilər işlədilir. Görülən tədbirlər nəticəsiz qaldıqda cərrahi müdaxilə aparılır. Ümumi narkoz altında karbunkul üzərində xaçvari kəsik aparılaraq irin və nekrotik toxumalar sağlam toxuma hüdudunda kəsilərək xaric edilir. Yaraya drenaj qoyulur. Boşluq Vişnevski məlhəmi ilə isladılmış tamponla doldurulur. İrini sıxaraq çıxartmaq qətiyyətlə qadağan olunur.

Hidradenit tər vəzilərinin kəskin irinli iltihabı xəstəliyidir. Xəstəliyi çox vaxt stafilokokklar törədir. Proses adətən qoltuqaltı nahiyədə, qasıq büküşlərində və anus ətrafında lokalizasiya olunur. Hidradenit xalq arasında “qaşınmış yel” kimi adlandırılır. Səbəbi tər ifrazının artması, şəxsi gigiyenanın pozulması, natəmizlik və dermatitlərdir.

Xəstəlik hamar səthə malik göyümtül-bənövşəyi rəngli sərt infiltrativ konusabənzər iltihabi toxumanın əmələ gəlməsi ilə başlayır. 1-2 gündən sonra irin əmələ gəlir və üzərindəki dəri incəlir. Çox vaxt bir neçə belə törəmə yaranır və öz aralarında birləşərək vahid iltihabi infiltrat əmələ gətirirlər. İnfiltrat bir neçə yerdə yumşalaraq daxilindən az miqdarda irinli möhtəviyyət ifraz olunur. Xəstənin ümumi vəziyyəti pisləşir və intoksikasiya əlamətləri meydana çıxır. Xəstəlik uzun müddət davam edir və tez-tez residiv verir.

Müalicəsi digər aerob cərrahi infeksiyalarda olduğu kimi aparılır.

Abses piogen qişa (kapsul) ilə örtülmüş məhdud irincikdir. İstənilən üzv və toxumalarda inkişaf edə bilər. Səbəbi orqanizmin digər nahiyələrindən cərrahi infeksiyanın sıyrıntı, yara, hematoma, iynənin vurulduğu yerə hematogen və limfogen yolla gəlməsidir. Stafilokokk və streptokokklar bəzən də digər mikroorqanizmlər tərəfindən törədilir. Etiologiyasından, lokalizasiyasından, yayılmasından və absesin ölçüsündən asılı olaraq klinik şəkli müxtəlif olur. Səthi abseslərin diaqnozunu qoymaq çətinlik törətmir. Hiperemiya, ödem, əvvəl məhdud sərtləşmə və sonradan başlayan yumşalma, fluktasiya simptomunun müsbət olması absesin klassik əlamətləridir.

İnfeksiyanın ağırlığına və absesin ölçüsünə görə xəstənin ümumi vəziyyəti pisləşə bilər. Abses dərin toxumalarda yerləşdikdə bədən temperaturu yüksəlir, üşütmə, ağrı, dərin palpasiyada sərtlik qeyd olunur. Diaqnozu dəqiqləşdirmək üçün diaqnostik punksiya aparılır. Daxili üzvlərdə və iri damarların yaxınlığında yerləşdikdə ciddi təhlükə törədir. Bu zaman absesin boşluqlara açılması və xəstənin ümumi vəziyyətinin pisləşməsi mümkündür. Ağırlaşmalarına limfadenit, tromboflebit və sepsis aiddir. Absesi hematoma, fleqmona və şişlərlə differensiya etmək lazımdır.

Müalicə. Hələ irin formalaşmamış başlanğıc dövründə abses həkimin nəzarəti altında konservativ müalicə olunur. İrinlədikdə isə

absesin açılması və drenajın qoyulması əməliyyatı aparılaraq abses boşluğu antiseptik məhlullarla yuyulur.

Fleqmona hüceyrəarası sahəyə (dərialtı, əzələlərarası, peritonarxası və s.) qeyri-məhdud, yayılmış irinli-iltihabı prosesdir. Absesdən fərqli olaraq piogen qişası yoxdur, yayılmağa meyillidir. Fleqmonanı da absesi törədən amillər əmələ gətirir. Xəstəlik irinli iltihabın qabarıq şəkildə yerli və ümumi simptomları ilə kəskin başlayır. Yüksək temperatur, üşütmə, iştahasızlıq baş ağrıları müşahidə edilir. Səthi yerləşmiş fleqmonada yerli olaraq şişkinlik və aydın sərhədi olmayan qızartı qeyd edilir. Sonradan infiltrat yumşalır və fluktasiya simptomu müsbət olur. Proses sürətlə toxumlara yayılır.

Müalicə irinli yaraların müalicə prinsipinə əsasən davam etdirilir. Xəstəliyin ilkin mərhələsində müalicə etmək üçün novokain blokadası aparmaq məsləhət görülür. İrin əmələ gəldikdə isə irinin yaxşı axmasından ötrü nisbətən böyük ölçüdə kəsik aparılır. Kəsiklə bütün ciblərin açılmasına əmin olmaq lazımdır ki, boşluq irindən tam təmizlənə bilsin. Zəruri hallarda irinin yaxşı bir şəkildə çıxmasını təmin etmək üçün əlavə kəsiklər aparılır

Qızılyel dəri və ya selikli qişaların, eləcə də limfa yollarının kəskin progressivləşən iltihabıdır. Törədiciyi hemolitik streptokokklardır. İnfeksiyanın giriş qapısı siyırıntılar, cızıqlar, bişməcələr, yaralar, döyənəklərdir. Hematogen və limfogen yolla yayıla bilər. Ən çox proses üzün, başın, burunun, qulaq seyvanının, aşağı ətrafların, bəzən də gövdənin dərisində əmələ gəlir (şəkil 86). Xəstəliyin inkubasiya dövrü 2-7 gündür. Xəstəlik kəskin şəkildə başlayır, üşütmə, 40-41⁰C temperatur, eyni zamanda dəridə qızartı və şişkinlik görünür. Dəri gərginləşir, ağrılı, toxunuşda isti olur. Kənarlarında kəskin sərhədə malik, parlaq qırmızı rəngli şişkinlik müşahidə olunur. Bəzi hallarda qızartı günəşin şəfəqlərinə bənzəyən kəskin çıxıntı şəklini alır. Təsvir edilən klinik mənzərə eritematoz forma adını daşıyır. Bəzən toxumanın qızarmış yerində suluqlar əmələ gəlir ki, buna bulloz forma, dərinin nekrozu yarandıqda nekrotik və ya qanqrenoz forma dəri üzərində və dərialtı piy təbəqəsində seroz-irinli möhtəviyyat yarandıqda fleqmanoz forma deyilir. Xəstəliyin ən ağır gedişli forması prosesin bədənə bir nahiyəsindən digər nahiyəsinə keçən azan və ya miqrasiya edən formasıdır.

Qızılyel ağcıyərlərin iltihabı, limfadenit, tromboflebit, abses, fleqmona, sepsis ilə ağırlaşma bilər. Yadda saxlamaq lazımdır ki, xəstəlik bir insandan digərinə keçə bilər. Ona görə belə xəstələri izolyasiya etmək lazımdır.

Müalicəsində iltihaba məruz qalmış nahiyə ultrabənövşəyi şüalarla şüalandırılır, yod və ya kamfora məhlulu ilə silinir. Yerli olaraq streptosid və ya sintomisin məlhəmi istifadə olunur. Ümumi müalicədə antibiotiklərdən və sulfanilamid preparatlarından istifadə olunur. Xəstəlik keçirən adamlarda streptokoklara qarşı həssaslıq artdığı üçün bunun nəticəsi olaraq qızılyel tez-tez təkrarlana bilər.

Limfadenit – limfa vəzilərinin iltihabıdır. İkincili xəstəlik olub ilkin infeksiya ocağından (karbunkul, fleqmona və s.) mikrobların, onların toksinlərinin toxuma parçalanma məhsullarının limfa yolları vasitəsilə limfa düyünlərinə keçməsi nəticəsində əmələ gəlir. Limfadeniti irin törədən və spesifik mikroblar yaradır. İltihabı proses kataral və irinli ola bilər. Ətraf toxumalara yayılaraq onlarda fleqmonanın inkişafına səbəb olur. Kataral formada limfa duyunləri böyüyür, ödemləşir, palpasiyada ağrılı, sərt və kəskin sərhədli olur. İrinli formada limfa düyünün ətraf dərisi ödemləşir, qızarır, yumşalır, düyün özü yumşalan sahədə kəskin ağrılı olur, irin ətraf toxumalara açıla bilər və fleqmonanın əmələ gəlməsinə səbəb olur. Bu zaman xəstənin ümumi vəziyyəti pisləşir.

Müalicəsi. Xəstəni müalicə etməkdən ötrü ilkin infeksiya ocağını aşkarlamaq və onun ləğvinə çalışmaq lazımdır. Bundan sonra xəstəyə sakitlik yaradılır, isti tətbiq edilir, antibiotiklər və sulfanilamid preparatları təyin olunur. İrinli iltihab zamanı irincik açılır və drenajlanır.

Limfangit – limfa damarlarının iltihabıdır. Limfangit də digər iltihabı proseslər (karbunkul, fleqmona) nəticəsində ikincili əmələ gəlir. Yerləşməsinə görə səthi və dərin limfangit ayırd edilir. Kliniki olaraq torabənzər (retikulyar) və lüləşəkilli (trabekulyar) olmaqla iki yerə bölünür. Retikulyar limfangit zamanı kiçik limfa kapilyarları, trabekulyar limfangit zamanı isə limfa axarları zədələnir. Səthi limfangit zamanı proses dərinin limfatik sistemini, dərin limfangit zamanı isə dərin toxumaların limfa sistemini əhatə edir.

Retikulyar limfangitdə, iltihab zonasının ətrafında, dəridə aydın sərhədi olmayan, geniş həcmli qızartı görünür və sağlam sahəyə nüfuz edir. Trabekulyar limfanqit dəridə qızartı zolaqlar şəklində, ilkin ocaqdan mərkəzə -regionar limfa düyünlərinə doğru aydın nəzərə çarpır. Zolaq boyu sərtlik və ağrı qeyd olunur. Dərin limfangit bir qayda olaraq yumşaq toxumaların ödemisi ilə müşayiət edilir. Bədənin temperaturu qalxır, üşütmə, baş ağrıları və leykositoz olur.

Müalicəsində limfangiti yaranan ilkin iltihab ocağını ləğv etmək lazımdır. Bundan sonra xəstəyə sakitlik yaradılır, ətraf şinalar və ya gips sarğısı ilə immobilizasiya edilir. İltihab nahiyəsinə Vişnevski məlhəmi ilə sarğı qoyulur, Antibakterial və sulfanilamid preparatları ilə müalicə təyin edilir.

Flebit və tromboflebit. Flebit dedikdə vena damarlarının iltihabı başa düşülür. İltihab həm damarın daxili həm də xarici divarından inkişaf edə bilər. Səbəbi venanın yerləşdiyi ətraf toxumada gədən iltihabı proseslər və eyni zamanda venaya yeridilən qıcıqlandırıcı maddələrin (antibiotiklər, hipertonic məhlullar) təsiridir.

Venanın iltihabı fonunda onun mənfəzində qan laxtalanaraq tromb əmələ gətirir ki, bu da tromboflebitin inkişafına səbəb olur. Flebit və tromboflebit hansı venanın zədələnməsindən asılı olaraq səthi və dərin olur. Onların gedişi toxumaların irinləməsi ya da irinləməməsi ilə ola bilər.

Səthi venaların iltihabı zamanı vena boyu dəridə qızartı, yumşaq toxumaların infiltrasiyası və yerli ağrı reaksiyası baş verir. Dərin venaların iltihabında isə ətrafın ödemisi nəzərə çarpır. Yerli klinik əlamətlərlə birlikdə yüksək temperatur, üşütmə, leykositoz və EÇR-in sürətlənməsi qeyd olunur. Xəstəyə yataq rejimi təyin olunur, ətrafa asılmış vəziyyət verilir. Antibiotiklər, antikoagulyantlar (heparin, neodikumarin) gündəlik protrombin indeksi nəzarətdə saxlanılmaqla yeridilir. Ətrafa Vişnevski məlhəmi və ya heparin məlhəmi ilə sarğı qoyulur.

Kəskin dövrdə masajın aparılması əks göstərişdir. Bu trombusun qoparaq ağciyər damarlarının emboliyasına səbəb ola bilər.

Osteomielit sümük iliynin iltihabıdır. Tördəncisi stafilokokklar, streptokokklar və digər mikroorqanizmlərdir. İnfeksiya hər hansı bir iltihabı ocaqdan hematogen yolla və ya yaralanma zamanı bir

baş a irinli yaradan sümük iliyinə daxil olur. Osteomielit ən çox qa-
mı ş sümüyündə, bud sümüyünün aşağı 1\3-də və bazu sümüyündə
inkişaf edir. Sümük kanalına daxil olmuş infeksiya, sümük iliyində
kəskin iltihab törədir və onun irinlə dağılmasına səbəb olur. İrin sümük
iliyi kanalından Havers kanalları ilə sümükdən kənara çıxaraq,
sümüküstlüyünün altına toplanır. Eyni zamanda sümüyü qidalandı-
ran damarlar tromblaşdığı üçün sümük maddəsinin zədələnməsi,
bununla da sümük toxumasının nekrozuna səbəb olur. Sümüyün
irinli-nekrotik sahəsi (sekvestr) sağlam toxumadan qranulyasiya
sərhədi ilə ayrılır ki, bu da sekvestrlərlə əhatə olunmuş toxuma sa-
həsini və boşluğu əmələ gətirir. Sümüküstlüyü zədələndikdə irinli
möhtəviyyət ətraf toxumalara axaraq osteomielitik fleqmona yara-
dır. Bəzən irincik öz-özünə açılaraq irinli fistula əmələ gətirir.

Kəskin hematogen osteomielit bədəninin temperaturunun yüksək
rəqəmlərə çatması, ağrı və ətrafın zədələnməsi ilə başlayır. Xəstə-
nin vəziyyəti dərhal pisləşir, intoksikasiya əlamətləri, huşun qaran-
lıqlaşması, sayıqlama meydana çıxır. Qanın göstəricilərindən yük-
sək leykositoz, EÇR-in sürətlənməsi qeyd olunur. Zədələnmiş ətraf-
da ağrı güclənir, cırıcı, partlayıcı, deşici xarakter alır. Bir neçə gün-
dən sonra yumşaq toxumaların ödemi, hiperemiyası, yerli hərarətin
yüksəlməsi və regional limfa düyünlərinin böyüməsi meydana çı-
xır. Həftənin sonunda əzələ arası fleqmona (ortasında fluktasiya
qeyd olunan ağrılı sərt törəmə) yaranır. Vəziyyət sepsislə ağırlaş-
bilir. Rentgenoloji dəyişikliklər orta hesabla 10 gündən sonra mü-
şahidə olunur. Sümüküstlüyü bu zaman qalınlaşmış olur.

Xroniki osteomielit, kəskin osteomielitin nəticəsi kimi yaranır.
O, iltihabı prosesin dövrü şəkildə kəskinləşməsi ilə özünü göstərir.
Rentgenoloji olaraq sümükdə destruktiv dəyişikliklər və sekvestrlər
görünür. Zədələnmiş ətrafda əmələ gələn fistula yolundan irinli və
ya seroz möhtəviyyət və sekvestr xaric olur. Fistulaların və sekvest-
rin lokalizasiyası fistuloqrama ilə təyin edilir. Kəskin osteomielitli
xəstə təcili cərrahi şöbədə yerləşdirilməlidir. Xəstəliyin ümumi
müalicəsi kəskin irinli iltihabı xəstəliklərin müalicə prinsipinə əsas-
lanır. Yerli müalicə zamanı fleqmonalar yarıılır, sümüküstlüyü kəsi-
lərək açılır, sümük iliyi boşluğu trepanasiya edilir, boşluq drenajla-
nır və axarlı aspirasion drenajlanma aparılır.

Xroniki osteomyelitlərdə sekvestrektomiya və sümük toxumasının plastikası əməliyyatı icra edilir.

Cərrahi infeksiyası olan xəstələrə qulluğun xüsusiyyətləri

Cərrahi infeksiyalar daha geniş yayılmış patolojiya olub, həm ambulator, həm də stasionar şəraitində müalicə alan xəstələr arasında böyük payı vardır. İri cərrahi profilli xəstəxanalarda belə cərrahi infeksiyaları olan xəstələr üçün xüsusi şöbələr ayrılır. Bu xəstələrin müalicəsində tibb bacılarının rolu son dərəcə böyükdür. Onun şöbədəki işinin əsasını, xəstələrin yerləşdiyi palatada ideal təmizliyi qorumaqla yanaşı, onlara birbaşa qayğı göstərmək və həkimə lazımı köməklik göstərməkdir.

Xəstələrdə yaxşı əhval-ruhiyyə və xəstəliyin müvəffəqiyyətli sağlmasına əminlik yaratmaq vacib məsələlərdən biridir. Xəstəyə diqqətli və həssas münasibət tibbi personalın mənəvi borcudur. Yadda saxlamaq lazımdır ki, kiçik və ya böyük xəstəlik yoxdur. Üzdəki kiçik bir furunkul səhv və vaxtında müalicə edilmədikdə ölümlə nəticələnə bilər. Ağır sepsis zamanı isə, düzgün həyata keçirilən tibbi tədbirlərlə tam sağalmağa nail olmaq olar.

İrinli cərrahiyyə şöbəsinin tibb bacısı desmurgiyanı, gips texnikasını, müxtəlif dərman maddələrinin parenteral tətbiqini və s. mükəmməl bacarmalıdır.

Cərrahi infeksiyası olan xəstələrə qulluq göstərməyin əsasını, irinli xəstəliklərin müalicəsinin spesifikliyi təşkil edir. Yerli iltihab zamanı həmişə bütün orqanizmin də cavab reaksiyası olduğunu nəzərə alsaq, onda iltihabi ocağı müalicə edərkən, eyni zamanda bütövlükdə orqanizmə təsir etmək lazımdır.

İrinli infeksiyaları müalicə edərkən aseptika qaydalarına ciddi şəkildə riayət etmək tələb olunur. Sarğı materialları istifadə edildikdən sonra yandırılmalıdır. Orqanizmin müqavimətini qaldırmaqdan ötrü, yüksək kalorili, çox çeşidli zülallar və vitaminlərlə zəngin qidalar qəbul edilməlidir. Bədənin detoksikasiyasına, ürək-damar sisteminin, qanyaradıcı üzvlərin fizioloji funksiyalarının pozulmalarının normallaşdırılmasına və s. yönəldilən müalicə tədbirləri həyata keçirilməlidir. Palataların havası vaxtı-vaxtında dəyişdirilməli-

dir. Əgər şöbədə bir sarğı otağı varsa onda əvvəl təmiz sonra isə irinli xəstələr sarınmalıdır. İşin sonunda sarğı otağı nəm təmizlənməli və bakterisid lampa yandırılmalıdır.

Yoxlama sualları:

1. Cərrahi infeksiya nədir?
2. Kəskin irinli cərrahi infeksiya dedikdə nə başa düşülür?
3. Kəskin irinli prosesin yerli və ümumi əlamətlərini sayın.
4. Cərrahi infeksiyanın səbəbi nədir və əsas törədiciləri hansılardır?
5. Furunkulun hansı xarakterik əlamətləri vardır?
6. Karbunkulun hansı xarakterik əlamətləri vardır?
7. Fleqmonanın hansı xarakterik əlamətləri vardır?
8. Limfadenitin hansı xarakterik əlamətləri vardır?
9. Tromboflebitin hansı xarakterik əlamətləri vardır?
10. Osteomielitin hansı xarakterik əlamətləri vardır?
11. Qızılıyel nədir, hansı formaları var və onun müalicəsi necə aparılır?
12. Limfanqitinin hansı formaları var və onlar bir-birindən necə fərqlənir?
13. Karbunkul zamanı nekrozun əmələ gəlməsinin səbəbi nədir?
14. Hansı lokalizasiyalı furunkulda ağır kliniki gediş müşahidə olunur?
15. Hidradenitin inkişaf etməsinə nə kömək edir?

Situasiya məsələləri:

I. 65 yaşında xəstə boyunun arxasında infiltrata bənzər törəmənin olması, bədən temperaturunun 40°C -dək qalxması, baş ağrıları, üşütmə, halsızlıq şikayətləri ilə cərrahi şöbəyə daxil olmuşdur. İfiltrat nahiyəsində ağrı, ödem, qızartı, infiltratın zirvəsində geniş nekroz sahəsi yaradan bir neçə irincik və epidermisin soyulması müşahidə olunur. İfiltratın ətrafında toxumaların şişkinliyi vardır. Xəstədə aydın nəzərə çarpan ümumi intoksikasiya əlamətləri müşahidə olunur, iştahası yoxdur, ümumi zəiflik getdikcə artır. Xəstəyə yataq rejimi, antibiotiklər, dezintoksikasiya müalicə yazılsa da, növbəti gün vəziyyəti yaxşılaşmamış, toxumaların ödemi artmışdır. Diaqnozu təyin edin. Bu xəstəlik zamanı sizin taktikanız necə olmalıdır? Aşkar etdiyiniz xəstəliyi hansı digər xəstəliklərlə differensiasiya etmək lazımdır? Patogen mikroorqanizmlərdən hansı bu xəstəliyin əsas törədicisidir? Bu xəstəliyin yaranmasına şərait yaradan səbəblər hansılardır? Xəstəlik üzəndə olduqda hansı ağırlaşmalar verə bilər?

II. Xəstə cərrahın yanına sağ sağırahiyyəsindəki ağrı şikayəti ilə gəlmişdir. 3 gün əvvəl sağrı nahiyəsinə əzələdaxili maqnezium sulfat məhlulu vurulduqdan sonra, əvvəlcə az ağrılı bir sərtlik əmələ gəlmiş, daha sonra böyüyərək kəskin ağrılı olmuşdur. Müayinə zamanı sağrının yuxarı xarici kvadratında toxumanın parlaq hiperemiyası və ödem müşahidə olunur. Palpasiya zamanı $6,0 \times 8,0$ sm ölçüdə, mərkəzində yumşalma olmayan sərt infiltrat aşkar edilir. Sizin diaqnozunuz nədir?

MÖVZU 26. Kəskin anaerob cərrahi infeksiyalar. Ümumi irinli cərrahi infeksiya- sepsis.

Tələbə bilməlidir:

- ✓ Anaerob infeksiyanın törədicilərini;
- ✓ Anaerob infeksiyanın inkişafına təsir edən amilləri;
- ✓ Anaerob infeksiyanın növlərini;
- ✓ Qazlı qanqrenanın əlamətlərini;
- ✓ Tetanusun əlamətlərini;
- ✓ Tetanusun təcili profilaktikasını;
- ✓ Bezredka üsulunu;
- ✓ Xəstələrə nəzarət və qulluğun xüsusiyyətlərini.
- ✓ Sepsisin təsnifatını;
- ✓ Septiki şok zamanı yardımını;
- ✓ Sepsisli xəstələrə qulluğun xüsusiyyətlərini

Mühazirənin planı:

- Anaerob infeksiya haqqında məlumat.
- Qazlı qanqrena, klinikası, müalicəsi.
- Tetanus, klinikası, müalicəsi.
- Anaerob infeksiyanın profilaktikası.
- Tetanusun təcili spesifik profilaktikası.
- Sepsisin əmələ gəlməsi və növləri.
- Septisemiya və septikopiemiya.
- Septiki şok.
- Sepsisin müalicəsi
- Sepsisli xəstələrə qulluq.

Mikroorqanizmlər arasında infeksiya törədicilərinin böyük bir qrupu vardır ki, onlar oksigen olmadığı şəraitdə çoxalırlar. Bunlar anaerob infeksiyalardır. Anaerob infeksiyalar birləşdirici və əzələ toxumasının zədələnməsi ilə gedən ağır toksiki yara infeksiyası olub anaerob mikroorqanizmlər tərəfindən törədilir. Patogen anaeroblar məməlilərin bağırsağında olur və onların nəcisləri ilə torpağa qarışırlar. Torpaqla birlikdə onlar yaraya daxil ola bilirlər. Anaerob bakteriyalar güclü toksin ifraz edərək birləşdirici toxuma və əzələdə nekroz yaradırlar. Eyni zamanda damarların trombozuna, miokardın, qara ciyər və böyrəyin zədələnməsinə və qanın hemolizinə səbəb olur və zərəcələnin həyatı üçün təhlükə yaradırlar.

Zədələnmənin lokalizasiyasının anaerob infeksiyanın inkişafında da əhəmiyyəti vardır. Məsələn aşağı ətraflar tez – tez çirkləndi

yindən, onlarda qan dövrünü pozğunluqlarına daha çox rast gəldiyindən və əzələ sisteminin güclü inkişaf etdiyindən burada anaerob infeksiyanın inkişafına zəmin yaranır. Əzələ toxumasında qlikogenin olması, anaerob bakteriyalar üçün yaxşı qidalı mühitdir.

Pis hava şəraiti, rütubətli atmosfer, natəmizlik, yağmurlu, palçıqlı şərait də anaerob infeksiyanın inkişafında böyük rol oynayır. Yorğunluq, vitamin çatmamazlığı, yanaşı gedən xəstəliklər, arıqlama anaerob infeksiyanın inkişafı üçün zərərçəkənin müqavimətini azaldan amillərə aiddir.

Qeyd etdiyimiz kimi anaerob infeksiyanın inkişaf etməsi üçün zədələnmiş toxumaya oksigenin daxil ola bilməməsi böyük əhəmiyyət kəsb edir. Bir qayda olaraq anaeroblar digər qrup mikroblarla (stafilokokk, streptokokk və s.) daha doğrusu oksigenə tələbatı olan aeroblarla birlikdə assosiyasiya etdiklərindən, aerobların oksigeni mənimsəmələri, anaerobların oksigensiz qalmalarına və beləliklə də onların inkişafı üçün daha əlverişli şərait yaranmasına səbəb olur. Cərrahi təcrübədə anaerob infeksiyanın ən çox rast gəlinən növləri qazlı qanqrena və tetanusdur.

Qazlı qanqrena. Qazlı qanqrenanın törədicilərinə “dördlülər” adlanan bakteriyalar - Clostridium perfringens, Cl.Oedimatiens, Cl.Septicum və Cl.hustolitikum aiddir. Bütün bu mikroorqanizmlər anaerob spor əmələ gətirən çöplərdir. Çox hallarda xəstəliyi bu mikroblar kombinasiyalı şəkildə törədirlər. Qazlı qanqrenanın inkişaf etməsi üçün çoxlu miqdarda zədələnmiş və nekrozlaşmış yumşaq toxumalar, dərin və qapalı yara kanalı, ətraf mühitlə əlaqəsi olmayan yaralar və qan dövrününün pozulması böyük əhəmiyyət kəsb edir. Çox vaxt xəstəlik kor, çox çirklənmiş, əzələlərin geniş həcmli əzilməsi ilə gedən didilmiş-əzilmiş yaralar zamanı baş verir və toxumalarda qazın əmələ gəlməsi ilə xarakterizə olunur. Bu zaman orqanizm nekrozlaşmış toxumaların parşalanma məhsulları ilə zəhərlənir. İnkubasiya dövrünün davam etmə müddəti 1-7 gündür. İnkubasiya dövrü nə qədər qısa olarsa, xəstəlik bir o qədər ağır gedişə malik olur. Xəstəliyin yerli və ümumi simptomları vardır.

Kliniki olaraq aşağıdakı növləri ayırd edilir:

- ✓ Klassik emfizematoz
- ✓ Ödemli toksik

✓ Qazlı -irinli

✓ Qarışıq

Toxumalarda hansı mikrobun çox olmasından asılı olaraq xəstəliyin klinikası müxtəlif olur. Bəzi hallarda qazın əmələ gəlməsi (emfizematoz forma), digər hallarda ödemənin inkişafı (ödem forması) üstün olur, bəzən də hər iki forma inkişaf edir. Bunlardan başqa xəstəliyin irinləmə ilə müşahidə olunan fleqmanoz forması da ola bilər.

Xəstənin ümumi vəziyyəti ağır olub, progressiv intoksikasiya (halsızlıq, ürəkbulanma, qusma, yuxusuzluq, sayıqlama), dəri örtüyünün sarımtıl çalarlarla avazması, sifət cizgilərinin kəskinləşməsi ilə özünü göstərir. Nəbz həddən artıq sürətlənib, temperaturla uyğunsuzluq təşkil edir. Arterial təzyiq aşağı düşür, bədənin temperaturu subfebrildən yüksəyə qədər qalxır, diurez azalır. Qanın analizi zamanı anemiya, yüksək leykositoz müşahidə olunur.

Yaraya düşərək sürətlə çoxalan bakteriyalar toksinlər ifraz edərək yara ətrafındakı toxumaları məhv edirlər. Yara əzələləri parıltısını itirərək boğulmuş tünd rəngdə olur, liflər asanlıqla ayrılır, “köhnə əskini” xatırladır və ya “pörtülmüş ətə” oxşayır. Yara nahiyəsində həddən artıq güclü ağrılar meydana çıxır. Yara ətrafı dəri siyanotik, toxunuşda soyuq və venaları göyərməmiş və genişlənməmiş şəkildə olur (şəkil 87). Yara açılarkən və ya sarınarkən oradan qaz qabarcıqları olan, pis qoxulu cüzi ifrazat xaric olur. Rentgenoloji müayinədə əzələ təbəqələri arasına qaz toplanması sahələri görünür. Diaqnozu dəqiqləşdirmək üçün bakterioloji müayinənin aparılması vacibdir.

Müalicəsi. Anaerob infeksiyanın müalicəsi kompleks şəkildə olmalıdır. Diaqnoz təsdiq edildikdən sonra cərrahi müdaxilə aparılır. Yarada dərin və geniş şəkildə kəsiklər- lampas kəsikləri (hərbiçilərin şalvarlarının sağ və sol tərəflərinə hər birinin eni 20-50 mm olan 2 ədəd qırmızı rəngli tikilən zolaq lampas adlanır) aparılır, nekrozlaşmış toxumalar kəsilib götürülür və yara drenajlanır. Yaraya oksigen daxil olması üçün oksidləşdirici antiseptiklərdən hidrogen peroksid məhlulu ilə tampon qoyulur. Xəstənin ümumi vəziyyəti daha da kəskinləşdikdə və yerli simptomlar artan zaman radikal əməliyyat-ətrafın amputasiyası icra edilir.

Ümumi müalicə zamanı qanqrena əleyhinə zərdab, infuziyon terapiya, qanın, plazmanın və qanəvəzedicilərin köçürülməsi, antibakterial müalicə, yüksək kalorili qidalanma və simptomatik müalicə həyata keçirilir.

Anaerob infeksiyanın profilaktikası üçün aşağıdakılar vacibdir:

- ✓ yaranın erkən və radikal birincili cərrahi işlənməsi;
- ✓ əzilmiş, çirklənmiş, irinlənmiş və odlu silah yaralarının drenajlanması;
- ✓ toxumaları zədələnmiş ətrafın müalicəvi immobilizasiyası və yaxşı şəkildə daşınması;
- ✓ geniş həcmli yaralar zamanı erkən antibiotik müalicəsinin aparılması.

Qazlı qanqrenalı xəstələrə qulluq. Xəstə cərrahi stasionara, ayrıca boksa yerləşdirilərək izolyasiya edilir və ona qulluqdan otrü xüsusi tibb bacısı ayrılır. Tibb bacısı palataya daxil olarkən təmiz xalat, kalpaq, baxil və rezin əlcəklər geyinir. Sarğı yalnız bu xəstə üçün ayrılmış alətlərlə icra edilir və sonra dezinfeksiyaedici məhlulla qoyulur. Sarğı materialları dezinfeksiya edildikdən sonra yandırılır. Palatalar gün ərzində 2-3 dəfə 6%-li hidrogen peroksid məhlulu və yuyucu məhlulla təmizləndikdən sonra bakterisid lampa yandırılır.

Yataq ağıları və geyimlər 2%-li susuzlaşdırılmış soda (quru natrium karbonat) məhlulunda dezinfeksiya edildikdən sonra qaynadılır və camaşırxanaya göndərilir. Qab-qacaq istifadə edildikdən sonra 2%-li natrium hidrokarbonat məhlulu ilə qaynadıldıqdan sonra axar su altında yuyulur.

Tibb bacısı birinci sutka hər saatdan bir, sonrakı günlər isə 3-4 saatdan bir xəstənin vəziyyətinə nəzarət edir. Arterial təzyiqi və bədən temperaturunu ölçür, nəbzi və tənəffüsü sayır. Zədələnmiş ətrafın altına üzərinə mələfə örtülmüş müçəmbə qoyur və imkan olduğu qədər onu tez-tez dəyişir. Drenajlanmış yara açıq saxlanılır. Yaranın qanla güclü islanması və şiddətli ağrıların əmələ gəlməsi zamanı təcili olaraq həkim məlumatlandırılır.

Tetanus

Tetanus kəkin anaerob infeksiyon xəstəlikdir. Xəstəliyi tetanus çöplərinin ifraz etdiyi toksinlər törədir. Tetanus çöpləri spor əmələ gətirən anaerob mikroorqanizmlərdir. Onların sporları ətraf mühitin amillərinə qarşı çox davamlıdır. Bakteriyalar adi şəraitdə torpaqda uzun illər yaşaya bilirlər. Tetanus çöplərinin ifraz etdiyi toksin əsasən sinir sisteminə təsir edir və həmçinin eritrositləri də dağıdır.



Şəkil 44. Tetanusda opistatonus vəziyyəti

Yoluxma yalnız zədələnmiş toxuma vasitəsi ilə olur. Bəzən tetanus, çoxdan toxumalarda olan yad cisimləri xaric etdikdən sonra da baş verə bilər. İnkubasiya dövrü 4 gündən 40 günədək davam edə bilər. Bu dövrdə xəstə baş ağrılarından, yuxusuzluqdan, hər şeyə qıcıqlanmaqdan, ümumi halsızlıqdan, həddən artıq tərləmədən, yara nahiyəsindəki ağrı və dartılma hissindən şikayətlənir. Zərərçəkən tərəfdə vətər refleksləri artır. Xəstəliyin aparıcı simptomu sklet əzələlərinin tonik və klonik qıcolmalarıdır. Əvvəlcə spazm və əzələlərin qıcolması yara nahiyəsinin ətrafında başlayır, sonra üzün çeynəmə və mimiki əzələlərində meydana çıxır ki, bu da üzə əzablı, iztirablı ifadə verir (sardonik gülümsəmə). Qıcolmanın boyun və ənsə əzələlərinə yayılması başı arxaya əyir. Tənəffüs əzələlərinin qıcolması tənəffüsün pozulmasına, hətta asfiksiyaya səbəb ola bilər. Ürək əzələlərinin qıcolması isə ürəyin dayanmasını yaradır. Daha sonra qıcolmanın gövdə və ətraf əzələlərini əhatə etməsi, gövdənin qövs şəklində əyilməsinə gətirib çıxarır. Belə hal xəstəyə xüsusi körpü vəziyyəti verir ki, bu da opistatonus adlanır (şəkil 44). Bu zaman xəstə yatağa yalnız ənsə və dabanı ilə təmas yaradır. Belə qıcolma dilin qatlanmasına, onurğa sümüklərinin sınmasına, daxili üzvlərin, əzələ və sinir dəstəsinin cırılmasına səbəb olur. Qıcolma-

lar çox ağrılı olur və bəzi xarici qıcıqların (işıq, səs-küy, ağrı və s.) təsirindən şiddətlənir. Qıcolmalar xəstəliyin başlanğıcında az-az özünü göstərdiyi halda, sonralar bunlar saatda bir neçə dəfə təkrarlana bilirlər. Xəstələrin temperaturu 40⁰-dək yüksəlir, nəbz və tənəffüs sürətlənir. Xəstələr huşunu itirir. Ölüm boğulma və ürək əzələsinin iflicindən baş verir.

Müalicəsi. Tetanusun müalicəsi kompleks aparılmalıdır. Yara və onun ətrafında nekrozlaşmış toxumalar diqqətlə kənarlaşdırılır. Toxumalara havanın daxil olmasını təmin etmək üçün yara açıq saxlanılır. Yerli müalicədə nekrolizi sürətləndirmək, yaranı təmizləmək və regenerasiya prosesini sutumullaşdırmaqdan ötrü proteolitik fermentlər tətbiq edilir.

Ümumi müalicə tetanus əleyhinə zərdabın yeridilməsindən, qıcolma əleyhinə müalicədən, antibakterial müalicədən, tetanus anatoksinin təyindən, su-duz balansını tənzimləmək üçün infuziyon müalicədən, ürək-qan damar sisteminin fəaliyyətinə təsir edən dərman preparatlarının istifadə edilməsindən ibarətdir.

Ağır hallarda boğulmanı aradan qaldırmaq üçün traxeostomiya icra edilərək xəstəyə miorelaksantlar təyin olunur və süni tənəffüs aparatına qoşulur.

Tetanus əleyhinə aparılan profilaktik tədbirlərin əsasını serum vurulması təşkil edir. Tetanusun spesifik profilaktikası planlı və təxirəsalınmaz ola bilər. Aktiv immunitet yaratmaqdan ötrü tetanus əleyhinə anatoksin tətbiq edilir. Planlı profilaktika hərbi qulluqçulara, mexanizatorlara, inşaatçılara aparılır. Bunun üçün 0,5 ml. anatoksin iki dəfə 1 ay intervalla yeridilir. 1 ildən sonra revaksinasiya 0,5 ml. anatoksin yeritməkdə aparılır. Təkrar revaksinasiya 5 il sonra icra olunur. 12 yaşa qədər uşaqların immunizasiyasından ötrü kompleks –göyöskürək-difteriya-tetanus vaksini tətbiq edilir.

Təcili spesifik profilaktika isə peyvənd olunmuşlarla peyvənd olunmamışlarda fərqli olur. Peyvənd olunmuşlara birdəfəyə 0,5 ml anatoksin yeridilir, peyvənd olunmamışlara isə 1 ml anatoksin və 3000BE tetanus əleyhinə zərdab və ya 450-600 E tetanus əleyhinə immunoqlobulin yeridilir. Davamlı immunitet yaratmaq üçün 1 ay sonra 0,5 ml anatoksin yeridilir. 1 il sonra birdə 0,5 ml anatoksin yeridilir. Zərdab xüsusi sxem üzrə və xüsusi hazırlıqlı tibb persona-

lı tərəfindən vurulmalıdır. Orqanizmin at zərdabı zülallarına həssaslığını göstərən sınağın müsbət nəticəsi zamanı zərdab yalnız həyatı təhlükə olduqda yeridilir. Bu məqsədlə əvvəlcə dəriiçi sınaq üçün istifadə olunan durulaşdırılmış zərdab (qırmızı rəngli ampul) 20 dəqiqəlik fasilələrlə 0,5- 2,0-5,0 ml dozalarda dərialtına vurulur. Əgər heç bir reaksiya yoxdursa onda durulaşdırılmamış zərdab (göy rəngli ampul) 0.1 ml dozada dəri altına yeridilir və yenə də 30 dəqiqə ərzində reaksiya olmadıqda zərdabın qalan hissəsi əzələ daxilinə yeridilir (**R.İ.Bezredko üsulu**). Əgər yuxarıda qeyd olunan dozaların hər hansı birinə reaksiya olarsa müalicəvi zərdab ümumiyyətlə vurulmur və ya narkoz altında adrenalin və ya efedrin məhlulu yeridilir. İnyeksiyadan sonra xəstə 1 saat ərzində müşahidə olunmalıdır. Açılmış ampul steril salftlə örtülmüş vəziyyətdə 30 dəqiqəyədək saxlanıla bilər. Mütləq hər dəfə yeridilən zərdabın seriyası, dozası, yeridilmə üsulu, vaxtı, saxlama müddəti və onu hazırlayan müəssisənin adı göstərilməklə xəstəlik tarixində qeyd aparılmalıdır.

Tetanusun təcili profilaktikası aşağıdakı hallarda aparılır:

✓ dəri örtüyünün, yumşaq toxumaların və selikli qişaların tamlığının pozulması ilə gedən zədələnmələr;

✓ II-III-IV dərəcəli yanıqlarda və donmalarda ;

✓ mədə-bağırsaq traktına nüfuz edən yaralanmalarda ;

✓ xəstəxanadan kənar abortlarda və doğuşlarda ;

✓ bütün növ toxumaların qanqrena və ya nekrozunda ;

✓ uzun müddət davam edən abseslərdə, karbunkullarda və digər irinli infeksiyalarda;

✓ toxumaların nekrozu və qanqrenası;

✓ heyvan dişləməsində .

Tetanusun təcili profilaktikası yaranın birincili cərrahi işlənməsindən və eyni məqamda immunoprofilaktikadan ibarətdir. Profilaktikanı mümkün qədər tez icra etmək lazımdır.

Tetanusun spesifik maddələrlə təcili profilaktikasına əks göstərişlər aşağıdakılardır:

✓ preparata qarşı həssaslığın olması;

✓ hamiləlik.

Xəstə travmaya görə həkimə müraciət etdikdə mütləq tetanusun təcili profilaktikası məsələsi həll olunmalıdır.

Profilaktika aparılmır:

✓ xəstənin yaşı uyğun olaraq planlı profilaktik peyvəndləri olması haqqında təsdiqləyici sənədin olması və ya yaşlı xəstənin beş il əvvəldən çox olmayaraq tam immunlaşdırma kursunun olması;

✓ xəstənin qan zərdabında bioloji neytrallaşdırma reaksiyanının göstərişlərə əsasən tetanus anatoksinin titri 0,1 BV ml-dən çox olduqda.

Təcili immunoprofilaktika zamanı adsorbsiya olunmuş tetanus anatoksini (TƏ), tetanus əleyhinə immunoqlobulini (TƏİİ), tetanus əleyhinə təmizlənmiş duru at zərdabı (TƏZ) və adsorbsiya edilmiş difteriya –tetanus anatoksinindən (ADT-m) istifadə edilir.

Tetanus xəstəsinə qulluq. Xəstə reanimasiya şöbəsində pəncərəsi tündləşdirilmiş və döşəməsinə yumşaq material sərilmiş ayrıca palatada yerləşdirilir. Xəstə yumşaq yatağa uzadılır. Tibbi personaldan sakitliyə riayət etmələri tələb olunur. Qəfləti səs və parlaq işıq xəstədə qıcolma tutmaları yaradır. Bütün manipulyasiyalar və qidalandırma qıcolma əleyhinə preparatlar vurulduqdan sonra yerinə yetirilir. Xəstə duru qida ilə qidalandırılır, əgər udma aktında çətinlik yaranırsa, onda zond vasitəsilə və ya parenteral qidalanma tətbiq edilir. Qıcolma tutmalarının tezliyi və müddəti artdıqda xəstəyə uzunmüddətli təsirə malik miorelaksantlar yeridilir və intubasiya boru vasitəsilə ağ ciyərlərin süni ventilyasiyası aparılır və ya traxeostomiya əməliyyatı icra edilir.

Ümumi irinli cərrahi infeksiya- sepsis.

Sepsis – ağır yoluxucu xəstəlik olub, müxtəlif mikroblar və onların toksinləri tərəfindən törənən ümumi irinli infeksiyadır. Sepsisin səbəbi travmalar, irinli-iltihabi proseslər, cərrahi müdaxilələr, xroniki iltihab ocaqları və s. ola bilər. Törədicilərinin müxtəlifliyinə baxmayaraq proses müəyyən bir klinik mənzərə ilə özünü göstərir. Sepsis ilkin və ikincili ola bilər. İlkin sepsis mikrobun orqanizmə daxil olduqdan sonra verilən cavab reaksiyasıdır. İkincili sepsis isə birincili yaranan iltihabı proseslərin (furunkul, karbunkul, fleqmona, abses) fonunda inkişaf edir və bu xəstəliklərin mənbələri

“infeksiya qapısını” təşkil edir. Bu mənbələrdən infeksiya qana keçərək sepsisin əmələ gəlməsinə səbəb olur.

Sepsisin gedişi müddəti bir neçə saatdan (ildırımvari forma) bir neçə ilədək (xroniki forma) çəkə bilər. Xəstəliyin kliniki gedişinin ağırlığı aşağıdakılardan asılıdır:

1) Törədicinin növündən və virulentliyindən;

2) İnfeksiyanın daxil olduğu nahiyənin qan dövranının vəziyyəti, zədələnmiş toxumanın həcmi və xarakterindən;

3) Orqanizmin immunoloji müdafiə qüvvəsinin vəziyyətindən.

Beləliklə sepsisin inkişafı və gedişi mikroblarla xəstənin orqanizmi arasında baş verən qarşılıqlı təsirin nəticəsinin çox mürəkkəb və dinamik prosesidir.

Sepsisin müxtəlif forma və klinik təzahürlərinin olması onun təsnifatını verməyə çətinlik yaradır. Sepsis bölünür:

1. Törədicinin növünə görə: a) stafilokokk b) streptokokk, c) pnevmokokk, d) qonokokk, e) kolibasilyar, q) qarışıq və s.

2. Mənbəyinə görə: a) yara, b) daxili üzvlərin xəstəlikləri (angina, pnevmoniya və), c) əməliyyatdan sonra, d) kriptogen (mənbəyi təyin oluna bilməyən);

3. İlkin ocağın lokalizasiyasına görə: a) ginekoloji, b) uroloji, c) otogen və s.

4. Klinik gedişinə görə: a) ildırımvari, b) kəskin, c) yarımkəskin, d) residivləşən, e) xroniki

5. Kilinko-anatomik olaraq: a) septisemiya-irinli metastazsız sepsis, b) septikopiyemiya-irinli metastazlarla sepsis.

Klinik şəkli. Sepsisin xüsusi simptomları yoxdur. Bəzi hallarda irinli intoksikasiya sepsisə yaxın bir klinik mənzərəyə səbəb olur ki, bu da diaqnozun qoyulmasında çətinlik yaradır. Orqanizmin intoksikasiyası və infeksiyanın generalizasiya olunması ilə əlaqədar daxili üzvlərdə ağır destruktiv dəyişiklər, mübadilə prosesinin pozğunluqları, sinir sisteminin, qanyaradıcı üzvlərin, endokrin və digər sistemlərin zəbt olunması baş verir. Ağır gedişli sepsisdə temperatur 39-40⁰C, xroniki gedişdə isə subfebril olur. Üşütmə, tərləmə, progressivləşən arıqlama və xəstənin ümumi vəziyyətinin pisləşməsi qeyd olunur. daimi simptomlardan biri taxikardiyadır. Qanın ümumi analizində anemiya, leykositoz, EÇR-in sürətlənməsi

qeyd olunur. Qanın əkilməsi xəstələrdə bakteremiyanı aşkarlaya bilər (mikrobun varlığını). Qaraciyər və böyrəyin funksiyasının pozulması ilə əlaqədar orqanzimin susuzlaşması, zülal mübadiləsinin ağır pozğunluğu, dalağın böyüməsi, diurezin pozğunluqları əmələ gəlir. Sidiyin nisbi sıxlığı aşağı düşür, sidikdə leykosit, eritrosit və silindirlərin görünməsi böyrəklərin toksiki zədlənməsinin əlamətidir.

İştahın pozğunluğu, davamlı septiki ishal, ürəkbulanma və qusma mədə-bağırsaq sistemi tərəfindən göstərilən əlamətlərdir.

Metastazlarla gedən sepsis septikopiemiya adlanır. Septikopiemiya müxtəlif üzv və toxumalarda çoxlu miqdarda irinliklərin inkişafı ilə xarakterizə olunur. Ən çox prosesə həyati vacib üzvlər - qara ciyər, böyrəklər, ağciyərlər, baş beyin cəlb olunur. Septikopiemiya həftələrlə, hətta aylarla davam edə bilər. Sonda ölümlə nəticələnir.

Metastazsız sepsis septisemiya adlanır. Septisemiya daha ağır gedişə malik olub yüksək daimi temperaturla xarakterizə olunur. Adətən bir neçə saat və ya 1-2 gün davam edir və yüksək letallıqla müşayiət olunur. Septik yara üçün qranulyasiyanın süst gedişi, ifrazatın azlığı, bulanıq-çirklə rəngdə olması xarakterikdir. Hal-hazırda sepsisin ölüm faizi yüksək olaraq qalır.

Sepsisin ağırlaşması septiki şokdur. Bu həm ildırımvari kəskin sepsis zamanı, həm də xroniki sepsis zamanı inkişaf edə bilər. Ən çox kəskin sepsis septiki şokla ağırlaşır. Septiki şok qram mənfi infeksiyalar zamanı müşahidə olunur. Şok zamanı simptomlar daha tez inkişaf edir və daha ağır gedişə malik olur. Klinik şəkli hemodinamik pozğunluqlarla və tənəffüsün pozulması ilə xarakterizə olunur. Bu zaman tromb əmələ gəlmə prosesi daha çox diqqəti cəlb edir. Mikrobların toksini damardaxili laxtalanma yaradır. Daha doğrusu yayılmış damardaxili koagulyasiya prosesi baş verir. Tromb damar daxilində tədricən böyüyüb onun mənfəzini tıxayır. Beləliklə toxumaların qan təchizatı pozulur, böyrək və qara ciyər çatmamazlığı inkişaf edir. Septiki şok mürəkkəb proses olub xüsusi təcrübə və müalicə metodunun seçilməsini tələb edir. Ən əsas belə xəstələr vaxtında stasionara yerləşdirilməlidirlər..

Müalicəsi. Sepsisin müalicəsi kompleks aparılır. Yerli müalicə irinin yaxşı axması üçün irinliyin geniş açılmasından, ağır hal-

larda progressivləşən sepsis zamanı isə eksartikulyasiya və ya amputasiyadan ibarətdir.

Ümumi müalicə infeksiya ilə mübarizə tədbirlərindən, intoksikasiyanı azaltmaqdan, üzv və sistemlərin qanyaranma və mübadilə proseslərini gücləndirməkdən ibarətdir. Orqanizmin müqavimət qabiliyyətini artırmaq az əhəmiyyət kəsb etmir. Xəstəyə antibiotiklər, sulfanilamid preparatları mikroorqanizmlərin həssaslığı yoxlanılmaqla təyin edilir. Su-duz balansını tənzimləməkdən ötrü duz məhlulları və qlukoza məhlulu təyin edilir. Antistafilokokk qamma qlobulini, zülal preparatları, az miqdarda qanın köçürülməsi məsləhət görülür. Ürək-damar sistemi fəaliyyətini mühafizə etmək üçün ürək preparatları təyin olunur. Xəstənin qidası yüksək kalorili, karbohidrat və vitaminlərlə zəngin olmalıdır.

Xəstəyə qulluq. Tibb bacısı yadda saxlamalıdır ki, sepsisli xəstə intensiv müalicə ilə yanaşı xüsusi qulluq da tələb edir. Xəstəyə qulluq zamanı o, maska taxmalı, ayrıca xalat və əlcək geyinməlidir. Əllər hər dəfə aparılan manipulyasiyalardan sonra antiseptiklərdə isladılmış dəsmalla silinməlidir. Palatada bakterisid lampa yerləşdirilməli və təcili sarğılar üçün xüsusi diyircəkli steril masacıq hazırlanmalıdır. Xəstəyə qulluğun elementlərinə aşağıdakılar aiddir:

Xəstə reanimasiyada və ya ayrıca intensiv müalicə palatasında izolyasiya edilməli, ona tam fiziki və psixi sakitlik yaradılmalıdır. Xəstənin yerləşdiyi palata tez-tez təmizlənməli və havası dəyişdirilməli, yataq ağlar dəyişməli və xəstənin bədəni silinməlidir. Durgunluq pnevmoniyasının profilaktikasından ötrü xəstəni yataqda tez-tez çevirib, tənəffüs gimnastikası və aerozol inhalyasiyası aparmaq lazımdır. Ağız boşluğundan daxil olan infeksiyaların qarşısını almaq üçün furasillin və ya soda məhlulu ilə qarqara edilməlidir. Yataq yaralarına qarşı tədbirlər aparılmalı, drenaj borularının vəziyyətinə diqqət verilməlidir. Xəstənin sarğısının təmiz və quru olmasına nəzarət edilməli, qan və ya digər ifrazatla islandıqda təcili olaraq həkim məlumatlandırılmalıdır. Hər iki saatdan bir xəstənin temperaturu, nəbzi, arterial təzyiqi və diurezi ölçülməli və xüsusi kartada qeyd olunmalıdır. Xəstə yüksək keyfiyyətli qidalarla qidalanmalı, qida asan həzm olunan və vitaminlərlə zəngin olmalıdır. Terminal vəziyyətlərdə tibb bacısı ilk yardım göstərməyi bacarmalı, ağ ciyər-

lərin süni ventilyasiyasını, ürəyin qapalı masajını və digər manipulyasiyaları yerinə yetirməlidir. Fasiləsiz olaraq xəstənin ümumi vəziyyətinə nəzarət etməli, onun dəri örtüyü, nəbzi, arterial təzyiqi, tənəffüsü, huşu haqqında müntəzəm olaraq həkimi məlumatlandırmalıdır.

Beləliklə, sepsisli xəstə yeləşən palatada tibb bacısının işi son dərəcə məsuliyyətlidir. Tibb bacısı savadlı və təxirəsalınmaz situasiyalarda sərbəst qərar vermək üçün praktiki hazırlıqlı olmalıdır.

Yoxlama sualları:

1. Anaerob infeksiyanın inkişafına təsir edən amillər hansılardır?
2. Anaerob infeksiya hansı xəstəlikləri törədir?
3. Tetanus nədir və onun müalicəsi necə və hansı hallarda aparılır?
4. Tetanusun təcili profilaktikası necə aparılır?
5. Tetanus əleyhinə zərərli yeridilmə texnikası nədən ibarətdir?
6. Qazlı qanqrenanın klinika, müalicə və profilaktikasını danışın.
7. Tetanusda ölümün səbəbi nədir?
8. Tetanusun klinik mənzərəsini təsvir edin.
9. Nə üçün aşağı ətraflarda qazlı qanqrena daha çox inkişaf edir?
10. Tetanusun profilaktikası nə vaxt aparılır?
11. Qazlı qanqrenanın hansı növləri vardır?
12. Anaerob infeksiyalar necə yaranır?
13. Anaerob infeksiyanın diaqnozu dəqiqləşdikdən sonra hansı əməliyyat aparılır?
14. Sepsis hansı əlamətlərə görə təsnifləşdirilir?
15. Sepsis hansı klinik mənzərə ilə özünü göstərir?
16. Septisemiya və septikopiyemiyanın klinik mənzərəsini təsvir edin.
17. Septiki şok özünü necə göstərir?
18. Sepsisin profilaktikası nədən ibarətdir?
19. Sepsisli xəstələrə qulluq necə aparılır?
20. Sepsisin səbəbləri hansılardır?

Situasiya məsələləri:

1. Xəstə feldşer mama məntəqəsinə ümumi zəiflik, halsızlıq, baş ağrıları, temperaturun $37,5^{\circ}\text{C}$ -dək yüksəlməsi, çeynəmənin çətinliyi, çeynəmə və mimiki əzələlərin səyriməsi və qıcolması, eləcə də bir həftə əvvəl tikintidə işləyərək pəncə nahiyəsində aldığı yara ətrafının əzələlərinin də qıcolması şikayəti ilə müraciət etmişdir. Yara travmadan dərhal sonra tibb məntəqəsinin feldşeri tərəfindən işlənmiş və sarğı qoyulmuşdur. Zərərçəkən həmin gün işinə davam etmişdir. Baxma zamanı pəncənin arxasında $1,0 \times 2,0$ sm. ölçüdə kənarları nahamar, dibində və divarlarında nekrotik sahələr olan cırılmış-əzilmiş yara vardır. Ehtimal olunan diaqnozu formalaşdırın və əsaslandırın. Kliniki mənzərənin gələcəkdə necə inkişaf edə biləcəyini təsvir edin. Feldşer tərəfindən hansı taktiki səhvlərin edildiyini və belə yaralara təcili yardım göstərmək üçün düzgün taktikanın nə olduğunu söyləyin.

II. Feldşer mama məntəqəsinin feldşerini məntəqədən 5 km aralı bir kənddə yaşayan və heyvandarlıq təsərrüfatında işləyən 35 yaşlı bir qadının evinə çağırıldı. Şikayətləri 40 ° C-yə çatan yüksək temperatur, kəskin üşütmə, ürəkdöyülmə, ümumi zəiflikdəndir. Ərinin sözlərinə görə, gün ərzində süstlük vəziyyəti tez-tez həyəcan və narahatlıqla əvəzlənir. Bundan əlavə, o, sol pəncənin şişməsinə və şişin tədricən artaraq baldıra keçdiyini də bildirdi. Qadın aşağı ətrafların varikoz genişlənməsindən əziyyət çəkir, bir neçə dəfə baldırın aşkar ödemə və yüksək temperaturla müşayiət olunan tromboflebit keçirmiş, son bir həftə ərzində aspirin və biseptol həbləri qəbul etmiş, baldıra müxtəlif məlhəmlər sürtərək özbaşına müalicə etmiş, lakin günlər keçdikcə vəziyyəti pisləşmişdir. Eyni zamanda məlum oldu ki, təxminən 10 gün əvvəl fermadakı peyini çıxararkən sol ayağına mismarla zədələmişdir. Evdəki aptekdən istifadə edərək ayağın arxasındakı yaranı özü sarımışdı. Obyektiv olaraq xəstənin vəziyyətə ağırdır, xəstə süst və laqeyddir, daim dodaqlarını yalayır, içmək istəyir. Dərisi solğun və nəmdir, dili qurudur, boz ərplə örtülmüşdür. Bədənin temperaturu 40 ° C, nəbz sürətli, zəif, dəqiqədə 138, arterial təzyiq 95/70 mm civə st. Auskultasiyada: ağciyərlərdə sərt tənəffüs, ürək tonlarının karlaşması qeyd olunur. Ayaqdakı yaraların müayinəsi zamanı baldırın yuxarı üçdə birinə qədər şişməsi, yarandan ifrazatın azlığı, bulanıq-çirkli rəngdə olması aşkar olundu. Təxmin edilən diaqnozu formalaşdırın və əsaslandırın. Təcili yardım alqoritmini tərtib edin.

MÖVZU 27. Xroniki spesifik cərrahi infeksiyalar.

Tələbə bilməlidir:

- ✓ Xroniki spesifik infeksiyaların törədicilərini və yoluxma yollarını;
- ✓ Xəstəliklərin lokalizasiyasını;
- ✓ Xroniki spesifik infeksiyaların əmələ gəlmə səbəblərini;
- ✓ Xroniki spesifik infeksiyası olan xəstələrin müayinə metodlarını;
- ✓ Xroniki spesifik infeksiyaların fəsadlarını və profilaktika üsullarını
- ✓ Xroniki spesifik infeksiyaların yerli və ümumi əlamətlərini təyin etməyi və müalicə metodlarını.
- ✓ Xəstələrdə sarğı aparılmasını.

Mühazirənin planı:

- Cərrahi vərəm.
- Sümük-oynaq vərəmi.
- Aktinomikoz.
- Sümük və oynaqların sifilisi.

Xroniki spesifik infeksiyalara xüsusi törədicilər: vərəm çöpləri, şüalı göbələklər və solğun spiroxetlər səbəb olurlar. Bu infeksiyaya cərrahi vərəm, aktinomikoz və sifilis aiddir.

Cərrahi vərəm. Bu xəstəlik zamanı toxumalar vərəm mikobakteriyaları ilə zədələnilir. Qeyri-spesifik infeksiyalarda olduğu kimi, spesifik infeksiyaların inkişafı üçün xüsusi şərait tələb olunur: orqanizmin müdafiə qabiliyyətinin aşağı düşməsi (keyfiyyətsiz qidalanma, ağır məişət şəraiti), psixi gərginlik və s.

Vərəm mikobakteriyalarının təsirindən, onun yerləşdiyi nahiyədə xüsusi hüceyrədən ibarət bir pərdəcik (qabarcıq) əmələ gəlir. Qabarcığın ətrafında kapilyarstaz nəticəsində limfositlər toplanır. Bir neçə belə qabarcıq ilkin vərəm ocağını əmələ gətirir. Ocağın daxilində kəsmiyəbənzər nekroz müşahidə edilir. Kəsmiyəbənzər kütlənin dağılması irinliyin yaranmasına səbəb olur. Vərəm irinliyi qeyri-spesifik irinləmələrdən fərqli olaraq adətən şiddətli simptomlarla xarakterizə olunmur.

Sümük-oynaq vərəmi. Xəstəlik həmişə ikincili baş verir, ilkin ocaq ağı ciyərlərdə və ya qarın boşluğunda yerləşir. Xəstəlik sümüyün süngəri maddəsindən (epifizar və metafizar zona) başlayır. Əvvəlcə ilkin vərəm ocağı əmələ gəlir, sonra sümük toxumasının dağılması nəticəsində kiçik sümük sekvəstləri və sümük boşluğu yaranır. Boşluğa toplanmış irin çıxaraq yumşaq toxumalar arasına sı-

zır (soyuq abses). Proses oynaq da keçə bilir. Oynaq vərəmində sinovial qişa ödemli, hiperemiyalı olur və oynaq boşluğuna serroz-fibroz eksudat yığılır. Sonradan irinləyərək xaricə açılır və bu zaman fistula əmələ gəlir. Vərəm prosesi onurğanı, iri borulu sümüklərin epifizar-metafizar zonalarını və barmaq falanqalarını zədələyə bilir. Ən çox uşaqlarda rast gəlinir. Amma xəstəlik böyüklərdə də təsadüf oluna bilər. Adətən zədələnən nahiyələr onurğa-vərəm spondiliti, bud-çanaq oynaqı-vərəm koksiti, diz oynaqı-vərəm qoniti olur.

Klinik şəkli. Xəstə zədələnən sahədə sızıldayıcı ağrıdan şikayət edir. Dəri və dərialtı piy toxumasının ödemi fonunda əzələlərin atrofiyası başlayır. Zədələnən tərəfin dəri büküşləri simmetrik olaraq sağlam tərəflə müqayisədə nisbətən daha qalın olur. Oynaqlar zədələnmərkən onların həcmi artır, dərisi ağ rəng alır və konturları hamarlaşır. Oynaqda hərəkət kəskin məhdudlaşır. Ümumi klinik əlamətlər halsızlıq, iştahasızlıq, subfebril temperatur, çəkinin azalması ilə xarakterizə olunur. Fistula formasına qeyri-spesifik infeksiya da qoşula bilər. Bu zaman xəstəliyin gedişi bir qədər də pisləşir.

Sümük oynaq vərəminin diaqnostikası çətin bir məsələ olaraq qalır. Xəstəlik uzun aylar və illər davam edir. Erkən diaqnostik əlamətlərdən biri heç nə ilə izah olunmayan oynaqda möhtəviyyatın olmasıdır. Ağrı, prosesin sümüklüylüyünü əhatə edən sonrakı mərhələləri üçün xarakterikdir. İltihab əlamətləri olmur. Temperatur subfebril olur. Buna görə xəstəliyin ilk təzahürü fistulanın və ya absesin yaranmasıdır. Anamnezin toplanması, aparılan hərtərəfli müayinə və rentgen müayinəsi vərəmi aşkar etməyə kömək edir.

Müalicəsində ümumi tədbirlərə qidalanmanın gücləndirilməsi, ultrabənövşəyi şüalarla şüalanma, günəş və hava vannalarının tətbiq edilməsi aiddir. Dərman maddələrindən streptomisin, PASK, ftivazid, rifampisin və s. təyin edilir. Bədənin zədələnmiş nahiyəsinin immobilizasiyası aparılır. Vərəm spondilitində gips çarpayısı, vərəm koksitində koksit gips sarğısı, vərəm qonitində qonit sarğısı qoyulur. İrin sızıntıları çox olduqda onlar punksiya edilərək, irin möhtəviyyatı sorulur və boşluğa 10%-li yodoform, streptomisin və penisillin məhlulu yeridilir. Qeyri-spesifik infeksiyanın qoşula bilmək təhlükəsinə görə kəsik aparmaq əks göstərişdir.

Müasir dövrdə sümük-oynaq vərəminin cərrahi müalicəsi daha geniş tətbiq edilir. Vərəm spondilitində onurğanın zədələnmiş nahiyəsi, nekrotik toxumalaradan təmizlənərək sümük transplantı ilə fiksasiya olunur. Oynaqların vərəmində zədələnmiş sinovial qişa destruksiya olunmuş sümük toxuması ilə birlikdə kəsilib götürülərək ətrafın fizioloji vəziyyətinə uyğun ankiroz yaradılır.

Aktinomikoz. Aktinomikoz toxumaların şüa göbələyi (aktinomisetlərlə) ilə zədələnməsidir. Aktinomisetlər orqanizmə tənəffüs yolu və ya mədə-bağırsaq traktından daxil olurlar (ekzogen yol). Aktinomisetin daxil olduğu yerdə spesifik iltihabı proses əmələ gəlir. Bunun əsasını nazik saplar şəbəkəsindən ibarət və şüalar şəklində mərkəzdən periferiyaya doğru yayılan ağacabənzər qalınlaşma yaradan göbələk koloniyasından ibarət druzlar təşkil edir (şəkil 88). Qalınlaşmaların ətrafında qranulyasiya və lifli birləşdirici toxumadan ibarət çox sərt infiltrat əmələ gəlir. Üzərindəki dəri qırmızımtıl-göyümtül rəng alır. Bəzi yerlərdə o nazikləşir, fistula əmələ gəlir və ondan açıq – sarı rəngli maye ifraz olunur. Bu zaman druzları dənəciklər şəklində adi gözlə görmək olur. Aktinomikoz çox vaxt çənə-üz nahiyəsində və ağ ciyərlərdə müşahidə olunur. Başqa üzvlərdə nadir hallarda təsadüf edilir.

Klinik şəkli. Ağ ciyərlərin aktinomikozunun klinikası özünü kəskin və ya xroniki abses, bronxopnevmoniya və ya xroniki mediastenit formasında göstərir. Aktinomikoz döş qəfəsini tutaraq hematogen və ya limfogen yollarla başqa üzvlərə metastazlar verir.

Aktinomikoz daxili üzvlərdə yerləşdikdə diaqnozu qoymaq çətinlik törədir. Diaqnostikasında mikrobioloji, seroloji və rentgenoloji müayinə metodları böyük əhəmiyyət kəsb edir.

Müalicəsində massiv dozada antibiotiklər (penisillin, streptomisin, auromisin) təyin edilir. 3-5% li kalium yodat məhlulunu 2-3 ay müddətində daxilə qəbul etmək üsulundan istifadə edilir. Aktinolitiklərlə spesifik müalicə aparılır. 0,2 ml-dən 2 ml-ə qədər hər 2-3 gündən bir 20 inyeksiya edilir. Eyni zamanda rentgen müalicəsi təyin edilir. Cərrahi metodlardan irinli boşluqların açılması və irinin buraxılması əməliyyatı tətbiq olunur.

Sümük və oynaqların sifilisi. Sümük və oynaqların sifilitik zədələnməsinə nadir hallarda rast gəlinir. Gecikmiş sifilislərin nəticəsi

kimi kəllə sümüklərində, qamış sümüyündə, döş sümüyündə, qabırğalarda periostit, ostit, osteomyelit inkişaf edir. Onlar ağrısız və yumşaq konsistensiyalı şişkinlər kimi meydana gəlir və gecələr şiddətli ağrılarla xarakterizə olunur. Oynaqlarda isə poli və monoartritlər şəkildə özünü göstərərək ağrı və oynaqlara eksudat toplanması ilə müşahidə olunur. Ən çox diz, aşıq-daban və dirsək oynaqları zədələnilir. Diaqnoz anamnezə və seroloji Vasserman reaksiyasına əsasən qoyulur`

Müalicəsi konservativ aparılır, əgər ikincili infeksiya qoşularsa cərrahi metodlar istifadə olunur.

Yoxlama sualları:

1. Sümük və oynaqların vərəminin hansı əlamətləri vardır?
2. Vərəm əsasən hansı sümükləri zədələyir?
3. Aktinomikoz haqqında ümumi məlumat verin.
4. Sifilis ən çox hansı oynaqları zədələyir.
5. Aktinomikozun diaqnozu nəyə əsasən qoyulur?
6. Sümük və oynaqların vərəmində immobilizasiya necə aparılır?
7. Vərəm irinliyinin digər spesifik irinləmələrdən fərqi nədir?
8. Soyuq abses nədir?
9. Aktinomikoz ən çox hansı nahiyələrdə olur?
10. Xroniki spesifik infeksiyaların hansı törədicilərini tanıyırsınız?
11. Sümük oynaq vərəminin diaqnostikasında oynaqın punksiyası vacibdirmi?
12. Hansı xəstəlikdə barmaq falanqaları zədələnilir?
13. Xroniki spesifik infeksiyalar zamanı konservativ müalicə nədən ibarətdir?
14. Xroniki spesifik infeksiyalar zamanı cərrahi müalicə nədən ibarətdir?
15. Sümük sifilisinin diaqnostikası necə dəqiqləşdirilir.

Situasiya məsələləri:

I. 10 yaşında uşaq sol diz oynağında sızıldayıcı ağrıdan və həcmnin artmasından şikayət edir. Anası uşağın halsız, bəzən temperaturun $37,8^{\circ}\text{C}$ olmasını, iştahasının olmamasını və çəkisinin azalmasını bildirir. Uşağın atası 6 ay əvvəl ftiziatriın nəzarətində olmuşdur. Obyektiv olaraq sol budun və baldırın əzələləri atrofiyalaşmışdır. Sol diz oynağının dəri büküşləri sağlam tərəflə müqayisədə nisbətən qalın, rəngi ağ, konturları hamardır. Hansı xəstəlik haqqında düşünmək lazımdır?

II. 26 yaşlı qadın sağ baldır nahiyəsinin ağrıları şikayəti ilə poliklinikanın cərrahına müraciət etmişdir. Ağrılar adətən gecələr şiddətlənir. Qadın evli deyil və yüngül həyat tərzini keçirir. Baldır nahiyəsində heç vaxt zədə almamışdır. Özünü təxminən 2,5-3 aydır ki, xəstə hesab edir. Müayinə zamanı sağ qamış sümüyünün ön səthində ağrı, yumşaq konsistensiyalı şişkinlik müəyyən olunur. İlk diaqnozunuz nədir? Əlavə hansı müayinə təyin edə bilərsiniz?

MÖVZU 28. Nekrozlar, xoralar, fistulalar, yataq yaraları.

Tələbə bilməlidir:

- ✓ Regionar qan dövranının pozğunluqlarının səbəblərini;
- ✓ Yaş və quru qanqrenanın differensiasiyasını;
- ✓ Nekrozun, qanqrenanın, xoranın, fistulanın növlərini vaxtında və düzgün tanımağı;
- ✓ Qan dövranı pozğunluğu sindromunda həkiməqədərki tibbi yardımın prinsiplərini;
- ✓ Yataq yarası, fistulası olan xəstələrə qulluq və nəzarəti
- ✓ Nekrozu əmələ gətirən amilləri və nekrozun növlərini.
- ✓ Fistulalı xəstələrə qulluq göstətməyi.

Mühazirənin planı:

- “Nekroz” anlayışı, nekrozun səbəbləri;
- Qan dövranı pozğunluğu törədən amillər, sirkulyator nekroz, səbəbləri, ona təsir göstərən şərait;
- Yaş və quru nekroz anlayışı, qanqrena, klinik təzahürü və müalicə prinsipləri;
- Yataq yaraları, yataq yarası olan xəstələrə qulluq.
- Trofik xoralar, əlamətləri, trofik xoralarla yaraların müqayisəli xarakteristikası, müalicə prinsipləri;
- Fistulalar, əlaməti, müalicəsi.

Sağlam insanın orqanizmində daim hüceyrələrin ölümü və onların yenisi ilə əvəz olunması prosesləri davam edir. Orqanizm üçün belə proseslər normal olub, daim onun yenilənməsinə kömək edir. Bununla belə toxumaların, bəzən də üzvlərin ölümü patoloji xarakter daşıyıb, üzv və sistemlərin əhəmiyyətli dərəcədə funksiyasının pozulmasına gətirib çıxarır.

Canlı orqanizmdə hüceyrələrin, toxumaların və üzvlərin yerli ölümü nekroz adlanır. Nekroz yunan sözü olub, ölü deməkdir. Bu ölümün səbəbi zədələyici amilin birbaşa toxumaya məhvedici təsiri (vasitəsiz nekroz) və ya qandövranı pozğunluğudur (vasitəli və ya sirkulyator nekroz). Çox vaxt toxumaların nekrozu aşağıdakı amillərin təsirindən baş verir.

- 1) Mexaniki amil (sıxılma, əzilmə, cırılma)
- 2) Termiki amil(+60⁰C-dən yuxarı, -10⁰C-dən aşağı temperaturun təsiri)
- 3) Elektrik cərəyanı amili (yüksək gərginlikli elektrik cərəyanının təsiri)
- 4) Toksik amil (mikrobların həyat fəaliyyəti və ya parçalanma məhsullarının təsiri)

5) Kimyəvi amil (qatı turşular zülalları kooqulaysiyaya uğradaraq quru nekroz törədir, qatı qələvilər zülalları həll edib yaş nekroz törədir.

6) Neyrogen amil (onurğa beyininin sinir köklərinin zədələnməsi nəticəsində toxumaların trofikasının pozulması)

7) Sirkulyator amil (damarların uzun müddətli spazmı və ya obliterasiyası, trombla tutulması, kəmərlə və ya şişin təsirindən sıxılması nəticəsində üzvlərdə qan dövranının pozulması).

Sirkulyator nekroz qan təchizatının pozulması ilə yanaşı həmçinin, innervasiyanın pozulması nəticəsində baş verir. Sirkulyator nekrozun səbəblərinə arterial keçiriciliyin pozulması (tromboz, emboliya və magistral damarların mənfəzinin tutulması), venoz axınının pozulması (kəskin tromboflebit), mikrosirkulyasiyanın pozulması (diabetik angiopatiya, yataq yaraları) və innervasiyanın pozulması (trofik xoralar) aiddir.

Nekrozun inkişafına kömək edən, onun yayılmasını sürətləndirən amillər isə aşağıdakılardır:

- ✓ zədələyici amilin gücü;
- ✓ zədələyici amilin təsir müddəti;
- ✓ damar şəbəkəsi quruluşunun anatomik xüsusiyyəti;
- ✓ zədələnmiş nahiyədə mikrob və ya onun toksinlərinin mövcudluğu;
- ✓ arıqlama;
- ✓ anemiya;
- ✓ immunitetin azalması;
- ✓ yanaşı gedən xəstəliklər;
- ✓ zədələnmiş nahiyənin həddən artıq soyuması və ya qızması.

Nekrozun növləri

Nekrozun növlərindən biri qanqrenadır. Qanqrena iki cür olur. Quru və yaş qanqrena.

Quru qanqrena arıqlamış, orqanizmi susuzlaşmış, damarlarında obliterəedicilə xəstəlikləri olan yaşlı və qoca şəxslərdə ətrafların qan dövranının yavaş pozulması nəticəsində inkişaf edir. Toxumalar tədricən quruyur, hissiyatı itir, tünd qəhvəyi və ya qara rəng alır. Sağlam toxuma ilə ölü toxuma arasında aydın sərhəd formalaşır ki,

bu demarkasiya xətti adlanır. Xəstənin ümumi vəziyyəti, qurumuş toxumanın parçalanmadığı, sorulan toksik məhsullar olmadığı və mikrobların inkişafı üçün əlverişli şərait yaranmadığı üçün bir qayda olaraq pisləşmir.

Yaş qanqrena qan dövrəsinin sürətlə pozulması nəticəsində (emboliya, damarların yaralanması və s.) inkişaf edir. Bu zaman ölmüş toxuma tez bir zamanda irinli dağılmaya məruz qalır, parçalanma məhsulları orqanizmə sorularaq ağır intoksikasiya törədir. Bədənin temperaturu qalxır, zəiflik, nəbzin sürətlənməsi, təngnəfəslik, baş ağrıları əmələ gəlir. Toxumaların sürətli parçalanması və infeksiyanın sürətlə inkişafı, intoksikasiyanı daha da artıran qanqrenanın sürətlə yayılmasına səbəb olur. Demarkasiya xəttinin əmələ gəlməsinə macal çatmır. Yerli yaş qanqrena ətrafın kəskin artan ödem, dəri örtüyünün qara rəngli sahələri olan göyümtül-qırmızı rəngi, mayesi zərdab olan suluqlar ilə özünü büruzə verir. Bir qədər gecikmiş mərhələlərdə əzələ və vətərlərin parçalanması və üfünətli qoxunun əmələ gəlməsinə təsadüf edilir. Nekroz sahəsindən yuxarıda da toxumalarda ödem və dəridə isə alov dilləri şəklində qırmızı zolaq kimi hiperemiyalaşmış sahələr əmələ gəlir.

Daxili üzvlərin – ağ ciyərlər, bağırsaqlar, öd kisəsi, soxulcana-bənzer çıxıntı, mədəaltı vəzi və s. də qanqrenası ola bilər.

Müalicəsi. Qanqrenalı xəstələrin müalicəsi və onlara qulluq stasionarda aparılır. İlk mərhələdə qanqrena ilə zədələnmiş ətraf steril mələfə üzərinə qoyulur və açıq üsulla müalicə aparılır. Nekrozlaşmış toxuma yodla silinir, suluqlar kəsilir, ultrabənövşəyi şüalarla şüalandırılır, palatanın havası dəyişdirilir. Xəstəyə antibiotiklər yəridilir, dezintoksikasiya və simptomatik müalicə aparılır. İntoksikasiya simptomları artdıqda və yerli dəyişikliklər başladıqda sağlam toxuma hüdudunda ətraf amputasiya olunur və ya üzvün nekrozlaşmış hissəsi kəsilərək götürülür.

Qanqrenanın profilaktikasına şəkərli diabetin müalicəsi, damarların obliterədicə xəstəliklərinin müalicəsi, travmatizmin profilaktikasını, zədələnmələr zamanı infeksiyasının profilaktikasını, tütünün və alkoqolun zərəri haqqında sanitar maarifi işinin aparılması və s. aiddir.

Nekrozun müxtəlif formalarının müalicəsi onu yaradan səbəbin aradan qaldırılmasına əsaslanır. Qan damarı yaralanan zaman onun tikilməsi icra edilir. Tromb və embolla tutulması zamanı onlar xaric edilir. Nekroz zamanı çalışmaq lazımdır ki, yaş qanqrena inkişaf etməsin. Bu məqsədlə nekrozlaşmış nahiyənin müalicəsi toxumaları qurutmaq üçün açıq üsulla aparılır.

Yaş qanqrena olduqda isə onu quru qanqrenaya keçirməyə cəhd etmək lazımdır. Bunun üçün ölmüş toxumanın üzərinə spirtli sarğı qoyulur və yod məhlulu ilə silinir. Ətraf ödemli olduqda toxumalarda kəsiklər aparılır, yəni nekrotomiya icra edilir (şəkil 45). Demarkasiya xətti əmələ gəldikdən sonra nekrektomiya əməliyyatı (ölmüş toxumaların kəsilib götürülməsi) aparılır (şəkil 46).



Şəkil 45. Ödemli ətraf və nekrotomiya



Şəkil 46. Ayağın qanqrenası və nekrektomiya

İnfarkt arteriya damarlarının son ucunun mənfəzinin tutulması (spazm, tromboz, emboliya) nəticəsində üzvün müəyyən hissəsinin nekrozuna deyilir. Çox vaxt ürək əzələsində, ağ ciyərlərdə və böyrəkdə müşahidə olunur. İnfarktın klinikası zədələnmiş üzvün fəaliyyətinin pozğunluğu ilə xarakterizə olunur.

Yataq yaraları bədənin özünün ağırlığının sıxılması nəticəsində dəri və dərialtı toxumaların nekrozudur. Yataq yaraları uzun müddətli ağır xəstələrin bədəninin ən çox təzyiqa məruz qalmış nahiyələrində (büzdüm, oturaq qabarıları, daban, kürək, ənsə nahiyələri) qan dövranı pozulması nəticəsində inkişaf edir. Əvvəlcə dərinin təzyiqa məruz qalan yerində qızartı əmələ gəlir, sonradan dərinin ekskorsiyası, daha sonra mumifikasiyası və qopması baş verir.

Bundan sonra qoşulan infeksiya dəriyə aid olan toxumaları parçalayaraq əridir.

Yataq yaralarına eyni zamanda xəstəyə kifayət qədər keyfiyyətli qulluğun olmamasının fəsadı kimi baxmaq lazımdır. Bundan əlavə yataq yaraları aparılan tibbi manipulyasiyaların ağırlaşması kimi də (yatrogen) inkişaf edə bilər. Bunlara aiddir:

✓ endotraxeal borunun traxeyada uzun müddət qalması nəticəsində əmələ gələn traxeyanın yataq yaraları;

✓ qalın zondun qida borusunda uzun müddət qalması nəticəsində əmələ gələn qida borusunun yataq yaraları;

✓ qaz buraxan borunun düz bağırsaqlarda uzun müddət qalması nəticəsində əmələ gələn düz bağırsağın yataq yaraları;

✓ gips sarğılarının, drenajların, süni aparatların toxumalara təzyiqlik etməsi nəticəsində əmələ gələn yataq yaraları.

Yataq yarası olan xəstələrə qulluq. Yataq yarası ilə mübarizə xəstəyə qulluq etməkdən ibarətdir. Qulluğun qaydaları xəstənin qohumlarına da öyrədilməlidir. Xəstədə sıx sarğılar, mələfədə büküşlər, yamaq yerləri, düymə, qida qırıntıları olmamalı, sidik və nəcislə çirklənmiş nahiyələr gecikmədən təmizlənməli, xəstə tez-tez (yaxşı olar ki, hər 2 saatdan bir) yataqda çevrilməli, islanmış və bulanmış nəm mələfələr dərhal dəyişdirilməli, ütülənməli, ən çox təzyiqlik düşən nahiyələrin, sümük çıxıntılarının altına içərisində hava olan rezin halqalar qoyulmalıdır. Sidik və nəcis saxlaya bilməyən xəstələrdə sidik və ya nəcis qəbuledicilərindən yaxud da pampersdən istifadə edilməlidir. Yataq yaralarının müalicəsi ciddi həkim təyinatına əsasən həyata keçirilməlidir. Xəstənin bədəni isti su ilə və yalnız maye sabunla yuyulmalı (bərk sabunla yumaq olmaz) və qurudulmalıdır. 10%-li kamfora spirti və ya 1%-li salisil spirti ya da 40%-li etil spirti ilə şampunun 1:1 nisbətində qarışığında isladılmış tənzif tamponla, yaxud da yarıya bölünmüş limonla dəri qızaranadək silinməli (silinmə zamanı dəri büküşlərinə, xüsusilə də kök adamlarda ciddi diqqət etmək lazımdır. Əgər dəri qurudursa panteol, həddən artıq nəmdirsə bepanten və vaza-pena kimi müdafiə məhləmləri ilə silinməlidir. Yadda saxlamaq lazımdır ki, yataq yaralarının qarşısını almaq, müalicə etməkdən daha asandır.

Yataq yarasının ilk əlamətlərinin təzahürü zamanı (dərinin qı-zarması) dəri gün ərzində 2-3 dəfə 5%-li kalium permanqanat məhlulu və ya 1%-li briliyant yaşılı ilə silinir. Dərinin tamlığı pozulduqda yara səthi 3%-li hidrogen peroksiddə isladılmış kürəciklə işlənir. Sarğılar dəyişdirilərkən yataq yarasının kənarları 5-10%-li kalium permanqanat məhlulu ilə aşılır. 1-3 dəqiqə müddətində yataq yarası nahiyəsi kvars lampası ilə şüalandırılır. Yataq yarasına Vişnevski və ya solkoseril məlhəmi hopdurulmuş salfet qoyulur.

Trofiki xoralar. Trofiki xoralar da nekrozun bir formasıdır. Dəri və selikli qişaların, bəzən də altındakı toxumaların sağalmaya meyilli olmayan və ya zəif meyilli olan yaraları xora adlanır. Xoranın əsas xarakterik xüsusiyyəti onun xroniki gedişə malik olmasıdır. Xoraların travmatik, infeksiyon, sirkulyator, neyrotrofik növləri vardır.

Xoranın əmələ gəlmə səbəbi nekrozlarda olduğu kimi müxtəlifdir. Lakin bunun əsasını toxumaların distrofik prosesinə və nekrozuna səbəb olan qidalanma pozğunluğu təşkil edir. Trofiki xoraların inkişafında müxtəlif patoloji proseslərin də rolu vardır. Bunlara travmatik zədələnmələri (yanıqlar, elektrotravmalar, donmalar, geniş soyulmuş yaralar), xroniki qan və limfa dövranının pozğunluqlarını (xroniki arterial və venoz çatmamazlıq, filayaqlılıq), maddələr mübadiləsi pozğunluqlarını (şəkərli diabet, avitaminoz), sistem xəstəliklərini (kollagenozlar, qan və qanyaradıcı üzvlərin xəstəlikləri), yoluxucu xəstəlikləri (vərəm, sifilis, cüzam, qızılyel, dərin mikoqlar), şişləri (xərçəng şişinin dağılması) misal göstərmək olar. Çox vaxt xoralar aşağı ətraf venalarının varikoz genişlənməsi, obliteredici endoarterit və ateroskleroz fonunda inkişaf edir. Bəzən trofik xoralar sinir kökünün zədələnməsi nəticəsində də əmələ gəlir. Sifilitik, vərəm, cüzam və şüa xoraları da mövcuddur.

Trofik xoralarda da yaralarda olduğu kimi örtük toxumalarda qüsurlu yaradığını nəzərə alaraq onların bir-birlərindən fərqlərini müəyyənləşdirmək vacibdir. Aşağıdakı cədvəldə onların müqayisəli xarakteristikası verilmişdir.

Müalicəsi. Xoraların müalicəsi son dərəcə çətinidir. Əvvəlcə xoranın əmələ gəlmə səbəbini aşkar etmək lazımdır. Səbəbin aradan qaldırılması və orqanizmin immunoloji və regenerativ qabiliyyəti-

nin artırmaq məqsədilə kompleks vitaminlər, zülallar və qanın köçürülməsi bir qayda olaraq xoranın sağalmasına gətirib çıxarır.

Trofiki xoralarla yaraların müqayisəli xarakteristikası

<i>Trofiki xoralar</i>	<i>Yaralar</i>
Müddəti 2 aydan yuxarı	Müddəti 2 aydan aşağı
Sağalmağa meyilli deyil	Sağalma yara prosesinin mərhələlərinə uyğun olaraq gedir
Trofik pozğunluğun mərkəzindən inkişaf edir	Ətraf toxumaların görünüşü adidir
Qranulyasiya süst olub, rəngi boz-qəhvəyidir	Qranulyasiya al-qırmızı olub, şirəlidir
Fibrin ərpi və nekrotik toxuma ilə örtülüdür	Nekrotik toxuma yoxdur
Səthində əhəmiyyətsiz mikroflora vardır	Mikroflora xarakterik deyil

Xoranı nekrotik toxumalardan təmizləmək və infeksiyanı ləğv etmək üçün enzimoterapiyaya müraciət olunur. Enzimoterapiya bütün hallarda müsbət nəticə vermir. Bu çox vaxt trofiki xoraların əməliyyatdan qabaqki hazırlıq dövründə tətbiq edilir. Cərrahi müalicəyə flebektomiya, venaların bağlanması və autodermoplastika daxildir.

Fistulalar. Fistula latın sözü olub, boru, dəlik mənasını bildirir. Fistula divarları epitel və ya qranulyasiya ilə örtülü olub, patoloji ocaqla birləşən dar bir kanaldır. Həmin kanal üzv və toxumaları bədən səthi ilə birləşdirirsə xarici, digər daxili üzvlərlə öz aralarında əlaqələndirirsə bu daxili fistula adlanır. Xarici fistulalara kolostomanı, qastrostomanı, enterestomanı, daxili fistulalara isə anastomozları misal göstərmək olar.

Fistulalar anadangəlmə və qazanılma olurlar. Anadangəlmə fistulalar embrional dövrdə yarıq və kanalların bağlanmaması (boğazın, göbəyin, sidik kisəsinin və s.) nəticəsində əmələ gəlir. Qazanılmış fistulalar isə irinli iltihabı proseslərin (paraproktit, abses, fleqmona, osteomyelit, sümük oynaq və rəmi və s.) nəticəsi kimi əmələ

gəlir və ya süni şəkildə müalicə məqsədilə yaradılır. Süni yaradılan fistulalar daimi və ya müvəqqəti olaraq yaradılır.

Xarici fistulaların diaqnostikası bir o qədər də çətinlik törətmir. Daxili fistulaların diaqnozunu qoymaq, eləcə də onun istiqamətini və uzunluğunu təyin etmək üçün xəstə fistuloqrafiyaya göndərilir. Bunun üçün fistula yolu zondlanır və ora kontrast maddə vurulub (yodolipol, serqozin, kardiostat) rentgenoqrafiya edilir. Fistulalar həmçinin fistula yoluna rəngləyicilər (brilyant yaşılı) vurulmaqla da müayinə edilir. Əmələgəlmə səbəbinə və xarakterinə görə, travmatik, irinli, nəcis, öd, sidik və mədə fistulaları fərqləndirilir.

Müalicəsi fistulanı əmələ gətirən səbəbi aradan qaldırmağa istiqamətlənir. Anadangəlmə və qazanılma fistulalar zamanı çox vaxt onları cərrahi yolla bağlamağa üstünlük verilir.

Fistulası olan xəstələrə qulluq. Tibb bacısı, fistuladan axan möhtəviyyətin dərini qıcıqlandırmasının qarşısını almaq üçün onu sabunlu məhlulla, müxtəlif antiseptik məhlullarla (furasillin, kalium permanqanat) yumalı, diqqətlə qurutmalı və ətrafına qoruyucu pastalar (sink pastası, Lassar pastası və s.) sürtməlidir. Sarğıni fiksə etmək üçün kleoldan və leykoplasterdan istifadə etmək olmaz. Tibb bacısı həmçinin fistulaya salınmış drenajların keçiriciliyinə diqqət yetirməlidir. Onları göstərişə əsasən antibiotik məhlulları ilə ehtiyatla yumalıdır. Drenaj çıxdığı zaman dərhal həkimi məlumatlandırmalıdır. Fistulanı müvəqqəti bağlamaqdan ötrü obturatorlar tətbiq etməlidir. Bu haqda ətraflı 29-cu bölmədə verilmişdir.

Yoxlama sualları

1. *Nekroz nədir?*
2. *Nekrozların növlərini sayın.*
3. *Toxumaların ölümünün səbəbləri nədir?*
4. *Qanqrena nədir və o necə əmələ gəlir?*
5. *Qanqrenanın cərrahi müalicəsi nədən ibarətdir?*
6. *Demarkasiya xətti nədir?*
7. *Xora nədir? Onun əmələ gəlmə səbəblərini və xarakterik əlamətlərini göstərin.*
8. *Trofiki xoralar yaralardan nə ilə fərqlənir?*
9. *Fistulaların növləri və əmələ gəlmə səbəblərini danışın.*
10. *Yataq yaralarının profilaktikası necə aparılır?*
11. *Yataq yaralarının əmələ gəlmə səbəbi nədir?*
12. *Xarici fistulalara nə aiddir?*
13. *Qanqrenanın hansı növündə infeksiyanın inkişafı üçün əlverişli şərait yaranır?*

14. *Quru qanqrenada müalicə taktikası nədən ibarətdir?*
15. *Xarici fistulalardan hansılarını tanıyırsınız?*
16. *Fistuloqrafiya nədir?*
17. *Daxili fistula nəyə deyilir?*
18. *Yaş qanqrenanın klinik əlamətləri nədir?*
19. *Nekrektomiya nədir ?*
20. *Qanqrenanın hansı növündə intoksikasiya müşahidə olunur?*

Situasiya məsələləri:

I. Reanimasiya şöbəsində bir həftə əvvəl kəskin qanqrenoz perforativ appendisit, diffuz peritonit diaqnozu ilə əməliyyat olunmuş 60 yaşlı bir xəstə vardır. Xəstə zəiflikdən şikayət edir. Xəstənin ümumi vəziyyəti ağırdır, əzgin, adinamikdir, yataqdakı yerini kənar şəxslərin köməyi olmadan dəyişdirə bilmir. Nəbz dəqiqədə 96 vuruş, qan təzyiqi 110/70 mm civə sütunudur. Tibbi personalın sözüünə görə əməliyyatdan sonrakı üçüncü gündə görə, xəstənin büzdümlü nahiyəsinin dərisində qızartı əmələ gəlmişdir. Qızartı bölgəsi palpasiya zamanı ağrıdır. Ertəsi gün zədələnmiş nahiyədə daxilində bulanıq möhtəviyyətli suluqlar meydana gəlmiş və bir gün sonra suluqların yerində dəri qüsuru yaranmışdır.

Baxma zamanı büzdümlü nahiyəsində ölçüsü 5,0 x 3,0 sm. olan xoralı bir qüsür müəyyən edilir, qüsurun dərinliyi təxminən 0,5 sm, dibi boz bir toxuma ilə örtülüdür, az miqdarda irinli ifrazat vardır. Qüsurun ətrafındakı dəri hiperemiyalı və ödemlidir.

Əməliyyatdan sonrakı dövrdə xəstədə hansı ağırlaşma əmələ gəlmişdir? Bu ağırlaşmanın inkişafının səbəbləri barədə məlumat verin. Bu fəsadın əmələ gəlməməsi üçün hansı profilaktik tədbirləri bilirsiniz? Bu patologiyamın inkişafının qarşısını almaq üçün tibb sənayesi tərəfindən hansı məhsullar istehsal olunur?

II. Xəstə 15 ildir aşağı ətraf damarlarının aterosklerozundan əziyyət çəkir. Ağrı və sağ ayağın barmaqlarının qaralması şikayətləri ilə həkimə müraciət etmişdir. Müayinə zamanı sağ ayağın 1-ci və 2-ci barmaqlarının rəngi qaralmış, qurumuş, hərəkət və hissiyyət yoxdur. Diaqnoz nədir. Hansı ağırlaşma ola bilər? Xəstəyə hansı müalicəyə göstəriş vardır? Nə vaxt?

MÖVZU 29. Onkologiyanın əsasları. Şişlər.

Tələbə bilməlidir:

- ✓ Şişlərin əmələ gəlməsinin əsas nəzəriyyələrini;
- ✓ Bəd və xoşxassəli şişlərin fərqlərini;
- ✓ Onkoloji xəstələrə qulluqda etika və deontologiyanın xüsusiyyətlərini;
- ✓ Xərçəngözü xəstəlikləri.
- ✓ Şişlərin diaqnostikasını və müalicəsini;
- ✓ Müxtəlif lokalizasiyalı stomalara qulluğun xüsusiyyətlərini.
- ✓ Şişlərin əsas xüsusiyyətlərini;
- ✓ Beynəlxalq TNM təsnifatına görə diaqnostikanı;

Mühazirənin planı:

- “Şiş anlayışı, şişlərin quruluşu;
- Şişlərin mənşəyi haqqında nəzəriyyələr;
- Şişlərin təsnifatı;
- Şişlərin klinik əlamətləri;
- Şişlərin diaqnostikasının prinsipləri;
- Onkoloji xəstələrin müalicəsi.
- Xərçəngözü xəstəliklər.
- Onkoloji xəstələrə qulluğun əsasları
- Müxtəlif lokalizasiyalı stomalara qulluğun xüsusiyyətləri.

Onkologiya şişlərin əmələgəlmə səbəbləri, diaqnostikası, müalicəsi və profilaktika metodları haqqında elmdir. Onkoloji xəstəliklərin bütün inkişaf etmiş ölkələrdə artım tendensiyası qeyd olunur. Bəd xassəli törəmələr, zədələnmələr və ürək-damar xəstəliklərindən sonra əhali arasında ölüm faizinə görə III yerdə durur.

Şiş orqanizm tərəfindən idarə olunmayan toxumaların yerli patoloji böyüməsidir. Şişlərin öz-özünə, sinir və humoral faktorlara reaksiya vermədən, orqanizmin qidalı maddələri və enerji ehtiyatlarını istifadə edərək belə böyüməsi –avtonom böyümə adlanır.

Şiş hüceyrəsi xüsusi bioloji xassəyə malik olub normal hüceyrələrdən özünün quruluşuna, inkişafına, böyüməsinə və maddələr mübadiləsinin xarakterinə görə fərqlənir. Şişlər insanın bütün üzv və toxumalarında inkişaf edə bilər.

Kişilər qadınlara nisbətən daha çox xəstələnilər. Eyni zamanda şişlər lokalizasiyasına görə də fərqlənir. Kişilərdə ən çox ağciyərlərin, mədənin, prostat vəzinin yoğun və düz bağırsağın şişləri inkişaf edir. Qadınlarda isə birinci yerdə süd vəzilərinin, sonra mədənin,

daha sonra uşaqlığın şişləri durur. Daha çox şiş prosesi 40 yaşdan yuxarı insanlarda əmələ gəlir.

Bu günə qədər şişlərin əmələ gəlməsinin həqiqi səbəbini izah edən vahid qəbul edilmiş nəzəriyyə yoxdur. Hazırda şişlərin əmələ gəlməsinin əsas nəzəriyyəsi, polietioloji nəzəriyyə hesab olunur. Alimlərin əksəriyyəti belə hesab edirlər ki, şişlər orqanizmə müəyyən amillərin birgə təsiri nəticəsində əmələ gəlirlər. Bu amillərə: 1) fiziki amillər – ionlaşdırıcı şüalar, elektromaqnit dalğaları, ultrabənövşəyi şüalar və s. 2) kimyəvi amillər – kanserogen maddələr, benzipiren, aromatik amillər, aminoazot birləşmələri, fenantren və s., 3) bioloji amillər (müxtəlif parazitlər), 4) xroniki stres, 5) onkoviruslar (hüceyrələrin genetik strukturasına, əsasən DNT və RNT-yə təsir edərək yeni növ toxuma əmələ gətirir), 6) mexaniki travmalar, 7) xroniki iltihabı proseslər və 8) genetik amillər aiddir.

Lakin nəzərə almaq lazımdır ki, tək-cə bu amillərin varlığı şişlərin əmələ gəlməsi üçün yetərli deyil. Orqanizmin immunobioloji müqavimətinin aşağı düşməsi şişlərin əmələ gəlməsinə imkan yaradır. Lakin şişin əmələ gəlməsi üçün göstərilən amillər uzun müddətli və təkrar şəkildə orqanizmə təsir etməlidirlər.

Şişlərin təsnifatı

Şişin hansı toxumadan inkişaf etdiyini nəzərə alaraq onları aşağıdakı qruplara bölürlər:

1. Epitelial şişlər (papillomalar, adenomalar, kistalar, karsinomalar)
2. Birləşdirici toxuma şişləri (fibromalar, lipomalar, sarkomalar)
3. Siner şişləri (qanqlionevromalar, nevrinomalar, qliomalar, neyrosarkomalar)
4. Əzələ şişləri (miomalar, miosarkomalar)
5. Damar şişləri (angiomalar, angiosarkomalar)

Bütün şişlər xoşxasəli və bədxasəli olmaqla iki qrupa bölünürlər.

Xoşxasəli şişləri adlandırarkən onun əmələ gəldiyi toxuma xarakterinə -“oma” şəkilçisi əlavə olunur: Məs: lipoma, mioma, osteoma, adenoma, angioma və s. Əgər törəmə müxtəlif toxuma hüceyrələrindən təşkil olunmuşsa onda uyğun olaraq hər ikisi səslən-

dirilir: məsələn, lipofibroma, neyrofibroma. Xoş xassəli şişlər zəif böyüməsi, ətraf toxumalardan kapsula ilə sərhədlənməsi, şiş hüceyrələrinin orqanizmdə qan və limfa ilə daşınmaması, daha doğrusu metastaz verməməsi ilə xarakterizə olunur. Xoş xassəli şişləri radikal əməliyyatla xaric etmək olur. Onlar palpasiyada yumşaq konsistensiyalı, digər toxumalara nisbətən hərəkətli, ağrısız və aydın sərhədli olub, xəstənin regional limfa düyünləri böyüməmiş olur. Ümumi arıqlama törətmir və dağılmırlar. Xoş xassəli şişlər nə qədər ki, ətraf toxumaları, üzvləri qan damarlarını və sinir köklərini sıxmayıb və onların funksiyasında pozğunluq yaratmayıb, xəstənin ümumi vəziyyətinə heç bir mənfi təsir göstərmir. Bəzi halarda xoş-xassəli şişlər bədxassəli şişlərə çevrilə bilirlər. Bu proses maliqni-zasiya adlandırılır.

Xoş xassəli şişlərin ayrı-ayrı növləri aşağıdakılardır.

Papilloma əsası birləşdirici toxumalardan əmələ gələrək, üzəri epitel toxuması ilə örtülüdür. Dəridə, mədə-bağırsaq traktının, sidik kisəsinin, qırtlağın selikli qişasında rast gəlinir. Müxtəlif formalarda- nazik tükcük, ziyil, gül kələmi, məməcik şəklində olur. Zədələndikdə qanaxma verir və üzvün funksiyası pozularaq bəd xassəli şişə keçə bilər.

Kista - boşluqlu törəmədir, iltihablaşdıqda içərisi seroz və ya irinli eksudatla dolur. Palpasiyada dairəvi formalı olub, aydın sərhədə malik olur. Yumşaq konsistensiyalıdır və digər toxumalara münasibətdə asanlıqla şəklini dəyişə bilər.

Ateroma piy vəzisinin kistasıdır və möhtəviyyəti zəif sürətlə toplanır. Tək və çox ola bilər. Adətən onlar səthi yerləşir, sıx, elastiki, ağrısız olur və asanlıqla iltihablaşır.

Adenoma vəzili toxumaların şişidir, inkişaf etdiyi üzvün quruluşunu özündə daşıyır. Orqanizmdə harada vəzi varsa orada adenomaya rast gəlinir. Məsələn: prostat vəzinin adenoması, süd vəzisinin adenoması, qalxanabənzər vəzin adenoması. Adenomalar bədxassəli formaya tez keçirlər.

Dermoid kista – ektodermanın embrional rudimentindən inkişaf edir. O, dəridən və onun törəmələrindən ibarət olduğu üçün boşluğunda yalnız epiderma deyil, eyni zamanda tük və piy də vardır.

Fibroma – birləşdirici toxumanın şişidir. Yumşaq və sərt, tək

və çox ola bilir. Orqanizmdə birləşdirici toxuma olan bütün yerlərdə (dəridə, dərialtı piy təbəqəsində, fassiya, aponevroz, sinir kökləri, uşaqlıq) inkişaf edir. Gigant ölçülərdə böyüyə bilər. Əgər şişdə digər toxumalar olarsa onda fibromioma, fibrolipoma, fibroadenoma əmələ gəlir. Nazik ayaqcıq üzərində olan fibroma polip adlanır.

Lipoma – piy toxumasından ibarət xoş xassəli şişdir. Kapsulası olur. Dəriləti piy təbəqəsində yerləşir, tək və ya çoxlu düyünlər şəklində olur. Ən çox boyunda, kürəkdə, saiddə lokalizasiya olunur. Lipoma daha dərin toxumalarda da (subfassial, selikaltı, əzələ-daxili, retroperitoneal və s.) yerləşə bilər. Şiş yumşaq konsistensiyalı, pəncic quruluşa malik olur.

Xondroma – qığırdaq toxumasının xoş xassəli şişidir. Yavaş böyüməsi ilə fərqlənir. Çox vaxt sümük toxuması ilə birlikdə inkişaf edir və osteoxondroma adlanır.

Angioma – qan və limfa damarlarından inkişaf edir. Kapilyar qan damarlarından inkişaf edən şiş hemangioma adlanır.

Nevrinoma – sinir liflərindən inkişaf edir və güclü ağrılarla müşayiət olunur.

Qlioma baş və onurğa beyininin şişidir. Xoş xassəli şişlərə aid olmasına baxmayaraq, sürətlə böyüməsi və ətraf toxumalara yayılması ilə xarakterizə olunur. Kəsilib götürüldükdə residiv verə bilər.

Osteoma sümük toxumasından inkişaf edir. İnkişafı zəifdir. Bədxassəli şişə çevrilə bilər.

Bədxassəli şişlər yetişməmiş toxumadan inkişaf edirlər. Onlar sürətli inkişafına, qonşu toxumalara sirayət etmələrinə, limfatik və hematogen yolla şiş hüceyrələrinin digər üzvlərə və toxumalara yayılmalarına görə fərqlənirlər. Yayıldıqları yerdə böyüməyə davam edirlər. Şişin bu şəkildə yayılmasına metastaz adı verilir. Şiş kəsilib götürüldükdən sonra həmin nahiyədə yenidən əmələ gələ bilər. Xəstəliyin bu şəkildə əmələ gəlməsi residiv adlanır. Bədxassəli şişlər zamanı orqanizmin kəskin arıqlaması – kaxeksiya baş verir. Bədxassəli şişlər parçalanıb dağıla bilərlər. Bədxassəli şişlərin inkişafının 4 mərhələ ayırd edilir:

I mərhələ şişin yerli böyüməsi, ölçüsünün kiçik olması, dərinədə yerləşmiş toxumalara nüfuz etməməsi və regional limfa düyün-

lərində heç bir dəyişiklik törətməməsi ilə xarakterizə olunur.

II mərhələdə şişin ölçüləri böyüsə də, zədələnmiş üzvün hüdudlarından kənara çıxmır, lakin tək-tək regionar limfa düyünlərinə metastazlar müəyyən olunur.

III mərhələdə şiş zədələnmiş üzvün hüdudlarından kənara çıxaraq yaxıngakı toxumalara sirayət edir. Regionar limfa düyünlərinə çox sayda metastazlar müəyyən olunur.

IV mərhələdə şiş böyük ölçüyə çatır, onun dağılması və bütün orqanizmə yayılması baş verir. Şişin intoksikasiyası hesabına kaxeksiya inkişaf edir. Bu dövrdə yalnız simptomatik müalicə aparılır.

Bəd xassəli şişlər iki qrupa bölünür: epitel mənşəli şişlər – xərçəng və birləşdirici toxuma şişləri –sarkoma. Xərçəng – epitel toxumadan inkişaf edən və ən çox yayılan bədxassəli şişdir. Bəd xasəli şişlərin 90%-i xərçəngin payına düşür. Epitel toxuma elementi olan hər bir üzvdə inkişaf edə bilər. Lokalizasiyasına görə dərinin, selikli qişaların, vəzili üzvlərin xərçənginə bölünür.

Xərçəngin sürətli böyüməsi onun kifayət qədər qanla təchiz olunmamasına və onda nekrotik sahələrin əmələ gəlməsinə gətirib çıxarır. Sonradan həmin nekrotik sahələr dağılmağa başlayır, boşluqlar və xoralar əmələ gəlir. Şiş xorası xarakterik əlamətlərinə görə fərqlənir. Xoranın kənarları və dibi sərt olur, çirkli və piyli ərplə örtülü olur. Xərçəng şişi inkişaf edərək dağılır və qonşu üzvlərə sirayət edir. Xərçəng şişi üçün limfatik və qan damarları ilə metastaz verməsi xarakterikdir. Xərçəng prosesi kaxeksiya ilə müşayiət olunur. Kaxeksiya xüsusilə mədənin xərçəngi zamanı müşahidə olunur.

Sarkoma birləşdirici toxumadan inkişaf edən bədxassəli şişdir. Sarkoma qığırdaq toxumasından inkişaf edirsə xondrosarkoma, sümük toxumasından inkişaf edirsə osteosarkoma, limfa düyünlərindən inkişaf edirsə limfosarkoma və s. adlanır. Ən çox gənc yaşlı insanlarda üstünlük təşkil edir. Metastaz əsasən qan damarları vasitəsi ilə baş verir. İnkişafının ilk mərhələsində xərçəngdə olduğu kimi heç bir əlamət göstərmir. Xəstəliyin əlaməti şiş inkişaf edərək üzvün funksiyasını pozduqda və ya şiş özü nekroza, dağılmaya məruz qaldıqda ya da qanaxma, irinləmə, qonşu üzvü sıxma kimi ağırlaşma verdikdə meydana çıxır.

Karsinoma vəzi toxuması olan üzvlərdə inkisaf edir. Zəif böyüməsi, lakin sürətlə metastaz verməsi ilə fərqlənir. Metastaz adətən limfogen və ya hematogen yolla yayılır.

Melanoma çox vaxt dəri və selikli qişalarda inkişaf edir. Gövdənin, ətrafların, başın, boyunun dərisində lokalizasiya olunur. Melanoma anadangəlmə və ya qazanılmış xallardan da inkişaf edə bilər. Xalın maliqnezasiyası əlamətlərinə sürətli böyümə, assimetriklik, piqmentasiyanın artması və ya azalması, düyün və çatların əmələ gəlməsi, çatlardan qanaxma, xalın üzərinə tükün tökülməsi və ağrısının olması aiddir. Melanoma qara və çəhrayı çaları olan qəhvəyi ləkə şəklində olur. Metastaz limfogen və ya hematogen yolla baş verir.

Qarışıq şişlər bir neçə toxumadan təşkil olunmuş və müstəqil böyüməsi olan yeni törəmədir. Onlar embrional inkişafın pozğunluqları zamanı meydana çıxır. Qarışıq şişlər iki qrupa bölünür:

- 1) Sadə qarışıq şişlər – iki embrional vərəqdən əmələ gəlir.
- 2) Mürəkkəb embrional şişlər üç embrional vərəqdən əmələ gəlir.

Sadə qarışıq şişlərə ən çox qulaqyanı və digər tüpürcək vəzilərində, süd vəzisində rast gəlinir. Qıgırdaq, piy və selik toxumasından epitelial hüceyrələrdən və vəzi törəməsindən təşkil olunur. Kapsula ilə əhatə olunur, lakin ətraf toxumalara bitişmir, zəif inkişaf edir.

Mürəkkəb qarışıq şişlər teratoidlərə və teratomalara bölünür. **Teratoid şişlər** dermoid kistalara bənzəyir, lakin onların tərkibi daha mürəkkəbdir (tüklər, dişlər, sümük lövhələri və s.). **Teratomalar** anadangəlmə törəmələrdir. Çox vaxt səthlərdə, kəllə və büzdüm nahiyəsində yerləşir. Onu üzvün bir hissəsi və ya tam üzv təşkil edir.

Şişlər bundan əlavə TNM-ə görə də təsnif olunurlar. TNM təsnifatı ümumiyyətlə bütün dünyada qəbul edilir. Müxtəlif üzvlərin şişləri fərqli olduğundan, hər orqanın öz TNM təsnifatı vardır. Buna əsasən, bədxassəli şişlər üçün aşağıdakı parametrlərə uyğun olaraq ayrıca bir xarakteristikası verilir:

- T (tumor) - şişin ölçüsü və yerli yayılması,
- N (nodus) - regional limfa düyünlərində metastazların olması və onların xüsusiyyətləri,
- M (metastaziz) - uzaq metastazların olması.

Onkoloji xəstəliklərin diaqnostikası.

Onkoloji xəstəliklərdə şiş prosesinə nə qədər erkən diaqnoz qoyularsa, bir o qədər müalicənin uğurlu gədcəyi ehtimalı çoxalır. Erkən mərhələdə şişlərin diaqnostikasının əsasını xroniki xəstəlikləri olan pasientlərin dispanser müşahidəsi, sağlam əhalinin profilaktik müayinələri və risk qrupunun formalaşdırması təşkil edir.

Diaqnozu təsdiq etmək üçün anamnestik məlumatların toplanması və palpasiya ilə yanaşı bir sıra müayinələr icra edilir. Onlardan bəziləri məcburi, digərləri isə fərdi göstəricilər əsasında yerinə yetirilir. Bunlara rentgen müayinəsi, angiografiya, ultrasəs tomoqrafiyası, kompüter tomoqrafiyası, maqneto-rezonans tomoqrafiya, bronxoskopiya, qastroskopiya, radioizotopdiaqnostika və s. aiddir.

Diaqnozu dəqiqləşdirməkdən ötrü sitoloji və histoloji müayinələr zəruridir. Sitoloji müayinədən ötrü toxumadan punktat və ya yaxma götürülərək şiş hüceyrələrinin varlığı təyin edilir. Histoloji müayinə zamanı isə şiş toxuması biopsiya ilə götürülür, onun strukturası təyin edilir. Histoloji metod sitoloji metoda nisbətən daha dəqiq metoddur. Laborator müayinə metodları isə dolaylı əhəmiyyət kəsb edib, onların nəticələri yalnız diaqnozu müəyyən dərəcədə təsdiqləyir və həmçinin prosesin yayılması haqqında fikir yürütmək imkanı verir.

Onkoloji xəstələrin müalicəsi

Xoş və bəd xassəli şişlərin müalicəsi zamanı müxtəlif metodlar tətbiq edilir. Xoş xassəli şişlər zamanı əsasən cərrahi metodlardan istifadə olunur. Bu şişləri mümkün qədər tez kəsib xaric etmək lazımdır ki, o bəd xassəli şişə çevrilməsin.

Bəd xassəli şişlərin müalicəsi zamanı isə cərrahi metod, şüa müalicəsi, kimya müalicəsi və hormonal müalicədən və həmçinin bu metodların kombinasiyasından istifadə edilir. Müalicə metodunun seçilməsi şişin lokalizasiyasından, yayılmasından, klinik formasından, histoloji quruluşundan, ətraf toxumaların vəziyyətindən və yanaşı gedən xəstəliklərin ağırlıq dərəcəsiindən asılıdır. Bədxassəli şişlərin radikal müalicəsi şişin I və II mərhələlərində aparılır.

Onkoloji xəstələr 5 il və daha artıq müddətdə residivsiz və metastazsız yaşadığı təqdirdə sağalmış sayılırlar.

Cərrahi metod onkoloji xəstələrin müalicəsində aparıcı metod olub, daxili üzvlərin (mədə, ağ ciyərlər, qida borusu, uşaqlıq, düz bağırsağ və s.) şişləri zamanı tətbiq edilir və daha radikal müalicə metodu hesab olunur.

Müalicənin bu növündə üzv və ya onun bir hissəsi sağlam toxuma həddində kəsilib götürülür. Regionar limfa düyünlərinə metastazlar zamanı onlar ətraf toxumalarla birlikdə kəsilərək götürülür (radikal əməliyyat). Uzaq metastazlar zamanı isə yalnız zədələnmiş üzv çıxarılır (palliativ əməliyyat). Palliativ əməliyyatlar yalnız xəstənin vəziyyətini müvəqqəti yüngülləşdirmək üçün nəzərdə tutulmuşdur. Bir qayda olaraq onlar əlavə şüa və ya kimya müalicəsi ilə kombinasiyalı şəkildə aparılır. Onkoloji xəstələrə, şişin IV mərhələsində əməliyyat aparılmır.

Şüa müalicəsindən həm müstəqil, həm də digər müalicə metodları ilə müştərək şəkildə istifadə edilir. İonlaşdırıcı şüalanma spektrinin müxtəlifliyi səbəbindən şüa müalicəsi üsulları istifadə yolundan asılı olaraq şərti 3 yerə bölünür:

- 1) Dərindən xarici şüalanma
- 2) Boşluqdaxili şüalanma-şiş toxumasının təbii yolla (ağız boşluğundan, uşaqlıq yolundan, qida borusundan, sidik kanalından, düz bağırsaqdan) şüalanmasına əsaslanır.
- 3) Toxumadaxili şüalanma- bir başa şiş olan üzvün daxili şüalandırılır.

Kimyəvi müalicə şiş prosesinə dərman preparatları vasitəsi ilə edilən təsir metodudur. Son illərdə bədxassəli hüceyrələrə seçici təsir göstərən xüsusi dərman preparatlarının istifadəsi geniş yayılmışdır. Bunlara tiotef, embixin, dopan, sarkolizin, lofenal, kolxamin və s. göstərmək olar. Bəd xassəli hüceyrələri məhv etmək üçün kimyəvi preparatları uzun müddətdə və böyük dozada istifadə etmək lazım gəlir. Bu zaman dərman preparatlarının toksiki təsirinə bədənin digər hüceyrələri də laqeyd qalmır. Ona görə də kimyəvi preparatların tətbiqi əlavə reaksiyaların inkişaf etməsi ilə müşayiət olunur. Preparat dəri altına düşdükdə toxumaların nekrozu baş verir. Ağırlaşmalar preparat istifadə edildikdən dərhal sonra və ya kurs bitdik-

dən 7-10 gün sonra meydana çıxa bilər. Bu zaman ürəkbulanma, qusma, ishal, qızdırma, saçların tökülməsi, sifətin rənginin solğunlaşması və s. baş verir.

Hormonal müalicə əsasən hormondan asılı şişlərin müalicəsi zamanı tətbiq edilir. Belə ki, gənc qadınlarda süd vəzisinin xərçəngi zamanı kişi cinsiyyət hormonları-androgenlər, prostat vəzinin xərçəngi zamanı isə qadın cinsiyyət hormonları-esterogenlər istifadə edilir. Hormonal müalicə digər metodlarla müştərək şəkildə istifadə edildikdə daha yaxşı terapevtik effekt alınır.

Xərçəngönü xəstəliklər

Müxtəlif proses və vəziyyətin qanunauyğun şəkildə bəd xassəli şişdən əvvəl yaranması və tez-tez ona keçməsi xərçəng ölü vəziyyət adlanır. Belə hallara inkişaf qüsurları, xroniki iltihabi proseslər, toxumaların regenerasiya qabiliyyətinin pozulması, hiperplastik proseslər aiddir. Xərçəng ölü xəstəlikləri olan xəstələr dispanser qeydiyyatına alınmalı və ildə ən azı iki dəfə hərtərəfli onkoloji müayinədən keçməlidirlər (mammoqrafiya, fibroqastroduedonoskopiya).

Profilaktik müayinələrə risk qrupuna aid olan şəxslər də cəlb olunmalıdır. Onlar 2 qrupa bölünür:

1) Fəaliyyətində kanserogen amillərin təsirinə məruz qalan şəxslər (azbest, kömür, boyaqla işləyənlər, ionlaşdırıcı şüalanmaya məruz qalanlar və s.).

2) Xərçəngönü xəstəliklərə şübhə olanlar. Bu qrup xüsusi diqqət tələb edir. Bunlara yuxarıda adları göstərilən proseslərin əmələ gətirdiyi xəstəliklər aiddir. Məsələn: süd vəzisinin xərçəngönü xəstəliyi dishormonal mastopatiyadır, mədə üçün xroniki xora, polip, uşaqlıq üçün eroziya və uşaqlıq boyununun leykoplakiyasıdır.

Onkoloji xəstələrə qulluğun əsasları

Onkoloji xəstələrə qulluğun özünün xüsusiyyətləri vardır. Göstərilən qulluq kompleks müalicənin vacib hissəsidir. Bəd xassəli şişi olan bütün xəstələr diqqətli qulluğa ehtiyac duyurlar. Belə xəstə-

lərin ümumi vəziyyəti ağır olduğu üçün onlar sərbəst şəkildə qida qəbul edə bilmirlər. Palata tibb bacısı, qidalanmanın xəstənin müalicəsinin əsas tərkibi olmasını ona inandırmalıdır. Tibb bacısı xəstənin onun üçün hazırlanmış qidanı sona qədər qəbul etməsinə nəzarət etməli, ağır xəstələri isə özü yedizdirməlidir.

Palatada normal psixi mühitin olması çox vacibdir. Bu tibb bacısının düzgün davranışından, ağrılar zamanı xəstəni sakitləşdirə bilmək bacarığından, digər əzabverici hissiyatların götürülməsindən asılıdır.

Çox vaxt xəstə israrla diaqnozunu öyrənməyə çalışır, tibb bacısından bu haqda soruşur. Tibb bacısı verdiyi cavabları həkimin izahları ilə dəqiq əlaqələndirməlidir. Cavabların uyğunsuzluğu xəstəni sağalmağa inamdan məhrum edir. Xəstəyə diaqnozu demək, telefonla xəstəlik haqqında məlumat vermək olmaz. Xəstədən həqiqi diaqnozu gizlətmək, sənədlərdə xəstəliyin əsl mahiyyətini maskalayan diaqnozlar yazmaq lazımdır. “Xərçəng”, “sarkoma” terminləri “yara”, “xora”, “daralama”, “bərkimə” və s. terminləri ilə əvəz olunmalıdır. Çox xəstə latın terminologiyasını bildiyi üçün “kansər”, “blastoma”, “neoplazma” və s. kimi terminləri də işlətməkdən qaçmaq lazımdır. Xəstənin həqiqi diaqnozu yalnız onun yaxın qohumlarına bildirilməlidir.

Onkoloji xəstələrin psixikası çox ləbil olduğundan, çalışmaq lazımdır ki, şişlərin erkən mərhələsində olan xəstələr, metastazlı və residivi olan xəstələrdən ayrı palatada yerləşdirilsin. Yadda saxlamaq lazımdır ki, bədxassəli şişi olan xəstələr həmişə pessimist əhvali ruhiyyədə olurlar. Onlar müalicənin müvəffəqiyyətinə inanmırlar. Ona görə də tibb bacısının vəzifəsi, xəstələrin əzablarını yüngülləşdirməklə yanaşı, onda sağalmağa ümid yaratmaqdır.

Sidik qəbuledicinin və sudnanın xəstəyə vaxtında və düzgün verilməsi xəstənin artıq qıcıqlanmasının qarşısını alır. Müayinə üçün sidik və nəcis müntəzəm olaraq yuyulan və dezinfeksiya olunan emallı və ya rezin qablarda götürülməlidir.

Yataq yaralarının profilaktikası aparılmalıdır. Ağrını aradan qaldırmaq üçün dərhal narkotiklərdən istifadə etmək lazım deyil. Ağrısızlaşdırmaya analgin, amidopirin ilə başlamaq məsləhət görülür. Tibb bacısı xəstənin vəziyyətindəki bütün dəyişikliklər barədə

həkimə məlumat verməlidir.

Xəstənin özünə və qohumlarına gigiyena xarakterli tədbirlər öyrədilməlidir. Ağ ciyər şişi olan xəstələrin ifraz etdiyi bəlgəm, xüsusi ağzı kip bağlanan qaba yığılmalıdır. Həmin qab hər gün yuyulmalı və 10-12%-li xlor məhlulu ilə dezinfeksiya olunmalıdır. Pis qoxunu aradan götürmək üçün qaba 10-15 ml. skipidar əlavə edilir. Otağın havası tez-tez dəyişdirilməli, stoma qoyulmuş xəstələrdən gələn qoxunu götürmək üçün hava ətirlicilərinə istifadə edilir.

Müxtəlif lokalizasiyalı stomalara qulluğun xüsusiyyətləri

Stomalı xəstələr adətən özlərini ailə üçün bir yük hesab edirlər. Onları qohumlarına yaxınlaşmaqdan qorxu hissi, aşağılıq hissi həmişə narahat edir. Stomaya qulluğa dair məlumatın olmaması xəstələri depressiyaya salır. Hər bir tibb bacısının borcudur ki, sarğı nəcis möhtəviyyəti ilə islandıqda həm onu vaxtında dəyişdirsin və həm də stomanın ətrafındakı dəriyə qulluq edərək onu qıcıqlandırmadan və maserasiyadan qorusun. Tibb bacısı xəstənin qohumları ilə xəstənin onların mənəvi dəstəyinə ehtiyacı olması barədə mütəmadi söhbət aparmalı, özü də xəstəyə hər zaman psixoloji dəstək verməlidir. Bundan əlavə tibb bacısı həm xəstənin özünə, həm də yaxınlarına stomaya və ətraf dəriyə qulluğun qaydalarını öyrətməli, bu proseduraları bir neçə dəfə onlara əyani şəkildə nümayiş etdirməlidir. Həmçinin stomalı xəstələrin qidalanması və mayələrin qəbulu xüsusiyyətləri xəstəyə izah olunmalıdır.

Qastrostomaya (yeyunostomaya) qulluq. Əvvəlcə sarğı zamanı qoyulmuş laparotomik borunun yara ilə əlaqəsinin olmamasına nəzarət edilir. Borunun dəri səthində olan hissəsinə 10-15 sm. uzunluqda leykoplaster dolandırılaraq, bir ucu xəstənin dərisinə yapışdırılır. Stomanın ətrafındakı dəri 0,1-0,5%-li kalium permanqanat məhlulunda isladılmış kürəciklə silinir. İsidilmiş Lassar pastası və ya sink məlhəmi steril şpatellə 0,5 sm-dən az olmayan qalınlıqda stomanın ətrafındakı dəriyə sürtülür (dərinin maserasiyaya məruz qalmaması üçün). Pastanın üzərində gödək tuman şəklində kəsilmiş steril salfetlər qoyulur (birinci salfet-kəsiyi aşağı olmaqla, ikinci salfet-kəsiyi yuxarı olmaqla, üçüncü-kəsiyi sola, dördüncü-kəsiyi

sağa olmaqla stomanın ətrafına döşənir) (şəkil 47). Steril salfetlərin üzərində borunun çıxması üçün ortasında dəlik olan nisbətən böyük salfet qoyulur. Böyük salfetin dəliyindən xaricə çıxmış rezin boru enli bintlə möhkəm bağlanaraq belin ətrafına kəmər kimi dövrələ-nib 2 dəfə düyünlənir. Bu kəmər aşırma qayış rolunu oynayan 2-ci enli bintlə bərkidilir. (enli bint çiyin üstündən bağlanaraq kəmərin aşağıya düşməsinə maneçilik yaradır.

Sarğıdan sonra borunun mədədə və ya bağırsaqda olmasına bir daha əmin olmaqdan ötrü Jane şprisi ilə qıf vasitəsi ilə boruya bir qədər steril 0,5%-li novokain məhlulu və ya 0,9%-li fizioloji məh-lul daxil edilir. Əgər boru yerindən çıxmışsa bu zaman həkim təcili olaraq məlumatlandırılır. Borunun kənarında bağırsağ ifrazatınının xaric olamaması, möhtəviyyatın yalnız borudan axmasını təmin et-mək üçün borunun ətrafına gips tökülür.



Şəkil 47. Qastrostomanın işlənməsi

Nəcis fistuluna (kolostomaya) qulluq. Məqsəd maserasiyanın profilaktikası üçün nəcis fistulası ətrafı dəriyə qulluq etməkdir. Bu-nun üçün xəstənin böyrü altına müşəmbə salınır və müşəmbənin bir tərəfi ləyənə buraxılır. Nəcislə bulaşmış stomanın ətrafındakı dəri pinsetlə götürülmüş və sabunlu məhlulda isladılmış kürəciklə yuyu-lur və qurudulur. Stomanın ətraf dərisi zəif kalium permanqanat məhlulu ilə işlənilir. Stomanın ətraf dərisi qurudulur. Steril şpatellə steril salfetə qalın Lassar pastası və ya sink məlhəmi sürtülür. Məl-həmli salfet nəcis fistulunun ətraf dərisinə qoyulur. Steril vazelin yağı hopdurulmuş salfet stomanın önə çıxan selikli qişasına qoyu-lur. Üstdən çox qatlı bükülmüş böyük salfet ilə fiksasiya edilir. Sar-ğı bint və ya bandaj ilə bərkidilir (şəkil 48).

Fistulanın ətrafındakı dəriyə sürtülmüş pasta vaxtaşırı olaraq 3%-li hidrogen peroksid və 70⁰-li etil spirti ilə təmizlənməlidir. Bağırsağ ifrazatını rahat yığmaq üçün birdəfəlik və ya dəfələrlə istifadə edilə bilən xüsusi nəcis qəbuledicilərindən istifadə olunmalıdır. Dəfələrlə istifadə edilə bilən nəcis qəbulediciləri gündə bir neçə dəfə möhtəviyyatdan azad edilməli, yuyulub yerinə quraşdırılmalıdır.



Şəkil 48. Kolostomanın işlənməsi

Yoxlama sualları:

1. Şiş anlayışı nədir və şişlərin təsnifatını sadalayın.
2. Xərçəngözü xəstəliklərin xarakteristikasını verin.
3. Şişlərin əmələ gəlmə səbəblərini və inkişafını izah edin.
4. Şişlərin əmələ gəlməsi haqqında hansı nəzəriyyələr mövcuddur?
5. Bədxassəli şişlər xoşxassəli şişlərdən nə ilə fərqlənir?
6. Xoşxassəli şişlərin hansı növlərini tanıyırsınız?
7. Metastaz nədir?
8. Onkoloji xəstəliklərin diaqnozu necə dəqiqləşdirilir.
9. Maliqniyasiya nədir?
10. Onkoloji xəstələrin müayinəsi necə aparılır?
11. Onkoloji xəstələrə qulluğun hansı özünəməxsus xüsusiyyətləri vardır?
12. Şişlərin əsas müalicə üsulları hansılardır?
13. TNM nə deməkdir?
14. Qastrostomaya qulluq necə aparılır.
15. Kolostomaya qulluq necə aparılır?
16. Sarkoma nədir?

Situasiya məsələləri:

I. Xəstə qadın mexaniki bağırsağ keşməməzliyinə (sigmayabənzər bağırsağın şişi) görə əməliyyat edilmiş və kolostoma qoyulmuşdur. Əməliyyatdan sonrakı 2-ci gündə xəstənin sarğısı çoxlu miqdarda bağırsağ möhtəviyyatı ilə islanmışdır. Xəstə pərişandır, pərtidir, depressiyaya düşmüşdür, yaxınlarının ona münasibətindən narahatdır. Bağırsağ fistulasının olmasının birlikdə yaşadığı qızı üçün bir yük olacağını düşünür. Fistulaya və ətraf dəriyə sərbəst qulluq edə biləcəyinə şübhə edir. Xəstənin problemlərini müəyyənləsdirin. Tibb bacısının işi nədən ibarətdir? Xəstəyə hansı dərmanları tövsiyə edərdiniz?

II. 68 yaşlı papiros çəkən kişinin alt dodağının selikli qişasında üzəri çirkli ərplə örtülmüş 1,0 sm. ölçüdə sərt konsistensiyalı və ağrısız törəmə əmələ gəlmişdir. Boynun sol tərəfində böyümüş və sərtləşmiş limfa düyünləri palpasiya olunur. Təxmini diaqnoz nədir? Hansı müayinələr aparılmalıdır?

MÖVZU 30. Kəskin qurd invaziyası. Cərrahi parazit xəstəliklər.

Tələbə bilməlidir:

- ✓ Cərrahi yolla müalicə edilən parazit xəstəliklərin klinik əlamətlərinə görə diaqnostikasını;
- ✓ Cərrahi yolla müalicə edilən parazit xəstəliklərin laborator müayinəyə görə diaqnostikasını;
- ✓ Cərrahi yolla müalicə edilən parazit xəstəliklərin müalicəsini və profilaktikasını;
- ✓ Parazit xəstəliklərin etiologiyasını və patogenezini

Mühazirənin planı:

- Exinokokkoz, növləri, inkişaf mərhələləri
- Askaridoz, klinik şəkli, müalicəsi.
- Opistorxoz, klinikası, diaqnostikası.

Kəskin qurd invaziyası – parazit qurdların insan orqanizminə nüfuz etməsindən qaynaqlanan kifayət qədər böyük bir parazit xəstəliklər qrupudur. Qurdlarla yoluxma insanlarda kifayət qədər yayılmış bir infeksiya sayılır. Qurdların təxminən 260 patogen növləri məlumdur.

Xəstəliyin diaqnozundakı çətinlik qurdun birbaşa insan orqanizmindəki pozğunluqların fonunda gizlənməsi ilə əlaqədardır. Qurd invaziyası çox vaxt simptomuz keçir. Lakin bəzən hətta ölümə səbəb olan müxtəlif üzvlərdə olduqca təhlükəli zədələnmələr yarada bilər. Əhalinin müxtəlif yaş və cins qruplarından olan bütün təbəqələri qurdlara yoluxa bilər. Xəstəliyin proqnozu vaxtında aşkarlandıqda və düzgün müalicə aparıldıqda əlverişlidir. İnsan orqanizmində qurd invaziyası ən çox ən sadə gigiyenik qaydalara riayət edilməməsi ilə əlaqədardır. Mütləq hər bir yeməkdən əvvəl, küçədən qayıtdıqdan sonra, heyvanlarla təmasdan sonra əllər sabunla yuyulmalıdır. Müxtəlif növ qurd invaziyaları bədənə çirklənmiş su, qida məhsulları və toz hissəcikləri ilə dəri vasitəsilə nüfuz edə bilər. Bundan başqa bir sıra bəcəklər (ağcaqanad, milçək, birə), bir çox ev heyvanları, bəzi vəhşi heyvanlar parazit yumurta daşıyıcılarıdır. Buna görə də parazitlərin ötürülməsinin əsas mexanizmləri fekal-oral və kontakt yollardır.

Dırnaqları yemək, barmaqları sovurmaq kimi zərərli adətlər də qurd invaziyasına gətirib çıxara bilər.

İnsan orqanizmində parazitlərin (ibtidailər, buğumayaqlılar, qurdlar) daxil olması nəticəsində törənən xəstəliklər “parazit xəstəliklər” adını almışdır. Parazit xəstəliklərin əksəriyyəti konservativ yolla müalicə olunur. Lakin bir sıra parazit xəstəliklər var ki, onları yalnız cərrahi yolla müalicə etmək olur. Qurdlar tərəfindən törədilən parazit xəstəliklər daxili üzvlərin fəaliyyətinin pozulmasına gətirib çıxarır. Bunların içərisində ən çox yayılanı bizquyruq və askarid qurdları, ən çox cərrahi müdaxiləyə məruz qalanı exinokokkoz, askaridoz və opistorxozdur. Cərrahi nöqtəyi nəzərdən askaridoz daha çox əhəmiyyət kəsb edir. Sistiserkoz, lyamblioz, amabiaz, fiyarioz cərrahi parazit xəstəliklər olsa da az əhəmiyyət kəsb edir.

Exinokokkoz

Exinokokk xəstəliyi lentşəkili exinokokk qurdlarının törətdiyi parazit xəstəlikdir. Exinokokkun təbiətdə yayılmış 5 növündən yalnız iki növü-kistoz exinokokk və alveolyar exinokokk insan üçün patogendir.

Kistoz exinokokk. Exinokokk qurdunun cinsi yetişkənliyə çatmış forması əsasən itin, pişiyin, canavarın, çaqqalın nazik bağırsağında parazitlik edir. Aralıq sahibi iri və xırda buynuzlu heyvanlar və insandır. Əsas sahibin bağırsağından exinokokkun yetişmiş yumurtaları nəcislə birlikdə ətraf mühitə yayılaraq onu çirkləndirirlər. Xaricə düşmüş yumurta otun, suyun və müxtəlif qida məmulatlarının üzərinə yayılır. Yumurtanın içərisində 6 qarmaqlı onkosfer inkişaf edir. Onkosferli yumurta xarici mühit amillərinə qarşı dözümlü olur. Belə ki, torpağın üstündə, kölgəli yerdə $+10-26^{\circ}\text{C}$ -də 1 ay ərzində öz həyat qabiliyyətini saxlaya bilər, 60°C -də onkosfer 10 dəqiqəyə məhv olur. Xarici mühitə düşmüş yumurta müxtəlif qida məmulatları ilə, ya da gigiyenik qaydalara riayət etmədikdə insana yoluxur. Orqanizmə əsas daxil olma yolu mədə bağırsağ traktıdır. Bundan başqa tənəffüs yolları ilə, yara səthindən, gözün konyuktivasından və tüpürcək axacağı vasitəsilə də keçə bilər. Exinokokk ətraf mühitdən insan mədəsinə düşdükdə mədə şirəsinin təsirindən o üst qişasından azad olur, qarmaqları ilə mədənin və bağırsaqların selikli qişalarına sancılırlar. Bağırsağın selikli qişasından qan və

limfa damarları vasitəsilə süfrə müxtəlif üzvlərə (qaraciyərə, ağ ciyərlərə, beyinə və s.) daxil olub qovuqcuğa çevrilir. Exinokokk qovuğu insanın müxtəlif üzvlərində yerləşib həcmcə tədricən böyüdü-yü üçün, orqan və toxumalara mexaniki təsir edərək onun normal fəaliyyətini pozur. Bu təzyiq nəticəsində toxumalarda atrofiya baş verir. Digər tərəfdən isə qovuq daxilində yerləşmiş maye qan dövrənə sorulduqda çox ciddi intoksikasiya inkişaf edir və kisədə fibroz kapsulun inkişafı xroniki iltihabi proses törədir. Exinokokk qovuğu ilk inkişaf mərhələsində olduqda xəstə insanda və heyvanlarda müəyyən dəyişiklikləri aşkar etmək olmur. Adətən 2-3 ildən sonra parazit qovuğu bu və ya digər yoluxmuş üzvün normal funksiyasında ciddi dəyişikliklər yaradır. Exinokokk kistası bəzi hallarda öz-özlüyündə boşluqlara partlaya bilir və içərisindəki mayenin qarın və döş boşluğuna tökülməsi nəticəsində plevrit və ya peritonit baş verir. İnsanda ən çox yoluxma halları qaraciyərdə (bütün yoluxma hallarının 50%-i) təsadüf edilir. Qaraciyər exinokokkunun üç inkişaf mərhələsi aşkar edilmişdir:

I mərhələ - onkosferin qaraciyərə daxil olduğu vaxtdan ilk xəstəlik əlamətinin meydana gəlməsinə qədərki dövrüdür. Bu zaman qovuq qaraciyər toxumasının dərinliyində yerləşir.

II mərhələ - qaraciyərdə müxtəlif simptomlu xəstəliklərin meydana gəlməsi ilə başlayır. Exinokokk kistası böyüdükcə xəstəyə daha şox əziyyət verməyə başlayır. Bu mərhələdə xəstədə dispeptik əlamətlər başlayır, iştahasızlıq, iş qabiliyyətinin itməsi, tez yorulma, zəiflik, baş ağrıları, arıqlama və bəzən dəridə səpmə və qaşınma, qarın nahiyəsində, sağ qabırğaaltı nahiyədə çox kəskin küt ağrılar olur. Qaraciyərin həcmi normadan artıq böyüyür. Kista öd yollarını sıxdıqda sarılıq törədir. Qarı venasının qaraciyər daxili şaxələri sıxıldıqda isə assit inkişaf edir.

III mərhələ - exinokokk qovuğunun çürüməsi və ya irinləyib deşilməsi nəticəsində içərisindəki mayenin və qarın boşluğu üzvləri arasına tökülməsi ilə əlaqədar kompleks allergiya xarakterli simptomlar, anafilaktik şok halı, hətta huşun itirilməsi hallarının olması ilə xarakterizə olunur. Exinokokk paraziti ölərək girəcləşə də bilir.

Alveolyar exinokokk çoxkəməralı exinokokk olub, nadir hallarda təsadüf edən xəstəlikdir, tədricən uzun müddətə böyüyür.

Hətta 10 il keçdikdən sonra belə heç bir klinik əlamət aşkara çıxmır, xəstəlik simptomsuz inkişaf edir. Ən çox ağ ciyərlərdə, qara ciyərdə və başqa üzvlərdə, ölçüsü yumurtadan tutmuş, uşaq başı böyüklüyünə qədər ola bilər. Şişin daxilində çoxlu miqdarda içi sarı-boz rəngdə kütlə ilə dolu kiçik qovuquqlar (alveollar) yerləşir. Ayrı-ayrı qovuquqlar öz aralarında birləşdirici toxuma ilə bağlanır. Onların ümumi kapsulası olmur. Əsas xüsusiyyətlərindən biri parazitlərin tumurcuq çəklində artıb çoxalmasıdır. Qara ciyərdə xəstəlik özünü şiş şəklində biruzə verir. Palpasiya zamanı qara ciyərin səthində çoxlu miqdarda bərk kələ kötür düyünlər əllənir.

İnkişafın ilk günlərində exinokokkun diaqnostikası böyük çətinliklər törədir. Xəstədən anamnez toplayarkən onun peşəsinə (mal-qara ilə, heyvanla məşğul olub-olmaması), ev heyvanları ilə təmasda olub-olmamasına fikir verilir. Diaqnozun təsdiqi ancaq kompleks müayinələr, yəni klinik, endoskopik, ultrasəs, tomoqramma, rentgen və laboratoriya analizi ilə aydınlaşdırılır. Qanda eozinofil-lərin miqdarı artır. Xəstəliyin əsas diaqnostikası immunoloji xarakter daşıyan dəri içi Katsoni reaksiyasının nəticəsinə əsaslanır. Katsoni və digər seroloji reaksiyalar müsbət olur.

Müalicəsi. Exinokokkun müalicəsi operativdir. Exinokokkektomiya (kistanın fibroz və xitin qişası ilə birgə çıxarılması) əməliyyatı aparıldıqdan sonra kistanın boşluğu yod və ya 5%-li formaldehid məhlulu ilə yuyularaq yandırılır. Sonra fibroz qişanın qırıqları yaranın kənarlarına tikilir (marsupializasiya). Böyük ölçülü kistalar zamanı kistanı çıxartmaq mümkün olmadıqda və irinləmə zamanı möhtəviyyət və daxili qişa xaric edildikdən sonra drenaj tətbiq olunur. Kistanın üzvün bir hissəsi ilə birlikdə rezeksiyası da mümkündür.

Xəstə sağaldıqdan sonra qız exinokokk kistalarının implantasiyası sayəsində plevra və qarın boşluğunda təkrarən çoxlu exinokokk kistaları əmələ gəlir.

Askaridoz

Askaridoz girdə qurdların nümayəndəsi olan və nazik bağırsaqda parazitlik edən askaridlər tərəfindən törədilən xəstəlikdir. Dişisinin uzunluğu 15-20 sm, erkəyinin uzunluğu isə 25-40 sm-dir.

İnsan askaridlə onun hərəkətli sürfəldən təşkil olunmuş yumurtalarının udulması nəticəsində yoluxur.

Nazik bağırsaqlarda süfrələr yumurtadan xaric olub, başındakı qarmaqlarla bağırsağın divarını dələnək oradan qan dövrəsinə daxil olur və qan axını ilə hərəkət edir. Qan axını ilə süfrələr ağ ciyərlərə gəlir və ağ ciyər kapilyarlarının divarlarından çıxaraq alveollara və bronxiollara daxil olur. Çünki bu mərhələdə onların inkişafı üçün oksigen lazım olur. Kapilyarların zədələnməsi nəticəsində ağ ciyər toxumasında böyük qansızmalar əmələ gəlir və qan laxtasında ləngiyən süfrələrin sonrakı hərəkəti üçün zəmin yaradır. Yoluxma massiv olduqda bəzən ağ ciyərlərdə iltihab ocaqları da yarana bilər. Tənəffüs yollarına keçən süfrələr udulan bəlgəm vasitəsilə yenidən mədə bağırsaqların sisteminə düşür və nazik bağırsaqlarda yetkin qurdlar formalaşır. Askarid yumurtasının insan tərəfindən udulmasından onun yetkin qurda çevrilməsi prosesinə 9-12 həftə vaxt sərf olunur və bağırsaqlarda 8-13 aya qədər yaşayır. Dişi fərdlər sutka ərzində 240 minə qədər yumurta qoyur.

Klinik şəkli. Askaridozun cərrahi fəsadları bağırsaqların keçməməzliyi, kəskin appendisit, öd yollarının iltihabı və obturasiyası, askaridlə bağırsağın deşilməsi ilə əlaqədar peritonitin inkişaf etməsi şəklində özünü göstərir.

Çoxlu miqdarda askarid qurdlarının yumaq şəklində nazik bağırsağın mənfəzini tutması nəticəsində obturasion bağırsaqların keçməməzliyi yarada bilər. Bunun da klinik şəkli digər obturasion keçməməzliklərin klinikasından fərqli olur. Bu zaman qarın nahiyəsində artan ağrılar əmələ gəlir, qazın və stulun olmaması və qusma inkişaf edir. Qusma əvvəlcə mədə, daha sonra nəcis möhtəviyyatı ilə baş verir.

Askarid soxulcanabənzər çıxıntının çıxacağını da tuta və ya tıxaya bilər. Bu zaman kəskin appendisit üçün xarakterik əlamətlər meydana çıxır.

Askarid öd yollarına, on iki barmaq bağırsağın böyük məməcisiyindən daxil olaraq mexaniki sarılığın, xolangitin və qara ciyər absesinin və s. əmələ gəlməsini yaradır. Öd yollarının askaridozun spesifik simptomokompleksi yoxdur. Askaridozun ən ağır fəsadı

bağırsağın və öd kisəsinin qurdla deşilməsi nəticəsində inkişaf edən peritonitdir.

Müalicəsi. Askaridozun cərrahi ağırlaşmalarının kliniki təzahürünün bütün hallarında mütləq cərrahi müdaxilə aparmaq lazımdır. Askaridozun əməliyyata qədərki diaqnozunu qusuntu kütləsində və ya nəcisdə askaridin görünməsi və ya nəcisdə askarid yumurtalarının olması ilə təsdiq etmək olar.

Bağırsaq keçməməzliyi zamanı bağırsaqdan askaridin xaric edilməsi ilə enterostoma, obturasiya nahiyəsinin nekrozu olduqda isə nazik bağırsağın rezeksiyası aparılır.

Soxulcanabənzər çıxıntının obturasiyası zamanı appendektomiya, bağırsaq divarının askaridlə perforasiyası zamanı enterostomiya, bağırsaqdan qurdların çıxarılması və bağırsağın tikilməsi əməliyyatı aparılır.

Öd yollarının askaridozu zamanı cərrahi müdaxilə qurdun xaric edilməsindən və öd yollarındakı patoloji dəyişikliklərin korreksiyasından ibarət olur.

Əməliyyatdan sonrakı 6-8-ci gün xəstələrə oksigenlə dehelmintizasiya aparılır. Duodenal zond vasitəsilə 1 litr oksigen kiçik porsiyalarla (100 – 150 ml) 2 saat müddətində yeridilir. İkinci sutka xəstəyə fenoltalein həbi təyin olunur. Ölmüş askaridlər nəcisə xaric olur. 3 gündən sonra dehelmintizasiya təkrar edilir.

Opistorxoz

Opistorxoz qara ciyərin, öd kisəsinin və mədəaltı vəzin helmintozu olub, törədicisi trematodların iki növüdür. Uzunluğu 4 – 13 mm, eni 1 – 3,5 mm. olan parazit yumurta qoyur. Yumurta şirin suya düşdükdən sonra inkişaf edir. Parazitin son sahibi insanlar, pişiklər və itlərdir.

Qaraciyərdə parazitlik edən helmint toxumanı daima qıcıqlandırır, öd və mədəaltı vəzi axacaqlarının epitel örtüyünün hiperplaziyasını törədir. Xroniki iltihab qara ciyərin, öd kisəsinin və mədəaltı vəzinin xərçənginin inkişafı üçün şərait yaradır. Opistorxozun klinik şəkli müxtəlifdir. Parazitgəzdirmə hallarından tutmuş ağır formalara qədər, hətta ölümlə nəticələnən klinik mənzərəyə malikdir.

Adətən opistorxoz angioxolit, tutmaşəkili hərərət, öd yollarının diskineziyası, qara ciyər fəaliyyətinin mülayim şəkildə pozulması ilə gedən xroniki hepatit və xroniki pankreatit əlamətləri ilə gedir. Xəstəlik çox zaman qara ciyərin sirrozu ilə nəticələnir.

Diagnoz nəcisdə və duodenal möhtəviyyatda trematod yumurtalarının müşahidə olunmasına əsasən təsdiqlənir. Dəri içi allergik sınağın qoyulması diaqnostikanın köməkçi metodudur. Ağırlaşmalar əmələ gəldikdə opistorxozun cərrahi müalicəsinə müraciət olunur.

Yoxlama sualları:

1. Hansı parazit xəstəliklər cərrahi üsulla müalicə olunur və nə üçün?
2. Qara ciyərin exinokokkunun klinik əlamətləri necə təzahür edir?
3. Exinokokkun inkişafının neşə mərhələsi vardır?
4. Qara ciyərin exinokokkunun diaqnozu necə qoyulur?
5. Exinokokka yoluxmanın əsas yolu nədir?
6. Exinokokk insan orqanizmində hansı müddətdə inkişaf edir.
7. Askaridozun hansı ağırlaşmaları cərrahi yolla müalicə edilir?
8. Əməliyyatdan sonrakı dövrdə askaridoz xəstələrinin müalicəsi nədən ibarətdir?
9. Opistorxoz nədir?
10. Katsoni reaksiyası nə üçün qoyulur?

Situasiya məsələləri:

I. 35 yaşında maldar cərrahi şöbəyə sağ qabırğaaltı nahiyədə çox kəskin küt ağrılar, yüksək temperatur, tez yorulma və sarılıq şikayətləri ilə müraciət etmişdir. Ağrılar vaxtaşırı sancışəkili xarakter alır və sağ kürək sümüyünə irradiasiya edir. 2 aydır xəstədir. Xəstəlik tədricən inkişaf etmişdir. Hazırda xəstədə narahatlıq, ümumi zəiflik, dispeptik əlamətlər vardır, iştahası yoxdur, iş qabiliyyəti aşağı düşmüşdür. Ağrılar bəzən azalsa da, lakin sarılıq davam edir. Nəcis rəngsiz, sidik tünd rəngdədir. Sağ qabırğaaltı nahiyədə sıx elastik, ağrılı, yarımkürə şəkildə fluktasiya edən törəmə əllənir və qarın ön divarının əzələləri gərgindir. Dəridə arabir səpmə və qaşınma olur. Xəstədə hansı müayinələri aparardınız? Hansı xəstəlikdən şübhələnirsiniz?

II. 45 yaşlı xəstə 10 il əvvəl hepatit A keçirmişdir. Hazırda sağ qabırğaaltı nahiyədə xoşagəlməz ağrılıq hissi, yeməkdən sonra narahatlıq, dərinin solğunluğu, qaraciyərin böyüməsi qeyd olunur. Dərisində qaşınma və övrə vardır. Qanda eozinofiliya, EÇR-in artması müşahidə olunur. Katsoni reaksiyası müsbətdir. Ultrasəs müayinəsində qara ciyərde boşluqlu törəmə təyin olunur. İlk diaqnoz nədir?

V BÖLMƏ. CƏRRAHİ PATOLOGİYANIN XÜSUSİ NÖVLƏRİ

MÖVZU 31. Başın, üzün, boyunun və ağız boşluğunun zədələnmələri

Tələbə bilməlidir:

- ✓ Üzün başın və boyunun yumşaq toxumalarının əzilmələrini
- ✓ Üzün başın və boyunun yumşaq toxumalarının yaralanmaları zamanı ilk yardımı
- ✓ Kəllənin odlu silah zədələnmələri zamanı ilk yardımı
- ✓ Çənənin sınıq və çıxıqları zamanı ilk yardımı
- ✓ Kəllə-beyin travmalarının əlamətlərini

Mühazirənin planı:

- Üzün başın və boyunun yumşaq toxumalarının zədələnmələri.
- Kəllənin və beyin odlu silah zədələnmələri
- Başın üz hissəsinin sınıq və çıxıqları.
- Kəllə sümüklərinin sınıqları.
- Kəllə- beyin travmaları.

Kəllənin, onurğanın, başın və onurğa beyininin xəstəlikləri və zədələnmələrinin diaqnostikası və müalicəsi ilə məşğul olduğu tibb sahəsi neyrocərrahiyyə adlanır. Başın, üzün, eləcə də yuxarı və aşağı çənələrin yumşaq toxumalarının yaralanmaları və xəstəlikləri ilə məşğul olan tibb sahəsi isə üz-çənə cərrahiyyəsi adlanır.

Boyun – insan bədənini başa birləşdirən hissəsidir. Boyun bir çox həyati vacib funksiyaları yerinə yetirir və xüsusilə zəif və həssas bir nahiyədir. Boyunun ön nahiyəsində qırtlaq, qalxanabənzər vəzi, qalxanabənzər ətraf vəzi və nəfəs borusu yerləşmişdir. Qırtlaq və traxeyanın arxasında udlaq yerləşir. Arxa hissədə həmçinin boyun fəqərələrinə birləşən əzələlər, damarlar və sinirlər vardır. Yan tərəflərdən yuxarı arteriyası, daxili vidacı vena və azan sinir keçir.

Beləliklə çoxsaylı həyati vacib üzvlər, yüksək hərəkətlilik, aşağı təhlükəsizlik boyunu, mümkün çoxsaylı və müxtəlif olan patologiyaları həssas bir anatomik zonaya çevirir.

Üzün və başın yumşaq toxumalarının zədələnmələri

Üzün və başın yumşaq toxumalarının zədələnmələri müxtəlif səbəblərdən (doğum, yıxılma, küt alətlərlə vurulma) baş verərək açıq və qapalı formada olur.

Əzilmələr. Küt alətlərin təsiri nəticəsində başın və üzün yumşaq toxumalarında əzilmələr müşahidə olunur. Bu zaman dəri və dərialtı toxumalar zədələnir. Zədələnən nahiyədə ağrı, şişkinlik, qansızma baş verir. Dərialtı toxumanın xüsusi quruluşa malik olmasına görə zədələnmiş damarlardan qan geniş yayılmayıb, yalnız zədə nahiyəsində toplanır. Klinik olaraq əzilən nahiyədə şişəbənzər qabarıqlıq-hematoma nəzərə çarpır. Üzün yumşaq toxumalarında, xüsusən də orbital hissədə göyümtül qançur görünür. Onu kəllə əsasının sınıqları zamanı əmələ gələn “eynək simptomu” ilə fərqləndirmək lazımdır. Sonrakı günlər qançur yaşılımtıl, daha sonra sarımtıl rəng alır və tədricən tamamı ilə yox olur. Ən çox uşaqlarda rast gəlinir. Bəzən doğuş zamanı kəllənin həcmi doğuş yollarına uyğun gəlmədikdə buradan keçməyə uyğunlaşmaqdan ötrü kəllə sümükləri bir qədər yerlərini dəyişirlər. Bu zaman travma nəticəsində sümüklüüyü soyulur və altına qan yığılır. Bu cür hematomanın həcmi xeyli böyük və əsası geniş olub kefalohematoma adlanır.

Müalicəsi konservativdir: xəstəyə sakitlik vermək, əzilmiş yerə soyuq qoymaq, böyük hematomalar zamanı toplanmış qanı punksiya ilə boşaltmaq və sıxıcı sarğı qoymaq lazımdır. Hematoma sahəsində pulsasiya müşahidə olunursa (arteriyanın zədələnməsi) və ya hematoma get-gedə artırsa, onda müalicə cərrahi metodla aparılır. Bu zaman hematoma kəsilərək açılır, qan axan damar bağlanılır və dəri tikişləri qoyulur.

Yaralanmalar. Üzün və başın yaralanmalarının xüsusiyyətlərindən biri həmin nahiyələrin yaxşı qanla təchiz olunmasına görə qanaxmanın sürətli olmasıdır. Üzdə qan dövranının zəngin olması və piy birləşdirici toxumanın yumşaq olması ilə əlaqədar üzdəki yaralar daha yaxşı sağalır. Ağız suyu axacağı zədələndikdə yarıdan ağız suyu axır. Üz siniri hansı tərəfdə zədələndikdə, xəstə gülərkən həmin tərəfin əzələləri hərəkət etmir, üz müəyyən qədər əyilmiş olur. Uzun saçlı insanlarda saçlar hər hansı bir mexanizmin hərəkət

edən hissəsinə ilişdikdə soyulmuş yara əmələ gəlir. Bu zaman başın yumşaq toxumaları saçla birlikdə kəllədən tamamilə ayrılır (skalp).

Kəllənin yumşaq toxumalarının açıq zədələnmələri isə iti, sivri və ya odlu silahların təsirindən törəyir. Baş nahiyəsi qan damarları ilə zəngin olduğundan güclü qanaxma olur.

İlk yardım və müalicə. İlk yardımın əsasını hadisə yerində qanaxmanın dərhal dayandırılması təşkil edir. Kiçik yaralanmalar zamanı sıxıcı sarğı tətbiq etmək kifayətdir. Daha iri arteriyaların zədələnməsi zamanı, damarı boyu uzunluğunu sıxıb və zərərçəkəni xəstəxanaya çatdırmaq lazımdır. Xarici gicgah arteriyasının zədələnməsində onu qulaq seyvanının önündə, xarici çənə arteriyasının zədələnməsində onu aşağı çənənin alt kənarına, çənə bucağından 1-2 sm. ön tərəfə, ümumi yuxu arteriyası zədələndikdə onu döş-körpücük-məməyəbənzər əzələnin iç kənarında, VI boyun fəqərəsinin köndələn çıxıntısına sıxırlar. Stasionarda yaranın birincili cərrahi işlənməsi icra olunur.

Üzün və başın yaralarının işlənməsinin əsas xüsusiyyəti kəskin çirklənmiş yaralarda yalnız açıq-aydın həyat qabiliyyəti olmayan toxumaların qənaətlə kəsilib atılması və birincili tikişlərin qoyulmasıdır. Qanla təchizatın yaxşı olması yaraların rahat sağalmasını yaradır. Soyulmuş yaralarda mütləq skalp saxlanmalıdır. Bu zaman saçlar və əzilmiş toxumalar kənarlaşdırılır, dəridə skalpelle çoxlu sayda kəsiklər aparılaraq əvvəlki yerinə tikilir. Belə zədələnmələrdə tetanusa qarşı serum vurulmalıdır.

Gözün travmatik zədələnmələri də başın zədələnmələrinə aid edilir. Gözlərin mexaniki zədələnmələrinə gözün yad cisimləri, yaraları, əzilmələri və s. aiddir. Yad cisim çox zaman gözün üst və alt qapaqlarının altında olur. O nə qədər tez xaric olursa əmələ gətirdiyi fəsadlar da bir o qədər tez aradan qalxır. Konyuktivaya düşmüş yad cisimləri çıxartmaq üçün göz qapaqlarını mütləq çevirməklə yad cismi steril yaş pambıq tampon vasitəsilə çıxarırlar. Bundan sonra gözə 30%-li albusid məhlulu damızdırılır. Buynuz qişanın yad cismini kənarlaşdırmaq üçün qabaqca 0,5%-li dikain məhlulu ilə keyitmə aparır, sonra xəstənin göz qapaqlarını sol əlin baş və şəhadət barmaqları ilə aralayır. Səthdə yerləşmiş yad cismi steril yaş pambıqla kənarlaşdırır, dərinədə olduqda stasionara göndərilir.

Boyunun zədələnmələri.

Boyunun zədələnmələrinə nadir hallarda rast gəlinir. Bu zədələnmələr adətən soyuq və odlu silah təsirindən əmələ gəlir. Çox hallarda boyun damarları, qida və nəfəs borusu zədələnməyə məruz qalır. Boyunda yerləşən hər bir üzvün qapalı və açıq zədələnməsi həyat üçün çox təhlükəlidir. Qapalı zədələnmələr müxtəlif küt alətlərlə boyuna vurulmaqdan, asılmaqdan, boğulmaqdan baş verə bilər. Boyunun qapalı zədələnmələri ağır zədələnmələrdən hesab olunur. Sərt alətlə qəflətən vuruqda, boyun əzələlərinin parçalanması və qırılması baş verir. Bu zaman ağrı, boyunun hərəkətdən qalması, şiş, qansızma müşahidə edilir. Sinirlər zədələndikdə hərəkəti və hissi sinir pozğunluqları baş verir. Bu zaman xəstəyə sakitlik və soyuq təyin edilir. Ödemdən boğulma baş verdikdə traxeostomiya edilir. Yemək borusunun qapalı zədələnmələrinə az təsadüf olunur. Bu zaman xəstə əməliyyata məruz qala bilər.

Nəfəs borusunun zədələnmələrində tənəffüsün bir hissəsi təbii yolla davam etsə də, digər hissəsi isə yara kanalından baş verir. Xəstə qida borusu zədələnmələrində ağırlı udqunmadan, su və qidanın yaradan xaricə çıxmasından şikayətlənir.

Boyun arteriyalarının zədələnmələrində ölümlə nəticələnən güclü qanaxma müşahidə olunur. Venaların zədələnməsində isə hava emboliası baş verə bilər. Qida borusunun zədələnməsi çox vaxt nəfəs borusu ilə birlikdə baş verir. Qida borusu zədələnmələrində xəstələr udmanın ağırlı olmasından, su və qidanın yaraya çıxmasından şikayətlənirlər.

Klinik şəkli boğazın bu və ya digər üzvünün zədələnməsindən asılıdır. Ən çox qida borusu, nəfəs borusu və boyun damarları zədələnilir. Nəfəs borusu zədələndikdə nəfəsalma qismən təbii yolla, qismən də yara dəliyi vasitəsi ilə baş verir. Xəstələr çox qorxmuş və ziyyətdə olurlar.

Vaxtında aparılan müalicə tam sağalmaya səbəb olur. Traxeanın yaralanmalarında traxeostoma qoyulur. Qida borusunun yaralanmalarında isə divarı tikilir.

İlk yardım və müalicə. İlk yardımın əsasını qanaxmanın dayanandırılması təşkil edir. Bu məqsədlə damarın yarada və ya yara ətrafında sıxılması icra olunur. Massiv qanaxmalar zamanı boyunca



Şəkil 49. Kramer şinası vasitəsi ilə boyuna kəmərin qoyulması

sarğılar elə qoyulmalıdır ki, əks tərəfdə sinir və damar dəstəsi sıxılmasın. Bu məqsədlə turna qoyarkən, əvvəlcə yaraya sıx yastıqşəkilli sarğı qoyulur və xəstənin yaraya əks tərəfindəki qolunu başının üzərindən keçirir və ya başa Kramer şinası qoyulur (şəkil 49). Rezin kəmərlə şinanın üzərindən qüvvətlə dartılaraq yaradan aşağıda qoyulur (şina həm traxeyanı, həm də sağlam yuxu arteriyasını sıxılmağa qoymur). Kəmərin sərbəst ucu bərkidilir və qoyulma vaxtı qeyd edilir. Turna yastıqşəkilli sarğı ilə xəstənin qolunu və ya Kramer şinasını birlikdə sirkulyar şəkildə bağlamalıdır. Boyun zədələnmələrində yaralıya içmək qadağan olunmalıdır. İlk tibbi yardım mərhələsində qoyulmuş sarğılara nəzarət edilir və əlavə müalicə tədbirləri həyata keçirilir. İlk yardım göstərildikdən sonra xəstə xəstəxanaya göndərilir. Stasionarda yaralanmış damarların bağlanması və ya tikilməsi icra edilir.

Başın üz hissəsinin sınıq və çıxıqları.

Burun sümüyünün sınığı. Kəllə sınıqları zamanı ən çox rast gəlinəni burun sümüklərinin sınıqlarıdır. Səbəbi burun nahiyəsinə olan birbaşa travmadır. Çox vaxt burun sümükləri və qığırdaqları zədələnmiş olur. Bu zaman xəstədə güclü ağrı, əhəmiyyətli dərəcə-

də qanaxma, burunun deformasiyası müşahidə olunur. Ehtiyatla palpasiya edərkən müəyyən bir səs, sümük parçalarının sürtünməsi nəticəsində yaranan krepitasiya eşidilir. Diaqnozu dəqiqləşdirmək üçün iki proyeksiyada rentgenoqramma etmək lazımdır.

İlk yardım və müalicə. İlk yardım qanaxmanı dayandırmıqdan ibarətdir. Bu məqsədlə xəstə stulda otuzdurulur və başa bir qəndər önə əyilmiş vəziyyət verilir. Buruna soyuq kompress qoyulur və burun keçəcəyinə steril pambıq turunda salınır. Burun qanaxmaları zamanı xəstəni arxası üstə, başı arxaya qatlanan şəkildə uzatmaq olmaz. Bu zaman qanaxma dayanmır və qan traxeyaya və ya qusma törədir. Şiddətli qanaxmalar zamanı tənəzf tamponların tətbiqi ilə burnun ön və arxa tamponadası aparılır. Tamponadaları və sümük qırıntılarının düzləndirilməsini həkim - otorinolarinqoloq icra edir. Bu haqda 34-cü mövzuda ətraflı verilmişdir.

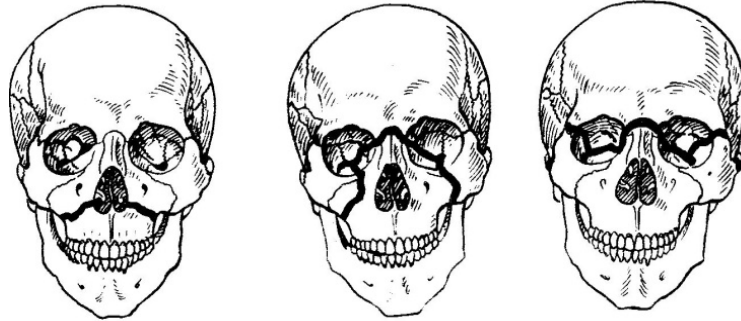
Aşağı çənənin çıxığı. Səbəbi aşağı çənəyə yandan vurulan zərbə, gülmək, əsnəmək, oxumaq və s. zamanı ağızı həddən artıq açmaqdır. Ən çox rast gəlinən çıxıq çənənin önə doğru çıxığıdır. Bu zaman oynaq başı, oynaq çuxurundan çıxaraq oynaq qabarcığının üstündən keçir və ondan öndə ləngiyir. Çıxığın bu növündə oynaq kisəsi partlamır. Alt çənənin çıxıqları birtərəfli və ikitərəfli ola bilər. İkitərəfli çıxıqlara daha tez-tez təsadüf olunur.

Klinik şəkli. İkitərəfli çıxıqlar zamanı xəstənin sifəti xarakterik olur: ağız yarım-açıq vəziyyətdə olur və onu bağlamaq olmur. Aşağı çənə önə çıxır, yanaqlar yastılaşıb, nitq çətinləşir, ağız suyu axır, ağrılar olur. Palpasiyada almacıq qövsündən aşağıda, dəri altında çıxmış oynaq başları yuvarlaq qabarma kimi hiss olunur. Xarici eşitmə kanalına, barmağı normal vəziyyətə nisbətən daha dərinə yeritmək olur. Çeynəmə əzələsi gərginləşir. Birtərəfli çıxıqlarda çənə sağlam tərəfə yerini dəyişir.

Müalicəsi çıxığı yerinə salmaqdan ibarətdir. Xəstə stulda otuzdurulur. Köməkçi xəstənin arxasında duraraq başı fiksə edir. Cərrah hər iki əlin birinci barmaqlarını xəstənin ağızına salıb azı dişlərinin üzərinə qoyur, digər barmaqları ilə çənəni yanlardan və aşağı kənarından tutur. Birinci barmaqların tədricən artan təzyiqi ilə alt çənə aşağıya doğru dartmaqla və eyni zamandan onu qaldıraraq öndən arxaya doğru itələyirlər. Xarakterik səslə oynaq başı oynaq çuxuru-

na düşür. Çənə böyük qüvvə ilə qapandığı üçün qorunmadığı təqdirdə cərrahin barmağı dişlənilə bilər. Çənə yerinə düşdükdən sonra aşağı çənənin hərəkəti məhdudlaşmalı və xəstəyə qısa müddət ərzində ağzını açmamağı tapşırmaq lazımdır. Köhnəlmiş çıxıqlar zamanı operasiya tələb olunur.

Yuxarı çənənin sınıqları. Yuxarı çənənin tipik sınıqları Lefora ya görə 3 qrupa bölünür. I qrupda (Lefor I) sınıq xətti alveol çıxıntı və çənənin sərhədindən armudvari kəsikdən çənə qabarı istiqamətində üfüqi olaraq keçir. II qrupda (Lefor II) sınıq xətti burun nahiyəsində köndələn şəkildə göz yuvasının daxili divarı boyunca və dibinin bir hissəsini əhatə edərək, göz yuvası altının kənarından keçib aşağıya doğru şaquli şəkildə çənə-almacıq tikişi boyu enir və əsas sümüyün qanadabənzər çıxıntısının arxasına keçir. III qrupda (Lefor III) əvvəlcə sınıq xətti I qrupdan sınıq xətti ilə üst-üstə düşür. Aşağı orbital çuxurundan ön almacıq tikişi boyu keçərək almacıq qövsündən, buradan da çənə qabarına və pazabənzər sümüyün qanadabənzər çıxıntısına qədər uzanır (şəkil 50).



Şəkil 50. Üst çənənin I, II, III qrup sınıqları

Klinik mənzərə əsasən sümük qırıntılarının yerdəyişmə növündən asılıdır. Demək olar ki, bütün hallarda yuxarı çənənin qopmuş hissəsinin sallanması müşahidə olunur. Nəticədə üz uzanır, gözlər çuxura batır. II və III qrup sınıqlar üçün çənə qapadıldıqda üzün yuxarı yarısının hərəkətliliyi xarakterikdir. Qırılma xətti boyu əhəmiyyətli dərəcədə qanaxma qeyd olunur. Diaqnoz iki proyeksiyada aparılan rentgenoqrafiya ilə təsdiq olunur.

İlk tibbi yardım. Yuxarı çənənin sınıqları zamanı ilk tibbi yardım qanaxmanın dayandırılması ilə başlanır. Yaranın ətrafı yodla silindikdən sonra, sıxıcı sarğı qoyulmasından istifadə edilir.

Aşağı çənənin sınıqları. Alt çənənin sınığına üz skeletinin başqa sümüklərinin sınığından tez-tez təsadüf edilir. Bu zaman xəstədə çeynəmə, tüpürmə aktları pozulur və nitqi aydın olmur. Sümük parçaları həm öz ağırlığından, həm də əzələlərin dartılmasından yerindən çıxır. Lokalizasiyasına görə aşağıdakı növlərə bölünür:

1. Mərkəzi və ya orta sınığı – kəsici dişlər arası orta xətt boyu;
2. Yan sınığı- çənə cisminin orta $1/3$ -i boyu;
3. Çənə bucağı nahiyəsinin sınığı;
4. Oynaq çıxıntısının boynu nahiyəsindəki sınığı.

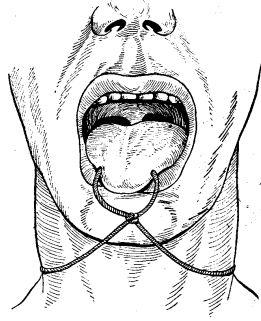
Bundan başqa aşağıdakı sınıq növləri fərqləndirilir:

1. Tam və ya natamam sınıq;
2. Birbaşa və ya dolay sınıq;
3. Tək, ikiqatlı, çoxsaylı sınıq;
4. Xətti, ziqzaqşəkilli və qəlpəli sınıq;
5. Fəsadlaşmayan (qapalı, yumşaq toxumaların zədələnməməsi ilə) və fəsadlaşan (açıq, yumşaq toxumaların zədələnməsi ilə) sınıq;
6. Sümüyün defektli və defektsiz sınığı.

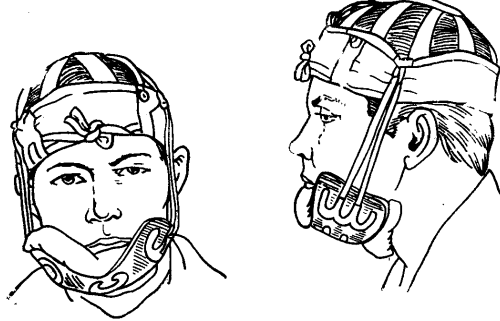
Klinik mənzərə müəyyən dərəcədə sümük parçalarının yerdəyişməsi ilə müəyyən edilir. Sümük parçalarının yerdəyişməsi təsir qüvvəsinin istiqamətindən, zərbənin gücündən, çənə əzələsinin dartma qüvvəsindən asılıdır. Mərkəzi sınıqlarda sümük qırıntılarının yerdəyişməsi demək olar ki, baş vermir. Yan sınıqlarda isə qısa qırıntı yuxarı, uzun qırıntı isə aşağı dartılır. Alt çənənin bucaq nahiyəsinin sınıqlarında sümük qırıntılarının yerdəyişməsi praktik olaraq baş vermir. Sınıqların digər növlərində olduğu kimi aşağı çənənin sınıqlarının da mütləq simptomlar (deformasiya, qırıntıların krepitasiyası və patoloji hərəkətilik) və nisbi simptomlar (şişkinlik, qanaxma, ağrı və çeynəmənin pozğunluğu) müşahidə olunur.

İlk tibbi yardıma ilk növbədə qanaxmanın dayandırılması ilə başlanılır. Bu zaman yaranın ətrafı yodla silindikdən sonra, sıxıcı sarğı qoyulmasından istifadə edilir. Yuxarı çənəni immobilizasiya etməkdən ötrü ağıza çubuq qoyub uclarını yumşaq bintlə başa təsbit edirlər. Əgər xəstə huşsuzdursa onda qanın aspirasiyası və as-

fiksiya haqqında düşünmək lazım gəlir. Asfiksiyanın profilaktikası üçün ağız boşluğundan selik, qan, sümük qırıntıları və sınımış dişlər kənarlaşdırılır. Dilin qatlanmamasından ötrü onu sancaqla xəstənin paltarının yaxalığına və ya alt çənəsinə təsbit edirlər (şəkil 51). Bu mümkün olmadıqda şəkildə göstəriləyi kimi xəstənin dili sapla tikilib, önə dartılaraq boyun nahiyəsinə bağlanılır. Alt çənə sapandvari sarğı ilə hərəkətsizləşdirilir. Bu məqsədlə müxtəlif standart şinalardan da (Entin, Limberq və s.) istifadə olunur (şəkil 52). Xəstə oturaq vəziyyətdə xəstəxanaya aparılır. Huşu yoxdursa onda onu üzünü aşağı döş altına bükülmüş paltar qoyulmuş şəkildə xəstəyə uzadıb daşımaq lazımdır.



Şəkil 51. Asfiksiyanın profilaktikası üçün dilin tikilməsi



Şəkil 52. Alt çənə sınığında tətbiq edilən nəqliyyat sarğısı

Kəllənin və beyinin odlu silah zədələnmələri

Kəllənin və beyinin odlu silah zədələnmələri müharibə dövründə bütün zədələnmələrin 5%-ni təşkil edir. Kəllənin bütün yaralanmalarının yarısını kəllənin yumşaq toxumalarının odlu silah yaralanmaları təşkil edir. Bu zaman başın dərisi, aponevroz, əzələ və sümüküstlüyü zədələnir, beyin silkələnəsi və beyinin kontuziyası da qeyd oluna bilər. Vaxtında göstərilən cərrahi yardım yumşaq toxumaların odlu silah yaralanmalarının gedişini və nəticəsini əlverişli edir. Müharibə vaxtı kəllə beyin yaralanmaları bütün yaralanmalar içərisində ən ağır travma hesab olunur. Kəllənin odlu silah yaralanmaları üç əsas qrupa bölünür:

1. Yumşaq toxumaların yaralanmaları

2.Kəllə sümüklərinin nüfuz etməyən yaralanmaları.

3.Kəllə və beyinin nüfuz edən yaralanmaları.

Kəllənin nüfuz etməyən yaralanmaları kəllə sümüklərinin, beyin qişasının tamlığının pozulmaması ilə gedən zədələnmələri ilə xarakterizə olunur. Beyinin əzilməsi və silkələnməsi nəticəsində eyni zamanda hematomanın əmələ gəlməsi və digər ağırlaşmalar səbəbindən yaralının vəziyyəti ağır olur.

Kəllənin nüfuz edən yaralanmaları beyin qişası və beyin maddəsinin zədələnmələri ilə əlaqədar olduğu və bakteriyalarla çirkləndiyi üçün daha ağır travma hesab olunur. Beyinin müxtəlif şöbələrini zədələyən dəlib keçən və kor yaralar ayırd edilir. Dəlib keçən yaralanmalar beyin maddəsinin geniş həcmdə dağılmasına və uzunsov beyində həyati vacib mərkəzlərin zədələnməsinə səbəb olduğu üçün çox hallarda ölümcül olur.

Travmadan sonra kəskin dövrdə yaralının vəziyyəti ağır olur. Huş itir, ağır kontuziya və beyin ödemi simptomları, tənəffüs və ürək- qan damar fəaliyyətinin pozğunluqları əmələ gəlir. Sonradan yaranın lokalizasiyasından asılı olaraq yerli əlamətlər (eşitmənin, nitqin, görmənin pozulması, parez və s.) meydana çıxır. Kəllə boşluğuna infeksiya daxil olması ilə əlaqədar meningit, meninqoensefalit və beyinin absesi inkişaf edir.

Kəllənin və beyinin odlu silah yaralanmaları zamanı ilk yardım yaraya aseptik sarğının qoyulması ilə başlayır. Qusma zamanı ağız boşluğu qusuntu kütlələrindən təmizlənir, tənəffüs, ürək-damar çatmamazlığı zamanı kordiamin, efedrin məhlulu təyin edilir. Xəstə arxası üstə, başı yastığa qoyulmuş şəkildə stasionara göndərilir.

Müalicəsi. Yumşaq toxumaların yaralanmalarında yaranın birincili cərrahi işlənməsi aparılır. Kəllə sümükləri zədələndikdə sərbəst sümük qırıntıları kənarlaşdırılır, sümük defekti genişləndirilərək beyin qişası görünənədək trepanasiya icra edilir. Qanaxmalar diqqətlə dayandırılır, qan laxtaları kənarlaşdırılır.

Yara isti fizioloji məhlulla yuyulur və əlçatan yad cisimlər çıxarılır. Beyinin sərt qişası qənaətlə kəsilir. Tam mükəmməl və vaxtında aparılan cərrahi işləmədən sonra yara qat-qat tikilir. Əməliyyatdan sonra nüfuz etməyən yaralarda 7-10 gün, nüfuz edən yaralarda isə 21 gün yataq rejimi təyin edilir. İnfeksion ağırlaşmanın

qarşısını almaq məqsədi ilə antibiotiklər endolyumbal təyin olunur. Ürək dərmanları, sakitləşdiricilər, sidik qovucular və vitaminlər təyin olunur. Qan köçürülür. Yataq yaralarının əmələ gəlməsinin profilaktikası aparılır.

Kəllə sümüklərinin sınıqları

Kəllə sümükləri sınıqları çox vaxt küçə travmaları, sənaye və müharibə zamanı alınan travmalar nəticəsində baş verir. Kəllə sümükləri sınıqları üç qrupa bölünür.

1. **Çatlamalar və ya xətti sınıqlar**- bunlar ensiz və çox vaxt şaxələnmiş yarıqlar şəklində sümüyün bütün qalınlığından keçir.

2. **Qəlpəli sınıqlar** - bu zaman əmələ gələn sümük qəlpələri bəzən yerini dəyişərək beyin qişalarını, hətta beyin toxumasını zədələyə bilər.

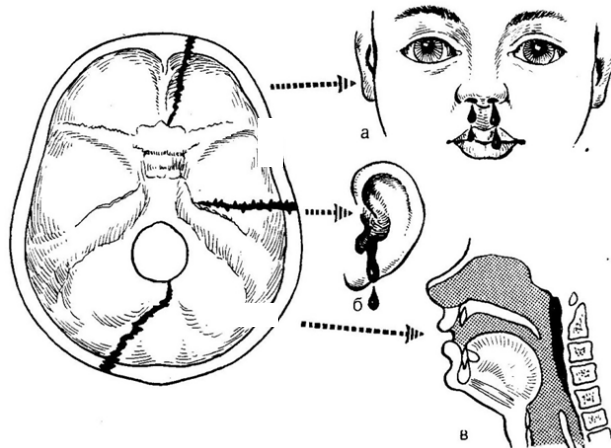
3. **Dəşikli və ya pəncərəli sınıqlar**- bu zaman kəllə sümüklərində yaralayıcı alətin formasına uyğun məhdud qüsurlar yaranır.

Kəllə sümüklərinin sınıqlarının yerləşdiyi yerdən asılı olaraq kəllə tağının və kəllə əsasının sınıqlarına bölünür.

Kəllə tağının sınıqlarında başın tüklü hissəsində yerli olaraq hematoma və ya yaralanma əmələ gələ bilər. Kəllə sümüklərinin quruluşunun kürə şəklində olmasına görə onların sınıqları xüsusi xarakter daşıyır. Bu sümüklərin daxili lövhəsi yumşaq olduğuna görə travma zamanı tezliklə sınıraq beyin qişasını, damarları və beyin toxumasını zədələmiş olur. Kəllə sümüklərinin zədələnməsi zamanı çox vaxt beyin silkələnməsi əlamətləri də müşahidə edilir. Qapalı və açıq ola bilər. Zədənin dərəcəsiindən asılı olaraq huşun itməsi və ya tənəffüs pozğunluğu da əmələ gələ bilər. İlk tibbi yardım göstərəkən xəstəni arxası üstə uzadıb (huşu varsa yastıqsız uzandırılır), başın yarasına aseptik sarğı qoyulur. Huş yoxdursa onda başın altına yastıq qoyulur və xəstənin başı yana çevrilir ki, qusma aktı zamanı qusuntu kütləsi tənəffüs yollarına düşməsin. Xəstəni sıxan paltarlardan azad etməli, protez dişlər və eynək çıxarılmalıdır. Tənəffüs pozğunluğunda süni tənəffüs verilir.

Kəllə əsasının sınığı kəllənin başqa sümüklərinin sınığına nisbətən az təsadüf edilir. Alın sümüyünə dəyən zərbədən sınıq xətti

kəllə əsasını ön çuxuruna, təpə və gicgah sümüyünün sınıqları kəllə əsasının orta çuxuruna, ənsə sümüyünün sınıq xətti isə kəllə əsasının arxa çuxuruna yayılır. Bu zaman ilk anda qulaqdan, burundan qanaxma, başgicəllənmə və huşun itməsi baş verir. Sonrakı günlərdə gözlərin altına və ətrafına qansızma (“eynək” simptomu) nəticəsində dərinin rəngi dəyişir (şəkil 96). Travmanın ağırlığından və sınığın lokalizasiyasından asılı olaraq burun boşluğundan və qulaqdan qan və onurğa beyni mayesi axmağa başlayır (şəkil 53). İlk tibbi yardım zamanı ilk növbədə xəstənin tənəffüs yollarını selik və qusuntu kütləsindən azad etmək, tənəffüs pozğunluğunda süni tənəffüs vermək və təcili xəstəxanada yerləşdirmək lazımdır. Kəllə əsasının sümüklərinin sınığı zamanı xəstəni çox vaxt ehtiyatla xəstəxanaya gətirib tam sakit mühitdə yatırımaq lazımdır. İnfeksiyanın kəllə əsasına keçməsinin qarşısını almaq üçün qulaq, burun boşluqları steril tampon ilə tıxanmalıdır. Kəllə əsasından çıxan cüt sinirlərin (III, IV, VI, VII və VIII) funksional pozğunluqları müəyyən edilməlidir. Sınığın vəziyyətini müəyyən etmək üçün rentgenoqrafiyadan istifadə edilir. Kəllə əsası sümüyünün sınığı olan xəstələr çox ehtiyatla müayinə olunmalıdır, bəzən cüzi bir hərəkət belə ölümlə nəticələnir.



Şəkil 53. Kəllə əsasının ön, orta və arxa hissələrinin sınıqlarının klinik əlamətləri.

Müalicəsi konservativ yolla aparılır. Əsas müalicə infeksiyaya qarşı yönəldilməlidir. Çünki bəzən meningitlə nəticələnə bilər. Son illər antibiotiklərin tətbiqi və xəstələrə qulluğun yaxşı təşkil olunması ölüm faizini xeyli azaltmışdır. Kəllənin açıq sınıqlarının müalicəsi cərrahi üsulla həyata keçirilir. Yara ilkin işlənir, ölmüş toxumalar, sınıq qırıntıları xaric edilir. Yara antibiotik məhlulu ilə yuyulur, beyin qişası zədələnməyə tikilir. Beyin maddəsi zədələndikdə beyinin sərt qişası kəsilib yara təmiz yuyulur, yaraya steril sarğı qoyulur. Operasiyadan sonra irinli ağırlaşmaların qarşısını almaq üçün antibiotiklər vurmaq, yaraya vaxtında qulluq etmək lazımdır.

Kəllə- beyin travmaları

Başın zədələnmələrinə kəllə sümüklərinin sınıqlarından başqa, kəllə sümüklərinin zədələnmələri ilə müşayiət olunan və bunsuz zədələnmələr və həmçinin beyinin zədələnməsi ilə müşayiət olunan və bunsuz baş verən zədələnmələr də aiddir. Başın zədələnmələrində ən qorxulu hal beyinin zədələnməsidir. Çox ağır travmalar nəticəsində kəllə sümükləri sına bilər. Bu zaman beyinin zədələnməsi təkcə zərbə nəticəsində deyil, qırılmış sümük parçalarından və qanaxmanın təsirindən ola bilər. Kəllə sümüklərinin açıq sınığı daha təhlükəlidir. Bu zaman ən qorxulu hal beyin maddəsinin xaricə çıxması, beyinin infeksiyalaşmasıdır. Xəstələri daşdıqda xəstələrə daim diqqət yetirmək lazımdır ki, onlar təkrar qusmasın. Belə hallarda qusuntu kütləsinin aspirasiyası və boğulma baş verə bilər. Zərərçəkəni uzanmış və bir qədər başını yuxarı qaldırmış vəziyyətdə, huşunu itirib sə xərəyə bağlanmış vəziyyətdə daşıyırlar.

Açıq kəllə-beyin travmaları. Açıq kəllə- beyin travmaları zamanı yumşaq toxumalar, kəllə sümükləri, beyinin sərt qişası və bəzi hallarda beyin maddəsi xəsarət alır. Zədənin bu növü başa iti kənarları olan sərt bir cisimlə vurduqda və güllə yaralanmaları zamanı müşahidə olunur.

Diaqnostikası çətinlik törətmir. Əməliyyat masasında yara yənidən nəzərdən keçirilərkən yumşaq toxumaların, kəllə sümüklərinin, sərt qişanın və beyin maddəsinin zədələnməsinin ölçüsü və xarakteri müəyyən edilir.

İlk tibbi yardım. Zərərçəkəndə xarici qanaxmanı dayandırmaq və yaranın infeksiyalaşmasının profilaktikası məqsədi ilə zərərçəkənlərin yarasına sıxıcı-aseptik sarğı qoymaqdan ibarətdir. Tənəffüs yollarının keçiriciliyinin pozulmaması məqsədi ilə ağızda olan qan, selik, qusuntu kütləsi təmizlənir, və xəstələr arxası üstə xəstəyə uzanmış və başı bir az qaldırılmış vəziyyətdə stasionara göndərilirlər. Daşınma zamanı baş dəstəklənməlidir. Xəstə huşsuz vəziyyətdədirsə, dilin qatlanması üçün ipək sapla tikilir və çənəyə yaxud geyimin yaxalığına bərkidilir. Kəllə beyin travmalarında tənəffüs pozğunluğu olduğundan narkotiklərin vurulması əks göstərişdir.

Müalicəsi. Xəstə xəstəxanaya düşən kimi yaranın ilkin cərrahi işlənməsi əzilmiş və canlı olmayan toxumaların çıxarılması ilə aparılır. Xəstənin saçları qırılır, yara ətrafı spirtlə təmizlənir, operasiya sahəsinə yod sürtülür. Deşilmiş yaralar zamanı sümük qırıntıları xaric edilir, sümük defekti genişləndirilir, sərbəst yerləşən yad cisimlər xaric edilir, yara fizioloji məhlulla ehtiyatla yuyulur. Gec işlənməmiş yaralar zamanı yaraya sarğı qoyulur və onların müalicəsini açıq üsulla aparırlar. İnfeksiyanın inkişafının qarşısını almaq üçün ümumi antibiotik terapiyası aparılır.

Qapalı kəllə-beyin travmasına baş beyinin silkələnməsi, əzilməsi və sıxılması aiddir. Belə bölgü nisbidir, çox vaxt bu travmaların birgə kombinasiyası-baş beyinin travmatik xəstəlikləri müşahidə edilir.

Silkələnmə zamanı beyinin ödemi və şişməsi, əzilmə və sıxılma zamanı isə beyin toxumasının qismən parçalanması baş verir. Baş beyinin silkələnməsi kəllənin bütün travmaları içərisində ən çox rast gəlinən zədə növüdür. Bir qayda olaraq baş beyinin silkələnməsi zamanı kəllə sümüklərinin zədələnməsi müşahidə olunmur. Qısa müddətli və güclü zərbə baş beyini və onun maye əsasını (onurğa beyni mayesi, qan) hərəkətə gətirir. Zərbədən kəllə boşluğu mayesinin hidrodinamik dalğası mədəciklərə və beyin toxumasına təsir edir. Bu zaman damarların qısa müddətli spazmı və sonradan genişlənməsi, venoz durğunluq, beyin qişalarının ödemi, nöqtəvi qansızmalar müşahidə olunur. Bu dəyişikliklər 1-2 həftə davam edə bilər.

Klinik şəkli. Baş beyinin silkələnməsinin əsas əlamətlərinə huşun itməsi, retroqrad amneziya (xəstə travmanın səbəbini unudur)

və qusma aiddir. Dəri örtüyünün solğunlaşması, nadir hallarda hiperemiyası müşahidə olunur. Tənəffüs səthi olur. Yüngül dərəcəli silkələnmələrdə nəbz tezləşir (taxikardiya), ağır dərəcələrdə isə əksinə zəifləyir (bradikardiya). Bəbəklərin bərabər ölçülü daralması və ya genişlənməsi baş verir. Sonralar baş ağrıları, baş gicəllənməsi, qulaqlarda küy əmələ gəlir. Ağır formada huş uzun müddətə itməklə bərabər xəstədə koma, reflekslərin itməsi, udma aktının pozulması, qeyri iradi sidik və nəcis ifrazı müşahidə olunur. Ümumiyyətlə, zədələnmənin ağırlığından asılı olaraq baş beyin silkələnməsinin üç dərəcəsi ayırd edilir.

1. Yüngül dərəcə-huş qısa müddətdə itir, amneziya olmur.

2. Orta dərəcə-huş qısa müddətdə itir, retroqrad amneziya olur, kəllə beyin sinirlərində ümumi və lokal pozğunluqlar olmur.

3. Ağır dərəcə- huş uzun müddətdə itir, retroqrad amneziya olur, əhəmiyyətli şəkildə beyin pozğunluqları inkişaf edir.

Müalicənin əsasını ciddi yataq rejimi təşkil edir. Yataq rejimi baş beyin yüngül dərəcəli silkələnmələrində 1-2 həftə, orta dərəcəli silkələnmələrində 2-3 həftə, ağır dərəcəli silkələnmələrində isə 3-4 həftə təyin olunur. Neyroleptik, antibakterial və vitamin müalicəsi geniş tətbiq olunur. Kəllə beyin təzyiqinin artması zamanı vena daxilinə 40%-li 40-60 ml. qlükoza, 10%-li 10-20 ml. natrium xlorid, 5-10 ml. 40%-li urotropin məhlulu yeridilir. Əzələ daxilinə isə 10 ml. 20%-li maqnezium sulfat və sidik qovucular təyin edilir. Duzsuz pəhriz və maye məhdudiyyəti tövsiyə olunur. Baş beyin ödemi olduqda vena daxilinə əlavə 5-10 ml. 2%-li heksoni, 1-2ml. 2%-li dimedrol, 50-100 mq. kortizon və ya hidrokortizon yeridilir.

Beynin əzilməsi zamanı beyinin ocaqlı pozğunluğunun əlamətləri -danışıq, hissiyat, ətrafların hərəkətlərinin, üzün mimikasının və s. pozulması baş verir. Beyin travması üçün ümumi beyin əlamətləri xarakterikdir. Bu zaman xəstədə başgicəllənmə, başağrısı, ürəkbulanma və qusma, nəbzın seyrəlməsi və əsas əlamətlər –huşun itməsi və retroqrad amneziya olur.

Beynin əzilməsi baş beyin silkələnmə ilə müqayisədə daha ağır klinik mənzərə ilə xarakterizə olunur. Morfoloji olaraq beyin maddəsinin lokal pozğunluqları (cırılma, yumşalma, əzilmə, qansızma) qeyd olunur. Ən çox beyin qabığı, qabıqaltı təbəqə və beyin

qişaları təsirə məruz qalırlar. Beyin kötüyünün, beyinciyin, beyin mədəciklərinin əzilməsi və qansızması xüsusilə təhlükəlidir.

Klinik mənzərə ağır beyin silkələnmələrinin klinik şəklini xatırladır: huşun itməsi daha uzun müddətə davam edir və bir neçə gün hətta həftə müddətində tormozlanma ilə növbələşir.

Retrograd amneziya daha qabarıq olur.

Beyin əzilməsi zamanı yerli mərkəzi simptomlar üstünlük təşkil edir. Kəllə beyin sinirlərinin iflici və parezi, ətrafların hemipleqiyası və patoloji refleksləri əmələ gəlir.

Müalicəsi beyin silkələnmələrində olduğu kimi eyni sxemlə aparılır. Amma beyin kötüyünün pozğunluqlarında daxili üzvlərin vəziyyəti nəzərə alınır. Tənəffüsün pozğunluqlarında traxeya və bronxlardan selik sorulur və eyni momentdə oksigen verilir. Xəstəyə lobelin və sititon yeridilir. Aparılan tədbirlər nəticə vermədikdə traxeostoma qoyulur. Qan dövranını normalaşdırmaq üçün ürək damar dərmanları (kofein, kordiamin) tətbiq edilir

Beyinin sıxılması daha ağır bir gedişə malikdir. Patoloji dəyişikliklər beyinin ödemini və artan hematoma (damarın cırılması) səbəbindən tədricən beyinin sıxılması nəticəsində baş verir. Lokalizasiyasına görə hematomlar subdural (sərt qişa altı), epidural (sərt qişa üstü), subaraxnoidal (yumşaq qişa altı) və kəllədaxili (beyin maddəsinə) olmaqla 4 qrupa bölünür.

Klinik mənzərə. Hematoma səbəbinə görə beyin sıxılmasında bir neçə dəqiqədən bir neçə saata qədər işıqlı bir interval olur, sonra xəstə huşunu itirir. Bradikardiya əmələ gəlir (dəqiqədə 40-50 vuruğu). Bəbəklər əvvəlcə daralır, sonra genişlənir. Qusma baş verir, udma hərəkətləri pozulur. İşıqlı interval dövründə şiddətli baş ağrısı və başgicəllənmə müşahidə olunur. Müxtəlif növlü hematomların diferensial diaqnostikasında da onurğa beyni punksiyasının göstəriciləri və kliniki əlamətləri vacibdir. Epidural hematomada huşun itməsi olduqca sürətlə baş verir, onurğa beyni mayesinin təzyiqi artır. Subdural hematomada işıqlı interval daha uzun olub, onurğa beyni mayesində qan olur. Subaraxnoidal hematomada, işıqlı interval bir neçə günə qədər davam edə bilər, lakin xəstənin huşu itməyə bilər. Onurğa beyni mayesində çoxlu qan qarışığı olur.

Ümumi beyin simptomları artdıqca beyinin yerli sıxılma simptomatologiyası: qansızma olan tərəfdə kəllə sinirlərinin parezi və iflici (anizokoriya, yuxarı göz qapağının ptozu, bəbəyin daralması və sonradan genişlənməsi, çəpgözlük), əks tərəfdə ətraf əzələlərinin parezi və iflici (patoloji reflekslərlə monoplegiya, epilepsiyaya bənzər qıcolmalar) baş verir.

Müalicə əsasən cərrahi xarakter daşıyır. Əməliyyatın mahiyyəti kraniotomiya, hematomanın boşaldılması və qanaxmanın dayandırılmasıdır. Əgər beyin zədələnməmişsə, onda əməliyyat qanaxmanın etibarlı bir şəkildə dayandırılması və kəllə sümüklərindəki qüsurların sümük istifadə edilərək bağlanmasıdır.

Xəstələrə nəzarət və qulluq. Kəllə və beyin travmaları zamanı operasiyadan sonra bu xəstələrin xüsusi qulluğa ehtiyacı olur. Ağırlaşmaların qarşısını almaq üçün nəbzə və tənəffüsə nəzər yetirmək, gigiyenik tədbirləri (göz, ağız, qulaq boşluqlarını yumaq, yataq yarası olmasın deyə dərini kamforalı spirtlə silmək) yerinə yetirmək lazımdır. Xəstələr az-az, tez-tez yedizdirilməlidirlər. Belə xəstələrin huşu pozulduğuna görə çarpayıdan yıxılmaması üçün onun kənarlarına setka qoymaq məsləhətdir. Çalışmaq lazımdır ki, operasiyadan sonra travmaya uğramış nahiyə heç bir yerlə təmasda olmasın. Xəstənin başı bir qədər hündürdə saxlanılmalıdır. Bu, kəllə və beyin yumşaq toxumalarının (örtüklərinin) ödeminin bir qədər azalmasına səbəb olur. Travmadan sonra beyinin zədələnmə dərəcəsini təyin etmək çətin olduğu üçün belə xəstələri dərhal xəstəxanaya aparmaq lazımdır. İlk yardım zərərçəkənə tam sakitlik yaratmaqdan ibarətdir. Xəstəni üfüqi vəziyyətdə uzandırıb sakitləşdirmək üçün 15-20 damcı valerian cövhəri verilir, başına buz və ya soyuq suda isladılmış dəsmal qoyulur. Əgər xəstə huşunu itirmişsə ağız boşluğunu qusuntu kütləsindən, selikdən təmizləmək lazım gəlir. Tənəffüs və ürək fəaliyyəti pozulduqda süni tənəffüs vermək lazım gəlir.

Kəllə və beyin zədələnməmiş xəstələr kəskin dövrdə ciddi yataq rejimində olmalı, onların başına buz qoyulmalıdır. Xəstə huşunu itirmişsə onu böyrü üstə çevirir və çənənin sallanmamasına fikir verilir. Xəstə huşunu itirmişsə, habelə udma aktı pozulmuşsa, onu ilk 2-3 gün ərzində parenteral yedizdirirlər, sonra xəstə özü yeyə bilmirsə, yeməyi burun- mədə zondunu vasitəsi ilə verirlər. Belə xəstə-

tələrdə hər 12 saatdan bir sidik kisəsinin kateterizasiyası aparılmalıdır ki, sidik kisəsi dolub gərilməsin.

Huşunu itirmiş (komatoz vəziyyətdə olan), yaxud həyəcanlı xəstələri, adətən, intensiv terapiya şöbəsində, yaxud ixtisaslaşmış şöbədə müalicə edirlər. Bu cür xəstəni ayrıca palataya qoymaq və fərdi tibb bacısı ayırmaq məsləhət görülür. Ağır dərəcəli zədələnmələrdə çanaq üzvlərinin funksiyası pozulur, belə xəstələr yerlərini isladır və bulaşdırırlar, buna görə də döşəkağının altına müşəmbə qoymaq lazımdır.

Ağır dərəcəli kəllə-beyin zədələnmələri birinci növbədə pnevmoniyaya olduqca meyilli olurlar. Pnevmoniyaya səbəb aspirasiya, tənəffüs yollarının tutulması, traxeya-bronx sekretində infeksiya olması, uzunmüddətli uzanmaq və s. dir. Pnevmoniyanın profilaktikası traxeostomiyaya qulluq, hər 30 dəqiqədən bir xəstənin vəziyyətini dəyişmək, banka qoymaq, antibiotiklər və sulfanilamid preparatlarından istifadə etmək lazımdır.

Beyini və kəlləsi zədələnmiş şəxsə yardım göstərəndə, yaxud onu stasionara qəbul edəndə xəstə barədə və baş vermiş hadisə haqqında ətrafdakılardan soruşmaq lazımdır. Xəstənin huşu olmadıqda onun sərxoş olub-olmadığı aydınlaşdırılmalıdır (ağzından spirtli içki iyi gəlməsi). Bundan sonra xəstəni tez və ehtiyatla nəqliyata qoyub xəstəxanaya çatdırmaq lazımdır. Xəstə mütləq arxası üstə uzadılır, başı azca yuxarı qoyulur və yana çevirir, qusuntu kütlələri və selikdən boğulmaması üçün tədbir görülür. Arterial təzyiq çox düşdükdə kofein vurulmalıdır.

Yoxlama sualları

1. *Açıq kəllə beyin travması dedikdə nə başa düşülür?*
2. *Qapalı kəllə beyin travması dedikdə nə başa düşülür?*
3. *Kəllədaxili hematomalar neçə cür olur?*
4. *Kəllədaxili hematomaların əlamətləri nədir?*
5. *Kəllənin nüfuz edən və nüfuz etməyən yaralanmalarını izah edin.*
6. *Baş beyinin silkələnməsi, əzilməsi və sıxılması əlamətlərini sayın.*
7. *Beyin silkələnməsi zamanı ilk yardım və müalicə prinsipi nədən ibarətdir?*
8. *“Eynək simptomu” kəllə zədələnmələrində hansı diaqnozu təsdiqləyir?*
9. *Kəllənin sınıqlarının təsnifatını danışın.*
10. *Kəllə əsasının və kəllə tağının sınığının əlamətləri hansılardır?*
11. *Kəllə beyin travmaları olan xəstələrə qulluğun hansı xüsusiyyətləri vardır?*

12. *Boyun üzvlərinin zədələnmələrinin əlamətlərini sadalayın.*
13. *Boyun damarlarının zədələnməsi zamanı ilk yardım nədən ibarətdir?*
14. *Kefalohematoma nədir?*

Situasiya məsələləri:

I. Feldşer ikinci mərtəbədən yıxılan 25 yaşlı işçi üçün tikinti sahəsinə çağulmuşdur. Zərərçəkənin vəziyyəti ağırdır, huşu yoxdur, ağızdan və burundan qan axır, üzdə və pal-tarda qusma izləri vardır. Tənəffüsü səthi, fasilələrlə və dəqiqədə 20-dir. Dəri solğun, bə-bəklər dar, göz qapaqları enmiş, nəbz dəqiqədə 60, zəif dolğunluqda, qan təzyiqi 100/60 mm civə sütunudur. Təxmin edilən diaqnozu formalaşdırın və əsaslandırın. Təcili yardım göstərmək üçün bir alqoritm tərtib edin .

II. 22 yaşlı xəstə travmatologiya şöbəsinə küçədə dalaşan zaman başına vurulan me-tal zərbəsindən huşunu itirmiş vəziyyətdə gətirilmişdir. Xəstənin vəziyyəti orta ağırlıqda-dır. Sol gicgah nahiyəsində əzilmiş yara vardır. Yaranın dibində gicgah sümüyü görü-nür. Xəstədə bradikardiya (dəqiqədə 40-50 vuruğu) vardır, bəbəkləri genişlənməmişdir. Pal-tarında qusuntu izləri vardır. Lümbal punksiyada onurğa beyni mayesinin təzyiqi artmış, onurğa beyni mayesində qan vardır. Sol tərəfdə anizokoriya, yuxarı göz qapağının ptozu, çərgözlük, sağ tərəfdə isə ətraf əzələlərinin parezi müşahidə olunur. Sizcə xəstədə trav-manın hansı növüdür?

MÖVZU 32. Başın, üzün, boyunun və ağız boşluğunun cərrahi xəstəlikləri.

Tələbə bilməlidir:

- ✓ Başın, üzün, boyunun və ağız boşluğunun cərrahi xəstəliklərinin müayinə metodlarını;
- ✓ Başın, üzün, boyunun və ağız boşluğunun cərrahi xəstəliklərinin klinik əlamətlərini
- ✓ Başın, üzün, boyunun və ağız boşluğunun anadangəlmə cərrahi patologiyalarının növlərini;
- ✓ Başın əsas patologiyaları və iltihabi xəstəliklərini;
- ✓ Qida borusu yanıqları zamanı ilk yardım göstərilməsini
- ✓ Başın, üzün, boyunun və ağız boşluğunun cərrahi xəstələrinə nəzarət və qulluğun xüsusiyyətlərini

Mühazirənin planı:

- Üzün və ağız boşluğunun xəstəlikləri.
- Baş beyinin və onurğa beyininin iltihabi xəstəlikləri və şişləri.
- Qida borusunun xəstəlikləri.
- Qalxanabənzər vəzin xəstəlikləri.

İlk növbədə başın dəri örtüyünün iltihabi xəstəlikləri haqqında məlumat verək. Bunlara üzün və başın furunkulu, karbunkulu, qızılyeli və s. aiddir. Bu xəstəliklərin klinik şəkli, gedişinin xüsusiyyətləri və müalicə taktikası və lokalizasiyası haqqında cərrahi infeksiya bölümündə ətraflı təsvir olunmuşdur. Qızılyel klinik gedişinə görə digər lokalizasiyalı qızılyel ilə müqayisədə fərqli bir xüsusiyyətə malik deyil. Lakin o, baş beyinin və onun qişasının iltihablaşması ilə ağırlaşma bilər. Bu baxımdan üz nahiyəsinin iltihabi proseslərində geniş spektrli antibiotiklərdən istifadə etmək və daha səmərəli müalicə aparmaq lazımdır.

Üzün və ağız boşluğunun xəstəlikləri

Xorali stomatit. Xoraların əmələ gəlməsi ilə nəticələnən ağız boşluğunun selikli qişasının iltihabi başa düşülür. Xəstəliyin törədiciləri *treponema vinçinti* və *bakteriya fusiformisdən* ibarət mikrob assosiasiyasıdır. Xəstəliyi yaradan amillərə selikli qişanın mexaniki zədələnməsi, avitaminozlar, ağır metal duzları və fosforlu birləşmələrlə zəhərlənmələr aiddir.

Klinik şəkli. Diş əti şişir və dişlərin boyun nahiyəsi göyümtül-qırmızımtıl rəngdə olur. Tezliklə diş ətinin kənarlarında nekrotik dağılma baş verir və üzəri boz-yaşıl rəngli çirklənmiş ərplə örtü-

lül olur. Nekroz prosesi selikli qışaların qonşu şöbələrinə də yayıla bilər. Ağızdan pis qoxu gəlir, bədənin temperaturu yüksəlir, regional limfadenit inkişaf edir.

Müalicəsi. Yerli oksigen vannaları təyin olunur. Bunun üçün hidrogen-peroksid və kalium permanqanat məhlulları ilə qarqara edilir. Yuyulmadan sonra, xora səthi tənzif tamponla qurudulur və 8%-li sink xlorid və ya 5-13%-li gümüş nitratla yandırılır. Kəskin əlamətlər söndükdən sonra ağız boşluğunun hərtərəfli sanasiyası aparılır. Papiros çəkmək və diş fırçasından istifadə etmək qadağan olunur. "C" vitamini ilə zəngin pəhriz təyin olunur. Ağır infeksiyalar zamanı antibiotiklər və sulfanilamid preparatları ilə müalicə aparılır.

Noma və ya sulu xərcəng ən çox zəif uşaqlarda difteriya, qızılca, tif və digər yoluxucu xəstəliklərdən sonra inkişaf edir. Xəstəliyin başlanğıcında ağız boşluğunun selikli qışasında infiltrasiya meydana çıxır. Sonra dəridə eyni rəngli qaramtıl ləkə əmələ gəlir və onun ətrafında tez progressivləşən və yanağı zədələyən irinli proses başlayır. Yanaqların böyük hissəsi ilə yanaşı, selikli qışalar, dişlər və çənə prosesə qoşulur. Ağır hallarda qanqrenoz prosesi dili və damağı da əhatə edir və əks tərəfə keçir. Xəstəliyin yüksək hərarət, aspirator pnevmoniya və ağciyərlərin qanqrenası ilə fəsadlaşması müşahidə olunur. Proqnoz xoşagələndir deyil və çox hallarda ölümə nəticələnir.

Müalicəsində xəstəyə antibiotiklər, qanqrena əleyhinə zərdab, ümumi möhkəmləndirici müalicə təyin edilir. Hidrogen peroksid və kalium permanqanat məhlulu ilə qarqara edilir. Bəzi hallarda toxumaların elektrokoagulyasiyasına müraciət olunur. Sağalma baş verdikdə üzün defektini ləğv etmək üçün plastik əməliyyatlar aparılır.

Kəskin parotit. Qulaqaltı vəzin iltihabı olan parotit ən çox zəifləmiş xəstələrdə, mədə-bağırsaq traktında aparılan əməliyyatlardan sonra, xüsusilə bəd xassəli şişi olan insanlarda rast gəlinir. Əməliyyatdan sonra qida qəbulunun məhdudlaşdırılması, tüpürçək ifrazının azalmasına (tüpürçək bakterisid təsir göstərir) səbəb olur. Bu zaman ağız boşluğunda olan bakteriyalar tüpürçək vəzilərinə daxil olaraq burada iltihab törədirlər.

Klinik şəkl çeynəyərkən və danışarkən ağrı olması ilə xarakterizə

olunur. Qulaqaltı vəzi nəhiyəsində şişkinlik əmələ gəlir və bədənin temperaturu yüksəlir. Əməliyyatdan sonrakı parotitlərin profilaktikasını tüpürçək vəzilərinin ifrazının artırılmasına yönəldilir. Bunlara limon diliminin sorulması, ağızın zəif hidrogen peroksid və ya soda məhlulu ilə yaxalanmasını misal göstərmək olar.

Müalicəsində isidici spirt-məlhəm kompressləri və antibiotiklərdən istifadə olunur. Absesləşdikdə irinciyin kəsilərək açılması əməliyyatı icra edilir.

Baş beyinin və qişasının irinli xəstəlikləri

Beyinin absesi. Beyinin absesinin səbəbi açıq kəllə-beyin travmaları və yad cisimlər ola bilər. Çox vaxt baş beyinin absesi digər üzv və toxumalarda yığılmış irinin yayılması nəticəsində yaranır.

Klinik şəkli. Beyinin absesinin ən çox rast gəlinən əlamətlərinə baş ağrısı, başgicəllənmə, huşun itməsi, absesin olduğu proyeksiyaya döyüclədikdə ağrının əmələ gəlməsi aiddir. Qusma, huşun qaralıqlaşması, dərin komaya keçmə müşahidə olunur. Bu fonda baş beyinin ayrı-ayrı sahələrinin dağılması nəticəsində ocaqlı simptomlar meydana çıxır. Xəstədə temperatur yüksəlir, onurğa beyni mayesində təzyiq artır, göz dibinin damarlarında durğunluq əmələ gəlir. Klinik gedişinə görə kəskin və xroniki abseslər ayırd edilir. Diaqnostikada exoqrafiya və elektroensefaloqrafiya böyük əhəmiyyət kəsb edir.

Müalicəsi. Kəllənin trepanasiyası və absesin açılması əməliyyatı aparılır. Bəzən kəllə sümüyünə burğu ilə dəşik açaraq oradan irinliyin punksiyası aparılır, irinli möhtəviyyat sorulur, boşluq antiseptiklərlə yuyulur. Bu cür punksiyaların müntəzəm olaraq təkrarlanması absesin ləğv olunmasına səbəb olur.

İrinli meningit beyin qişalarının irinli-iltihabıdır. Törədici müxtəlif irinli infeksiyalar törədən mikroorqanizmlərdir. Bunlara meninqokokk, stafilokokk, streptokokk və s. aid etmək olar. Mənşəyinə görə meningitin aşağıdakı növləri ayırd edilir:

- 1) Travmatik meningitlər (baş beyinin açıq zədələnmələrinin nəticəsində əmələ gəlir)
- 2) Otogen meningitlər (orta qulağın iltihabının ağırlaşmasının

nəticəsində əmələ gəlir)

3) Metastatik meningitlər (müxtəlif lokalizasiyalı infeksiya ocağında yığılmış irinin hematogen və limfogen yolla daxil olmasının nəticəsində əmələ gəlir).

Klinik şəkli. Xəstəlik titrətmə, üşütmə və yüksək hərarətlə (40°C) başlayır. Xəstə alın, ənsə və gicgah nahiyəsində güclü baş ağrılarından şikayət edir. Qusma baş verir. Bəbəklər bərabər şəkildə genişlənir və ya daralır. Xəstə narahatlıq keçirir, huşu qaranlıqlaşır, sayıqlamalar meydana çıxır. Ən əsas simptomlardan biri ənsə əzələlərinin gərginliyidir. Bud-çanaq oynağında ayağı bükükdə onu açmaq olmur (Kerninq simptomu). Başı önə doğru əydikdə ayaqlar bükülür (Brudzinski simptomu). “Köpək yatışı” simptomu – arxaya dartılmış baş və qarına doğru dizlərdə bükülmüş ayaqlar müşahidə olunur. Kəllə sinirlərinin iflici və parezi, qıcolmalar, davamlı qəbizlik inkişaf edir.

Müalicəsi. Ən əvvəl infeksiyanın ilkin ocağını ləğv etmək lazımdır. Sonra antibiotik və sulfanilamid preparatları ilə ümumi müalicə aparılır. Antibiotiklərin ümumi yuxu arteriyasına və onurğa beyni kanalına yeridilməsi yaxşı nəticə verir. Tez-tez onurğa beyni mayesinin müəyyən hissəsinin buraxılması ilə onurğa beyni punksiyaları tövsiyyə olunur. Böyük miqdarda maye təyin olunur, parenteral yolla 5%-li qlükoza məhlulu və fizioloji məhlul yeridilir. Vena daxilinə 40%-li qlükoza və urotropin məhlulları məsləhət görülür. Xəstə narahat olduqda ona xloral hidrat məhlulu ilə imalə edilir.

Baş beyinin şişləri

Quruluşuna görə beyin toxumasının şişləri (qlioma), beyinin sərt qişasının şişləri (meningioma), hipofizin şişləri (adenoma) fərqləndirilir. Damar şişlərinə, nevrinomaya, sarkomaya nadir hallarda rast gəlinir. Həqiqi şişlərlə yanaşı beyində şişlərin simptomatologiyası ilə xarakterizə olunan sifilitik qummalara, tuberkulomaya, parazit kistalara və s. də rast gəlinir.

Klinik şəkli şişin təsirindən qıcıqlanan beyin maddəsinin müəyyən sahələrinin funksiyalarının itməsi səbəbi ilə kəllə daxili təzyi-

qin artması və yerli olaraq meydana çıxan ümumi simptomlardan asılıdır. Ümumi beyin simptomlarından baş ağrısı, başgicəllənmə və qusma inkişaf edir. Epilepsiyaya bənzər tutmalar da müşahidə oluna bilər. Göz almaları xaricə bəzəlir (ekzoftalm).

Yerli simptomlar şişin lokalizasiyasından asılıdır. Alın nahiyəsinin şişlərində birinci yerdə psixikanın pozulması durur: xəstə aqressiv, əsəbi olur, özünü əcaib və qəribə aparır və ya əksinə süst və həvəssiz olur.

Mərkəzi beyin qırışlarının şişləri zamanı hissi və hərəkəti pozğunluqlar müşahidə olunur. Gicgah payının şişləri zamanı nitqin pozğunluğu, yaddaşın itməsi, şifahi karlıq, qoxu, eşitmə və görmə hallüsinasiyaları müşahidə olunur.

Ənsə nahiyəsinin şişlərində görmənin pozğunluğu və görmə hallüsinasiyaları müşahidə olunur.

Beyinciyin şişlərində xəstə dayanarkən və gözərkən müvazini-nətini itirir, hərəkətlərin kordinasiyası pozulur. Diaqnostikada ventrikuloqrafiya və encefaloqramma böyük əhəmiyyət kəsb edir. Bunun üçün onurğa kanalına və ya beyin mədəciyinə birbaşa hava və ya oksigen vurularaq rentgen edilir.

Müalicəsi cərrahidir. Şiş tam çıxarıla bilər (radikal əməliyyat) və ya beyin qabığının geniş həcmli zədələnmələrində o çıxarılmır, lakin kəllədaxili təzyiği azaltmaq üçün kəllə sümüklərinin bir hissəsi çıxarılır, yəni dekompressiv kraniotomiya aparılır (palliativ əməliyyat). Şişin geniş sahələrə yayıldığı ağır vəziyyətlərdə xəstə cərrahi əməliyyata dözə bilmədiyi üçün simptomatik müalicədən (isti və soyuq ayaq vannaları, başa buz qovluğu, zəli və ağrıkəsicilər) istifadə olunur.

Qida borusunun xəstəlikləri

Qida borusunun atreziası. Bu patologiyanın əsasında embriogenezin pozğunluğu durur. Qida borusunun atreziasının aşağıdakı növləri vardır:

- 1) Traxeya ilə əlaqədar olmayan atrezialar;
- 2) Traxeya ilə əlaqəli atrezialar (traxeal fistulalar);
- 3) Müştərək atrezialar.

Xarakterinə görə tam və ya natamam atreziya ayırd edilir. Nata-

mam atreziyalarda qida borusunda dəliyi olan zarlı arakəsmə müşahidə olunur.

Klinik şəkli anomaliyanın xarakterindən asılıdır. İlk və ən vacib simptom tüpürçək ifrazıdır (salivasiya). Uşağı qidalandıрмаq istərkən traxeya ilə əlaqəli atreziyalar zamanı öskürək tutmaları, üzün göyərməsi və qidanı qaytarmaq baş verir. Traxeya ilə əlaqəsi olmayan atreziyada isə öskürək olmur və birinci yeri qusma tutur. Uşaq tədricən arıqlamağa başlayır.

Diagnozu dəqiqləşdirmək üçün qida borusuna rezin kateter yeridilir. Atreziya bölgəsində kateter irəliləmir. Zond vasitəsi ilə kontrast maddə (yodolipol) yeridib, rentgenorafiya etdikdə atreziyanın növü və onun lokalizasiyası təyin olunur.

Müalicəsi cərrahidir. 12-24 saat ərzində susuzlaşma ilə mübarizə tədbirlərindən ibarət əməliyyatdan qabaqkı hazırlıq aparılır. Bu məqsəd ilə vena daxilinə fizioloji məhlul, qlükoza, 20-30 ml. qan yeridilir. Əməliyyatın mahiyyəti qida borusunu ayırmaq, onun mənfəzini açmaq, daralmış nahiyəni kəsib götürməklə keçiriciliyi bərpa etməkdən ibarətdir.

Qida borusunun yanıqları adətən yüksək qatılıqlı turşu və qələvilərin və digər isti mayələrin təsadüfən və ya qəsdən (intihar məqsədilə) udulması nəticəsində əmələ gəlir. Qida borusunun selikli qişası ilə hərəkət edən turşu və qələvi onun aşkar destruksiyasına səbəb olur. Turşu yanıqlarında qida borusu divarının səthi zədələnməsi baş verir. Qələvilər isə qida borusunun divarının daha dərin zədələnməsini törədir. Müalicə edildikdən sonra kimyəvi yanq bölgəsində çapıq toxuması əmələ gələrək qida borusunun keçməməzliyinə səbəb olur.

Klinik şəkli. İlk yerdə disfagiya əlamətləri durur. Ağız bucağında və dildə yanma izləri qeyd olunur. Xəstədən və ya onu müşahidə edənlərdən nə içdiyini soruşmaq lazımdır.

İlk yardım və müalicə. Kəskin dövrdə yanıqdan sonra qida borusu və mədə neytrallaşdırıcı məhlullarla yuyulur (turşu yanıqlarında zəif qələvi məhlulları ilə, qələvi yanıqlarında zəif turşu məhlulları ilə), xəstəyə duru qida verilir. 7-10 gündən sonra qida borusu xüsusi bujlarla bujlanır. Çapıq toxuması inkişaf etdikdə və bujlama

nəticə vermədikdə cərrahi əməliyyat aparılır (süni qida borusunun yaradılması).

Qida borusunun xərçəngi ən çox qida borusunun aşağı 1\3 – də əmələ gəlir. Metastazla limfa yolları boyu qalxanabənzər ətraf, traxéal və bronxial limfa düyünlərinə keçir. Hematogen metastazlar qara ciyər və ağciyərlərə daxil olur. Ən çox kişilər xəstələnilir.

Klinik şəkli. Xəstələr, udma aktının pozulmasından, qidanın qida borusundan keçməməsindən şikayətlənilirlər. İlk əvvəl bərk qidalar, daha sonra duru qidalar və mayələrin ləngiməsi baş verir. Prosesə tüpürçək ifrazı qoşulur. Xəstələr kəskin arıqlayırlar.

Kontrast rentgenoqrafiyada qida borusunun daralmış zonası təyin edilə bilər. Daralmış zonanın konturları kələ-kötür olur. Ezo-faqoskopun köməklili ilə şişin müayinəsi aparılır və histoloji müayinə üçün (biopsiya) toxuma parçası götürülür.

Müalicəsində radikal cərrahi əməliyyat tətbiq edilir. Xəstəliyin başlanğıc mərhələsində qida borusu tamamilə çıxarılır və nazik və ya yoğun bağırsaqla əvəz olunur. Əməliyyata əks göstəriş olan hallarda isə mədənin divarına fistula qoyulur (qastrostoma). Xəstə gastrostoma dəliyinə qoyulmuş rezin boru vasitəsi ilə qidalandırılır.

Qalxanabənzər vəzinin xəstəlikləri (zob, Bazedov xəstəliyi)

Zob – qalxanabənzər vəzinin dayanıqlı böyüməsidir. Zobun aşağıdakı növləri vardır:

1. Endemik zob - müəyyən coğrafi ərazilərdə rast gəlinir. Onun əmələ gəlməsinin səbəbi yod çatmamazlığı və pis sanitariya-gigiyenik şəraitin olmasıdır.

2. Epidemik zob- ən çox insanların sıx yaşadığı yerlərdə, xüsusən gənclərdə müşahidə olunur. Səbəbi vitamin çatmamazlığı, ümumi arıqlama və keyfiyyətli içməli suyun olmamasıdır.

3. Sporadik zoba hər yerdə rast gəlinir və endokrin sistemin dis-funksiyasından asılıdır.

Quruluşuna görə diffuz, düyünlü və qarışıq zob ayırd edilir. Ölçüsündən asılı olaraq 5 dərəcəyə bölünür. I dərəcədə yalnız boyun palpasiya olunur. II dərəcədə vəzinin böyüməsi gözlə görünür. III dərəcədə aydın böyümə nəzərə çarpır (yoğun boyun). IV dərəcə-

də zob böyük həcmdə olur, kəskin diqqət cəlb edir. V dərəcədə isə nəhəng bir zob bəzən sinə üzərinə enir.

Klinik şəkil vəzinin böyüməsindən formalaşır. Onun konsistensiyası dəyişikliklərin xarakterindən asılı olur.. Zobun kolloid və parenximatoz dəyişiklikləri zamanı vəzi sıx elastiki konsistensiyaya malik olur. Damar dəyişikliklərində asanlıqla büzüşür və pulsasiya edir. Fibroz dəyişikliklərdə isə sərt, bəzən kələ-kötür olur. Udma aktı zamanı böyümüş qalxanabənzər vəzi traxeya və qırtlaqla birlikdə yerini dəyişir. Zob traxeyanı sıxdıqda boğulma tutmaları olur. Qida borusunu sıxdıqda isə udma çətinləşir. Qayıdan sinirin sıxılması səsin it hürüşünü xatırlaması və bəzən də tamamilə itməsinə səbəb olur. Zob endokrin pozğunluqlarla müşayiət olunmaya bilir. Bəzən onun funksiyasının artması (hipertireoz), bəzən də azalması (kretinizm) müşahidə olunur.

Profilaktikası zobun əmələ gəlmə səbəblərini aradan qaldırmağa yönəldilir. Endemik zob zamanı əhalini yodlaşdırılmış duzla təmin etmək və sanitariya-gigiyenik şəraiti yaxşılaşdırmaq lazımdır.

Müalicəsi. Konservativ müalicədə xəstəyə yod preparatları təyin edilir. Konservativ müalicə nəticə vermədikdə cərrahi müalicə - kiçik bir hissəsi saxlanılmaqla böyümüş qalxanabənzər vəzi rezeksiya edilir.

Tireotoksikoz (Bazedov xəstəliyi). Xəstəliyin səbəbləri arasında ilk növbədə qalxanabənzər vəzin hiperfunksiyası durur. Tireotoksikoz tez-tez psixi travma ilə əlaqələndirilir. Lakin infeksiyanın, aybaşı və ya abortla əlaqəli endokrin pozğunluqların təsiri də istisna edilmir. Ən çox 20-40 yaşlı qadınlar arasında təsadüf edilir.

Klinik şəkli. Ümumi zəiflik, yorğunluq, tərləmə, istilik hissi, əllərin titrəməsi (tremor), ürək döyünmə (taxikardiya), şiddətli əsəbilik, səbəbsiz ağlamaq və arıqlama müşahidə olunur. Tireotoksikoz üçün göz simptomları da xarakterikdir (şəkil 54). Bunlara ekzoflalm (göz almalarının böyüməsi), gözlərə xüsusi bir ifadə verən göz qırpması, Gref simptomu (aşağı baxdıqda yuxarı göz qapağının bəbəyin yuxarı kənarından geridə qalması, konvergensiya pozğunluğu (orta xətt boyunca gözlərə əşya yaxınlaşdırdıqda gözlər sonra ayrılır), qəzəbli görünüş simptomu, yuxarı göz qapağı dərisinin qa-

ralması, bağladıqda göz qapaqlarının titrəməsi, göz qapaqlarının şişməsi və torbaşəkilli asılması aiddir.

Əlavə sptomlara nazik və uzun barmaqlar olan əllər (Madonnanın əli), yanaqların parlaq qızartısı, dil və dodaqların intensiv boyanması və s. aiddir. Orqanizmdə əsas mübadilənin yüksəlməsi müşahidə olunur.



Şəkil 54. Tireotoksikoz

Müalicəsi konservativdir. Xəstəyə fiziki və psixi rahatlıq yaradılmalıdır. Yod preparatları istifadə olunur. Bromidlər, valerian, ürək dərmanları, metilurasil təyin olunur. Radiaktiv yodla müalicə tətbiq edilir. Konservativ müalicə nəticə vermədikdə cərrahi əməliyyat – qalxanabənzər vəzin subtotal rezeksiyası (strumektomiya) aparılır.

Qalxanabənzər vəzin şişi nadir xəstəlikdir. Adətən düyünlü zobdan sonra yaranır. Qadınlarda kişilərə nisbətən çox rast gəlinir. Xəstəliyin başlanğıc mərhələsində düyünlü zobla xərçəngi fərqləndirmək çətindir.

Klinik şəkli. Vəzin parenximasında çox sərt düyünlərin olması xarakterikdir. Metastaz boyunun limfa düyünlərinə, divar aralığına, ağ ciyərlərə, bəzən də sümüklərə verir.

Müalicəsi. Düyünlü zobların bütün növlərində düyünlərin məcburi bir histoloji müayinəsi ilə cərrahi müalicə tövsiyyə olunur. Xərçəngin inkişafına şübhə yarandıqda təcili biopsiya aparılır. Di-

aqnoz təsdiq edildikdə qalxanabənzər vəziyyətlə çıxarılır. Sonra radiaktiv yod və rentgenlə şüa müalicəsi aparılır.

Yoxlama sualları:

1. Boyunun kəskin və xroniki xəstəliklərinin adlarını deyin.
2. Boyunun hansı şişlərini tanıyırsınız?
3. Qida borusunun yanıqlarında ilk yardım nədən ibarətdir?
4. Zəif müxtəlif formalarının profilaktikası necə aparılır?
5. Tireotoksikozun göz simptomlarına nə aiddir?
6. Xoralı stomatitin törədicisi nədir?
7. Beyin absesinin klinik əlamətlərini sadalayın.
8. İrinli meningit hansı nevroloji əlamətlərlə özünü göstərir?
9. Zəif hansı növləri vardır?
10. Baş beyinin şişləri hansı əlamətlərlə özünü göstərir.
11. Qida borusunun atreziyasının hansı növləri vardır?
12. Düyünlü zəiflərin müalicəsi necə aparılır?

Situasiya məsələləri:

I. Qəbul şöbəsinə 27 yaşlı qadın daimi əsəbilik, ümumi zəiflik, ürək döyünmə (son zamanlar daha da güclənmiş) və son günlər əllərdə titrəmənin əmələ gəlməsi şikayətləri ilə müraciət etmişdir. İşdə diqqətini bir yerə yığmaqda çətinlik çəkir və hər şeyə qıcıqlanması iş yoldaşlarının da diqqətini cəlb edir. Sonuncu 3 ayda bu əlamətlər bir qədər də artmışdır. Sonuncu ay ərzində yuxusuzluğun meydana gəlməsi onun həkimə müraciət etməsinə səbəb olmuşdur. Son ayda bədəninin çəkisi 4 kq. azalmışdır. Baxma zamanı göz almalarının böyüdüüyü, yuxarı göz qapağı dərisinin qaralması və torba şəklində sallanması, Romberg vəziyyətində əllərin titrəməsi nəzərə çarpır. Xəstədə ehtimal olunan diaqnoz nədir? Hansı konservativ müalicəni məsləhət görürdünüz. Aparılacaq cərrahi əməliyyat necə adlanır?

II. Xəstə qida borusunun kimyəvi yanığı ilə xəstəxanaya gətirilmişdir. Xəstənin ağız bucağında və dilində yanma izləri görünür. Müşahidə edənlərin dediyinə görə xəstə səhvən qatı sulfat yurşusunu içmişdir. Xəstə üçün müalicə planını tərtib edin..

MÖVZU 33. Cərrahi teratologiya. Anadangəlmə cərrahi qüsurlar və eybəcərliklər.

Tələb bilməlidir:

- ✓ Cərrahi qüsurlar və eybəcərlikləri törədən səbəbləri və onların profilaktikasını;
- ✓ Anadangəlmə inkişaf qüsurlarının klinik əlamətlərini və diaqnostika metodlarını;
- ✓ Cərrahi müalicə tələb edən anadangəlmə qüsurları (görünüşü və ya təsviri ilə) müəyyən etməyi;
- ✓ Üzün və ağız boşluğunun anadangəlmə qüsurları olan uşaqların qidalandırma metodlarını;
- ✓ Qüsurlu xəstələrə nəzarət və qulluğun xüsusiyyətlərini

Mühazirənin planı:

- Dölnün inkişaf qüsurları. Teratologiya
- Üzün və ağız boşluğunun qüsurları.
- Boyunun anadangəlmə qüsurları
- Başın və beyinin inkişaf qüsurları
- Ürəyin, sidik ifrazat sisteminin, ətrafların anadangəlmə qüsurları.

Dölnün ana bətnində normal inkişafının pozulmasına və ya normal inkişafdan qalmasına inkişaf qüsuru deyilir. İnkişaf edən qüsurlar yüngül dərəcədə olduqda onları anadangəlmə inkişaf qüsuru, əgər qüsurlar kobud və mürəkkəb olduqda, buna anadangəlmə eybəcərlik deyilir.

Anadangəlmə eybəcərliyi teratologiya elmi öyrənir. Teratologiya yunan sözü olub teros, teratos – eyib, eybəcər mənasını daşıyır. Teratologiya inkişaf qüsurlarının əmələ gəlmə mexanizmini, səbəblərini və mənşəyini öyrənməsi ilə məşğul olan bir elmdir. Bu elmin əsas vacib bölməsi belə xəstəliklərin klinik şəklini, onların diaqnostikasını, müalicə və profilaktika metodlarının işlənilməsi və hazırlanmasını öyrənən tibbi teratologiyadır.

Dölnün anadangəlmə qüsurları iki böyük qrupa bölünür. İrsi (gen və xromosomlara irsən ötürülmüş) və anadangəlmə (bətn daxili inkişaf zamanı qazanılmış). Bu bölgü şərti xarakter daşıyır. Çünki inkişaf qüsurlarının əksəriyyəti irsi meyilliklə xarici mühitin əlverişsiz amillərinin müştərək təsirindən əmələ gəlir. Ona görə də anadangəlmə qüsurların etiologiyası çox müxtəlifdir. Bir çox anomaliyaların etiologiyası hələ də məlum deyil. Anadangəlmə irsi qüsurların əsasını ata-babaların cinsiyyət hüceyrələrinin mutasiyası təşkil edir.

Anadangəlmə qüsurlarla daha çox yaşlı valideynlərin uşaqları doğulurlar, buna səbəb, belə valideynlərin cinsiyyət hüceyrələrinin çox dəyişib vaxtını ötməsidir.

Zədələnən üzvdən və zərərli amillərin təsir etmə müddətindən asılı olaraq inkişaf qüsurlarının aşağıdakı növləri ayırd edilir.

1. Qametopatiyalar – hamiləliyə qədər cinsiyyət hüceyrələrindəki dəyişikliklərdir.

2. Blastopatiyalar – hamiləliyin birinci 2 həftəsində meydana gələn pozğunluqlardır.

3. Embriopatiyalar – uşaqıq divarına yapışmazdan əvvəl ruşeymə edilən təsir nəticəsində əmələ gələn pozğunluqlardır. Dölə təsir hamiləliyin 4 – 6-cı həftəsində baş verdikdə ürəyin inkişaf qüsurları, 12 – 14-cü həftəsində olduqda isə cinsiyyət üzvlərinin anomaliyaları əmələ gəlir.

4. Fetopatiyalar – hamiləliyin 11-ci həftəsindən uşaq doğulana qədər olan dövrdə dölün xəstəlikləridir.

Yaranma ardıcılığına görə qüsurlar birincili və ikincili olur. I – li qüsurlar teratogen faktorların təsiri ilə əlaqədardır. II – li qüsurlar isə I – li qüsurların nəticəsində əmələ gəlir (məsələn, onurğabeyni yırtığı nəticəsində əmələ gələn hidrosefaliya).

Anomaliyaların meydana gəlməsinə kömək edən amillər (teratogen) şərti olaraq daxili və xarici amillərə bölünür. Teratogen amillərin təsiri qeyd etdiyimiz kimi hamiləliyin ilk həftələrində, xüsusən 3-cü gündən 5-ci günədək və 3-dən 6-cı həftəyə qədər (zigotanın implantasiyası və orqanogeneiz dövrləri) özünü göstərir. Daxili teratogen amillər ilk növbədə bütün genetik qüsurları - qametopatiyaları əhatə edir. Qametopatiyalara gen və ya xromosom səviyyəsindəki mutasiyalar səbəb olur (məsələn: poli- və sindaktiliya).

Xarici teratogen amillərə infeksiyalar, kimyəvi və fiziki maddələrin təsiri, termiki, radiasiya, hipoksiya, pis qidalanma, zəhərli maddələr, viruslar, bakteriyalar, ananın psixiki travması (qorxu, mənfi emosiyalar) aiddir. İnfeksiyalara suçiçəyini, qızılcanı, herpesi, virus hepatitini, polimieliti, skarlatinanı, difteriyanı, sifilisi və bəzi protozoy xəstəliklərini (toksoplazmoz, listerioz, sitomegalovirus infeksiyası) misal göstərmək olar.

Kimyəvi teratogen amillərə zəhərli kimyəvi maddələr- pestisidlər, defoliantlar, insektisidlər, həmçinin dərmanlar (sakitləşdirici maddələr, psixotrop dərmanlar, bəzi antibiotiklər, amidopirin və s.) daxildir. Dərmanlar qrupuna nikotin və alkoqolu da daxil etmək olar.

Fiziki teratogen amillərə hamiləlik zamanı mexaniki travmaları, vibrasiyanı, ionlaşdırıcı şüalanmanı, həddindən artıq istiləşmə və soyumanı misal göstərmək olar. Xarici amillərin yaratdığı qüsurların üçdə birində onları törədən səbəbləri müəyyənləşdirmək mümkün olmur.

Bütün anadangəlmə qüsurları aşağıdakı əsas xüsusiyyətlərə görə bölmək olar: üzvlərin ölçüsündəki, formasındakı, sayındakı və yerləşməsindəki dəyişikliklər, üzvlərin olmaması və yeni rudiment üzvlərin meydana çıxması. Bu baxımdan anadangəlmə qüsurlar aşağıdakı kimi təsniflənir:

I. Üzvlərin ölçüsündə dəyişikliklər: bədənin və ya üzvün bir hissəsinin həddindən artıq inkişafı - hiperplaziya; natamam inkişafı - hipoplaziya; üzvün tam olmaması - aplaziya.

II. Üzvlərin formasındakı dəyişikliklər: əyripəncəlik, nalşəkilli böyrək, iki buynuzlu uşaqlıq və s.

III. Üzvlərin yerləşməsindəki anomaliyalar: ektopiya, heterotopiya (kriptorxizm, aberrant qalxanabənzər vəzi).

IV. Üzvlərin sayının artması: polidaktiliya, əlavə qabırğalar.

V. Atavizmlər: boyunun orta, yan kistaları və fistulaları.

VI. Dublikat anomaliyalar: bitişik əkizlər

Yayılmalarına görə qüsurlar bölünür:

1. Təcrid olunmuş qüsurlar - yalnız bir üzvdə qeyd olunur.

2. Sistem qüsurları - bir üzvlər sistemində lokalizasiya olunan bir neçə qüsurdur.

3. Çoxsaylı qüsurlar - iki və daha artıq üzvlər sistemdə qeyd olunan çoxsaylı qüsurlardır.

Anadangəlmə qüsurlara bütün üzvlərdə təsadüf edilə bilər. Hər 1000 nəfər yeni doğulmuşun 10 nəfəri qüsurla doğulur. Rastgəlmə tezliyinə görə qüsurlar 4 qrupa bölünür:

1. Tez-tez rast gəlinənlər (1000 hamiləlikdən 1 və daha çox qüsurlu olduqda)

2. Az tez-tez rast gəlinənlər (10000 hamiləlikdən 10 təsadüf)
3. Nadir (100000 hamiləlikdən 10 təsadüf)
4. Çox nadir (100000 hamiləlikdən 10-dan az təsadüf)

Anomaliya və anadangəlmə qüsurlarla doğulan uşaqlar tez-tez onların əlilliyinə və hətta ölümünə səbəb ola bilər. Qüsurla doğulmuşun yaşaması ondakı qüsurun böyük və kiçikliyindən asılıdır. Böyük eybəcərliklə doğulanların əksəriyyəti sonradan ölürlər, kiçik eybəcərliklə doğulanlar isə sağ qalırlar, bəzən də normal həyat üçün plastik operasiyalar tələb olunur. Əmələ gələn anomaliyaların əksəriyyəti cərrahi yolla müalicə olunur.

Üzün və ağız boşluğunun qüsurları

Bu qüsurların əmələ gəlməsi dölün inkişafının 2-3-cü həftəsində qoyulur. Bu qüsurlar ilk qəlsəmə qövsünün ektoderma və mezodermasının düzgün olmayan embriogenezinə asılıdır. Üzün və onun hissələrinin meydana gəlməsi prosesi embrional inkişafın 7-ci həftəsində başa çatır.

Üst dodağın bitişməməsi (dovşandodaqlıq). Aşağıdakı növləri vardır:

- ✓ Tam (yarıq burun arakəsməsinin əsasında gedir)
- ✓ Natamam yarıma hissəvi olur.
- ✓ Bir tərəfli
- ✓ İki tərəfli (yuxarı çənə və damağın yarılması ilə müşahidə oluna bilər)

Diaqnostikası çətinlik törətmir. Yenidə doğulmuşda dodaqlarla ananın döş giləsi arasında hermetiklik olmadığı üçün, bitişməmiş yuxarı dodaq ilə uşaq yaxşı əmə bilmir.

Müalicəsi cərrahi yolla edilir. Dodaqların plastikası uşağın ümumi vəziyyəti qənaətbəxş olduqda, uşağın həyatının 4-cü ayında və çəkisi 5 kq. olduqda ən yaxşı şəkildə icra edilir. Bu dövrdə toxumaların regenerasiya prosesi yaxşı gedir.

Daha mürəkkəb qüsurlar zamanı dodaqların plastikası həyatın ikinci yarım ilində icra edilməlidir. İkitərəfli qüsurdə əməliyyat hər iki tərəfdə eyni vaxtda icra olunur. Əgər qüsür yuxarı çənə ilə müş-tərəkdirsə onda əməliyyat iki mərhələdə aparılır. I mərhələ 6-8 aylı-

ğında dodaqların plastikası, II mərhələ I əməliyyatdan 2-3 ay keçdikdən sonra damağın plastikası icra olunur.

Damağın bitişməməsi (Qurdağzılıq). Belə qüsurların 4 əsas klinik forması ayırd edilir:

- 1) Natamam (damağın yumşaq toxumaları hüdudunda)
- 2) Tam (yumşaq və sərt damaq hüdudunda)
- 3) Birtərəfli (dəlib keçən)
- 4) İkitərəfli (dəlib keçən) və ya sözün dar mənasında “qurd ağız”.

Ağız boşluğunun, burun boşluğu ilə bitişməsi udmanın və nitqin pozğunluğuna gətirib çıxarır. Qida qəbulu çətinləşir. Udduqda qida yarıq və burun vasitəsilə geri qaydır. Havanın filtrasiyası, onun nəmlənməsi və qızması pozulduğu üçün tez-tez tənəffüs yollarının xəstəliklərinə səbəb olur. Nitqdə ciddi pozğunluqlar- pəltəklik və burunda tınlıqlıq meydana çıxır. Çeynəmə funksiyası pozulur.

Müalicəsi. Körpələrə əmməyi və qida qəbulunu asanlaşdırmaq üçün xüsusi obturatorlar təyin olunur. Cərrahi müdaxilə yalnız yumşaq damağın bitişməməsi varsa 8 aylığında icra olunur. Sərt damağın bitişməməsi zamanı plastika 3 yaşında tətbiq edilməlidir. Bu yaşda aparılan cərrahi əməliyyat zamanı nitq normal inkişaf edir. İkitərəfli dəlib keçən qüsurlarda əməliyyat 3 mərhələdə icra olunur. Əvvəl dodaqların, sonra yuxarı çənənin bir tərəfi, daha sonra ikinci tərəfinin plastikası aparılır.

Makrostomiya. Makrostomiya və ya yekə ağızlılıq ağız bucağının və yanağın yumşaq toxumalarının qüsuru nəticəsində üzde köndələn yarığın əmələ gəlməsidir. Ağır hallarda yarıq əzələlərin və üzün bütöv yarısının inkişafdan qalması ilə müşayiət olunaraq qulağa qədər gedib çıxa bilər. Daim ağız suyunun axması ilə əlaqədar dərinin maserasiyası əmələ gəlir və qidalanma çətinləşir. Cərrahi müdaxilə 1 yaşında icra olunur.

Koloboma. Çəp yan yarığın gözün daxili bucağından aşağı dodağadək uzanmasıdır. Birtərəfli və ikitərəfli ola bilər. Uşaqlarda ağız suyu, göz yaşı axması, konyuktivit, uşağın qidalandırılmasının pozğunluğu qeyd olunur.

Cərrahi müalicə 1 yaşında icra olunur.

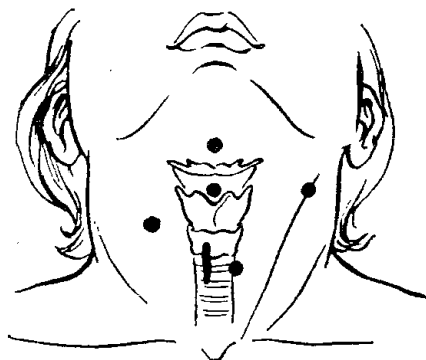
Boyunun inkişaf qüsurları.

Boyunun anadangəlmə kista və fistulaları inkişaf qüsurlarına aiddir. Onlar epitelial yoldan əmələ gəlirlər. Boyunun orta və yan kista və fistulaları fərqləndirilir.

Orta kista və fistulalar qalxanabənzər qığırdaqdan yuxarı, boğazın orta xətti boyu, yan kista və fistulalar isə boğazla, döş- körpücük-məməyəbənzər əzələnin arasında yerləşirlər (şəkil 55).

Klinik şəkli. Boğaz nahiyəsində bir neçə il ərzində yavaş-yavaş böyüyən sərt şişəbənzər törəmənin əmələ gəlməsi ilə xarakterizə olunur. Kistanın sərbəst şəkildə dəriyə açılması fistula yaradır. Bəzən uşaqlar artıq formalaşmış fistula ilə doğulurlar.

Müalicəsi cərrahi olub, kista və fistulanın divarı ilə birlikdə çıxarılmasından ibarətdir. İrinləmiş kistalar zamanı onlar kəsilərək açılır və irin möhtəviyyatı xaric edilir. İltihabı proses söndükdən sonra kista divarı ilə birlikdə çıxarılır.



Şəkil 55. Boyunun orta kista və fistulalarının lokalizasiyası

Anadangəlmə əyriboyunluq. Etiologiyası məlum deyil. Əyriboyunluqlar əmələ gəlmə səbəbinə görə əzələ əyriboyunluğu, sümük əyriboyunluğu və nevrogen əyriboyunluq olmaqla üç yerə bölünürlər. Ən çox əzələ əyriboyunluğuna rast gəlinir.

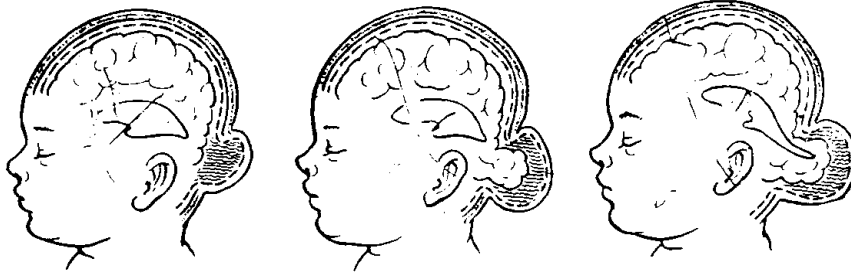
Klinik şəkli. Baş qısalmış döş-körpücük-məməciyəbənzər əzələ tərəfə meyilli olur. Başın ənsə hissəsi də eyni tərəfə, çənə isə sağlam tərəfə doğru yönəlir. Yəni baş tək əyilmiş deyil həm də fı-

lanır. Anadangəlmə əzələ əyriboyunluğunda kəllə və üz assimetrik inkişaf edir. Boyun patologiya tərəfdə bir qədər qalınlaşır.

Müalicəyə həyatın ilk həftəsindən başlanılır. Əzələ masajı, isti proseduralar, deformasiyanı düzəltməyə yönəlmiş manipulyasiyalar tətbiq edilir. Bu manipulyasiyalar hər gün, boyunun pambıq tənzif yaxalığı ilə təsbit etməklə icra olunur. Daha yaşlı uşaqlarda (1-2 yaş) mərhələli gips sarğısından istifadə olunur. Konservativ tədbirlər nəticə vermədikdə cərrahi müalicəyə müraciət olunur. Əməliyyat əzələnin hər iki vətər ayaqcığının və boyunun səthi fasiyyasının kəsilməsindən ibarətdir. Əməliyyatdan sonra baş bir az aşırı şəkildə gips sarğısı ilə təsbit olunur.

Başın və beyinin inkişaf qüsurları

Kəllə-beyin yırtıqları. Kəllə-beyin yırtıqları dedikdə kəllə sümüklərində olan dəliklər vasitəsi ilə beyin maddəsinin və ya onun qişasının dəri altına qabarması başa düşülür. Bunlar bətdaxili dövrdə əmələ gələn anadangəlmə eybəcərliklərə aiddir. Lokalizasiyasına görə ən çox ön (burun nahiyəsi) və arxa (ənsə nahiyəsi) yırtıqları müşahidə olunur. Yırtıq möhtəviyyatından asılı olaraq şişlər beyin maddəsindən (ensefalosele), beyin mayesi ilə dolu, boşluqların beyin maddəsindən (meninqosele) və onların kombinasiyasından (ensefalomeninqosele) təşkil olunur (şəkil 56).



Şəkil 56. Beyin yırtıqlarının formaları. (meninqosele, ensefalosele, ensefalosistosele)

Yırtıqların ölçüsü müxtəlif – noxud böyüklüyündən uşağın başı ölçüsünədək ola bilər. Uşaq aqlayarkən şiş gərginləşir. Bəzən pul-

sasiya müşahidə edilir. Şişin üstündəki dəri gərilmiş vəziyyətdə olur. Bəzən yırtıq qapısı da palpasiya oluna bilər.

Müalicə cərrahidir. Əməliyyat yırtıq möhtəviyyatının çıxarılmasından, yırtıq qapısının sümük və ya allotransplantat ilə bağlanması ibarətdir.

Hidrocefaliya və ya baş beyinin hidropsu müxtəlif patologiyalar səbəbindən beyin və onurğa beyni mayesinin həddən artıq toplanması ilə xarakterizə olunan mürəkkəb bir simptomokompleksdir. Hidrocefaliya anadangəlmə və qazanılma olur. Qazanılmış hidrocefaliyaların səbəbi infeksiya, travma və digər xəstəliklər ola bilər. Hidrocefaliyanın patogenezi beyin mədəciklərində və subaraxnoidal sahədə yəni serebrospinal mayenin ifraz olunması, sorulması və paylanması prosesinin pozulmasıdır. Daxili və xarici hidrocefaliya fərqləndirilir.

Daxili hidrocefaliyada maye beyin mədəciklərinə, xarici hidrocefaliya isə subaraxnoidal sahəyə yığılır. Çox vaxt bu formalar müstəqil şəkildə olur.

Klinik şəkli. Anadangəlmə hidrocefaliyalar zamanı uşağın kəlləsinin beyin hissəsinin onun üz hissəsi ilə müqayisədə xeyli böyüməsi (37 sm-dən çox) baş verir. Kəllə əsasının sümükləri nazik, dəri örtüyü incə və solğun, damarları şəffaf, qalınlaşmış və genişlənməmiş olur. Əmgək kəskin böyüyür və gərginləşir, kəllə tikişləri aralanır. Qaranlıq otaqda işıqlandırıldıqda onlar aydın görünür. Xəstəliyin sürətlə inkişaf etməsi nəticəsində görmə kəskin azalır və ya tamamilə itir. Ətraflar spastik kontraktura vəziyyətində olur. Uşaqda narahatlıq, qusma, qıcolmalar, arıqlama, göz dibində durğunluq olur.

Qazanılmış hidrocefaliyalar zamanı simptomlar demək olar ki, olmur. Diaqnozun qoyulmasına təzyiqli ölçməklə lyumbal punksiya, likvorun biokimyəvi və sitoloji müayinəsi, kəllə sümüklərinin kontrast rentgenoqrafiyası kömək edir.

Müalicəsi. Konservativ müalicəyə mayenin azaldılmasına yönəldilmiş sidikqovucu, tərlədici və işlədici dərmanların istifadəsi aiddir. Bundan əlavə 100-150 ml. mayenin buraxılması ilə lyumbal və ya ventrikulyar punksiyalar edilir. Bütün bunlar ancaq qısamüddətli yüngülləşmə yaradır.

Cərrahi müalicə isə çox zaman palliativ olub beyin mədəciklərindən toplanmış mayenin digər boşluqlara (retro-bulbar sahəyə, böyük döş axacağına, sidik axarlarına və s.) axmasına hesablanır.

Qeyd: Ürəyin, sidik ifrazat sisteminin, ətrafların anadangəlmə qüsurları haqqında müvafiq bölmələrdə yazılmışdır.

Yoxlama sualları:

1. Əyriboyunluğun diaqnozu necə qoyulur?
2. Boyun kistaları və fistulasının differensial diaqnostikası necə aparılır?
3. Beyin yırtıqlarının hansı növlərini tanıyırsınız?
4. Dovşandodaqlığın hansı formaları vardır?
5. Hidrosefaliya nədir və onun neçə növü vardır?
6. Kimyəvi teratogen amillərdən nəyi tanıyırsınız?
7. İnkişaf qüsurlarının təsnifatını sadalayın?
8. Hansı yoluxucu xəstəliklər anadangəlmə qüsurların əmələ gəlməsinə səbəb olur?
9. Makrostomiyada uşaq nədən əziyyət çikir?
10. Hidrosefaliyada maye hara yığılır?

Situasiya məsələləri.

I. İki yaşında uşağa anadangəlmə soltərəfli sərt və yumşaq damağın tam bitişməməsi diaqnozu qoyulmuşdur. Uşağın orqanizmindəki əsas funksional pozğunluqları sayın.

II. Uşaq poliklinikasında pediatr 7 aylıq qızı müayinə edərkən, onun başının həmişə sol çiyin tərəfə meyilli olduğunu, boyunun sol yan səthinin bir qədər qalınlaşdığını və üz-də assimetriya aşkarladı. Hansı patoloji proses haqqında düşünmək lazımdır? Bu patologiya nə ilə nəticələnə bilər? Bunu boyunun hansı xəstəlikləri ilə differensiasiya etmək lazımdır?

MÖVZU 34. Burun və onun əlavə ciblərinin zədələnmələri.

Tələbə bilməlidir.

- ✓ Burun və onun əlavə ciblərinə xarici baxışı və palpasiyasını;
- ✓ Ön rinoskopiyanı;
- ✓ Burun tənəffüsünü və qoxu funksiyasını;
- ✓ Burun zədələnmələrinin əlamətlərini;
- ✓ Burunətrafi ciblərin zədələnmələrinin əlamətlərini;
- ✓ Burun və onun əlavə ciblərinin zədələnmələri zamanı ilk yardımın alqoritmini;
- ✓ Burun və onun əlavə ciblərinin zədələnmələri zamanı xəstələrə nəzarət və qulluğu.

Mühazirənin planı:

- Burunun zədələnmələri.
- Burunun əlavə ciblərinin zədələnmələri.
- Burun boşluğunun yad cisimləri və rinolitlər.

Burun və əlavə ciblər topoqrafik cəhətcə vəhdət təşkil edir və bir-birilə üzvi surətdə bağlıdır. Burunun və əlavə ciblərin tez-tez zədələnməsini onların topoqrafik vəziyyətindən başqa, həmçinin zədənin növü, zərbənin qüvvəsi və həcmi ilə əlaqəli olur. Burunun və əlavə ciblərin yaralanmaları da ayrı-ayrılıqda və əksər hallarda kəllənin üz hissəsinin başqa nahiyələrin (sərt damağın, alveol və alın çıxıntıların, əngin, almacıq sümüyünün, gözlərin zədələnmələri) ilə birlikdə müşahidə olunur. Odlu silah yaralanmalarında burun ucunun, qanadlarının, burun arxasının cüzi defektindən başlamış onun sümük və qığırdaq əsasının tam defektinə qədər müxtəlif dərəcədə zədələnmələr ola bilər.

Burunun zədələnmələrinə küçə-nəqliyyat hadisələri zamanı və idman yarışlarında tez-tez rast gəlinir. Bu zədələnmələrə zərbə, əzilmə, yıxılma, idman, avtomobil qəzaları, deşilmiş və kəsilmiş yaralar səbəb ola bilər. Zədələnmələrin xarakteri zərbənin qüvvəsindən və onun istiqamətindən asılıdır. Öndən zərbə zamanı burun sümüklərinin boylama istiqamətində sınması baş verir, uşaqlarda isə burun sümüklərinin alın çıxıntılarından ayrılması, sümük qəlpələri yerini dəyişdikdə isə onların burun boşluğuna düşməsi müşahidə olunur. Burun sümüklərinin açıq və qapalı sınıqları ayırd edilir. Çox vaxt zərbənin istiqamətindən asılı olaraq burunun deformasiyası müxtəlif ola bilər. Zərbə yan tərəfdən olduqda onun yan hissəsinin çökməsi baş verir. Zərbə ön tərəfdən

olduqda onun arxası çökdüyündən burun yastılana bilər. Soyuq silah ilə törədilən burun yarası nəticəsində (kəsilmiş və deşilmiş yara) xarici burunda müxtəlif dərəcəli qüsurlar ola bilər. Burun boşluğuna işləyən yaralar zamanı sinexiyalar əmələ gəlir.

Klinik şəkli. Burunun yaralanmasında əsas simptomlardan biri qanaxmadır. Qalan simptomlar isə zədələnmənin xarakterindən asılıdır. Onlara burun tənəffüsünün pozulmaları, şokun əmələ gəlməsi aiddir ki, bu bunlara düzgün yardım göstərilmədikdə davamlı xarakter alır və sonralar mürəkkəb cərrahi əməliyyatlar tələb edir. Zədələnmə yerində dəri örtüyü az və ya çox dərəcədə şişir, göyərmiş olur. Burunun selikli qişası hiperemiyalaşır, burun boşluğunda qan laxtaları olur.

Burun zədələnməsinə diaqnoz anemnez əsasında qoyulur. Palpasiya vasitəsilə sümük qəlpələrinin və sınığı müəyyən etmək mümkün olur. Burunun yaralanmalarına diaqnoz qoyulmasında və yad cisimləri təyin etməkdə iki proyeksiyada aparılan rentgenoqrafiya mühüm rol oynayır.

Müalicə. Xəstəyə ilk yardım, qanaxmanı dayandırmaq və açıq sınıqlarda yaranı ilkin işləməkdən ibarətdir. Burun qanaxmaları zamanı ilk yardım haqqında məlumat müvafiq bölmədə ətraflı verilmişdir.

Burunun sınığında sümük əsasının qırıntılarının yerdəyişməsi ilə müşayiət olunarsa onları yerli və ya ümumi anesteziya ilə repozisiya etmək lazım gəlir. Repozisiyanın optimal müddəti travmadan sonra 24 saatdan 5 günə qədərdir. Qırıntılar xəstənin uzanmış vəziyyətində yerinə salınır. Sərbəst sümük qırıntıları isə xaric edilir.

Şok zamanı qanköçürmə, narkotiklər, ürək dərmanları, qlükoza istifadə etmək lazımdır. Müvafiq dozalarda antibiotiklər və sulfanilamidlər işlədilir, yara antiseptiklərlə təmizlənir. Tetanus əleyhinə zərdab yeridilir.

Burunun əlavə ciblərinin zədələnmələrinin də səbəbi burunun zədələnmələrində olduğu kimidir. Zədələnmələrin dərəcəsi sümük divarlarının qalınlığından və onlara təsir etmiş cismin xarakterindən asılı olur.

Əlavə ciblərin odlu silah yaralanmaları burunun özünə nisbətən çox rast gəlinir. Tezlik cəhətcə birinci yeri əng cibinin yaralanmaları, sonra alın cibinin, xəlbir labirintin və əsas cibnin yaralanmaları tutur. Yaralanmaların əksəriyyəti kombinasiyalı şəkildə rast gəlinir.

Ciblərin dəlib keçən yaralanmaları ayrıca olduqda gedişi yüngül olur. Bu yaralanmalar girəcək və çıxacaq dəliklərin olması ilə xarakterizə olunur; çıxacaq dəlik həmişə böyük olur. Kor yaralanmalarda güllə ya qəlpə öz qüvvəsini itirir və əlavə cibdə ilişib qalır. Deşib keçən yaralanmalar kimi bunlar da ayrıca olduqda təhkükəli deyildir (lakin irinli sinusitlərə səbəb ola bilər).

Klinik şəkli. Əlavə ciblərin yaralanmaları bir sıra ümumi və yerli simptomlar ilə müşayiət olunur. Burun yaralanmalarında olduğu kimi burada da qanaxma əsas əlamət kimi meydana çıxır. Kor yaralanmalar zamanı əng cibində güllə və ya qəlpə ilə yanaşı sümük sekvestrləri və yad cisimlər də tapılır. Alın cibinin zədələnmələri onun arxa divarı yaralandıqda daha təhlükəli ola bilər. Çünki bu zaman infeksiyanın kəllə daxilinə keçməsi qorxusu yaranır. Bəzən qəlpə alın cibinin ön və aşağı divarını qismən ya tamamilə qoparır. Xəlbir hüceyrələrinin yaralanmaları burun tərəfindən böyük dəyişikliklərə səbəb olur. Bu zaman xarici fistulların əmələ gəlməsi müşayiət olunur. Əlavə ciblərin yaralanmalarının proqnozu xəsarətin yayılma dərəcəsindən, beyinin və böyük damarların zədələnməsindən, qanaxmadan və şokdan asılıdır.

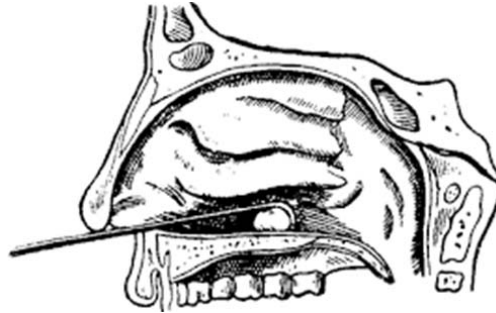
Müalicə. Burunun yaralanmalarında olduğu kimi, hər şeydən əvvəl, qanaxmanı dayandırmaq və əgər şok varsa onunla mübarizə aparmaq lazımdır. Çox vaxt qanaxmanı dayandırmaq üçün xarici, hətta ümumi yuxu arteriyasını liqaturaya almaq lazım gəlir. Qəlpələr və ya güllə olduqda radikal əməliyyat apararaq onlar çıxarılır. Alın cibinin yaralanmalarında boşluq açıldıqdan sonra cibin beyin divarını ətraflı müayinə etmək lazımdır. Beyinin sərt qişası yaralanmış olduqda o sağlam toxumaya çatana qədər açılır və yaraya antibiotiklər doldurulur. Alın cibinin operasiyası ilə məşğul olarkən xəlbir hüceyrələri də təftiş edilir.

Burun boşluğunun yad cisimləri və rinolitlər. Burun boşluğunda yad cisimlər, adətən, uşaqlarda, habelə ruhi xəstələrdə müşayiət olunur. Onlar oyun zamanı burunlarına müxtəlif əşyalar – oyuncaq qalıqları, noxud, muncuq, albalı və günəbaxan tumları, düymə və s. salırlar. Bəzən yad cisim kimi burunda xoanalardan keçmiş qusuntu kütləsi də tapılır. Böyüklərin burun boşluğunda yad cisimlər travma və odlu silah zədələnmələri zamanı olur. Bu zaman buruna güllə, qəlpə, bıçaq tiyəsi düşür. Bu yad cisimlər, adətən, buruna onun xarici divarını deşərək düşmüş olur.

Burunun yad cisimləri müxtəlif formalı: hamar ya kələ-kötür, küt və ya iti (sivri) olur. Çox zaman yad cisimlər burun dəhlizlərində yerləşir və çıxarmaq üçün səy göstərdikdə arxaya doğru itələnmiş olur.

Bəzən buruna düşmüş yad cisimlərin ətrafına duzların çökməsi nəticəsində daşlar əmələ gəlir ki, bunlar rinolitlər adlanır. Yad cisimlərin diaqnozu ön və arxa rinoskopiya, endoskopiya və ya rentgenoqrafiya əsasında qoyulur. Rinolitlərin forması və ölçüsü müxtəlif olur. Bəzən burun boşluğunun sanki modelini əmələ gətirir.

Klinik şəkli. Burunun hamar yad cisimləri və rinolitlər heç bir xəstəlik əlaməti törətmir. Sivri yad cisimlər buruna düşərkən onun selikli qişasını yaralaya, qanaxma və zəif ağrılar törədə bilər. Yad cisimlər burunda uzun müddət qaldıqda selikli qişanın iltihabı nəticəsində çoxlu miqdarda üfunətli irinli ifrazata səbəb olur. İri yad cisimlər burunun bir tərəfinin tənəffüsünü az-çox dərəcədə çətinləşdirir.



Şəkil 57. Burun boşluğundan yad cismin küt qarmaq vasitəsi ilə çıxarılması.

Müalicəsi yad cismi çıxarmaqdan ibarətdir ki, bu da ilk vaxtlarda çətin olmur, yad cismi xaric etdikdən sonra sağalma tez olur. Selikli qışada şişkinlik olarsa əvvəlcə onun şişkinliyini aradan qaldırmaq, sonra ehtiyatla küt qarmağı gözün nəzarəti altında yad cismin arxasına keçirib geriyə hərəkətlə onu yad cisimlə birlikdə çıxarmaq lazımdır (şəkil 57). Daha böyük yad cisimlər maqqaşla tutub çıxarılır.

Yoxlama sualları:

1. *Burun qanaxmalarının səbəbləri, klinikası və dayandırılması metodları haqqında danışın.*
2. *Burun zədələnmələri zamanı göstərilən ilk yardım nədən ibarətdir?*
3. *Burunun arxa və ön tamponadası necə icra olunur?*
4. *Burunun yad cisimlərinin əlamətləri nədir?*
5. *Burunun daşları necə adlanır?*
6. *Burun sınıqlarında repozisiyanın optimal müddəti travmadan neçə gün sonradır?*
7. *Burunun hansı deformasiyaları ola bilər?*
8. *Yad cisimlər burun boşluğundan necə çıxarılır?*

Situasiya məsələləri:

I. 18 yaşlı xəstə burun nahiyəsində kəskin ağrı, xarici burunun deformasiyası şikayətilə otorinolaringoloqa müraciət edib 4 saat öncə boks yarışında oynayarkən burnuna yumruqla vurublar. Zərbədən sonra güclü burun qanaxması olub, özbaşına dayanıb. Huşunu itirməyib, ürək bulanma və qusma olmayıb. Müayinə zamanı xarici burun sağa doğru əyilib, dərisi ödemli və göyümtüldür. Palpasiyada ağrı və krepitasiya müşahidə olunur. Sağ göz altı nahiyədə burunun yan səthində hematoma var. Burunun selikli qışaları hiperemiyalıdır. Burun boşluğunda qan laxtaları vardır. Digər üzvləri patologiyasızdır. Sizin fikrinizcə xəstədə zədələnmənin hansı növüdür?

II. İdmançı zədələnmədən 1 saat sonra burundakı ağrı, burun tənəffüsündə çətinlik şikayətləri ilə həkimə müraciət etdi. Müayinə zamanı burun çəpərinin selikli qışasının hər iki tərəfdə qalınlaşması, hiperemiyası, palpasiyada flyuktasiyası hiss olunur. Burun keçəcəkləri daralmışdır. Xəstənin diaqnozu nədir?

MÖVZU 35. Burun və onun əlavə ciblərinin xəstəlikləri

Tələbə bilməlidir.

- ✓ Burun və burunətrafi ciblərin topoqrafiyasını
- ✓ Burun xəstəliklərinin əlamətlərini;
- ✓ Burunətrafi ciblərin xəstəliklərinin əlamətlərini;
- ✓ Burun və onun əlavə ciblərinin xəstəlikləri zamanı ilk yardımın alqoritmini;
- ✓ Burun və onun əlavə ciblərinin xəstəlikləri zamanı xəstələrə nəzarət və qulluğu.

Mühazirənin planı:

- Burunun kəskin iltihabı xəstəlikləri.
- Burunun xroniki iltihabı xəstəlikləri.
- Burunun əlavə ciblərinin iltihabı xəstəlikləri.(Haymor cibinin, alın cibinin, əsas cibin, xəlbir labirint hüceyrələrinin kəskin və xronik iltihabı)

Xarici burunun xəstəliklərinə aid edilən burun dərisinin yanıqları, donmaları, qızılyeli, burun dəhlizinin ekzeması, sikozu və furunkulunun diaqnostikası, klinik şəkli və müalicəsi eyni adlı ümumi xəstəliklərlə birlikdə təqdim edilmişdir.

Burunun kəskin iltihabı xəstəlikləri

Burunun kəskin iltihabı xəstəlikləri içərisində ən çox rast gəlinən xəstəliklərə kəskin rinit və xroniki rinit aiddir.

Kəskin rinit. Onun əmələ gəlməsinə soyuqlama, peşə, meteoroloji, bakterioloji, virus, habelə allergiya kimi amillər səbəb olur. Soyuqlama nəticəsində selikli qişanın normal vəziyyəti pozulur, orqanizm zəifləyir, bununla da mikrobların inkişafına şərait yaranmış olur. O həm ayrıca xəstəlik kimi ya da kəskin yoluxucu xəstəliklərin başlanğıcı kimi müşahidə olunur. Xəstəliyin əsas xüsusiyyəti, virus mənşəli olmadıqda, inkubasiya dövrünün və kontagiozluğun olmaması, soyuğa həssas adamlarda tez-tez rast gəlməsidir.

Bakterial rinit daha tez-tez müşahidə olunur. Bakteriyalar buruna ekzogen və ya hematogen yolla düşə bilər. Onlar çox vaxt udlaq badamcıqlarında, kariyes dişlərdə özlərinə yer edirlər. Soyuqlama nəticəsində əmələ gələn rinitdən fərqli olaraq bakterial rinitlər 2-3 həftə davam edir və selikli-irinli ifrazat xaric edərək burun əlavə ciblərinə ağırlaşmalar verə bilər.

Viruslar tərəfindən törədilən rinitlər ayrıca xəstəlik olub uşaqlarda tez-tez müşahidə olunur. İnkubasiya dövrü 7-8 saat olub ağır gedişə malik olurlar. Bunlar əlavə ciblərə, orta qulağa, gözlərin konyuktivasına ağırlaşmalar verirlər. Bu zaman qoxu funksiyasının zəifləməsi də müşahidə olunur.

Peşə ilə əlaqədar olan rinitlərin əmələ gəlməsi zərərli, tozlu sexlərdə (mexaniki qıcıqlanma), buxarların və qazların əhatəsində işləməklə əlaqədar olur. Temperatur dəyişilmələri, isti sexlərdə işləmək də riniti əmələ gətirən səbəblərdəndir.

Kəskin rinit həmişə burunun hər iki yarısını zədələyir. Xəstələr alın nahiyəsində küt ağrıdan, burunda, burun-udlaqda və ağız-udlaqda göynəmədən, qaşınmadan şikayətlənirlər. Tez-tez asqırma qeyd olunur. Temperatur subfebril ola bilər.

Kəskin rinitin gedişində üç mərhələ ayırd edilir. Başlanğıc mərhələdə selikli qişanın hiperemiyası, quruluğu və şişməsi qeyd olunur. Burunun tutulması nəticədə səsin tembri dəyişilir, qoxu funksiyası zəifləyir və 2-3 gün davam edir. İkinci mərhələ çoxlu selikli ifrazatın xaric olunması ilə xarakterizə olunur. Burunda və burun-udlaqda gərginlik hissi zəifləyir. Üçüncü mərhələdə ifrazat öz xarakterini dəyişərək selikli-irinli olur. Xəstəlik 7-10 gün davam edir, ifrazat tədricən azalır və iltihab əlamətləri yox olur.

Bəzən burunun əlavə cibləri, gözyaşı-burun kanalı və orta qulaq da prosesə cəlb olunur. Kataral proses burunun selikli qişasından aşağı tənəffüs yollarına enə bilər.

Klinik şəkli. Xəstəliyin başlanğıcında şəffaf selikli maye tezliklə öz xarakterini dəyişdirir və yapışqanlı, irinli olur. Çox vaxt temperatur yüksəlir. Bir neçə gündən sonra ifrazat qatılaşır, tədricən azalır və yox olur, bununla yanaşı burun tənəffüsü də bərpa olunur.

Müalicə. Soyuqdəymə nəticəsində əmələ gələn rinitin başlanğıc mərhələsində tərlədici dərmanlar təyin etməklə prosesi dayandırmaq olur. Xəstəni fırxırmadan çəkəndirmək lazımdır. Əks təqdirdə proses Yevstax borusu vasitəsilə orta qulağa yayılıb kəskin orta otit əmələ gətirə bilər. Xəstəyə isti ayaq vannaları, isti çay təyin edilir. Çobanyastığı dəmləməsi ilə buxar inholyasiyalarının təyini də yaxşı təsir göstərir. Temperatur yüksəldikdə isə xəstələrə yataq rejimi tövsiyə olunur. Selikli qişanın ödemə və burun tənəffüsünün

çətinləşməsi ilə mübarizə məqsədilə yerli olaraq adrenomimetik burun damcıları, dəniz suyunun izotonik və ya hipertonik məhlulları yaxşı nəticə verir.

Kəskin rinitlər və xüsusən bakterial etiologiyalı rinitlər sulfanilamidlər, antibiotiklər ilə müvəffəqiyyətlə müalicə olunur. Fizioterapevtik vasitələrdən solyuks və ultrabənövşəyi şüalandırma, burun kökünə ultrayüksək tezlikli cərəyan təyin edilir.

Xroniki rinitin səbəbi tez-tez təkrar olunan infeksiyon rinitidir. Bundan əlavə xroniki rinitin əmələ gəlməsini endogen və ekzogen amillərlə əlaqəlidir. Endogen amillərə böyrək, ürək xəstəlikləri, xroniki qəbizlik, bronxoektaziya xəstəliyi, endokrin xəstəliklər, qanaxlıq, alkoqoldan istifadə, xronik sinusitlər və uşaqlarda adenoidlər aiddir. Bu zaman xroniki rinitlərin əmələ gəlməsinə həmin xəstəliklər zamanı burunun selikli qişasını qıcıqlandıran ifrazat şərait yaradır. Ekzogen amillərə meteoroloji və zərərli peşə şəraiti toz, zərərli qazlar və buxarlar aid edilir. Toz selikli qişanın travmasına, yaxud burunun selikli qişasındakı vəzilərin axacaqlarının tıxanmasına səbəb olur ki, bu da öz növbəsində burunda afrotik proses törədir. Buxar və qaz burunda yerli dəyişikliklər törətməkdən başqa öz zəhərliliyi ilə bütün orqanizmi də zəhərləyir. Məsələn, civə buxarları selikli qişanı qıcıqlandıraraq selik ifrazına, asqırmaya və öskürməyə səbəb olur.

Xroniki rinit kişilərdə daha tez-tez müşahidə olunur və bir neçə növü ayırılmalıdır: 1) xroniki kataral rinit; 2) xroniki hipertrofik rinit; 3) xroniki atrofik rinit.

Müalicəsi. Yüngül xroniki kataral proseslər zamanı kəskin rinitlərdə işlədilən dərmanlardan istifadə olunur. Xroniki hipertrofik rinit zamanı büzücü dərmanlar işlətmək (1-5 %-li protarqol və ya kollarqol məhlulları damızdırmaq, selikli qişanı 1-3%-li gümüş nitratla silmək) tövsiyə edilir. Aşağı burun balıqqulaqlarını yerli keyitmə ilə üçxlorsirkə turşusu və ya xrom turşusu ilə yandırmaq da məsləhətdir. Xəstəliyin bu forması zamanı daha təsirli vasitələrdən (aşağı burun balıqqulaqlarını qalvanokaustika, lazer, kriyoterapiya və radiofrekans üsulları ilə dağlamaq) istifadə edilir. Bu zaman hipertrofiyaya uğramış balıqqulağı çapıqlaşmış büzüşür və burun tənəffüsü bərpa olunur. Bu üsulların effektivliyi zəif olduqda balıqqulaqların hissəvi rezeksiyası-konxotomiya əməliyyatı da aparıla

bilər. Amma qeyd etmək lazımdır ki, bu əməliyyata ancaq son müalicə metodu kimi müraciət etmək lazımdır, çünki əməliyyatdan sonra burunda atrofik proseslərin inkişaf etməsi ehtimalı var. Xroniki atrofik rinitin müalicəsi əsasən simptomatikdir. Burun boşluğunda qabıqların yığılmasının qarşısını almaq üçün dəniz suyunun izotonik və ya hipertonic məhlulları, içərisinə yod qatılmış izotonik duz məhlulu ilə boşluğu yumaq, həmin nahiyəni yod-qliserin qarışığı (0,5-1,5 %-li məhlul) ilə silmək yaxşı nəticə verir.

Burunun əlavə ciblərinin xəstəlikləri

Burun boşluğunun xarici divarında yerləşmiş aşağı, orta və yuxarı burun balıqqulaqları boşluğu müvafiq olaraq yuxarı, orta və aşağı burun keçəclərinə bölür. Burunun əlavə cibləri və ya sinuslar özlərinin xüsusi axacaqları ilə dəliklər vasitəsilə bu və ya digər burun keçəcəyinə açılır.

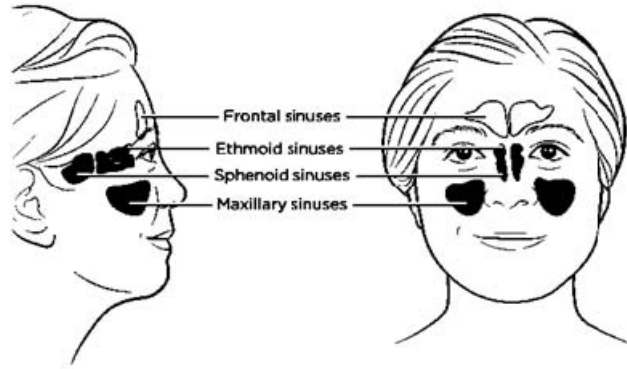
Dörd cüt burun əlavə cibi vardır. Bunların ən böyüyü əng sümüyünün cismində yerləşən Haymor və ya əng cibidir. Bundan başqa alın sümüyünün süngərində yerləşən alın cibi, əsas sümüyün cismində yerləşən əsas cib və xəlbir labirintinin ön, orta, arxa hüceyrələri də burunun əlavə ciblərinə aiddir (şəkil 58).

Ona görə də burunun əlavə ciblərinin xəstəlikləri burun xəstəlikləri ilə birlikdə öyrənilir.

Əlavə ciblərin həm kəskin, həm də xronik xəstəliklərində cibdən alınan irində streptokokklar, bağırsağ çöpləri, Fridlender, difteriya çöpləri və qrip virusları aşkar olunur. İltihab prosesinə hər iki tərəfdəki bütün ciblər (pansinusit) və ya yalnız bir tərəfin cibləri (hemisinüsit) məruz qala bilər. Ümumiyyətlə əlavə ciblərin iltihabi xəstəlikləri sinusit adlanır.

Burunun bütün əlavə ciblərinin kəskin iltihabı xəstəliklərinin dörd əsas simptomu olur.

1. Ağrı
2. Burundan ifrazat xaric olması-rinoreya
3. Burun tənəffüsünün pozulması
4. Qoxubilmə funksiyasının pozulması



Şəkil 58. Burun və onun əlavə ciblərinin sxematik təsviri

Haymor cibinin kəskin iltihabı - kəskin haymorit. Haymor cibinin kəskin iltihabına kəskin rinit, qrip, qızılca, skarlatina, burunda cərrahi müdaxilə, şişlər, infeksiyalaşmış yad cisimlərin düşməsi, kariyes dişlər və odlu silah yaralanmaları səbəb olur. Çox vaxt alın nahiyəsində olan ağrı haymor cibinin iltihabı nəticəsində də ola bilər.

Klinik şəkli. Haymor cibinin kəskin iltihabının yerli və ümumi simptomları vardır. Yerli simptomlara iltihablaşmış cibin ön divarının palpasiyasının ağrılı olması, burunun kökündə, almacıq sümüyü nahiyəsində, bəzən bütün başda ağrının olması aiddir. Bundan əlavə müvafiq tərəfdə burunun selikli qişasının şişməsi, hiperemiyası və burun keçəcəyinin daralması nəticəsində burun tənəffüsünün birtərəfli pozulması, burundan əvvəl selikli-seroz, sonra qatı irinli ifrazatın xaric olması da müşahidə olunur, qoxubilmə pozulur. Ümumi simptomlara əhval-ruhiyyənin pozulması, bədən hərarətinin yüksəlməsi, iştahasızlıq, əmək qabiliyyətinin azalması aid edilir.

Xəstəliyin başlanğıcında xəstələr adətən baş ağrılarından, cib nahiyəsində təzyiq və gərginlik hissindən şikayət edirlər. Xəstəlik ağırlaşdıqca başağrıları da güclənir və artıq alın nahiyəsində hiss olunur. Bəzən bu ağrı üzün bütöv yarısına irradiasiya edir. Yerli ağrı odontogen və ya infeksiyon, məsələn qrip mənşəli kəskin proseslər zamanı da müşahidə olunur.

Ön rinoskopiya zamanı selikli qişanın hiperemiyası, aşağı və orta balıqulaqlarının ön ucunun şişkinliyi qeyd olunur. Burunun

orta keçəcəyində irin zolağı görünür,amma həmin keçəcək bəzən qapanmış olduğundan ifrazatı gərməmək də ola bilər.

Diaqnozu dəqiqləşdirmək üçün sinusların ultrasəs müayinəsi, rentgenoqrafiyası və komputer tomoqrafiyasından istifadə edilir.

Kəskin haymoritin müalicəsi antibiotiklərin, sulfanilamidlərin təyin edilməsindən, damardaraldıcı damcılarının damızdırılmasından və ultrayüksək tezlikli cərəyanın tətbiqindən ibarətdir. Xəstəliyin sağlması uzandıqda yerli keyitmə ilə Haymor cibinin punksiyası aparılır, irin xaric edilib boşluq müxtəlif antiseptik məhlullarla yuyulur.

Haymor cibinin xroniki iltihabı tam sağalmamış kəskin haymoritdən sonra, eləcə də diş köklərinin iltihabı nəticəsində əmələ gəlir. Xroniki haymoritlər zamanı irin burun boşluğunda, yaxud burunun yalnız orta keçəcəyində tapılır. İrinin udlağa axıb getməsi faringitin əmələ gəlməsinə səbəb olur. Bir sıra hallarda iltihabi poliplərin də əmələ gəlməsi qeyd olunur. Çox vaxt qoxu funksiyası pozulur. Bəzən burunda çürüntü iyinin hiss edilməsi-kakosmiya qeyd edilir. Diaqnoz xəstənin şikayətlərinə və obyektiv əlamətlərə əsasən qoyulur.

Müalicəsi punksiya və yuyulmadan sonra kəskin haymoritdəki kimi aparılır. Konservativ müalicə nəticə vermədikdə haymorotomiya əməliyyatına müraciət edilir və Haymor cibi patoloji törəmələrdən təmizlənir. Əməliyyat müasir dövrdə Funksional Endoskopik Sinus Cərrahiyyəsi (FESS) metodu ilə həyata keçirilir.

Alın cibinin kəskin iltihabı - kəskin frontit. Kəskin frontit burunun digər əlavə ciblərinin kəskin xəstəliyinə nisbətən daha ağır gedişə malik olur.

Xəstələr ən çox alın nahiyəsindəki müxtəlif intensivliyə malik ağrıdan şikayətlənirlər. İrin cibdə ləngidikdə başağrısı dözülməz olur, axdıqda isə ağrı sakitləşir. İrinin rəngi sarımtıl və ya bozumtul olur. Ağrılar gecələr səhərə yaxın artır, ağrı gözün içəri bucağına irradiasiya edir. Ağrıdan başqa xəstələr burun tənəffüsünün pozulmasından, müvafiq tərəfdən irin axmasından, işıqdan çəkinmədən və gözyaşı ifrazından şikayətlənirlər. Xəstəlik bəzən temperaturun yüksəlməsi ilə müşayiət olunur.

Klinik şəkli demək olar ki, kəskin haymoritdə olduğu kimidir. Ön rinoskopiya zamanı, burunun orta keçəcəyində irin toplanması aşkarlanır. Burun girəcəyində ifrazat çox olduqda burun girəcəyi və yuxarı dodaq dərisinin ekzematöz qıcıqlanması müşahidə olunur. Orta balıqulağının ön ucu, qalınlaşmış olur. Kəskin frontitin tez-tez rast gəlinən əlamətlərindən biri də alın cibinin ön divarının və yuxarı göz qapağının ödemidir.

Müalicəsi əsasən konservativ aparılır. Müalicədə məqsəd infiltratın sorulması, orta balıqulağının ön ucunun şişkinliyinin azaldılmasıdır. Bu isə irinin alın cibindən xaric olmasına şərait yaradır. Bunun üçün yerli istilik proseduraları olan solyuks, diatermiya, ultrayüksək tezlikli cərəyanla müalicə ilə yanaşı antibiotiklər təyin edilir.

Xroniki frontit zamanı, kəskin frontitlərdə olduğu kimi, iltihabi proses sümüküstlüyünə və sümüyə keçərək xarici fistulun əmələ gəlməsinə səbəb ola bilər. Xəstəliyin gedişi uzun müddət davam edir. Xəstəlik göz yuvası daxili və kəllə daxili ağırlaşmalarla nəticələnə bilər. Xroniki frontitlərə çox vaxt xəlbir labirint hüceyrələrinin iltihabı ilə birlikdə rast gəlinir.

Müalicəsinə damar büzücü burun damcılarının, antibiotiklərin və sulfanilamidlərin təyin edilməsindən başlanılır. Alın cibindən ifrazatın axmasını təmin etmək üçün bir neçə damcı adrenalın və ya ksilometozalin məhlulunda isladılmış turunda 15-20 dəqiqəliyə burunun orta keçəcəyinə yeridilir. Fizioterapevtik vasitələrdən solyuks, ultrayüksək tezlikli cərəyan, diatermiya təyin edilir. Konservativ müalicə nəticəsiz olduqda cərrahi müdaxilə - FESS metodu ilə və ya klassik frontotomiya aparılır.

Xəlbir labirint hüceyrələrinin kəskin və xroniki iltihabı – etmoidit. Kəskin və xroniki etmoidit, çox zaman, frontit ilə birlikdə rast gəlinir. Bu zaman ağrıların lokalizasiyası, adətən, burun kökü nahiyəsində və göz yuvasının içəri kənarında olur. Xroniki formada rinoskopiya zamanı orta burun keçəcəyində irinli ifrazat, bəzən poliplər müşahidə edilir.

Müalicəsi isə kəskin frontitdəki kimi konservativ aparılır. Xroniki təsadüflərdə xəlbir labirintin bütün zədələnmiş hüceyrələrinin açılıb təmizlənməsi əməliyyatı – etmoidotomiya aparılır.

Əsas cibinin kəskin və xroniki iltihabı - sfenoidit. Əsas cibin iltihabı xəlbir labirintin arxa hüceyrələrinin xəstəliyi ilə əlaqədardır. Bu hüceyrələr əsas cibə sıx söykənmişdir. Bu zaman ənsə nahiyəsində, bəzən də təpə nahiyəsində ağrılar müşahidə olunur. Rinoskopiya zamanı yuxarı burun keçəcəyindən burun-udlağa axan irin görünür. Müalicə və diaqnostikası o biri sinusitlərdə olduğu kimi aparılır. Konservativ müalicə müsbət effekt vermədikdə cərrahi müdaxilə - FESS metodu ilə və ya klassik sfenoidotomiya icra edilir.

Yoxlama sualları:

1. Sinusitlərin müalicəsinin əsas prinsipləri nədir?
2. Burunun əlvə cibləri hansılardır?
3. Xroniki rinitin hansı növləri vardır?
4. Burunun əlavə ciblərinin kəskin iltihabı xəstəliklərinin əsas simptomları hansılardır?
5. Xəlbir-labirint hüceyrələrinin iltihabının xroniki formasında rinoskopiya zamanı nə görünür?
6. Əlavə ciblərin xəstəliklərində irində hansı bakteriyalar aşkarlanır?
7. Viruslar tərəfindən törədilən rinitlər hansı ağırlaşmaları verir?
8. Hansı burunətrafı cibin iltihabı xəstəlikləri kəllədaxili ağırlaşma ilə nəticələnir?

Situasiya məsələləri:

I. 14 yaşlı xəstə sağ alın nahiyəsində kəskin ağrıdan, sağ burun dəliyindən irinli ifrazat xaric olmasından, burunun tutulmasından, bədən hərarətinin $38,7^{\circ}\text{C}$ -dək yüksəlməsindən şikayət edir. Bütün bu simptomlar 4 gün əvvəl xəstənin keçirdiyi gripdən sonra başlayıb. Müayinə zamanı burunun selikli qişaları hiperemiyalaşmış, sağ tərəfdə orta və aşağı burun keçəcəklərində suvaşqanvari irin müşahidə olunur. Sağ qaşüstü nahiyənin palpasiyası ağrılıdır. Burunun əlavə ciblərinin rentgenoqrammasında sağ alın cibində qaraltı müşahidə olunur. Siz xəstəyə hansı diaqnozu qoyardınız?

II. 60 yaşlı xəstə otorinolaringoloqa burnun tutulması, burun tənəffüsünün çətinləşməsi, burundan irinli ifrazatın gəlməsi, bədənin temperaturunun $37,8^{\circ}\text{C}$ qədər yüksəlməsi şikayətləri ilə müraciət etmişdir. Baxma zamanı burunun selikli qişası ödemli və hiperemiyalıdır. Orta burun keçəcəyində qatı irinli ifrazat müşahidə olunur. Rentgenoqrammada Haymor ciblərində intensiv kölgəlik müəyyən edilir. Diaqnozu deyin.

MÖVZU 36. Qulağın zədələnmələri və xəstəlikləri

Tələbə bilməlidir.

- ✓ Qulağın zədələnmələri və xəstəliklərinin əlamətlərini;
- ✓ Qulaq pərdəsinin parasentezini;
- ✓ Xəstələrə qulluqda tibb bacısı işinin xüsusiyyətlərini;
- ✓ Qulağın təmizlənmə üsullarını;
- ✓ Qulaq tamponlarının yeridilməsini;
- ✓ Qulağa dərman maddələrinin tətbiqini;
- ✓ Qulağa məlhəm yaxılmasını;
- ✓ Qulağa poroşokların üfürülməsini;
- ✓ Qulağa isidici kompreslərin qoyulmasını.

Mühazirənin planı:

- Xarici qulağın travmatik zədələnmələri.
- Xarici qulaq keçəcəyinin sümük hissəsinin yaralanmaları.
- Qulaq pərdəsinin zədələnmələri.
- Orta və daxili qulağın yaralanmaları.
- Xarici qulağın xəstəlikləri.
- Orta qulağın kəskin iltihabı.
- Mastoidit.

Qulaq seyvanının tez-tez zədələnməsi onun açıqda yerləşməsi ilə əlaqədardır. Əzilmələr və ya mexaniki xəsarət onun dəri örtüyünün ya da qığırdağının tamlığını pozaraq müxtəlif iltihabi və qeyri-iltihabi xəstəliklərinin inkişaf etməsinə səbəb olur.

Othematoma. Çox vaxt küt travma nəticəsində qığırdaqüstlüyünün altında seroz və ya seroz-qanlı maye toplanması baş verir. Bu zaman dəri tamlığı pozulmur. Əksərən qulaq seyvanının yuxarı yarısında gərginləşmiş, yaxud flyuktasiyalı, qırmızı-göy rəngli şiş əmələ gəlir (şəkil 89).

Müalicə. Kiçik othematomalar zamanı zədədən dərhal sonra həmin nahiyəyə buz və ya soyuq kompress, sonrakı müddətdə sıxıcı sarğı tətbiq olunur. Böyük othematomalar zamanı punksiya edib maye çıxarılır, sonra sıxıcı sarğı qoyulur. Othematomanın həcmi böyük olduqda və ya infeksiyalaşarsa dərində qulaq seyvanının anatomik quruluşunu qorumaqla kəsik aparılır və eyni zamanda antibiotiklər, solyuks lampası və ya ultrabənövşəyi şüalar ilə şüalandırma tətbiq edilir.

Xarici qulaq keçəcəyinin zarlı-qığırdaq hissəsinin yaralanmaları zamanı qulaq keçəcəyi bitişməsin deyə cərrahi işləmə ilə yanaşı tamponada etmək məsləhət görülür. Əgər zədələnmə geniş sahəni əhatə edirsə sonrakı mərhələlərdə xarici qulaq keçəcəyinin plastikasi əməliyyatı aparılır.

Xarici qulaq keçəcəyinin sümük hissəsinin yaralanmaları çənə oynaqının sınıqları zamanı ola bilər. Odlu silah yaralanmaları nəticəsində qulağın kombinasional ağır yaralanmaları müşahidə olunur: xarici qulaq keçəcəyi ilə bir vaxtda məməyabənzər çıxıntı, təbil boşluğu, yaxud çənə oynaqı zədələnmiş olur. Bu yaralanmalar, adətən, qulaq pərdəsinin partlaması, sonralar isə bir çox hallarda orta qulağın irinli iltihabı ilə də müşayiət olunur.

Müalicə. Belə yaralanmalar zamanı müalicə yaranın birincili cərrahi işlənməsindən, sərbəst yerləşmiş qəlpələrin çıxarılmasından, ifrazatın xarici qulaq keçəcəyi vasitəsilə sərbəst axıb getməsinin təmin olunması, antibiotiklərin, sulfanilamid preparatlarının ümumi və yerli tətbiqindən ibarətdir.

Perixondrit. Qulaq seyvanının dəri tamlığının pozulması ilə müşayiət olunan travmalarının ən ciddi ağırlaşması qığırdaqüstlüyünün iltihabı, yəni qulaq seyvanının perixondritidir. Bəzən bu vəziyyət irinləmiş othematomadan sonra da müşahidə edilir. Bu zaman şişmiş və qızarmış qulaq seyvanı toxunmaya olduqca həssas olur və kəskin ağrı verir. Gedişin sürəkli olması qığırdağın nekrozuna və qulaq seyvanının büzüşməsinə səbəb olur və qulaq seyvanı formasız çapıq topasına çevrilir.

Müalicə. Yaralanmadan dərhal sonra tikiş və aseptik sarğı qoymaq lazımdır. Əgər yaralanmadan sonrakı ilk saatlarda tikiş qoyulmuşsa qulaq seyvanı yaralarının yaxşı sağalması müşahidə olunur, hətta onun qopmuş hissələri bitişir. Qığırdaqda irinləmə və nekroz olarkən kəskin apararaq qığırdağın nekrozlaşmış hissələrini qaşayıb götürür və yaranın mütəmadi cərrahi işlənməsi aparılır. Bununla yanaşı geniş spektrli antibiotiklərdən də istifadə edilir.

Təbil pərdəsinin zədələnmələri

Təbil pərdəsinin cırılmaları xarici qulaq keçəcəyində havanın birdən-birə sıxlaşması və ya seyrəlməsi nəticəsində olur. Buna səbəb kəskin siqnal səsi, açıq ovucla qulağa vurmaq, hündürlükdən suya tullanmaq kimi amillər olur. Bunlardan başqa nazik ağac şaxələri, quru bitki saplaqları, toxuma milləri və ya qarmaqlar da qulaq pərdəsinə zədələyib deşə bilər. Təbil pərdəsi tamlığının pozulması yad cisimləri qulaqdan bacarıqsız surətdə çıxararkən də baş verə bilər. Təbil pərdəsinin cırılması, orta və xarici qulağın odlu silah yaralanmaları zamanı, partlayış (böyük mərmilərin, təyyarə bombalarının və minaların partlaması zamanı) dalğasının müəyyən məsafədən göstərdiyi təsir nəticəsində də əmələ gələ bilər.

Təbil pərdəsinin cırılması qeyri-düzgün formalı və kənarları üzrə qansızmalar olduğu yarıgabənzər cırığa və ya cırıq dəliyinə əsasən təyin edilir. Təbil pərdəsinin cırılması zamanı çox vaxt dəlikdən infeksiya keçməsi nəticəsində orta qulağın kəskin irinli iltihabı kimi təhlükəli patologiya əmələ gəlir.

Orta və daxili qulağın zədələnmələri

Orta və daxili qulağın zədələnmələrinə nadir hallarda təsadüf olunur. Əsasən odlu silah yaralanmaları zamanı bilavasitə orta qulaq nahiyəsində olan zədələnmələr məməyəbənzər çıxıntını əhatə edirlər. Qulaq nahiyəsinin yaralanmalarında tez-tez çənə oynaqı zədələnir. Kəllənin orta çuxuru zədələndikdə çox vaxt orta qulaq damının çatları və qulaq pərdəsinin cırılmaları da əmələ gəlir. Bu zaman qulaqdan onurğa beyni mayesinin və qanın axması müşahidə edilir.

Daxili qulağın zədələnməsi isə bir sıra eşitmə və müvazinət pozulmaları ilə müşayiət olunur. Xəstələrdə qulaqda küy, eşitmənin zəifləməsi, başgicəllənmə, ürək bulanması ya qusma əmələ gəlir. Onlar yerimək hətta ayaq üstə dayanmaq imkanından da məhrum olurlar. Belə xəstələrdə həmişə nistaqm müşahidə olunur.

Müalicəsində ciddi yataq rejiminə riayət edilməklə geniş spektrli antibiotiklərdən böyük dozalarda istifadə etmək lazım gəlir.

Qanaxmanı dayandırmaq lazımdır və irinləmə varsa cərrahi müdaxilə tətbiq olunur.

Xarici qulağın xəstəlikləri.

Xarici qulağın xəstəliklərinə qulaq seyvanının yanıqları və donmaları, qulaq seyvanının qızılyeli, xarici qulaq keçəcəyinin funkulu və diffuz iltihabı, xarici qulağın ekzeması, yad cisimləri və s. aiddir ki, bunların da klinikası, diaqnostikası və müalicəsi eyni adlı ümumi xəstəliklərlə birlikdə təqdim olunmuşdur.

Orta qulağın kəskin iltihabı

Orta qulağın kəskin iltihabı – kəskin orta otit tez-tez rast gəlinən xəstəliklərdəndir. Orta qulağın kəskin iltihabı təbil boşluğuna infeksiya düşdükdə əmələ gəlir. Kəskin irinli orta otitin törədicilərinə streptokokk, stafilokokk və pnevmokokk qrupu mikrobları aiddir. İnfeksiyanın inkişaf etməsinə orqanizmin müqavimətini azaldan həm ümumi səbəblər, həm də yerli patoloji dəyişikliklər kömək edir.

Ümumi səbəblərə soyuqdəymə amilini və orqanizmin müqavimətini azaldan kəskin infeksiyaları (qrip, qızılca, skarlatina və s.) misal göstərmək olar. Yerli səbəblərə isə yuxarı tənəffüs yollarının kəskin iltihabı - kəskin rinitləri, burun-udlağın kəskin iltihabı - adenoiditləri, anginaları və s. göstərmək olar. Burunda aşağı balıqqu-laqların hipertrofiyası, adenoidlər, burunyanı ciblərin iltihabı – sinusitlər, ozena, burun polipləri, xronit tonsillit və s. kimi müxtəlif patoloji proseslər də kəskin orta otitin meydana çıxmasına meyllilik yaradan səbəblərdir. Bəzən kəskin orta otit burunun ön və arxa tamponadasından, burun boşluğunda müxtəlif cərrahi müdaxilələrdən sonra da baş verir.

Öskürəkən, asqırarkən, xüsusən düzgün olmayan fırxırma zamanı da infeksiya eşitmə borusundan orta qulağa daxil ola bilər.

Klinik gedişinə görə kəskin irinli orta otitin 3 dövrü var: kataral, perforativ və sağalma.

Kataral dövrdə orta qulaqda, xüsusən də təbil boşluğunda, infiltrasiya və ekssudat əmələ gəlməklə iltihabi proses inkişaf edir və özünü yerli simptomlarla-qulaqda ağrı, təbil pərdəsinin hiperemiyası, eşitmənin zəifləməsi ilə göstərir. Bu zaman bədən hərəkətinin qalxması, zəiflik, iştah və yuxunun pozulması, qanda leykositoz, EÇS-nin yüksəlməsi kimi ümumi simptomlar da qeyd edilir.

Perforativ otitlər zamanı təbil pərdəsinin deşilməsi (şəkil 90) və irin axması müşayiət olunur (otoreya). Bu zaman ağrılar azalırsa da eşitmə zəifliyi bir müddət hələ də qalır. Perforativ formanı irinli otit də adlandırırlar.

Sağalma dövründə iltihabi prosesin sönməsi, otoreyanın kəsilməsi, təbil pərdəsi perforasiyasının bağlanması, orta qulağın anatomik və fizioloji vəziyyətinin bərpa olunması baş verir.

Bu üç dövrün hər birinin müddəti bir neçə gündən 2 həftəyə qədər uzana bilər. Əgər xəstəlik 6 həftədən 3 aya qədər çəkirə yarım-kəskin, 3 aydan çox uzanırsa xroniki orta otit adlandırılır.

Klinika. Xəstə qulaqda əmələ gələn, təpəyə və ya ənsəyə irradiasiya edən şiddətli ağrılardan şikayətlənir. Ağrılar əvvəlcə cüzi olur sonradan birdən-birə intensiv xarakter alır. Qulaqda əmələ gələn tutulma hissi eşitmənin müxtəlif dərəcədə azalmasına və qulaqda küyə gətirib çıxarır. Sonralar xəstə bu küyləri son dərəcə ağır olan pulsasiya kimi hiss edir. Otoskopiya zamanı təbil pərdəsinin hiperemiyası, çəkinin dəstəyi boyunca damarların genişlənməsi, qalınlaşması müşahidə olunur. Daha sonra isə bütün təbil pərdəsi hiperemiyalaşmış olur. Təbil pərdəsi tədricən yastılaşıb və öz konturlarının aydınlığını itirərək qulaq keçəcəyinə tərəf qabarıq. Təbil boşluğunda möhtəviyyətin artması ilə təbil pərdəsinin qabarması artır. Təbil pərdəsi getdikcə daha çox nazikləşir və ən çox qabardığı yerdə irinli xarakter almış ekssudatın görünməsi nəticəsində sarımtıl rəng alır və öz-özünə deşilir və qulaq pərdəsində əmələ gəlmiş dəlikdən xaricə möhtəviyyət axır. Bəzən bu deşilmə spontan baş vermir və irinli möhtəviyyətin meningit, sinustromboz, abseslər, araxnoidit, və meningoensefalit kimi kəllədaxili ağırlaşmalar vermə riski yaranır. Bu zaman təbil pərdəsinin kəsilməsi – parasentez aparılır və irin xaric edilir (şəkil 59).

Təbil pərdəsinin parasentezindən və ya öz-özünə deşilməsindən

sonra varici qulaq keçəcəyi seroz-qanlı xarakterə malik möhtəviyyat ilə dolur. Sonra möhtəviyyat selikli-irinli, daha sonra xalis irinli olur və getdikcə miqdarı azalır.

Təbil boşluğundakı getdikcə şiddətlənən iltihabi dəyişikliklər, adətən, xəstənin ümumi halının pisləşməsi, temperaturunun yüksəlməsi, eşitmənin zəifləməsi, yalnız qulaqda deyil, həm də məməyəbənzər çıxıntı nahiyəsində ağrıların əmələ gəlməsi və s. ilə müşayiət olunur.

Eşitmənin funksional müayinəsi zamanı adətən eşitmənin səskirici aparatın pozulması tipində zəifləməsi aşkar edilir. Kəskin orta otit zamanı, adətən, təbil pərdəsinin ön aşağı kvadrantında yerləşən nöqtəvarı perforasiya olur. Təbil pərdəsinin bütün qatlarının ödemli şişməsi nəticəsində o çox qalınlaşmış görünür və çox zaman perforasiyadan sızılan irin damcısındakı pulsasiya edən reflekslə birgə müşahidə edilir. Müalicə effektiv olduqda xəstə tam sağalır, irin axması kəsilir, qulaq pərdəsi perforasiyası bitişir və eşitmə tamamilə bərpa olunur.

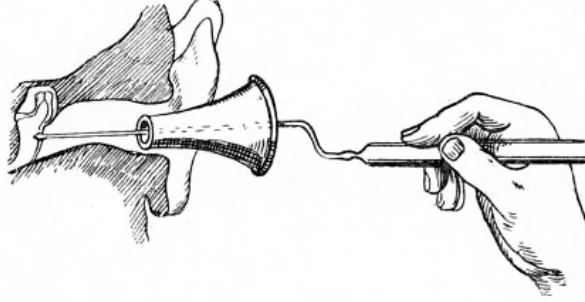
Müalicə. Ümumi müalicə yataq rejimindən və xəstəyə tam rahatlıq verilməsindən ibarətdir. Daxilə antibiotiklər və sulfalinamid preparatları təyin edilir. Şiddətli ağrılar zamanı ağrıkəsicilər istifadə olunur. Xəstəliyin birinci günündən buruna damardaraldıcı dərmanlar (nafazolin, ksilometazolin və s.) və dezinfeksiyaedici kimi 1-2%-li protarqol məhlulları damcı şəklində təyin edilir.

Əgər müalicə nəticəsində 2-3 gün ərzində iltihab əlamətləri azalmadıqda və temperatur yüksək qalmaqda davam etdikdə, irinə yol vermək və bununla da ağırlaşmaların qarşısını almaq üçün qulaq pərdəsinin parasentezi aparılır. Həmin müdaxilə parasentez iynəsi vasitəsilə görmənin nəzarəti altında, yaxşı işıqlanma zamanı qulaq pərdəsinin ən çox qabardığı yerdə yerli anesteziya altında edilir. Adətən bu kəsiyi qulaq pərdəsinin arxa kvadrantlarında aşağıdan yuxarıya doğru edirlər. Parasentezdən dərhal, yaxud bir qədər keçdikdə irinli-seroz ya irinli möhtəviyyat xaric olmağa başlayır. Aparılan manipulyasiyadan sonra qulaq pərdəsinin qabarması və gərginliyi azalır.

Çoxlu və qatı irin olduqda cərrahi sorucu vasitəsilə möhtəviyyat xaric edilir və xarici qulaq keçəcəyinə antibakterial məhlullar-

dan biri ilə (1%-li dioksidin, 0,1%-li furasillin və s.) isladılmış piltə qouilir.İrin yaxşı xaric olsun deyə həmin piltəni tez-tez dəyişmək lazımdır.

Geniş spektrli antibiotiklər əzələiçi iynələr şəklində tətbiq olunur.Həmin dərmanların sulu məhlullarından yerli olaraq damcı şəklində də istifadə etmək olar.Bu zaman yerli mikrofloranın dərmanlara qarşı həssaslığı nəzərə alınmalıdır və ototoksik antibiotiklərin (aminoqlikozidlər və s.) istifadəsindən imtina edilməlidir.



Şəkil 59. Qulaq pərdəsinin parasentezi

Mastoidit

Kəskin otitlərin ən çox rast gəlinən ağırlaşmalarından biri məməyəbənzər çixıntı hüceyrələrinin kəskin iltihabı - mastoiditdir. Təbil boşluğunun məməyəbənzər çixıntının havalı hüceyrələri ilə əlaqədar olmasına görə otitlər zamanı iltihabi proses məməyəbənzər çixıntıya da yayılır. Bu zaman iltihab havalı hüceyrələrin arasında olan nazik sümük arakəsmələrin dağılmasına, irin və qranulyasiya ilə dolu ümumi boşluq əmələ gəlməsinə səbəb olur. Proses dərinləşdikdə məməyəbənzər çixıntının bayır səthində fistula və sümüküstlüyü abses əmələ gəlir. Çixıntının içəri və yuxarı sümük divarlarının dağılması çox vaxt kəllədaxili ağırlaşmaların əmələ gəlməsinə səbəb olur.

Klinika.Kəskin orta otitin gedişindəki 3-4-cü həftədə məməyəbənzər çixıntı nahiyəsində xəstələri gecələr narahat edən ağrıların əmələ gəlməsi və məməyəbənzər çixıntının xarici örtüklərinin şişməsi və ya sümüküstlüyü absesin yaranması mastoiditin xarakterik əlamətidir. Qulaqarxası abses qulağın arxasında büküşün hamarlan-

masına, flüktasiyaya və qulaq seyvanının yerdəyişməsinə görə təyin edilir. Adətən xəstələrin ümumi vəziyyəti pisləşir, baş ağrıları, yuxusuzluq, iştahın itməsi və s. müşahidə olunur. Perforasiyadan sonra aşağı düşmüş temperatur yenidən yüksəlir, qulaqdan gələn ifrazat artır və qatılaşır. Otoskopiya zamanı xarici qulaq keçəcəyinin sümük hissəsinin arxa-yuxarı divarı dərisi və yumşaq toxumalarının sallanması əlaməti mastoiditin ən xarakter əlaməti sayılır. Bundan başqa təbil pərdəsi perforasiyasından çıxan irinin pulsasiya edici halda axması, həmin irini təmizlədikdən sonra dərhal xarici qulaq keçəcəyini doldurması da müşahidə olunur.

Müalicə. Mastoiditin müalicəsi əvvəlcə konservativ aparılır. Konservativ müalicə kəskin orta otit zamanı aparılan müalicəni uzatmaqdan ibarətdir. Konservativ müalicə nəticə vermədikdə cərrahi müdaxiləyə müraciət olunur. Anesteziya altında məməyəbənzər çixıntının yarılması əməliyyatı – mastoidotomiya aparılır. Bu zaman məməyəbənzər şixıntının boşluğundan irin və yumşalmış sümük toxumaları xaric edilir.

Qulaq xəstəliyi olan xəstələrə qulluqda tibb bacısı işinin xüsusiyyətləri

Qulaq xəstəliyi olanlara və qulaq xəstəliklərinə görə əməliyyat edilmiş xəstələrə qulluq edilməsində tibb bacısının rolu çox böyükdür. Əməliyyatdan sonrakı birinci sutkada xəstəyə qulluq istifadə edilmiş ağrısızlaşdırmanın növündən çox asılıdır. Əməliyyat otağından xərəkdə gətirilmiş xəstə yastıqsız yatağa arxası üstə, başı sağlam tərəfə dönmüş vəziyyətdə uzadılır. Tibb bacısı tənəffüsün, nəbz və arterial təzyiğin vəziyyətini, sidik ifrazını izləməlidir. Əgər hər hansı bir pozulma baş verərsə məsələn, tənəffüs səthi və tezlaşmış olarsa, nəbz çətin əllənərsə, arterial təzyiq aşağı düşərsə tibb bacısı dərhal həkimi məlumatlandırmalıdır.

Çalışmaq lazımdır ki, neyroleptik maddələrin yeridilməsi və yerli keyitmə ilə operasiya olunmuş xəstə oturmasın. Çünki bu preparatlar, xüsusilə aminazin uzun müddət ərzində damargenəldici təsir göstərir. Şaquli vəziyyətdə olan xəstədə bayılma baş verə bilər. Hərərətə artmasına və su itkisinə yol verməmək üçün xəstənin üs-

tünü qalın örtmək lazım deyildir. Palatada təmiz havanın böyük əhəmiyyəti vardır.

Sonrakı günlər ağrısızlaşdırmanın növündən və operativ müdaxilənin xarakterindən asılı olaraq xəstənin qidalanmasına, bağırsağın funksiyasına, sidik ifrazına diqqət vermək lazımdır. Kəllədaxili ağırlaşmaları olan xəstələr üçün bunun xüsusilə böyük əhəmiyyəti vardır.

Tibb bacısı gicgah sümüyündə operasiya edilmiş xəstələrdə baş gicəllənməsinin, ürək bulanmasının, hərəkətin, üz siniri tərəfindən pozulmaların əmələ gəlməsini xüsusi olaraq diqqətlə izləməli və bunu həkimə vaxtında xəbər verməlidir.

Əgər operasiyadan sonra sarğı qanla tez və çox hopmuş olarsa, bu barədə dərhal həkimə xəbər vermək lazımdır.

Qulaq xəstəlikləri zamanı qulluq və müalicənin sadə üsulları, adətən, xüsusi qurğular və mürəkkəb alətlər tələb etmir. Onlar həm xəstəxana, həm də ambulatoriya şəraitində asanlıqla yerinə yetirilən üsullardır. Belə qulluq və müalicə üsullarına qulağın təmizlənməsi, ona dərman maddələrinin yeridilməsi, isidici kompres qoyulması və s. aiddir.

Qulağın təmizlənmə üsulları. Qulaq pərdəsini müayinə edəndən qabaq xarici qulaq keçəcəyini qulaq çirkindən, irindən ya qartmaqlardan təmizləmək lazımdır. Bunlar, adətən, qopmuş epidermisdən və qurumuş irindən ibarət olurlar. Xarici qulaq keçəcəyinin təmizlənməsi qulağı müalicə elementlərindən biridir. O, quru və nəm üsulla yerinə yetirilir.

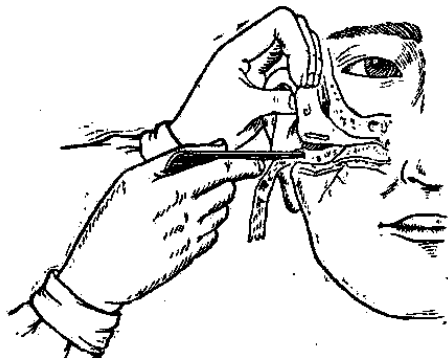
Qulaq quru üsulla təmizlənməsi yuyulmaya nisbətən daha əlverişlidir. Çünki yuyarkən qulağa asanlıqla ikincili infeksiya salmaq olar və ya vurulan mayenin təzyiqini düzgün hesablamadıqda hətta ağırlaşma da yarana bilər. Müasir otorinolarinqoloji klinikaların təchizatında cərrahi sorucular olduğundan xarici qulaq keçəcəyinin təmizlənməsi həmin sorucular vasitəsilə həkim tərəfindən asanlıqla yerinə yetirilir. Orta tibb işçiləri isə xarici qulaq keçəcəyindən irini xaric etmək üçün pambıqla keçəcəyin təmizlənməsi prosedurunun həyata keçirə bilirlər. Bu zaman xarici qulaq keçəcəyini silmək və qurulamaq üçün ucunda vintəoxşar yivi olan nazik zondlardan istifadə edilir. Pambığı zonda kip sarımaq, qulaq keçə-

cəyinin divarlarını və ya qulaq pərdəsini yaralamamaq üçün zondun sivri ucunu pambıqla kip örtmək lazımdır. Prosedur yerinə yetirilərkən sol əl ilə qulaq qıfı tutulur və qulaq seyvanı dala və yuxarıya dartılır. Sağ əl ilə isə ucuna pambıq sarınmış zond ehtiyatla xarici qulaq keçəcəyinə daxil edilir və zonda yüngülcə hərəkətə qulaq pərdəsinə qədər olan sahəni təmizləyirlər. Zondun yüngül fırlanma hərəkətləri pambığın ifrazatı yaxşı hopdurmasına kömək edir. Qulağın silinməsinə qulaqdan çıxarılan pambıq tamamilə quruyana qədər təkrar etmək lazımdır.

Nəm üsulla təmizləmə və ya xarici qulaq keçəcəyinin yuyulması nadir hallarda icra olunur. Bu prosedur daha çox xarici qulaq keçəcəyindən tıxac və ya yad cizimləri çıxardarkən tətbiq edilir. Orta qulağın kəskin ya xronik irinli iltihabında xarici qulaq keçəcəyində yığılmış möhtəviyyəti quru üsulla təmizləmək mümkün olmadıqda da nəm üsulla təmizləmə tətbiq edilir. Xarici qulaq keçəcəyini xüsusi qulaq şprisinin köməklili ilə bədən hərəkətinə uyğun temperatura qədər qızdırılmış dezinfeksiyaedici məhlullar olan 1%-li dioksidin, 0,1%-li furasillin, 0,1%-li kalium-permanqanat məhlulları ilə yuyurlar. Böyrəkvari ləyəni xəstənin özü tutaraq onu boynunun yan səthinə kip sıxır. Xarici qulaq keçəcəyini daha yaxşı düzləndirmək üçün böyüklərdə qulaq seyvanını sol əl ilə dala və yuxarıya dartır, sağ əl ilə isə qulaq şprisinin ucluğunu 1 sm-dən dərinə olmamaq şərti ilə xəstənin qulağına yeridirlər. 37⁰C temperaturu su axınıni kiçik təzyiq altında ayrı-ayrı porsiyalarla xarici qulaq keçəcəyinin dal divarı boyunca yeridirlər. Yuduqdan sonra xəstənin başını yana əyirlər ki, su qulaqdan xaric olsun. Suyun qalıqlarını qulaq keçəcəyinin dərinliyindən pambıq sarınmış zondla xaric edirlər.

Qulaq piltələrinin yeridilməsi orta qulağın irinli iltihabının müalicə üsulunda önəmli yer tutur. Həmin prosedurun yerinə yetirilməsində məqsəd orta qulağı drenajlamaqdır. Bu, irinli otitləri konservativ müalicə etməyin optimal üsullarından biridir və qulağın yuyulmasından və ya ona damcılar tökülməsindən sonra da tətbiq oluna bilər. Piltəni yeritməmişdən qabaq xarici qulaq keçəcəyini qurulamaq lazımdır. Qulaq piltəsi uzunluğu 5-7 sm-dən artıq olmayan xüsusi surətdə qatlanmış ensiz tənzip parçasıdır. Qulaq piltələrini yeritmək məqsədilə qulaq keçəcəyini düzləndirmək və geniş-

ləndirmək üçün sol əl ilə qulaq seyvanı arxaya və yuxarıya dartılır. Dirsəkli pinsetlə qulaq piltəsinin ucundan bir qədər aralıda tutub onu ehtiyatla qulaq keçəcəyi boyunca yeridirlər. Pinseti çıxararaq yenə də tənzip piltəni ucundan 1-1,5 sm aralı olmaqla tutaraq qulaq pərdəsinə toxunana qədər ehtiyatla yeridirlər (şəkil 60). Xarici qulaq keçəcəyinin piltə ilə dolması boş olmalıdır ki, o dəriyə irinin qalmasına səbəb olmasın. İrin gəlməsi çox olduqda qulaq piltələrini gündə 5-6 dəfə, az olduqda isə 1-2 dəfə dəyişdirirlər.



Şəkil 60. Qulaq piltələrinin yeridilməsi

Dərman maddələrinin tətbiqi. Qulaq xəstəlikləri zamanı dərman maddələrini damcılar, məlhəmlər və tozlar şəklində işlədilir. Bu zaman ən çox işlədilən müalicəvi prosedura qulağa damcılardan tökülməsidir. Əgər xarici qulaq keçəcəyində irinli ifrazat varsa, damızdırmaqdan qabaq cərrahi sorucular və ya pambıq sarıncmış zond vasitəsilə irini kənar etmək lazımdır. Xəstənin qulağına tökülən bütün damcı dərmanları mütləq qabaqcadan bədənin temperaturuna qədər qızdırılır. Xarici qulaq keçəcəyinə damcılar tökərkən xəstə başını əks tərəfə əyməlidir. Sol əl ilə qulaq seyvanı arxaya və yuxarıya doğru dartılıb gündə 2-3 dəfə pipetka ilə 3-5 damcı dərman xarici qulaq keçəcəyinə tökülür və hər dəfə 10-15 dəqiqə belə vəziyyətdə saxlanılır. Axırda xarici qulaq keçəcəyi pambıqla qapılır. Bəzən tibb bacısı xarici qulaq keçəcəyini yuxarıda göstəriləni qaydada qurudur və oranı həkim təyinatına əsasən həmin dərmanlar hopdurulmuş steril tənzip piltə ilə boş şəkildə doldurur.

Məlhəm yaxılması. Yalnız qulaq seyvanının və xarici qulaq keçəcəyinin xəstəlikləri zamanı tətbiq olunur. Yaxmaq üçün müxtəlif antibakterial, antifunqal, antiviral məlhəmlər, o cümlədən ağ və sarı civə məlhəmi, sink məlhəmi və s. işlədilir. Məlhəmi qulaq keçəcəyinin divarlarına zonda sarınmış pambığın köməyi ilə yaxırlar. Məlhəmli piltəni bəzən 15-30 dəqiqəliyə xarici qulaq keçəcəyine qoymaq da olar. Xarici qulaq keçəcəyini məlhəmlə doldurmaq olmaz, çünki bu, ifrazatın qulaqdan xaric olmasını pozar.

Tozların üfürülməsi həkim tərəfindən icra edilir, yaxud o, tibb bacısına da tapşırıla bilər. Tozun üfürülməsindən qabaq xarici qulaq keçəcəyini quru və ya nəm üsulla irindən təmizləmək lazımdır. Qulağa üfürmək üçün streptosidin, sulfadimezinin təmiz halda, yaxud başqa dərmanlar qatılmış çox narın tozundan istifadə edilir. Üfürülmə müxtəlif növlü tozüfürücülərinin (insuflyatorlar) köməkliliyi ilə, onlar olmadıqda isə qulaq qıfı vasitəsilə edilir. Qıfın ucunu toza daxil edib bir qədər toz götürülür. Sonra qıfın ucunu xarici qulaq keçəcəyinə daxil etməklə hər hansı rezin balon ilə keçəcək tozlandırılır. Tozu üfürərkən qulaq seyvanını arxaya və yuxarıya dərartaraq xarici qulaq keçəcəyini düzləndirmək lazımdır.

İsidici kompreslərin qoyulması. İsidici kompres üç qatdan ibarət olur. 1-ci qat - nəm qat, yəni hər hansı məhlulda isladılmış hiqroskopik pambıq parçası; 2-ci qat - su keçirməyən material qatı, məsələn kompres müşəmbəsi və ya mumlu kağız; 3-cü qat - istiliyi pis keçirməklə fərqlənən parça qatı (pambıq, yun, flanel). Birinci qat dərinin üstündə yerləşdirilir və sonrakı iki qat üst-üstə onun üzərindən qoyulur. Öz ölçüsünə görə ikinci və üçüncü qatlar birincidən böyük olmalıdırlar ki, onu tamamilə örtə bilsinlər. Sonra qulağı başın dairəsinə fırlatmaq şərti ilə bintləyirlər. Beləliklə, qoyulan kompres dəri örtüyünün istilik verməsini azaldır, hətta dayandırır. Axırındakı qatlar ilə birinci qat arasında bədən istiliyinə malik su buxarları əmələ gəlir. Bu şəraitdə dəridə və ondan xeyli dərinədə yerləşən üzv və toxumalardakı damarların bir bərabərdə və sürəkli genişlənməsi baş verir, toxumalarda maddələr mübadiləsi güclənir, iltihab infiltratı geri sorulur.

Yoxlama sualları:

1. Xarici qulağın xəstəlikləri hansılardır?
2. Othematoma nədir?
3. Təbil boşluğuna infeksiya hansı yollarla keçir?
4. Kəskin irinli otitin müalicə prinsiplərini izah edin.
5. Parasentezin icra edilməsinə göstəriş nədir?
6. Mastoidit və onun əlamətləri haqqında danışın.
7. Qulağa tamponların yeridilməsi necə icra olunur?
8. Qulaq pərdəsi nə vaxt zədələnmə bilər?

Situasiya məsələləri:

I. 23 yaşlı xəstə sol qulaqda ağrı və irinli ifrazat xaric olmasından, eşitmə zəifliyindən, ümumi halsızlıqdan şikayətlənir. Xəstəliyini 7 gün öncə keçirdiyi zökəmlə əlaqələndirir. Xəstəlik sol qulaqda kəskin ağrı, hərarətin 39°C -dək yüksəlməsi, baş ağrıları ilə başlayıb. Qulaqda irinli axıntı 2 gün öncə başlayıb, irin xaric olduqdan sonra xəstənin ümumi vəziyyəti nisbətən yaxşılaşıb, hərarət $37,5^{\circ}\text{C}$ -dək enib. Burun boşluğu selikli qişaları hiperemiyalaşmış. Burun keçəcəklərində ifrazat yoxdur. Udlaqda da patoloji proses müşahidə olunmur. Qulağın müayinəsi zamanı sağ qulaq normal, sol qulağın xarici qulaq keçəcəyində irinli ifrazat vardır. Təbil pərdəsi hiperemiyalıdır, önə doğru qabarıb, ön-aşağı kvadrantda pulsasiya edici refleks müşahidə olunur. Xəstənin diaqnozu nədir?

II. Kəskin irinli orta otitli xəstənin otoskopiyası zamanı xarici qulaq keçəcəyinin sümük hissəsinin arxa-yuxarı divarı dərisinin və yumşaq toxumalarının sallanması müşahidə olunur. Bu simptom nəyin göstəricisidir?

MÖVZU 37. Udlağın və qırtlağın zədələnmələri və xəstəlikləri

Tələbə bilməlidir.

- ✓ Udlağın iltihabi xəstəliklərinin əlamətlərini,
- ✓ Qırtlağın iltihabi xəstəliklərinin əlamətlərini;
- ✓ Udlaq xəstəliklərində xəstələrə nəzarət və qulluğu;
- ✓ Traxeostomanın texnikasını;
- ✓ Traxeostomali xəstələrə nəzarət və qulluğu;
- ✓ Udlağın və qırtlağın müayinə metodlarını;

Mühazirənin planı:

- Udlağın zədələnmələri.
- Qırtlağın və traxeyanın zədələnmələri.
- Udlağın kəskin iltihabları.
- Anginalar.
- Fleqmanoz angina və ya paratonzilyar abses.
- Xroniki tonzillit.
- Adenoidlər.
- Damaq badamcıqlarının hipertrofiyası.
- Tənəffüs yolu və qida borusunun yad cisimləri.
- Qırtlağın stenozu və traxeostomanın texnikası.

Udlağın zədələnmələri

Burun-udlağın yaralanmaları. Udlağın odlu silah yaralanmaları əksərən kombinasiyalı olur. Güllə ya qəlpə əvvəlcə burun boşluğundan, yaxud əng cibindən, bəzən göz yuvasından və məməyə-bənzər çıxıntıdan keçməklə burun udlağa düşür.

Klinik şəkli. Əlamətlər ümumi və yerli xarakter daşıyır. Ümumi əlamətlərə xəstənin şok vəziyyəti aid olunur. Yerli əlamətlərə bunlar aiddir: 1) burundan və ağızdan qanaxma, qanın tez-tez udulması ilə əlaqədar qanlı qusma da müşahidə olunur; 2) qan laxtalarının toplanması, bəzən isə burun keçəcəklərinin sümük qırıntıları ya yaralayıcı mərmimin özü ilə tıxanması nəticəsində burunla tənəffüsün çətinləşməsi; 3) yumşaq damaq əzələlərinin zədələnməsi nəticəsində udmanın çətinləşməsi; 4) səsin tınlılığı; 5) başı döndərəkən və əyərəkən ağrılar.

Ağırlaşmalara birinci növbədə ikincili infeksiyanın Yevstax borusu vasitəsi ilə qulağa daxil olması nəticəsində əmələ gələn qulaqların iltihabıdır. Burun-udlağın əsas cib və onurğanı əhatə edən

kombinasional yaralanmaları xüsusilə təhlükəli olur. Kəllə boşluğuna keçən çatların əmələ gəlməsi ağır kəllədaxili ağırlaşmalara səbəb olur.

Müalicə. Ümumi tədbirlərdən ilk növbədə şoka qarşı müalicə, tetanusun profilaktikası, itirilən qanın əvəz edilməsi tətbiq olunur. Yerli müalicə qanaxmanın dayandırılması ilə başlanır. Təhlükəli vəziyyətlərdə xarici, bəzən həm də ümumi yuxu arteriyasını bağlamaq zərurəti meydana çıxır. Yad cisimlər ağız, burun boşluqlarından, bəzi hallarda isə əng cibindən daxil olmaqla çıxarılır.

Udlağın orta (ağız) hissəsinin yaralanmaları. Udlağın orta hissəsinin odlu silah yaralanmaları ikitərəfli və çox zaman kor ola bilərlər. Yara kanalı müxtəlif istiqamətlərdə, adətən, sagital və çəp istiqamətlərdə olur.

Klinik şəkli. Qanaxma və udmanın ağrı yaxud mexaniki səbəblər ilə əlaqədar pozulması əsas əlamətlərdən biridir. Ağırlaşmalardan aspirasion pnevmoniyayı və sepsisi göstərmək olar.

Müalicə yaranın birincili cərrahi işlənməsindən və qanaxmanın dayandırılmasından ibarətdir. Yara qan laxtalarından təmizlənir, əzilmiş toxumalar və yad cisimlər kənarlaşdırılır, yara steril antiseptik məhlullarla yuyulur və qat-qat tikişlər qoyulmaqla tamliq bərpa edilir. Qırtlaq girəcəyinin iltihabı nəticəsində əmələ gələn ödem tənəffüsü çətinləşdirdikdə traxeotomiyaya müraciət olunur.

Udlağın aşağı (qırtlaq) hissəsinin yaralanmaları. Udlağın aşağı hissəsinin yaralanmaları çox vaxt yemək borusunun yuxarı şöbəsini və qırtlağı əhatə edir. Bu yaralanmalar zamanı aspirasion pnevmoniya və mediastinit şəklində ağırlaşmalara tez-tez rast gəlinir. Udlağın aşağı hissəsinin yaralanmaları iki tərəfli və kor ola bilər.

Klinik şəkli. Belə yaralanmalarda udmanın, bir çox hallarda isə tənəffüsün çətinləşməsi baş verir və udlaqdan qanaxma olur. Boyunda tez-tez dərialtı emfizema, fleqmonalar və abseslərin əmələ gəlməsi müşahidə olunur .

Müalicə. Ciddi ağırlaşmaların qarşısını almaq üçün yaranın geniş surətdə birincili cərrahi işlənməsi lazımdır. Yaralıları yedizdirmək üsulu böyük əhəmiyyət daşıyır. Mədə zəndu vasitəsi ilə yedirtmək ən səmərəli hesab olunur. Zəndu yeritmək üçün bəzən xarici

yara dəliyindən istifadə etmək olar. Geniş spektrli antibiotiklər və sulfanilamid preparatları geniş tətbiq olunur.

Qırtlaq və traxeyanın zədələnmələri

Qırtlaq və traxeya zədələnmələri, əsasən, odlu silah yaralanmaları nəticəsində baş verir. Soyuq silah ilə yaralanmalara və əzilmələrə nisbətən az rast gəlinir. Qırtlağın və traxeyanın odlu silah yaralanmaları dəlib keçən, kor və toxunan ola bilər. Boyunun böyük damarlarının və sinirlərin yaxınlığı bu yaralanmaların ağırlığını artırır və ölümə səbəb ola bilər.

Klinik şəkli. Zədələnmənin əsas əlaməti səsin tutulmasından tam afoniyaya qədər səs əmələ gəlmənin müxtəlif dərəcəli pozğunluğudur. Udma zamanı ağrı müşahidə olunur. Qırtlağın yuxarı şöbələrindəki yaralanmalar zamanı çəçmə qeyd olunur. Tənəffüsün çətinləşməsi də tez-tez rast gəlinən əlamətlərdəndir. Qırtlağın kombinasiyalı yaralanmaları çox vaxt fleqmonalar, udlaqyanı və qida borusuyanı abseslər, bəzən isə mediastinit və sepsis əmələ gəlməsi ilə ağırlaşır.

Müalicə. İlk yardım yaralının həyatı üçün əsas təhlükənin – qanaxmanın və boğulmanın ləğv olunmasına yönəldilir. Qanayan damara liqatura qoymaq mümkün olmadıqda boyundakı damarların bağlanması həyata keçirilir. Tənəffüsün getdikcə çətinləşməsi zamanı traxeotomiya edilir. Yaranın birincili cərrahi işlənməsi yaralanmadan dərhal sonra tətbiq olunur. Çıxarılması asan olan yad cisimlər və həyat qabiliyyəti olmayan əzilmiş yumşaq toxumalar kənarlaşdırılır. Xəstəyə geniş spektrli antibiotiklər və sulfanilamid preparatları təyin olunur.

Udlağın iltihabı xəstəlikləri

Burun-udlağın kəskin iltihabı (rinofaringit və ya epifaringit). Xəstəlik çox hallarda burun boşluğundan və ya udlağın aşağı hissələrindən burun-udlağa iltihabın yayılması nəticəsində inkişaf edir. Uşaq yaşlarında hipertrofiyalı burun-udlaq badamcığının (adenoid) olması bu prosesə şərait yaradır. Bu zaman temperaturun yük-

səlməsi, ümumi halsızlıq əmələ gəlir. Burun-udlaqdakı xoşagəlməz göynəmə hissi öskürmə və qulaqlarda ağrı ilə müşayiət olunur. Çox zaman çətin təmizlənen selikli ifrazatın yığılması burun tənəffüsünün pozulmasına səbəb olur. Boyun limfatik düyünləri tez-tez şişir və ağrılı olur.

Müalicə. Müalicə kəskin zökəmdə və anginalarda olduğu kimidir.

Udlağın orta (ağız) hissəsinin selikli qişasının iltihabı xəstəliklərinin (faringitlər) kəskin və xroniki formaları ayırd edilir.

Kəskin faringit. Udlaq selikli qişasının kəskin iltihabı, əksərən, burun və burun-udlağın kəskin katarının davamı kimi meydana çıxır.

Klinik şəkli. Kəskin faringit udlaqda quruluq, zəif ağrı, gərginlik hissi, göynəmə ilə müşayiət olunur. Obyektiv müayinə zamanı selikli qişanın hiperemiyası qeyd olunur. Udlağın arxa divarının selikli qişasının səthində qırmızı dənələr şəklində ayrı-ayrı follikullar görünür. Temperatur, adətən, normal bəzən azacıq yüksəlmiş olur. Xəstənin ümumi vəziyyəti az pozulur.

Müalicə. Temperatur yüksəlmiş olduqda yataq rejimi və antibakterial dərmanlar, aspirin təyin olunur. Xəstəyə isti və qıcıqlandırmayan duru qida verilir. Antibakterial qarqaralar təyin edilir. Yerli olaraq tərkibində antibakterial preparatlar olan qarqaralar, spreylər və sorucu həblər təyin edilir. Bütün qarqaraları azacıq isidilmiş halda işlətmək tövsiyə olunur. Qarqara üçün hazırlanmış məhluldan ağıza azacıq udum götürərək başı bir qədər arxaya əyməklə onun udlağın mümkün qədər dərin yerinə düşməsinə imkan vermək lazımdır.

Xronik faringit. Udlaq selikli qişasının xronik iltihabının kataral, hipertrofik və atrofik formaları ayırd edilir. Etioloji amil kimi xronik zökəm, burun əlavə ciblərinin irinli xəstəlikləri, xronik tonzillit və s. qeyd olunur.

Klinik şəkli. Kataral faringit zamanı boğazda qıcıqlanma, yad cisim hissiyatı, udma zamanı ağrı, qida qəbulundan sonra ağrının güclənməsi, daimi öskürmə əmələ gəlir. Öskürmə səhər daha çox olur və bəzən ürəkbulanma və hətta qusma ilə müşayiət olunur. Faringoskopiya zamanı udlaq selikli qişasının yayılmış hiperemiyası və şişkinliyi aşkarlanır. Hipertrofik faringit zamanı yuxarıda sada-

lanan əlamətlər daha qabarıq şəkildə nəzərə çarpır. Faringoskopiya zamanı limfoid toxumanın udlağın dal divarında böyük qırmızı dənələr şəklində(qranula) toplanması qeyd olunur. Atrofik faringitdə isə xəstələr boğazda daimi quruluq hiss edirlər, qartmaqlar əmələ gəlir. Faringoskopiya zamanı udlağın selikli qişası quru, parlaq, sanki nazik lak qatı ilə örtülmüş olur, bəzən qurumuş selik, qartmaqlar aşkar edilir.

Müalicə əsas səbəblərin aradan qaldırılmasına yönəldilməlidir. Yerli olaraq dərman maddələri xroniki faringitin formasından asılı olaraq aerozol, inhalyasiya və selikli qişaya yaxılma formasında tətbiq edilir. Kataral forma zamanı 0,5-2%-li natrium bikarbonatın (soda), 1%-li natrium xloridin (xörək duzunun) ilıq məhlulu və müxtəlif antiseptik məhlullar ilə qarqara etmək tövsiyə olunur. Hipertrofik formada böyümüş qranulaların dağlama metodundan istifadə olunur. Prosedur, adətən, gümüş nitratın 10-40%-li məhlulu ilə və ya xüsusi elektrokauter aparatı vasitəsi ilə həkim tərəfindən həyata keçirilir. Atrofik formada udlaq selikli qişasının Lyuqol məhlulu (yod, kalium yodid, qliserol) ilə yaxılması da müsbət nəticə verir. Bu zaman daxilə vitamin A, 30%-li kalium yodid təyin edilir. Xroniki faringitin bütün formalarında fizioterapevtik prosedurlar sagalmanı tezləşdirir.

Anginalar

Angina – udlaq limfadenoid toxumasının, ən çox da damaq badamcıqlarının iltihabı və regionar limfatik düyünlərin böyüməsi ilə müşayiət olunan ümumi kəskin infeksiyon xəstəlikidir. Eyni zamanda damaq badamcıqlarının kəskin iltihabı kəskin tonzillit, burun-udlaq badamcığının kəskin iltihabı adenoidit də adlandırılır. Dil badamcığının, udlağın yan balıqlarının və qırtlağın da anginası ayırd edilir. Qırtlaq anginası dedikdə qırtlaq limfadenoid toxumasının kəskin iltihabı nəzərdə tutulur.

Anginaların səbəbi ən çox streptokokk, az hallarda stafilkokk ya pnevmokokk infeksiyasıdır. Meyllik yaradan amillərə isə orqanizmin ümumi müqaviməti azalmış olduqda, əsnəyin və badamcıq-

ların selikli qişasının termiki, kimyəvi və mexaniki qıcıqlanmaları aiddir.

Xəstəliyin ağırlığına, badamcıqlarda ərplərin olub olmamasına, xarakterinə və yerləşməsinə görə anginalar kataral, follikulyar, lakunar, herpetik, fibrinoz, fleqmanoz, xoralı-nekrotik anginalara bölünürlər.

Kataral angina. Əvvəlcə xəstələrin şikayətləri boğazda quru-luq və göynəmədən ibarət olur. Sonra bunlara hər bir udma hərəkəti zamanı boğazda ağrılar qoşulur. Adətən temperatur yüksəlmiş olur. Xəstəlik uyğun müalicə ilə orta hesabla 3-4 gün çəkir. Çənə bucağı altındakı limfatik düyünlər şişkin və ağrılı olurlar (şəkil 91).

Follikulyar angina. Çox vaxt xəstəlik birdən-birə üşütmə və bununla birlikdə temperaturun kəskin surətdə 40^0 -dək yüksəlməsi, boğazda ağrı, ətraflarda sızıltı, baş ağrısı və ümumi halsızlıq ilə başlayır. Follikulyar angina eyni zamanda burun-udlaq və dil badamcıqları da zədələyə bilər. Follikulyar angina kəskin gedərək müalicə ilə, adətən, 5-7 gündə tam sağalma ilə başa çatır. Hər iki badamcıqın qızarmış və şişmiş selikli qişasında çoxlu miqdarda sancaq başı böyüklüyündə azacıq qalxan sarımtıl yaxud sarımtıl-ağ rəngli girdə nöqtələr meydana çıxır, bunlar badamcıqların irinləşmiş follikullarıdır. Follikullar badamcıqın açıq səthindən kənara çıxmır. Sarımtıl-ağ nöqtələr tədricən böyüyərək irinləyir və udlaq boşluğuna açılır (şəkil 92).

Lakunar angina, adətən, udma zamanı ağrı, temperaturla müşayiət olunur və ağrı daha qabarıq olur. Xəstəlik zamanı temperaturun 40^0 -dək yüksəlməsi baş verir və çox vaxt adekvat müalicə aparıldıqda orta hesabla 5-7-ci gün başa çatır, ağırlaşmalar olduqda daha uzun müddət də çəkir. Badamcıqların bir qədər şişkin və qızarmış selikli qişasında lakunaların dərinliyindən qalxan ağ ya sarı ərplər əmələ gəlir. Ərp badamcıq səthində adacıqlar şəklində yayılır. Badamcıqların sərbəst səthini örtən sarımtıl-ağ rəngli pərdə ya zolaq şəklində bütöv ərp tez-tez əmələ gəlir. Regionar limfatik vəzilər böyümüş və ağrılı olur (şəkil 93).

Fibrinoz angina. Follikulyar və ya lakunar anginalar bir çox hallarda fibrinoz angina kimi inkişaf edə bilər. Bu anginaların gedişi dövründə badamcıqların səthində fibrinoz ərp əmələ gəlir və ətraf

sahələrə yayılır.Fibrinoz angina bəzən psevdodifteriya da adlanır. Difteriyadan fərqli olaraq fibrinoz ərp qopduqda altında qansızma müşahidə olunmur və diaqnoz udlaqdan götürülmüş yaxmanın nəticəsi ilə təsdiq olunur.

Müalicə.Xəstəyə yataq rejimi tövsiyə olunur, sıyıqvarı qida təyin edilir və daxilə salisilatlar və antibakterial dərmanlar verilir.Həmin dərmanlardan penisillin qrupu antibiotiklərinə üstünlük verilir.Əsnəyi qarqara etmək üçün antiseptik maddələrdən furasillinin, 3%-li hidrogen-peroksidin, kalium-permanqanatın durulaşdırılmış zəif məhlulları, xlorheksidin məhlulu,çobanyastığı, adaçayı dəmləməsi və s. təyin edilir.Antibakterial dərmanların aerosol və sovurucu həb formalarından da istifadə edilir.Boyuna isidici, o cümlədən yarımşpirtli kompres qoyulması da yaxşı təsir göstərir.

Fleqmonoz angina və ya intratonzillyar abses.Badamcıqdaxili abseslər çox geniş yayılmayıbdır.Adətən bir tərəfli olur və badamcıqın izolə olunmuş bir sahəsinin irinli zədələnməsi ilə əlaqədardır.Bu zaman badamcıq hiperemiyalı və həcmcə böyümüş olub palpasiyası ağrılıdır.Paratonzillyar absesdən fərqli olaraq kiçik badamcıqdaxili abseslər çox az yerli və ümumi simptomatika ilə,bəzən isə simptomusuz özünü biruzə verir.

Müalicə.Abseslərin geniş açılması və residiv verərsə tonzillektomiya əməliyyatı aparılır.

Herpetik angina qrip,adenoviruslar və Koksaki virusu tərəfindən törədilir. Ən çox kiçik yaşlı uşaqlarda müşahidə olunur və çox yolxucudur.Udğunmanın kəskin ağrılı olması,hərərətin 38-40⁰-yə qədər yüksəlməsi,baş və əzələ ağrıları, qusma və ishal müşahidə olunur.Farinqoskopiya zamanı udlağın selikli qişasının diffuz hiperemiyası və üzərində qırmızımtıl qovuqların əmələ gəlməsi üzə çıxır.3-4 gündən sonra bu qovuqlar partlayır və tam sovrularaq sağalma baş verir.

Müalicəsi virus əleyhinə tədbirlər,vitaminoterapiyadır.

Xoralı-nekrotik angina iyvari çöplər (B.fusiformis) və ağız boşluğu spirohətləri (Spirochaeta buccalis) tərəfindən törədilir.Xəstəliyə rəvac verən amillər arasında umümi və yerli müqavimətin aşağı düşməsi, qanyaradıcı oraqnların xəstəlikləri,vitamin çatmamazlığı(xüsusin C və B), kariyesli dişlər, damaq xəstəlikləri xüsusi

yer tutur. Xəstələr udlaqda yad cisim hissiyatı, ağızdan pis qoxunun gəlməsi, tüpürcək ifrazatının artmasından şikayətlənirlər. Udqunma əksərən ağrısızdır. Bədən hərarəti normal və ya subfebril olur. Farinqoskopiya zamanı damaq badamcıqları üzərində uzun müddət sağalmayan, ortasında irinli ərپ olan, kələ-kötür xoralar müşahidə olunur.

Müalicə. Yerli müalicə 3%-li hidrogen-peroksidin, kalium-permanqanatın durulaşdırılmış zəif məhlulları, furasillin, xlorheksidin kimi antiseptik məhlullar ilə qarqara, xoraların xlorofillipt və ya 10%-li novarsenolun yağlı məhlulları ilə işlənməsindən ibarətdir. Uzun müddətli gedişat və dərin nekrozlar zamanı antibiotikoterapiya, fizioterapiya təyin edilir.

Burun-udlaq badamcığının kəskin iltihabı – adenoiditin gedişi və klinikası burun-udlağın kəskin iltihabı (rinofaringit) ilə eynidir. Bu zaman əlavə olaraq adenoid toxumasının hiperemiyası, şişkinliyi və bəzən üzərinin irinli ərplə örtülməsi də qeyd olunur.

Müalicə. Müalicə kəskin zökəmdə və anginalarda olduğu kimidir.

Dil badamcığının anginası xeyli az rast gəlinir. Ümumi əlamətlər başqa anginalar zamanı olduğu kimidir. Yerli əlamətlərə udma zamanı ağrılar, dilin kökünə şpatellə basdıqda şiddətli ağrıların olması, dil badamcığının hiperemiyası və şişkinliyi aiddir. Badamcığın üzərində bəzən, follikulyar və lakunar anginadakı kimi, ayrı-ayrı sarımtıl irinli nöqtələr və ya bütöv irinli ərп olur.

Müalicə. Müalicə damaq badamcıqlarının kəskin iltihabında olduğu kimidir.

Anginaların ağırlaşmaları. Bunlara paratonzillyar abses, orta qulağın kəskin iltihabı, udlaqarxası və udlaqətrafi abseslər, qırtlaq ödem, sepsis və s. aiddir. Bu ağırlaşmalar arasında ən çox rast gəlinəni paratonzillyar absesdir. Bu zaman kəskin tonzillitlərin gedişində infeksiya dərin badamcıq lakunaları vasitəsi ilə badamcıqyanı birləşdirici toxumaya düşür və orada iltihabi reaksiya, daha sonra abses törədir.

Kliik şəkli. Getdikcə şiddətlənən boğazdakı ağrılardan şikayət paratonzillyar absesin başlıca əlamətidir. Damağın qızarmış yarısı sürətlə şişməyə başlayır. Bu tədricən badamcığı örtür və şişkin dil-

çəyin qarşı tərəfə yerdəyişməsinə səbəb olur. Ağrı kəskin, sancan xarakter alır, çox vaxt qulağa irradiasiya edir. Xəstə ağızını çətinliklə açır, başını hərəkətsiz və xəstə tərəfə əyilmiş halda saxlayır. İrin-ciklərin yerləşməsindən asılı olaraq badamcıqyanı – paratonzilliar, badamcıqarxası – retrotonzilliar, badamcıqdaxili – intratonzilliar abses ayırd edilir.

Absesin yetişməsi 5-7 gün davam edir. Pulsasiyalı ağrı və infiltratın hər hansı yerində yumşalma ilə bərabər böyüməsi müşayiət olunur. Çox vaxt irinlik öz-özünə ön qövsdən partlayır ya da badamcıqdan keçməklə boşalır.

Müalicə. Əvvəlcə antibiotiklər və sulfanilamid prepatatları işlətməklə iltihabı prosesi infiltrasiya mərhələsində aradan qaldırmaq olur. İnfiltratın sorulması sürətlənsin deyə boyun nahiyəsinə isidici kompres, hər 2 – 3 saatda 2%-li soda məhlulu buxarları ilə inhalyasiya, 3%-li hidrogen-peroksidin, kalium-permanqanatın durulaşdırılmış zəif məhlulları, furasillin və xlorheksidin məhlulları ilə ilıq qarqaralar və s. tətbiq edilir.

Ağırlaşmış hallarda, abses özü boşalmadıqda, cərrahi yolla absesi yarıb irin xaric edilir. Çox vaxt yetişmiş irinliyi küt zond yaxud əyri kornsanq vasitəsilə badamcıqüstü çuxurdan badamcıq kapsulunu deşərək yarmaq mümkün olur. Ön badamcıqyanı irinliyi ön damaq qövsündən keçməklə onun kənarından 1-2 sm bayırdan, ən çox qabardığı və yumşaldığı yerdən yarırlar.

Xroniki tonzillit

Damaq badamcıqlarının xronik iltihabı və ya xroniki tonzillit tez-tez təkrar olunan anginalar nəticəsində əmələ gələn xəstəlikdir. Xroniki tonzillitin əmələ gəlməsinə burun və əlavə ciblərinin, burun-udlağın xəstəlikləri, kariyes dişlər də şərait yaradır. Bundan əlavə allergik vəziyyət, orqanizmin ümumi müqavimətinin zəifləməsi, badamcıqların anatomik quruluşu xronik tonzillitin əmələ gəlməsinə səbəb ola bilər. İltihabi proses badamcıqların lakunalarında yerləşir. Lakunaların yastı epitel qoparaq bakteriyalar və leykositlərlə birlikdə orada toplanır və tıxaclar şəklində pis iyli kazeoz kütləyə çevrilir. Lakunalar genəlmiş olduğundan badamcıqlar göv-

şək, deşik-deşik olur və tez-tez badamcıqların sərbəst səthi ilə damaq qövslərinin bitişmələri qeyd edilir (şəkil 94).

Xroniki tonzillitin akademik İ.B.Soldatovun klassifikasiyası ilə iki forması ayırd edilir: kompensasiyalı və dekompensasiyalı. Kompensasiyalı forma yalnız yerli əlamətlərlə özünü göstərir. Dekompensasiyalı formada isə tez-tez residiv verən anginalar, paratonzilyar abseslər, ürək, böyrək, oynaqlar və s. sistemlərin xəstələnməsi baş verir.

Klinik şəkli. Xəstələr badamcıqlar nahiyəsində xoşagəlməz duyğudan, udma zamanı ağrıdan, ağızdan qoxu gəlməsindən şikayət edirlər. Xəstədə subfebril temperatur, baş ağrıları, süstlük, bəzən öskürək, qulaqda yüngül dəşici xarakterli ağrılar ola bilər. Farinqoskopiya zamanı damaq qövslərinin kənarının qalınlaşması və hiperemiyası, badamcıqların kövşək olması, lakunalarda kazeoz-irini tıxacların yerləşməsi, çənəaltı və boyun limfa düyünlərinin böyümüş və ağrılı olması əsas yerli simptomlar sayılır. İki və daha çox yerli əlamətin olması diaqnoz qoymağa əsas verir.

Müalicə. Xronik tonzillitlər zamanı konservativ ya cərrahi müalicə tətbiq olunur. Konservativ müalicə kursu badamcıq lakunalarının furasillin, rivanol, xlorheksidin və s. kimi antiseptik məhlullarla yuyulmasından, badamcıq səthinin Lyuqol məhlulu ilə silinməsindən, fizioterapevtik metodlardan badamcıqların ultrabənövşəyi şüalandırılması, ultrayüksək tezlikli elektromaqnit dalğalarının (UYT) tətbiqi və ultrasəs terapiyasından (fonoforez) ibarətdir. Bunlarla yanaşı orqanizmin müqavimətinin artırılması istiqamətində də tədbirlər (vitaminlər, biostimuləedici və s.) aparılmalıdır. Müalicə kursu 10-15 prosedurdan ibarətdir. İldə 2-3 dəfə təkrarlana bilər.

Tez-tez təkrar olunan paratonzilyar abseslər, daxili üzvlər tərəfindən ağırlaşmalar ilə müşayiət olunan anginaların remissiya fəzasında və xroniki tonzillitin dekompensasiya mərhələsində cərrahi əməliyyat - tonzillektomiya əməliyyatı aparılır.

Adenoidlər

Burun-udlaq badamcıqlarının hipertrofiyası adenoid adlanır. Burun və udlaqdakı təkrari iltihabi xəstəliklər nəticəsində burun-udlağın arxa yuxarı divarında yerləşmiş burun-udlaq badamcığı böyüyərək xoanaları, Yevstax borularının burun-udlaq ağzını qapayır. Qızılca, skarlatina, qrip, difteriya kimi infeksiyon xəstəliklər bəzən adenoidlərin daha tez böyüməsinə təkan verir. Bunlar əsasən 3 yaşından 8-10 yaşa qədər uşaqlarda müşahidə olunur. Lakin onlara həyatın birinci ilində də, cinsi yetişmə dövründən sonra da rast gəlinə bilər. Cinsi yetişkənlik dövrü başlananda adenoidlər, adətən, atrofiyalaşmağa başlayır və 22-23 yaşda, demək olar ki, tam sovrulur.

Klinik şəkli. Burunun tutulması və adi konservativ müalicəyə tabe olmayan tez-tez baş verən zökəm adenoidlərin başlıca əlamətləridir. Burun tənəffüsü çətinləşdiyindən adenoidli uşaqlar ağız açıq halda yatır, hətta gündüz də onların ağız yarım açıq vəziyyətdə olur. Buna görə də onların burun-dodaq büküşü hamarlaşmış, üzün ifadəsi isə laqeyd və apatik olur. Burun-udlaq badamcığının böyüməsi ilə çox vaxt limfadenoid toxumanın başqa elementlərinin və xüsusilə damaq badamcıqlarının da böyüməsi müşahidə olunur. Nəticədə burun tənəffüsü daha artıq dərəcədə pozulur. Adenoidləri olan uşaqlar çox zaman həm əqli cəhətdən, həm də fiziki inkişafdan geri qalırlar. Uşaqlar tez-tez baş ağrısından və zehni işdə diqqəti cəmləşdirə bilməməkdən şikayət edirlər.

Adenoidlər orta qulağın ventilyasiyasını çətinləşdirərək eşitmənin də tədricən zəifləməsinə səbəb olur. Xoanalar hipertrofiya olmuş burun-udlaq badamcığı tərəfindən qapanmış olduğundan belə uşaqlarda səs də tıntın olur.

Müalicə. Adenoidlər zamanı müalicə, əsasən, operativ olur. Adenoidlərin çıxarılması əməliyyatına-adenoidotomiyaya göstəriş yalnız adenoidlərin böyüklüyü deyil, həm də əsasən onların orqanizmdə törətdiyi pozğunluqlar da sayılır. Belə pozğunluqlara konservativ müalicəyə tabe olmayan zökəm və orta qulağın təkrari xəstəlikləri aid edilir.

Damaq badamcıqlarının hipertrofiyası

Damaq badamcıqlarının hipertrofiyası əsasən uşaq yaşlarında rast gəlinir. Badamcıqlar, adətən, sürətlə böyümüş olur, damaq qövs-ləri arxasından xaricə çıxır və orta xətt üzrə bir-birinə toxunur. Uşaqların hipertrofiyalaşmış badamcıqlarında, adətən, iltihabi dəyişikliklər olmur. Zaman keçdikcə bir növ “fizioloji” hipertrofiyaya uğramış bu badamcıqlar öz normal ölçülərinə qədər kiçilə bilər. Bəzən bu proses ləngiyir, onda yaşlılarda da nisbətən böyük badamcıqlar müşahidə etmək olur.

Müalicə. Xəstəyə ümumi möhkəmləndirici müalicə tədbirləri təyin etmək, gigiyenik rejim, tamdəyərli qidalanma lazımdır. Uşaqlarda damaq badamcıqlarının hipertrofiyası zamanı bu badamcıqlar danışma, tənəffüs, qida qəbulu üçün mexaniki maneə olduqda tonzillotomiya əməliyyatına – əsnəyin mənfəzinə keçən artıq hissələrin tonzillotom alətinin köməyi ilə kəsilməsinə müraciət olunur.

Tənəffüs yolu və qida borusunun yad cisimləri

Yad cisimlər (qəpik, düymə, müxtəlif tum dənəsi, sümük, dırnaq, tikan və s.) tənəffüs yoluna və qida borusuna yemək zamanı, gülərkən və oynayarkən düşə bilər. Klinik şəkli yad cismin xarakterindən (iti və küt), böyüklüyündən və onun hansı üzvə düşməsindən asılıdır..

Yad cisim tənəffüs yoluna düşdükdə güclü öskürək, uzun göyərməsi, boyun damarlarının şişməsi və gözlərdən yaş axması baş verir. Bir müddətdən sonra öskürək dayanır, ancaq yad cisim hərəkət etdikdə yenidən davam edir. Böyük ölçülü yad cisimlə bronxun tıxanması baş verdikdə, ağ ciyərin müvafiq hissəsinin atelektazi meydana gəlir.

Qida borusuna düşən yad cisimlərin klinik şəkli tamamilə fərqlənir. Qida borusundan kifayət qədər böyük və iti cisimlər xüsusi zərər vermədən keçə bilərlər. Çox zaman bir ucu iti cisimlər (balıq sümükləri) qida borusundan keçərkən divara ilişib qalırlar. Bu zaman udma vaxtı ağrı əmələ gəlir və qatı qida yemək borusundan

keçə bilmir. Yad cisim uzun müddət ilişib qaldıqda ezofaqitə və ya qida borusunun divarınındeşilməsinə səbəb ola bilər.

Diaqnozun qoyulması anamnez, rentgenoqrafiya, ezofaqoskopiya, larinqoskopiya və bronxoskopiyaya əsaslanır.

Müalicəsi. Yad cisimlər larinqoskopiya, bronxoskopiya və ezofaqoskopiya ilə çıxarılır. Göstərilən üsullarla yad cismin çıxarılması mümkün olmadıqda onda cərrahi müdaxiləyə müraciət olunur. Bu məqsəd ilə qida borusu və ya traxeya açılır, yad cisim xaric edilir.

Qırtlağın stenozu. Traxeostomanın texnikası

Qırtlağın stenozu (daralması) yaralanmalar, iltihabi proseslər və s. səbəbindən baş verir. Kəskin hallarda yumşaq toxumaların ödemninə nəticəsində, gecikmiş hallarda isə çapıq toxumasının inkişafı səbəbindən yaranır. Kliniki olaraq tənəffüsün çətinləşməsi ilə özünü göstərir. Ağır hallarda boğulma səbəbindən ölüm baş verə bilər. Kəskin hallarda təcili olaraq traxeostoma tətbiq etmək lazımdır. Gecikmiş hallarda isə xroniki stenozu ləğv etmək məqsədilə qırtlaqda plastik əməliyyatlar aparılır.

Traxeostomiya üçün xüsusi alətlər dəsti mövcuddur: küt və iti tək dişli qarmaqlar, traxeyanın yara genişləndiricisi və cüt traxeostoma kanyulası. Xüsusi alətlər dəstindən əlavə olaraq ümumi cərrahi alətlər - skalpel, anesteziya üçün şpris, hemostatik sıxıcılar və s. də istifadə olunur. Traxeostomiya dəsti hər zaman istifadəyə hazır və steril vəziyyətdə olmalıdır.

Traxeostomiyanın texnikası aşağıdakı kimidir. Yerli və ya ümumi anesteziya altında boyunun ön səthində traxeya səviyyəsində köndələn kəsiklə dəri və dərialtı toxumalar kəsilərək traxeyanın mənfəzi açılır. Traxeyanın yarasına xüsusi genişləndirici qoyulur və onun köməyi ilə traxeostomiya borusu mənfəzə yerləşdirilir (şəkil 95). Borunun ətrafındakı yumşaq toxumaya seyrək tikişlər qoyulur. Boru bint lentləri ilə boyuna təsbit olunur. Bundan sonra xəstə traxeostoma borusu ilə nəfəs alır.

Yadda saxlamaq lazımdır ki, traxeostomiya borusunun yerləşdirilməsindən sonra xəstə danışa bilmir (hava qırtlaqdan keçmir), əgər borudakı dəlik örtülərsə xəstə danışa bilər.

Traxeostomiya əməliyyatından sonrakı dövrün fəsadları aşağıdakılardır:

1.Traxeostomik borunun etibarlı fiksasiya edilməməsi nəticəsində onun çıxması. Bu zaman xəstəni həyata qaytarmaq üçün dərhal yara genişləndirilir, çıxmış boru yerinə salınır, tənəffüs bərpa olunandan sonra xəstə sakitləşdirilir və müalicə həkimi palataya dəvət olunur.

2.Kəskin tənəffüs çatışmazlığı – traxeostomik borunun daxili ucunun qatı irinli möhtəviyyatın, qan laxtasının, özlü ifrazatın tıxanması nəticəsində əmələ gəlir. Belə hallarda boğulma nəticəsində ölüm bir neçə dəqiqəyə baş verə bilər. Bu zaman daxili boru dərhal çıxarılır və xarici borudan cərrahi sorucu vasitəsilə traxeyadakı möhtəviyyat sorulur.

3.Traxeyanın sıxılması ilə boynun dərialtı emfizeması –havanın dərialtına sızması nəticəsində boynun həcmi böyüyür və şişir.Vaxtında köməklik göstərilməsə emfizema üz və döş qəfəsinə də yayılır. Bu zaman xəstənin vəziyyəti haqqında həkim təcili məlumatlandırılmalıdır.

4.Yaranın irinləməsi - əməliyyat həyati göstəriş əsasında icra edildikdə aseptikanın gözlənilməməsi nəticəsində əmələ gəlir və müvafiq cərrahi işləmə vasitəsilə aradan götürülür.

5.Traxeostomik borunun uzun müddət saxlanması nəticəsində inkişaf edən yataq yarasından təhlükəli qanaxma baş verə bilər. Bu halın qarşısını almaq üçün manjetli borudan istifadə etmək lazımdır.Vaxtaşırı həmin manjetin havası boşaldılır və müəyyən müddətdən sonra yenidən doldurulur.Vurulan hava manjeti dolduraraq traxeyada hermetizasiya yaradır.

Udlaq və qırtlaq xəstəliklərində xəstələrə nəzarət və qulluq

Udlaq xəstəliklərində xəstələrə nəzarət və qulluq.Tibb bacısı udlaq xəstəliklərində ümumi müalicə metodlarını sərbəst şəkildə icra etməyi bacarmalıdır. Bu metodlara isidici kompreslər, boğazı qarqara etmək, inhalyasiya,udlağa dərman maddələrinin yaxılması aiddir.

İsidici kompresləri işlətməkdə məqsəd irinli yumşalmanı və ya prosesin sorulmasını sürətləndirməkdir. Onlar eyni zamanda ağrı-kəsici təsir də göstərirlər. İsidici kompres boyuna qoyulur, kompres yerini dəyişməsin deyə başdan keçməklə bintlənir. Gün ərzində hər biri 2 – 3 saat qalmaqla bir neçə dəfə kompres qoymaq və onların arasında 2 – 3 saatlıq fasiləni gözləmək lazımdır.

Boğazı qarqara etmək ağızın, əsnəyin və udlağın orta şöbəsinin selikli qişasını ifrazatdan təmizləmək və eyni zamanda ona müalicəvi təsir göstərmək məqsədi daşıyır. Atrofik və kataral faringitlər zamanı boğazda quruluğu və gərginlik hissini azaltmaq məqsədilə zəif qələvi məhlullar ilə qarqara edilir. Kəskin iltihablar və xoralı proseslər zamanı antiseptiklər və az toksik maddələr: 3%-li hidrogen-peroksidin (bir stəkan suya bir çay ya xörək qaşığı hesabı ilə), kalium-permanqanatın (bir stəkan suya bir neçə kristal) durulaşdırılmış zəif məhlulları, xlorheksidin məhlulu və s. işlədilir. Dərman udula biləcəyinə görə qarqara üçün işlədilən məhlullar elə qatılığa malik olmalıdırlar ki, hətta böyük dozalarda zəhərlənmə törədə bilməsinlər.

İnhalyasiya və aerozol formasında dərmanlar, əsasən, tənəffüs yollarının daha dərin hissələrinin pozulmalarında tətbiq edilir. Buxar və ya ultrasəsli və ya kompressorlu inhalyasiyalar üçün xüsusi inhalyatorlardan istifadə olunur.

Udlağa dərman maddələrinin yaxılması üçün pambıq tampon sarınmış yivlərə malik xüsusi düz ya əyri zondlardan istifadə olunur.

Udlağın arxa divarı selikli qişasının hipertrofik prosesləri zamanı dağlama metodundan istifadə olunur. Prosedura dağlayıcı dərmanların qatı məhlulları (daha çox gümüş nitratın 5-10%-li məhlulu) ilə və ya xüsusi elektrokauter aparatı vasitəsi ilə həkim tərəfindən həyata keçirilir. Dağlayıcı dərmanlarla dağlama xüsusi udlaq zonduna möhkəm bağlanmış və dərmanla cüzi isladılmış pambığın köməyi ilə yerinə yetirilir. Bu zaman həmin dərmanların kristallarından istifadə etmək məsləhət deyil, çünki bir hissəsi qoparaq udu-la bilər.

Traxeostomalı xəstələrə nəzarət və qulluq. Traxeostomalı xəstələrə qulluq xüsusi diqqət və aseptikanın əsaslı surətdə gözlənil-

məsini tələb edir. Traxeostoma ilə tənəffüs edən xəstənin traxeyasının selikli qişasında quruluğun əmələ gəlməsi orada iltihabın inkişafına səbəb olur. Xəstənin effektiv öskürə bilməməsi, traxeyada seliyyin, bəlgəmin, qan laxtasının və ya irinli ifrazatın toplanmasına səbəb olur.

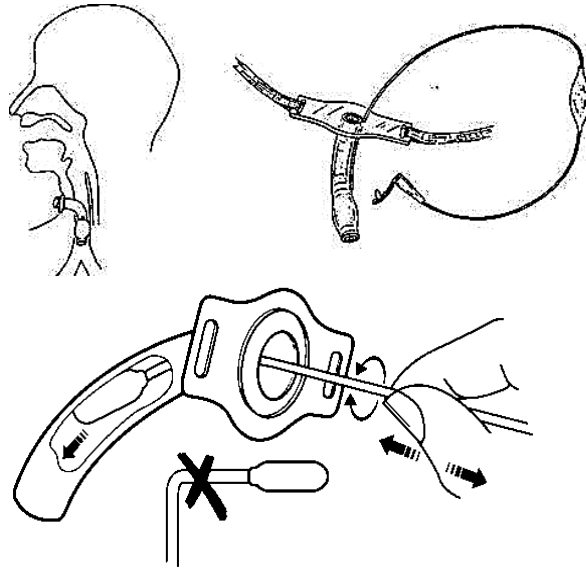
Traxeostomaya steril bir yara kimi yanaşmaq lazımdır. İlk 3 gündə hər 2-3 saatdan bir traxeobronxial ağac təmizlənir, daxili borunun kanyulası ölçüsünə uyğun olaraq yenisi ilə əvəz olunur. Palatada havanın sanasiyası aparılır.

Traxeostomik borunun özlü ifrazatla tıxanması nəticəsində əmələ gələn asfiksiyanın profilaktikasından ötrü traxeostomik boru mütəmadi təmizlənir (şəkil 61). Bunun üçün kateter cərrahi sorucuya birləşdirilir. Xəstənin başı kateterin dimdiyinin əksi istiqamətində yana çevrilir. Kateter maksimal olaraq maneəyə rastlaşana qədər bronxlardan birinə yeridilir. Öskürək yarandıqda kateterin yeridilməsi dayandırılır və nəfəsalma zamanı yenidən davam etdirilir. Kateter stomadan maksimum uzaqda yerləşdirilir. Bu zaman kateteri öz oxu ətrafında fırlatmaq tələb olunur, amma onu yuxarı və aşağı hərəkət etdirmək olmaz. Sonra cərrahi sorucu işə salınır və 5-10 saniyə aparılan aspirasiyadan sonra kateter çıxarılır, sorucu söndürülmədən kateter steril bankaya tökülmüş furasillin məhlulu ilə yuyulur.

Traxeostomik boruda yığılmış qatı selikli ifrazat 4-5 damcı 4%-li natrium hidrokarbonat məhlulu ilə, özlü bəlgəm 1 ml təzə hazırlanmış ximopsin və ya tripsin məhlulu ilə durulaşdırılıb xaric edilir. Prosedur 3-5 saniyə intervalla 4-5 dəfə təkrarlanır və ifrazat cərrahi sorucu vasitəsilə aradan götürülür.

Traxeyanın selikli qişasının iltihabının qarşısını almaqdan ötrü, traxeyaya həkim təyinatına əsasən sınaq qoyulduqdan sonra 1 ml antibiotik məhlulu əlavə edilir.

Traxeostomanın ətraf dərisinin işlənməsi üçün selik sorulduqdan sonra traxeostomik kanyulanın daxili borusu traxeyadan çıxarılır, müvafiq ölçülü yeni kanyulanın hazırlanmış steril daxili borusu steril vazelin yağında isladılmış steril salftlə silinir və xarici traxeostomik kanyulaya yeridilərək kilidlə fiksə edilir. Kanyulanın ətraf dərisi və tikişlər əvvəl 1%-li yodonat məhlulunda, sonra isə 96⁰-li etil spirtində isladılmış kürəciklərlə silinir.



Şəkil 61. Traxeostomik borunun yerləşməsi və təmizlənməsi

Salfet bir tərəfdən ortasına qədər kəsilir və kanyulanın “qalxan”ının altına keçirilir (salfet 4-5 saatdan bir və ya islandıqda dəyişdirilir). Selikli qişanın qurumasının qarşısını almaqdan ötrü kanyulanın traxeostomik dəliyi 0,9%-li natrium xlorid məhlulunda isladılmış salfetlə “önlük” şəklində örtülür. Metal boru gündə 2-3 dəfə, plastik boru isə gündə 1 dəfə dəyişdirilir.

Traxeostomik boruya qulluğu xəstənin özünə də öyrətmək lazımdır. Bunun üçün xəstə güzgü qarşısında dayanır. Xarici traxeostomik borunun cəftəsi “yuxarı” vəziyyətə gətirilir. Sol əlin baş və göstərici barmağı ilə xarici traxeostomik borunun lövhəsi hər iki tərəfdən fiksə olunur. Sağ əlin baş və göstərici barmağı ilə daxili traxeostomik borunun “qulaqcığı” möhkəm tutulur və “özündən” əks istiqamətə doğru qövsvari hərəkətlə çıxarılır. Daxili boru sabun məhlulu olan qaba yerləşdirilir və boru təmizləyənlə bütün səthi selikdən təmizlənir. Daxili traxeostomik boru axar su altında yuyulur. Daxili traxeostomik boru 70⁰-li etil spirtində isladılmış salfetlə silinir və steril salfetlə qurudulur. Xarici traxeostomik borunun lövhəsi sol əlin baş və göstərici barmaqları ilə fiksə olunur. Daxili traxeos-

tomik borunun “qulaqcıg”ından sağ əlin baş və göstərici barmaqları ilə tutularaq xarici borunun dəliyinə salınır və cəftə “aşağı” vəziyyətə gətirilir. Qış aylarında gəzinti zamanı borunun dəliyini ikiqatlı tənzif-salfetlə örtmək lazımdır. Yay aylarında isə həmin salfeti su ilə islatmaq lazımdır. Borunu gizlətmək üçün boğazı şarf və ya yaylıqla da örtmək olar.

Yoxlama sualları:

1. *Angina nədir və onların təsnifatını danışın.*
2. *Anginalı xəstələrin diaqnostikası və müalicəsi necə aparılır?*
3. *Xroniki tonzillit nədir və necə təsnifləşdirilir?*
4. *Xroniki tonzillitlərin konservativ müalicəsi necə aparılır?*
5. *Adenoidlər və onların müalicəsi haqqında danışın.*
6. *Tonzillitektomiyaya göstərişləri izah edin.*
7. *Tonzillitektomiyaya əks göstərişlər hansılardır?*
8. *Traxeostomalı xəstələrə qulluq necə aparılır?*
9. *Qırtlağın stenozu nə üçün yaranır?*
10. *Traxeostomanın hansı ağırlaşmaları ola bilər?*
11. *Yuxarı tənəffüs yollarına yad cisim düşdükdə ilk yardım necə göstərilir?*

Situasiya məsələləri:

I. 19 yaşlı xəstə udqunma zamanı ikitərəfli boğaz ağrıları şikayətilə poliklinikaya müraciət edib. İki gündür ki, xəstədir. Xəstəliyini soyuqdəymə ilə əlaqələndirir. Xəstəlik ümumi halsızlıq, titrətmə, baş ağrısı və boğazda ağrılarla başlayıb. Ümumi vəziyyəti kaftidir. Hərərəti $37,4^{\circ}\text{C}$, nəbzi 1 dəqiqədə 54 vuruşdur. Boyun limfa düyünləri böyüyüb, palpasiyada ağrılıdır. Sağ alt çənədə kariesli dişləri var. Damaq badamcıqları şişkindir, hiperemiyalıdır, səthləri hamarlaşıb, selikli ifrazatla örtülüb, hiperemiya ön damaq qövslərində yayılıb. Xəstədə hansı üzvün iltihabıdır?

II. Adenoid tip sifət nədir? Üzün hansı dəyişiklikləri bu proses üçün xarakterikdir? Bu dəyişikliklər niyə meydana çıxırlar?

MÖVZU 38. LOR üzvlərinin peşə və spesifik xəstəlikləri.

Tələbə bilməlidir:

- ✓ Peşə zərərləri haqqında ümumi məlumatı;
- ✓ Təhlükəsizlik qaydalarının istehsalatda gözlənilməsi;
- ✓ Yüksək səs tezliyinin və vibrasiyanın eşitmə üzvlərinə təsirini;
- ✓ LOR üzvlərinin peşə xəstəliklərinin əlamətlərini;
- ✓ Yuxarı tənəffüs yollarına təsir edən zərərli amillərin təsir xüsusiyyətlərini;
- ✓ Sağlamlaşdırma tədbirlər sisteminin mövsümə uyğun olaraq həyata keçirilməsini;
- ✓ Burun, udlaq və qırtlaq vələminin klinik mənzərəsini;
- ✓ Burun, udlaq və qırtlaq sifilisinin klinik mənzərəsini.

Mühazirənin planı:

- LOR üzvlərinin peşə xəstəlikləri.
- LOR üzvlərinin spesifik xəstəlikləri.
- Skleroma.

LOR üzvlərinin peşə xəstəlikləri

İnsanın həyat fəaliyyətində LOR üzvləri son dərəcə vacib əhəmiyyətə malikdir. Onların etibarlı şəkildə fəaliyyət göstərmələri yalnız aktiv həyat tərzi və insanlar arasında ünsiyyəti deyil, həm də bir sıra peşəkar vəzifələrin icrasını tələb edir. LOR üzvlərinin cərrahi xəstəlikləri və zədələnmələri ilə yanaşı onların peşə və spesifik xəstəlikləri də mövcuddur.

Eşitmə üzvünün peşə xəstəlikləri bir neçə səbəbdən əmələ gələ bilər:

1. Şiddətli səs-küyün təsiri.
2. Artmış və ya azalmış atmosfer təzyiqinin təsiri.
3. İstehsalatda rast gəlinən bəzi zərərli maddələrlə zəhərlənmə.

Eşitmə zəifliyi əmələ gətirən səbəblərdən ən başlıcası səs-küydür. Səs-küylü peşələrə qazançıları, pərcimləyiciləri, motor sınaçıları, hərbiçiləri, toxucuları və s. aid edilir. Küyün və silkələnmənin sürəkli təsiri ağır eşitməyə səbəb olur. Eşitmənin belə zəifləməsi iş stajından, küyün xarakterindən və onun qüvvəsindən asılıdır. Sübut olunmuşdur ki, eşitmənin azalması uzun sürən səs-küyün orqanizmə təsiri nəticəsində inkişaf edir.

Müəyyən edilmişdir ki, karlıqın səbəbi Korti üzvündə və eşitmə sinirində olan degenerativ dəyişikliklərdədir.

Yüksək və alçaq atmosfer təzyiqinin eşitmə üzvünə təsiri kesson işlərində, dalğıcıların və təyyarəçilərin işi zamanı müşahidə edilir. Təzyiqin dəyişməsi zamanı eşitmə üzvünün zədələnmə mexanizminin əsasını Yevstax borusu keçiriciliyinin tam və hissəvi pozulması təşkil edir. Əgər dəyişmələr yavaş olarsa, eşitmə üzvü tərəfindən reaksiya müşahidə olunmur. Dəyişmələr sürətli olduqda isə təbil pərdəsi və daxili qulaq patoloji dəyişikliyə uğrayır. Təyyarənin qalxıb-ənməsi və kesson işləri zamanı təzyiqlər fərqi qulaq pərdəsinin həddən artıq içəriyə dartılmasına və yaxud qabarmasına (partlamaq dərəcəsinə qədər) səbəb ola bilər. Uzun müddət yüksək təzyiq altında olma nəticəsində orqanizm toxumalarında ifrat miqdarda azot toplanır ki, təzyiq tez azalarkən ağciyərlər tərəfindən xaric edilən hava ilə çıxmağa macal tapa bilmir. Bu zaman qanda dövr edən azot qabarcıqları həyati vacib üzvlərin damarlarını, eləcə də daxili qulağın damarlarını tıxaya bilər. Dərinliyə düşdükdə atmosfer təzyiqinin sürətlə azalması, şiddətli ağrı hissəsinə və qulaq pərdəsinin cırılmasına səbəb ola bilər.

Zəhərli maddələrdən qurğuşun və onun birləşmələri (civə, arsen və benzol ilə işləyənlər) daxili qulağa zərərli təsir göstərir və eşitmənin pozulmalarına səbəb olur. Qulağın peşə xəstəliklərinin profilaktikası həm ictimai və həm də şəxsi profilaktika ilə həyata keçirilir. Sexlərdə küyə qarşı şəxsi profilaktika tədbirlərinin səmərəsi azdır. Çünki küyə qarşı mümkün olan hər cür vasitələrin tətbiqi (qulağın tıxanması, tıxaclı şlemlərin tətbiqi və s.) səslərin sümük ilə keçirilməsindən qoruya bilmir. İctimai tədbirlər isə texnikanın təkmilləşdirilməsi və zərərli amillərin aradan qaldırılmasından ibarətdir. Qulaq xəstəlikləri olan şəxsləri eşitmə üzvü üçün zərərli işlərə buraxılmaması tövsiyə edilir.

Yuxarı tənəffüs yollarına təsir göstərən amillərə tozu, buxar və qazları, əlverişli olmayan meteoroloji amilləri (havanın quru və rütubətli olması, temperaturun kəskin dəyişməsi, yelçəkənlər və s.) göstərmək olar. Yuxarı tənəffüs yollarının başlanğıc hissəsi kimi burun boşluğu, zərərli amillərin təsirinə başqa üzvlərə nisbətən daha çox məruz qalır. Sonra tənəffüs yollarının daha dərin şöbələri-

udlaq, qırtlaq, traxeya, bronxlar və ağ ciyərlərin alveolları zədələnir.

Yuxarı tənəffüs yollarına təsir edən ən zərərli peşə amili tozudur. Tozlar tərkibinə görə üzvi və qeyri-üzvi olub, orqanizmə mexaniki və ya kimyəvi təsir göstərirlər. Tozların təsiri nəticəsində burunun, udlağın və qırtlağın selikli qişasında iltihablar əmələ gəlir. Tozun bəzi növləri selikli vəz axacaqlarını tıxadığına görə onun qurumasına və nəticədə atrofik proseslərə səbəb olur. Bunlardan başqa bəzi sexlərdə (dəyirmanlarda, sement zavodlarında) işləyənlərdə quru rinit müşahidə olunur ki, bu da eroziyalar, xoralar, ikincili burun qanaxmaları və burun çəpərinin qıgırdaq hissəsinin deşilməsi ilə müşayiət oluna bilər. Tozun ayrı-ayrı növlərinin kimyəvi təsiri həmişə mexaniki təsirlə birlikdə olur.

Buxarlar və qazlar isə öz toksikliyi ilə həm yerli, həm də ümumi zərərli təsir göstərirlər. Yuxarı tənəffüs yollarının selikli qişasının pozulma dərəcəsi əsasən qazın suda həll olma dərəcəsindən asılıdır. Ammonyakın burun və udlağı, fosgenin isə əsasən ağ ciyər alveollarını zədələməsi bununla izah olunur. Bəzi qazlarla zəhərlənmə patogen mikrobların müəyyən növlərinin selikli qişanın dözümlüyünü azaltmasına səbəb olur və bu da yuxarı tənəffüs yollarında iltihab əmələ gəlməsinə kömək edir. Məsələn, hidrogen-sulfid və kükürd qazı ilə zəhərlənmə streptokokk və stafilyokokkların burunda inkişafına şərait yaradır. Qazlar ilə kəskin zəhərlənmə hallarında kəskin rinit, laringit əlamətləri (səsin xırıltılı olması və tədricən artması), xroniki zəhərlənmə hallarında isə selikli qişanın xroniki kataral iltihabı (boğazda qıcıqlanma və quru öskürək) əmələ gəlir. Bu zaman qoxu qabiliyyəti tamamilə itə və ya zəifləyə bilər.

Turşuların buxarı (kükürd, xlorid, azot və s.) selikli qişanı qıcıqlandırır və yuxarı tənəffüs yollarının selikli qişasında kəskin və ya xroniki iltihab törədir. Qələvilərin yandırıcı xassəsi nisbətən zəif olduğu üçün iltihab reaksiyası da nisbətən zəif olur, lakin yayılmağa meyilli olduğundan toxuma xeyli dağılmış olur. Bir sıra istehsalat sahələrində buxarlar, zəhərli qazlar və tozlar kombinasiyalı şəkildə təsir göstərirlər.

LOR üzvlərinin spesifik xəstəlikləri

LOR üzvlərinin spesifik xəstəliklərinə yuxarı tənəffüs yollarının və qulağın vərəmi, yuxarı tənəffüs yollarının və qulağın sifilisi, skleroma, difteriya, Vegener qranulomatozu aiddir.

Yuxarı tənəffüs yollarının vərəminə müasir dövrdə olduqca az rast gəlinir. Kişilərdə qadınlara nisbətən çox (3:1), həm də 20-25 yaşlarda müşahidə olunur.

Burun vərəmi, adətən, ikincili olur. Buruna infeksiya hematogen ya limfogen yolla daxil olur. Burunun ilkin vərəminə nadir hallarda rast gəlinir. Vərəm prosesi burunda infiltrat, xora və ya tuberkuloma adlanan şiş şəklində özünü göstərir. Əvvəlcə infiltrat nəhəng hüceyrəli qabarcıq kimi olur. Trofika pozulduğundan qabarcıq dağılır və xora əmələ gəlir. Vərəm xorasının ən çox yerləşdiyi yer burun çəpərinin qığırdaq hissəsidir. Tuberkuloma hamar səthə malik olub, solğuntəhər selikli qişa ilə örtülü kürəyə bənzər şişdir. Tədriclə böyüyür və xora kimi burun arakəsməsində perforasiya törədə bilir. Əvvəllər xəstə heç nədən şikayətlənmir. Sonralar o, burunun tutulduğunu, qartmaqlar əmələ gəldiyini qeyd edir. Tuberkulomalar zamanı ağrılar olur, burundan gələn ifrazat isə, adətən qoxusuz olur.

Burun vərəminin müalicəsində ümumi və yerli müalicə aparılır. Ümumi müalicədə ftivazid, streptomisin və s. vərəm əleyhinə dərmanlar istifadə edilir. Yerli olaraq vərəm infiltratları və xoralarının üçlərsirkə, 80%-li süd turşusu və s. ilə dağlanması tətbiq edilir. Bu məqsədlə elektrokoagulyasiyadan da istifadə etmək olar. Burun selikli qişasının tubus vasitəsilə kvarts lampası ilə şüalandırılması da müsbət effekt verir.

Udlaq vərəminə nadir hallarda rast gəlinir və ağciyər vərəminin yayılmış formasının ağırlaşması kimi ikincili xəstəlikdir. Ağız və udlaq boşluğunda proses hematogen-limfogen yolla, habelə bəlgəm vasitəsilə meydana çıxır. Burun vərəmindəki kimi udlaq vərəmində də infiltratlar və xoralar əmələ gəlir. Xəstəliyin simptomları prosesin lokalizasiyasından və gedişindən asılıdır. Xəstələr udma zamanı ağrı, qidanın burun-udlağa və buruna düşməsindən şikayətlənirlər. Bu ağrılara görə xəstələrin yeməkdən imtina etməsi

hallarına da rast gəlinir. Xoralar udlağın arxa divarında, qövslərdə, yumşaq damaqda, həm də çox vaxt miliar düyüncüklərin olduğu hiperemik-ödemli selikli qişada tək-tək meydana çıxır. Əvvəlcə ayrı-ayrı xoralar dayaz olur, sonra onlar sürətlə birləşib geniş dərin xoralar əmələ gətirirlər. Udlağın vərəm xorası da süd turşusu ilə müalicə edilə bilər. Disfagiya olduqda qida qəbulundan 10-15 dəqiqə qabaq aerozol anestetiklərdən (10%-li lidokain) istifadə etmək olar.

Qırtlaq vərəmi. Yuxarı tənəffüs yollarının başqa hissələri arasında vərəmə daha tez-tez tutulan qırtlaqdır. Burada vərəm ikincili olaraq rast gəlinir. Ağ ciyər vərəminin daha tez-tez rast gəlinən açıq ekssudativ formalarında qırtlağa infeksiya əsasən kontakt yolla, yəni bəlgəm vasitəsilə keçir. Prosesin səs бүкüşlərində və arxa divarda başlanması bunu göstərir. Öskürək və danışmaq da yayılmaya kömək edir. Xəstəliyin simptomları infeksiyanın yayılma yollarından asılıdır. Beləki, vərəmin bəlgəmlə keçən formasında səs бүкüşləri prosesə cəlb olunduğu üçün səsin xırıltılı olması daha qabarıq olur və o, afoniyaya gətirib çıxara bilər, danışarkən və öskürdükdə ağrılar olur. Larinqoskopiya zamanı əvvəlcə yalnız səs бүкüşünün hiperemiyası, infiltrasiyası, sonralar isə xoranın əmələ gəlməsi qeyd olunur. Səs бүküşünün sərbəst kənarı dişdiş olur. Udma zamanı ağrılar da olur. Disfagiya şiddətlənərək xəstəni yeməkdən imtina etməyə vadar edir. Bir sıra hallarda səs yarığında və səs бүкüşləri altındakı sahədə infiltrat və qranulyasiyalar tərəfindən əmələ gətirilən daralma nəticəsində tənəffüs çətinləşir və qırtlağın stenozu baş verir. Xəstəliyin gedişi kəskin və xroniki olur.

Müalicə ümumi və yerli olaraq aparılır. Ümumi müalicə antibakterial terapiya (streptomisin, PAST, ftivazid və s.) və susma rejimindən ibarətdir. Xəstə yalnız pıçıltı ilə, həm də az danışmalı və bu zaman qalıq havadan istifadə etməlidir. Xəstəlik ocağına təsir etmək məqsədilə qırtlağa azca isidilmiş halda hər gün ya günəşırı mentol yağı tökürlər. Mentol həmçinin iltihaba qarşı təsir göstərir və ağrıyı sakitləşdirir. Qırtlağa dərman maddələri inhalyasiya və tökmə üsulu ilə yeridilir.

Yuxari tənəffüs yollarinin sifilisi.

Burun sifilisi. Bu xəstəliyin üç mərhələsinə, yəni birincili, ikincili və üçüncülü formalarına rast gəlinir. Ən çox burunun dırnaqlarla zədələndiyi yerlərdə - burun girəcəyində və burun arakəsməsinin ön hissəsində olur.

Üçüncülü forma ən çox rast gəlməklə xüsusi praktiki əhəmiyyətə malikdir. Bu zaman qumma adlanan infiltratların əmələ gəlməsi müşahidə olunur. Tezliklə burun əsasının qığırdaqüstlüyü və sümüküstlüyü iltihaba tutulur. Vərəmin əksinə olaraq qummoz sifilis zamanı prosesə burunun nisbətən arxa şöbələri: xış sümüyü, burunun dibi, habelə burunarxası cəlb olunur. Trofika pozulduğundan qummalar dağılır və bunun ardınca burun arxası çökür (yəhərəbənzər burun) və arakəsmə perforasiyaya uğrayır. Burunda və alında şiddətli ağrılar və üfunətli qoxu müşayiət olunur. Xəstəlik xüsusən spesifik müalicə aparılmadıqda getdikcə şiddətlənir. Qummoz prosesin xəlbir səhvəni dağıtması hətta ölümə səbəb ola bilər.

Müalicəsi. Əsasən, ümumi spesifik müalicə aparılır: novarsenol, bismut və civə birləşmələri, penisillin, habelə yodlu qələvilər işlədilir, eyni zamanda qeyri-spesifik ümumi möhkəmləndirici müalicə də təyin olunur. Yerli müalicə burunu təmiz saxlamaqdan və sekvestrotomiyadan ibarət olur.

Udlaq sifilisi hər üç mərhələdə rast gəlinir. Burada da ilkin xora az rast gəlinir və adətən, badamcıqlarda, bəzən isə udlağın arxa divarında yaranır. İnfeksiya qab-qacaq, dəsmal və s. ilə keçir. Xəstəlik damaq badamcıqlarından, onların yuxarı qütündə qırmızı fonda, eroziyaya malik sərt infiltratla meydana çıxır. Xəstənin ümumi halı pisləşir və ağrı olmur. Yaxındakı limfa düyünləri böyüyür, sərt və ağrısız olur. İkincili təzahürlər, adətən, sifilitik angina kimi meydana çıxır. Onlara udlaqda eritema, eroziya, əksərən papula şəklində rast gəlinir. Eritema zamanı temperatur normal və ya azca yüksəlmiş olur, ağrılar olmur. Məhəlli limfa düyünləri, xüsusən arxa boyun düyünləri böyümüş olur. Bu dövrdə enli kondiloma və papulalara daha tez-tez rast gəlinir. Üçüncülü sifilis xəstəliyin başlanmasından 2–3 il sonra başlanır. Onun ən çox rast gəlinən lokalizasiya yeri udlağın arxa və yan divarları, bəzən damaq badamcıqlarıdır. O, qumma ya diffuz infiltrat şəklində meydana çıxır.

Qummalar çox tez olaraq toxumanın dağılmasına və bunun ardınca sərt ulduzabənzər və ağımtıl rəngli çapıqların əmələ gəlməsinə, bəzən udlağın çapıqdan sonrakı stenozuna səbəb olur. Qumma damaqda yerləşdikdə sümük “yeyilərək” bunun ardınca deşilə və ağız boşluğu ilə burun boşluğu arasında əlaqə yarana bilər. Nəticədə nitq və udma aktı pozulur.

Müalicəsi spesifikdir. Sifilisin üçüncü dövründə kalium yodat preparatı təyin edilir. Yerli müalicə ağız boşluğunu hidrogen-peroksid ilə qarğara etməkdən ibarətdir.

Qırtlaq sifilisi xəstəliyin ikinci və üçüncü mərhələsində rast gəlinir. Eritema mərhələsi xarakterik olmur və kataral laringiti xatırladır. Papulyoz forma əksərən qırtlaq qapağının sərbəst səthində və az hallarda səs büküşlərində və arxa divarda olur. Proses səs büküşündə olarkən cüzi xırıltılı qeyd olunur, ümumi hal pozulmur və ağrının olmaması ilə seçilir. Üçüncü mərhələ qırtlağın müxtəlif yerlərində olur. Onun xarakterik xüsusiyyəti epitelaltı girdə hüceyrəli infiltratların əmələ gəlməsidir. Bu infiltratlar sürətlə dağılıb dərin xora əmələ gətirir. Bu zaman ikincili infeksiyanın qoşulması və onun ardınca perixondritlər əmələ gəlməsi üçün şərait yaranır. Sonda böyük dağılma və stenozlaşdırıcı çapıqlar qeyd olunur. Prosesin səs büküşlərində lokalizasiyası səsin xırıltılı olması ilə müşayiət olunur.

Müalicəsi həm ümumi, həm də spesifik olur və mümkün qədər tez başlanılmalıdır. Ödemlərdən və çapıqdan stenozlar olduqda traxeostomiyaya müraciət edilir. Perixondrit absesləri olduqda onları vaxtında yarırlar, antibiotik təyin edirlər. Xəstə susma rejiminə riayət etməlidir. Qələvi inhalyasiyalar tövsiyə olunur. Xora və perixondrit olduqda penisillin aerozolu təyin edilir.

Yuxarı tənəffüs yollarının skleromasi xəstəliyi yuxarı tənəffüs yollarının selikli qişasının xronik iltihabıdır. Azərbaycanda nadir rast gəlinən xəstəlikdir. Endemik ocağı Qərbi Ukraina və Qərbi Belorussiyadır. Törədicisi Volkoviç-Friş bəsiyəridir. Proses əksərən burundan başlanır. Bu zaman xəstələr burunda quruluqdan və burun tənəffüsünün pozulmasından şikayətlənirlər. Prosesin xoanalardan başlanıb burun-udlağa keçməsi onların bir-birindən ayrılması ilə qurtara bilər. Tənəffüs yollarının skleromasi nəzərə çarpmadan başlayır və tədricən şiddətlənir. Xəstəliyin başlanğıcı cüzi ifrazatla

müşayiət olunan atrofik rinit əlamətləri ilə aşkar olur, bu ifrazat sürətlə quruyub qartmağa çevrilir və çürümüş meyvə iyi verir. Sonra əmələ gələn yumşaq infiltrat yastı kələ-kötür şişəbənzər hündürlüklər şəklində son dərəcə sərt törəməyə çevrilir. Daxilində birləşdirici toxuma inkişaf edən çapıqlı bürüsmə bu infiltratların xarakterik xüsusiyyətidir. Bunların hamısı daralmalara və ya bitişmələrə səbəb olur. Oxşar dəyişikliklər xüsusilə yuxarı tənəffüs yollarının təbii daralmaları olan yerlərdə, burun dəliklərində, burun girəcəyində, xoanalarda, səs büküşləri altı sahədə, traxeyanın bifurkasiyasında rast gəlinir.

Skleromanın müalicəsində konservativ və cərrahi metodlar ayırd edilir. Konservativ müalicə metodu tənəffüs yollarının daralmış yerlərinin bujlanmasından və rentgen müalicəsindən ibarətdir. Streptomisin tətbiqi ilə (müalicə kursuna 10 q-dan 20-40 q-a qədər) müəyyən nəticələr əldə edilir. Cərrahi metod ayrı-ayrı bitişmələri və infiltratları kəsib atmaqdan ibarətdir. Bununla burun tənəffüsünü bərpa etmək mümkün olur. Skleromanın müalicəsində diatermokoagulyasiya, maye azotla krioterapiya da müvəffəqiyyətlə tətbiq olunur.

Yoxlama sualları:

- 1. Yuxarı tənəffüs yollarının vərəmi zamanı xoralar harada yerləşir?*
- 2. Yuxarı tənəffüs yollarının sifilisinin klinik mənzərəsi necədir?*
- 3. Skleroma nədir və sevdiyi nahiyələr haradır?*
- 4. Vərəmdən fərqli olaraq qummoz sifilisə ən çox burunun hansə şöbələri cəlb olunur?*
- 5. Skleromanın müalicəsi hansı üsullarla aparılır?*
- 6. Burun sifilisi nə zaman ölümlə nəticələnə bilər?*
- 7. Qırtlaq vərəmində laringoskopiya zamanı nə görünür?*
- 8. Tuberkuloma nədir?*
- 9. Udlaq sifilisinin ən çox rast gələn yeri haradır?*
- 10. Tozların orqanizmə təsiri necə izah olunur?*
- 11. Səs-küyün orqanizmə təsiri nə ilə izah olunur?*
- 12. Zəhərli qazlar və buxarların orqanizmə təsiri nədən ibarətdir?*

Situasiya məsələləri:

I. Xəstə səsin tez yorulması, vaxtaşırı olaraq səsin xırıltısının artması, boğazda qı-cıqlanma və quru öskürəkdən şikayətlənir. 5 ildir xəstədir. Xəstəliyinin səbəbini bilmir. Uzun müddət dəri istehsal edən zavodda emalçı işləyir. Siqaret çəkir, nadir hallarda spirtli içki istifadə edir. Ümumi vəziyyəti kafidir. Səsi xırıltılıdır. Hərərəti $36,7^{\circ}\text{C}$ -dir. Boyun limfa düyünləri palpasiyada əllənmir. Ağ ciyərlərdə vezikulyar tənəffüs, tək-tək quru xırıltılar eşidilir. Qurtlağın selikli qişaları nazikləşib, hiperemiyalıdır, ara-sıra yapışqanvari seliklə örtülüb. Xəstənin diaqnozu nədir?

II. 20 yaşlı bir xəstə LOR həkiminə badamcıqlarda xora olması barədə müraciət etdi. Sol badamcıq baxdıqda, ölçüsü 0,8-0,8 sm olan ağrısız, kənarları sərtləşmiş yuvarlaq bir xora vardır. Çənəaltı limfa düyünləri 1.0x 0.3 sm ölçüdə olub ağrısızdır, palpasiyada sərt elastiki konsistensiyaya malikdir. Ehtimal olunan diaqnoz nədir? Bu xəstə ilə taktika necə olmalıdır. Hansı xəstəliklərlə differensiyasiya aparmaq lazımdır?

MÖVZU 39. Döş qəfəsinin və döş boşluğu üzvlərinin zədələnmələri

Tələbə bilməlidir:

- ✓ Döş qəfəsi üzvlərinin zədələnmələrinin müayinə xüsusiyyətlərini;
- ✓ Qapalı, açıq, qapaqlı pnevmotoraks zamanı ilk yardımı;
- ✓ Qabırğaların və körpücük sümüyünü sınığı zamanı ilk yardımı;
- ✓ Okklyuzion sarğının qoyulması qaydasını;
- ✓ Döş qəfəsi zədələnmələri zamanı xəstələrə göstərilən ilk tibbi yardımın alqoritmini;
- ✓ Plevral punksiyanın detallarını.
- ✓ Bilau üsulu ilə drenajın qoyulma qaydasını

Mühazirənin planı:

- Döş qəfəsinin qapalı zədələnmələri.
- Döş qəfəsinin nüfuz edən açıq zədələnmələri;
- Pnevmtoraks və onun növləri. Hemotoraks.
- Ürəyin və perikardın yaralanmaları
- Döş qəfəsi zədələnmələri zamanı xəstələrə nəzarət və qulluq.

Döş qəfəsinin cərrahi patologiyalarının öyrənilməsi ilə torakal cərrahiyyə məşğul olur. Döş qəfəsinin cərrahi patologiyalarına döş qəfəsinin ön divarının və döş boşluğu üzvlərinin zədələnmələri və xəstəlikləri aiddir.

Döş qəfəsinin zədələnmələri qapalı və açıq ola bilər. Qapalı zədələnmələrə aiddir:

- Əzilmələr
- Döş qəfəsinin sıxılması və silkələnməsi
- Qabırğaların qapalı sınığı
- Döş sümüyünün sınığı
- Körpücük sümüyünün sınığı

Bu zədələr sərbəst və ya daxili üzvlərin zədələnməsi ilə birlikdə müşahidə oluna bilər.

Açıq zədələnmələr döş boşluğuna nüfuz edən və ya döş boşluğuna nüfuz etməyən olmaqla iki qrupa bölünür. Döş qəfəsinə nüfuz edən zədələnmələr də öz növbəsində daxili üzvlərin zədələnməsi və ya zədələnməməsi şəklində müşahidə oluna bilər.

Döş qəfəsinin əzilməsi – döş qəfəsi divarının yumşaq toxumalarının (dərinin, dərialtı təbəqənin, əzələlərin) əzilməsidir.

Klinik şəkli. Əzilən nahiyədə lokal ağrılar müşahidə olunur, də-rindən nəfəs alarkən şiddətlənir, nəfəsalma zamanı döş qəfəsinin zədələnmiş tərəfi geri qalır. Əzilmə zonasında hematoma meydana gəlir.

Müalicəsi. Xəstəyə sakitlik verilir. İlk saatlarda yerli olaraq so-yuq tətbiq edilir (buz qovuğu). 1-2 gündən sonra fizioterapevtik isti proseduralar (diatermiya, UYT) təyin olunur. Tənəffüs gimnastika-sı yerinə yetirilir və ağır fiziki əməklə məşğul olmağa icazə veril-mir. Belə xəstələrə yarımoturaq vəziyyətdə yatmaq məsləhət görü-lür.

Döş qəfəsinin sıxılması və ya silkələnməsi (travmatik asfiksi-ya) döş qəfəsinin iki küt əşya (vaqon buferi, maşının bortu, hər hansı əşya və s.) arasında sıxılması nəticəsində yaranır. Bəzən döş qəfəsinin sıxılması qabırğaların, döş sümüyünün və körpücüyün sı-nıqları ilə birlikdə olur. Bəzən ağ ciyərlərin cırılması və travmatik şokla fəsadlaşa bilir.

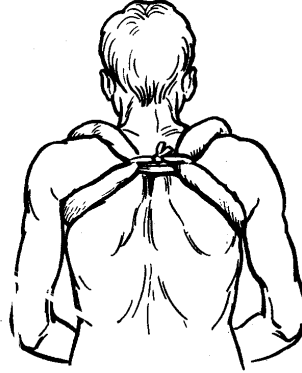
Klinik şəkli. Başın, boyunun və üzün dərisində, ağız boşluğunun və gözün selikli qişasında, nöqtəvari qansızmalar meydana çı-xır. Gövdənin yuxarı hissəsi şişkin və sianozlu olur. Gözün torlu qi-şasında və daxili qulaqda qansızma səbəbindən görmə və eşitmənin müvəqqəti itməsi baş verir. Səs tellərinə qan sızdığına görə afoniya əmələ gəlir. Xəstə qanlı bəlgəmlə öskürür. Öskürək və nəfəsalma zamanı döş qəfəsi ağrılı olur.

İlk yardım və müalicə. Xəstəyə sakitlik yaradılır, lazım olduqda nəfəs vermənin maksimal vəziyyətində döş qəfəsinə yumşaq bintlə təzyiqedici sarğı qoyulur. Xəstəyə yataqda yarım oturaq vəziyyət verilir. Şokun inkişaf etdiyi hallarda xəstə uzadılır. Ürək dərmanları və tənəffüs analeptikləri yeridilir. Oksigenlə inhalyasiya aparılır. Bəlgəm nazik burun kateteri ilə sorulur. Şok əleyhinə tədbirlər və vaqosimpatik blokada icra edilir.

Qabırğaların sınığı bərk zərbə nəticəsində, yaxud ağır bir yükün altında qaldıqda baş verə bilər. Bu zaman nəfəs aldıqda, öskür-dükdə, bədənin vəziyyəti dəyişdikdə sınıq nahiyəsində kəskin ağrı-lar baş verir. Qabırğa sınıqları tək və ya bir neçə qabırğanın sınığı ilə həmçinin daxili üzvlərin zədələnməsi və ya zədələnməməsi ilə baş verə bilər.

Belə xəstələrə ilk tibbi yardım göstərmək üçün döş qəfəsinə enli bintlə dairəvi sıxıcı sarğılar qoymaq lazımdır. Bint olmadıqda döş qəfəsinə dəsmal, döşəkağı və başqa parçalarla sarıyıb dərindən nəfəs verildikdən sonra ucları bir-birinə tikilir. Qabırğa sümüyünün parçaları ağ ciyərləri və plevranı deşdikdə dərialtı emfizema (dərialtı toxumaya havanın daxil olması) əmələ gələ bilər. Ağrını azaltmaq üçün əzələ daxilinə 50%-li 2 ml. analgin məhlulu və ya zədələnmiş qabırğanın aşağı kənarına 2%-li 10 ml. novokain məhlulu yeritməklə (novokain blokadası) ağrısızlaşdırma aparılır, öskürəyi azaltmaq üçün libeksin vermək olar. Yumşaq toxumaların zədələnməsi varsa, yara ətrafı antiseptik məhlullarla işlənir və yaraya steril salfet qoyulur. Zədələnmiş tərəfdə döş sümüyündən onurğa sütununa kimi leykoplasterlə kirəmitəbənzər sarğı qoyulur. Sınnmış nahiyəyə buz qovluğu qoyulur. Oksigenlə inhalyasiya aparılır. Xəstə yarımoturaq vəziyyətdə stasionara göndərilir. Arterial təzyiqə, nəbzə və tənəffüsə nəzarət edilir. Açıq sınıqlarda tetanusun profilaktikası məsələsi həll edilir.

Körpücük sümüyünün sınığı bilavasitə bu sümüyə zərbə olduqda və ya qolu üstə yığıldıqda baş verir. Körpücük sümüyü səthdə olduğu üçün onun sınığını asanlıqla təyin etmək olur. Körpücüyün sınığı həmin nahiyədə ağrının olması və sınnmış tərəfdə olan qol hərəkətinin bir qədər pozulması ilə xarakterizə olunur. Körpücük sümüyünün sınığı zamanı ilk yardım əli boyundan asmaq üçün ləçək sarğısı və ya Dezonun bint sarğısını qoymaqdan ibarətdir.



Şəkil 62. Körpücük sümüyünü sınığı zamanı
Delbe halqası vasitəsilə immobilizasiya

Zədələnmiş tərəfin ətrafına fizioloji vəziyyət verilir. Körpücük sümüyünün immobilizasiyasını pambıq-tənzif halqaları vasitəsilə də etmək olar. Bundan əlavə xüsusi Delbe halqələrindən istifadə etmək körpücük sınıqları zamanı daha əlverişlidir (şəkil 62). Qalın parçadan iki halqa kəsib, ona birqat pambıq sarıyır və üstündən tənzif və ya parça tikilir. Halqaları hər iki ələ elə keçirirlər ki, onlar çiyini tutsun. Kürəkləri mümkün qədər bir-birinə yaxınlaşdırıb arxadan rezin lent və ya borucuqla bağlanılır, bunun sayəsində onlar çiyinləri dala dartıb daimi dartma əmələ gətirir. Əzələ daxilində 50%-li 2 ml. analgin məhlulu yeritməklə ağrısızlaşdırma aparılır. Sınan nahiyəyə buz qovluğu qoyulur. Xəstə yarımoturaq vəziyyətdə stasionara göndərilir.

Döş sümüyünün sınığı. Adətən düz zərbənin təsirindən yaranır. Sınıq çox zaman döş sümüyü dəstəsinin cisminə keçən yerində baş verir. Xəstə sınımış nahiyədə güclü ağrıdan və tənəffüs zamanı ələcə də palpasiyada ağrının şiddətlənməsindən şikayət edir. Yumşaq toxumalarda şişkinlik və qansızma müşahidə olunur. Diaqnoz yan proyeksiyada aparılan rentgenoqramma əsasında təsdiq olunur.

Müalicəsi döş qəfəsində tənəffüs hərəkətlərini məhdudlaşdırmaq üçün leykoplaster sargıların qoyulmasına əsaslanır. Sümük qırıntıları yerini dəyişdikdə xəstə arxası üstə sərt lövhə qoyulmuş çarpayına uzadılır. Bununla onurğa, döş nahiyəsində ehmalca önə doğru çox açılır. Bunun üçün kürək sümükləri arasına kiçik yastıq yerləşdirilir. Eyni zamanda 10 gün müddətində Qlisson ilgəyi ilə dartma aparılır.

Döş qəfəsinin nüfuz edən açıq zədələnmələri

Döş qəfəsinin nüfuz edən zədələnmələri dedikdə elə yaralanmalar başa düşülür ki, bu zaman dəri, dərialtı təbəqə, əzələ qatı ilə birlikdə parietal plevra da zədələnir. Belə yaralar zamanı ağciyərlər xəsarət almaya da bilər. Döş qəfəsinin nüfuz edən yaralanmaları soyuq və isti silahla törədilir.

Nüfuz edən yaralar zamanı tez-tez pnevmotoraks, hemotoraks və ya plevrohemotoraks müşahidə olunur. Pnevmtoraks – plevral

boşluğa havanın, hemotoraks-qanın, plevrohemoraks havanın və qanın toplanmasıdır.

Pnevmotoraks. Döş qəfəsindəki yara dəliyi vasitəsilə və ya zədələnmiş ağ ciyərlərdən havanın plevral boşluğuna daxil olması səbəbindən pnevmotoraks əmələ gəlir. Hava plevral boşluğa daxil olduqda ağciyərlər yığılır (büzüşür). Plevral boşluqda nə qədər çox hava daxil olarsa, ağ ciyərlər bir o qədər çox yığılır.

Pnevmotoraksın 3 növü vardır:

- ✓ Açıq pnevmotoraks
- ✓ Qapalı pnevmotoraks
- ✓ Qapaqlı pnevmotoraks

Açıq pnevmotoraks zamanı yara kanalı açıq qaldığı üçün plevral boşluğuna düşən hava ətrafdakı atmosferlə şərbəst şəkildə əlaqə qurur. Açıq pnevmotoraks havanın yaradan plevral boşluğa nəfəsalma zamanı daxil olması, nəfəsvermə zamanı isə xaric olması nəticəsində inkişaf edir. Yəni yara kanalından plevral boşluğa hava həm daxil olur, həm də xaricə çıxır. Bir sözlə yara “nəfəs alır”.

İlk yardım. Döş qəfəsinə nüfuz edən yaralanmalar zamanı ilk yardım açıq pnevmotoraksın aradan qaldırılmasına yönəldilməlidir. Bu məqsədlə yaraya hermetik Okklyuzion aseptik sarğı qoyulur və bunun üçün kirəmit şəklində leykoplastrdan və ya fərdi sarğı zərfinin steril rezinləşdirilmiş üzündən istifadə edilir. Başqa sözlə açıq pnevmotoraks qapalı pnevmotoraksa çevrilir. Əzələ daxilinə 50%-li 2 ml. analgin məhlulu yeritməklə ağrısızlaşdırma aparılır. Yara ərtafi antiseptik məhlullarla işlənir. Yaraya okklyuzion sarğı qoyulur (yara tamponada edildikdən sonra dəri ətrafı yağlı məhlullarla işlənir və fərdi sarğı zərfinin steril rezinləşdirilmiş üzünü leykoplastrla təsbit olunur). Yara nahiyəsinə buz qovluğu qoyulur. Xəstə xərəkdə yarımoturaq vəziyyətdə stasionara göndərilir. Arterial təzyiqə, nəbzə və tənəffüsə nəzarət edilir. Tetanusun profilaktikası məsələsi həll edilir. Yarada yad cisim olduqda onu çıxarmaq olmaz! Bu zaman həmin vəziyyətdə yerləşdiyi yerdə onu fiksə etmək məsləhət görülür. Əgər yad cisimin ucu uzundursa bir qədər kəsilir.

Qapalı pnevmotoraks zamanı plevral boşluğa daxil olan hava, döş qəfəsi divarında və ağ ciyərlərdə yara kanalı bağlandığı üçün ətraf mühitlə əlaqəni itirir. Plevral boşluğa daxil olan hava həmin

tərəfin ağ ciyərini sıxır (ağ ciyərin kollapsı). Vəziyyətin ağırlığı pnevmotoraksın dərəcəsi (kollapsın həcmi) ilə müəyyən edilir.

İlk yardım. Əzələ daxilinə 50%-li 2 ml. analgin məhlulu yeritməklə ağrısızlaşdırma aparılır. Yara olduqda, yara ətrafı antiseptik məhlullarla işlənir. Yaraya aseptik sarğı və buz qovluğu qoyulur. Xəstə xərəkdə yarımoturaq vəziyyətdə stasionara göndərilir. Tetanusun profilaktikası məsələsi həll edilir.

Qapaqlı pnevmotoraks (gərginlik pnevmotoraksı). Qapaqlı pnevmotoraks havanın yarıdan plevral boşluğa hər nəfəsalma zamanı daxil olması və nəfəsvermə zamanı yara ağzının hermetik qapanması zamanı inkişaf edir. Yara kanalının xüsusiyyətinə görə hava plevral boşluğuna sərbəst daxil olur, ancaq geri çıxıb bilmir. Hər nəfəsalma zamanı havanın miqdarı tədricən plevral boşluqda artmağa başlayır. Bu zaman ağ ciyərlərin əhəmiyyətli dərəcədə sıxılması və divar aralığı üzvlərinin sağlam tərəfə doğru yerdəyişməsi baş verir. Bəzi hallarda hava dərialtı toxumaya daxil olmağa başlayır ki, bu da dərialtı emzifemanın inkişafına gətirib çıxarır. Qapaqlı pnevmotoraks həyat üçün çox təhlükəlidir. Bu təhlükə ürəyin reflektor dayanmasını törədən pulmonal şokla əlaqəlidir.

Klinik şəkli. Pnevmtoraks zamanı döş qəfəsində sıxılma hissi, təngnəfəslik, göyərmə, tənəffüsün olmaması və ya əhəmiyyətli dərəcədə zəifləməsi, döş qəfəsinin zədələnmiş tərəfində səs titrəyişi meydana çıxır. Döş qəfəsi assimetrik olub, zədələnən tərəfdə tənəffüs hərəkətləri olmur. Ən ağır vəziyyət açıq və qapaqlı pnevmotoraksı olan xəstələrdə inkişaf edir. Döş qəfəsi demək olar ki, tamamilə tənəffüs aktında iştirak etmir. Açıq pnevmotoraksda yarıdan al qırmızı köpüklü qan axır və yara fit verir.

İlk yardım Qapaqlı pnevmotoraks zamanı havanın sorulması məqsədi ilə tez-tez plevral punksiya aparılır və ya döş boşluğuna Bilau üsulu ilə drenaj qoyulur. Əzələ daxilinə 50%-li 2 ml. analgin məhlulu və ya 2%-li 1 ml. promedol məhlulu yeritməklə ağrısızlaşdırma aparılır. Yaranın ətrafı antiseptik məhlullarla işlənir. Yaraya okklyuzion sarğı qoyulur. Zədələnmiş tərəfdə havanın çıxarılması üçün plevral punksiya edilir. Belə hallarda qapaq mexanizmini dərhal cərrahi yolla aradan qaldırmaq daha yaxşıdır.

Hemotoraks. Çox vaxt yaralanmış ağ ciyərlərin damarlarından,

bəzən isə döş qəfəsinin zədələnmiş damarlarından plevral boşluğa qan tökülür. Tökülən qanın miqdarı 1,5-3,0 litrə qədər çata bilər. Hemotoraks-ağciyər və döş qəfəsi divarı damarlarının zədələnməsi nəticəsində baş verən qanaxma zamanı plevral boşluğa qanın yığılmasıdır. İnfeksiyanın qoşulması hallarında plevranın empieması inkişaf edir.

Klinik şəkli. Daxili qanaxmanın əlamətləri – dəri və selikli qişaların avazıması, bədəni soyuq tərin örtməsi, nəbzın tezləşməsi, arterial təzyiqin aşağı düşməsi qeyd olunur. Bu əlamətlərə tənəffüs və tənəffüsün çətinləşməsi qoşulur. Qan yığılan sahədə perkussiya vaxtı perkutor səsin kütləşməsi qeyd olunur. Pnevmohemotoraks klinik olaraq pnevmotoraks ilə hemotoraksın müştərək əlamətləri ilə xarakterizə olunur. Perkussiya zamanı plevral boşluqda mayenin üfüqi səviyyəsi müəyyənləşdirilir.

İlk yardım. Əzələ daxilinə 50%-li 2 ml. analgin məhlulu və ya 2%-li 1 ml. promedol məhlulu yeridilməklə ağrısızlaşdırma aparılır və ürək preparatları yerdilir. Yara varsa onun ətrafı antiseptik məhlulla silinir. Yaraya aseptik sarğı, yara nahiyəsinə buz qovluğu qoyulur. Vena daxilinə 10%-li 10 ml kalsium xlorid və ya kalsium qlukonat məhlulu yeridilir. Xəstə xərkədə yarımoturaq vəziyyətdə stasionara göndərilir. Travmatik şok və kəskin qanıtirmənin diaqnostikasından ötrü arterial təzyiqə, nəbzə və tənəffüsə nəzarət edilir. Yara olduqda tetanusun profilaktikası məsələsi həll edilir.

Müalicə döş qəfəsi divarının yarasını birincili cərrahi işlənməsindən, qat-qat tikilməsindən və döş boşluğundan hava və ya qanın çıxarılmasından ibarətdir. Hemotoraks zamanı qanaxma konservativ və ya cərrahi yolla dayandırılır və plevral boşluqdan qan plevral punksiya ilə evakuasiya edilir. Möhtəviyyət toplanmamasından ötrü aktiv aspirasiya aparılır.

Ürəyin və perikardın yaralanması

Çox vaxt ürəyin yaralanması soyuq və odlu silah tətbiqi nəticəsində əmələ gəlir. Ən çox perikard və sol mədəcik nahiyəsi yaralanır. 70% hallarda ürək yaralanması zamanı ölüm ani olaraq baş verir. Digər xəstələr 1-3 gün sonra ürəyin tamponadası və ya daxili

qanaxma nəticəsində ölürlər. Bəzən perikardit, plevrit, pnevmotoraks, emboliya kimi ağırlaşmalar da ölümlə nəticələnir.

Klinik şəkli qanın perikarda toplanması nəticəsində ürəyin tamponadası simptomları ilə xarakterizə olunur. Ürəyin və perikardın yaralanması həm xarici, həm də daxili qanaxmalarla özünü göstərir. Xəstələr ürək nahiyəsində ağrılardan, başgicəllənmədən, təngnəfəslikdən və ölüm qorxusu hissindən şikayət edirlər. Xəstələrin vəziyyəti həddən artıq ağır olur. Dəri örtüyü solğun, uzun cizgiləri kəskinləşmiş, nəbz zəif və tezləşmiş olur. Arterial təzyiq aşağı düşür. Tənəffüs tezləşir və səthi olur. Ağrılar sol kürəyə, sol çiyinə və qarın nahiyəsinə irradiasiya edir. Ürək tonları demək olar ki, eşidilmir. Qanın perikarda yığılması səbəbindən ürəyin sərhədləri xeyli böyüyür və bu rentgenoloji müayinədə yaxşı görünür.

Müalicəsi təcili cərrahi müdaxilədən ibarətdir. Əməliyyatın məqsədi ürək yarasının tikilməsidir.

Döş qəfəsi zədələnmələri zamanı xəstələrə nəzarət və qulluq

Eksudativ və irinli plevrit, pnevmotoraks, hemotoraks zamanı plevra boşluğuna punksiyanı həkim icra etsə də tibb bacısı onun yerinə yetirilməsinin təfərrüatını bilməlidir. Bunun üçün xəstə çiyin qurşağına dayaq verərək, kürəyi çox əyməmək şərti ilə otuzdurulur. Punksiya olunacaq nahiyənin dərisi pinsetlə götürülmüş və spirtlə isladılmış steril salfetlə 2 dəfə silinir. 0,5%-li 10 ml. novokain məhlulu ilə yumşaq toxumaların plevrayadək qat-qat infiltrasiyon anesteziyası aparılır.

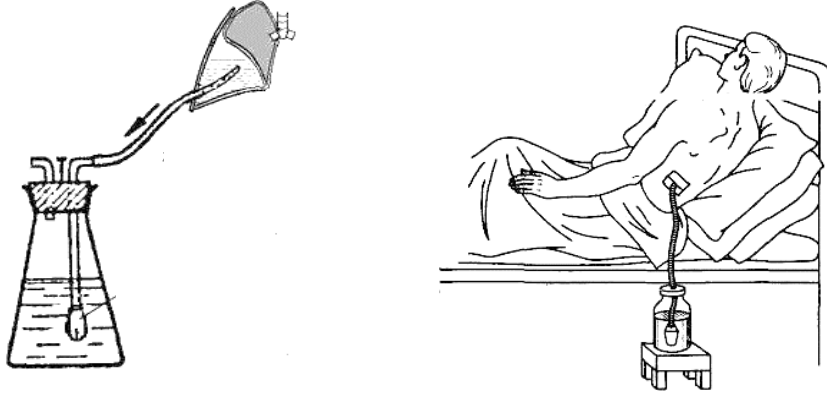
✓ plevra boşluğunda çoxlu maye olduqda arxa qoltuqaltı xətlə VII-VIII qabırğarası nahiyədə qabırğanın yuxarı kənarı ilə;

✓ plevra boşluğunda hava olduqda orta körpüçük xətti ilə II-III qabırğarası nahiyədə qabırğanın yuxarı kənarı ilə;

Daha sonra punksiya iynəsi hazırlanır, ona sıxıcı ilə tutulmuş drenaj boru geydirilir. Həkimin tələbinə əsasən möhtəviyyəti xaric etmək üçün şpris verilir və drenaj borusundan sıxıcı açılır. Divar aralığı üzvlərinin birdən-birə yerdəyişməsinin qarşısını almaq məqsədilə plevral boşluqdan möhtəviyyət tədricən sorulur. Şprisi drenaj borusundan ayırmazdan əvvəl plevral boşluğa havanın daxil olmasının üçün o yenidən sıxıcıya tutulur. Plevral boşluğun möhtəviyyə-

tının ilk porsiyası şprisdən, sınaq şüşəsinin divarına toxunmadan içərisinə tökülür. Punksiya iynəsi çıxarılır və iynənin yeri spirtlə işlənir. Punksiya yeri steril salfetlə örtülür və leykoplastrla bağlanır.

Tibb bacısı Bilau üsulu ilə drenajın qoyulmasını da bacarmalıdır (şəkil 63). Bunun üçün əvvəlcə Bobrov aparatına 200 ml. furasillin məhlulu tökülür. Bobrov aparatının uzun şüşə borusuna pinset vasitəsilə rezin barmaqlıq geyindirilir. Barmaqlıq şüşə boruya ipək sap vasitəsi ilə bərkidilir. Barmaqlığın sərbəst ucu 1 sm uzunluğunda qayçı ilə kəsilir. Şüşə çubuq tıxacla birlikdə Bobrov aparatına buraxılır. Bobrov aparatı tıxac vasitəsi ilə hermetik olaraq bağlanır. Tıxacdan xaricə çıxan şüşə çubuğun bayıra çıxan ucu xəstənin döş qəfəsinə qoyulan drenajın sərbəst ucuna birləşdirilir. Xəstənin drenajından sıxıcı açılır. Bobrov aparatının qısa şüşə borusu açıq saxlanılır. Bobrov aparatı xəstənin çarpayısından aşağı səviyədə, altlıq üzərində yerləşdirilir. Bobrov aparatında hemorragik möhtəviyyat yarandıqda dərhal həkim məlumatlandırılmalıdır. Drenaj sisteminin keçiriciliyinə və Bobrov aparatının dolmasına nəzarət edilməli, Bobrov aparatı dəyişdirilərkən drenaj borusu sıxıcı ilə tutulmalı, aparat dəyişdirildikdən sonra sıxıcı açılmalıdır.



Şəkil 63. Bilau drenajının qoyulması

Yoxlama sualları:

1. Qabırğaların və körpücük sümüyünün sınıqları zamanı ilk yardım necə göstərilir?
2. Döş qəfəsinin nüfuz edən və nüfuz etməyən yaraları dedikdə nə başa düşülür?
3. Döş qəfəsinin nüfuz edən yaralanmalarının hansı əlamətləri vardır?
4. Pnevmotoraksın müxtəlif növlərində ilk yardım necə göstərilir?

5. Ağ ciyər qanaxmalarının əlamətləri nədir və bu zaman ilk yardım tədbirləri nədən ibarətdir?
6. Plevral boşluqdakı mayenin aspirasiyasının hansı növləri vardır?
7. Qabırğaların sınığı zamanı hansı subyektiv və obyektiv əlamətlər qeyd olunur?
8. Qabırğa sınıqları nə ilə fəsadlaşa bilər?
9. Pnevmotoraks və hemotoraksda hansı perkutor simptom aşkarlanır?
10. Okklyuzion sarğı nədir və o nə zaman tətbiq olunur?
11. Döş qəfəsi zədələnmələrində xəstələr hansı vəziyyətdə daşınır?
12. Pnevmotoraksda hava döş qəfəsindən necə çıxarılır?
13. Hemotoraksda qan döş qəfəsindən necə çıxarılır?
14. Qapaqlı pnevmotoraks zamanı döş boşluğu üzvləri ilə nə baş verir.

Situasiya məsələləri:

I. 54 yaşlı kişi ağır vəziyyətdə qəbul şöbəsinə çatdırılmışdır. Məlum olub ki, o, 1 saat əvvəl avtoqəzaya uğrayıb. Baxış zamanı qabırğalararası məsafələr hamarlaşıb, döş qəfəsinin sol yarısı tənəffüs zamanı geri qalır, xəstədə tənəffüsəlik vardır. Xəstədə rəngin avazması, bədənini soyuq tərin örtməsi, nəbz tezləşməsi, arterial təzyiqin aşağı düşməsi qeyd olunur. Sol ağciyər sahəsi üzərində perkutor səsin kütləşməsi qeyd olunur, auskultasiya zamanı sol tərəfdə tənəffüs eşidilmir. Tənəffüsün 1 dəqiqədə sayı 30-dur. Sizin ilkin diaqnoz nədir? Onu necə təsdiqləmək olar? Belə halda ilk yardım göstərilməsindən ötrü tədbirlər planı nədən ibarətdir?

II. Gənc bir oğlan döş qəfəsinin sağ tərəfindəki ağrı şikayəti ilə poliklinikaya müraciət etmişdir. Ağrı hərəkət, öskürək, və nəfəs alma zamanı kəskin şəkildə artır. Xəstə yaşca hərəkət edir və ağrıyan yerini əli ilə tutur. Deməsinə görə bir saat əvvəl sürüşərək yıxılmış və döş qəfəsi səkinin kənarına dəymişdir. Obyektiv olaraq xəstənin ümumi vəziyyəti orta ağırlıqdadır. Döş qəfəsinin zədələnmiş tərəfi tənəffüs zamanı geridə qalır, nəfəs alma dəqiqədə 22 olub səthidir, nəbz dəqiqədə 80 vuruğudur. Palpasiya zamanı arxa qoltuqaltı xətt boyunca III və IV qabırğaların proyeksiyasında kəskin lokal ağrı, şişkinlik, və göyermə vardır, krepitisiya eşidilir. Xəstənin diaqnozu nədir? Müayinə və müalicə planını tərtib edin.

MÖVZU 40. Döş qəfəsinin və döş boşluğu üzvlərinin cərrahi xəstəlikləri

Tələbə bilməlidir:

- ✓ Ağ ciyərlərin və plevranın cərrahi xəstəliklərinin əlamətlərini;
- ✓ Anadangəlmə və qazanılma ürək qüsurlarını;
- ✓ Döş qəfəsində aparılan əməliyyatlardan sonra xəstələrə nəzarət və qulluğu;
- ✓ Döş qəfəsi üzvlərinin əməliyyatdan sonrakı ağırlaşmalarını;
- ✓ Plevral boşluğa drenaj qoyulmuş xəstələrin sargısının dəyişdirilməsini;
- ✓ Mastitlərin profilaktikasını

Mühazirənin planı:

- Anadangəlmə və qazanılma ürək qüsurları
- Ağ ciyərlərin və plevranın irinli-iltihabi xəstəlikləri (ağ ciyərlərin absesi, irinli plevrit)
- Ağ ciyərlərin xərçəngi.
- Süt vəzisinin xəstəlikləri.
- Döş qəfəsi əməliyyatlarından sonra xəstələrə qulluğun xüsusiyyətləri.

Anadangəlmə ürək qüsurları

Anadangəlmə ürək qüsurlarının səbəbi embriogenezin pozğunluqları hesab olunur. Ananın və atanın orqanizmlərinin genetik uyğunsuzluğunun da mühüm rol oynadığı müəyyənləşdirilmişdir. Anadangəlmə ürək qüsuru olan xəstələrin sayı çoxdur. Anadangəlmə ürək qüsurlarının simptomları anatomik pozğunluqdan (aortanın daralması, mədəciklər arasы çəpərin, qulaqcıqlararası çəpərin açıq qalması, Botal axacağıının bağlanmaması və s.) asılıdır.

Ürək və onun əsas damarları tərəfindən yaranan anadangəlmə patoloji dəyişikliklər, qan dövranı pozğunluğuna və bütün orqanizmdə qazlar mübadiləsinin pozulmasına gətirib çıxarır. Belə xəstələrin müalicəsi yalnız cərrahi yollaadır. Ən çox rast gəlinən anadangəlmə ürək qüsurlarına arterial axacağıın açıq qalması, Fallo tertradası, aortanın koarktasiyası aiddir.

Qazanılma ürək qüsurları

Keçirilən revmatizm xəstəliyindən sonra inkişaf edir. Bu patologiyalar zamanı ürəyin qapaq aparatında dəyişikliklər, qapaqların çatmaması və ya çəpərarası dəliklərin stenozu müşahidə olunur. Ən

çox rast gələn patologiyalar mitral və aortal qapaqların zədələnməsidir.

Mitral dəliyin stenozu. Revmatizmdən sonra mitral qapaqların tayları bitişirlər. Bu zaman bir sıra hallarda mitral dəliklərin əhəmiyyətli dərəcədə daralması qeyd olunur.

Klinik şəkli. Ürəyin ölçüsünün böyüməsi, diastolik küy, tənəffüklə xarakterizə olunur. Gecikmiş mərhələdə qara ciyərin böyüməsi, şişkinlik, assit və sianoz meydana çıxır. Ciddi dəyişikliklər zamanı müalicə operativdir.

Mitral qapağın çatmamazlığının da etiologiyası və klinik mənzərəsi stenozda olduğu kimidir. Lakin bu zaman mitral qapaqların proyeksiyasında sistolik küy eşidilir. Müalicəsi cərrahidir.

Plevranın xəstəlikləri

Plevranın iltihabı plevrit adlanır. 2 növü vardır: seroz və irinli plevrit. İrinli plevrit həm də plevranın empieması adını daşıyır.

Seroz plevrit. Səbəbi ağciyərlərin və ya onlara yaxın üzvlərin travması və iltihabı prosesləridir. Plevriti yaradan mikrofloranın xarakterindən asılı olaraq spesifik, vərəm və qeyri-spesifik, stafillokokk, streptokokk və s. plevritlər ayırd edilir.

Klinik şəkli. Xəstələr döş qəfəsinin müvafiq yarısında ağrıdan şikayət edirlər. Tənəffüs səthi və tezləşmiş olur. Bədənin temperaturu yüksəlir. Döş qəfəsi xəstəlik tərəfdə tənəffüs aktından geri qalır. Perkussiya zamanı mayenin toplandığı nahiyədə perkutor səs kütləşir. Mayenin yuxarı hissəsi tağabənzər sərhədə malik olur: tağın zirvəsi yuxarı doğru istiqamət alır (Damuazo əyrisi). Maye divar aralığını əks istiqamətə sıxır. Buna görə də onurğa ətrafında döş qəfəsinin sağlam tərəfində zirvəsi yuxarıya doğru aşağıda əlavə perkutor səsin kütlüyü əmələ gəlir (Rauxfus üçbucağı). Diaqnoz rentgenoloji müayinə ilə təsdiq edilir.

Müalicəsi. Plevral boşluğun punksiyası aparılır, möhtəviyyat sorulur və boşluğa antibiotiklər yeridilir. Mütləq əsas xəstəliyin müalicəsi aparılmalıdır.

Plevranın empieması seroz plevrit fonunda və ya birincili ağ ciyər absesinin cırıqla plevral boşluğa açılması səbəbindən əmələ

gəlir. Plevranın empieması eyni zamanda döş qəfəsinə nüfuz edən yaralanmalara infeksiya qoşulduqda da inkişaf edə bilər. İrinli möhtəviyyat bütün plevral boşluğu (total empiema) və ya plevranın məhdud sahəsini (məhdud empiema) əhatə edə bilər.

Klinik şəkli. Xəstəlik şiddətli intoksikasiya fonunda bədən temperaturunun 39-40 °C-yə yüksəlməsi ilə gedir. Xəstəliyin tərəfində yanağın parlaq qızartısı təzahür edir. Qabırğa arası məsafə genişlənir. Palpasiya zamanı ağrılı olur. Rentgenoloji şəkil seroz plevritdəki kimidir. Plevral boşluqda hava olduqda mayenin üfüqi səviyyəsi meydana çıxır. Plevral boşluğun punksiyası zamanı irin əldə edilir.

Müalicəsi. Punksiya müsbət nəticə vermədikdə plevral boşluğun drenajlanması icra edilir. Total empiema zamanı drenaj borusu arxa qoltuqaltı xətt boyu VII-VIII qabırğalar arasından, məhdud empiema zamanı isə empiema zonasına qoyulur. Drenaj borusunun digər ucunda klapanlar qurulur. Adətən rezin əlcəyin barmağı drenaja bağlanır və içərisində antiseptik məhlul olan qaba qoyulur (Bilau drenajı). Plevral boşluqdan mayenin daha aktiv xaric etmək üçün axarlı drenajlanma aparılır.

Ağ ciyərin xəstəlikləri

Ağ ciyərlərin ən çox rast gəlinən cərrahi patologiyalarına ağ ciyərin qeyri spesifik iltihabı xəstəlikləri (abses, qanqrena), vərəm və ağ ciyər xərçəngi aiddir.

Ağ ciyərin absesi. Ağ ciyər toxumasının irinli yeyilməsi başa düşülür. Səbəbi travma nəticəsində ağciyər toxumasına qansızma, tənəffüs yollarının yad cisimləri, ağ ciyərlərin abesləşən iltihabları, infeksiyanın bir irincikdən digər nahiyələrə yayılması və s. aiddir. Abseslər tək və çoxlu ola bilər (şəkil 64).

Klinik şəkli. Ağ ciyər absesinin gedişində iki dövr ayırd edilir: 1) bronxa açılana qədərki dövr və 2) bronxa açıldıqdan sonrakı dövr.

Absesin başlanğıc inkişafı ümumi halsızlıq və titrətmə ilə xarakterizə olunur, öskürək başlayır. Həddən artıq yüksək temperatur və döş qəfəsinin müvafiq hissəsində ağrılar əmələ gəlir. İrinliyin

bronxa açılması nəticəsində çoxlu miqdarda irin ifraz olunur. Qanda leykositoz müşahidə olunur. Xəstəliyin başlanğıc mərhələsində, absenin proyeksiyasında perkutor səsin kütlüyü, absenin açılması və irinciyin boşalmasında kiçik timpanik səs eşdirilir. Auskultasiyada yaş xırıltılar müəyyən edilir. İrinlik açıldıqdan sonra proses xroniki gedişli olur. Abseslər piopnevmotoraks, ağciyər qanaxması, daxili üzvlərin amiloidozu, irinin beyinə və digər ağciyəyə metastazlaşması ilə fəsadlaşa bilər.

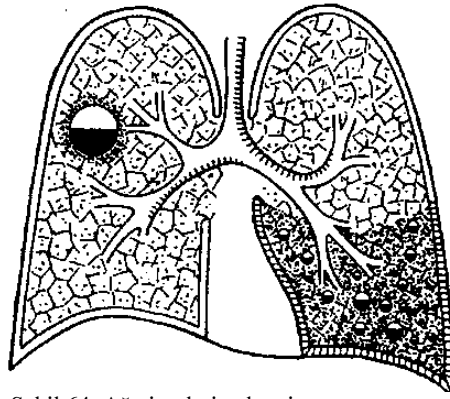
Müalicəsi. Xəstəliyin kəskin mərhələsində konservativ müalicə məsləhət görülür. Xəstəyə ümumi antibiotik müalicəsi və antibiotiklərin bronxlara yeridilməsi, antibiotiklərin sulfanilamidlərlə müştərək təyini daha məsləhətdir. Şiddətli intoksikasiya zamanı, dezintoksikasion müalicə aparılır: 5%-li qlükoza məhlulu, fizioloji məhlul 3000-5000 ml. həcmində vena daxilinə köçürülür. Yüksək kalorili qidalanma təyin olunur. Drenajlanmış abseslər zamanı irinin yaxşı axması üçün şərait yaratmaq lazımdır. Daha ağır hallarda körpücükaltı venaya daimi kateter qoyulur və onun vasitəsi ilə yüksək dozada antibiotiklər yeridilir. Stafilokokk anatoksini və qan köçürülməklə bədənin müqavimət qüvvəsi artırılır.

Ağ ciyərin xroniki absesi zamanı cərrahi müalicə məsləhət görülür. Absenin lokalizasiyasından və ağciyər toxumasının zədələnməsinin xarakterindən asılı olaraq lobektomiya və ya pulmonektomiya əməliyyatı aparılır.

Ağ ciyərin qanqrenası. Ağ ciyər absesindən fərqli olaraq ağciyər toxumasının plevranı da əhatə etməklə prosesin qeyri-məhdud yayılması ilə xarakterizə olunur (şəkil 64).

Klinik şəkli. Xəstəliyin başlanğıc dövrü ağciyər absesindən az fərqlənir. Sonradan döş qəfəsində şiddətli ağrı olur və ağızdan pis qoxu gəlməyə başlayır. Qoxu o qədər xoşagəlməz olur ki, digər xəstələr həmin palatada qala bilmirlər. Belə xəstələri təcrid etmək lazım gəlir. Temperatur hektik xarakter daşıyır. Bəlgəm çirkli bozultul rəngdə olur, saxlandıqda 3 təbəqəyə ayrılır. Perkussiyada qanqrena nahiyəsində küt səs, auskultasiyada müxtəlif kalibrli yaş xırıltılar eşdirilir.

Müalicəsi. Geniş spektrli təsirə malik antibiotik preparatlarından istifadə olunaraq massiv antibiotikoterapiya aparılır.



Şəkil 64. Ağ ciyərlərin absesi və qanqrenası.

İrinli möhtəviyyətin sorulması və yerinə antibiotiklər yeridilməsi ilə bronxoskopiya tətbiq etmək tövsiyyə edilir. Zülallar və vitaminlərlə zəngin yüksək kalorili qidalar təyin edilir. Qanəvəzedicilər və zülallı preparatlar köçürülür. Konservativ müalicə effekt vermədikdə 2-3 həftədən sonra pulmonektomiya əməliyyatı aparılır.

Ağ ciyərin xərçəngi. Ağ ciyərlərin xərçəngi çox vaxt ağ ciyərlərin xroniki iltihabi xəstəlikləri (xroniki pnevmoniya, abses, vərəm) fonunda və kanserogen maddələrə (tüstü, maşınların işlənmiş qazları, siqaret çəkmə, qətranlı yolun tozları) məruz qalmaları nəticəsində inkişaf edir. Lokalizasiyasına görə mərkəzi və periferik xərçəng ayırd edilir. Şiş bronxun mənfəzinə doğru inkişaf etdikdə onu tıxayır, bu da ağ ciyərin müvafiq sahələrinin atelektazına gətirib çıxarır.

Bundan sonra proses plevral boşluğunu əhatə edir. Bu zaman xəstədə şiddətli ağrılar fonunda hemorragik ifrazatı olur. Metastazlaşma bronxial ağacın limfa düyünlərinə, traxeya körpücüküstü və altı limfatik düyünlərdə baş verir.

Hematogen yolla metastazlar qara ciyəərə, sümüklərə, böyrəyə, baş beyinə yayılır.

Klinik şəkli. Ağ ciyər xərçənginə daha çox yaşlı kişilərdə rast gəlinir. Xəstəliyin ilkin əlamətlərinə quru öskürək, tənginəfəslik, döş qəfəsində ağrılar aiddir. Sonrakı dövrdə bəlgəmdə qanın olması, çəkinin itməsi, qidalanmanın zəifliyi, kürəkdə və qabırğalar arasında ağrılar əmələ gəlir. Atelektaz zamanı temperaturun yüksəlmə-

si, irinli bəlğəm ifrazı, hipoxrom anemiya, leykositoz, EÇR-in sürətlənməsi müşahidə edilir.

Bəlğəmin atipik hüceyrələrə sitoloji müayinəsinin, biopsiya ilə bronxoskopiyanın, ağciyərlərin rentgenoqrammasının, xüsusilə də tomoqrafiyanın böyük diaqnostik əhəmiyyəti vardır.

Müalicəsi. Əsasən cərrahi müalicə üsulu istifadə olunur. Ağ ciyərin tamamilə çıxarılması (pulmonektomiya) və ya onun bir hissəsinin çıxarılması (lobektomiya) əməliyyatı aparılır. Regionar limfa düyünləri zədələnmiş olduqda onlar divararalığının toxuması ilə birlikdə xaric edilir. Əməliyyata əks göstəriş olduqda şüa müalicəsi ilə xəstənin həyatını uzatmaq mümkün olur. Əməliyyat edilmədikdə xəstələr orta hesabla 1 – 2 il yaşaya bilirlər.

Süd vəzisinin xəstəlikləri

Süd vəzilərinin hiperlaziyası qızların və qadınların süd vəzilərinin dishormonal xəstəliyidir.

Ginekomastiya isə oğlanların və kişilərin dishormonal xəstəliyidir. Xəstəlik yeni doğulmuş dövrdə, cinsi inkişaf dövründə və bəzən də yaşlı dövrdə inkişaf edə bilər. Uşaqlarda kliniki olaraq süd vəzilərinin cüzi böyüməsi, bərkiməsi və döş giləsi nahiyəsində ağrılı olması ilə özünü göstərir. Xəstə 6 ay müddətində müşahidə olunur. Sonrakı müalicə endokrinoloq tərəfindən aparılır. Yaşlılarda süd vəzisi müxtəlif ölçülərdə böyüyə bilər. Xəstə adətən heç nədən şikayətlənmir. Sadəcə o kosmetik narahatlıqdan sıxıntı keçirir. Kosmetik düşüncə anlamına görə cərrahi əməliyyata göstəriş vardır.

Döş giləsinin çatı qadınlarda doğuşdan 2-3 gün sonra təzahür edir. Çatlar adətən döş giləsinin zirvəsində və ya əsasında yaranır. Onlar səthi eroziya, yastı xora və ya dərin yaralar şəklində olurlar.

Klinik simptomu uşağı əmizdirərkən əzabverici ağrının əmələ gəlməsidir. Çatlar mastitlə fəsadlaşa bilirlər.

Müalicəsində uşağı əmizdirdikdən qabaq və sonra süd vəzisinin əhatəli isti sabunlu su və ya zəif antiseptik məhlullarla (furasillin, soda) yuyulması hava və kvars vannalarının təyin edilməsi nəzərdə tutulur. 10%-li metilurasil məlhəmi, itburnu və çaytikanı yağları

yaxşı təsir göstərir. Qartmaq əmələ gəlməkdən ötrü əmizdirmədən sonra 1%-li briliyant yaşılı ilə təmizləmə məsləhət görülür.

Çatların profilaktikası üçün anaya hələ uşaq doğulmamışdan döş gilələrini fəaliyyətə hazırlamaq tövsiyyə olunur, anaya uşağı əmizdirmə qaydaları və uşağı düzgün tutmaq öyrədilir.

Kəskin mastit. Mastit süd vəzisinin iltihabıdır. Ən çox ilk dəfə doğmuş qadınlarda əmələ gəlir. Səbəbi döş giləsi çatlarından infeksiyanın (stafilokokk) daxil olmasıdır. Bundan başqa infeksiya süd vəzisinə digər üzv və toxumalardan limfogen və ya hematogen yolla da daxil ola bilər. 16-18 yaşlı gənc qızlarda da gənclik mastiti ola bilər. Yeni doğulmuşlarda nadir hallarda təsadüf olunur. Lokalizasiyasına görə səthi, subareolyar, intramammar və retromammar mastit ayırd edilir (şəkil 65).

Klinik şəkli xəstəliyin mərhələsindən asılıdır. Seroz mərhələdə süd vəzisinin ölçüsü böyüyür, sərtləşir və ağrılı olur. Bədənin temperaturu 39°C -yə qədər yüksəlir. İnfiltrativ mərhələdə süd vəzində bir və ya bir neçə aydın sərhədli olmayan sıx infiltrat əmələ gəlir. Onların üzərindəki dəri qızarıq, ağrı daha şiddətli olur, temperatur 40°C -dək yüksəlir. Absesləşmə mərhələsində klinik mənzərə infiltrat bölgəsində fluktasiyanın əmələ gəlməsi ilə xarakterizə olunur. Fleqmanoz mərhələdə süd vəzisi tamamilə prosesə cəlb olunur, septiki vəziyyət inkişaf edir (yüksək temperatur, titrətmə, dildə quruluq, yuxusuzluq, iştahanın itməsi, leykositoz, EÇR-in sürətlənməsi). Qanqrenoz mərhələ qan damarlarının trombozu səbəbindən qan dövrəni pozğunluğu nəticəsində baş verir. Süd vəzisi yumşaq və büzüşmüş olur.

Xroniki infiltrativ mərhələ çox vaxt düzgün müalicə aparılmadıqda müşahidə olunur. Temperatur subfebril, ümumi vəziyyət kafi olur, süd vəzində sərt qığırdaq konsistensiyalı infiltrat palpasiya edilir.

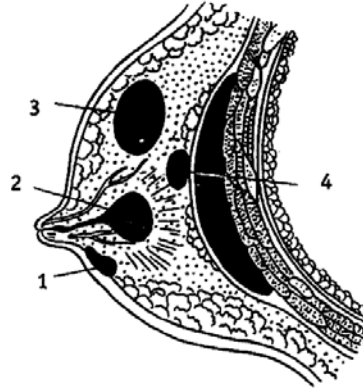
Profilaktikası üçün süd vəzisi gilələri çatlarının və südün durğunluğunun qarşısı alınmalıdır. Tibb bacısı infiltratları əlləşdirməmək, türkəçarə və ümumi müalicənin yolverilməzliyi barədə qadınları məlumatlandırmağa borcludur. Bunun üçün əgər uşaq südü tam əmə bilmirsə onda onu sağmaq lazımdır. Süd vəzisinə masaj və UBŞ təyin edilir. Qidalanmadan sonra döş giləsi isti su ilə silinir,

dərinin quruluşunun qarşısı alınmaqdan ötrü indiferent məlhəmlər istifadə edilir. Səkkizvari sarğı ilə süd vəzisinə yuxarı qaldırılmış vəziyyət verilir.

Müalicəsi. Süd vəzisinə durğunluq halları meydana gəldikdə onları aradan qaldırmaq lazımdır. Bu məqsədlə südü tam sağmaq və ona bint sarğısı qoymaqla sakitlik vermək lazımdır. Bundan sonra xəstəyə antibiotiklər və sulfanilamidlər təyin olunur. Yerli olaraq novokain blokadası tətbiq edilir. İnfiltrativ mərhələdə də müalicə bu cür aparılır.

Mastitin digər mərhələlərində isə radial kəsik aparılaraq irinli möhtəviyyət və nekrozlaşmış toxumalar kənarlaşdırılır. Sonrakı müalicə irinli yaraların müalicə prinsipi ilə aparılır. Süd uşaq tərəfindən əmilir və ya sağılır. Gilə yaxşı olmadıqda süd soruculardan istifadə olunur.

İnfiltrativ xroniki formada isə sərt infiltrat sağlam toxumalar hüdudunda kəsilərk götürülür və bədxassəli şişi inkar etmək üçün histoloji müayinəyə göndərilir.



Şəkil 65. Mastit zamanı abseslərin yerləşmə sxemi. 1) səthi abses, 2) subareolyar abses, 3) intramammar abses, 4) dərin retromammar abses.

Mastopatiyalar neyroendokrin pozğunluqlar nəticəsində süd vəzilərində inkişaf edən patoloji prosesdir. Bu zaman vəzi axacağında və asinoslarda kistalar əmələ gəlir. Mastopatiyaların düyünlü və diffuz növləri vardır. Adətən sinir və endokrin sistemində pozğunluğu olan qadınlarda olur. Xəstəlik süd vəzisinəki ağrılarla başlayır. Süd vəzisinin birində və ya hər ikisində ayrı-ayrı yerlərdə

çoxsaylı sərtləşmələr əmələ gəlir və onlar bir-biri ilə birləşərək konqlemerat əmələ gətirirlər. Palpasiya zamanı süd vəzisi toxumasında müxtəlif ölçülü dəyirmi, sıx, lakin elastiki fibroz bitişmələr təyin olunur. Uzanmış vəziyyətdə palpasiya etdikdə onlar azalır.

Kistalar süd axacaqları ilə əlaqəli olduqda döş giləsindən selikli ifrazatın axması müşahidə olunur. Xəstəlik yavaş sürətlə inkişaf edir. Prosesin geriyə inkişafı halları da müşahidə olunur. Xəstəliyin əlamətləri aybaşı çıklından 10 gün əvvəl meydana çıxır və aybaşı başlandıqdan sonra ötüb keçir. Məhdud və böyüyən törəmələri süd vəzisinin bədxassəli şişləri ilə fərqləndirmək lazımdır. Diaqnozu dəqiqləşdirmək üçün rentgenoloji və ultrasəs müayinəsi aparılır. Diffuz mastopatiyaların müalicəsi konservativ olaraq ginekoloq və endokrinoloq ilə birgə aparılır. Düymünlü forma mastopatiyada isə cərrahi əməliyyat tətbiq edilir.

Süd vəzinin xərçəngi. Süd vəzisinin xərçəngi daha çox 40-50 yaş qadınlar arasında rast gəlinir. Gənc yaşlarında da xəstəliyə təsadüf olunur. Süd vəzisinin xərçəngi tez-tez xroniki mastit və xoşxassəli şişlər (fibroadenoma, sistadenoma və s.) fonunda inkişaf edir. Adətən bir, bəzən iki vəzi xəstələnir. Ölüm vermə faizinə görə qadınlarda ağ ciyər xərçəngindən sonra ikinci yerdə durur.

Klinik şəkli. Xəstəlik süd vəzində kiçik ağrısız sərtləşmə şəklində başlayır, süd vəzilərinin ölçüsü və forması dəyişir. Sonrakı dövrdə dəri prosesə cəlb olunaraq limon qabığı şəklini alır. Vəzinin giləsi prosesə qoşulduqda o içəri dartılmış vəziyyət alır. Bəzən ondan qanlı maye ifraz olunur. Sonrakı gedişində şiş dağılır və sərt kənarları olan xora əmələ gəlir. Regionar limfa düyünlərinin zədələnməsi aşağıdakı ardıcılıqla müşahidə olunur: xəstələnən tərəfdə qoltuqaltı, körpücüküstü, körpücükaltı və bəzən döş sümüyü arxası limfa düyünləri böyüyür, sıx şəkildə, ağrısız və əvvəlki günlər hərəkətli olurlar. Diaqnozu dəqiqləşdirmək üçün rentgenoloji müayinə-mammografiya və biopsiya aparılır.

Müalicəsi adətən kombinasiyalı şəkildə aparılır. Əvvəlcə süd vəzisi yerləşdiyi böyük və kiçik döş əzələsi, bu nahiyənin və qoltuqaltı nahiyənin dərialtı piy toxumaları ilə birlikdə kəsilib götürülür (Mastektomiya). Sonra şüa müalicəsi və kişi cinsiyyət hormonları ilə müalicə aparılır. Kombinə edilmiş müalicə yaxşı nəticə verir.

Döş qəfəsində aparılan əməliyyatlardan sonra xəstələrə nəzarət və qulluq

Döş qəfəsi üzvlərinin cərrahi xəstəlikləri zamanı aparılan əməliyyatlardan sonra xəstəyə əməliyyatdan sonrakı pnevmoniyanın profilaktikası məqsədi ilə aşağıdakılar məsləhət görülür:

- çarpayıda vəziyyətini dəyişdirmək;
- bəlgəmi öskürtmək;
- müalicə və bədən tərbiyəsi məşğələləri aparmaq.

Spontan pnevmotoraks və hemotoraks əmələ gəlməsinə deyərək plevral boşluğun drenajlanması aparılır. Drenajlanma metodunun məqsədi aşağıdakılardır:

- hemorragik mayenin, irinin və havanın plevral boşluqdan evakuasiyası;
- ağ ciyərlərin hamarlanması və divar aralığının yerdəyişməsinin aradan qaldırılması.

Drenaj borusunun ucu elektrik sorucusuna və ya su şırnağına birləşdirilir (aktiv drenaj) ya da ucuna rezin klapən keçirilib antiseptik məhlul olan bankaya buraxılır (passiv drenaj). Bu zaman drenaj sisteminin funksiya edib-etməməsinə, drenajın keçiriciliyinə və hermetikliyinə, yaxşı fiksasiya olub-olmamasına, ifraz olunan möhtəviyyətin miqdarına və xarakterinə, plevral boşluqda havanın çıxmasına ciddi fikir vermək lazımdır.

Drenajın ucunda klapən olmasına baxmayaraq bankanı yuxarı qaldırıqda plevral boşluqdakı mənfi təzyiqin hesabına hava geriye plevral boşluğa qaçıb xəstənin ağ ciyərlərini sıxa bilər.

Drenaj sistemi nəinki eksudatın xaric olunmasından, həmçinin plevral boşluğun antiseptik və ya bakterisid məhlullarla yuyulmasından ötrü də qoyulur. Əməliyyatdan asılı olaraq xəstəyə iki ədəd drenaj qoyulur. Biri aşağı arxaya, ikincisi yuxarı önə. Xəstə sarğı otağına aparılarkən mütləq vacibdir:

1. Drenaj borusuna sıxıcının qoyulması;
2. Borunun sorucudan ayrılması.

Döş qəfəsi üzvlərinin əməliyyatlarından sonrakı ağırlaşmalara aşağıdakılar aiddir:

1. **Pnevmtoraks** – drenajın hermetikliyinin pozulması nəticə-

sində (drenajın sərbəst ucunu antiseptik məhlula salınmadıqda havanın plevral boşluğa daxil olması nəticəsində) əmələ gəlir. Bu zaman dərhal həkim məlumatlandırılmalı və həkim gələnədək drenaj borusu sıxıcı ilə tutulmalıdır.

2. **Dərialtı emfizema** – drenaj döş qəfəsinin yumşaq toxumalarına kip bərkidilmədikdə havanın drenaj qoyulan sahədən dəri altına keçməsi nəticəsində əmələ gəlir. Bu zaman dərhal həkim məlumatlandırılmalı və həkimin rəhbərliyi ilə drenaj başqası ilə əvəz olunmalıdır.

3. **Drenajdan çoxlu miqdarda (50 ml/saat-dan çox) intensiv qanlı mayenin axması** – daxili qanaxmanın baş verməsini bildirir. Bu zaman xəstənin vəziyyəti haqqında həkim dərhal məlumatlandırılmalıdır.

4. **Drenajdan möhtəviyyatın gəlməməsi** – bu drenajın qan laxtası, seliklə tıxanması nəticəsində əmələ gəlir. Bu zaman həkim məlumatlandırılmalı və tutulmuş drenaj onun rəhbərliyi altında yuyulmalı və yaxud dəyişdirilməlidir.

Əməliyyatdan sonrakı ilk saatlarda xəstənin çarpayıda yerləşdirilməsi və hərəkəti aktivliyin rejimi aşağıdakı kimidir:

1. Xəstəyə 2– 4 saat ərzində ciddi yataq rejimi təyin olunur və yataqda yastıqsız vəziyyət verilir.

2. Sonrakı 24 saat ərzində yataq rejimi, ürəyin işləməsi, tənəffüs, bəlgəmin ifraz olunması üçün əlverişli olan yarımoturaq vəziyyətlə əvəz olunur.

3. 2-3-cü gün oturaq və ya yarımoturaq vəziyyət növbələşdirilməklə yataq rejimi təyin olunur.

4. 4-5-ci gündən xəstəyə qalxmaq və gəzmək məsləhət görülür. Bu zaman drenaj borusu sıxıcı ilə tutulur.

Plevral boşluğa drenaj qoyulmuş xəstənin sarğısının dəyişdirilməsi üçün köhnə sarğı açılır (sarğı vasitəsi ilə birlikdə drenajın yaradan çıxmamasına diqqət yetirmək lazımdır). Drenajın ətrafındakı dəri 0,9%-li natrium xlorid məhlulunda isladılmış kürəciklə təmizlənir. Yara kənarı 1%-li yodonat məhlulu və ya 1%-li briliyant yaşılı ilə silinir. Drenajın ətrafındakı yaraya steril salfet qoyulur. Drenaj borusunun ucu bint və ya kleolla təzyiq edilmədən sarğı materialından kənara çıxarılır. Yara səthinin steril salfetlə müdafiəsin-

dən ötrü aşağıdakı ardıcılığa riayət etmək lazımdır: 4 qat bükülmüş steril salfet ortasına qədər kəsilir. Drenaj boru bir kəsikdən çıxarıldıqdan sonra kəsilmiş salfetin sağ və sol yarısı çarpaz olaraq drenaj borunun üstünə keçirilir. İkinci kəsilmiş salfet elə qoyulur ki, salfetin kəsilməmiş hissəsi altdan salfetin kəsilmiş hissəsini örtün. Bu ardıcılıq gözləniləndə sarğı yaranı yaxşı örtmüş olur. Əgər yara səthi kleol sarğısı ilə bağlanarsa bu zaman yapışdırılacaq salfetdə drenaj üçün dəşik açılmalıdır. Əgər bintlə bağlanarsa bu zaman drenaj sarğının bağları arasından keçirilməlidir.

Döş qəfəsinin punksiyası və drenajların qoyulması haqqında müvafiq bölmədə ətraflı verilmişdir.

Yoxlama sualları:

1. Ağ ciyər absesi nə ilə fəsadlaşa bilər?
2. Seroz plevrit zamanı rentgenoloji müayinədə nə görünür?
3. Plevranın empieması dedikdə nə başa düşülür?
4. Mastitin əlamətlərini sadalayın.
5. Mastopatiya nədir?
6. Torakotomiyadan sonra xəstələrə qulluğun hansı xüsusiyyətləri vardır?
7. Süd vəzisinin xoş və bədxassəli şişlərinin hansı fərqli əlamətləri vardır?
8. Mastitin hansı formaları vardır?
9. Süd vəzisinin xərçəngi nə zaman inkişaf edir?
10. Mastitdə abseslər necə lokalizasiya olunur?

Situasiya məsələləri:

I. 24 yaşlı qadında doğuşdan 3 gün sonra sağ süd vəzində tədricən güclənən gərginlik və ağırlıq hissi yaranıb. Süd vəzisinin ölçüsü böyümüş, sərtləşmiş və ağrılı olmuşdur. Bədənin temperaturu 39° C-yə qədər yüksəlmişdir. Qanda leykositlərin miqdarı artmış, EÇR-in sürətlənmişdir. Qadında hansı proses inkişaf etmişdir? Siz hansı müalicə təyinin edərdiniz: konservativ müalicə, yoxsa mütləq cərrahi müdaxilə gərəkdir?

II. 28 yaşında xəstə, sağ ağciyərin yuxarı payının kəskin absesi diaqnozu ilə terapevtik şöbədə müalicə olunur. Hər şey yaxşı olduğu halda xəstədə birdən –birə döş qəfəsinin sağ yarısında kəskin ağrılar, üşütmə, təngnəfəslik, dərinin rənginin göyərməsi və avazıması meydana gəlmişdir. Nəbz - dəqiqədə 130 vuruşdur. Sağ ağciyərin auskultasiyasında tənəffüs amforikdir. Döş qəfəsinin rentgenoqrafiyasında sağ plevra boşluğundanə, III qabırğa qədər mayenin üfqi səviyyəsi təyin olunur, ağciyər 1/2 həcmdə sıxılıb və divararalıqlığı sola doğru yerini dəyişib. Diaqnoz nədir və taktika necədir?

MÖVZU 41. Qarın divarı və qarın boşluğu üzvlərinin zədələnmələri. “Kəskin qarın” sindromu. Peritonitlər

Tələbə bilməlidir.

- ✓ Qarın boşluğu üzvlərinin zədələnmələrinin təsnifatını;
- ✓ Qarın boşluğu üzvlərinin zədələnmələrinin əsas klinik mənzərəsini;
- ✓ “Kəskin qarın” sindromunun inkişafı zamanı ilk tibbi yardımın göstərilməsini
- ✓ Qarın boşluğu üzvlərində aparılan əməliyyatlardan sonra xəstələrə qulluğu.

Mühazirənin planı:

- Qarın divarının zədələnmələri.
- Qarın boşluğu üzvlərinin qapalı zədələnmələri.
- Qarın boşluğu üzvlərinin açıq zədələnmələri.
- “Kəskin qarın” sindromu.
- Peritonitlər.

Qarın divarı və qarın boşluğu üzvlərinin zədələnmələri

Qarın divarı və qarın boşluğu üzvlərinin zədələnmələri iki yərə bölünür: qapalı və açıq zədələnmələr. Qapalı zədələnmələrə qarın divarının zədələnmələri (qarının düz əzələsinin cırılması) və daxili üzvlərin zədələnmələri (qara ciyərin, dalağın partlaması və s.) aiddir. Açıq zədələnmələrə isə yaralanmalar aiddir. Yaralanmalar özləri də nüfuz edən (peritonun zədələnməsi ilə gedən) və nüfuz etməyən yaralar olmaqla iki yərə bölünür. Nüfuz edən yaralar çox vaxt daxili üzvlərin zədələnməsi ilə müşayiət olunur.

Qarın divarının qapalı zədələnmələri ağırlıq qaldırmaq və qarına təsir edən düz travma nəticəsində müşahidə olunur. Qarın boşluğu üzvlərinin qapalı zədələnmələrinin səbəbi isə hündürlükdən yıxılma, avtomobil qəzaları, qarına və ya kürəyə vurulan düz zərbə və s.-dir. Qarın boşluğu üzvlərinin qapalı zədələnmələri ağır travma növlərindən biridir. Bu zədələnmələr bəzən xoşagəlməz ağırlaşmalarla nəticələnir.

Qarın divarının zədələnmələri. Belə zədələnmələr əzilmə, əzələlərin, aponevrozun və qan damarlarının cırılması ilə müşayiət olunur.

Klinik şəkli. Qarın divarının qapalı zədələnmələri üçün ağrı və hematoma xarakterikdir. Zədələnmələr qansızmalar əmələ gəlməklə özünü göstərir. Əzələləri cırılması daha böyük qansızmalara sə-

bəb olur. Qarın düz əzələsi cırıldıqda qansızma düz əzələnin yatağı ilə məhdudlaşır. Qarın palpasiya etdikdə ağrıların artması, əzələnin tamliğının pozulması, hematoma olmaqla yanaşı, qançırılar da müşahidə edilir. Hematomanı qarın boşluğunun şişlərindən fərqləndirmək üçün xəstəyə başını qaldırmaqla qarın düz əzələsini gərginləşdirmək təklif olunur. Düz əzələnin cırılması zamanı, həm əzələ gərginləşərkən, həm də boşalarkən şişəbənzər törəmə təyin edilir. Qarın boşluğunun şişlərində isə əzələni gərginləşdirərkən şiş palpasiya olunmur.

Bəzən travma nəticəsində qarın divarının damarlarının cırılması müşahidə olunur. Bu zaman peritonun altında yerləşən geniş bir sahəni hematoma əhatə edir. Klinik olaraq qarın əzələlərinin gərginliyi qeyd olunur. Bu zaman daxili üzvlərin zədələnməsini istisna etmək lazımdır. Qarın divarının zədələnmələri zamanı yerli və ümumi əlamətlər meydana çıxır. Yerli əlamətlərə qansızma, yerli ağrı, ümumi əlamətlərə isə dərinin avazıması, səthi tənəffüsün olması, nəbz zəifləməsi, baş gicəllənmə kimi əlamətlər aiddir.

Qarın divarının yaralanmalarında isə peritonun zədələnməsi istisna olunmalıdır. Bəzi hallarda yaranın birinci cərrahi işlənməsi zamanı peritonun zədələnməsi dəqiqləşdirilir. Bu məqsəd ilə zondan istifadə etmək olmaz (infeksiyanın qarın boşluğuna daxil olmaq təhlükəsinə görə).

Yüngül zədələnmələr zamanı, diaqnoz qoyulması çətinlik törətmir. Qarın boşluğu üzvlərinin zədələnməsi ilə müşayiət olunan ağır zədələnmələr zamanı diaqnoz qoymaq çətinləşir.

Müalicəsi. Qarın divarının qapalı zədələnmələrində xəstəyə sakitlik yaradılır. Xəstə yataq rüjimində saxlanılır. İlk günlər qarın nahiyəsinəsoyuq tətbiq edilir. Sonradan isti proseduralara keçilir. Qarın boşluğu üzvlərinin zədələnməsi tamamilə istisna edildikdən sonra ağrıkəsici preparatlar istifadə oluna bilər. Böyük hematomalar zamanı onlar punksiya edilir. Əgər hematoma laxtalanarsa onu yarıb çıxartmaq lazımdır. Kiçik qansızmalar özü sorulur. Əzələlər cırıldıqda gələcəkdə yırtıq əmələ gəlməsinə deyərək onu tikmək lazımdır. Qarın yaralanmalarında isə yaranın birincili cərrahi işlənməsi yerinə yetirilir. Bu zaman peritonun zədələnməsinə, zədələnmədiyini yoxlamaq lazımdır. Peritonit və qanaxma olmadıqda xəstəni ciddi

nəzarətdə saxlamaq lazım gəlir. Periton zədələndikdə daxili üzvlər təftiş edilir.

Qarın boşluğu üzvlərinin qapalı zədələnmələri. Qeyd etdiyimiz kimi qarın nahiyəsinə küt travma zamanı çox vaxt daxili üzvlərin zədələnməsi də baş verir. Zədələnmə zərbə qüvvəsinin istiqamətindən və boşluqlu üzvlərin nə dərəcədə dolmasından asılıdır. Çox vaxt qara ciyər və dalaq, nadir hallarda isə mədə və yoğun bağırsağ zədələnir. Nazik bağırsağın çoxlu, yoğun bağırsağın ulduzvari, parenximatoz üzvlərin cırılmış ulduzvari və bəzən də üzvün bir hissəsinin qoparaq ayrılmış zədələnmələri müşahidə olunur. Zədələnmələr qanaxma ilə müşayiət olunur.

Klinik şəkli. Parenximatoz üzvlərin (qara ciyər, dalaq) zədələnməsi zamanı simptomlar kompleksində aparıcı yer peritondaxili qanaxmaya məxsusdur. Qarın boyunca yayılmış ağrı, uzanmış vəziyyətdə qarının maili yerlərində perkutor səsin kütləşməsi, arterial təzyiqin düşməsi, hemoglobin və eritrositlərin azalması, zəif leykositoz qeyd edilir. Boşluqlu üzvlərin zədələnməsi zamanı (mədə, bağırsaqlar, sidik kisəsi) peritonun iltihabının klinik mənzərəsi inkişaf edir. Bütün qarın boyu şiddətli ağrılar, qarın əzələlərinin gərginləşməsi, Şetkin-Blyumberq simptomunun müsbət olması, sidik ifrazının ləngiməsi, bədənin temperaturunun yüksəlməsi və leykositoz qeyd edilir.

Müalicəsi. Kiçik qanaxmalar zamanı konservativ müalicə tədbirləri aparılır. Xəstəyə sakitlik verilir, qarın nahiyəsinə soyuq qoyulur, hemostatik preparatlar (kalsium xlorid, vikalol, epsilon aminokapron turşusu və s.) istifadə edilir. Yerdə qalan hallarda cərrahi müalicəyə müraciət olunur. Qara ciyərin partlaması zamanı zədələnmə nahiyə tikilir. Bəzən qara ciyərin yarası piyliyin bir hissəsi ilə əlavə tikişlərlə tamponada edilir. Bu hemostatik effekti yaxşılaşdırır. Dalaq partladıqda o xaric edilir (splenektomiya). Boşluqlu üzvlərin cırılması zamanı cırılan nahiyə tikilir, zədələnmə böyük olduqda isə həmin nahiyə rezeksiya olunur.

Qarın boşluğu üzvlərinin açıq zədələnmələri soyuq və odlu silah yaralanmaları zamanı baş verir. Bu yaralar yuxarıda qeyd ediləni kimi, qarın boşluğuna keçən və keçməyən olmaqla iki yerə bölünür. Qarının içəri keçməyən yaraları qarın divarının zədələnməsi

ilə məhdudlaşır. Bu zaman peritonun və qarın boşluğu üzvlərinin zədələnməsi olmur. Yara nahiyəsində gərginlik olur. Qarın divarının iri damarları zədələndikdə böyük hematoma müşahidə olunur. Diaqnozun qoyulması bir o qədər çətinlik törətmir. Ancaq unutmamaq lazımdır ki, qarın boşluğu üzvləri də zədələnməyə bilər. Ona görə də yaraların birincili cərrahi işlənməsi diqqətlə aparılmalıdır.

Qarın dəlib keçən yaralanmalarında, daxili üzvlərin zədələnmələri demək olar ki, həmişə müşahidə olunur və travmatik şokun mənzərəsi inkişaf edir. Bu zaman meydana çıxan əlamətlər, yaranın xarakterindən və hansı daxili üzvün zədələnməsindən asılıdır. Yaranın ölçüsündən asılı olaraq simptomlar da müxtəlif ola bilər. Ola bilər ki, qarın zədələnməsi dəlib keçən olsun, lakin daxili üzvlər zədələnməsin. Bu zaman yalnız parietal periton deşilmiş olur. Bəzən yaradan bağırsağın ilgəyi və ya piylik xaricə çıxmış olur. Yaradan bağırsağ möhtəviyyatının və ya ödün axması diaqnozu qoymağı asanlaşdırır. Daxili qanaxma zamanı susuzluq, qan təzyiqinin aşağı düşməsi, nəbz zəifləməsi, qarın aşağı hissəsində perkutor kütlük kimi əlamətlər ortaya çıxır.

Müalicəsi. Qarın bütün zədələnmələri zamanı diqqətlə müayinə aparılmalıdır. Yaranın ilkin cərrahi işlənməsi ilə bərabər diaqnozun düzgün qoyulması dəqiqləşdirilir. Şok əleyhinə tədbirlər aparılır. Dəlib keçməyən yaralanmalar zamanı müalicə, yaranın birincili cərrahi işlənməsindən asılıdır. Daxili üzvlərin yaralanması zamanı birinci növbədə zədələnməmiş orqanın tamlığı bərpa olunur. Yaradan xaricə çıxmış üzvü antiseptik məhlullarla yuduqdan sonra steril materialla örtmək lazımdır. Əgər zədələnmə yoxdursa, həmin üzv qarın boşluğuna salınır. Qarın boşluğu üzvləri təftiş edildikdən sonra qarın boşluğu bağlanır. Belə xəstələrə tetanus əleyhinə zərər vurulmaqla, geniş spektrli antibiotiklər təyin edilir.

“Kəskin qarın” sindromu.

“Kəskin qarın” – tibbi praktikada geniş istifadə olunan ümumiləşdirilmiş klinik sindromlardan biridir. Ümumiyyətlə o, kəskin cərrahi xəstəliklərlə və ya qarın boşluğu üzvlərinin zədələnməsi, başqa sözlə qəflətən inkişaf etmiş qarındaxili fəlakətlərlə bağlı kli-

nik mənzərəni özündə əks etdirir. Başqa sözlə “kəskin qarın” dedikdə bir sıra patoloji proseslər nəticəsində xəstənin həyatı üçün qəflətən yaranan təhlükə, eləcədə müxtəlif etiologiyaya, patogeneza və lokalizasiyaya, lakin oxşar klinikaya malik və daha çox eyni taktika – təcili cərrahi müdaxilə tələb edən qarın boşluğundakı fəlakət başa düşülür.

“Kəskin qarın” terminini sadəcə bir tibbi termin kimi qəbul etmək yolverilməzdir. “Kəskin qarın” zamanı tibb bacısından həmişə həlledici hərəkətlər – xəstənin dərhal cərrahi şöbəyə yerləşdirilməsi, eləcədə tez bir zamanda diaqnozun dəqiqləşdirilməsi tələb edilir.

Bu sindrom həm də təxirəsalınmadan xəstəyə ən az zərər verən qərarın qəbul edilməsinin vacibliyini də təyin edir – xəstəyə əməliyyat lazımdır mı, yoxsa əməliyyatsız da keçinmək olar? Yox əgər əməliyyat lazımdırsa onda nə zaman? Ona görə də “kəskin qarın” sindromu zamanı diaqnozu qoymaq çətinlik törətdiyindən qiymətli vaxtı itirmək olmaz.

“Kəskin qarın” diaqnozundan kəskin cərrahi xəstəliyin və ya qarın boşluğu üzvlərinin zədələnməsinin səbəbini dəqiqləşdirmək mümkün olmadıqda istifadə etmək lazımdır. Çox vaxt “kəskin qarın”a, qarın boşluğunda yerləşməyən üzvlərin xəstəlikləri də səbəb ola bilər. “Kəskin qarın”ın yaranma mexanizmi nə qədər müxtəlifdirsə, “kəskin qarın” klinikasını törədən xəstəliklərin sayı da bir o qədər müxtəlifdir. Buna baxmayaraq onları etioloji mexanizmin oxşarlığını xarakterizə edən 6 əsas qrupa ayırmaq olar:

1.“Kəskin qarın”ı yaradan əsas səbəblərdən biri qarın boşluğu üzvlərinin iltihabi xəstəlikləridir. Bunlara kəskin appendisit, kəskin xolesistit, mədə və bağırsaqların fleqmonası, kəskin mezenterial limfadenit, kəskin divertikulit, uşaqlığın və onun artımlarının kəskin iltihabını aid etmək olar.

2.“Kəskin qarın” inkişafında destruksiyalar əhəmiyyətli rol oynayır. Mədə və on iki barmaq bağırsağın xorası zamanı baş verən destruktiv proses xoranın deşilməsinə və mədə və on iki barmaq bağırsağın qanaxmasına gətirib çıxarır.

3.Çox zaman “kəskin qarın” yaranmasının səbəbi mezenterial damarların trombozu, boğulmuş yırtıq, strankulyasion bağırsağ keçməməzliyi, yumurtalıq kistasının burulması, piyliyin çevrilməsi

nəticəsində qarın boşluğu üzvlərində qan təchizatının pozulması olur.

4.Əksər hallarda “kəskin qarın” klinikasını boşluqlu üzvlərin obturasiyası yaradır. Məsələn: obturasion bağırsağ keçməməzliyi.

5.Boşluqlu üzvlərin (mədə, bağırsağ, sidik kisəsi) tamlığının pozulmasına, parenximatov üzvlərin partlamasına (qaraciyər, dalaq, mədəaltı vəzi) qarının açıq və qapalı zədələnmələri “kəskin qarın”a səbəb olur.

6.Nəhayət “kəskin qarın” yaranmasında qarın boşluğu üzvlərinin patologiyasına gətirib çıxaran funksional xəstəliklər birinci dərəcəli əhəmiyyət kəsb edir (paralitik və spastik bağırsağ keçməməzliyi, kəskin mədə genişlənməsi və s.).

Beləliklə, “kəskin qarın” özündə peritonun qıcığılanması və ya iltihabı nəticəsində meydana çıxan simptomlar kompleksini ifadə edir. Səbəblərə daxili üzvlərin (qara ciyər, dalaq, mədə bağırsağ və s.) travmatik zədələnmələri, kəskin iltihabı proseslər (kəskin appendisit, kəskin xolesistit və s), boşluqlu üzvlərin deşilməsi (mədə xorasının və on iki barmaq bağırsağ xorasının perforasiyası), patogen mikrobların qarın boşluğuna hematogen və limfogen yolla daxil olması nəticəsində peritondakı iltihabı proseslər (pnevmonokokk, qonokokk, vərəm peritoniti və s.) aid edilir.

Qeyd etdiyimiz kimi “kəskin qarın” sindromunun əsasını hər şeydən əvvəl cərrahi müalicə tələb edən patologiya təşkil edir: peritonit, bağırsağ keçməməzliyi, qarın boşluğuna qanaxma, visseral damarların emboliyası və ya trombozu nəticəsində qarın boşluğu üzvlərində qan təchizatının pozulması.

Sindromun kliniki mənzərəsinə qarın boşluğu üzvlərinin cərrahi müalicə tələb etməyən (kəskin hepatit, qeyri-spesifik və ya vərəm mezadeniti və s.) və ya təxirəsalınmaz müdaxilə tələb etməyən (kəskin pankreatit) xəstəliklərində də az rast gəlinir. “Kəskin qarın” diaqnozu ilə olan xəstələr yaranma səbəbindən asılı olmayaraq təcili cərrahi şöbəyə yerləşdirilməlidir. Xəstəyə sərbəst hərəkət etməyə icazə verilmir. Xəstələrin stasionara çatdırılması sanitariya nəqliyyatla tibbi personalın müşayiəti ilə olmalıdır.

Praktik olaraq sağlam insanda 6 saat ərzində qarında güclü ağrı davam edərsə və diaqnozu dəqiqləşdirmək mümkün olmur, diaq-

nostik laparotomiya aparılması haqqında qərar qəbul edilməlidir. O müəyyən əməliyyatdan qabaqki hazırlıqdan sonra yerinə yetirilir.

Klinik şəkli qarın nahiyəsində şiddətli ağrılar, qarın əzələsinin həddən artıq gərginləşməsi (taxtayabənzər qarın) ilə xarakterizə olunur. Əgər qarın nahiyəsinə bir barmaqla yavaş-yavaş basdıqda və dərhal götürdükdə ağrı kəskin şəkildə artır (Şetkin-Blyumberq simptomu). Qusma və ishal ola bilər. Bədənin temperaturu 39-40⁰C-dək yüksəlir, yüksək leykositoz əmələ gəlir.

Yadda saxlamaq lazımdır ki, “kəskin qarın”ı olan xəstələrə içmək, qida qəbul etmək, təmizləyici imalə aparmaq, antibiotiklər və ağrıkəsicilər yeritmək, isitqac tətbiq etmək qəti qadağan edilir. Qida və maye qəbulu, eləcə də təmizləyici imalə vasitəsilə maye yeritmək patoloji prosesi bir az da sürətləndirə bilər. (Məsələn, mədə xorasının perforasiyası və appendisitəin deşilməsi zamanı əmələ gələn “kəskin qarın” zamanı.) Antibiotiklər və ağrıkəsicilər isə klinik şəkli gizlədir və bu da düzgün diaqnoz qoyulmasını çətinləşdirir.

Qeyd edildiyi kimi “kəskin qarın,” peritonun qıcıqlanması və iltihabı nəticəsində əmələ gələn simptomokompleksdir. Periton qarın boşluğu üzvlərinin bəzilərini hər tərəfdən (mədə, nazik bağırsaqlar), bəzilərini isə qismən (on iki barmaq bağırsağı, pankreas) əhatə edir. Peritonun ümumi sahəsi 1,5 m²-dir. Periton qişası gün ərzində 70 litrə qədər maye sovura və ifraz edə bilər. Periton hər cür mexaniki, termiki və başqa növ qıcıqlara qarşı (qarın boşluğuna yad cisim, qan, sidik, öd və s. düşdükdə) olduqca tez reaksiya verir. Bunun da nəticəsində qarın boşluğunda seroz eksudat əmələ gəlir. Əlverişli şəraitdə bu eksudat tez sorulur. Qarın boşluğuna infeksiya düşdükdə isə seroz eksudat, irinli eksudata çevrilir. Belə olduqda peritonun irinli iltihabı- peritonit inkişaf edir.

Peritonitlər

Periton qişasının itihabına peritonit deyilir. Əsasən qarın boşluğu üzvlərinin kəskin cərrahi xəstəlikləri, onların travmatik zədələnmələri və qarın boşluğunda icra edilən əməliyyatların ağırlaşmaları nəticəsində əmələ gəlir. Peritonit ağır bir xəstəlikdir. Peritonit müstəqil şəkildə, çox nadir hallarda inkişaf edir. Hazırda cərrahiyyə

yənin və reanimatologiyanın inkişafına və geniş spektrli antibiotiklərdən istifadə edilməsinə baxmayaraq ölüm halları orta hesabla 15-20% təşkil edir.

Peritonitlər aşağıdakı şəkildə təsnif olunur:

1. **Etiologiyasına görə:** aseptik və infeksiyon

2. **Törədicinin növünə görə:** stafilokokk, streptokokk, bağırsaq çöpləri, qarışıq flora və s.

3. **Yayılmaya görə:** yayılmış (diffuz), yerli (məhdud)

4. **Baş vermə səbəbinə görə:** perforativ, travmatik, əməliyyatdan sonrakı, hematogen, kriptogen və s.

5. **Eksudatın xarakterinə görə** seroz, fibrinoz, irinli və hemorragik peritonitlər.

Yayılmış peritonit. Peritonitin bu növündə irinli proses sərbəst qarın boşluğunu əhatə edir. Demək olar ki, bütün periton qişası prosesə cəlb olunur.

Klinik şəkli “kəskin qarın”da təsvir olunmuşdur. Bu əlamətlər əsasən peritoniti əmələ gətirən üzvün və ümumi peritonitin əlamətlərindən ibarət olur. Xəstənin qarınında kəskin ağrı, qusma, qarın divarı əzələlərinin gərginləşməsi, yüksək temperatur, nəbzin sürətlənməsi, qanda leykositlərin sayının artması müşahidə olunur. Xəstənin vəziyyəti həddən artıq ağır olur.

Müalicəsi. Peritoniti əmələ gətirən səbəb aradan qaldırıldıqdan sonra (məsələn, appendisit, bağırsaq keçməməzliyi və s.), qarın boşluğu ifrazatdan təmizlənilir. Xəstəyə antibakterial müalicə təyin edilir və orqanizmin dezintoksikasiyası aparılır.

Məhdud peritonit dedikdə qarın boşluğunda yerli iltihabı prosesin üzvlər arasında məhdudlaşması başa düşülür. Məhdud peritonitin əmələ gəlmə səbəbi qarın boşluğunun yaralanmaları, mədə və on iki barmaq bağırsağın deşilmiş xorası, kəskin appendisit və s. olub, iltihabın ilk mənbəyinin yaxınlığında yerləşir. İltihabı prosesin məhdudlaşmasına piylik, nazik bağırsağın ilgəkləri və həmin lokalizasiyanın anatomik xüsusiyyətləri kömək edir.

Klinik şəkli lokal ağrılar və həmin nahiyədə qarın əzələlərinin gərginliyi ilə xarakterizə olunur. Yayılmış peritonitin klinik gedişinə nisbətən çox yüngül keçir. Duqlas boşluğunun absesi zamanı defekasiya aktının ağrılı olması və düz bağırsağın divarının asılmış

vəziyyəti meydana çıxır (barmaqla müayinə zamanı). Bədənin temperaturu yüksəlir və leykositoz əmələ gəlir. İrinliyin cırıqlaraq sərbəst şəkildə qarın boşluğuna axması məhdud peritoniti yayılmış peritonitə çevirə bilər.

Müalicəsi cərrahi yollaadır. İrinliyin açılması əməliyyatı icra olunur. Çalışmaq lazımdır ki, əməliyyat vaxtında aparılsın. Məhdud peritonitlər zamanı qarın divarında laparoskopik kəşik abses nahiyəsinin proyeksiyasında aparılır. Diafraqma altı abseslərdə, abses XII qabırğa rezeksiya və diafraqma kəsilməklə, döş qəfəsindən açılır. Duqlas boşluğunun absesləri düz bağırsaqdan, qadınlarda isə uşaqlıq yolundan açılır. Operasiya vaxtı qarın boşluğu antiseptik məhlullarla təmiz yuyulur. Açılmış irinlik drenajlanır və müalicəsi irinli yaralarda olduğu kimi aparılır.

Yoxlama sualları:

1. "Kəskin qarın" hansı əlamətlərlə özünü biruzə verir?
2. Nüfuz edən yaralanmalar zamanı ilk yardım nədən ibarətdir?
3. Peritonitin əlamətlərini sayın.
4. Qarın divarının əzələlərinin cırılması gələcəkdə nə ilə fəsadlaşa bilər?
5. "Kəskin qarın" dedikdə nə başa düşülür?
6. Şetkin-Blyumberq simptomu necə yoxlanılır?
7. "Kəskin qarın" zamanı hansı proseduraları etmək qadağandır?
8. Diffüz peritonitin əlamətləri hansılardır?
9. Eksudatın xarakterinə görə peritonitlərin hansı növləri vardır?
10. Periton, qarın boşluğu üzvlərini necə örtür?

Situasiya məsələləri:

I. 17 yaşlı bir xəstəyə xəstələnəndən 3 gün sonra təcili tibbi yardım çağırılmışdır. Xəstə bütün qarını əhatə edən daimi ağrılardan şikayətlənir. Ağrı, xəstəliyin başlanğıcında sağ qalça çıxurunda başlamışdır. Xəstənin vəziyyəti ağır, bədənin temperaturu $38,7^{\circ}\text{C}$ -dir. Dəfələri auzmuş, üz cizgiləri kəskinləşmiş, dərisi solğun, selikli qişaları quru, dili boz ərpəyə örtülüdür. Nəbz dəqiqədə 120 vurgudur. Qarını köpmüş, nəfəs almada iştirak etmir. Palpasiya zamanı qarının ön divarında yayılmış ağrı və əzələ gərginliyi müəyyən edilir. Ehtimal olunan diaqnoz nədir və diaqnozu dəqiqləşdirmək üçün hansı əlavə müayinələr aparılmalıdır?

II. 49 yaşlı xəstə appendikulyar mənşəli yayılmış peritonitə görə əməliyyat olunmuşdur. Əməliyyat zamanı soxulcanabənzər çıxıntı çıxarılmış, qarın boşluğu irinli möhtəviyyatdan təmizlənmişdir. Əməliyyatdan sonra xəstəyə hansı müalicələr təyin edilməlidir?

MÖVZU 42. Qarın divarının və göbəyin cərrahi xəstəlikləri

Tələbə bilməlidir

- ✓ Yırtıqların ümumi təsnifatını;
- ✓ Yırtıqların səbəblərini və meylləndirici amilləri;
- ✓ Yırtıqların klinik əlamətlərini;
- ✓ Yırtıqların elementləri və onların xüsusiyyətlərini;
- ✓ Sürüşən yırtıqları tanımağı;
- ✓ Xarici yırtıqların differensiasiyasını;
- ✓ Cərrahi müalicəyə göstəriş və əks göstərişləri;
- ✓ Boğulmuş yırtıqların kliniki mənzərəsini;
- ✓ Yırtıqların müalicəsinin ümumi prinsiplərini
- ✓ Qasıq nahiyəsinin vacib anatomik elementlərini;
- ✓ Yırtıqlarda diaqnostik texnikanı-təkan simptomu və s..

Mühazirənin planı:

- Qarın divarının və göbəyin inkişaf qüsurları
- Qarın yırtıqlar və onların təsnifatı.
- Qasıq yırtıqları.
- Göbək, bud, diafraqmal yırtıqlar

Qarın divarının və göbəyin inkişaf qüsurları embriogenezin pozulması səbəbindən meydana çıxır. Normada selomik boşluq əvvəlcə göbək ciyəsinin genişlənmiş əsasına qədər uzanır. Əmələ gələn cibi bağırsağ ilgəkləri və qarın boşluğunun digər üzvləri təşkil edir. Bu üzvlərin inkişafı, qarın divarının və həmin boşluğun inkişafından daha sürətli gedir. Qarın divarı isə embrional inkişafın 10-cu həftəsindən genişlənməyə başlayır. Bundan sonra üzvlər onun işərisində yerləşə bilirlər. Ancaq bəzi hallarda qarın divarının inkişafı gecikir və uşaq qarın əzələlərinin qüsuru və ya göbək ciyəsinin embrional yırtığı ilə doğulur.

Qarın əzələlərinin anadangəlmə qüsuru nadir inkişaf qüsurlarına aid olub, çox vaxt bağırsaqların və sidik cinsiyyət sisteminin anomaliyaları ilə kombinasiyalı şəkildə əmələ gəlir. Ən çox oğlanlarda müşahidə olunur. Diaqnostikası çətin deyil. Dəri üzərindən qarın divarının toxumalarındakı qüsuru təyin etmək olur.

Müalicəsi. Qüsür plastika edilərək qapadılır. Bunun üçün alloplastik materiallardanvə ya dərinin artıq hissəsindən kəsilən dəri parçasından istifadə olunur.

Göbək ciyəsinin embrional yırtığı göbək nahiyəsində qarın divarının anadangəlmə qüsuru olub, ağ rəngli şəffaf membranla örtülmüş daxili üzvlərin dəri altına qabarmasıdır (amnion). Tez -tez qarın boşluğu üzvlərinin digər anomaliyaları ilə-bağırsaqların inkişafdan qalması, onun düzgün yerləşməsi və s. müştərək şəkildə olur.

Müalicə. Cərrahi müalicə doğuşdan sonrakı ilk saatlarda göstərilir. Amniotikmembran çıxarılır, yaranan qüsurlu yerli toxumalardan istifadə edilərək tikilir. Qüsurlu böyük olduqda və onu yerli toxumalarla örtmək mümkün olmadıqda, kənarlarını qaraciyərə tikmək məsləhət görülür.

Qarın yırtıqları

Qarın yırtıqları qarın divarının, çanağın, diafraqmanın müxtəlif anatomik dəliklərindən (göbək halqası, qasıq kanalı və s.) daxili üzvlərin parietal peritonla birlikdə xaricə çıxmasıdır. Qarının xarici və daxili yırtıqları ayırd edilir. Xarici yırtıqlar qarın divarının anatomik zəif yerlərində əmələ gəlir. Bunlara iri damarların və sinirlərin keçdiyi yerlər, toxum ciyəsinin, uşaqlığın girdə bağının keçdiyi dəliklər, əzələlərin birləşdiyi nahiyələr, əməliyyatdan sonra travma və irinli proses nəticəsində möhkəmliyini itirmiş keyfiyyətsiz aponevrozun sahələri aiddir. Daxili üzvlərin peritonla əmələ gəlmiş müxtəlif cümlələrə daxil olması daxili yırtıq adlanır. Beləliklə, üzvlər qarın divarından və ya çanaqdan çıxdıqda xarici, diafraqmadan və ya peritonun büküşlərindən çıxdıqda isə daxili yırtıqlar adlanır.

Xarici yırtıqların lokalizasiyasından asılı olaraq qasıq, bud, göbək, qarının ağ xətt, qapayıcı, oturaq, aralıq və s. yırtıqlara bölünür. Daxili yırtıqlara diafraqmal, bağırsaqlararası, Vinslov dəliyi və s. yırtıqları aiddir.

Yırtıqların aşağıdakı elementləri vardır:

1) **Yırtıq qapısı**- yırtıq möhtəviyyatının çıxdığı dəlikdir. Anatomik dəliklərdən başqa, qarının travması, yaralanmaları və operasiyalar nəticəsində əmələ gələn dəliklər də yırtıq qapısı ola bilər.

2) **Yırtıq kisəsi**- yırtıq qapısından çıxan və daxili üzvləri əhatə edən parietal peritonun bir hissəsidir. Yırtıq kisəsi fiziki gərginlik,

gücənmə, öskürək, ağır fiziki iş nəticəsində tədricən böyüyür. Yırtıq qapısı genişlənir və daxili üzvlər kisəyə keçir. Yırtıq kisəsinin ağızı, boynu, cismi və dib hissəsi vardır. Xəstəlik uzun müddət davam etdikdə, yırtıq kisəsinin divarı qalınlaşır, çapıqlar əmələ gəlir. Bəzən yırtıq kisəsinin bir divarını peritonla örtülü hər hansı bir üzv (sidik kisəsi, böyrək, kor bağırsağ) təşkil edir ki, belə yırtıqlar *sürrüşən yırtıqlar* adlanır.

3) *Yırtıq kisəsi möhtəviyyəti*- xaricə çıxan daxili üzv və ya onun bir hissəsidir. Yırtıq kisəsinin içərisində çox vaxt nazik bağırsağ ilgəkləri və piylik, az hallarda yoğun bağırsağ və digər üzvlər də ola bilər.

Klinik şəkli. Yırtıqlar tədricən inkişaf edirlər. Ağır fiziki güc, qaçış, tullanma zamanı yırtıq əmələ gələn yerdə aralıq sancın ağrıları hiss olunur. Əvvəl ağrılar az narahat edir. Daha sonra hərəkətə mane olur. Bir neçə vaxtdan sonra xəstə özündə fiziki gərginlik zamanı artan, qabarma hiss edir. Yırtıqların çıxma nahiyəsində (qasıq, bud kanalı, göbək və s.) şişəbənzər törəmə təyin edilir. Uzunmış vəziyyətdə bu şiş yox ola bilər. Əgər uzanmış vəziyyətdə yırtıq möhtəviyyəti yoxa çıxmırsa və onu əllə yerinə salmaq mümkün deyilsə onda bu yerinə salınmayan yırtıq adlanır. Yırtıq qabarmasının üzərinə ovucu qoyduqda və xəstə öskürdükdə, öskürək təkani ovuca ötürülür. Ya da barmağı yırtıq yolunun ağzına qoyduqda, xəstə öskürdükdə barmaq itələnir ("təkan simptomu"). Yırtığın müayinəsində baxış və palpasiyadan başqa perkussiya və auskultasiyadan da istifadə edirlər. Perkussiya zamanı möhtəviyyət bağırsağ ilgəyi olduqda timpanik, möhtəviyyət piylik olduqda küt səs müşahidə edilir. Auskultasiyada yırtıq kisəsində gurultu eşidilir. Daxili yırtıqlarda klinik mənzərə əsasən bağırsağ keçməməzliyi ilə xarakterizə olunur. Onların diaqnostikası çətin olub, hərətərəfli klinik müşahidə tələb edir.

Müalicəsi yalnız cərrahidir. Konservativ müalicə ürəyin dekompensasiyası, vərəmin ağır formaları və bədən xassəli şişlər zamanı tətbiq olunmalıdır. Əməliyyat, yırtıq kisəsinin çıxartmaq və ətrafdakı toxumalarla, ya da sintetik materiallardan (kapron, lavsan) istifadə etməklə əzələ və aponevroz qatını möhkəmləndirməkdən, yırtıq qapısının plastikasından ibarətdir.

Boğulmuş yırtıqlar dedikdə yırtıq qapısının spastik yığılması hesabına yırtıq ksisəsində yırtıq möhtəviyyatının sıxılması nəzərdə tutulur. Yırtıq qapısı nə qədər dar olarsa, bir o qədər boğulma çox müşahidə olunur. Boğulma zamanı üzvlərdə qan dövrəni pozulur. Qan dövrəni pozulmuş üzvdə əvvəlcə durğunluq meydana çıxır, sonra üzvün nekrozu və eksudatın əmələ gəlməsi baş verir. Bu zaman yırtıq kisəsinin ətraf toxumaları iltihabı dəyişikliyə uğrayır: dəri qızarır, yerli hərarət artır, toxumaların lokal sərtləşməsi baş verir. Bağırsağ ilgəkləri boğulan zaman bağırsağ keçməməzliyi baş verə bilər. Boğulmuş yırtığı yerinə salmaq qadağandır. Zorla yerinə salınmış yırtıq möhtəviyyatın (bağırsaqların, piyliyın və s.) zədələnməsinə, bu da öz növbəsində peritonitə səbəb ola bilər. Boğulmanın ilk 6 saati ərzində bu və ya digər səbəbdən boğulmuş yırtıq özbaşına yerinə keçmişsə, onda belə xəstəni cərrahi nəzarətdə saxlamaq, daha sonra planlı şəkildə əməliyyat aparmaq lazımdır.

Boğulmuş yırtıqlar zamanı təcili cərrahi müdaxilə icra edilir. Bu zaman yırtıq kisəsi açılır, yırtıq möhtəviyyatı xaricə çıxarılır, sıxıcı yırtıq qapısı kəsilərək genişləndirilir. Yırtıq möhtəviyyatı isti fizioloji məhlullarda isladılmış salfətlərdə örtülür. Əgər toxumaların həyat qabiliyyəti bərpa olunmadıqda rezeksiya edilir və sağlam ilgəklər arasına anastomoz qoyulur. Yırtıq kanalının plastikası ümümi qaydalarla həyata keçirilir.

Anadangəlmə yırtıqlar. Yaşlı şəxslərdə əzələ qatının zəif olması, qarındaxili təzyiqin artması (ağırliq qaldırma, meteorizm və s.) və innervasiyanın pozğunluğu nəticəsində əmələ gələn qazanılmış yırtıqlardan fərqli olaraq anadangəlmə yırtıqlar ən çox uşaqlarda qarın divarının düzgün inkişaf etməməsi nəticəsində müşahidə olunur. Anadangəlmə yırtıqların adətən böyük qapısı olduğu üçün onlar nadir hallarda boğulurlar.

Müalicəsi. Uşaqlarda ən çox müşahidə olunan anadangəlmə yırtıqlar xüsusi bir müalicə tələb edirlər. Əgər uşaqlarda yırtıq boğulmağa meyilli deyilsə, cərrahi müalicə məcburi deyil. Elə bir şərait yaratmaq lazımdır ki, uşağın qarındaxili təzyiqi mümkün qədər nadir hallarda artsın. Bunun üçün defekasiya aktını nizamlamaq (qəbizliyi aradan qaldırmaq), bərkdən ağlayarkən tez sakitləşdirmək, soyuqdəymə xəstəliklərini vaxtında sağaltmaq və s. lazımdır. Gö-

bək yırtıqları zamanı, göbək nahiyəsini yastı leykoplastr zolaqları ilə sıxıb bağlamaq yaxşı nəticə verir. Boğulmuş yırtıq zamanı uşağı isti vannada yerləşdirib və ya ayaqlarına qaldırılmış vəziyyət verdikdə yırtığı yerinə salmaq mümkün olur. Əl ilə təzyiq edərək yerinə salmaq məsləhət görülmür. Əməliyyat zamanı yırtıq qapılarının plastikasının ən sadə metodlarından istifadə edilir. Qasıq yırtıqlarında xayanı peritondan ayırmaq lazımdır.

Qasıq yırtığı gənclərə və uşaqlara nisbətən yaşlı adamlarda daha çox təsadüf edilir. Əsasən kişilərdə müşahidə olunur. Mənşəyinə görə qazanılma və anadangəlmə qasıq yırtıqları ayırd edilir. Qasıq yırtıqları birtərəfli və ikitərəfli ola bilər. Qasıq kanalının elementlərinə münasibətinə görə onlar düz yaxud daxili və çəp yaxud xarici yırtıqlara bölünürlər.

Çəp qasıq yırtıqları daha çox yayılmışdır. Peritonun qabarması qasıq kanalının daxili halqasından başlayaraq, qasıq kanalı boyunca toxum ciyəsinə paralel şəkildə gedərək onunla birlikdə qasıq kanalının xarici halqasından çıxır. Yırtıq böyüyərək kişilərdə xayalığa (qasıq-xayalıq yırtığı), qadınlarda böyük cinsiyyət dodaqlarına düşür. Adətən uzunsov formada olub, çox vaxt anadangəlmə olur. Qazanılma formalarında yırtıq kəsəsi toxum ciyəsi və xayadan ayrı yerləşir.

Klinik şəkli. Çəp qasıq yırtıqlarının başlanğıcında qabarma qasıq kanalının girişində yerləşir. Xəstələr fiziki gərginlik zamanı sıxıldayıcı ağrıdan şikayət edirlər. Xaricdən yırtıq nəzərə çarpmır. Barmaqla qasıq kanalına onun xarici halqasından daxil olduqda, öskürək zamanı yüngül təkan hiss olunur. Natamam çəp yırtıqlarda yırtıq kəsəsi qasıq kanalını tamamilə tutur və qarın divarı hüdudundan kənara çıxmır. Gücənmə zamanı yuvarlaq bir qabarma təyin olunur. Tam çəp qasıq yırtıqlarında yırtıq möhtəviyyatı açıq-aşkar qasıq kanalı xarici dəliyi ətrafına çıxır və ya xayalığa enir. Yırtıq möhtəviyyatı adətən sərbəst şəkildə, hətta uzanmış vəziyyətdə belə yerinə girmir. Möhtəviyyatın yerinə salınması əllə təzyiq etməklə həyata keçirilir.

Müalicəsi. Cərrahi müdaxiləyə əks göstəriş olan ürək-damar sisteminin ciddi pozğunluqları olan yaşlı şəxslərə xüsusi bandajın geyinməsi məsləhət görülür. Radikal müalicə isə cərrahi müdaxilə-

dir. Cərrahi müalicənin prinsipləri mövzunun başlanğıcında təsvir edilmişdir.

Düz qasıq yırtığı yırtıqların təxminən 5-10%-ni təşkil edir. Belə yırtıqlar tez-tez qarın divarı zəif inkişaf etmiş yaşlı və qoca şəxslərdə əmələ gəlir. Düz qasıq yırtığı qasıq kanalının arxa divarında kiçik qabarma şəklində başlayıb, xarici halqasından çıxır. Peritonla birlikdə köndələn fassiya da qabararaq yırtıq kisəsini xaricdən əhatə edir. Bununla əlaqədar olaraq düz yırtıqlar adətən xayalığa və ya böyük cinsiyyət dodaqlarına düşür. Düz yırtıqlar özünəməxsus sürüşmə xüsusiyyətinə malik olub bu zaman yırtıq kisəsinin bir divarını və möhtəviyyətini sidik kisəsi, kor bağırsağ və bəzən sidik axarı təşkil edir. Qarın divarı əzələlərinin zəif inkişaf etməsinə görə düz yırtıqlar tez-tez residiv verir. Düz və ya daxili qasıq yırtığının düz istiqaməti vardır və bu daxili qasıq çuxurundan çıxır. Təxminən xarici qasıq halqasının arxasında yerləşir.

Klinik şəkli. Çox vaxt ikitərəfli olur. Yırtıq qabarıqlığı yuvarlaq və sferik formaya malik olub, çox vaxt qazanılma olur. Toxum ciyəsi, yırtıq kisəsindən yan tərəfdə yerləşir.

Müalicəsi. Radikal müalicə metodu cərrahi əməliyyatdır. Çəp qasıq yırtıqlarından fərqli olaraq əməliyyat zamanı qasıq kanalının arxa divarı möhkəmləndirilir.

Bud yırtığı. Qarın boşluğu üzvlərinin bud kanalı vasitəsilə dəri altına çıxması bud yırtığı alanır. Qasıq yırtığı ilə müqayisədə nisbətən az rast gəlinir. Pupart bağıının altında bud kanalında, çox vaxt bud venasından içəri oval çuxurda yerləşir. Onun əmələ gəlmə səbəbi bud kanalı halqasının böyüməsi və zəifləməsidir. Bud yırtığı ən çox qadınlarda (5:1) müşahidə olunur. Buna səbəb qadın çanağının enli və maili olması, oval dəliyin ölçüsünün böyük olması və eləcə də qarın daxili təzyiğin istiqamətinin təsiridir. Anadangəlmə bud yırtığı olmur.

Klinik şəkli pupart bağıının alıtında, oval dəlik bölgəsində kiçik bir şişəbənzər törəmənin olması ilə xarakterizə olunur. Bu şişkinlik öskürmə və gücənmə zamanı artır, uzananda çəkilir. Bəzən yırtıq kisəsini Pupart bağıından yuxarıda və ya aşağıda yerləşməsinə təyin etmək mümkün olmur. Bəzən bud nahiyəsində dispeptik pozğunluqlar, meteorizm və qəbizliklə müştərək müşahidə olunan ağrı hiss

olunur. Perkussiya və palpasiyada yırtıq möhtəviyyatının bağırsağa və ya piyliyə aid olması təyin edilir. Yerinə salınması mümkünsüz olan yırtığın möhtəviyyatı çox vaxt piylik olur.

Müalicəsi yalnız cərrahi yolladır. Boğulmaya meyilli olmasını nəzərə alaraq əməliyyatı mümkün qədər tez icra etmək lazımdır. Cərrahi müdaxilə zamanı bud kanalını bağlamaq üçün Pupart bağı Kuper bağına və daraq fassiyasına tikilir.

Göbək yırtıqları göbək halqasının genəlməsi səbəbindən, daxili üzvlərin peritonla birgə dəri altına qabarmasıdır. Üç forması vardır:

1. Göbək ciyəsinin anadangəlmə yırtığı
2. Uşaqlarda qazanılma göbək yırtığı
3. Böyüklərdə qazanılma göbək yırtığı

Əsasən uşaqlarda və çox doğmuş, kök qadınlarda daha çox rast gəlinir. 40 yaşından sonra daha çox əmələ gəlir. Səbəbi qarındaxili təzyiqin artması və göbək halqasının zəifləməsidir. Möhtəviyyatı piylik, nazik və yoğun bağırsaqdan ibarət olur. Ölçüləri müxtəlif olur: qozdan tutmuş, uşaq başına qədər. Böyük yırtıqlarda yırtıq qapısı təkcə göbək halqasından deyil, həm də qarının bütün ağ xəttindən ibarət olur.

Klinik şəkli. Xəstə göbək nahiyəsində şişkinlikdən, ağrıdan şikayətlənir. Barmaqla müayinədə göbək halqasının genişlənməsi və yırtığın yerinə qayıtması müəyyən edilir. Yırtığın böyük olması koprostaza səbəb olur. Bəzən də boğulmağa meyilli olurlar.

Müalicəsi. Bəzən bandaj gəzdirmək kömək edir. Radikal müalicə əməliyyatdır. Yırtıq qapısının bağlanması aponevrozu uc-uca tikmək və ya aponevrozun bir kənarını digərinin üzərinə qoyub dublikatura yaratmaqla həyata keçirilir.

Qarnın ağ xəttinin yırtıqları. Daha çox gənc kişilərdə və çox doğan qadınlarda müşahidə olunur. Əsasını ağ xətti əmələ gətirən vətər liflərinin aralanması və əmələ gələn dəlikdən əvvəl peritonüstü piylərin çıxması, sonradan isə yırtıq kisəsi və möhtəviyyatın əmələ gəlməsi təşkil edir.

Klinik şəkli. Qarnın ağ xətti üzrə, əsasən epigastral nahiyədə palpasiya zamanı ağrılı olan, dairəvi şişəbənzər törəmə meydana çıxır. Ağ xətt yırtığının klinik mənzərəsi mədə yarası, xolesistit və pankreatit xəstəlikləri kimi özünü göstərə bilər.

Müalicəsi cərrahidir. Yırtıq kisəsinin ətraf toxumalardan ayrılması, əsasından bağlanması və kəsilərək tikilməsi yerinə yetirilir.

Əməliyyatdan sonrakı ventral yırtıqlar. Qarın boşluğunda aparılan cərrahi müdaxilələrdən və ya əməliyyat yarasının irinləməsindən sonra müşahidə olunur. Əməliyyat yarası irinlədikdən sonra sağalma ümumiyyətlə ikincili bitişmə ilə gedir və çarıqlar əmələ gəlir. Çarıqlı yırtıq qapısı müxtəlif ölçülərdə ola bilər. Bu yırtıqlar zamanı ilk növbədə ağrılar meydana çıxır və fiziki güc tətbiq etdikdə onlar güclənir. Tez-tez dispeptik pozğunluqlar və meteorizm baş verir. Nazik bağırsaqların ilgəyi və piylik çox vaxt qarın divarı ilə bitişir və bu da bağırsağ keçməməzliyinə səbəb olur. Boğulma da müşahidə edilə bilər.

Müalicəsi cərrahidir. Çarıq toxuması kəsilərək götürülür. Qarın divarının defekti tikilir.

Diafraqmal yırtıqlar çox vaxt anadangəlmə olub, özünü diafraqmanın inkişaf qüsuru kimi göstərir. Qazanılmış yırtıqlar çox vaxt travma nəticəsində və qida borusu dəliyi nahiyəsində əmələ gəlir. Diafraqmal yırtıqlar tənəffüsün, ürək fəaliyyətinin pozulmasına səbəb olur. Xüsusilə qida qəbulundan sonra tənəffüsəlik başlayır. Auskultasiya zamanı tənəffüsün zəifləməsi və peristaltika küyü eşidilir. Perkussiyada döş qəfəsinin müvafiq tərəfinə küy eşidilir. Diafraqmanın qida borusu dəliyinin yırtıqları üçün qusma, qarın nahiyəsində ağrı, qıçqırma xarakterikdir. Rentgenoloji müayinədə (kontrast maddələrlə) döş qəfəsində bağırsağ ilgəkləri görünür. Diafraqmal yırtıqların müalicəsi yalnız cərrahidir.

Nadir forma yırtıqlar. Bunlara aypara xətti boyu əmələ gələn qarının yan yırtıqları, bel yırtıqları, Pti üçbucağı yırtığı və çanaq boşluğu yırtıqları (qapayıcı dəlik, oturaq və aralıq yırtıqları) aiddir.

Residiv yırtıqlar. Yırtıqların cərrahi müalicəsindən sonra onların təkrari əmələ gəlməsi residiv yırtıq adlanır. Residiv yırtıqlar əməliyyat zamanı buraxılan texniki səhif, plastika metodunun düzgün seçilməməsi və ya yaranın irinləməsi yaxud hemotoması zamanı əmələ gəlir. Bundan başqa residiv yırtıqlar, toxumaların atrofiyası, erkən fiziki yüklənmə, innervasiyanın pozulması səbəbindən də əmələ gələ bilər. Bütün residiv yırtıqların müalicəsində təkrari cərrahi müdaxiləyə ehtiyac yaranır. Təkrari əməliyyatlar ilkin əməliyyat

yatlara nisbətən texniki cəhətdən mürəkkəb olub, təcrübəli cərrahlar tərəfindən yerinə yetirilməlidirlər.

Yoxlama sualları:

1. Yırtıq elementləri dedikdə nə başa düşülür?
2. Boğulmuş yırtığın əlamətləri nədir və ilk yardım necə göstərilir?
3. Cərrahi müdaxilədən sonra əmələ gələn yırtıqlar necə adlanır?
4. Diafraqmal yırtıqların diaqnozu nəyin əsasında qoyulur?
5. Qarının ağ xətt yırtığı ən çox kimlərdə rast gəlinir?
6. Sürüşən yırtıq nə deməkdir?
7. Göbək yırtıqlarının neçə növü vardır?
8. Bud yırtığının klinik mənzərəsini təsvir edin.
9. Çəp və düz qasıq yırtıqları nə ilə fərqlənir?
10. Anadangəlmə yırtıqların müalicəsi necə aparılır?
11. Qarının ön divarının yırtıqlarının etiologiyası və meylləndirici amilləri sadalayın.
12. Göbək yırtığının əmələ gəlmə səbəbi nədir?
13. Boğulmuş yırtıqlar nə ilə fəsadlaşa bilər?
14. Boğulmuş yırtıqların müalicə taktikasının xüsusiyyətləri nədən ibarətdir?
15. Qarının ön divarının nadir forma yırtıqları hansılardır?

Situasiya məsələləri:

I. 50 yaşlı bir xəstə, sol qasıq nahiyəsindəki küt və dartıcı ağrıların olması şikayəti ilə cərraha müraciət etmişdir. Xəstə bu ağrıların xüsusilə uzun müddətli gəzintidən və ağırlıq qaldırdıqdan sonra əmələ gəldiyini bildirir. Həmin nahiyəyə baxma zamanı 5x6 sm. ölçüdə, oval formalı, yumşaq elastikli bir törəmə təyin olunur. Törəmə ağrısızdır, xəstənin üfqi vəziyyətində kiçilir, lakin tamamilə yox olmur. Törəmə pupart bağının altında yerləşir. Bədənin temperaturu normaldır. Sizin diaqnozunuz nədir? Belə halda müalicə taktikası nədən ibarətdir?

II. Xəstədə 4 saat əvvəl qasıq yırtığı boğulmuşdur. Xəstə cərrahi şöbəyə gətirilmişdir. Premedikasiyadan sonra yırtığın özbaşına yerinə keçməsi baş vermişdir. Belə situasiyada müalicə taktikası nədən ibarətdir.

MÖVZU 43. Qarın boşluğu üzvlərinin cərrahi xəstəlikləri.

Tələbə bilməlidir

- ✓ Qarın boşluğu üzvlərinin xəstəliklərinin təsnifatını;
- ✓ Qarın boşluğu üzvlərinin xəstəliklərinin əsas klinik mənzərəsini;
- ✓ Qarın boşluğu üzvlərinin xəstəliklərinin laborator və instrumental müayinəsini;
- ✓ Qarın boşluğu üzvlərinin xəstəliklərinin müalicə prinsiplərini;
- ✓ Qarın boşluğu üzvlərinin xəstəliklərinin ağırlaşmalarını və onların müalicəsini.

Mühazirənin planı:

- Mədə və oniki barmaq bağırsağın xora xəstəliyi, mədə xərçəngi.
- Appendisit.
- Pankreatit, mədəaltı vəzin xərçəngi.
- Xolesistit və öd daşı xəstəliyi.
- Qara ciyərin absesi, portal hipertenziya.
- Bağırsağ keçməməzlilikləri.

Mədə və on iki barmaq bağırsağın xora xəstəliyi

Mədə və on iki barmaq bağırsağın xora xəstəliyi kifayət qədər yayılmış bir xəstəlik olub, əsasən 20 yaşdan 40 yaşadək kişilərdə müşahidə olunur. Xora xəstəliyinin əmələ gəlməsi haqqında bir neçə nəzəriyyə irəli sürülmüşdür. Bunlardan damar nəzəriyyəsinə görə xəstəlik qan damarlarının trombla tutulması nəticəsində əmələ gəlir. Bir qrup müəlliflərin fikrinə görə, xoranın əmələ gəlməsinə səbəb mədə turşuluğunun artmasıdır. Xoranın əmələ gəlməsində iltihabın rolunu da qeyd edənlər vardır. Ən son məlumatlara görə mərkəzi sinir sistemindəki müəyyən funksional pozğunluqlar nəticəsində mədə və on iki barmaq bağırsağın divarında reflektor olaraq trofikanın pozulması sahələri əmələ gəlir. Həmin sahələrə xlorid turşusunun təsiri nəticəsində destruktiv ocaqlar (xora) yaranır. Fəsadlaşmamış təzə xoralar yalnız selikli qişanın və selikaltı qişanı da azca əhatə etməklə defekt yaradır. Uzun müddətli gedişə malik xoraların kənarları çapıqlaşır və kallyoz xora əmələ gəlir. Bəzən xora qonşu üzvlərə keçərək, onlara (piylik, köndələn çənbər bağırsağ, mədəaltı vəzi) nüfuz edən – peneterasiyaedici xoraya çevrilir. Xora mədənin çıxacaq hissəsində və ya on iki barmaq bağırsağın başlanğıcında olduqda bu hissənin kəskin daralması baş verə bilər ki, buna stenozaşdırıcı xora deyilir. Xoranın deşilərək sərbəst qarın

boşluğuna açılması perforasiya adlanır. Xora bir üzvün yox, bütün ümumi orqanizmin xətlidir. Xora ətrafı toxumalarda əksər hallarda iltihabi proses inkişaf edir. Xora uzun müddət mövcud olduqda xora prosesinə cəlb olunmuş toxumalar öz xüsusiyyətini dəyişir və nəticədə onun xərçəngə çevrilməsi (maliqnezasiyası) baş verir.

Xoranın yaranmasında vaxtsız və keyfiyyətsiz qidalanma, alkoqol, papiros çəkmə, narahat məişət və iş şəraiti kimi amillərin də rolu da az əhəmiyyət daşımır.

Klinik şəkli. Xəstəlik bir neçə il davam edir. Xəstələr epiqastral nahiyədəki ağrılardan şikayət edirlər. Ağrılar qida qəbulundan dərhal sonra (erkən) və 2-3 saatdan sonra (gecikmiş) və böyük fasilədən sonra (aclıq ağrıları) baş verə bilər. Ağrı ən xarakterik simptomdur. Lakin ağrı uşaq yaşlarında olmaya da bilər. Ağrının yeməkdən 30-45 dəqiqə sonra başlaması xoranın kiçik əyrilikdə olmasına dəlalət edir. Qida qəbulundan 2-4 saat sonra mövcud ağrı artarsa və yenidən yaranarsa, bu əlamət xoranın mədənin çıxacağında-pilorik hissədə olmasını göstərir. Əgər ağrı ac olan zamanı baş verirsə, bu on iki barmaq bağırsağın xorasına aid olur. Palpasiya zamanı ağrılar mədənin xora xəstəliyində epiqastral nahiyədə, on iki barmaq bağırsağ xoralarında isə epiqastral nahiyədən bir qədər sağda qeyd olunur. Ağrıların xarakteri müxtəlif- kəsici, doğrayıcı, deşici olmaqla döş qəfəsinə irradiasiya edə bilər. Penetrasiya edici xoralarda ağrı daha şiddətli olur. Ağrılar zamanı tez-tez dispeptik əlamətlər- gəyirmə, qusma, mədədə yanğı halları müşahidə olunur. Qusma daha çox qidanın mədədə ləngidiyi stenozlaşmış xoralar zamanı baş verir. Anamnezdə xəstələr qəbizliyin və ya ishalın da olmasını söyləyirlər. Xəstələr ağrını azaltmaq üçün bəzən isitqacdan istifadə edir, qusmaqla özlərini sakitləşdirirlər. Xora ağrıları adətən fəslə xarakter daşıyır (yaz və payızda).

Mədə və on iki barmaq bağırsağın xora xəstəliyi tez-tez mədə şirəsinin turşuluğunun əhəmiyyətli dərəcədə artması fonunda inkişaf edir. Rentgenoloji müayinə diaqnostikada vacib əhəmiyyət kəsb edir. Mədəyə kontrast maddə (barium sulfat) yeridildikdə yara oyuğunu aşkarlamaq mümkün olur (taxça simptomu). Müasir dövrdə birbaşa mədənin selikli qişasına xüsusi cihazın köməklili ilə - qast-

rofibroskopla baxılması böyük diaqnostik rol oynayır. Mədə şirəsinin analizi də vacib müayinələrdən biridir.

Mədə və on iki barmaq bağırsağın xorasını xolesistit, öd daşı xəstəliyi, qastrit, pankreatit ilə differensasiya etmək lazımdır.

Müalicəsi. Təzə xoralarda konservativ müalicə aparılır. Bu xəstəyə zərərsiz pəhrizin təyin edilməsindən, psixi rahatlıq yaratmaqdan, papiros çəkməyi dayandırmaqdan və alkoqol qəbulundan imtina etməkdən ibarətdir. Mineral sulardan istifadə müsbət nəticə verir. Kompleks vitaminlərin, dərman preparatlarından atropin, platifillin, belladonna, qastrin, almaqel, De-nol təyin edilməsi məsləhət görülür. Konservativ müalicəyə tabe olmayan uzun gedişli xoralar, eləcə də kallyöz, penetrasiaedici və stenozlaşdırıcı xoralar zamanı cərrahi müalicəyə müraciət olunur-mədənin rezeksiya əməliyyatı aparılır.

Rezeksiyanın növü xoranın lokalizasiyasından asılıdır. Yüksəkdə yerləşmiş xoralar zamanı mədənin kardial hissəsinin rezeksiyası və ya tamamilə çıxarılması icra olunur. Pilorik şöbənin xoraları zamanı pilorik hissənin rezeksiyası aparılır. Mədə şirəsinin turşuluğu nə qədər yüksəkdirsə, mədənin daha çox hissəsi rezeksiya olunur. Mədənin müvafiq hissəsi çıxarıldıqdan sonra, qalan hissəsi on iki barmaq bağırsağın və ya nazik bağırsağın başlanğıcına birləşdirilir (anostomoz qoyulur). Mədənin rezeksiyası zamanı xoranın da eyni zamanda kəsilib götürülməsi ilə yanaşı, mədə şirəsinin turşuluğunun azalması da baş verir. Bəzən əməliyyatlar zamanı vaqotomiya da icra edilir ki, bu da turşuluğun azalmasına səbəb olaraq öz növbəsində əlverişli kliniki effekt yaradır.

Mədə və on iki barmaq bağırsaq xorası xəstəliyinin ağırlaşmaları

Mədə və on iki barmaq bağırsaq xorası xəstəliyinin ağırlaşmalarına xoranın deşilməsi (pərforsiya, penetrasiya), qanaxma verməsi, xoranın ətraf üzvlərə keçməsi, mədə çıxacağıının və on iki barmaq bağırsağın stenozu və xoranın xərçəngə çevrilməsi aiddir. Bu fəsadların hər biri cərrahi yolla müalicə olunmalıdır.

Perforasiya və penetrasiya. Uzun sürən xora xəstəliyi zamanı selikli, selikaltı qişanın və hissəvi olaraq əzələ qatının dağılması müşahidə edilir. Əhəmiyyətli dərəcədə fiziki gərginlik, bol qida qəbulu, mədənin yuyulması və s. nəticəsində yara nahiyəsindəki mədənin nazıqlaşmış təbəqəsi cırıla bilir ki, bu perforasiya adlanır. Əmələ gələn dəlikdən mədə möhtəviyyatı sərbəst qarın boşluğuna tökülərək peritonitin inkişafına səbəb olur. Bəzən xora qonşu üzvlərə açılır ki, bu da penetrasiya adlanır. Adətən xora mədəaltı vəziyə, qara ciyəyə, köndələn çənbər bağırsağa, piyliyə, qarının ön divarına penetresiya edir.

Klinik şəkli. Deşilmə zamanı epigastral nahiyədə qəfil şiddətli ağrı əmələ gəlir. Bu ağrı qarına vurulan xəncər zərbəsini xətiltdiğina görə “xəncər” ağrısı adını daşıyır. Bu ağrı xəstədə şok vəziyyəti yarada bilir. Eyni zamanda qarın geri dartılır, qarın əzələlərində gərginlik müşahidə olunur (defans). Xəstə arxası və ya böyrü üstə ayaqları yığılmış vəziyyətdə uzanır. Şetkin-Blyumberq simptomu müsbət olur. Perkussiya zamanı qarın boşluğuna havanın dolması nəticəsində (mədədən) qara ciyər kütlüyü təyin olunmur. Qarın boşluğunun rentgenoskopiyası zamanı diafraqma altında hava “orağı” müşahidə olunur. Xəstənin sifəti sınıxmış və avazımış (Hipokrat sifət) olur. Nəbz tezləşir, dilin üzəri ərplə örtülür. Xoranın hansı üzvə penetresiya etməsindən asılı olaraq qusuntu kütləsindən öd, nəcis və s. ola bilir və prosesə xoranın açıldığı üzvün iltihabı əlamətləri qoşulur.

İlk yardım. İlk yardım göstərilərkən narkotiklərin yeridilməsinə icazə verilmir. Çünki onlar xəstəliyin klinik mənzərəsini gizlədə bilərlər. İlk yardımda xəstəyə ürək-damar preparatları (kofein, kordiamin, kamfora) yeritmək və qarın nahiyəsinə buz qovuğu qoymaq lazımdır. Xəstəyə yemək qəbulu qəti qadağandır. Xəstə xərəkdə ona əlverişli vəziyyətdə (arxası və ya böyrü üstə) daşınır. Müşayiət edən tibbi personal xəstəyə nəzarət etməlidir. Qusma zamanı xəstənin başını yana doğru çevirmək lazımdır (qusuntu kütləsinin asfiksiya təhlükəsinə görə).

Müalicəsi. Müalicənin əsasını mədə və on iki barmaq bağırsağın deşilmiş dəliyinin tikilməsi, qarın boşluğuna tökülmüş mədə möhtəviyyatının çıxarılmasından və ora antibiotiklərin yeridilmə-

sindən ibarət təxirəsalınmaz əməliyyat təşkil edir. Qarın boşluğu qat-qat kip şəkildə tikilir. Bəzən qarın boşluğuna antibiotiklərin yeridilməsi üçün nazik polietilen boru (mikroirriqator) qoyulur. Bəzi hallarda xəstənin vəziyyəti yaxşı olduqda və peritonit inkişaf etmədikdə mədə rezeksiyası aparılır.

Qanaxma verən xora. Bəzi hallarda xora qan damarının dağılmasına səbəb olduqda kifayət qədər ağır qanaxmaya gətirib çıxara bilər.

Klinik şəkli. Xora qanaxasının klinikası qanaxmanın intensivliyi ilə təyin edilir. Profuz qanaxma zamanı “kofe xıltı” rəngində (qan mədə şirəsi turşuluğunun təsirindən rəngini dəyişir) qusma meydana çıxır, qara qətranabənzər nəcis ifraz olunur (qanla qatışdığı üçün). Xoradan massiv qanaxma olduqda daxili qanaxmanın klinik mənzərəsi təzahür edir. Xəstənin vəziyyəti kəskin şəkildə pisləşir, təkrari bayılma əmələ gəlir. Dəri örtüyü solğun, nəbz tezləşmiş, zəif dolğunluqda olur, arterial təzyiq aşağı düşür.

İlk yardım. Xəstəyə xərəkdə üfqi vəziyyət verilir, qarın nahiyəsinə buz qovluğu qoyulur, belə vəziyyətdə stasionara aparılır.

Müalicəyə konservativ tədbirlərlə başlanılır: xəstəyə tam sakitlik verilir, qarın nahiyəsinə soyuq qoyulur, narkotiklər, vena daxilinə 10%-li kalsium xlorid məhlulu, aminokapron turşusu, əzələ daxilinə vikasol yeridilir. Hissə-hissə damcı şəkildə qan köçürülür. Nəticə alınmadıqda qanaxma verən yaranın götürülməsi ilə mədənin rezeksiyası əməliyyatı aparılır.

Mədə çıxacağının stenozu. Pilorik hissənin stenozu və ya çapıqla daralması mədə çıxacağının və on iki barmaq bağırsağın soğanağının xoraları zamanı baş verə bilər. Bu lokalizasiyalarda xora sağaldıqda xora ətrafında birləşdirici toxumanın inkişaf etməsi səbəbindən çapıqlı büzüşmə əmələ gələrək mədənin çıxacağının daralmasına səbəb olur.

Klinik şəkli. Xəstələr qida qəbulundan sonra mədə nahiyəsində ağırlıq və mədənin ağzına qədər dolma hissindən şikayət edirlər. Yeməkdən bir neçə saat sonra həzm olunmamış qida qalıqlarından ibarət qusma baş verir. Xəstə qusduqdan sonra yüngülləşir. Xəstə arıqlayır və orqanizmi susuzlaşmağa başlayır. Dilin üzəri ağ ərplə örtülür, ağızdan pis qoxu gəlir. Diaqnoz rentgenoloji və ya qast

roskopik müayinə üsulları ilə dəqiqləşdirilir.

Müalicəsi operativdir. Mədə rezeksiyası əməliyyatı aparılır. Mədə şirəsinin turşuluğunun azaldığı üzülmüş və zəifləmiş xəstələrdə istisna hal kimi gastroenteroanastomoz əməliyyatı aparılır. Mədə ilə nazik bağırsağın başlanğıc ilgəyi arasında anastomoz qoyulur.

Xoranın xərçəngə çevrilməsi. 10% hallarda uzun müddətli davam edən, xüsusən də kallyoz xoralar maliqnezasiya edərək xərçəng şişinə çevrilə bilirlər.

Klinik şəkli. Ağrılar daimi xarakter alır, xəstələr arıqlayır, mədə şirəsinin turşuluğu tam axiliyaya qədər azalır və kaxeksiya əmələ gəlir.

Müalicəsi. Mədənin rezeksiyası aparılır.

Mədə xərçəngi

Mədə xərçəngi ən çox kişilərdə müşahidə olunur. Histoloji olaraq adenokarsinomalar üstünlük təşkil edir, fibroz xərçəngə nadir hallarda təsadüf olunur. Xərçəng tez-tez mədənin çıxacağında və kiçik əyriliyində, daha az girəcək hissədə, çox nadir hallarda isə böyük əyrilikdə təsadüf olunur. Limfogen metastazlar kiçik və böyük piyliyin və aorta ətrafı (peritonarxası) limfa düyünlərində baş verir. Qara ciyərə metastazlar tez-tez qeyd olunur.

Klinik şəkli. Xəstəliyin erkən mərhələlərində diaqnozun qoyulmasında böyük əhəmiyyət daşıyan “kiçik simptomlar sindromu”na diqqət yetirmək lazımdır. Bu əlamətlərə iştahasızlıq, həddən artıq əsəbilik, qida qəbulunda diskomfort (xəstə sevimli yeməyini yedikdə belə zövq almır), çəkinin azalması aiddir. Sonrakı mərhələlərdə epiqastral nahiyədə ağrı əmələ gəlir və bu nahiyədə şiş palpasiya olunur. Mədənin pilorik hissəsinin xərçəngi zaman çox zaman qidanın mədədə ləngiməsi nəticəsində durğunluq əlamətləri (lax yumurta iyli gəyirmə, “kofe xıltı” rəngində qusuntu kütləsi), qusuntu kütləsində həzm olunmamış qida qalıqları meydana çıxır.

Kardial hissənin xərçənginin klinikası əsasən qida borusunun analoji patologiyaları ilə çox bənzərliyi vardır (disfagiya, tüpürçək ifrazının artması, çəkinin sürətlə azalması). Mədə şirəsinin analizi

zamanı turşuluğun həddən artıq, tam axiliyaya qədər azalması qeyd edilir. Durğunluq əlamətləri zamanı mədədə süd turşusu aşkarlanır.

Ən vacib köməkçi müayinə metodlarından biri rentgenoskopiyadır. Kontrast rentgenoqrammada şiş nahiyəsində mədə peristaltikasındakı dəyişiklikləri, selikli qişanın relyefindəki dəyişiklikləri və şiş nahiyəsindəki dolma defektini təyin etmək mümkündür. Əsas diaqnostik metodlardan biri qastroskopiya və qastrobiopsiyadır.

Müalicəsi yalnız operativdir. Şişin, böyük və kiçik piyliyin çıxarılması ilə mədənin geniş rezeksiyası aparılır. Əməliyyata əks göstəriş hallarında mədənin çıxacağında mədə ilə nazik bağırsağın ilgəyi arasında anostomoz (qastroenteroanostomoz), kardial şöbənin xərçəngində isə qastrostoma qoyulur. Bu əməliyyatların məqsədi xəstənin aclıqdan ölməsinin qarşısını almaqdır. Radikal cərrahi müalicə aparılmadıqda xəstələr cəmi 1- 1,5 il yaşayırlar.

Bağırsaqların xəstəlikləri

Appendisit. Soxulcanabənzər çıxıntının iltihabı apendisit adlanır. Kliniki gedişinə görə kəskin və xroniki formalara ayrılır. Qarın boşluğu üzvlərinin kəskin xəstəlikləri arasında kəskin apendisit ən çox təsadüf edilənidir. Apendisitə əmələ gəlməsinə soxulcanabənzər çıxıntıya infeksiyanın enterogen (bağırsaqdan) və hematogen yolla daxil olması xidmət edir. Meyl etdirici səbəblərə nəcis daşları və bağırsağın parazitləri ilə (askarid) soxulcanabənzər çıxıntının mənfəzinin tutulması aiddir. Bunlar selikli qişanı zədələyir və infeksiyanın keçməsi üçün yol açılır.

Pataloqanatmik olaraq apendisitə aşağıdakı növləri vardır:

1.Sadə kataral apendisit – soxulcanabənzər çıxıntının divarında nöqtəvi qansızmalarla ödem müşahidə olunur.

2.Fleqmanoz apendisit – soxulcanabənzər çıxıntı kəskin qalınlaşır, üzəri fibrinoz ərplə örtülür, mənfəzində seroz-irinli möhtəviyyat müşahidə edilir.

3.Soxulcanabənzər çıxıntının empieması- çıxıntı həddən artıq yoğunlaşmış və mənfəzində irinli möhtəviyyat vardır.

4.Qanqrenoz apendisit – çıxıntı büzüşmüş, rəngi tünd, mənfəzində irinli – nekrotik möhtəviyyat olur.

Xroniki appendisitdə çıxıntının mənəfi çapıqla obliterasiyaya məruz qalaraq dəyişilmiş olur.

Klinik şəkli. Kəskin appendisit sağ qalça nahiyəsindəki şiddətli ağrılarla xarakterizə olunur. Bəzən əvvəlcə ağrılar göbək nahiyəsində əmələ gəlir, daha sonra sağ qalça nahiyəsinə keçir (Koxer simptomu). Ağrılar qusma və qəbizliklə müşahidə olunur. Bir sıra simptomlar diaqnozu dəqiqləşdirmək üçün müəyyən qədər köməklik göstərirlər.

✓ Sitkovski simptomu – xəstə sol böyrü üstə uzandıqda, sağ qalça nahiyəsində dartıcı ağrılar hiss olunur;

✓ Rövzinq simptomu – sol qalça nahiyəsinə ovucla basdıqda və yüngül təkanla buraxdıqda sağ qalça nahiyəsində ağrı əmələ gəlir.

Kəskin appendisitdə 100-dən çox simptom təsvir olunmuşdur, lakin bunların hamısı nisbi əhəmiyyət kəsb edir. Kəskin appendisit zamanı sağ qalça nahiyəsində əzələlərdə gərginlik, Şetkin-Blyumberq simptomunun müsbət olması, temperaturun 38-39⁰C-dək yüksəlməsi, 9000-12000-ə qədər leykositoz qeyd olunur. Soxulcanabənzər çıxıntıdan irin qarın boşluğuna açıldıqda (perforativ appendisit) peritonitin klinik mənzərəsi inkişaf edir.

Kəskin appendisiti qarın boşluğunun bütün kəskin xəstəlikləri ilə differensasiya etmək lazımdır.

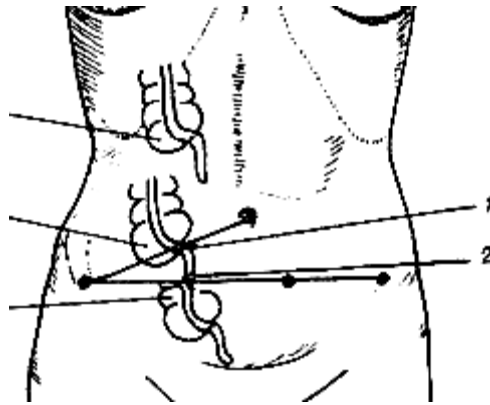
Xroniki appendisit çox vaxt kəskin appendisit tutmasından sonra inkişaf edir. Xroniki appendisitdə xəstələr dövrü olaraq sağ qalça nahiyəsində mülayim xarakterli ağrılardan şikayətlənirlər. Xəstəlik uzun müddət davam edə bilər. Appendisit bu forması üçün aşağıdakı ağrı nöqtələri xarakterikdir:

1) Mak-Burney nöqtəsi - qarın divarının göbəklə sağ qalça sümüyünün yuxarı ön tını arasındakı məsafənin orta və xarici üçdə biri hissəsi arasındakı sərhədə bir barmaqla basdıqda.

2) Lants nöqtəsi – hər iki qalça sümüyünün yuxarı ön tınları arasındakı məsafənin orta və sağ 1\3-i arasındakı sərhədə barmaqla basdıqda.

Appendisitə ağırlaşmış forması-appendikulyar infiltrat, sağ qalça nahiyəsində soxulcanabənzər çıxıntının, piyliyin və bağırsaqların ilgəklərinin iltihabı bitişməsi nəticəsində əmələ gələn sıx iltihab infiltratıdır.

Xəstəliyin diaqnozu kiçik yaşlı uşaqlarda, qocalarda və hamilə qadınlarda daha çətinliklə təyin edilir. Uşaqlarda kəskin appendisit yaşlılara nisbətən vüsətli gedişə malik olur, çıxıntının perforasiyası daha çox müşahidə olunur, onun simptomlarına əlavə simptomlar qoşulur. Qocalarda isə əksinə klinik əlamətlər zəif nəzərə çarpır, hətta soxulcanabənzər çıxıntının destruksiyasında klinik mənzərə gizlənmiş olur. Hamilə qadınlarda, xüsusilə hamiləliyin ikinci yarısında, ağrının lokalizasiyası və əzələ gərginliyi qarının daha yuxarı hissəsində olub, şiddətli ürəkbulanma və qusma baş verir. Uşaqlarda, hamilə qadınlarda və qocalarda appendisit ən kiçik əlamətləri olduqda belə əməliyyat aparılmalıdır (irinli peritonitin inkişafı və erkən düşük təhlükəsi olduğuna görə).



Şəkil 66. Xroniki appendisit ağrılı nöqtələri:1)Mak-Burney, 2)Lants

Müalicə. Kəskin appendisit zamanı xəstəni yalnız cərrahi müalicəyə cəlb edirlər və soxulcanabənzər çıxıntı kəsilərək çıxarılır (appendektomiya). Qarın boşluğunda çoxlu irinli möhtəviyyat olduğu halda soxulcanabənzər çıxıntının çıxarılması üçün möhtəviyyat təmizlənir və əlavə kəsiklə qarın boşluğuna drenaj qoyulur. İrinli möhtəviyyat az olduqda, çıxıntı çıxarıldıqdan sonra, irin qurudulur, qarın boşluğu qat-qat tikilir və antibiotiklərin yeridilməsi üçün ora mikroirriqator qoyulur. Xroniki appendisitlərdə əməliyyat planlı şəkildə aparılır.

Appendikulyar infiltratda əvvəlcə konservativ müalicə aparılır (soyuq və antibakterial müalicə). İnfiltrat sorulduqdan sonra appendektomiya əməliyyatı icra edilir və irinli möhtəviyyat xaric olunur.

Bağirsaq keçməməzliyi

Bağirsaq möhtəviyyatının bağırsaqlarda hərəkətinin pozulması və ya tamamilə dayanması bağırsaqlar keçməməzliyi adlanır.

Mexaniki və dinamiki bağırsaqlar keçməməzliyi ayırd edilir. *Mexaniki bağırsaqlar keçməməzliklərinin* çoxlu formaları mövcuddur. Lakin əsas etibarilə bu formaların hamısı iki böyük qrupa bölünür: stranqulyasiya və obturasiya bağırsaqlar keçməməzlikləri .

Stranqulyasiya bağırsaqlar keçməməzlikləri bağırsaqlar keçməməzliklərinin ən təhlükəli növüdür. Bağırsaqlar mənfəzinin tıxanması müsəriqənin damar və sinirlərinin sıxılması ilə müşahidə olunur ki, bu da qan dövranının pozulmasına gətirib çıxararaq bağırsağın həmin nahiyəsinin sürətlə nekrozlaşmasına səbəb olur. Stranqulyasiya keçməməzlik boğulmuş yırtıqlar, bağırsağın burulması, bağırsaqlar düyünlərinin inkişafı, bağırsaqlar bitişmələri və s. zamanı müşahidə edilir.

Obturasiya bağırsaqlar keçməməzliyi, bağırsaqlar keçməməzliklərinin nisbətən yüngül forması hesab olunur. Bu zaman bağırsaqların mənfəzinin tıxanması onun müsəriqəsi sıxılmadan baş verir. Keçməməzliyin bu formasına bağırsağın yad cisimləri, şişlər, nəcis daşları, kista, bağırsağın çapıq stenozu və s. tərəfindən tıxanmasının bütün növləri aid edilir.

Kliniki gedişinə görə bağırsaqlar keçməməzlikləri kəskin və xroniki, hissəvi və tam ola bilər.

Keçməməzliyin bir növü də *bağırsaqlar invaginasiyasıdır*. Bu çox vaxt uşaqları düzgün qidalandırmadıqda (ilk dəfə yeni qidamı çox miqdarda verdikdə) baş verir. Bağırsaqlar invaginasiyası bir növ stranqulyasiya ilə obturasiya arasında bağırsaqlar keçməməzliyinin ara formasıdır. İnvaginasiya zamanı bağırsağın bir hissəsi digərinin içərisinə daxil olaraq onun davamını əmələ gətirir. Ən çox nazik bağırsaqlar yoğun bağırsaqla kor bağırsaqlar hissəsində daxil olur. Həmçinin nazik bağırsağın nazik bağırsaqla və yoğun bağırsağın yoğun

bağırşağa daxil olması da mümkündür. İnvaginasiyanın səbəbi yanlış peristaltika və bağırmaq xəstəlikləridir. İnvaginasiya zamanı tək-cə bağırşağın tıxanması (obturasiya) baş vermir, həmçinin müsəriqə damarlarının sıxılması da (stranqulyasiya) inkilşaf edərək qan dövrünün pozulması və nəticədə bağırşağın invaginasiyaya mörüz qalmış hissəsinin nekrozlaşması baş verir.

Bağırmaq keçməməzliyi mezenteral damarların trombozu ilə də əlaqədar ola bilər. Trombozun əmələ gəlməsinə travma, qanın laxtalanmasının artması, bağırşağın iltihabı xəstəlikləri səbəb ola bilər. Mezenteral damarların trombozu zamanı bağırşağın müvafiq hissəsinin qan təchizatı pozulur və nəticədə nekroz və qanqrena inkilşaf edir.

Dinamiki bağırmaq keçməməzlikləri sinir-reflektori xarakter daşıyır və bağırşağın hərəki funksiyası pozulur. Dinamiki bağırmaq keçməməzliklərinin paralitik və spastik formaları vardır. Hər iki formanın əsasını bağırmaq divarı əzələlərinin spazmı, və ya iflici təşkil edir. **Paralitik formada** peristaltikanın zəifləməsi və tamamilə dayanması, **spastik formada** isə peristaltikanın bağırşağın spazmına qədər kəskin şəkildə artması şəkildə müşahidə olunur. Hər iki halda bağırşaqlarda möhtəviyyatın hərəkəti dayanır. Spastik forma paralitik formaya keçə bilər.

Paralitik forma qarının travmaları, peritonit, əməliyyatdan sonrakı vəziyyət, septik vəziyyət və intoksikasiya nəticəsində əmələ gəlir. Spastik forma isə böyrək sancısı, kolit, qurd invaziyası, qurğuşun zəhərlənməsi, mezadenit nəticəsində əmələ gəlir.

Klinik mənərə. Bütün növ bağırmaq keçməməzlikləri üçün bir sıra ümumi simptomlar xarakterikdir. Bunlara qarın nahiyəsində sancı şəkildə tutmaşəkili ağrılar, nəcis ifrazının və qazların xaric olmaması, meteorizm, qusma və intoksikasiya aiddir. Bağırmaq keçməməzliyinin ayrı-ayrı formalarında bağırmaq keçməməzliklərinin göstərilən ümumi əlamətləri ilə yanaşı müəyyən bir klinik mənərə də müşahidə olunur. Paralitik bağırmaq keçməməzliyində qarın həddən artıq köpür və peristaltika tamamilə olmur. Spastik forma üçün bağırmaq peristaltikasının güclənməsi fonunda tutmaşəkili ağrılar xarakterikdir. Stranqulyasion keçməməzliklərdə qarında güclü sancışəkili ağrılar əmələ gəlir, bəzən şok baş verə bilər. Ağrılar ardıcıl

qusmalarla müşayiət olunur. Bağırsağ keçməməzliyi nə qədər yüksəkdirsə, qusma bir o qədər çox olur. Bununla belə bağırsağın aşağı şöbələrindən nəcis ifraz oluna bilir. Bağırsağın müəyyən hissələrinin köpməsi səbəbindən qarında assimetriya (Vaal simptomu) əmələ gəlir. Austkultasiya zamanı bəzən düşən damcı səsi eşidilir (Sklyarov simptomu). Düz bağırsağın ampulası genişləyir. Xəstənin ümumi vəziyyəti həddən artıq ağır, arterial təzyiqi aşağı düşür, nəbz sapvari olur, xəstəni soyuq tər basır, dodaqlar və barmaqların ucu göyərir, gözlər çuxura düşür, səsin gurluğu itir, ətraflar soyuyur, amma huş saxlanır. Bədənin temperaturu ümumiyyətlə norma hüdudunda olur. Bağırsağın nekrozu yayılmış peritonitə gətirib çıxarır. Obturasion bağırsağ keçməməzliyində əgər bağırsağın mənfəzi hissəvi tıxanmışsa klinik mənzərə tədricən inkişaf edir. Aparıcı ilgəkdə nəcis durğunluğu meydana gəlidiyi üçün, yumşaq konsistensiyalı, şişəbənzər törəmə təyin olunur. Bağırsağ tam tıxandıqda nəcis qoxulu çoxlu qusma və qəbizliklə profuz ishalın növbələşməsi müşahidə olunur. Prosesə intoksikasiya qoşulur.

İnvaginasiya zamanı klinik mənzərə adətən tez inkişaf edir. Qusma və qarında ağrılar meydana gəlir, palpasiya zamanı elastik konsistensiyalı silindrik törəmə təyin olunur, sağ qalça nahiyəsi çökür (Danç simptomu), nəcisdə qan görünür. İnvaginasiya çox vaxt südəməz uşaqlarda olur. aşağı səviyyəli invaginasiyalarda invaginat anal dəlikdən xaricə çıxma bilər. Bunu mütləq düz bağırsağın sallanması ilə differensasiya etmək lazımdır.

Mezenteral damarların trombozunda qarında ağrılar daimi xarakter daşıyır, qarın bir qədər köpür, nəcis ifrazı olmur.

Bağırsağ keçməməzliklərinin diaqnostikasında rentgen müayinəsi əsas rol oynayır. Ümumi rentgenoskopiyada bağırsağ ilgəklərində üfüqi bir maye səviyyəsi-Kloyber kasaları müşahidə olunur.

Müalicəsi. Dinamiki bağırsağ keçməməzliklərinin müalicəsində, ilk növbədə törədən səbəbi aradan qaldırmaq lazımdır. Bağırsağın saya əzələlərinin işini normallaşdıran güclü amil paraneftal novokain blokadasıdır. Paralitik bağırsağ keçməməzliklərində o, saya əzələlərin tonusunu artırır, spastik bağırsağ keçməməzliklərində isə tonusu azaldır. Paralitik bağırsağ keçməməzliklərində blokadaya əlavə olaraq vena daxilinə 10-20 ml. 10%-li natrium-xlorid, dərhal-

tına 1%-li prozerin və ya pitiutrin yeridilir. 20-30 ml. 10%-li natrium xlorid məhlulu ilə təmizləyici və ya Oqnev üsulu ilə imalə aparılır (20 ml. hipertonic natrium xlorid məhlulu, qliserin, hidrogen peroksid).

Obturation bağırsağ keçməməzliliklərində, xüsusi ilə də koprostaz nəticəsində yaranan keçməməzliliklərdə təmizləyici və ya sifon imaləsi edilir.

Bağırsağ keçməməzliliklərinin bütün növlərində intoksikasiya baş verdikdə dezintoksikasion müalicə aparılır. Sutka ərzində vena daxilinə 3000 ml-ə qədər 5%-li qlükoza və ya fizioloji məhlul yeridilir. Konservativ tədbirlər nəticə vermədikdə cərrahi əməliyyat aparılır – keçməməzliyin səbəbi aradan qaldırılır. Bağırsağ keçməməzliyinə bitişmələr səbəb olduqda onlar kəsilir və deserozizasiya olunmuş nahiyələrin peritonizasiyası aparılır (təkrari bitişmələrin əmələ gəlməsinin profilaktikası məqsədilə). Bağırsağ mənfəzinin tıxanması nəticəsində əmələ gələn obturason bağırsağ keçməməzliyində bağırsağda hissəvi köndələn kəsiklər aparılır (enterotomiya), manea çıxarılır və bağırsağın tamlığı bərpa olunur.

İnvaginasiya zamanı invaginat açılaraq düzləndirilir. Bağırsağda invaginat zonasında əhəmiyyətli dərəcədə dəyişikliklər olduqda, həmin nahiyə rezeksiya olunur və bağırsağın tamlığı bərpa edilir.

Stranqulyasion bağırsağ keçməməzliliklərində onu əmələ gətirən səbəb aradan qaldırılır. Bağırsağın həyat qabiliyyəti olmayan hissəsində sağlam toxuma hüdudunda (nekrozdan təxminən 10-15 sm. aralı) rezeksiya aparılır. Bağırsağ keçməməzliliklərinin vaxtında cərrahi müalicə edilməməsi xəstənin ölümü ilə nəticələnir.

Xolesistit və öd daşı xəstəliyi

Xolesistit öd kisəsinin iltihabıdır. O daxilində daş olmadan (daşsız xolesistit) və daşların iştirakı ilə (öd daşı xəstəliyi) baş verə bilər. Xolanqit isə öd yollarının iltihabıdır. Öd kisəsinin və öd yollarının iltihabının səbəbi bağırsağdan hematogen yolla daxil olan infeksiyadır. Appendisitdən sonra qarın boşluğu üzvləri xəstəlikləri içərisində ikinci yerdə durur. Qadınlar kişilərə nisbətən daha tez xəstələnirlər.

Klinik şəkli xolesistitin formasından və öd kisəsindəki patoloji dəyişikliklərin dərəcəsindən asılıdır. Daşsız xolesistit çox vaxt kataral iltihab şəklində, nisbətən yüngül keçir, nadir hallarda iltihab fleqmona və ya kisənin qanqrenası şəklində inkişaf edir. Kataral, daşsız xolesistlərdə xəstə sağ çiyinə irradiasiya edən sağ qabırğaaltı nahiyənin ağrılarında şikayətlənir. Palpasiya zamanı da sağ qabırğaaltı nahiyə ağırlı olur. Öd kisəsinin destruksiyası zamanı ağrılar kəskin şəkildə artır. Qarın əzələləri gərginləşir, sağ qabırğa altı nahiyədə ağırlı şişəbənzər törəmə palpasiya olunur. Bədənin temperaturu 39-40⁰ C-dək yüksəlir, üşütmə baş verir, leykositoz əmələ gəlir.

Öd daşı xəstəliyi nisbətən daha çox təsadüf olunan xəstəlikdir. İngilis alimi Diver öd daşı xəstəliyinə görə ən böyük riski olan insanı təsvir etmək üçün “5 F” qaydasını tərtib etmişdir. 1) Femina – qadın; 2) Fertale – doğmuş; 3) Forty – 40 yaşlı; 4) Fat – dolu bədənlilik; 5) Fair – sarışın.

Bütün bunları nəzərə alaraq demək olar ki, öd daşı xəstəliyi ən çox dolu bədənlilik, çox doğmuş, sarışın, yaşı 40-dan yuxarı qadınlarda rast gəlinir. Daşların meydana gəlməsinin səbəbi öd durğunluğu, öd yollarında infeksiyanın olması, xolesterin mübadiləsinin pozulması və bir sıra digər dəyişikliklərdir. Öd daşları həm öd kisəsində, həm də öd yollarında da mövcud ola bilər. Kimyəvi tərkibinə görə xolesterin, piqment və qarışıq tərkibli daşlar olur. Onların ölçüləri kiçik qum dənəsindən tutmuş, göyərçin yumurtası böyüklüyünə qədər fərqlənir.

Klinik mənzərə daşların lokalizasiyasından və qoşulan infeksiyanın növündən asılıdır. Öd kisəsində daş olduqda ağrılar daha qarışıq şəkildə özünü göstərir. Öd kisəsi axacağına tıxanması zamanı öd kisəsi kəskin böyüyür və sağ qabırğa altında asanlıqla palpasiya olunur. Əgər daş ümumi öd axacağına yerləşmişsə onda mexaniki sarılıq əmələ gəlir. Ümumi öd axacağına hərəkətli bir daşla tıxanmasından asılı olaraq sarılıq vaxtaşırı arta və ya azala bilər (“ventilli daşlar”). Sarılıq inkişaf etdikdə nəcis rəngsizləşir, sidinin rəngi isə tündləşir. Qanda bilirubinin miqdarı əhəmiyyətli dərəcədə artır, sidikdə öd piqmentləri aşkar olunur. İnfeksiyanın öd yollarına yayılması zamanı xəstələrdə hektik temperatur, titrətmə, qara ciyərin azacıq böyüməsi və 20 000-dək leykositoz əmələ gəlir.

Kəskin xolesistitdə də bu xəstəliyə xas olan simptomlar vardır. Sağ qabırğa qövsünü tıqqıldadarkən öd kisəsi nahiyəsində ağrı qeyd olunur. Döş-körpücük-məməyəbənzer əzələnin ayaqcıqları arasına basdıqda sağ tərəfdə ağrı yaranır.

Kəskin iltihabı proses söndükdən sonra xəstəlik çox vaxt xroniki xarakter alır-xroniki daşsız xolesistit və ya xroniki öd daşı xolesistiti inkişaf edir. Xroniki gedişli xolesistit zamanı kəskin xolesistitlə müqayisədə daha az qabarıq formada ifadə olunan prosesin vaxtaşırı kəskinləşməsi müşahidə olunur. Çox vaxt proses öd kisəsinin empieması və ya hidropsu ilə nəticələnir. Öd kisəsinin empieması zamanı iltihabın daha vüsətli klinik mənzərəsi müşahidə olunur. Hidrops zamanı isə xəstənin ümumi vəziyyəti az ziyan görür, sağ qabırğa altında mülayim ağrılı şişəbənzer törəmə palpasiya edilir. Öd kisəsi hidropsu adətən öd kisəsi axacağıının obliterasiyasından və öd kisəsində kəskin iltihabı proseslər söndükdən sonra yaranır. Bu zaman öd piqmentləri sorulduğu üçün, kisədə şəffaf və yüksək özlü maye qalır.

Xolesistitin diaqnostikasında duedonal zondlama böyük əhəmiyyət kəsb edir. Bu məqsədlə xüsusi duedonal zondlardan istifadə olunur. Normada adətən 3 porsiya öd alınır. A porsiyasında (on iki barmaq bağırsaqdan) öd və mədəaltı vəzi şirəsi qarışığı, B porsiyasında (öd kisəsindən alınan öd) tünd zeyrun rəngində öd, C porsiyasında (qaraciyər yollarından alınan öd) daha az konsentrisiyalı öd olur. Öd kisəsinin və öd yollarının iltihabı proseslərində ödü tərkibində leykositlər, mikroblar, əhəmiyyətsiz epitel və s. olur. Öd kisəsi axacağı tıxandıqda B porsiyası olmur. Ümumi öd axacağı tıxandıqda isə öd əldə etmək mümkün olmur.

Diaqnostikada kontrast (biltrast, biliqnost) rentgenoqramma və USM əsas rol oynayır.

Müalicəsi. Daşsız və fəsadlaşmayan xolesistitlərdə konservativ müalicə aparılır. Ədviyyatlı və yağlı yeməklər istisna olunmaqla qoruyucu pəhriz və antibakterial müalicə təyin olunur.

Öd kisəsinin destruksiyası zamanı öd kisəsinin çıxarılması cərrahi əməliyyatı aparılır (xolesistektomiya). Öd kisəsində daş olduqda da xolesistektomiyaya müraciət olunur. Daş ümumi öd axacağıındadırsa, ümumi öd yolu uzununa kəsilərək (xoledoxotomiya)

daş çıxarılır. Öd yollarında infeksiya olmadıqda öd yolu kip şəkildə tikilir, infeksiya olduqda isə drenajlanır. Öd kisəsinin empieması və hidropsunda da xolesistektomiya aparılır.

Pankreatit

Pankreatit mədəaltı vəzinin iltihabıdır. Səbəbi vəzinin anatomic fizioloji xüsusiyyətləri, travma, öd yollarından və mədə - bağırsağ traktından daxil olan infeksiya, hamiləlik, uzun müddətli kortikosteroidlərin qəbulu, pəhrizin pozulması (həddən artıq alkoqol və yağlı qida qəbulu) allergik xəstəliklər ola bilər. Pataloqanatomiya olaraq seroz, hemorragik, irinli və irinli-nekrotik formaları ayırd edilir. Çox vaxt xolesistit və pankreatit müştərək müşahidə olunur (xolesistopankreatit). Kəskin əlamətlər aradan qaldırıldıqdan sonra proses xroniki formaya keçir. Pankreatit bir sıra ağırlaşmalar törədir. Bunlara pankreonekrozu, abses və fleqmonanı, kistanı, xolesistiti və peritoniti göstərmək olar.

Klinik şəkli qarının yuxarı şöbəsində kəskin, dözülməz ağrılarla xarakterizə olunur. Bəzən ağrılar kəmərləyici (qurşaq) xarakter daşıyır. Ağrılar mədəaltı vəzinin başı zədələndikdə sağ çiyinə və döş qəfəsinin sağ hissəsinə, irradiasiya edə bilər. Pankreatit üçün ardıcıl qusma xarakterikdir. Bu zaman qarın yumşaq olur və gərgin olmur. Epiqastral nahiyənin palpasiyası zamanı aortanın pulsasiyası olmur və sol qabırğa – onurğa bucağında ağrı qeyd olunur. Bədənin temperaturu çox zaman yüksək olmur. Nəbz dəqiqədə 120-140 vuruşadək sürətlənir. Neytrofillərin üstünlüyü ilə leykositoz baş verir. Sidikdə diastazanın miqdarı artır. Pankreonekrozda isə diastazanın miqdarı dəyişməz qala və ya hətta azala bilər. Rentgenoloji olaraq köndələn çənbər bağırsağdan qazın toplanması müşahidə edilir. Kontrast rentgenoqrammada “on iki barmaq bağırsağ nalının çevrilməsi” qeyd edilir. Xroniki pankreatitdə ağrılar mülayim xarakterli olur, dispeptik pozğunluqlar meydana çıxır, xəstələr arıqlayır. Defekasiya zamanı duru və üfünətli nəcis ifrazı qeyd olunur.

Müalicəsi. Əvvəlcə konservativ müalicə aparılır. Xəstəyə sakitlik verilir, epiqastral nahiyəyə soyuq qoyulur, 5-6 gün müddətinə aclıq pəhrizi gözlənilir, vena daxilinə sutka ərzində 5 litrə qədər 5%-li qlükoza və fizioloji məhlul yeridilir. Tripsinin inhibitoru tra-

silol və ya onun analoqu kontrikal 10000 vahid 5%-500 ml. qlükoza məhlulu ilə, yaxud da qordoks 1-2 mln.KİV (kallikrein inhibitor vahidi) 10-15 dəqiqə ərzində zəif sürələ köçürülür. Ümumi antibakterial müalicə aparılır. İrinli və nekrotik forma pankreatitlərdə cərrahi müalicə aparılır. Pankreasın kapsulu kəsilir, nekrotik toxumalar xaric edilir və drenaj qoyulur. Xroniki pankreatitlərdə əsasən pəhriz və simptomatik müalicə təyin edilir.

Mədəaltı vəzin xərçəngi

Mədə xərçənginə nisbətən 4 dəfə az rast gəlinir. Ən çox mədəaltı vəzin başı xəstəliyə məruz qalır. Kişilər qadınlara nisbətən 2 dəfə çox xəstələnir. Xəstələrin orta yaşı 40-60 yaş arasında olur.

Klinik şəkli. Mədəaltı vəzin başının xəstələnməsi zamanı ilk növbədə dərinin mexaniki sarılıq üçün xarakterik rəngdə (çirkli sarı rəng) olması (ümumi öd axacağı sıxıldığına görə) meydana çıxır. Sarılığın gah şiddətlənən gah da, demək olar ki, tamamilə keçən fater məməciyinin xərçəngindən fərqli olaraq sarılıq artmağa meyilli olur. Belə xəstələrdə sarılıq fonunda böyümüş və gərginləşmiş öd kisəsi təyin etmək olur. Bəzən kəmərliyici xarakter daşıyan şiddətli ağrı qoşulur. Xəstəlik inkişaf etdikcə pankreasın başı nahiyəsində şişi palpasiya etmək mümkün olur. Ümumi öd axacağına daşında olduğu kimi sarılığın fonunda rəngsiz nəcis, sidiyin rənginin intensivləşməsi müşayiət olunur. Qanda bilirubin miqdarı və sidikdə öd pigmentləri yüksəlir. Kontrast rentgenoqrammada on iki barmaq bağırsağın enən hissəsinin selikli qişasının büküşlərinin quruluşunda dəyişiklik müəyyən edilir. “Bağırsaqlar nal”ı əhəmiyyətli dərəcədə genişlənir. Fater məməciyinin şişində dolma defekti təyin olunur.

Müalicəsi. Xəstəliyin ilkin mərhələlərində mədə bağırsaqlar traktının tamliğının bərpası ilə mədəaltı vəzin başının on iki barmaq bağırsağın bir hissəsinin birlikdə rezeksiyası aparılır. Mədəaltı vəzin cismininin xəstələnməsi zamanı vəzi tam çıxarılır, quyruğunun xəstələnməsində isə həmin hissə rezeksiya olunur. Radikal əməliyyat icra etmək mümkün olmadıqda öd kisəsi ilə mədə və ya öd kisəsi ilə nazik bağırsaqlar arasında anastomoz qoyulur. Cərrahi müalicə aparılmadıqda xəstələr orta hesabla 1 il yaşayırlar.

Qara ciyərin absesi.

Abses qara ciyərin zədələnməsi zamanı, öd yollarından və ya qapı venasından infeksiyanın daxil olması nəticəsində əmələ gəlir. İnfeksiya qara ciyəyə arteriyalar vasitəsi ilə də daxil ola bilər. Qara ciyərin absesini bağırsağ çöpləri, stafilokokklar, streptokokklar, amöb (amöb dizenteriyası zamanı) və s. kimi patogen mikroorqanizmlər törədirlər. Ona görə də qara ciyər absesləri piogen (irinli) və amöb absesləri olmaqla iki yerə bölünür. Bunlar müxtəlif ölçüdə olmaqla qara ciyərin hər yerində əmələ gələ bilərlər. Abses tək və çoxlu sayda ola bilər. Klinik gedişinə görə kəskin və xroniki olur.

Klinik şəkli. Qara ciyərin qeyri spesifik abseslərində bədənin temperaturu 38-40⁰C-dək yüksəlir. Qara ciyərin proyeksiyasında ağrılar müşahidə olunur, sağ çiyinə və sağ kürək nahiyəsinə irradiasiya edir. Qara ciyər böyüyür. Yüksək leykositoz əmələ gəlir. Amöb abseslərinin klinik şəkli dəyişkən gedişə malik olur: temperatur çox vaxt subfebril olur, qara ciyər kəskin böyüyür, dəri örtüyü çirklə boz rəngdə-torpaq rəngində olur. Gözün sklerası bir qədər saralır, hər gün müəyyən saatlarda üşütmə baş verir. Leykositoz yüksəlir, EÇR sürətlənir, sidikdə urobilin olur. Rentgenoloji olaraq çox vaxt diafraqmanın sağ qübbəsinin daim yüksəkdə dayanması, onun hərəkətsizliyi və plevral boşluqda eksudatın olması müşahidə olunur. Əgər absesin daxilində qaz olarsa, onda rentgenoloji olaraq mayenin üfüqi səviyyəsi qeyd olunur.

Müalicəsi operativdir. Əməliyyatın əsasını absesin açılması və drenajlanması təşkil edir. Amöb abseslərinin emittinlə müalicəsi, xüsusi ilə də irin punksiya ilə xaric edilib, boşluq bu preparatla yuyulduqda yaxşı nəticə verir. Bütün bunlarla bərabər qara ciyər çatmamazlığı əleyhinə dərman müalicəsi tədbirləri aparılır.

Portal hipertenziya

Portal hipertenziya qara ciyərin qapı venasında təzyiqin yüksəlməsidir. Portal hipertenziyanın səbəbi adətən qara ciyərin serrozu və qapı venasının trombozudur.

Klinik şəkli qida borusunun, mədənin kardial hissəsinin venala-

rının, qarının ön divarının venalarının (meduza başı) və hemorroidal venaların varikoz genəlməsi, venoz kollateralların əmələ gəlməsi ilə xarakterizə olunur. Venaların yırtılması zamanı əhəmiyyətli dərəcədə qanaxma baş verə bilər. Portal hipertenziya zamanı assit (qarın boşluğuna mayenin toplanması) və splenomeqaliya (dalağın böyüməsi) inkişaf edə bilər.

Portal hipertenziyanın diaqnostikasında ezofaqoskopiya, rentgenoskopiya və splenoportoqrafiya böyük əhəmiyyət kəsb edir. Bu zaman qida borusunun və mədənin kardial hissəsinin genişlənməmiş venalarını müşahidə etmək və qapı sisteminin venoz təzyiqini müəyyənləşdirmək olur. Laparoskopiyanın da müəyyən bir diaqnostik əhəmiyyəti vardır.

Müalicəsi cərrahidir. Bir çox metod təklif olunur. Ən radikal üsul aşağı boş vena ilə qapı venası arasında anastomoz qoymaq (porto kaval anastomoz), piyliyi qaraciyərə (omentohepatopeksiya) və piyliyi böyrəyə (omentorenopeksiya) tikməkdən ibarətdir.

Xəstələrə qulluqda tibb bacisi işinin xüsusiyyətləri

Qarın boşluğu üzvlərində aparılan əməliyyatlardan sonra xəstəyə nəzarət və qulluğun ümumi prinsipləri aşağıdakılardan ibarətdir: palatanın, çarpayının və qulluq əşyalarının hazırlanması, xəstəyə qulluğun göstərilməsi, əməliyyatdan sonra sarğının vəziyyətinə nəzarətin edilməsi, əməliyyatdan sonra ilk saatlarda baş verən qusma zamanı yardımın göstərilməsi, meteorizmlə mübarizə məqsədi ilə qazburaxan borunun qoyulması və hipertonik imalənin tətbiqi, daimi aspirasiyadan ötrü mədəyə zondun qoyulması, həkim təyinatına əsasən qan və qan əvəzedicilərin köçürülməsi, xəstədə ümumi giginəlik tədbirlərin aparılması; əllərin yuyulması, dəri örtüyünün gündəlik silinməsi, xəstənin ifrazatının toplandığı nahiyələrin əsaslı şəkildə yuyulması və s.

Əməliyyatdan sonrakı ilk saatlarda xəstə qabaqcadan hazırlanmış çarpayıda yerləşdirilir, hərəkəti aktivlik və qidalanmanın rejimi təyin olunur. İlk iki saat ərzində xəstə arxası üstə uzadılır (yerli anesteziyadan sonra yastıqla, ümumi anesteziyadan sonra yastıqsız). Baş yana çevrilir. Mədə bağırsaq rezeksiyası, xolesistektomi-

yalar zamanı 12-14 saat ərzində ciddi yataq rejimi, sonrakı 3 gün ərzində isə yataq rejimi təyin edilir. Əməliyyat yarasına (buz əriyə-nədək müddətdə) buz qovluğu qoyulur. Qarın əzələlərinin gərginliyini aradan qaldırmadan ötrü ayaqları dizdən yüngülcə büküb altına yastıq qoyulur. Xəstənin üzəri örtülür.

Əməliyyatdan 2 gün sonra (mədə rezeksiyası və xolesistektomiyalarda 4-6 gün sonra) xəstə həkim təyinatına əsasən ayağa duruzdurulur və palatada gəzdirilir. Qidalanma rejimində 10 saat müddətində aclıq, 10-12 saatdan sonra pəhriz №1a, 2 gündən sonra pəhriz №1, sonrakı günlər isə pəhriz №15 təyin edilir. Qarın boşluğu üzvlərində aparılan əməliyyatlardan sonra süd məhsullarının qəbulu məsləhət görülmür.

Xəstədə qusma baş verdikdə asfiksiyanın qarşısının alınmasından ötrü qusuntu kütləsi elektrik sorucusu ilə təmizlənir. İlk qusma ehtiyacı yarandıqda xəstənin başı yana doğru çevrilir. Böyrəkvari ləyən xəstənin üzünə tərəf qoyulur. Elektrik sorucusunun rezin ucluğu ağız boşluğuna yeridilir. Mədə möhtəviyyatı ağız boşluğundan xaric edilir. Ucluq ağız boşluğundan çıxarılır və ağız boşluğu steril təmiz salfətlə silinir.

Bəzən əməliyyatdan sonrakı dövrdə mədə möhtəviyyatının tənəffüs yoluna düşməsinin qarşısının alınmasından ötrü nazik mədə zondunu qoymaq zərurəti yaranır. Əvvəlcə ağız boşluğundan mədəyə qədər olan məsafə mövcud üsullardan biri ilə ölçülür. Həkimin icazəsi ilə və nəzarəti altında zond burun keçəcəyindən mədəyə, zondun nişanlanmış yerinə qədər yeridilir (bu zaman heç bir anesteziya növündən istifadə olunmur). Jane şprisi və ya elektrik sorucusu vasitəsi ilə mədə möhtəviyyatı sorulur. Zond bint vasitə ilə xəstənin üzünə fiksasiya edilir. Zondun kənarda qalan ucuna steril salfət qoyulur. Zondun keçiriciliyini saxlamaq məqsədi ilə hər 2 saatdan bir fizioloji məhlul ilə yuyulur və zondun ucu, mədənin selikli qişasına yapışmasının qarşısını almaqdan ötrü vaxtaşırı hərəkət etdirilir.

Xəstənin bağırsağında kəskin peristaltika olmadan işlədici təsir yaratmaq üçün hipertonik imalədən istifadə olunur. Tibb bacısı armudabənzər balona təyinatda göstərilən mayelərdən 50-100 ml. yığır. Balonun ucluğu vazelin ilə yağlanır. Xəstə sol böyrü üstə

ayaqları qarnına çəkilməmiş vəziyyətdə və ya arxası üstə ayaqları diz oynaqında bükülmüş vəziyyətdə (əgər xəstəyə hərəkət məsləhət görülmürsə) uzadılır. Armudabənzər balon sağ ələ götürülərək havası çıxarılır. Sol əlin I və II barmağı ilə sarğı aralanır və sağ əllə armudabənzər balonun ucluğu 15 sm dərinlikdə düz bağırsaqa salınır. Armudabənzər balon sıxılmaqla məhlul tədricən düz bağırsaqa yeridilir. Balon sıxılmış vəziyyətdə ucluq çıxarılır. Xəstəyə 20-30 dəqiqə ərzində defekasiya aktından çəkinmək məsləhət görülür. Defekasiya aktından sonra xəstə yuyulur.

Xəstənin bağırsağında toplanmış qazın xaric edilməsi üçün qaz buraxan borunun qoyulması zərurəti yarandıqda tibb bacısı xəstəni arxası üstə ayaqları dizdən bükülmüş vəziyyətdə uzadır. Xəstənin altına üzəri salfetlə örtülmüş müşəmbə qoyulur. Qaz buraxan borunun dəyirmi ucu 30 sm. ölçüdə steril vazelin ilə yağlanır. Sağ ələ qaz buraxan boru götürülür, sol əllə isə xəstənin sarğısı aralanır. Qaz buraxan boru düz bağırsaqa fırlanma hərəkəti ilə 20-30 sm. uzunluqda yerdilir. Borudan qazla birlikdə duru nəcis kütəsinin xaric olunma ehtimalı olduğu üçün borunun xarici ucu salfet bükülmüş müşəmbəyə bürünür. Qaz buraxan boru 1 saatdan sonra çıxarılır. Xəstə ləyəne otuzdurulur, anal dəlik isti su ilə yuyulur salfetlə qurudulur, vazelin ilə yağlanır. Xəstənin vəziyyətində yaxşılaşma müşahidə edilmədikdə, qaz buraxan borunun qoyulması bir saatdan sonra təkrar edilir. Düz bağırsağın selikli qişasında yataq yarası əmələ gəlməsin deyə qazburaxan borunu düz bağırsaqda 1 saatdan artıq saxlamaq olmaz.

Yoxlama sualları:

- 1. Mədə və on iki barmaq bağırsağın deşilmiş xorasının əlamətləri hansıdır və bu zaman nə kimi yardım göstərilir?*
- 2. Mədə və on iki barmaq bağırsağın deşilmiş xorasının əlamətləri hansıdır və bu zaman nə kimi yardım göstərilir?*
- 3. Kəskin bağırsaq keçməməzliklərinin səbəblərini və əlamətlərini sadalayın*
- 4. Kəskin bağırsaq keçməməzliklərinin kliniki təsnifatı necədir?*
- 5. Kəskin bağırsaq keçməməzliklərinin konservativ metodla müalicəsi necə aparılır?*
- 6. İnvaginasiya nədir və klinik mənzərəsi necədir?*
- 7. Mədə bağırsaq traktının süni fistulaları olan xəstələrə qulluq nədən ibarətdir?*
- 8. Kəskin xolesistit və kəskin pankreatitin səbəbləri və əlamətləri haqqında danışın.*
- 9. Bağırsaq keçməməzliklərinin rentgenoloji müayinəsi nə məqsədlə aparılır?*
- 10. Obturasion bağırsaq keçməməzliyinin hansı növləri vardır?*

11. *Kəskin appendisitlə kəskin xolesistitin differensial diaqnostikası necə aparılır?*
12. *Kəskin xolesistitin hansı subyektiv əlamətləri vardır?*
13. *Kəskin pankreatitin laborator diaqnostikası nəyə əsaslanır?*
14. *Spastik bağırsağ keçməməzliyi ilə paralitik bağırsağ keçməməzliyi necə differensiasiya edilir?*
15. *Bağırsağ invaginasiyasına necə diaqnoz qoyulur?*

. Situasiya məsələləri:

I. 5 aylıq uşağa təcili tibbi yardım çağırılmışdır. Anası uşaqda qarın nahiyəsində qəflətən başlayan tutmaşıkıllı ağrılardan, dəfələrlə qusmadan, nəcis və qazın xaric olmasından şikayətlənir. Ananın dediyinə görə bir neçə saat əvvəl uşağa ilk dəfə olaraq 50.0 qr miqdarında tərəvəz püresi vermişdir. Baxma zamanı uşağın vəziyyəti orta ağırlıqdadır. Temperatur 37.5°C, nəbz dəqiqədə 100 vuruğu olub, ritmikdir. Qarnı yumşaq, bir qədər köpmüş, sağ qabırğaaltı nahiyədə kolbasa şəkilli, hərəkətli, azca ağrılı şişə bənzər törəmə müəyyən olunur. Təxmin edilən diaqnozu formalaşdırın və əsaslandırın. Lazım olan əlavə müayinə metodları barədə məlumat verin. Mümkün ağırlaşmaları nəzərə alaraq təcili yardım alqoritmını hazırlayın.

II. Klinikaya 44 yaşlı xəstə ağır vəziyyətdə gətirildi. Uzun illərdir ki, mədə xorası xəstəliyindən əziyyət çəkir. Son 2 saat ərzində “kofe xiltı” tipində qusuntular onu narahat edir. Son 2 ayda 12 kq. arıqlamışdır. Xəstə üzülmüş vəziyyətdədir. Xəstədə xora xəstəliyinin hansı ağırlaşması başlamışdır?

MÖVZU 44. Düz bağırsağın zədələnmələri və cərrahi xəstəlikləri

Tələbə bilməlidir.

- ✓ Düz bağırsağın zədələnmələri və xəstəliklərinin əsas klinik mənzərəsini;
- ✓ Düz bağırsağın kəskin patologiyaları və zədələnmələri zamanı göstərilən ilk tibbi yardımın alqoritmini;
- ✓ Proktoloji xəstələrin müayinə metodlarını;
- ✓ Proktoloji xəstələrin konservativ və cərrahi müalicəsini;
- ✓ Proktoloji xəstəliklərin ağırlaşmalarını;
- ✓ Proktoloji əməliyyatlardan sonra xəstələrə qulluğun xüsusiyyətlərini.

Mühazirənin planı:

- Düz bağırsağın müayinə üsulları.
- Düz bağırsağın zədələnmələri və xəstəliklərinin ayrı-ayrı növləri.
- Düz bağırsağın və düz bağırsaq ətrafı sahənin iltihabi xəstəlikləri
- Düz bağırsağın bəd xassəli şişləri.
- Xəstələrə qulluqda tibb bacısının işinin xüsusiyyətləri.

Cərrahiyyənin düz bağırsağın və anusun zədələnmələri və xəstəliklərindən bəhs edən bölməsinə proktologiya deyilir. Proktologiya cərrahiyyənin elə bir sahəsidir ki, burada xəstələrin diaqnozunun qoyulması və əməliyyatdan sonra xəstənin idarə edilməsi üçün yalnız bu sahəyə xas olan xüsusi müayinə metodlarını mənimsəmək lazımdır.

Düz bağırsağın müayinə üsulları. Düz bağırsağın müayinə üçün əlverişli bir üzvdür. Müayinə aparılmazdan əvvəl xəstənin yoğun və düz bağırsağı imalənin köməklili ilə diqqətlə təmizlənir. Xəstə çömbəlmiş vəziyyətdə defekasiya aktını təqlid edərkən onda xarici hemoroidal düyünləri və düz bağırsağın sallanmasını görmək olar. Bunun üçün xəstəyə gücənmə təklif olunur. Xəstədə barmaq müayinə böyrü üstə uzanmış və ayaqları qarnına çəkilməmiş vəziyyətdə icra edilir. Əlcək geyildikdən sonra göstərici barmağa çoxlu miqdarda vazelin sürülərək ehtiyatla düz bağırsağa salınır. Barmaq müayinəsi düz bağırsaqda və düz bağırsağın ətrafı sahədə patoloji infiltratı, tromblanmış daxili hemoroidal düyünləri, düz bağırsağın çatlarının bərkiməmiş kənarlarını, fistulaları, polipləri və s. müayinəyə imkan verir. Bundan sonra instrumental müayinələrə başlanılır. Müayinə diz-dirsək vəziyyətində aparılır. Rektal güzgü

vazelinlə yağlandıqdan sonra ehtiyatla 8-10 sm. dərinliyinə salınır. Güzgü ehtiyatla və tədricən çıxarılmaqla diqqətlə baxılır. Bir çox diaqnostik məlumatlar rektoromanoskopla əldə edilir. Rektoromanoskop vazelinlə yağalanaraq 25-30 sm. dərinliyinə salınır.

Bunun üçün cihazın balonu vasitəsilə düz bağırsağa hava üfürülür və düz bağırsağın selikli qişasına baxıla-baxıla alət aramla çıxarılır. Beləliklə düz bağırsağ 30 sm.-ə qədər müayinə oluna bilər. Yalnız düz bağırsağın deyil, eyni zamanda yoğun bağırsağın da selikli qişasını müayinə etmək üçün kolonofibroskopdan istifadə edilir. Müayinə üsullarından biri də düz bağırsağa kontrast maddə yeridilərək aparılan rentgen müayinəsidir. Bu üsul irriqografiya adlanır. Sfinktor əzələsinin fəaliyyəti sfinktorometriya üsulu ilə müəyyənəndirilir.

Düz bağırsağın zədələnmələri

Düz bağırsağın zədələnmələri çanaq sümüklərinin sınıqları, tibbi manipulyasiyalar və yad cisimlərin yeridilməsi zamanı baş verir.

Kliniki olaraq xəstədə qarnın aşağısında və anal dəlikdə ağrı, tenezm (yalançı stul), düz bağırsaqdan qanaxma, defekasiya aktı zamanı ağrının şiddətlənməsi, yara olduğu halda ondan nəcis və qazın xaric olması qeyd edilir. Düz bağırsağın zədələnməsi zamanı yara kanalı nəcisə çirkləndiyinə görə infeksiyalaşır, bəzən də bağırsağ ətrafı toxumalar da prosesə cəlb olunur. Düz bağırsaqda yad cismin olması xəstədə stul və qazın olmaması (ləngiməsi), tenezm vaxtı çirkli-selikli ifrazatın gəlməsi müşahidə olunur.

İlk tibbi yardım ağrısızlaşdırma aparmaqdan, aralıq nahiyəsinə soyuq qoymaqdan və xəstəni stasionara yerləşdirməkdən ibarətdir. Yad cismi xəstəxanadan kənar şıraiddə xaric etmək olmaz.

Müalicəsi. Kiçik zədələnmələrdə konservativ müalicə aparılır. Xəstəyə ağrıkəsicilər təyin edilir və düz bağırsağa məlhəmli tamponlar yeridilir. Böyük zədələnmələr zamanı düz bağırsağ daxilindən yaranı tikmək və drenaj qoymaqla yaranın I-li cərrahi işlənməsi aparılır. Yad cisimlər isə, yalnız anesteziyadan sonra sfinkter rektal güzgü vasitəsi ilə genişləndirilərək çıxarılır. İşlədici dərmanların istifadəsi qəti qadağan olunur.

Düz bağırsağın xəstəlikləri

Anal dəliyin və düz bağırsağın atreziyası. Düz bağırsağın və anal dəliyin inkişaf qüsurlarının mərkəzində embriogenezin pozğunluğu durur. Rüşeymin embrional inkişafının birinci ayının sonuna qədər bağırsağ borusunun kaudal (aşağı) ucunun dəliyi olmur. Bağırsağın son hissəsi ilk böyrək kanalı ilə birlikdə ümumi boşluğa – klaokaya açılır. İkinci ayın sonunda klaoka boylama arakəsmə ilə iki hissəyə bölünür. Arxada düz bağırsağ və anus, ön tərəfdə isə sidik yolları əmələ gəlir. Bu proses pozulduqda müvafiq anomaliyalar meydana çıxır.

Atreziyanın aşağıdakı növləri ayırd edilir.

- 1) Anusun atreziyası
- 2) Anusun və düz bağırsağın atreziyası
- 3) Düz bağırsağın atreziyası

Tam atreziya ilə yanaşı bağırsağın daralması olduqda stenoz da meydana çıxır. Atreziyanın xalis formaları ilə yanaşı müxtəlif nahiyələrə - aralığa, sidik sisteminə, uşaqlığa, uşaqlıq yoluna açıla bilən fistulalarla fəsadlaşan atreziyalar da mövcuddur.

Klinik şəkli. Yenidogoğulmuşların tam atreziyası ilk saatlardan və ilk gündən aşağı səviyyəli bağırsağ keçməməzliyinin klinik mənzərəsi şəklində özünü birüzə verir. Xəstədə qusma və qarında köplük başlayır, mekonium olmur. Fistulalı atreziyalarda mekonium fistula yolundan xaricə və ya fistula yolundan açıldığı üzvə ifraz olunur. Ancaq atreziyanın bu formalarında bağırsaqların boşalması kifayət etmir.

Anal dəliyin atreziyası zamanı yerli olaraq dərinin nazikləşməsi və “təkan simptomu” (öskürək və gücənmə zamanı anal dəlik proyeksiyasında dərinin qabarması) müşahidə olunur. Düz bağırsağın və anusun atreziyasını fərqləndirən cəhət “təkan simptomu”nun olmaması və yalnız siqmayabənzər bağırsaqda qazın olmasıdır. Düz bağırsağ atreziyasında barmaq anal dəlikdən keçərək, düz bağırsaqda maneəyə dirənir. Diaqnozu dəqiqləşdirmək üçün anal dəlik deşilərək kontrast maddə yeridilir. Rentgen şəkli atreziyanın formasını müəyyənləşdirməyə imkan verir.

Müalicəsi operativdir. Anal dəliyin atreziyasında daralma yeri uzununa kəsilir. Əməliyyatdan sonrakı dövrdə 6-10 həftə ərzində anusun bujlanması tələb olunur.

Anal dəliyin və düz bağırsağın atreziyasında, eləcə də düz bağırsağın atreziyasında abdominal–perianal proktoplastika və ya perianal proktoplastika əməliyyatı aparılır. Bunun üçün abdominal və aralıq və ya yalnız aralıq yolu ilə bağırsağın atreziya olunmuş hissəsini ayırıb, onu aralıqdan endirərək bağırsağın kənarları dəriyə tikiilir. Bu zaman çalışmaq lazımdır ki, düz bağırsağın sfinkteri qorunsun. Fistula olduqda əməliyyatın planı eyni qalır, ancaq əlavə olaraq fistulanı ayırıb, onu bağlayırlar. Zəif və üzülmüş uşaqlarda siqmayabənzər bağırsağa fistula qoyulur. Radikal əməliyyat bir yaşında aparılır.

Anal dəliyin çatlari. Anusun çatlari selikli qişanın boylama defektindən ibarətdir. Çatın əmələ gəlməsinin səbəbi sərt nəcis kütləsi, yad cisimlər və s. vasitəsi ilə, qadınlarda doğuşdan sonra düz bağırsağın selikli qişasının anal dəlik nahiyəsindəki zədələnmələrdir. Əvvəlcə selikli qişada kiçik xətti defekt müəyyən olunur. Daha sonra çat dərinləşir, selikaltı qata qədər çatır və kənarları sərtləşir.

Klinik şəkli. Defekasiya aktı zamanı kəskin və əzabverici ağrıların olur, bəzən az miqdarda qan və ya qanlı seroz maye müşahidə olunur. Proses uzun çəkəndə xəstələrin əsəbi pozulur, özlərini çox pis hiss edirlər. Çat çox zaman qəbizliklə müşayiət olunur. Müayinə zamanı əksər hallarda saat 6 istiqamətində selikli qişanın dəriyə keçən hissəsində oval formalı çatlama aşkar edilir.

Müalicəsi. Təzə çatlar zamanı konservativ müalicə aparılır. İlk növbədə qəbizliyi aradan qaldırmaq lazımdır. Bunun üçün pəhrizi tənzimləmək lazım gəlir. Xəstəyə gənəgərçək yağı və ya vazelin yağı, yaxud sena və ya murdarça yarpağını dəmləməsi təyin edilir. Düz bağırsağa 50-100 ml. isti zeytun yağı yeridilir, belladonna şamı, kalium permanqanat və ya soda ilə isti oturaq vannalar təyin edilir. Konservativ müalicəyə tabe olmayan xroniki çatlarda yerli anesteziya ilə düz bağırsağın sfinkterinin həddən artıq dartılaraq genişləndirilməsi icra edilir. Bu zaman çat daha da cırılır və bu fonda onun sürətlə sağalması baş verir. Xüsusi davamlı hallarda çatlar kəsilərək götürülür və tikişlər qoyulur.

Paraproktit düz bağırsağ ətrafı toxumanın irinli iltihabı xəstəliyidir. Xəstəliyə çox zaman qarışıq infeksiya (stafilokokk, streptokokk, enterokokk, bağırsağ çöpləri və s.) səbəb olur. Nadir hallarda anaerob infeksiyaya da təsadüf edilə bilər. İnfeksiyanın daxil olma yolu çatlar, zədələnmiş babasil düyünləri, sıyrıntı və maserasiyadır.

Paraproktitin aşağıdakı növləri vardır: 1) Dərialtı, 2) Selikaltı, 3) Oturaq-düz bağırsağ, 4) Çanaq-düz bağırsağ, 5) Rektorektal

Klinik şəkli paraproktitin növündən asılıdır. Dərialtı formada defekasiya zamanı ağrı qeyd olunur. Rektal müayinə zamanı düz bağırsağın selikli qişasında infiltrasiya sahələri aşkar edilir.

Oturaq düz bağırsağ formasında iltihabı proses düz bağırsağ ətraf toxumanın çanaq hissəsini əhatə edir. Bu formanın klinikası zoqquldayan ağrı, yüksək temperatur, üşütmə ilə xarakterizə olunur. Rektal müayinə zamanı düz bağırsağ ətrafında aydın infiltrasiya təyin olunur.

Çanaq-düz bağırsağ formasında proses çanaq dibinə yayılır və anal dəlik nahiyəsində xarici iltihab əlamətləri olmayan ağır septik vəziyyət ilə xarakterizə olunur.

Retrorektal formada proses düz bağırsağın arxasında lokalizasiya olunan limfadenitlə başlayır və ardınca ətraf toxumaların irinli dağılması baş verir. Xəstəlik aralıq nahiyəsində kəskin ağrılar, yüksək temperatur, üşütmə, leykositoz və s. ilə xarakterizə olunur. Paraproktitin bütün növlərində düz bağırsağın mükəmməl şəkildə barmaqla müayinəsi məsləhət görülür.

Kəskin paraproktit öz-özünə deşildikdə və ya cərrahi yolla yarıldıqdan sonra düz bağırsağ ətrafında fistulalar əmələ gəlir. Bu fistulalar, düz bağırsağın zədələnməsi və ya vərəmi zamanı da əmələ gələ bilər. Belə fistulalar xroniki paraproktit kimi şərh olunur.

Müalicəsi. Xəstəliyin başlanğıcında, hələ toxumaların irinli dağılması yoxdursa ümumi antibakterial müalicə, kalium permanqanatla isti oturaq vannalar məsləhət görülür. Konservativ müalicə nəticə vermədikdə paraproktitin bütün növlərində irinliyin açılması və irinli boşluğun yaxşıca drenajlanması tələb olunur. İrinlik açılarkən sfinkterin zədələnməsinin qarşısını almaq məqsədi ilə anal dəlik ətrafında aypara şəkilli kəsik aparılır. Əməliyyatdan sonra 3-4 gün ərzində xəstəyə defekasiya aktını ləngitmək üçün şlaksız pəhriz

və tiryək dəmləməsi təyin olunur. Ümumi antibakterial və dezintoksikasion müalicə aparılır. Yaraların müalicəsi, irinli yaraların müalicəsinin ümumi prinsiplərinə uyğun olaraq həyata keçirilir. Xroniki paraproktitlər isə heç zaman özü- özünə sağalmır. Müalicəsi yalnız operasiya yolu ilə mümkün olur.

Babasil – müəyyən klinik əlamətlərə malik (qanaxma, ağrı və s.) düz bağırsağın venoz kələfinin varikoz genəlməsidir.

Lokalizasiyasına görə daxili və xarici babasillər ayırd edilir. Daxili babasil düz bağırsağın daxilində yerləşir, gözlə görünmür və barmaqla və ya rektoskopla müayinə zamanı təyin olunur. Xarici babasil düyünləri selikli qişanın dəriyə keçən yerində yerləşir, anal dəlik ətrafında gözlə görünür. Adətən hər iki babasil düyünləri saat sferblatının 3, 7, 11 istiqamətində yeləmiş olurlar. Bəzi hallarda bu düyünlərin iltihabı onlarda trombun meydana gəlməsi ilə müşahidə olunur. Buna babasil düyünlərinin tromboflebiti deyilir. Babasil tək və çoxlu, kəskin və xroniki fəsadlaşan və fəsadlaşmayan olur. Babasilin səbəbi qəbizlik, ağır fiziki iş, təkrar hamiləlik, uzun müddət oturmaq vəziyyətində olduqda kiçik çanaqda əmələ gələn durğunluq, irsiyyət faktoru, spirtli içkilərin ifrat dərəcədə qəbulu və s.-dir.

Klinik şəkli. Babasil düyünlərinin sadəcə böyüməsi ağrı törətmir və xəstəni narahat etmir. Lakin bəzi hallarda böyük ölçülü daxili babasil düyünləri zamanı, sfinkterin büzücü funksiyasının pozulmasına görə onlar xaricə çıxır və sfinkterin funksiyasını daha da azaldır. Belə vəziyyət düz bağırsaqdan möhtəviyyətin sərbəst ifrazına gətirib çıxarır ki, bu da öz növbəsində qaşınmaya, dərinin maserasiyasına və ağrıya səbəb olur.

Bəzi hallarda defekasiya aktı zamanı az miqdarda qanaxma müşahidə olunur. Tez-tez baş verən qanaxma anemiyaya səbəb olur və qanda hemoqlobinin miqdarı əhəmiyyətli dərəcədə azalır. Babasil düyünlərinin tromboflebiti zamanı anal dəlik nahiyəsində şiddətli ağrı əmələ gəlir və defekasiya aktı zamanı bu ağrılar daha da güclənir. Babasil düyünləri göyərmiş, gərginləşmiş, üzəri fibrinoz ərplə örtülmüş olur. Selikli qişanın ayrı-ayrı yerlərində xora qeyd olunur.

Müalicəsi. Fəsadlaşmayan babasil zamanı qəbizliyin qarşısına almaq üçün pəhriz tənzimlənir. Qəbizlik zamanı gənəgərçək və vazelin yağı təyin olunur. Dərinin maserasiyası zamanı kalium per-

manqanat məhlulu ilə oturaq vannalar edilir. Kiçik qanaxmalar zamanı hemostatik dərmanlar-vikazol, kalsium xlorid, hemofobin və s. tətbiq olunur. Babasil düyünlərinin trombozu zamanı kalium permanqanat məhlulu ilə isti oturaq vannalar təyin edilir. Presakral novokain blokadası da yaxşı effekt verir. Əgər babasil qanaxmaya və iltihaba meyillidirsə onda cərrahi müalicəyə müraciət olunur. İltihabın kəskin dövrü əməliyyata əks göstərişdir. Əməliyyat zamanı babasil düyünləri bağlanır və bir neçə gündən sonra düyünlər qoparaq düşür. Əməliyyatdan sonrakı dövrdə defekasiya aktı bir neçə gün ləngidilir. Bunun üçün xəstə qida ilə az miqdarda lif və gündə 3 dəfə hər dəfə 8-10 damcı tiryək dəmləməsi qəbul edir. Defekasiya aktından sonra xəstə kalium permanqanat və ya soda (hər vannaya 30-40 qram soda) məhlulu ilə oturaq vanna qəbul edir.

Düz bağırsağın və anal dəliyin selikli qişasının sallanması. Anal dəlikdən selikli qişa sallanarsa bu anal dəliyin selikli qişasının sallanması, düz bağırsağın bütün divarı sallanarsa, bu düz bağırsağın sallanması adlanır. Sallanma həm uşaqlarda həm də böyüklərdə müşahidə olunur. Ən çox 1-3 yaşlı uşaqlarda təsadüf edilir. Sallanmanın inkişafına çanaq dibinin və düz bağırsağın əzələlərinin zəifliyi və inkişafdan qalması, peritonun aşağı səviyyədə yerləşməsi şərait yaradır. Qəbizlik, ishal, babasil, ağır fiziki iş və s. xüsusi əhəmiyyət kəsb edir. Düz bağırsağın tam və hissəvi sallanması ayırd edilir. Sallanma adətən defekasiya aktından sonra baş verir. Lakin ağır hallarda öskürmə, asqırma, qışqırma zamanı da olur.

Klinik mənzərə çox xarakterikdir. Həm defekasiya aktı, həm də fiziki gərginlik zamanı gücəndikdə anus nahiyəsində çəhrayı rəngli düz bağırsağın selikli qişası ilə örtülü silindr şəkilli törəmə görünür. Anal dəliyin selikli qişasının sallanması ilə düz bağırsağın sallanmasının differensasiya etmək üçün sadə bir üsuldən istifadə olunur. Barmaqla sallanmış nahiyənin ətrafına keçirilir. Əgər selikli qişa birbaşa dəriyə keçirsə və sallanmış nahiyənin ölçüsü kiçikdirsə bu anal dəliyin selikli qişasının sallanması, yox əgər barmaq selikli qişa ilə sfinkter arasına keçirsə bu düz bağırsağın sallanmasıdır.

Bununla bərabər həm anal dəliyin, həm də düz bağırsağın kombinasiyalı sallanmasına rast gəlinir. Bu zaman bağırsağın böyük bir hissəsinin əhəmiyyətli dərəcədə sallanması və selikli qişanın dəriyə

birbaşa keçməsi qeyd olunur. Xəstəliyin inkişafında 4 mərhələ ayırd edilir:

I mərhələ- defekasiya aktı zamanı bağırsağ sallanır, akt başa çatdıqdan sonra isə özü geri qaydır.

II mərhələ- defekasiya aktından sonra sallanmış düz bağırsağ geri qayıtmadığından uşağın anası onu əli ilə, böyük uşaqlar isə özləri əlləri ilə yerinə salır. Burada selikli qışa və onun qatlarında kobudlaşmış büküşlər görünür.

III mərhələ- bağırsağın sallanması nəinki defekasiya aktı zamanı, hətta uşaq ağladıqda, öskürdükdə, asqırdıqda, gücəndikdə də baş verir. Bu dövrdə düz bağırsağ kolbasa şəklində anus halqasından çıxaraq görünür. Xəstə nəcisi saxlaya bilmir, iradəsiz olaraq qaz buraxır. Bağırsağın selikli qışasının iltihabı, səthinin kobudlaşması baş verir. Bağırsağ yerinə salındıqda təkrari sallanır.

IV mərhələ-sallanmış bağırsağı yerinə saldıqda yenidən anal dəlikdən xaricə çıxır və geri qayıtmır. Bağırsağın selikli qışası iltihablaşır, üzəri fibroz ərplə örtülür, selikli qışa hipertrofiyalaşır. Çoxlu selik ifraz edir, yaralar əmələ gəlir, tez-tez qanlayır, nəcis və qazlar qeyri-iradi olaraq xaric olunur.

Müalicəsi. Xəstəliyin başlanğıc mərhələsində uşaqlara konservativ müalicə kömək edir. İlk növbədə qəbizliyi və ya ishalı aradan qaldırmaq, defekasiya aktını normallaşdırmaq lazımdır. Çalışmaq lazımdır ki, uşaqlar gücənmə ilə qarşoka deyil, uzanmış vəziyyətdə bayıra getsinlər. Ən əvvəl sallanmış bağırsağı yerinə salmaq lazımdır. Bağırsağı yerinə salmazdan əvvəl boğulma və nekrozu istisna etmək üçün mütləq selikli qışaya baxmaq lazımdır. Defekasiya aktından sonra və bağırsağ yerinə salındıqdan sonra sağrı leykoplastrla yapışdırılır. Bundan sonra xəstə ən azı bir saat arxası üstə uzanmalıdır. Konservativ müalicə effekt vermədikdə cərrahi müdaxiləyə müraciət olunur. Düz bağırdaq sallanmasının çoxlu operasiya üsulları vardır. Əməliyyatların ən sadə və effektivlisi Kyumel və Tirş əməliyyatlarıdır.

Düz bağırsağın polipi. Həzm sisteminin (mədədən anusa qədər) selikli qışası və ya vəzi epitelinin xoş xassəli şişinə polip deyilir. Düz bağırsağ polipləri anadangəlmə və qazanılma ola bilər. Ən çox qazanılma poliplərə rast gəlinir. Bundan başqa poliplər tək-tək və

ya qrupla çoxlu sayda ola bilir (şəkil 97). Çoxlu sayda və qrup şəklində olduqda düz bağırsağın polipozu diaqnozu qoyulur. Ölçüsünə gəldikdə poliplər buğda böyüklüyündən iri qoz böyüklüyünə qədər ola bilirlər. Formaca geniş əsaslı və ayaqcıqlı olurlar. Düz bağırsağın aşağı hissəsində yerləşmiş ayaqcıqlı poliplər defekasiya aktı zamanı anal dəlikdən bayıra çıxa bilir.

Klinik şəkli. Ən çox kolit və dizenteriya keçirmiş 2-3 yaşlı uşaqlarda təsadüf edir və heç bir ağrı törətmir. Tenezm və bəzən qanaxma müşahidə olunur. Qanaxma daimi xarakter daşımır, vaxtaşırı olaraq defekasiya aktının sonunda az miqdarda qan xaric olur. Bəzən düz bağırsaqdan selikli ifrazat axır. Bayıra çıxmayan poliplərin diaqnozu barmaqla, rektoskop və ya rektoromanoskoplə müəyyən olunur. Yuxarı lokalizasiyalı poliplərin diaqnozu kolonoskop vasitəsi ilə qoyulur.

Müalicəsi. Tək və aşağı lokalizasiyalı poliplər elektrokoagulyasiya edilir. Polipin ayaqcığı bağlanaraq kəsilib götürülür. Yuxarı lokalizasiyalı çoxlu poliplər-polipoz zamanı bağırsağın həmin hissəsi rezeksiya olunur.

Düz bağırsağın xərçəngi. Çox tez-tez rast gəlinir (70-80%) və digər lokalizasiyalı xərçənglər arasında V yeri tutur. Xəstələr arasında kişilərlə qadınlərin nisbəti 3:2-dir. Anal dəliyin xərçənginə nadir hallarda rast gəlinir. Lakin daha bədxassəli gedişə malik olur. Düz bağırsağ ampulasının və proksimal hissənin xərçəngi adenokarsinoma xarakteri daşıyır və düz bağırsağın sirkulyar daralmasını törədir. Metastazlaşma hematogen və ya limfogen yolla baş verir. Xəstəliyin inkişafında düz bağırsağın polipozu, sallanması, xroniki paraproktit və s. kimi amillərin də rolu vardır.

Klinik şəkli xəstəliyin mərhələsindən və yerləşdiyi yerdən asılıdır. Əvvəlcə xəstəlik simptomsuz keçir. Sonradan qəbizlik və onunla növbələşən ishal, tenezm, düz bağırsaqdan selikli ifrazat, qan və irin xaric olur. Şişin inkişaf etməsi nəticəsində düz bağırsağın mənfəzi tıxana bilir və bu da aşağı səviyyəli bağırsağ keçməməzliyinə gətirib çıxarır.

Barmaqla müayinə, rektoskopiya və rektoromonoskopiya böyük diaqnostik əhəmiyyətə malikdir. Bu müayinələrlə şişi aşkarlamaq, onun ölçüsünü, yayılmasını, yerləşməsini, xoralaşmasını və s.

təyin etmək və histoloji müayinə üçün toxuma parçası götürmək mümkün olur. Şişin düz bağırsağın ətrafı toxumaya yayılması zamanı aralıqda və sidik kisəsi nahiyəsində şiddətli ağrılar baş verir, sidik ifrazı pozulur.

Müalicəsi. Xəstəliyin ilkin mərhələlərində radikal cərrahi müalicə - sağlam toxuma hüdudunda şişin düz bağırsaqla birlikdə çıxarılması tətbiq edilir. Bağırsağın qalan hissəsi aralıq vasitəsi ilə aşağı salınaraq qarın divarına gətirilir. Radikal cərrahi müalicə aparılması mümkün olmadıqda sol qalça nahiyəsindən siqmayabənzər bağırsağ çıxarılmaqla süni anus yaradılır.

Anal dəliyin xərçəngi zamanı rentgen müalicəsi daha qənaətbəxş nəticə verir. Rentgenterapiya radikal müalicəyə səbəb olmasada, xərçəng şişinin böyüməsini bir qədər ləngidir. Palliativ müalicə alan xəstənin ömrü 2-3 il olur. Palliativ müalicə aparılmadıqda xəstələr aşağı səviyyəli bağırsağ keçməməzliyindən ölürlər.

Xəstələrə qulluqda tibb bacısının işinin xüsusiyyətləri

Tibb bacısı düz bağırsağın xəstəlikləri ilə xəstəxanaya daxil olan xəstələrdə defekasiya aktının çətinliyini, tenezmi, nəcisin formasındakı dəyişiklikləri, onun qan, selik və irinlə qarışıqlı olmasını və s. aydınlaşdırır. Müayinə məqsədilə xəstə arxası üstə, ayaqları yığılmış və aralanmış şəkildə uzadılır. Düz bağırsağda patoloji prosesin lokalizasiyasını təsvir etmək üçün saat sferblatının sxemindən istifadə olunur. Tibb bacısı xəstənin müayinəyə hazırlanmasında və müayinənin aparılmasında bilavasitə iştirak edir. Xəstə müayinəyə bir neçə gün əvvəl hazırlanır. 2-3 gün əvvəl xəstəyə qaz əmələ gətirən qidaların (qara çörək, süd, kartof, kələm, noxud və s.) qəbulu dayandırılır. 1 gün qalmış xəstəyə gənəgərçək yağı içirdilir. Gecə və növbəti gün səhər təmizləyici imalə aparılır. Müayinəyə 2 saat qalmış düz bağırsağa qazburaxan boru qoyulur.

Düz bağırsağ əməliyyatları zamanı yaranan irinləməsinin və tikşlərin aralanmasının profilaktikası məqsədilə bağırsağın nəcis kütləsindən əsaslı şəkildə təmizlənməsi çox vacibdir. Xəstələr əməliyyata 3-5 gün ərzində hazırlanır. Əsas diqqət pəhrizə verilir. Pəhriz az şlaklı və kifayət qədər kalorili olmalıdır. Əməliyyata 2-3 gün

qalmış işlədici maddələr (15 – 30%-li maqnezium sulfat məhlulu 1 xörək qaşığı ilə gündə 6-8 dəfə) təyin olunur. Gecə və səhər təmiz su gələndək təmizləyici imalə aparılır. İnfeksiyanın profilaktikasından ötrü əməliyyata 3 gün qalmış bağırsağ florasına təsir edən antibiotiklər (kanamisin, streptomisin, tetrasiklin) təyin edilir.

Düz bağırsağın xəstəliklərində tibb bacısının işi aşağıdakılardan ibarət olur: xəstənin ümumi vəziyyətini müşahidə etməli, əməliyyatdan sonra sarğıları dəyişdirməli, pəhriz yeməklərinin təşkilindən ötrü xəstənin qohumları ilə müsahibə aparmalı, defekasiya aktının pozulması ilə əlaqəli problemlərə kömək etməli, həkimin təyinatına əsasən imalə və qaz buraxan boruların qoyulmasını icra etməlidir. Kolostomalı və nəcis fistulası olan xəstələrə qulluğun özünün xüsusiyyətləri vardır. Fistula və fistula ətrafı dəri daima qulluq tələb edir. Belə xəstələrin sarğısı tez-tez dəyişdirilməlidir. Tibb bacısı maserasiyanın və dərinin qıcıqlanmasının profilaktikası üçün nəcis fistulası ətrafı dəriyə qulluq etməyi bacarmalıdır.

Yoxlama sualları:

1. Düz bağırsağ əməliyyatlarına xəstə necə hazırlanır?
2. Düz bağırsağ əməliyyatlarından sonra xəstəyə qulluğun hansı xüsusiyyətləri vardır?
3. Düz bağırsağın sallanması özünü necə göstərir?
4. Sallanmış bağırsağı necə yerinə salmaq lazımdır?
5. Babasilin klinik mənzərəsini və xəstənin müalicə prinsipini təsvir edin.
6. Babasilin fəsadları nədir?
7. Anal dəliyin çatının əlamətləri hansıdır?
8. Düz bağırsağın xərçəngi hansı əlamətlərlə özünü göstərir və müalicəsi necə aparılır?
9. Düz bağırsaqda aparılan əməliyyatlara xəstə necə hazırlanır?
10. Əməliyyatdan sonrakı dövrün xüsusiyyətləri nədən ibarətdir?

Situasiya məsələləri:

I. Məntəqənin feldşeri sutka ərzində bir neçə dəfə duru nəcis ifraz etmiş 1 yaşlı uşaqdan ötrü çağırılmışdır. Ananın dediyinə görə 2 ssat əvvəl anal dəlikdə şiş görünmüşdür. Baxma zamanı anal dəlikdən rəngi çəhrayı-bənövşəyi rəngli uzunluğu 6 sm. olan, düz bağırsağın selikli qişası üzərinə qatlanmış silindrişəkilli törəmə xaricə çıxmışdır. Selikli qişə ilə anusun dərisi arasında bütün dairəsi boyu yarıq vardır. Təxmin edilən diaqnozu formalaşdırın və əsaslandırın. Hər bir mərhələ üçün əsaslandırılmış təcili yardım algoritmi hazırlayın.

II. 6 yaşlı uşaq aralıq nahiyəsində əzabverici ağrıdan, düz bağırsaqdan selik axmasından şikayətlənir. Düz bağırsağın barmaqla müayinəsi zamanı ampulyar hissədə diametri 1,0 -3,0 sm. ölçüdə və ayaqcığı aydın təyin olunan bir neçə törəmə aşkar edildi. Bu törəmələr bağırsağın selikli qişası ilə birlikdə yerini dəyişir. İlk diaqnoz qoyun. Bu xəstəliyin təsnifatını verin. Bu patologiyanın cərrahi müalicə üsulları hansılardır?

MÖVZU 45. Urologiyanın əsasları. Sidik-cinsiyyət üzvlərinin zədələnmələri və cərrahi xəstəlikləri

Tələbə bilməlidir.

- ✓ Sidik cinsiyyət üzvlərinin zədələnmələri və xəstəliklərinin əsas əlamətlərini;
- ✓ Uroloji patologiyanın əsas növlərini;
- ✓ Tez-tez rast gəlinən uroloji sindromları: böyrək sancısı, kəskin sidik ləngiməsi, hematuriya, anuriyanın inkişafı zamanı göstərilən ilk tibbi yardımın alqoritmini;
- ✓ Dizurik pozğunluqların növlərini;
- ✓ Uroloji xəstələrə nəzarət və qulluğu;
- ✓ Kişilərdə və qadınlarda sidik kisəsinə kateterin qoyulmasını.

Mühazirənin planı:

- Uroloji xəstələrin müayinə xüsusiyyətləri.
- Sidik ifrazat sistemi üzvlərinin zədələnmələri.
- Sidik ifrazat sisteminin anomaliyaları.
- Prostat vəzinin xəstəlikləri.
- Böyrəklərin xəstəlikləri
- Sidik kisəsinin xəstəlikləri
- Uroloji xəstələrə nəzarət və qulluq
- Sidik kisəsinə kateterin qoyulması.

Cərrahiyyənin sidik–cinsiyyət üzvlərinin (böyrəklər, sidik axarları, sidik kisəsi, sidik kanalı, xayalar, prostat vəzi, cinsiyyət üzvü) xəstəliklərinin müalicəsi ilə məşğul olan bölməsi urologiya adlanır. Urologiya cərrahiyyənin elə bir sahəsidir ki, burada xəstələrin diaqnozunun qoyulması və əməliyyatdan sonra xəstənin idarə edilməsi üçün yalnız bu sahəyə xas olan xüsusi müayinə metodlarını mənimsəmək lazımdır. Həmin müayinə metodlarına aşağıdakılar aiddir:

Sistoskopiya- sidik kisəsinə xüsusi bir cihaz – sistoskopdan istifadə edərək aparılan müayinəsidir. Sidik kisəsinin selikli qişasına baxmaqla yanaşı sidik axarlarının mənfəzi müayinə olunur, onların funksiyası müəyyən edilir. Sidik axarlarının kateterizasiyası vasitəsilə qalxan pieloqrafiya aparılır.

Xromosistoskopiya. Bu üsul böyrəklərin funksiyasını təyin etməyə imkan verir. Bu məqsədlə vena daxilinə 4 ml. 0,4%-li indiqo-karmin yeridilir. Sidik kisəsinə sistoskop salınır. Normada 3-5 dəqiqə sonra sidik axarlarının mənfəzindən göy rəngə boyanmış sidik

ifraz olunur. İndiqokarminin ifrazının ləngiməsi böyrək və sidik axarlarının pozulmuş funksiyasından xəbər verir.

Sidik axarlarının kateterizasiyası. Müayinə üçün xüsusi bir kateterizasiya sistoskopundan istifadə edilir. Bunun köməkliyi ilə sidik axarına xüsusi kateter qoyulur. Sidik axarının çapıqla daralması və ya daşla tıxanması nəticəsində kateter yeridilərkən maneəyə rastlaşaraq dayanır.

Qalxan pieloqrafiya. Sidik axarı kateteri vasitəsilə ləyənə 20% serqozin, kardiostat, diodon məhlulu və ya oksigen kimi kontrast maddə yeridilərək rentgen şəklində çəkilir. Kontrast maddə fonunda daşlar və şiş toxuması yaxşı görünür.

Venadaxili uroqrafiya. Vena daxilinə 50 ml. 40%-li serqozin yeridilir və sidik yollarının 10, 20, 30-cu dəqiqədə rentgen şəklində çəkilir. Bu metod şişlərin və sidik kisəsinin zədələnmələrinin diaqnostikasında istifadə olunur.

Uretroqrafiya – uretraya 10-20 ml. 10-20 %-li serqozin, kardiostat və ya diodon məhlulları yeridildikdən sonra aparılan rentgenoqrafiyadır. Uretranın şişləri və zədələnmələrinin diaqnostikasında tətbiq edilir.

Sistoqrafiya – sidik kisəsi 100-150 ml. 10-20%-li serqozin, kardiostat, diodon məhlulları ilə doldurulduqdan sonra aparılan rentgenoqrafiyadır. Sidik kisəsinin şişləri və zədələnmələrinin diaqnostikasında tətbiq edilir.

Tibb bacısı həmçinin uroloji təcrübədə meydana çıxan dizurik pozğunluqları bilməlidir. Dizurik pozğunluqlar və ya **dizuriya**, sidik ifrazının tezliyinin artması, ağrılı olması və çətin ifraz olunması ilə ifadə olunan sidik kisəsinin funksiyalarının pozulmasının məcmusudur. Dizurik pozğunluqların inkişafı xarici və daxili amillərə əsaslanan polietioloji bir vəziyyətdir. Sidik pozğunluğunun hər bir konkret təzahürünün, öz səbəbləri vardır. İnsanlarda sidik ifrazı tamamilə şüurdan asılı olan bir prosesdir. Əgər sidik ifrazı qeyri-iradi baş verirsə, bu uroloqla əlaqə yaratmaq üçün bir siqnaldır.

Normal sutkalıq diurez (sutka ərzində ifraz olunan sidiyin miqdarı) orta hesabla 1,5 litr (700 ml-dən – 3000 ml-dək) təşkil edir. Diurezin artması – **poliuriya** –həddindən artıq maye qəbulu, qanda şəkərin artması hesabına (şəkərli diabet) qanın osmotik təzyiqinin

artması, hipofizin antidiuretik hormonunun qeyri-kafi aktivliyi nəticəsində (şəkərsiz diabet) suyun kanalcıqlardan reabsorbsiyasının pozğunluğu, xroniki nefrit zamanı böyrəyin konsentrasiya qabiliyyətinin azalması zamanı müşahidə edilir.

Diurezin davamlı şəkildə azalması – **oliquuriya** və sidiyin tam olmaması – **anuriya**, böyrək xəstəlikləri, orqanizmin susuzlaşması, sidik axarlarının daşla, seliklə tıxanması və ya şişlə sıxılması, eləcə də qan dövranı pozğunluğu nəticəsində və ya reflektori baş verə bilər.

Normada sidik kisəsinin boşalması gün ərzində 5-6 dəfə sidik kisəsinin tutumuna (200-300 ml) müvafiq olaraq baş verir. Sidik ifrazı ritminin artması- **pollakiuriya** – çox vaxt poliuriya ilə müştərək olur. Belə hallarda sidik ifrazı istəyinin artması sidik kisəsinin dolması ilə əlaqələndirilir. Pollakiuriyanın ağrılı və çətin sidik ifrazı ilə birləşməsi **stranguriya** adlanır. Bu sidik kisəsinin iltihabı və ya daşı nəticəsində selikli qişasının qıçıqlanması zamanı müşahidə olunur. Belə hallarda sidik tez-tez və kiçik hissələrlə xaric olur.

Sidik ifrazının ləngiməsi, sidik kisəsinin boşaltmaq mümkün olmaması **işuriya**, gecə sidik ifrazının artması **nikturiya** adlanır.

Proteinuriya (albuminuriya)-sidikdə zülalların görünməsi sağlam insanlarda fiziki gərginlikdən, çoxlu qida qəbulundan və həddindən artıq soyumadan sonra müşahidə oluna bilər. Bəzi insanlarda proteinuriya bədənin şaquli bir vəziyyətində meydana çıxır, üfüqi vəziyyətində isə yox olur (ortostatik proteinuriya). Çox vaxt proteinuriya nefritlər, pielitlər (3-6%) və nefrozlar (10-15%) zamanı müşahidə olunur.

Hemoqlobinuriya –sidikdə sərbəst hemoqlobinin meydana çıxması olub, eritrositlərin dağılma prosesinin (hemoliz) göstəricisidir. Bu zaman sidik, tərkibindəki hemoqlobinin miqdarından asılı olaraq çəhrayıdan qarayadək bir rəng alır. **Hematuriya** sidikdə qanın meydana çıxmasıdır.

Adətən böyrək xəstəlikləri olan pasientlərdə ilk olaraq döyəcləmə (Pasternatski) simptomu yoxlanılır. Xəstə ayaqüstü yaxud oturaq vəziyyətdə arxası həkimə tərəf durmaqla həkim ağrı olan tərəfə yumruğunun kənarı ilə ehmalca döyəcləyir. Bu zaman kəskin ağrının olması və sancının yaranması xəstədə böyrək sancısı olması barədə düşünməyə əsas verir. Lakin müasir zamanda təkcə döyəcləmə

simptomunun müsbət olmasına görə xəstədə böyrək sancısı olduğunu demək düzgün olmaz. Çünki imkan daxilində ən azı sidiyin ümumi analizi və USM müayinəsi olunmalıdır.

Sidik ifrazat sisteminin zədələnmələri

Böyrəyin zədələnmələri. Böyrəklərin açıq və qapalı zədələnmələri ayırd edilir. Açıq zədələnmələr çox vaxt güllə yaralanmaları zamanı baş verir. Qapalı zədələmələrin səbəbi isə bel nahiyəsinə birbaşa vurulan zərbə, sərt əşya üzərinə yığılma, bütün bədənin sıxılması və əzilməsidir.

Böyrəyin zədələnmələri zədənin növünə görə aşağıdakılara bölünür:

1. Böyrəyin əzilməsi (subkapsulyar zədələnməsi)
2. Böyrək parenxiasının cırılması
3. Böyrəyin silkələnməsi
4. Damar ayaqcağının zədələnməsi

Böyrəyin qapalı zədələnmələri üçün klinik əlamətlərin triadası xarakterikdir:

- ✓ Bel nahiyəsində ağrı;
- ✓ Böyrək nahiyəsində şişkinlik (böyrək ətrafı hematoma, urohematoma);
- ✓ Hematuriya.

Çox vaxt xəstələr bel nahiyəsində sidik axarı boyu qarının aşağı hissəsinə irradiasiya edən daimi ağrılardan şikayətlənirlər. Bel nahiyəsində şişkinliyin sürətlə artması davam edən intensiv qanaxmanın əlamətidir. Hematuriyanın tezliyi və intensivliyi böyrəyin zədəsinin xarakterindən asılıdır. Hematuriya kəskin anemiyaya səbəb ola bilər. Böyrək zədələnməsinə şübhəli bütün hallarda xəstəni mütləq stasionara yerləşdirmək lazımdır. İlk tibbi yardım məqsədi ilə xəstə üfüqi vəziyyətdə uzadılır, bel nahiyəsinə soyuq qoyulur, ağrıkəsicilər vurulur, şok əleyhinə tədbirlər aparılır. Diaqnozu təsdiq etmək üçün rentgenoloji (ümumi görünüşdə böyrəyin hüdudları bulanıq olur) və ultrasəs müayinəsi aparılır. Xəstəni müşahidə edərkən hər 2 saatdan bir bel və qarın nahiyəsinə baxılır, palpasiya və perkussiya edilir, qanın və sidiyin ümumi analizi aparılır, nəbz və arterial

təzyiq ölçülür. Xəstənin ümumi vəziyyəti qənaətbəxş, arterial təzyiq stabil olduqda, profuz hematuriya və daxili qanaxma əlamətləri olmadıqda, hematoma və sidik infiltrasiyası artmadıqda konservativ müalicə aparılır. Xəstəyə 10 gün müddətində ciddi yataq rejimi, bel nahiyəsinə soyuq, ağrıkəsicilər, qandayandırıcı preparatlar, spazmolitiklər və antibiotiklər təyin olunur. Böyük zədələnmələr zamanı cərrahi müdaxiləyə müraciət olunur – böyrəyin və ya sidik axarının cırılmış hissəsi tikilir. Böyrəyin çıxarılması (nefrektomiya), yalnız ikinci böyrək normal işlədikdə həyata keçirilir.

Sidik kisəsinin zədələnmələri. Sidik kisəsinin zədələnmələri peritondaxili və peritonxarici ola bilər. Sidik kisəsinin travması zamanı, qarnın aşağı hissəsində, aralıqda tədricən intensivləşən xarakterli sızıldayıcı ağrı, sidik ləngiməsi və ya tez-tez yalançı sidiksiz sidikburaxma istəyi və müxtəlif intensivlikli hematuriya əmələ gəlir. Peritonxarici zədələnmələrdə bu əlamətlərə aralıq nahiyəsində yaranan sidik infiltrasiyası da qoşulur. Perkussiya zamanı qasıq dağcığı üzərində aydın sərhədi olmayan küt səs təyin edilir. Peritondaxili zədələnmələrdə isə əlavə olaraq peritonitin simptomları inkişaf edir. Qasıq dağcığı üzərində timpanik səs, rektal müayinə zamanı peritonun asılması və kəskin ağrılı olması təyin olunur.

İlk tibbi yardım göstərilərkən xəstəyə ağrıkəsicilər yeridilir. Qasıq dağcığı və aralığa soyuq qoyulur, xəstə üfqi vəziyyətdə uzadılır, şok əleyhinə tədbirlər aparılaraq stasionara göndərilir. Xəstəxanada diaqnozu dəqiqləşdirmək üçün sidik kisəsinə kateter yerləşdirilir, retroqrad sistoqrafiya və ultrasəs müayinəsi aparılır.

Sidik kisəsinin zədələnməsi yalnız cərrahi yolla müalicə edilir.

Sidik kanalının zədələnməsi. Uretranın zədələnməsi üçün uretradan qanın ifrazı, tam və ya hissəvi sidik ləngiməsi, aralığın aydın ifadə olunan hematoması xarakterikdir. Əgər zərərçəkəndə qismən də olsa sidik ifrazı saxlanmışsa, onda o, sidik kanalında və aralıqda kəskin ağrılarla müşayiət olunaraq, axını nazik və fasiləli olur.

İlk tibbi yardım göstərilərkən ağrısızlaşdırma aparılması, aralıq nahiyəsinə soyuq və suspensoriy qoyulması, xəstənin xəstəxanaya yerləşdirilməsi zəruridir. Sidik kisəsinin kateterizasiyası qəti qadağan olunur. Zədələnmənin diaqnostikası üçün qalxan uretroqrafiya aparılır.

Uretranın yüngül zədələnmələrində (əzilməsində, selikli qişasının cırılmasında və ya divarının natamam cırılmasında) xəstənin ümumi vəziyyəti qənaətbəxş olduqda konservativ müalicə aparılır. Sidik kisəsinə çox ehtiyatla nazik kateter yerləşdirilir, 4-7 gün müddətində sidik kisəsi hər gün antiseptik məhlullarla yuyulur. Xəstəyə yataq rejimi, ağrıkəsicilər, spazmolitiklər, qandayandırıcı preparatlar və antibiotiklər təyin edilir.

Əgər xəstənin vəziyyəti kəskin şəkildə pisləşərsə onda cərrahi müalicə aparılır: uretra tikilir və ya plastika edilir.

Sidik kanalı və sidik kisəsinin yad cisimləri

Yad cisimlər adətən uretraya və sidik kisəsinə psixi xəstəliyi olan xəstələrdə, oyun zamanı kiçik yaşlı uşaqlarda, masturbasiya və ya aborta cəhd ediləndə, nadir hallarda isə tibbi manipulyasiyalar zamanı uretranın xarici dəliyindən daxil olur.

Kiçik ölçülü yad cisimlər sidik ifrazını çətinləşdirir, axınını dəyişdirir (nazik, fasiləli) bilir və sidikburaxma aktının sonunda qan görünür. Daha böyük ölçülü yad cisimlər isə kəskin sidik ləngiməsinin klinik mənzərəsini xatırladır, xəstədə hematuriya, siidsiz sidik ifrazı istəyi, kəskin ağrılar əmələ gəlir. Tez-tez xəstələr utanc hissəsinə görə xəstəliyi gizlədirlər. Sonrakı günlər irinləmə, sidik fistulasının əmələ gəlməsi, cinsiyyət üzvünün kavernoza cisminin nekrozu inkişaf edir. Diaqnostika məqsədi ilə uretroskopiya, sistoskopiya aparılır. Yad cisimlər uretradan sistoskop vasitəsi ilə çıxarılır. Yalnız uğursuz nəticə alındıqda cərrahi müdaxilə tətbiq edilir – sidik kisəsi qasıqüstü nahiyədən açılaraq yad cisim çıxarılır.

Sidik ifrazat sisteminin anomaliyaları

Sidik ifrazat sisteminin anomaliyaları və inkişaf qüsurları ana-dangəlmə xəstəliklər içərisində aparıcı yer tutur. Xəstənin həyatı üçün tez-tez təhlükə yaradan ciddi fəsadların yaranmasına səbəb olduğu üçün anomaliyaları erkən aşkarlamağa ehtiyac duyulur. Böyrəyin, sidik axarlarının və sidik kisəsinin anomaliyalarına aşağıdakılar aiddir.

Ageneziya – bir və ya hər iki böyrəyin olmaması. Hər iki böyrək olmadıqda uşaq ölür.

Əlavə böyrək - əsas böyrəyin yaxınlığında yerləşir, kiçik ölçülü və özünün sidik axarı olur.

Nalşəkili böyrək – böyrəyin yuxarı və aşağı qütbü birləşir, bu zaman sidik axarları əyilmiş olur.

Böyrəyin aplaziyası – böyrək parenximasının inkişafdan qalmasıdır. Çox zaman sidik axarının olmaması ilə birlikdə mövcud olur.

Böyrəyin hipoplaziyası – böyrəklərin inkişafdan qalaraq kiçilməsidir.

Böyrəyin polikistozu – böyrək parenximasında çoxlu sayda kistaların olmasıdır. Çox zaman bu anomaliyaya hər iki böyrəkdə təsadüf edilir.

Böyrəyin ikiləşməsi – iki ləyən və iki sidik axarı olduğuna görə böyrəyin ölçüsü böyüyür. Sidik axarları bir mənfəzdə birləşərək vahid axar kimi sidik kisəsinə açılırlar.

Qeyd etdiyimiz kimi böyrəyin və sidik axarlarının bütün anomaliyaları bir sıra fəsadlara yol açır. Bu fəsadların ən ağırı pielonefritdir. Əvvəlcə pielonefrit, daha sonra hidronefroz inkişaf edir. Buna görə də uşaqlarda uzun müddət davam edən pielonefrit zamanı mütləq böyrəklərin rentgenoloji müayinəsi aparılmalıdır. İnkişaf qüsurlarının müalicəsi yalnız cərrahi yolla həyata keçirilir.

Hipospadiya – distal hissədə uretranın alt divarının olmaması ilə xarakterizə olunan sidik kanalının natamam formalaşmasıdır. Bu zaman sidik kanalının xarici dəliyi xayalığın kökündə və ya cinsiyyət üzvünün cismində, ya da aralıq nahiyəsində yerləşir. Klinik olaraq valideynlər sidik kanalının çıxacağına düzgün yerləşmədiyini cinsiyyət üzvünün kiçik olmasını və ayrılığını seziirlər.

Müalicəsi yalnız operativdir. I mərhələ uşağın 2 yaşında icra olunur və cinsiyyət üzvünün düzləndirilməsindən, II mərhələ isə 5-10 yaşında uretroplastikadan ibarət olur.

Sidik kisəsinin ekstrofiyası sidik kisəsinin ön divarının və qarın divarının bir hissəsinin olmamasıdır. Klinik olaraq uşaq doğularkən qarın divarında sidik kisəsinin arxa divarının selikli qişasının al qırmızı rəngdə qabarmış yuvarlaq defekt görünür. Əməliyyata qədər belə uşaqlara çox diqqətlə qulluq edilməlidir: üzərinə antiseptik

məhlullarla yaş quruducu sarğı qoyulmalı, dərinin ətrafı sink pastası ilə qurudulmalıdır.

Müalicəsi sidik kisəsinin və qarnın ön divarının plastikasından ibarətdir.

Fimoz zamanı pülük dəliyinin dar olması səbəbindən penisin başının oradan çıxması mümkün olmur. Anadangəlmə və qazanılma olur. Yeni doğulmuş uşaqlarda penisin başı pülük dəliyinə nisbətən böyük olduğu üçün onu xaricə çıxarmaq mümkün olmur. Bu fizioloji haldır. (fizioloji fimoz). Uşaq 2 yaşına çatana kimi penis başının daimi təsiri ilə və dəliyin böyüməsindən penisin başı sərbəst sürətdə bayıra çıxa bilər.

Qazanılmış formalarında isə iltihab nəticəsində pülüyn iç qatı penisin başına çapıqlarla birləşir və belə halda onu xaricə çıxarmaq mümkün olmur. Fimoz zamanı sidik buraxma aktı çətinləşir, ağrılı olur, sidik ifrazı uşaqda narahatlıq və gücənmə ilə müşahidə olunur. Sidik nazik və qeyri-bərabər axın ilə, bəzən də damcı-damcı xaric olur. Hətta reflektori olaraq tamamilə kəsilə bilər.

Fimozun diaqnozunu qoymaq çətinlik törətmir. Bəzən infeksiya düşməsi nəticəsində pülük dərisi iltihablaşır ki, buna **postit** və penisin başı iltihablaşır ki, buna isə **balanit** deyilir. Çox vaxt isə fimoz **balanopostitlə** (həm pülük dərisinin həm də penisin başının iltihablaşması) fəsadlaşır.

Müalicəsi cərrahi yolla aparılır. Pülük dərisi düyməli zondla genişləndirilir və kəsilərək götürülür.

Parafimoz. Fimoz zamanı pülük dərisinin, penis başı tağının arxasına çevrilərək dairəvi boğulma törətməsinə parafimoz deyilir. Fimoz zamanı qıcıqlanma olduğuna görə uşaq sünnətini ovxalayarkən parafimoz baş verir. Bundan başqa pülük dərisi gigiyenik proseduralar vaxtı uzun müddət açıq qaldıqda, masturbasiya və ya keçirilən xəstəliklərdən sonra çapıq dəyişikliyi yarandığı üçün də əmələ gələ bilər. Parafimozda pülük dərisi öz yerinə qayıtmır, boğulma verdiyinə görə penisin başı şişir, ödemləşir. Şiş pülüyn daxili qatını daha çox əhatə edir, bu da boğulmanı artırır. Sidik buraxma aktı pozulur, ağrı və qızartı olur.

Müalicəsi ümumi anesteziya ilə penisin başının dərhal boğulmadan azad etməkdən ibarətdir. Bu nun üçün penisin başı baş bar-

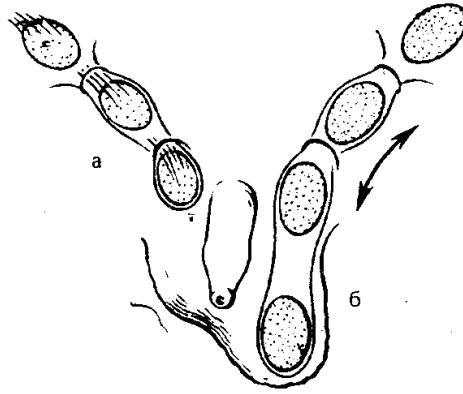
maqla içəriyə, boğulmuş halqa önə doğru çəkilməklə ödem azalır və penisin başı sürüşərək pülük dərisinin içərisinə keçir. Mümkün olmadıqda boğulmuş halqanın üzərində kəsik aparılaraq boğulma aradan qaldırılır və dairəvi kəsiklə sünnət edilir.

Kriptorxizm xayanın qarın boşluğunda və ya qasıq kanalında ləngiməsidir (şəkil 67). Kliniki olaraq həqiqi və yalançı kriptorxizm ayırd edilir.

Həqiqi kriptorxizmlərdə xaya palpasiya zamanı xayalığın kökündə və qasıq kanalında aşkar edilmir. Yalançı kriptorxizmlərdə isə xaya xayalığın kökündə müşahidə edilir və əllə xayalığın dibinədək endirilə bilər. Yalançı kriptorxizmlər zamanı xaya cinsi yetişməlik dövründə öz-özünə xayalığa endiyi üçün cərrahi əməliyyata ehtiyac olmur. Kriptorxizm birtərəfli və ikitərəfli ola bilər.

Kliniki şəkli. Diaqnozun qoyulması çətin olmur. Palpasiya zamanı xayanın xayalıqda olmaması aşkarlanır. Əgər xaya qasıq kanalındadırsa, onda kiçik şişəbənzər törəmə palpasiya olunur. Fiziki gərginlik zamanı qasıq kanalında ağrı yarana bilər. Xaya uzun müddət qarın boşluğunda və qasıq kanalında olarsa onun atrofiyası baş verir.

Müalicəsi. Yalnız həqiqi kriptorxizmlər zamanı cərrahi müalicə dərhal diaqnoz qoyulduqdan sonra həyata keçirilir. Xaya xayalığa endirilərək fiksə olunur.



Şəkil 67. Kriptorxizmin müxtəlif lokalizasiyası

Xaya hidropsu. Xayanın xüsusi qişası boşluğuna seroz mayenin toplanmasına xaya hidropsu deyilir. Qazanılmış və anadangəlmə

ola bilir. Qazanılmış formanın etioloji amili travma və ətraf toxumalarda xroniki iltihabı prosesidir. Anadangəlmə formada isə peritonun yataq çıxıntısı böyümür və xayanın xüsusi qişası boşluğuna seroz maye yığılır. Yığılan maye şəffaf və sarımtıl çalarlı olur. Onun həcmi bir-iki litrə çata bilir.

Klinik şəkli. Xayalığın yarısı müvafiq tərəfdə böyüyür. Palpasiya vaxtı törəmə yumşaq konsistensiyalı, ağrısız olur, xayanın özü normal ölçüdə olur və fluktasiya qeyd olunur. Perkussiyada küt səs eşidilir. Diafonoskopiya diaqnostika üçün xarakterik bir simptom ortaya qoyur. Bu simptom hidropsun qasıq-xayalıq yırtığı ilə differensial diaqnostikası zamanı lazım gəlir. Hər iki xayanın hidropsunda xayalığın bütünlüklə diffuz böyüməsi müşahidə olunur.

Müalicəsi. Bir yaşdan yuxarı uşaqlarda cərrahi müalicə aparılır. Cərrahi müdaxilə aparılmadıqda xaya atrofiyalaşır.

Toxum ciyəsi venalarının varikoz genəlməsi (Varikosele). Varikosele həm hipernefromanın əlaməti, həm də digər səbəblərdən venoz axının pozulmasına gətirib çıxaran müstəqil bir xəstəlikdir.

Klinik şəkli. Xayalığın müvafiq yarısı (adətən sol) sallanır. Orada soxulcana bənzəyən, üzüm salxımı şəklində genişlənmiş damarların kələfi təyin edilir. Xaya atrofiya hesabına kiçilir. Xəstələr xayalıqda ağırlıq hissindən şikayətlənirlər. Cinsi fəaliyyət də pozula bilir.

Müalicəsi. Az ölçülü varikoz genişlənmələrdə xəstələr suspensoriy sargısını bağlamalıdırlar. Sonrakı hallarda cərrahi müalicəyə müraciət olunur-venalar kəsilir.

Prostat vəzinin xəstəlikləri

Prostatit-prostat vəzinin iltihabıdır. Kişilərdə aktiv cinsi həyat dövründə baş verir. Adətən prostat vəziyə infeksiya uretradan keçir. Tez-tez qonorreya xəstəliyi zamanı əmələ gəlir. Kəskin və xroniki formalar müşahidə olunur. Xroniki prostatit kəskin prostatitin nəticəsi kimi, lakin sərbəst şəkildə də baş verə bilər.

Klinik şəkli. Xəstəliyin başlanğıcında tez-tez və ağırlı sidik ifrazı qeyd olunur. Düz bağırsaqdan palpasiya edildikdə prostat vəzi həcmnin böyümədiyini aşkarlanır, lakin ağırlı olur. İrinli prostatitlər-

də sidik ifrazı ləngiyir, tez-tez sidikburaxma istəyi yaranır, sidik damcı-damcı ifraz olunur. Düz bağırsağ və aralıq ağrılı olur. Bu ağrılar defekasiya aktı zamanı güclənir. Bədənin temperaturu 38⁰ C-dək yüksəlir, intoksikasiya əlamətləri meydana çıxır. Palpasiya zamanı vəzi sərt konsistensiyalı, ölçüsü böyümüş və ağrılı olur. Proses sepsislə nəticələnə bilər. Bəzən irinlik özbaşına uretraya açılır. Bu da xəstənin vəziyyətinin yüngülləşməsinə səbəb olur.

Xroniki prostatitdə isə aralıqda ağrıqlıq, tez-tez sidik ifrazı, uretrada qaşınma və yanma hissi olur. Cinsi zəiflik – impotensiya inkişaf edir.

Müalicəsi. Xəstəyə sakitlik verilir, isti proseduralar, antibiotiklər, sulfanilamid preparatları, ağrıkəsicilər təyin olunur. İrinləmə zamanı irinlik açılır və drenajlanır.

Prostat vəzinin adenomasi- prostat vəzinin xoş xassəli şişi olub birləşdirici vəzi toxumasını əhatə etməklə onun böyüməsi ilə müşayiət olunur. Ən çox yaşlı və qocalmış kişilərdə əmələ gəlir. Tez-tez sistit, pielonferit və sonsuzluqla fəsadlaşır.

Xəstəliyin əvvəlində xəstələr tez-tez sidik ifrazından, gecələr sidikburaxma istəyindən şikayət edirlər. Böyümüş vəzi tədricən sidik kisəsinin natamam boşalması və kəskin sidik ləngiməsinə səbəb olur. Bu da daim sidik kisəsində, sidik axarında və ləyəndə sidik durğunluğu yaradır. Xəstəliyin bu mərhələsində durğunluq fonunda infeksiya qoşulduğu üçün, sidik kisəsinin və böyrəklərin iltihabı baş verir. Prostat vəzin adenomasi tədricən xərçəngə çevrilə bilər. Düz bağırsağ vasitəsilə vəzinin barmaqla müayinəsi zamanı onun sərtləşməsi və böyüməsi aşkar edilir. Diaqnozu təsdiqləmək üçün ultrasəs müayinəsi aparılır.

Müalicəsi. Kəskin sidik ləngiməsi zamanı sidik kisəsinin kate-terizasiyası aparılır. Əvvəlcə nazik kateter istifadə olunur. Onu yeritmək mümkün olmadıqda metal kateter tətbiq olunur. Müstəsna hallarda sidik kisəsi punksiya edilir. İsti proseduralar məsləhət görülmür. Sinestral adlı endokrin preparat təyin olunur. Adətən konservativ müalicə qısamüddətli effekt yaradır. Radikal müalicə prostat vəzinin çıxarılmasından (adenomektomiya) ibarətdir. Xəstənin ağır vəziyyətində xəstəyə qasıq üstü fistula (sistoma) qoymaqla əməliyyat məhdudlaşdırılır.

Böyrəklərin xəstəlikləri

Böyrəyin iltihabı xəstəlikləri qeyri spesifik (stafilokokk, stertokokk, e.coli və s.) və spesifik (vərəm, qonorreya və s.) mikroflora tərəfindən törədilir. İnfeksiya hematogen, limfogen və sidik-ıfrazat sisteminin aşağı hissələrindən qalxan yolla keçir.

Pielit-böyrək ləyəninin iltihabıdır. O həm kəskin, həm də xroniki xarakter daşıyır. Ləyəninin birtərəfli və ikitərəfli zədələnməsi müşahidə olunur. Pielit zamanı iltihabı proses sidik kisəsinə keçə bilər (pielosistit).

Klinik şəkli. Kəskin pielit qəflətən bel nahiyəsində ağrılarla başlayır, bədənin temperaturu 39-40⁰C-dək yüksəlir, üşütmə, bəzən qusma və qarının köpməsi ilə müşayiət olunur. Palpasiya zamanı böyrəyin əhəmiyyətli dərəcədə böyüməsi, onun ağrılı olması və Pasternatski simptomunun (bel nahiyəsinə yüngülcə vurduqda ağrının əmələ gəlməsi) müsbət olması qeyd olunur. Sidiyin ümumi analizi zamanı onun nisbi sıxlığı artır, sidikdə zülal, az miqdarda eritrosit və çoxlu miqdarda leykosit görünür. Qanda olan dəyişikliklər kəskin iltihabı proseslər üçün xarakterik olur. Xəstəlik xroniki gedişə keçə bilər. Bu zaman xəstələr bel nahiyəsində sızıldayıcı ağrıdan, subfebril hərarətdən şikayətlənirlər. Sidikdə zülalların izi və tək-tək leykosit təyin olunur.

Müalicəsi. Kəskin pielit zamanı diurezi artırmaq lazımdır (mikrobları və onların toksinlərini yumaq məqsədilə). Bunun üçün gündəlik maye qəbulunun miqdarı 3 litrədək artırılır. Antibiotiklər mikrobların həssaslığı nəzərə alınmaqla təyin olunur. Vena daxilinə 5-10 ml. 40%-li urotropin yeridilir. Ayıqulağı və qarğıdalı saçağı dəmləməsi təyin olunur. Xəstələr südlü-tərəvəzli pəhrizə riayət etməlidir. Xroniki proseslərdə də müalicə taktikası oxşardır. Ancaq əlavə olaraq 3-4 gündə bir dəfə böyrək ləyənini antiseptik məhlullarla yumaq lazımdır. Antiseptiklərdən çox vaxt 4-5 ml. miqdarında 1:5000-də civə oksisianist məhlulu istifadə olunur.

Pielonevrit- böyrək ləyəninin və böyrək parenximasının eyni vaxtda iltihabı zədələnməsidir. İnfeksiyanın keçmə yolu analoji olaraq pielitdəki kimidir.

Klinik şəkli. Kəskin pielonefrit zamanı xəstənin ümumi vəziyyəti həddən artıq ağır olur. Xəstəlik sepsis kimi davam edir. Ön plana kəskin intoksikasiya əlamətləri – yüksək temperatur, üşütmə, dildə quruluq, susuzluq hissi, hıçqırma meydana çıxır. Pasternatski simptomu kəskin müsbət olur, sidik ifrazı azalır. Sidiyin nisbi sıxlığı azalır, tərkibində çoxlu miqdarda zülallar və leykositlər olur. Xroniki prosesdə klinik mənzərə silinir, qan təzyiqi yüksəlir.

Müalicəsi pielitdə olduğu kimidir.

Paranefrit. Böyrək ətrafı toxumada iltihabı proses paranefrit adlanır. I-li və II-li paranefrit ayırd edilir. Çox vaxt qonşu üzv və toxumalardan (appendisit, xolesistit, pankreatit və s.) infeksiyanın keçməsi nəticəsində ikincili olaraq inkişaf edir. İrinli proses eyni zamanda hematogen və limfogen yolla uzaq nahiyələrdən (furunkul, karbunkul, osteomielit, mastit və s.) keçməsi nəticəsində də inkişaf edə bilər. I-li paranefrit birbaşa bel nahiyəsində zədə, yara, əzilmə səbəbindən inkişaf edir. Ardıyca böyrəkətrafı hematomanın irinləməsi, hematogen yolla infeksiyanın paranefral toxumaya daxil olması nəticəsində əmələ gəlir. Paranefrit zamanı böyrəyi əhatə edən bütün piy toxumasının irinlə dağılması müşahidə oluna bilər.

Klinik şəkli. Xəstəlik qəflətən başlayır. Temperaturun kəskin qalxması ($38-40^{\circ}\text{C}$), üşütmə və bel nahiyəsində kəskin ağrılarla xarakterizə olunur. Prosesin progressivləşməsi zamanı irinlik qarın və ya plevral boşluğa açıla bilər. Baxma zamanı yerli olaraq bel nahiyəsinin hamarlaşması, bəzən qızartı və palpasiya zamanı şiddətli ağrılar aşkar olunur. Pasternatski simptomu müsbət olur. Qanda kəskin iltihabı proseslər üçün xarakterik dəyişikliklər qeyd olunur. Diaqnozu təsdiq etmək üçün rentgenoloji müayinə aparılır. Ümumi rentgenoqrammada böyrək görünür.

Müalicəsi. Xəstəliyin başlanğıc mərhələsində antibakterial müalicə aparılır. Konservativ müalicə nəticə vermədikdə irinlik açılır və drenaj qoyulur.

Hidronefroz. Hidronefroz zamanı sidiyin böyrəkdən axınının çətinləşməsi səbəbindən ləyən və kasacıqların tam və ya hissəvi genişlənməsi baş verir. Sidik axınının pozulmasının səbəblərinə sidik axarlarının əyilməsini, onların şiş və əlavə damarla sıxılmasını, daşla tıxanmasını və s. göstərmək olar. Böyrək parenximası adətən

çox güclü gərilərək atrofiyalaşır. Hidronefroz anadangəlmə və qazanılma ola bilər. Böyrəklərin bir və iki tərəfli zədələnməsi baş verə bilər. Hidronefroz iki cür olur:

a) Qapalı hidronefroz- bu zaman mexaniki maneə sidik yolunu tamamilə tutduğuna görə sidik xaric olmur;

b) Açıq hidronefroz- sidik yolu qismən tutulduğuna görə sidiyin bir hissəsi xaric olur, bir hissəsi ilə ləngiyib qalır.

Hidronefroz bəzən bir neçə dəfə təkrar olur ki, buna fasiləli hidronefroz deyilir. Bunun səbəbi onu törədən amilin bir neçə dəfə təkrar olunmasıdır. Məsələn, böyrək sallanmalarında sidik axarının bükülməsi, açılması və yenidən bükülməsi.

Sidiyin miqdarından asılı olaraq, böyrək və onun ləyəninin böyüməsi müxtəlif ölçüdə olur. Atrofiyaya uğramış böyrək bir və ya bir neçə pərdəciklərlə bir-birindən ayrılır, lakin bir-biri ilə əlaqəli olan boşluğa çevrilir.

Qapalı hidronefrozlar zamanı böyrək parenximası uzun müddət təzyiqlə məruz qaldığından, onun parenximası və sidik süzən ünsürləri o dərəcəyə qədər atrofiyaya uğrayır ki, axırda öz sekretor funksiyasını tamamilə itirir.

Klinik şəkli. Xəstəlik tədricən inkişaf edir. Xəstələr bel nahiyəsində sızıldayıcı ağrılardan şikayət edirlər. Fasiləli hidronefroz zamanı ağrılar kəsilib yenidən əmələ gələ bilərlər. Palpasiya zamanı bəzən uşaq başı ölçüsünə çatmış böyümüş böyrəyi təyin etmək mümkün olur. İnfeksiya qoşulduqda pionefrozun klinik şəkli meydana çıxır. Diaqnozu dəqiqləşdirmək üçün vena daxili və qalxan pieloqrafiya tətbiq olunur.

Müalicəsi. Hidronefrozu əmələ gətirən səbəbi aradan qaldırmaqdan ibarətdir. Hidronefroza uğramış böyrəyin parenximasının atrofiyalaşması nəticəsində onun funksiyasının tamamilə olmaması hallarında böyrək çıxarılır. Qabaqcadan digər böyrəyin normal funksiya göstərməsinə əmin olmaq lazımdır.

Böyrək daşı xəstəliyi. Xəstəliyə tez-tez rast gəlinir. Böyrək kəsiciləri və ləyənində daşların əmələ gəlməsi ilə xarakterizə olunur. Kişilər böyrəkdaşı xəstəliklərinə daha çox meyillidirlər. Xəstələrin orta yaşı 20-40 yaşdır. İrsiyyət də daşın əmələ gəlməsində müəyyən rol oynayır. Dağlıq ərazilərdə xəstəlik daha çox rast gəli-

nir. Xəstəliyin əmələ gəlməsində sidik yollarının infeksiyası, travma, A vitamini çatmamazlığı, zülal mübadiləsinin pozğunluqları və diatez mühüm rol oynayır. Daşların ətrafında əmələ gəldiyi mərkəz epitellər, bakteriyalar və yad cisimlərdir. Daşlar müxtəlif ölçüdə - qum dənəsindən tutmuş bir neçə santimetrədək ola bilər (şəkil 98). Bəzən daş ləyənin və kasacıqların bütün mənfəzini tutaraq, çıxıntısı olan vahid konqlemerat şəklində özünü göstərir. Belə daşlara mərcan daşları deyilir. Daşlar tək və çoxlu sayda ola bilər. Kimyəvi tərkibinə görə onlar sidik-turşusu duzlarından asılı olaraq-urat, fosfat, oksalat və karbonat daşları ayırd edilir. Daşın uzun müddət böyrəkdə qalması böyrək parenximasının atrofiyasına və infeksiyanın qoşulmasına səbəb olur. Sidik axarının daşla tıxanması nəticəsində hidronefroz, infeksiya qoşulduqda isə pionefroz inkişaf edir.

Klinik şəkli. Bir neçə il ərzində heç bir klinik əlamət müşahidə olunmaya bilər. Tipik klinik mənzərədə xəstə bel nahiyəsində sancılı şəkili ağrılardan şikayət edirlər. Güclü böyrək sancıları miqrasiya edən daşlara xasdır. Kişilərdə ağrı qasıq nahiyəsinə, xayalara, cinsiyyət üzvünün başına, qadınlarda isə böyük cinsiyyət dodaqlarına irradiasiya edir. Temperaturun yüksəlməsi, ürəkbulanma, qusma da ola bilər. Palpasiya zamanı Pasternatski simptomu müsbət olur. Küt, sızıldayıcı, irradiasiya etməyən ağrılar ləyəndəki böyük daşları üçün xarakterikdir. Ağrı tutması zamanı və tutmadan sonra sidikdə gözlə görünən qan (hematuriya) və mikroskopik qan (mikrohema-turiya) aşkarlanır. İnfeksiya qoşulduqda sidikdə irin görünür (piuriya). Bəzi hallarda reflektori anuriya əmələ gəlir. Diaqnozu dəqiqləşdirmək üçün böyrəyin ümumi rentgenoqramması və ya pielografiya aparılır.

Müalicəsi. Başlanğıc mərhələdə daşın böyüməsinin və yeni daşların əmələ gəlməsinin qarşısını almaq üçün pəhriz təyin olunur. Oksalat turşusu daşları zamanı tərkibində oksalat turşusu olan hər növ giləmeyvə və ərzaqlar (pomidor, kakao, ispanaq və s.) qadağan edilir. Urat daşları zamanı xəstə ət məhsullarından, pendirdən, fosfat daşları zamanı isə süd, tərəvəz, alma, armud qəbul etməkdən çəkinməlidir. Yalnız urat, oksalat və fosfat daşlarını əritmək olur.

Böyrək sancısı tutmalarını aradan qaldırmaq üçün bel nahiyəsinə isitqac qoyulur və ya xəstə isti su ilə dolu vannaya yerləşdirilir.

Dəri altına promedol və ya atropin yeridilir. Çoxlu miqdarda maye qəbulu və sidikqovucular təyin edilir (ayıqulağı, itburnu). İnfeksiyanın profilaktikası üçün antibiotiklər təyin olunur.

Şiddətli ağrılar zamanı göstərilən tədbirlər effekt vermədikdə kişilərdə toxum ciyəsinin, qadınlarda uşaqlığın girdə bağıının Lorin Epşteyn üsulu ilə novokain blokadası aparılır. Effekt alınmadıqda zədələnmiş tərəfin paranefral blokadası aparılır.

Tez-tez təkrarlanan böyrək sancıları və konservativ tədbirlərin az effektivliyi zamanı cərrahi müalicə: daşların ləyəndən çıxarılması (pielolitotomiya), böyrəkdən çıxarılması (nefrolitotomiya), sidik axarlarından çıxarılması (uretrolitotomiya) aparılır. Çoxlu miqdarda mərcan daşları olduqda və böyrəyin funksiyası tamamilə dayanıqda böyrək çıxarılır (nefrektomiya). Son zamanlar böyrəkdə daşların ultrasəsə parçalanması (distansion litotripsiya) həyata keçirilir. Daşların çıxarılması onların yenidən əmələ gəlməsinə zəmanət vermir. Yeni daş əmələ gəlməsinin qarşısını almaq üçün yuxarıda göstərilən bütün profilaktik tədbirlər istifadə olunmalıdır.

Nefroptoz – böyrəyin sallanmasıdır. Səbəbi travma, kəskin arıqlama, böyrəyin əzələ-bağ aparatının zəifləməsidir.

Klinik olaraq qaçış, tullanma, sürətli yerləş zamanı əmələ gələn ağrı xəstənin uzanmış vəziyyətində keçir. Böyrək sancısı yalnız sidik axarı əyildikdə baş verir. Bu zaman hidronefroz inkişaf edə bilər. Xəstənin ayaq üstü vəziyyətində palpasiya zamanı həmişə böyrək əllənir, bəzən uzanmış vəziyyətdə də əllənə bilər. Pasternatski simptomu yalnız pielonefrit, böyrək sancısı və ya hidronefroz qoşulduqda müsbət olur. Diaqnostika məqsədi ilə ultrasəs və rentgen müayinəsi aparılır. Konservativ müalicəyə müalicə bədən tərbiyəsi, qarın əzələlərinin masajı, bel nahiyəsinin masajı, pielonefritin müalicəsi aiddir. Cərrahi əməliyyat zamanı böyrəyin bağları tikilir.

Böyrək sancısı. Böyrək sancısı böyrək daşı xəstəliyi, pielonefrit, nefroptoz, böyrəyin vərəmi, böyrəyin şişi, xaricdən sidik axarlarının sıxılması, nefrit, uretranın strikturası və böyrəklərin zədələnməsi zamanı müşahidə olunur.

Böyrək sancısı tutmaları həmişə qəflətən, çox vaxt fiziki gərginlikdən sonra başlayır. Meydana çıxan kəskin doğrayıcı, üzücü ağrılar qarının aşağısına, qasıq nahiyəsinə, buda və xarici cinsiyyət

üzvünə irradiasiya edir. Ağrı ümumiyyətlə heç nə ilə müqayisə olunmaz dərəcədə, çox intensiv və xəstə vəziyyətini dəyişdikdə belə azalmayan şəkildə olur. Böyrək sancısı, adətən sidik ifrazının artması və sidik kanalında ağrı ilə müşayiət olunur. Xəstələr ürəkbulanmadan, defekasiya aktının və qazın xaric olmamasından, qarının köpməsindən şikayət edirlər. Palpasiya zamanı qarın bir qədər gərgin olub, Şetkin- Blyumberq simptomu mənfi olur. Bəzən böyrək əllənir. Pasternatski simptomu isə müsbət olur. Böyrək sancısını qarındakı kəskin proseslər, uşaqlıq artımının iltihabı, bel radikuliti və bağırsağ keçməməzliyi ilə differensasiya etmək lazımdır.

Diaqnoz təsdiq edildikdən sonra xəstə xəstəxanaya yerləşdirilir. Müalicəsində konservativ metodlardan istifadə olunur: kişilərdə toxum ciyəsinin, qadınlarda uşaqlığın girdə bağının Lorin Epşteyn üsulu ilə blokadası aparılır, spazmolitiklər, ağrı kəsicilər və antihistamin preparatlar təyin olunur. Effekt alınmadıqda paranefral blokadaya müraciət olunur. İsti proseduralar diaqnoz dəqiqləşdirildikdən sonra həyata keçirilir.

Böyrəyin şişləri. Böyrəyin xoş xassəli şişlərinə (adenomalar, fibromalar, lipomalar) nadir hallarda rast gəlinir və çox zaman klinik olaraq özünü biruzə vermirlər. Bəd xassəli şişlərdən isə sarkoma və hipernefroid xərçəngə daha çox rast gəlinir.

Böyrək sarkoması. Ən çox gənc yaşlarda inkişaf edir. Şiş əzələ, qığırdaq, sinir toxumasının da daxil olduğu sarkomatoz toxumadan ibarət olur. Şişin qarışıq tərkibini nəzərə alaraq bəzən o, embrional şiş də adlandırılır.

Klinik şəkli. Uşaqlarda xəstəlik uzun müddət simptomuz keçir. Sonradan şiş böyük bir ölçüyə çatdıqda xarici müayinə zamanı qarın divarında və bel nahiyəsində assimetriya müəyyən olunur. Palpasiya zamanı yuxarı qütbü qabırğaaltına, aşağı qütbü çanağa enən böyük həcmli şiş təyin olunur. Şiş sıx-elastik konsistensiyaya malik olub, bəzən yalançı fluktasiya verir, adətən ağrı törətmir. Proqnozu pisdır-tez-tez residiv və metastazlar verir. Rentgen və radioterapiya əhəmiyyətsiz nəticə verir. Kimyəvi preparatlardan sarkolizin müəyyən təsir göstərir.

Hipernefroma. Şişin ölçüsü müxtəlif ola bilir (noxud böyüklüyündən uşaq başına qədər). Çox vaxt şiş böyrəyin qütblərindən bi-

rində yerləşir. Tədricən o ləyənə nüfuz edərək onun deformasiyasına səbəb olur. Böyrəyin fibroz kapsulasına nüfuz edərək ondan kənara çıxır və ətraf toxumalara və damarlara sirayət edir. Metastazlar qara ciyərdə, ağ ciyərlərdə, sümükdə və regional limfa düyünlərində müşahidə oluna bilər. Hipernefroma daha çox 35-50 yaşlı şəxslərdə müşahidə olunur. Kişilər qadınlardan daha çox xəstələnilir.

Klinik şəkli. Xəstəlik zamanı ağrı daimi bir simptom deyil. Adətən o sidik axarı qan laxtası ilə tıxandıqdan sonra (böyrək sancısı) meydana çıxır. Palpasiya zamanı əhəmiyyətli ölçülü bir şiş əlləmək olur. Hipernefroma zamanı davamlı bir simptom şişin ləyənə və kasacıqlara nüfuz etməsi zamanı qan damarlarının dağılmasından sonra meydana çıxan hematuriyadır. Hematuriya vaxtaşırı olaraq əmələ gəlir və yox olur. Törəmə tərəfində toxum ciyəsi venalarının varikoz genəlməsi- varikosele böyük diaqnostik əhəmiyyət kəsb edir. Varikosele böyrəyin və toxum ciyəsi venalarının şiş və böyümüş limfa düyünləri tərəfindən sıxılması nəticəsində əmələ gəlir. Metastazlar zamanı xəstənin vəziyyəti kəskin pisləşir, temperatur yüksəlir, zəiflik əlamətləri meydana çıxır, iştaha yox olur. Əhəmiyyətli qan itkisi və intoksikasiya nəticəsində ikincili anemiya inkişaf edir. Xəstələr progressivləşən kaxeksiyadan, uremiyadan, qanaxmadan və emboliyadan ölürlər.

Kasaciq və ləyənin deformasiyasının aşkar etmək üçün əlavə müayinə metodlarından retroqrad pielografiya böyük rol oynayır. Paraneural toxumaya oksigen yeridilərək rentgenoqrafiya aparılmaqla böyrəyin və şişin həddləri müəyyən edilir. Aortoqrafiya bir sıra əhəmiyyətə malikdir. Aortaya yeridilən kontrast maddə böyrək arteriyalarına və onlar vasitəsi ilə böyrək damarlarına keçir. Rentgen şəklində böyrək nahiyəsində bu damarlardakı dəyişiklikləri görmək olur.

Müalicəsi cərrahi üsulladır. Böyrək ətraf toxumalarla birlikdə çıxarılır. Digər müalicə növləri az effektivdir.

Sidik kisəsinin xəstəlikləri

Sistit. Sidik kisəsinin iltihabı sistit adlanır. Normada sidik ümumiyyətlə steril olur. Sidik kisəsinə infeksiya böyrək ləyənindən

(pielit zamanı) və sidik kanalından (infeksiyanın retroqrad yayılması, məsələn sidik kisəsinin kateterizasiyası zamanı) düşür.

Klinik şəkli. Kəskin və xroniki sistit ayırd edilir. Kəskin sistiti olan xəstələr sidik kisəsi nahiyəsindəki ağrılardan, tez-tez sidiyə getmək istəyindən şikayətlənirlər. Sidik bulanıq olub, tərkibində irin, bəzən də qan olur. Qələvi reaksiyaya malik olur. Xroniki sistitdə bu əlamətlər özünü biruzə vermir. İnfeksiya böyrəyə yayıldıqda xəstənin vəziyyəti kəskin şəkildə pisləşə bilər.

Müalicəsi. Kəskin sistit zamanı yataq rejimi və sidik kisəsinin qıcıqlanmasını azaltmaq üçün südlü-bitki pəhrizi məsləhət görülür. Antibiotiklər və sulfanilamidlərlə müalicə aparılır. Çoxlu miqdarda maye qəbulu, urotropin və salol təyin edilir. Kəskin əlamətlər azaldıqda sidik kisəsi gümüş nitrat (1:5000), civə sianid (1:5000) və s.-in zəif məhlulları ilə yuyulur.

Sidik kisəsinin daşları. Sidik kisəsinə kiçik daşlar böyrək ləyəmindən düşə bilər. Lakin əksər hallarda onlar kisədə öz-özünə əmələ gəlirlər. Daşın nüvəsini epitel, selik, yad cisimlər və s. təşkil edir. Daşların əmələ gəlməsi sistitin, sidik kanalının çapıqla daralması nəticəsində (striktura) sidik kisəsində durğunluğun və prostat vəzinin adenomasının yaranmasına səbəb olur. Daşlar tək və çoxlu miqdarda, kiçik (bir neçə millimetr) və sidik kisəsinin bütün boşluğuna doldura bilən ölçüdə ola bilər. Kimyəvi tərkibinə görə fosfat, urat və oksalat daşları ayırd edilir.

Klinik şəkli. Sidik kisəsi nahiyəsində ağrı, tez-tez sidiyə getmək istəyi, sidik ifrazının sonunda cinsiyyət üzvünün başına irradiasiya olunan ağrılar, sidik kanalı dəliyinin daşla, qan laxtası və seliklə tıxanması nəticəsində sidik ifrazının qəflətən dayanması qeyd olunur. Sidik kisəsinin metal kateterlə kateterizasiyası zamanı metalın daşa zərbəsinin xarakterik səsi hiss olunur. Son diaqnoz sistoskopiya, sistoqrafiya və ümumi rentgenoqrafiyadan sonra qoyulur.

Müalicəsi. Sidik kisəsi daşları kisədə xüsusi maşalarla əzilir və ardınca sidik kisəsi yuyulur. Müalicənin başqa növü sidik kisəsi açıldıqdan sonra daşın cərrahi yolla çıxarılmasıdır.

Sidik kisəsinin şişləri. Xoş xassəli (papilloma) və bədxassəli (xərçəng) şişlər ayırd edilir. Bəzən qonşu bir üzvdən məsələn, pros-

tat vəzidən, düz bağırsaqdan və s. xərçəng şişinin inkişaf etməsi səbəbindən sidik kisəsinin ikincili zədələnməsi müşahidə olunur.

Papilloma boz qırmızı rəngli, ayaqcığa malik uzun və nazik xovlu xoş xassəli şişdir. Tez-tez qanayır.

Klinik şəklində qanaxma (hematuriya) ön plana çıxır. Bəzən qan laxtalarının əmələ gəlməsi ilə əlaqədar sidik pozğunluğu meydana çıxır. Xəstəlik uzun müddət davam edir. Tez-tez baş verən və dayanmayan qanaxma ikincili hipoxrom anemiyanın inkişafına səbəb olur. Diaqnoz sistoskopiya müayinəsi nəticəsində təsdiq olunur. Sistoskopiya zamanı elektrokoagulyasiya da aparılır. Çoxlu papillomalar olduqda sidik kisəsi açılaraq elektrokoagulyasiya həyata keçirilir.

Sidik kisəsinin xərçəngi. Şiş tək düyündən ibarət olub, sidik kisəsinin boşluğuna çıxır (solid xərçəngi) və ya boşluğa çıxmıyaraq divarına infiltrasiya edir (infiltrasiyaedici xərçəng). Papillomadan fərqli olaraq xərçəng geniş əsasda yerləşir və daha inkişaf etmiş mərhələlərdə ətrafdakı toxumalara yayılır.

Çox vaxt yeganə simptomu hematuriyanın meydana çıxmasıdır. Şiş sidik axarını və ya sidik kanalını bağladıqda prosesə böyrək sancısının klinik mənzərəsi qoşulur. Şişin sidik kisəsinin divarına nüfuz etməsi nəticəsində qarnın aşağısında və aralıq nahiyəsində daimi ağrılar müşahidə olunur. Sidik bulanıq və üfünətli olur, anemiya və kaxeksiya inkişaf edir. Ağrı səbəbindən yuxusuzluq əmələ gəlir. Diaqnoz sistoqrafiya, sistoskopiya ilə və şişin bir hissəsini histoloji müayinə üçün götürməklə dəqiqləşdirilir.

Sidik kisəsinin divarına inkişaf etməyən solid xərçəngdə elektrokoagulyasiya aparılır. İnfiltrasiya edici xərçəngdə isə sidik kisəsinin divarının hissəvi rezeksiyası və ya sidik axarının yoğun bağırsağa köçürülməsi ilə onun tam çıxarılması həyata keçirilir. Şüa müalicəsi yaxşı nəticə verir.

Uroloji xəstələrə nəzarət və qulluq. Uroloji xəstələrə qulluğun mürəkkəbliyi, hər şeydən əvvəl onların cərrahi müdaxilədən sonra sidik ifrazının drenajlarla baş tutmasından ibarətdir. Bir xəstədə drenajlar bir neçə, bəzən də 4-5 ədəd ola bilər.

Drenajların təyinatını və hansı orqana (böyrəyə, sidik axarına, sidik kisəsinə) qoyulduğunu və sidiyin haradan gəldiyini bilmək

üşün onlar mütləq markalanmalıdır.

Hər bir drenajın sərbəst ucu ayrı-ayrı bankalara yerləşdirilir. Drenajlar palatada eyni diametrə malik birləşdirici şüşə borudan istifadə edilməklə rezin və ya polimer boru ilə uzadılır. Birləşdiricisi şüşə boru ifrazatın xarakterini müşahidə etməyi asanlaşdırır.

Uroloji xəstələrə nəzarət və qulluğun ümumi prinsipləri aşağıdakılardan ibarətdir:

- ✓ manipulyasiyalar zamanı aseptikanın ciddi gözlənilməsi;
- ✓ sargının sidiklə islanması zamanı drenajın ətrafının dərisinə nəzarətin edilməsi (dəri gün ərsində 2-3 dəfə isti su ilə yuyulmalı, qurudulmalı və indiferent məlhəmlər sürtülməlidir);
- ✓ drenajların irin, qan laxtası, seliklə tutulmasının qarşısını almaqdan ötrü, onların gün ərzində 4-5 dəfə furasillin məhlulu ilə yuyulması;
- ✓ sidiyin rahat axmasından ötrü xəstəyə yataqda əlverişli vəziyyətin verilməsi;
- ✓ sistostomik boruya qulluğun edilməsi və sidik qəbuledicilərin sutkada 4-5 dəfə boşaldılması;
- ✓ sistostomik borunun sutkada 4-5 dəfə furasillin məhlulu ilə yuyulması.

Uroloji xəstələrdə əməliyyatdan sonra bir sıra ağırlaşmalar ola bilər. Bunlara aşağıdakılar aiddir:

1. **Yara nahiyəsində sargının sidiklə islanması** – drenajın qan laxtası və ya seliklə tıxanması, onun yerinin dəyişməsinə, yaxud yerindən çıxmasını bildirir. Belə vəziyyət yarandıqda həkim dərhal məlumatlandırılmalıdır.

2. **Sargının təzə qanla islanması** daxili qanaxmanın başlaması əlamətini göstərir. Bunun haqqında həkimi təcili olaraq məlumatlandırmaq lazımdır.

3. **Qanlı sidik ifrazı** da daxili qanaxmanın əlamətidir. Bu zaman qanaxmanın intensivliyini təyin etmək o qədər də asan olmur. Sidikdə qan laxtaları görüldükdə qanaxmanın intensiv olduğunu, sidiyin tünd-qəhvəyi rəngə boyanması isə qanaxmanın artıq davam etmədiyini bildirir.

4. **Kəskin sidik ləngiməsi**, əməliyyatdan sonra qarın əzələlərinin gərginləşməsi nəticəsində yarada ağrının olması, narkozdan sonra

sidik kisəsinin tonusunun zəifləməsi və xəstənin üfəqi vəziyyətdə uzanması səbəbindən inkişaf edir. Çalışmaq lazımdır ki, əməliyyatdan sonrakı sidik ifrazının ləngiməsi 12 saatdan artıq keçməsin. Belə halda sidik buraxmanı reflektori olaraq yaratmaq lazımdır. Bu baş tutmadıqda dəri altına 1%-li 1 ml. pilokarpin məhlulu və 0.5%-li 1 ml. prozerin məhlulu yeridilir. Nəticə alınmadıqda sidik kisəsinin kateterizasiyası aparılır.

Tibb bacısı uroloji əməliyyatlardan sonrakı ilk saatlarda xəstənin çarpayıda yerləşdirilməsi və hərəkəti aktivliyin rejiminə diqqət yetirməlidir. Bu məqsədlə xəstəyə 4–5 saat ərzində ciddi yataq rejimi təyin olunur və yataqda yastıqsız, arxası üstə uzadılır. Sonrakı 20 saat ərzində ciddi yataq rejimi təyin olunur və başın altına yastıq qoyularaq, arxası üstə uzadılır. 2-ci gün yataq rejimi təyin olunur yataqda xəstə üçün əlverişli vəziyyət yaradılır və ona böyrü üstə çevrilməyə icazə verilir. 3-4-cü gündən xəstəyə qalxmaq və palatada gəzmək məsləhət görülür. Qidalanma rejimi: ilk iki gün ərzində parenteral qidalanma, sonrakı 2 gün ərzində pəhriz №7a, daha sonrakı iki gün və evə yazılana qədər pəhriz №7 təyin olunur. Uroloji əməliyyatlardan sonra xörək duzunu məhdudlaşdırmaqla süd-bitki pəhrizi məsləhət görülür.

Bundan başqa tibb bacısı drenajın qan laxtası, seliklə tıxanmasının qarşısının alınması üçün, eləcə də sistoskopiya əvvəl onların yuyulmasını icra etməlidir. Bu məqsədlə bir sidik ifrazı zamanı ifraz olunan sidiyin miqdarına görə sidik kisəsinin həcmi əvvəlcədən müəyyənləşdirilir. Xəstə arxası üstə ayaqlar dizdən bükülmüş, budları bir-birindən aralı və çanağı bir qədər qaldırılmış (çanaq altına yastıq və ya bükülmüş adyal qoyulur) vəziyyətdə uzadılır. Xəstənin çanağı altına müşəmbə döşənir və sidiyi yığmaq üçün qab qoyulur. Xəstənin çarpayısından 1-1,5 metr hündürlükdə ştativ yerləşdirilir. Daxilində 38⁰C temperaturadək qızdırmış antiseptik məhlul olan Esmarx parçısı ştativdən asılır və ya Jane şprisi hazırlanır. Bundan sonra rezin kateter sidik kanalına yeridilir və sidik kisəsində olan sidik boşaldılır. Kateterin xarici ucu, Esmarx parçından çıxan boru ilə və ya Jane şpris ilə birləşdirilir. Kran açılmaqla antiseptik məhlul sidik kisəsinin həcmindən az olmaqla sidik kisəsinə yeridilir. Daha sonra kran bağlanır və kateterin xarici ucu Esmarx parçının

dan çıxan borudan ayrılır, sidik kisəsinə yeridilən maye buraxılır. Prosedura şəffaf maye görünənədək təkrarlanır və kateter çıxarılır. Yuyulmanın tezliyini həkim təyin edir. Adətən 10-12 yuma aparılır. Bu zaman 500-1000 ml. antiseptik məhlulların birindən istifadə olunur. Drenajların yuyulması nəticə vermədikdə, drenajı dəyişdirmək üçün təcili həkimi çağırmaq lazımdır.

Sidik kisəsinə kateterin qoyulması da uroloji xəstələrə qulluqda vacib proseduralardan biridir.

Sidik kisəsinə kateterin qoyulması

Sidik kisəsinin kateterizasiyası, müalicə və diaqnostika üçün sidik kisəsinə boşaltmaq və yumaq məqsədilə yerinə yetirilir. Bu zaman kateter sidik kanalı ilə sidik kisəsinə yeridilir. Kateterizasiya zamanı sərt və yumşaq kateterlərdən istifadə olunur. Kateterlər 30 ölçüdə olur və hər biri digərindən 1\3 mm fərqlənir. Adətən 14-18 ölçülü kateterlərdən istifadə edilir. Kateterlər birdəfəlik və dəfələrlə işlədilən olurlar. Qaydaya əsasən əvvəl yumşaq kateterlərdən istifadə olunur. Uğurlu nəticə alınmadıqda metal kateterlər tətbiq edilir. Proseduranı feldşer və ya ixtisaslaşmış tibb bacısı yerinə yetirir. Kateterin qoyulmasına göstərişlərə aşağıdakılar aiddir:

- ✓ sidik ləngiməsi zamanı sidiyin xaric edilməsi;
- ✓ sidik kisəsinin yuyulması;
- ✓ laborator müayinə üçün sidiyin götürülməsi;
- ✓ sidik kisədaxili kimyaterapiyası;
- ✓ uretranın əməliyyatdan sonrakı bərpası (bujlama).

Əks göstərişlərə isə

- ✓ sidik kanalının iltihabı;
- ✓ sidik kanalının zədələnməsi;
- ✓ sidik kisəsi sfinkterinin spazmıaid edilir.

Qadınlara kateteri qoymaq üçün xəstə uzadılaraq ayaqlar dizdən bükülür və aralanır. Xəstənin sarğısının altına müşəmbə döşənir. Sol əlin I və II barmaqları ilə cinsiyyət orqanının dodaqları aralanır, sağ əllə furasillin məhlulu ilə isladılmış salfet götürülür, kiçik dodaqların arası yuxarıdan aşağıya doğru silinib təmizlənir (sidik kanalından aralığa doğru). Pinsetlə yumşaq kateterin dimdiyindən

4-6 sm. aralı, yazan qələm formasında tutulur. Kateterin sonu əlin üzərindən dövrələnərək sağ əlin IV-V barmaqları arasında sıxılıb saxlanılır. Kateterin dimdiyinə steril vazelin yağı və ya qliserin sürülür. Kateter güc işlədilmədən ehtiyatla sidik ifrazı kanalına 4-6 sm uzunluqda, sidik zahir olunanadək yeridilir. Kateterin sərbəst ucu sidiyi yığmaq üçün olan qaba salınır. Sidik ifrazı qurtardıqdan sonra kateter sağ ələ götürülmüş pinsetlə çıxarılır. Kateterdən sərbəst sidik ifrazı dayandıqdan sonra sol əllə qasıq dağçığından qarnın ön divarına təzyiq edilir. Manipulyasiyanın məxfiliyini təmin etməkdən ötrü xəstə manipulyasiya otağına dəvət edilir, əgər palatada icra olunacaqsa, onda digər xəstələrlə şirma örtüsü ilə ayrılır. Sidik kisəsinin selikli qişasının infeksiyaya qarşı az müqavimətli olduğuna görə, aseptika qaydalarının gözlənilməməsi onun infeksiyalaşmasına səbəb ola bilər.

Kişilərə kateter qoymaq üçün də xəstə arxası üstə ayaqlar dizdən bükülmüş, budları bir-birindən aralı vəziyyətdə uzadılır və ayaqları arasına sidiyi yığmaq üçün qab qoyulur. Cinsiyyət üzvi sol əlin III və IV barmaqları arasına götürülür. Sidik ifrazı kanalının xarici dəliyini açıb bir neçə damcı steril vazelin yağı damızdırılır. Sağ əldə sıxılmış steril pinsetlə kateter, dimdiyindən 5-7 sm. məsafədə tutularaq götürülür. Kateterin sonu ələ toxunmadan əlin üstündən dövrələnərək sağ əlin IV-V barmaqları arasında sıxılıb saxlanılır. Kateterə, dimdiyindən 15-20 sm. məsafədə steril vazelin yağı sürülür. Kateterin ilk 4-5 sm-i yeridilərək cinsiyyət üzvünün başını fiksə edən sol əlin barmaqları ilə saxlanılır. Kateter pinsetlə cinsiyyət üzvünün başından 3-5 sm. aralı tutularaq, yenidən sidik kanalına ehmalca, 19-20 sm. uzunluqda, sidik zahir olunanadək yeridilir. Eyni zamanda sol əl cinsiyyət üzvündən buraxılır ki, kateterin sidik kanalına daha yaxşı irəliləməsinə imkan yaransın. Kateterin sərbəst ucu sidik yığmaq üçün qaba buraxılır. Kateter sağ ələ yerləşdirilən pinset vasitəsilə əks ardıcılıqla çıxarılır. Sidik ifrazının kateterlə sərbəst xaric olunması kəsildikdən sonra sol əllə qasıq nahiyəsindən qarnın ön divarına təzyiq edilir. Kateter sidik kanalının zarlı hissəsindən (şöbəsi) keçərkən bir sıra müqavimətlə rastlaşır. Bu zaman kateteri çıxartmadan 3-5 dəqiqə gözləmək, aralıq əzələlərinin spazmı kəsildikdən sonra sol əlin şəhadət barmağı ilə xayalı-

ğın arxasından azacıq təzyiq edib, yenidən irəliyə yeritmək lazımdır. Sidik kanalını zədələyə bildiyinə görə kateterin zorla yeridilməsi yolverilməzdir.

Elastik rezin kateteri yeritmək mümkün olmadıqda metal kateter tətbiq edilir. Metal kateterin yeridilməsi məsuliyyətli manipulyasiya olduğu üçün həddən artıq ehtiyatla icra olunmalıdır. Metal kateterlə sidinin buraxılmasını yalnız həkim həyata keçirməlidir!

Tibb bacısı sidik kanalına yeridilməsi zamanı kateterin düzgün yerləşməsinin müntəzəm şəkildə yoxlamalıdır. Bunun üçün 10-15 ml. furasillin məhlulu yığılmış şprisi sidik kanalına yeridilmiş kateterin sərbəst ucuna birləşdirir. Furasillin məhlulu sidik kanalına yeridilir. Anuriya zamanı məhlul sidik kisəsinə sərbəst daxil olur. Kateterin sidik kanalında burulması zamanı isə məhlul, kateterlə sidik kanalının divarı arasından geriyyə axır. Kateterin obturasiyası zamanı isə ona mayeni yeritmək mümkün olmur. Anuriya zamanı kateter xaric edilir, kateterin ucunun sidik kisəsinin divarına söykənməsi və ya burulması zamanı isə kateter azacıq geri dartılır və yenidən sidik kanalına yeridilir. Obturasiya zamanı steril şpris hazırlanır və kateterin mənfəzini tutan möhtəviyyatın sorulmasına cəhd edilir. Bu kömək etmədikdə kateter dəyişdirilir.

Yoxlama sualları:

- 1. Qadınlarda və kişilərdə sidik kisəsinin kateterizasiyasının qaydası necədir? Kateterizasiya üçün nə vacibdir?*
- 2. Uroloji xəstələrə qulluğun xüsusiyyətləri nədən ibarətdir?*
- 3. Böyrəyin zədələnmələrinin hansı əlamətlərini bilirsiniz?*
- 4. Böyrək sancısı zamanı ilk yardım nədən ibarətdir?*
- 5. Kəskin sidik ləngiməsi zamanı ilk yardım necə göstərilir?*
- 6. Litotripsiya nədir?*
- 7. Böyrəyin iltihabi xəstəlikləri hansı əlamətlərlə özünü biruzə verir?*
- 8. Parafimoz zamanı göstərilən tibbi yardım nədən ibarətdir?*
- 9. Hematuriya, eritrosituriya və leykosituriya nədir?*
- 10. Anuriya, poliuriya, pollakiuriya, oliquriyanın tərifini verin.*
- 11. Böyrək sancısının kliniki mənzərəsi necədir?*
- 12. Böyrək sancısı zamanı ilk yardım necə göstərilir?*
- 13. Kəskin pielonefritin hansı simptomları vardır?*
- 14. Uroloji əməliyyatlardan sonra xəstələrə necə nəzarət və qulluq edilir?*

Situasiya məsələləri:

I. *Feldşer-mama məntəqəsinə müraciət edən 52 yaşlı xəstə, bel nahiyəsində sol qasıq nahiyəsinə, qarının altına irradiasiya edən güclü tutmaşəkili ağrılardan şikayət edir. Xəstədə ağrılı sidik ifrazı istəyi, ağızda quruluq, ürəkbulanma vardır. Bir dəfə qusmuşdur. Son 3 ildə xəstədə analoji ağrılar iki dəfə müşahidə edilmişdir. Obyektiv olaraq xəstənin vəziyyəti orta ağırlıqda, temperaturu 37.4°C , nəbzi dəqiqədə 68 vuruğudur. Dil quru və təmizdir. Qarnı yumşaq, ağrısızdır. Böyrəklər palpasiya olunmur. Sol bel nahiyəsində Pasternatski simptomu müsbətdir. Təxmin edilən diaqnozu formalaşdırın və əsaslandırın. Təcili yardım alqoritmini tərtib edin və əsaslandırın.*

II. *32 yaşlı bir xəstədə tipik böyrək sancısının mənzərəsi vardır. Rentgenoqrafiyada sağ sidik kanalının aşağı üçdə birinin proyeksiyasında $0,8 \times 0,4$ sm. ölçülü bir daşın kölgəsi təyin olunur. 5 ml vena daxilinə baralgin yeridildikdən və isti vannə qəbul edildikdən sonra ağrı azalmış, ancaq 30 dəqiqədən sonra yenidən başlamışdır. Lorin-Epşteynə görə uşaqlığın girdə bağının blokadası aparıldıqdan sonra ağrı qısa müddətə azalmış və sonra yenidən başlamışdır. Xəstə narahatdır, özünə müxtəlif vəziyyətlər verir, zarıldayır, kömək istəyir. Böyrək sancısını aradan qaldırmaq üçün daha nə etmək lazımdır?*

MÖVZU 46. Onurğanın zədələnmələri və cərrahi xəstəlikləri

Tələbə bilməlidir:

- ✓ Onurğanın anatomik quruluşunu və funksiyasını;
- ✓ Zədənin mexanizmindən asılı olaraq onurğa sınıqlarının təsnifatını;
- ✓ Onurğanın sınıq və çıxıqlarının klinik əlamətlərini;
- ✓ Onurğanın zədələnmələrinin ağırlaşmalarının klinik əlamətlərini;
- ✓ Onurğası zədələnmiş xəstələrin müayinə edilməsini;
- ✓ Zədələnmənin xarakterindən asılı olaraq xəstələrin müalicə taktikasını;
- ✓ Onurğa zədələnmələrində yataq rejiminin müddətini;
- ✓ Onurğa zədələnmələrində göstərilən ilk tibbi yardımın alqoritmini;
- ✓ Onurğa zədələnmələrində xəstələrə nəzarət və qulluğu.

Mühazirənin planı:

- Onurğası zədələnmiş xəstənin müayinəsinin xüsusiyyətləri.
- Onurğanın zədələnmələrinin ayrı-ayrı növləri.
- Onurğa zədələnmələrin zamanı xəstələrə nəzarət və qulluq.
- Onurğanın xəstəlikləri
- Onurğa beyininin zədələnməsi və xəstəlikləri
- Onurğa beyni və qişalarının şişləri.

Onurğa sütunu 32-35 ədəd fəqərədən təşkil olunmuşdur. Bunlardan 7-si boyun, 12-si döş, 5-i bel, 5- i oma və 4-5 – i büzdüm fəqərələridir. Onurğa sütununun müayinəsi xəstəyə baxışla başlayır, normal formadan və hərəkətlərin həcmindən sapmalar müəyyənləşdirilir. Xəstə soyundurulur, üfüqi vəziyyətdə onurğa sütununun forması öyrənilir, deformasiya, əyriliklər qeyd olunur. Normal vəziyyətdə onurğa sütununda yan əyriliklər olmamalıdır. Fəqərənin arxa çıxıntıların vəziyyətini təyin etmək üçün sağ əlin orta barmağı arxa çıxıntıların xətti boyu aparılır. Ağrını təyin etmək üçün arxa çıxıntılara ehtiyatla təzyiq edilir və ya barmaqla tıqqıldadılır. Lokal ağrıları başa vurmaqla və ya barmaqlar üzərində qalxıb daban üzərinə cəld enməklə təyin etmək olur. Onurğa hərəkətləri əyilmə, uzanma, fırlanma və yana əyilməklə təyin olunur.

Sagittal müstəvidə normada onurğa sütununun 4 əyriliyi vardır: boyun və belin önə, döş və çanağın arxaya əyrilikləri. Onurğa sütununda hərəkətilik pozulduqda (ankiloz, kontraktura və s.) xəstə sərbəst əyilə bilmir. Xəstə yerə düşən əşyanı əli ilə qaldırarkən ayaqlarını diz oynaqından bükür. Xəstəni üfüqi vəziyyətdə müayinə

edərkən patoloji əyrilik asanlıqla təyin olunur. Rentgenoqrafiya patoloji prosesin yerini və xarakterini təyin etmək üçün əsas tədqiqat metodudur.

Onurğanın zədələnmələri qapalı (əzilmə, bağ aparatının gərilməsi, sınıqlar və çıxıqlar) və açıq (odlu və soyuq silah zədələnmələri nəticəsində) ola bilər. Onurğanın digər üzvlərlə birlikdə zədələnmələri onurğanın müştərək zədələnmələri adlanır.

Onurğanın sınıqları. Ən çox hündürlükdən, bel üstə yıxılarkən, avtomobil qəzalarında, və bəzən də birbaşa zərbə nəticəsində əmələ gələn son dərəcə ağır travmadır Onurğanın həddən artıq zorakı şəkildə əyilməsi nəticəsində, onun fizioloji hərəkətliliyindən kənara çıxması onurğa sınığının tipik mexanizmini təşkil edir. Sınığın əmələ gəlmə mexanizmindən biri də ayaq və ya baş üstə yıxılarkən fəqərə cisimlərinin həddən artıq sıxılmasıdır. Daha az hallarda sınığın əmələ gəlməsinə bir başa onurğaya təsir edən zədə səbəb olur. Fəqərə cisminin kompression sınıqları və fəqərə çıxıntısı və qövsünün sınıqları ayırd edilir. Bəzən bu sınıqlar kombinasiyalı şəkildə və ya fəqərə çıxıqları ilə müştərək müşahidə oluna bilər. Çıxıqlara çox vaxt onurğanın boyun şöbəsində rast gəlinir. Sınıqlar onurğa beyininin və ya onun kötüyünün zədələnməsi ilə müştərək baş verə bilər. Onurğa sınığı zamanı ən qorxulu hal onurğa beyininin travmaya uğramasıdır (sıxılması, qırılması).

Kompression sınıqları əsasən fəqərənin ön və ventral hissəsində süngərəbənzər maddənin pazvari sıxılması nəticəsində əmələ gələn sınıqlar üçün xarakterikdir. Kompresiyanın dərəcəsi, nəzərə çarpacaq dərəcədə onurğanın boylama oxunun pozğunluğunu törədən kəskin paz şəkilli deformasiyaya qədər ola bilər. Ən çox onurğanın aşağı döş və yuxarı bel fəqərələri sınığa məruz qalır.

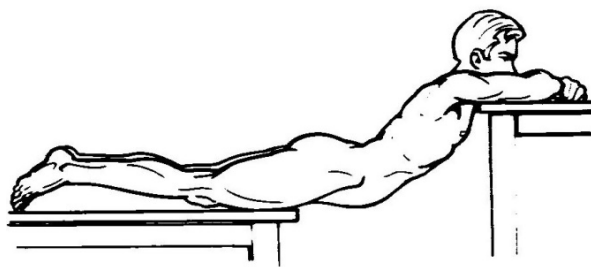
Klinik şəkli. Zədələnmiş fəqərənin arxa çıxıntısı sahəsində kəskin, xarakterik ağrı, onurğanı əllədikdə sınıq nahiyədə aydın donqar şəkildə deformasiya, kürək əzələlərində gərginlik və funksiya pozğunluğu, həmin nahiyədə hərəkətlilik müşahidə olunur. Diaqnozu dəqiqləşdirməkdən ötrü onurğanın zədələnmiş nahiyəsi iki proyeksiyada rentgenoqrafiya olunur.

İlk yardım və xəstənin daşınması. Xəstə qarnı üstə sərt xərəyə uzadılır. Onu xərəyə qoymaq və tibb müəssisəsinə aparmaq ehtiyat-

la icra edilir. Məqsəd fəqərələrin əlavə yerdəyişməsinin qarşısını almaqla onurğa beyininin zədələnməsinə yol verməməkdir. Bu zaman düzgün göstərilməyən ilk tibbi yardım xəstənin ölümü ilə nəticələnə bilər. Hər şeydən əvvəl xəstəyə sakitlik yaratmaq, onu bərk, hamar səthi olan yerdə uzatmaq lazımdır. Xəstəni müayinə etmək üçün oturtmaq, ayağa qaldırmaq, bir böyrü üstə digər böyrü üstünə çevirmək olmaz. Belə xəstələri daşımaq xüsusi ehtiyat tələb edir. Bu zaman xəstəni arxası və ya üzü üstə sərt xərəyə, taxta və ya qapı üzərində elə uzatmaq lazımdır ki, bel nahiyəsində bükülmə olmasın. Onu müalicə müəssisəsinə çox ehtiyatla aparmaq lazımdır ki, fəqərələrin əlavə yerdəyişməsi baş verməsin və beləliklə də onurğa beyininin, onun koklərinin, qişasının tamlığı pozulmasın. Xəstəni qarnı üstə daşımaq və çiyinin və başın altına balıq qoymaq təhlükəni azaldır.

Xəstəni daşıyarkən gövdəni eyni səviyyədə saxlamaq üçün ən azı 3-4 adam lazımdır. Bunlardan biri boynu, ikincisi gövdəni, üçüncüsü ayaqları tutur. Onların üçü də birdən xəstəni çox ehtiyatla götürüb xərəyə qoyur və sınımış yeri qətiyyənlə tərptəməməlidirlər. Zərərçəkmiş adam arxası üstə xüsusi xərəkdə, yaxud adi xərəkdə aparılır. Boyun fəqərələri zədələndikdə boyunun tərptənməməsi üçün boyuna pambıq qoyub bintlə sarıyırlar və xəstənin başı azca arxaya aparılır. Xəstəni nəqliyyatla aparmaq üçün onu başqa xərəyə köçürmək olmaz. Çünki bu ona zərər yetirə bilər. Onurğa sütunu ağır zədələndikdə şok əmələ gəldiyi üçün bu zaman şok əleyhinə tədbirlər aparılmalıdır.

Müalicəsi. Fəqərə cismnin aydın nəzərə çarpan kompression sınığı zamanı müalicənin əsasını sıxılmış fəqərənin düzləndirilməsi (reklınasiya) təşkil edir. Reklınasiya birmomentli də həyata keçirilə bilər (şəkil 68). Bunun üçün xəstə əl və ayaqları ilə istinad verərək iki masanın üzərinə uzadılır. Bədənin orta hissəsi sallanmış olur. Tədrici reklınasiya zamanı isə xəstə üzərinə taxta şit yerləşdirilmiş çarpayına qoyulur. Sınan nahiyənin altına qum yastığı və ya xüsusi dayaq qoyulur. Onların köməkliliyi ilə dozalanması mümkün edilən tədrici reklınasiyaya nail olunur. Kiçik kompression sınıqlarda reklınasiyaya ehtiyac duyulmur. Reklınasiyadan sonra xəstəyə gips korseti qoyulur və ya funksional müalicə metodu tətbiq edilir.



Şəkil 68. Onurğanın birmomentli reklinasiyası

Funksional müalicə metodu arxa əzələlərinin gücləndirilməsinə və inkişaf etdirilməsinə yönəldilən xüsusi məşqləri yerinə yetirmək üçün “əzələ korseti” yaratmaqdan ibarətdir. Əmək qabiliyyəti ağır fiziki işlə məşğul olmayanlarda 6-8 aydan, ağır fiziki işlə məşğul olanlarda isə 8-12 aydan sonra bərpa olunur.

Fəqərə qövsü və çıxıntıların sınıqları. Bu sınıqlar ən çox bir-başə travma nəticəsində yaranır. Çox hallarda fəqərənin köndələn çıxıntıları sınıq.

Klinik şəkl. Çıxıntıların sınığı zamanı paravertebral xətt boyunca lokal ağrı, sınıq nahiyəsindən əks istiqamətdə əyilmənin çətinliyi qeyd olunur. Tin çıxıntılarının sınığı zamanı lokal ağrılar və aydın görünən hematoma meydana çıxır. Sümük qırıntılarının krepitasiyası və tin çıxıntılarında patoloji hərəkətlər də müşahidə oluna bilər. Fəqərə qövsünün sınıqlarında da lokal ağrılar baş verir. Diaqnozu dəqiqləşdirmək üçün 2 proyeksiyada rentgenoqrafiyadan istifadə olunur.

Müalicəsi. Üzərində taxta şit yerləşdirilmiş çarpayıda 2-3 həftə müddətində yataq rejimi təyin olunur. Dozalanmış gimnastik məşqlər məsləhət görülür.

Onurğa sınıqlarının ağırlaşmaları. Onurğa beyininin, onun köklərinin və qişasının zədələnməsi ilə fəsadlaşan onurğa sınıqlarına olduqca çox rast gəlinir. Xüsusilə onurğanın sınıq və çıxıntılarında tez-tez onurğa beyni zədələnilir.

Klinik şəkl zədələnmənin dərəcəsi və zədənin növündən asılıdır. Epidural, subdural, subaraxnoidal hematoma, hematomeliya (beyin maddəsinə qansızma), beyin maddəsinin tamamilə və ya qismən dağılması müşahidə olunur. Hərəkəti və hissi pozğunluqlar, si-

dik ifrazı və defekasiya aktının gecikməsi, yataq yaraları şəklində trofik pozğunluqlar, ətrafların ödemi və s. əmələ gəlir. Zədələnmənin ilk saatlarında və günlərində xəstədə travmatik şok inkişaf edə bilər.

Müalicəsi. Zədələnmədən sonrakı ilk saatlarda şok əleyhinə müalicə aparılır. Ağırlaşmayan sınıqlarda olduğu kimi reklinasiya yerinə yetirilir. Lakin birmomentli reklinasiya məsləhət görülmür. Onurğa beninin sıxılmasının artmasını aradan qaldırılması ilə laminektomiya əməliyyatı icra edilir. Onurğa beyininin tamamilə dağılması zamanı cərrahi müdaxilə effektiv deyil. Adətən əməliyyat zədələnmədən sonrakı ilk günlərdə icra edilir. Onurğa beyininin qismən zədələnməsi zamanı proqnoz əlverişli olur. Tam zədələnmələrdə isə xəstələr sonradan sidik yolları vasitəsi ilə qoşulan infeksiya nəticəsində ölürlər.

Onurğa sütununun zədələnmələrinə onurğanın sınıqlarından başqa onun yaralanmaları, onurğa beyininin zədələnmələri, onurğanın boyun hissəsinin açıq və qapalı zədələnmələri, bağ aparatının zədələnməsi, fəqərələrin çıxıqları, fəqərəarası disklərin zədələnməsi və s. də aiddir.

Fəqərələrin çıxığı. Ən çox onurğanın boyun şöbəsində rast gəlinir. Fəqərələrin oynaq səthlərinin yerdəyişməsindən asılı olaraq ön ikitərəfli, ön sağa və sola, arxa ikitərəfli, arxa sağa və sola çıxıqlar fərqləndirilir.

Klinik şəkli. Ön ikitərəfli çıxıqlarda baş sanki irəli doğru uzanır və bir qədər aşağı sallanır. Ön sağ çıxıqda sola, ön sol çıxıqda sağa doğru dönmür. Arxa ikitərəfli çıxıqda baş arxaya qatlanmış şəkil alır. Arxa sağ çıxıqda sağa, arxa sol çıxıqda isə sola doğru dönmüş olur. Onurğanın boyun şöbəsinin bütün çıxıqlarında aktiv hərəkət olmur, passiv hərəkət isə məhdudlaşır. Çıxıq nahiyəsində kəskin ağrı müşahidə olunur. Diaqnozu təsdiqləməkdən ötrü iki proyeksiyada rentgenoqramma olunur.

Müalicəsi. Ən çox yayılmış üsul, baş tərəfi qaldırılmış çarpayıda Qlisson ilgəyinin köməkliyi ilə dartma metodudur. Bəzi hallarda birmomentli düzləndirmə də tətbiq edilir. Düzləndirmənin bu növünün əsasını başı çıxığın əksi olan tərəfə əyməklə tədricən uzununa dartma təşkil edir.

Xəstələrə nəzarət və qulluq. Onurğanın zədələnmələri ən ağır zədələnmələrə aid edilməklə çox zaman xəstənin ölümü və ya əbədilik əlil olması ilə nəticələnir. Onurğa sütununun sınıqlarının 2/3 – də onurğa beyni zədələnir və ya əzilir. Adətən bərk ağrı hissiyatı olur, onurğa sütunun hərəkətliliyi çox azalır. Zərər çəkmiş adam ayağa qalxa, belini düzəldə bilmir. Bəzən bir neçə fəqərənin sınıması müşahidə olunur. Onurğa beyininin zədələnmələrini onurğanın çıxıqları və sınıqları ağırlaşdırır. Onurğanın zədələnməsi ilə onurğa beyininin zədələnməsi çox böyük fəsadlar törədir. Çünki, bu onurğa beyininin funksiyasının pozulması ilə müşayiət edilir. Sınıq nə qədər yuxarıda olarsa, proqnoz bir o qədər pis olur. Onurğa beyininin tamamilə kəsilməsi ilə baş verən onurğanın boyun şöbəsinin sınıqlarında onurğa beyininin funksiyası bərpa olunmur. Bu xəstələrdə ilk günlər 2-3 dəfə kateterlə sidik buraxılır. Tənəffüs aktı da pozulur, xəstə hayxıra bilmir. Bu zaman pnevmoniya inkişaf edir. Bu olmasın deyə tənəffüs gimnastikası təyin olunur, xəstəni öskürməyə məcbur edirlər. Vaxtaşırı yaş oksigen verilir. Əzələlərdə atrofiya olmasın deyə ümumi müalicə kompleksində masaj və müalicə bədən tərbiyəsinin erkən tətbiq edilməsinin böyük əhəmiyyəti vardır.

Onurğa sütununun zədələnmələrində bir sıra fəsadlara təsadüf olunur. Bunlardan infeksiyon iltihabi fəsadlara daha çox rast gəlinir. Bu fəsadalar erkən və gecikmiş olur. Erkən fəsadlaşma onurğa beyni zədələnməsinin gedişinin kəskin və erkən dövründə baş verir. Fəsadlardan ikincisi trofiki pozlunluqlardır. Onurğa beyni zədələnməsi nəticəsində üzv və toxumaların trofikası pozulduğundan (qan, limfa dövranı) xora və yataq yaraları əmələ gəlir. Yataq yaralarının lokalizasiyasından və əmələ gəlməsi vaxtından asılı olmayaraq dövrlərlə müşahidə olunur. Bu zaman yataq yaralarının əmələ gəlməməsi üçün mübarizə aparmaq lazımdır. Yataq yaralarının əmələ gəlməsinin qarşısını almaq, ancaq çox yaxşı qulluq ilə həyata keçirilir. Fəsadların içərisində çanaq üzvləri funksiyasının pozulmasının bir neçə növü vardır. Bunlara sidik ifrazının, defekasiyanın və cinsiyyət funksiyalarının pozulması aiddir. Qeyd edilən bu üç növ funksiya pozğunluğu eyni zamanda və ayrı-ayrılıqda müşahidə edilə bilər. Zədələnmənin səviyyəsindən asılı olaraq sidik ifrazı və

defekasiyanın mərkəzi və periferik tipli pozğunluğu əmələ gəlir. Onurğa beyni zədələnmələrində çanaq üzvləri funksiyası pozulduğundan, sidik-cinsiyyət sistemində bir çox ağırlaşmalar qeyd edilir ki, bu da sistit, uretrit, pielonefrit, nəhayət böyrək çatmamazlığı kimi fəsadlaşmalarla nəticələnə bilər (qalxan infeksiya). Dayaq hərəkət sisteminin deformasiyası da onurğa zədələnmələrinin fəsadlarına aiddir. Bu zaman gövdə əzələləri iflic olduğundan onurğanın deformasiyası – kifozu, skoliozu əmələ gəlir. Ətraf əzələlərinin iflici nəticəsində tonusun xüsusiyyətindən asılı olaraq ətraflarda müxtəlif deformasiyalar inkişaf edir.

Onurğa beyni zədələndikdə nevroloji pozğunluqlar baş verir ki, bunların xarakteri hansı fəqərənin zədələnməsindən və onurğa beyininin zədələnmə dərəcəsiindən asılıdır. Boyun fəqərələri yerindən zədələndikdə əllər və ayaqlar, bel nahiyəsindən zədələndikdə çanaq üzvləri iflic olur, hissiyat itir kəskin və qeyd edildiyi kimi trofik pozğunluqlar əmələ gəlir. Belə xəstələr uzun müddət xəstəxanada qaldıqları üçün onlara edilən qulluq böyük əhəmiyyət kəsb edir. Belə xəstələri xüsusi çarpayılara uzadıb yaxud xəstəxana çarpayılarında döşəyin altına taxta qoyulur ki, alt hissəsi sərt olsun. Bu cür xəstələrdə yataq yaraları tez əmələ gəldiyindən və bunlar pis sağaldığından xəstələrin yatağının rahat olmasına xüsusi fikir vermək lazımdır. Yataq və alt paltarı daim quru, qırıqsız olmalıdır. Omanın, dabanların altına rezin dairə qoyulmalıdır. Rezin dairələr işlədildikdə onlara az hava vurulur və üzərinə mütləq parça salınır. Belə xəstələrə isidici qoymaq olmaz, çünki hissiyyət itirildiyindən ağır yanıqlar əmələ gələ bilər. Xəstənin yerini gündə bir neçə dəfə düzəldir, döşəkağının üzərindəki yemək qırıntılarını çırpır, qırışlarını düzəldir, islanmış və bulaşmış döşəkağlarını dərhal dəyişirlər. Xəstənin dərisini gündə iki dəfə kamforalı spirt ilə və ya su qarışıq sirkə ilə silmək və dərinin daim təmiz olmasına fikir vermək lazımdır. Gündə bir neçə dəfə xəstənin vəziyyətini dəyişirlər. Çanaq üzvlərinin funksiyası pozulduqda sidik ifrazı və defekasiya aktı ya olmur, ya da qeyri iradi olur. Bu zaman xəstəyə on iki saatdan bir kateter salmaq və təmizləyici imalə etmək lazımdır.

Onurğanın xəstəlikləri

Onurğanın xəstəlikləri içərisində ən çox rast gəlinəni onurğanın əyrilikləridir. Aşağıdakı növləri vardır:

1. **Qamətin pozğunluqları.** Gövdənin aşağı və yuxarı hissəsində kiçik dəyişikliklər olur. Buna sümük çıxıntılarının asimetriyası və belin bükülməsi aiddir.

2. **Kifoz (və ya qozbellik)** – onurğanın arxaya doğru əyriliyidir.

3. **Lordoz** – onurğanın önə doğru əyriliyidir.

4. **Skolioz** – onurğanın yana doğru əyilməsidir.

Skoliozlar istənilən yaşda inkişaf edə bilər. Qızlarda daha çox rast gəlinir. Anadangəlmə və qazanılma olur. Anadangəlmə skoliozun əsasını əksər hallarda fəqərə cismi və qövlərinin parçalanması, paz şəkli fəqərələrin əmələ gəlməsi təşkil edir. Qazanılmış skoliozlar isə etiologiyasına görə raxitik, statik, paralitik, travmatik, çapıq, məktəb və s. skoliozlara bölünür. Etiologiyasından asılı olmayaraq skolioz onurğanın şöbələrindən birini (hissəvi) və ya bütün onurğanı (total) əhatə edə bilər. Əyilmənin və formasının xarakterinə görə birtərəfli (C-vari), fəqərə qövlərinin həm sağa, həm də sola əyilməsi (S-vari) və üçlü skolioz qeyd olunur. Skoliozun 3 dərəcəsi müşahidə edilir. I dərəcəli skoliozda xəstə gövdəsinə uyğun bir mövqe verərək onurğasını sərbəst şəkildə düzləndirə bilər. II dərəcəli skoliozda onurğanın əyriliyinin qismən düzləndirilməsi mümkün olur. III dərəcəli skoliozlar zamanı onurğa tamamilə qüsurlu bir vəziyyətdə təsbit olunmuşdur. Diaqnoz iki proyeksiyada çəkilən rentgenoqramma əsasında təsdiq edilir.

Klinik şəkli. Onurğanın orta xətdən yan tərəfə əyilməsi, əzələlərin zəifliyi, əyrilik tərəfdə çiyin qurşağının qısalması, kürək sümüyünün asimetrik yerləşməsi qeyd olunur. Xəstələr tez yorulmadan və bel ağrılarından şikayət edirlər. Əyilmə zamanı sagittal səthdə və onurğa bükülərkən qabırğa donqarı əmələ gəlir. **Profilaktikası** skoliozu əmələ gətirən səbəblərin aradan qaldırılması məqsədini daşıyır. Bunun üçün uşağın fiziki inkişafına, masa və parta arxasında düzgün oturmasına, onurğa zədələnmələrinin və yanıqdan sonrakı kontrakturaların vaxtında müalicəsinə nəzarət etmək lazımdır.

Müalicəsi. Adətən kürək və qarın əzələlərini möhkəmləndirmək üçün kompleks tədbirlər (müalicə gimnastikası, masaj, üzgüçülük) həyata keçirmək lazımdır. Ağır çəkili əşyaları daşımaq qadağan edilir. Gün ərzində xəstə bir neçə dəfə horizontal bir vəziyyətdə qalmalıdır. Bəzi hallarda bu tədbirlər korreksiyaedici korsetlərin tətbiqi ilə müştərək həyata keçirilir. Prosesin proqressivləşməsi və daha ağır skoliozlar zamanı cərrahi müdaxiləyə müraciət edilir. Qabırğa donqarının aradan qaldırmaq üçün qabırğanın rezeksiyası və onurğanın sümük transplantı və ya xüsusi metallik fiksatorlar vasitəsi ilə təsbit edilməsi əməliyyatı aparılır.

Onurğa beyininin xəstəlikləri

Onurğa beyni yırtıqları. 3 növ yırtıq ayırd edilir: meniqosele, mielosistosele və mielosele. Fəqərə qövsələrinin bağlanmaması nəticəsində əmələ gələn sümük defektindən yırtıq möhtəviyyatı kənara çıxır.

Klinik şəkli. Defektin yerləşmə nahiyəsinə (ən çox bel və bütüm nahiyələrində) uyğun olaraq əmələ gələn şişin ölçüsü ilə müəyyən edilir. Palpasiya zamanı fluktasiya aşkar olunur. Bəzi hallarda şişkinliyin üzərindəki dəri örtüyünün xorası və oradan onurğa beyni mayesinin axması müşahidə olunur. Onurğa beyni yırtıqları zamanı ölüm halları bir yaşadək uşaqlarda 80-90% təşkil edir.

Müalicəsi cərrahi yolladır. Əməliyyat dəyişikliyə uğramış dərinin kəsilib götürülməsi, yırtıq kəsəsinin açılması, sinir elementlərinin bitişmələrdən ayıraraq normal yatağa salınmasından ibarətdir. Sümük defekti yaxınlıqdakı əzələ və sümük transplantı ilə qapadılır.

Onurğa beyni və qişalarının şişləri. Ən çox meningiomalara, nevrinomalara və qliomalara rast gəlinir. Şişin beyin maddəsinə və ya qişasına münasibətindən asılı olaraq onlar 3 qrupa bölünürlər.

- 1) Ekstradural şişlər – onurğa kanalı ilə sərt qişa arasında yerləşir.
- 2) Subdural şişlər – beyinin sərt qişası ilə beyin toxuması arasında yerləşir.
- 3) İntramedulyar – onurğa beyni maddəsinin qalınlığında yerləşir.

Klinik şəkli. İlk əlamət kəmərləyici xarakter daşıyan ağrılardır. Sonradan sıxılma nahiyəsinə müvafiq olaraq hiperesteziya sahəsi əmələ gəlir və hipoesteziya ilə əvəz olunur. Hiperkinezlər, kontrakturalar, sonra hərəkəti iflic və daha sonra hissiyatın tamamilə itməsi inkişaf edir. Onurğa beyininin tam köndələn sıxılması nəticəsində dərin trofik pozğunluqlar və çanaq üzvləri funksiyasının pozğunluqları baş verir.

Ən qiymətli diaqnostika üsulu onurğa kanalına hava və ya kontrast maddə yeridildikdən sonra aparılan rentgenoqrammadır. Bu üsul mieloqrafiya adlanır.

Şişin sıxma səbəbindən subaraxnoidal sahənin tam keçməməzliyi (blokadası) Kvi-kensted sınağı ilə təyin olunur. Xəstəyə oturaq vəziyyətdə lyumbal punksiya aparılır. Onurğa mayesinin təzyiqi manometrlə ölçülür. Boyunda vidaci vena sıxılır. Subaraxnoidal boşluq sərbəst olduqda likvorun təzyiqi əhəmiyyətli dərəcədə artır, blokada zamanı isə dəyişmir.

Onurğa beyni şişləri zamanı likvorda ksantoxromiya (sarı rəng) aşkarlanır, zülalların, əsasən qlobulinin miqdarı yüksəlir, pleositoz (formalı elementlərin normal miqdarı) olmur.

Müalicəsi cərrahidir. Əməliyyat şişin çıxarılmasından ibarətdir. Bəzi hallarda şüa müalicəsi və kimya müalicəsi də kömək edir.

Yoxlama sualları:

1. Onurğa beyininin zədələnməsi ilə nəticələnən onurğa sınıqlarının əlamətləri nədir?
2. Onurğanın sınıqları zamanı xəstələrin daşınması və ilk yardım necə icra olunur?
3. Onurğanın kompression sınığı nədir və onun tipik lokalizasiyası haradır?
4. Onurğası zədələnmiş xəstələrə qulluğun hansı xüsusiyyətləri vardır?
5. Kifoz, lordoz, skolioz dedikdə nə başa düşürsünüz?
6. Onurğa beyni yırtıqlarının hansı növləri vardır?
7. İntramedulyar şişlər hansı şişlərə deyilir?
8. Reklinaliya nədir
9. Onurğanın müayinəsi necə aparılır?
10. Onurğanın boyun şöbəsinin zədələnmələrində immobilizasiya üçün nə tətbiq edilir?

Situasiya məsələləri:

I. Felder-mama məntəqəsinə 25 yaşlı kişi gətirildi. Avtomobilin yedəyində kürəyindən zərbə alıb və yığılarkən taxıl ambarının divarına dəymişdir. Huşu itməmişdir. Ayağa qalxa və yeriyə bilmir. Onurğasında göynədici ağrı və qarnında ağrı vardır. Ayaqlarında hərəkət yoxdur. Obyektiv olaraq, vəziyyəti orta ağırlıqdadır, dərisi avazımsızdır, arterial

təzyiqi 110\70, nəbzi dəqiqədə 80 vuruğudur. Tənəffüsü pozulmamış, qarnı yumşaq və ağrısızdır. Qasıqüstü nahiyədə möhkəm və elastik, yuvarlaq mülayim ağrılı törəmə müəyyən edilir. X-XI döş fəqərələri bərabərliyində qançır, palpasiyada az ağrılı, fəqərələrin arxa çıxıntılarının dikəlməsi və aktiv hərəkətin olmaması, pupart bağından aşağıda hissiyatın azalması müşahidə olunur. Ehtimal olunan diaqnozu formalaşdırın və əsaslandırın. İlk yardım nədən ibarət olmalıdır. Mümkün fəsadlar haqqında danışın.

II. Poliklinikanın cərrahı 11 yaşlı qızı skolioza şübhə ilə müayinə etmişdir. Obyektiv müayinə zamanı xəstənin astenik bədən quruluşuna malik olduğu, kürək sümüklərinin asimmetrik yerləşdiyi aşkar edilmişdir. Onurğanın yükü azaldıldıqda deformasiyanın aradan qaldırıldığı müəyyənlanmışdır. Xəstənin onurğasının döş hissəsinin düz proyeksiyada, uzanmış vəziyyətdə rentgenoqrafiyası aparılmışdır. Uşağın rentgen müayinəsi zamanı hansı səhv buraxılmışdır?

MÖVZU 47. Çanağın zədələnmələri və cərrahi xəstəlikləri

Tələbə bilməlidir:

- ✓ Çanaq sümükləri sınıqlarının, sınığın xarakterindən asılı olaraq müalicə taktikasını;
- ✓ Funksional və ya cərrahi müalicə metodlarının tətbiqinə göstərişləri;
- ✓ Yataq rejiminin və skelet dartmasının müddətini;
- ✓ Kəskin və gecikmiş dövrün tipik ağırlaşmalarını və onların müalicə və profilaktikasını;
- ✓ Çanaq sümükləri sınığı olan xəstələrin klinik müayinəsinin düzgün aparılmasını;
- ✓ Çanaq sümükləri zədələnmələri zamanı həkiməqədərki ilk tibbi yardımı;
- ✓ Çanaq zədələnmələrində xəstələrə nəzarət və qulluğu.

Mühazirənin planı:

- Çanaq zədələnmələrinin növləri.
- Çanaq sümükləri sınıqlarının ağırlaşmaları
- Xəstələrə qulluqda tibb bacısı işinin xüsusiyyətləri.

Çanaq sümüklərinin sınıqları ən ağır travmalardan biridir. Çanaq sümüklərinin sınıqları, onların sıxılması zamanı, həmçinin qəza nəticəsindəki zərbdən əmələ gəlir. Zədələnmələr içərisində ən ağır olanı çanağın qapalı və açıq zədələnmələri hesab olunur. Bunların bir neçə növü ayırd edilir (şəkil 69):

I. Çanaq halqasının tamliğini pozmayan sınıqlar:

- 1) Oma sümüyünün köndələn sınığı;
- 2) Büzdümün sınığı;
- 3) Sirkə kasasının sınığı;
- 4) Qalça sümüyü qanadının köndələn sınığı;
- 5) Qasıq və oturaq sümüyünün şaxələrindən birinin sınığı;
- 6) Qalça darağının sınığı;
- 7) Oturaq sümüyü qabarının sınığı;

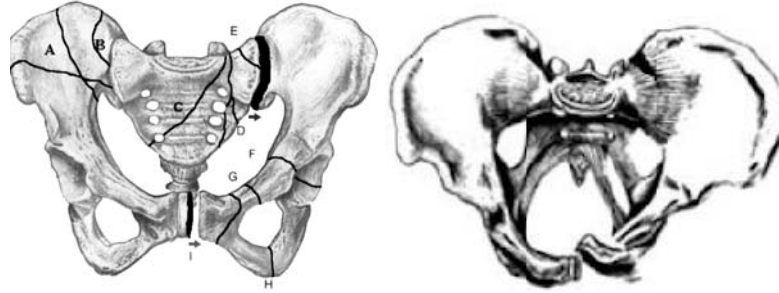
II. Çanaq halqasının tamliğini pozan sınıqlar:

- 1) Ön yarım dairənin şaquli sınığı;
 - a) qasıq sümüyünün hər iki qanadının sınığı;
 - b) qasıq və oturaq sümüyünün sınığı (bir və ya ikitərəfli);
- 2) Arxa yarım dairənin şaquli sınıqları;
 - a) qalça sümüyü qanadının sınığı;
 - b) büzdümün çəp və ya şaquli sınığı;
- 3) Ön və arxa yarım dairənin Malgen tipli ikiqat şaquli sınığı;
- 4) Qasıq halqasının çoxsaylı sınığı;
- 5) Çanaq sümüklərinin sınıq-çıxıqları və çıxıqları.

Klinik şəkli və diaqnostikası. Diaqnoz qoyulmasında klinik mənzərə ilə yanaşı xəstənin düzgün müayinəsi də böyük əhəmiyyət kəsb edir. Təfərrüatı ilə və ehtiyatla edilən palpasiya zamanı qalça sümüyü qabarı, simfiz, oturaq və qasıq sümükləri, oturaq qabarı, büzdüm və oma sümüklərinin vəziyyətini qiymətləndirmək olar. Bu zaman ən ağrılı nahiyə, sümük qırıntılarının yerdəyişməsi və krepitasiya müəyyən edilir.

Qalça sümüyünün qanadlarına və böyük burmaya təzyiqlə qarşıqlı şəkildə sıxılır, eyni zamanda qalça sümüyü tını dartılmaqla çanaq halqasında dönüş edilir. Bu metodlar daha dərin lokalizasiyalı və güclü əzələ qatı altındakı sınıqları aşkar etməyə imkan verir. Sağ və sol ön üst tinlərinin göbəklə və diz qapaqları ilə müqayisəli şəkildə ölçmək lazımdır. Əlavə olaraq daxili rektal müayinə aparılır. Bu zaman sirkə kasasının dibini, büzdümü, omanı, qasıq bitişməsinə hiss etmək olar.

Çanaq sümükləri ağır zədələnən xəstələrdə ilk növbədə travmatik şokun əlamətləri özünü göstərir. Çanaq sümüklərinin müxtəlif növlərinin sınıqları zamanı xəstədə müxtəlif klinik mənzərə meydana çıxır. Mütləq çanaq sümüklərinin rentgenoqrafiyası aparılmalıdır.



Şəkil 69. Çanaq halqasının tamlığını pozmayan və pozan sınıqlar

Xəstələr büzdüm və omanın sınıqlarında kəskin lokal ağrılardan şikayətlənirlər. Büzdümün sınığı zamanı patoloji sahəni basarkən kəskin ağrı meydana çıxır. Zərərçəkən müvazinətini saxlaya bilmir, diz oynaqından ayaq bükülmür, ayağını sürüyür. Oma sınıqları düz bağırsağın müayinəsi zamanı asanlıqla aşkar edilir. Rektal müayinə ilə sınıq sahəsini və sümük qırıntılarının yerdəyişməsinin xarakteri-

ni təyin etmək mümkündür. Sirkə kasası sınıqları zamanı, gəzərkən bud-çanaq oynağı nahiyəsində kəskin ağrılar əmələ gəlir. Hətta bəzi hallarda gəzmək mümkün olmur. Ətrafın oxu boyu basıldıqda bud-çanaq oynağında ağrı qeyd olunur. Qalça sümüyünün qanadı sındıqda o yuxarı doğru yerini dəyişir. Bununla əlaqədar ağrı reaksiyası ilə yanaşı ağrılı tərəfdə ön üst qalça tini ilə göbək arası məsafə qısalır.

Qasıq sümüklərinin sınıqları zamanı simfizdən, oturaq sümüklərinin sınıqları zamanı isə oturaq qabarından basarkən xarakter ağrılar meydana çıxır. Qasıq sümüyünün şaxəsi sındıqda əmələ gələn spesifik simptom hematomanın əmələ gəlməsi səbəbindən bud arteriyasında nəbzın sağlam tərəflə müqayisədə aşağı düşməsidir. Qasıq sümüyünün horizontal şaxəsinin sınığı üçün “yapışan daban” əlaməti xarakterdir. Açılmış qıçın qaldırılması mümkün olmur, yaralı ayağını döşəmədən sürüşdürərək hərəkət edir.

Oturaq sümüyü sınıqları zamanı xəstə otura bilmir. Palpasiya zamanı pilləşəkili deformasiya aşkar edilir. Qalça sümüyünün daracağı sındıqda ödem, hematoma və lokal ağrılar qeyd olunur. ön üst tini sındıqda sağlam tərəflə müqayisədə xəstə tərəfdə göbəklə tin arası məsafə çoxalır, həmçinin dərialtı çuxurla tin arası məsafə azalır (tin aşağı doğru yerini dəyişir).

Qasıq sümüyünün hər iki şaxəsi sındıqda şaxələrdən birinin sınığından fərqli olaraq çanağın aşağı dəliyi genişlənir (aperturası), aralıq nahiyəsində aydın nəzərə çarpan hematoma yaranır.

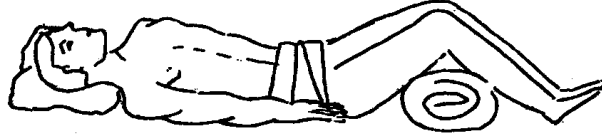
Qasıq və oturaq sümüklərinin sınığı zamanı klinik mənzərə əvvəlkindən az fərqlənir. Hematoma sarğı nahiyəsində yayılır. Arxa yarım kürənin (qalça və büzdüm sümüyü) arxa şaquli sınıqları zamanı çanağın arxa tərəfi genişlənir, çanaq önə doğru daralır, sınıq sahəsində böyük hematoma əmələ gəlir. Çanaq halqasına sıxarkən və ya dartarkən sınıq nahiyəsində ağrı reaksiyası ifadə edilir.

Malgen tipli sınıqlarda çanaq halqası kənara doğru yerini dəyişir və qalça sümüyü yuxarı qalxır. Xəstələr bir qayda olaraq şok vəziyyətində olurlar.

Müalicəsi. Çanaq sümüklərinin sınıqları zamanı ilk yardım ağrı şokunun profilaktikasına əsaslanır. Xəstə arxası üstə uzadılır.

Ayaqlarının altına dizləri qatlanmış vəziyyətdə yastıq qoyulur, ağrı-kəsicilər yeridilir (şəkil 70).

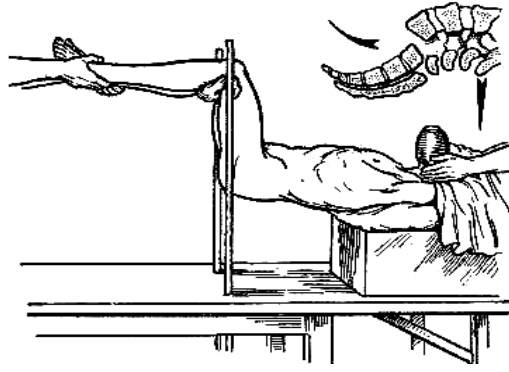
Müalicə taktikasının əsasını çanaq halqasının anatomik tamlığının bərpası təşkil edir. Bərpanın qeyri-qənaətbəxş olması ağır əlilliyə gətirib çıxara bilər. Qadınlarda normal hamiləliyin və doğuşun gedişinə maneçilik yarada bilər.



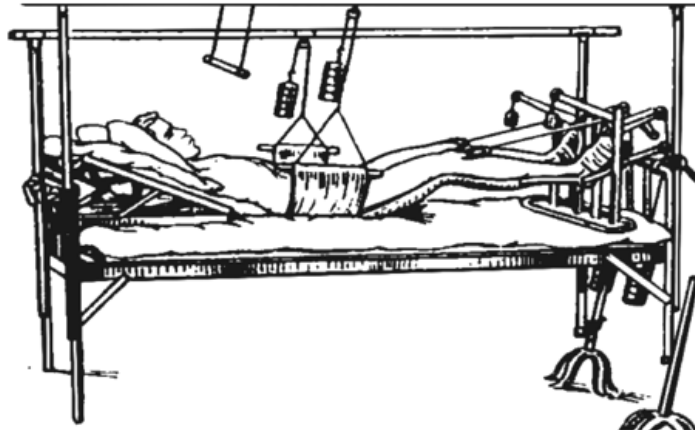
Şəkil 70. Çanağın zədələnmələri zamanı xəstənin vəziyyəti

Çanaq halqasının tamlığını pozmayan sınıqlarda xəstə üzərinə taxta lövhə qoyulmuş çarpayuya uzadılaraq diz altına yastıq yerləşdirilir («qurbağa vəziyyəti»). Yataq rejimin davam etmə müddəti 3-4 həftədir. Sümük qırıntılarının böyük yerdəyişmələri zamanı cərrahi əməliyyat aparılır və qırılmış fraqmentlər fiksasiya olunur. Oma və büzdüm sümüyünün sınıqlarında sümük fraqmentləri yerini dəyişibsə onda bir momentli düzləndirmə icra edilir və 3-4 həftəlik yataq rejimi təyin olunur (şəkil 72). Çanaq halqasının tamlığının pozulması ilə gedən sınıqlar zamanı əzələlərin dartma qüvvəsinin təsiri nəticəsində sümük fraqmentləri yuxarı və yan tərəflərə doğru yerini dəyişə bilər. Bu isə çanağın sağ və sol yarısının asimmetriyasını və aşağı ətrafların yerdəyişən tərəfdə nisbi qısalmasına səbəb olur. Bu zaman xəstə xüsusi çarpayuya nənni şəklində asılmış vəziyyətdə yerləşdirilir (şəkil 70). Zədələnmiş tərəfin bud sümüyünün metafizindən 2 ay müddətinə skelet dartması qoyulur.

İlk yardım. İlk yardımın vəzifəsi ağrını azaltmaq üçün xəstəyə düzgün vəziyyət verməkdən ibarətdir. Bu zaman çalışmaq lazımdır ki, sümük parçaları daxili üzvləri zədələməsin. Qeyd edildiyi kimi xəstəni arxası üstə hamar, bərk səth üzərinə uzandıraraq, ayaqları dizdən və bud-çanaq oynaqından bükür və bir qədər yanlara açıb («qurbağa vəziyyəti») altına mütəkkə qoyulur. Bu məqsədlə xüsusi şinalar da mövcuddur. Xəstə maşına düzgün yerləşdirilib xəstəxanaya çatdırılır. Bundan başqa çanaq sümüklərinin sınıqları zamanı ilk yardım şokun profilaktikasına, yaranı sarğı ilə örtməyə və analgetiklərin yeridilməsinə yönəldilməlidir.



Şəkil 71. Büzdümün sınığı və yarımqıxığıının birmomentli düzləndirilməsi.



Şəkil 72. Çanaq həlqsəninin tamlığının pozulması ilə baş verən çanaq sümüklərinin sınığı zamanı nənəni şəkilli çarpayı və sklet dartması

Çanaq sümükləri sınıqlarının ağırlaşmaları

Çanaq sümüklərinin sınığı çox vaxt sidik kisəsinin, sidik axarlarının, düz bağırsağın, sidik kanalının arxa hissəsinin, prostat vəzinin və s. zədələnməsi ilə müşayiət olunur. Sidik kisəsinin zədələnməsi- peritondaxili və peritondaxaric, təcridi və digər daxili üzvlərin zədələnməsi ilə birlikdə müşahidə edilir. İstər periton daxili, istər sə də peritondaxaric zədələnmələrdə sidik ifrazının ləngiməsi

və sidik kisəsi boş olduqda belə tez-tez və ağrılı sidiyə getmək meylinin olması, hematuriya olur. Dəridəki yaradan sidiyin xaric olması sidik kisəsinin zədələnməsinin təkzibolunmaz əlamətidir. Sidik kisəsinin peritondaxili zədələnməsi çox vaxt qanaxma və şok ilə fəsadlaşır. Periton daxili zədələnmədə sidik qarın boşluğuna axdığı üçün qarın boşluğunda ağrılar və qarın əzələlərinin gərginləşməsi meydana çıxır. Sidik kisəsinin qarın boşluğunda cırılması nəticəsində sidik qarın boşluğuna tökülərək sidik peritoniti əmələ gətirə bilər. Peritondan kənar cırılması zamanı isə sidik sidik kisəsi ətraf toxumaya yayılır və nəticədə sidik infiltrasiyası əmələ gəlir. İnfiltrasiya kiçik çanağın bütün toxumalarına, qasıq nahiyəsinə, budada, peritonarxası və peritonönu sahələrə yayılaraq, toxumaların nekrozu və sidik fleqmonası yaradır. Sidiyin sümük toxumasına keçməsi ağır keçən osteomyelitlərlə fəsadlaşır. Hər iki halda kateterizasiya zamanı az sidik görünür. Sidik qarın boşluğunda və ya sidik kisəsi ətraf toxumada ləngiyir.

Sidik kanalının qırılması tam və hissəvi ola bilər. Sidik kanalının xarici dəliyindən damcı ilə qan axır. Aralıq və xayalıqda hematoma əmələ gəlir. Kateterizasiya zamanı kateter sidik kanalına keçmir. Uşaqlıq yolunun cırılması zamanı qanaxma olur. Düz bağırsağın cırılmasında aralıq nahiyəsində kəskin ağrı və nəcisdə qan müşahidə olunur.

Xəstəyə nəzarət və qulluq. I - qrupa aid olan xəstələr (çanaq halqasının tamlığı pozulmayanlar) çarpayıya taxta üzərinə «qurbağa vəziyyəti»ndə uzandırılır. 3-4 həftəlik yataq rejimi təyin olunur. II - qrup xəstələrə (çanaq halqasının tamlığı pozulanlara) isə ixtisaslaşmış həkim yardımı tələb olunur. Çanağın açıq zədələnmələrində daxili üzvlərin xaricə çıxması nəticəsində bunları əllə düzəltmək olmaz. Bu vaxt yaranı yalnız steril salfetlə örtmək lazımdır. Yaralanmış adama su vermək olmaz. Şiddətli susuzluq hissi varsa onun ağzı yaş salfetlə silinməlidir.

Ağır xəsarətə uğrayanlara, xüsusilə zədələnmə şok hadisələri ilə müşayiət olunursa, ürək damar dərmanları (göstərişlər olduqda) və antibiotiklər yeridilir. Güclü, xarici qanaxma ilə keçən sağrıların yaralanmalarında yara tarım şəkilli tamponada edilir və ya təzyiqləndirilir.

dici sarğı qoyulur. Sidik ləngidikdə və sidik kisəsi dolduqda, sidik kisəsi punksiya edilir (kateterizasiyaya cəhd etmək təhlükəlidir).

Qanaxma, şok simptomları, habelə çanaq üzvlərində zədələnmələr olan xəsarətə uğrayanların hamısı ilk növbədə stasionara yerləşdirilir. Çanağın sınıqları zamanı yaralını arxası üstə, aşağı ətrafları çanaq-bud və diz oynaqlarında yaribükülü və budları azacıq bir-birindən aralanmış vəziyyətdə daşınır. Bunun üçün dizlərinin altına yastıq, diz oynaqları arasına isə budların çox aralanmaması üçün 1-2 dəfə bintlə keçməlidir.

Yoxlama sualları:

1. Çanaq sümüklərini sınıqlarının əsas əlamətlərini sayın.
2. Çanaq sümüklərini sınıqlarının hansı ağırlaşmaları mümkündür?
3. Sidik kanalı və sidik kisəsi zədələnmələrinin klinik mənzərəsi necə olur?
4. Çanaq sümüklərini sınıqları zamanı xəstələrə qulluğun hansı xüsusiyyətləri vardır?
5. Malgen sınığı nədir?
6. Hansı hallarda xəstəyə "qurbağa" vəziyyəti verilir?
7. "Yapışan daban" simptomu nədir və o necə təyin edilir?
8. Çanaq sümüklərini sınıqları zamanı hansı əlavə müayinələrə ehtiyac vardır?
9. Xəstələrin daşınması necə yerinə yetirilir?
10. Çanaq sümüklərini sınıqları zamanı ilk yardım nədən ibarətdir?

Situasiya məsələləri:

I. Kişi yaşayış binasında baş verən qaz partlayışı nəticəsində xəsarət alıb. Zərərçəkən dəmir-beton ilə divar arasında sıxılmışdır. Aralıq nahiyəsindəki hərəkət zamanı artan ağrıdan, sidik ifrazının çətinliyindən və ənsə nahiyəsindəki ağırlardan şikayətlənir. Dəri örtüyü solğun, bəbəklər adi formada, işığa reaksiyası canlıdır. Tənəffüsü sərbəstdir, nəbz dəqiqədə 80 vuruş, arterial təzyiq 100/60 mm civə sütunudur. Qarnı yumşaq, qasıq üstü nahiyə ağrıdır, Şetkin-Blumberg simptomu mənfidir. Çanağın yanlardan azca sıxdıqda zərərçəkən qasıq sümüklərində ağrının artdığını qeyd edir. Qasıq sümüklərini palpasiyasında lokal ağrı və sümük parçalarının krepitasiyası təyin olunur. Xəstə sərbəst olaraq sidik ifraz edir, rəngi samanı sarıdır. Ənsə nahiyəsində orta qanaxma ilə 4,0 × 0,2 sm yara var. Təxmin edilən diaqnozu formalaşdırın və əsaslandırın. Təcili yardımın göstərilməsi və müvafiq profildəki tibb müəssisəsinə daşınma qaydaları üçün bir alqoritm hazırlayın.

II. Xəstə ağır vəziyyətdə xəstəxanaya yol maşını ilə gətirilmişdir. Deməsinə görə iş vaxtı vaqonun buferi arasında sıxılmışdır. Rəngi avazımsız, çanaq nahiyəsində ağrı qeyd olunur, arterial təzyiqi 90/50-mm.cv.st-dir. Sağrı nahiyəsindən qan axır, ayaqlar "qurbağa" vəziyyətindədir. Qasıq sümüyü palpasiya zamanı ağrıdır. Hər iki tərəfdə "yapışan daban" simptomu aydın nəzərə çarpır. Diaqnozu təyin edin.

MÖVZU 48. Yuxarı ətrafların zədələnmələri və cərrahi xəstəlikləri

Tələbə bilməlidir:

- ✓ Yuxarı ətrafların zədələnmələri zamanı xəstələrin müayinəsini;
- ✓ Yuxarı ətrafların zədələnmələrinin növlərini;
- ✓ Yuxarı ətrafların zədələnmələrinin əlamətlərini və diaqnostikasını;
- ✓ Yuxarı ətrafların zədələnmələri zamanı ilk yardım göstərilməsini;
- ✓ Xəstələrə qulluqda tibb bacısı işinin xüsusiyyətlərini.

Mühazirənin planı:

- Əzilmələr, bağların dartılması və qırılması, oynaq bağlarının qırılması, vətərlərin qırılması, sınıqlar və çıxıqlar.
- Ətrafların yumşaq toxumalarının xəstəlikləri.
- Oynaqların kəskin iltihabı

Yuxarı ətrafların zədələnmələrinə, bazu oynaqının əzilməsini, dirsək oynaqının bağ aparatının dartılma və cırılmasını, vətərlərin qırılmasını, bazunun çıxıqlarını, saidin çıxıqlarını, barmaqların çıxığı, bazu sümüyünün sınığını, said sümüklərinin sınıqlarını, əl darağı və falanqalarının sınıqlarını misal göstərmək olar.

Bazu oynaqının əzilməsi. Başqa üzvlərə nisbətən bazu oynaqı müxtəlif travmalara daha çox məruz qalır. Bazu oynaqının əzilmələri, həm hərəkət etdikdə, həm də sakit vaxtda ağrıya səbəb olur. Hərəkət məhdudlaşır. Oynaq nahiyəsində böyük ölçüdə hematoma müşahidə olunur. Oynaq boşluğuna qansızmalar olduqda əl ilə yoxladıqda onun gərginliyi qeyd edilir. Rentgenoqrammada oynaq dəliyi genişlənmiş olur. Əzilməni bağ aparatının gərilməsi, çıxıq və bazu boyununun sınığı ilə differensasiya etmək lazımdır.

Müalicəsi. Ağrılar olduqda oynaq 20 – 30 ml. 1%-li novokain məhlulu vurulur və 3 – 4 günlüyə Dezo sarğısı qoyulur. Böyük hemartroz olduqda oynaqdan qanı sovurur və onun boşluğuna 20 ml. 1%-li novokain məhlulu yeridilir, sonra oynaq təsbit olunur. Bu oynaqın funksiyasının tez bərpa olunması üçün şərait yaradır. Eyni zamanda masaj, parafin, UVÇ, UJTC ilə müalicə aparmaq yaxşı nəticə verir.

Bağların zədələnmələri. Dirsək oynaqının bağlarının zədələnməsi xəstə əl üstə yıxıldıqda baş verir. Bağların zədələnməsi sadə və vətərlərin tam qırılması halında təsadüf olunur. Oynaq kisəsinin

azca yırtılmaları və ya partlamaları da ola bilər. Bu zaman xəstələr oynaqda kəskin ağrıdan şikayət edirlər. Oynağın konturu, adətən saxlanılır, ancaq hər hansı oynaq hərəkət etdirdikdə yerli ağrılar artır. Rentgenoqramma zamanı heç bir dəyişiklik müəyyən olunmur.

Müalicəsi. Oynaq ətrafı toxumalara 20 – 30 ml. 1 % novokain məhlulu vurulub, oynaq istə qoyulur. Ağır hallarda göstərilənlərdən başqa 2 – 3 həftəliyə uzaqlaşdırıcı şina qoyulur.

Vətərlərin qırılması. Bazu və ya dirsək oynaq nahiyəsində vətərlərin qırılması bilavasitə travma zamanı və əzələlərin qəfildən güclü surətdə yığılmasından baş verə bilər. Vətərlərin qırılması qocaya yaşlarında daha çox təsadüf olunur. Çox vaxt qırılma bazunun ikibaşlı əzələsinin və tinüstü əzələnin vətərlərində baş verir. Vətərlər qırıldıqda xəstələr kəskin ağrı hiss edir. Qırılmış nahiyədə kəskin ağrı və şişkinlik əmələ gəlir. Şiş çəkildikdən sonra aydınlaşır ki, bazu önə büküldükdə ikibaşlı əzələ ancaq aşağı şöbədə yığılır, əzələnin yuxarı hissəsində çuxur əmələ gəlir. Diaqnozu dəqiqləşdirdikdən sonra vətəri tikmək lazımdır. Tinüstü əzələnin vətəri qırıldıqda şiddətli ağrı baş verməklə ətrafın uzaqlaşdırılması kəskin surətdə məhdudlaşır. Ətrafın funksiyası pozulur.

Müalicəsi. Ağrı olan yerə 20 – 30 ml. 1%-li novokain məhlulu vurulur. Xəstə ətrafa 8 – 10 həftəliyə uzaqlaşdırıcı şina qoyulur. Eyni zamanda həmin nahiyəyə istə proseduralar təyin edilir.

Bazunun çıxıqları digər lokalizasiyalı çıxıqlara nisbətən daha çox rast gəlinir. Səbəbi bazu oynaqın anatomik quruluşu ilə əlaqədardır. Bazu oynaqın kürəşəkili olması, onun geniş həcmli hərəkətləri üçün şərait yaradır. Bundan başqa oynaq kapsulu zəif, bağların sayı isə məhduddur. Oynaq başının qığırdaq səthi, kürək sümüyünün oynaq çuxuru ilə az bir məsafədə təmas yaratmışdır. Çıxığın ən çox əmələ gəlmə səbəbi uzaqlaşmış və ya açılmış qol üzərində yığılmaqdır. Oynaq başının yerdəyişməsinin xüsusiyyətlərindən asılı olaraq bazu sümüyü başının çıxıqları ön, aşağı və arxa çıxıqlara ayrılır. Çıxıqlar həmişə oynaq kapsulunun və bağ aparatının cırılması ilə müşayiət olunur.

Klinik mənzərə olduqca xarakterikdir. Xəstələr çiyin nahiyəsində güclü ağrılardan şikayətlənirlər. Bazu oynaqında aktiv hərəkət

kət tamamilə olmur. Qol bədəndən ayrılmış vəziyyətdə olur. Qolu bədənə yaxınlaşdıran zaman fırlanır. Bazu oynaqı nahiyəsi hamarlaşır, akromial çıxıntı əhəmiyyətli dərəcədə qabağa çıxır. Ön çıxıqlarda bazu əhəmiyyətli dərəcədə qısalır, oynaq başı körpücük sümüyünün və ya dimdiyəbənzər çıxıntının altında palpasiya olunur. Arxa çıxıqlarda oynaq başı kürək sümüyünün önündə əllənir, ətraf nisbətən uzanır.

Müalicəsi. Çıxığı yerinə salmağın bir neçə üsulu vardır. Yerinə salmazdan əvvəl mütləq ağrısızlaşdırma aparmaq lazımdır. Oynaq boşluğuna 10-20 ml. 2%-li novokain məhlulu yeridilir (iynə dimdiyəbənzər çıxıntının altından keçir). Yerli ağrısızlaşdırma kifayət etmədikdə miorelaksantlarla ümumi ağrısızlaşma aparılır.

Oynağın yerinə salınmasının Hipokrat- Kuper, Koxer və Canalidze üsulları mövcuddur (şəkil 73-74). Çıxıqları yerinə salmaq mümkün olmadıqda və ya sınıqlarla müştərək olduqda cərrahi müalicəyə müraciət olunur.

Saidin çıxıqları. Çıxan sümüyün yerdəyişməsinin istiqamətindən asılı olaraq aşağıdakı çıxıq növləri fərqləndirilir (şəkil 75):

1.Saidin hər iki sümüyünün arxaya, önə, bayıra və içəri aralanmış çıxıqları;

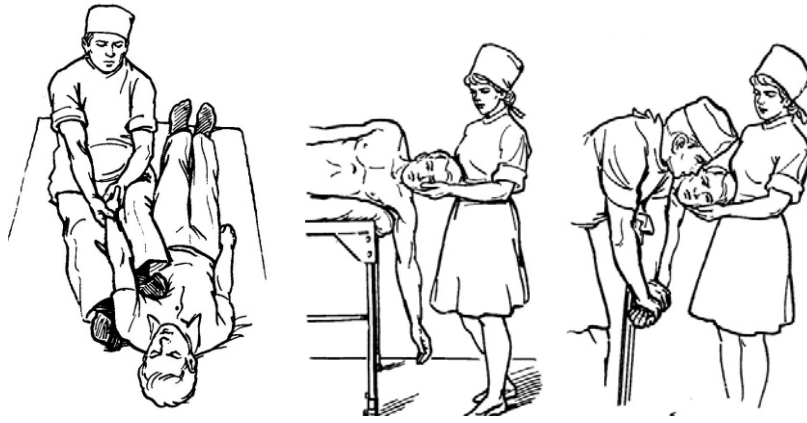
2.Mil sümüyünün ayrıca çıxığı;

3.Mil sümüyü başının pronasion çıxığı;

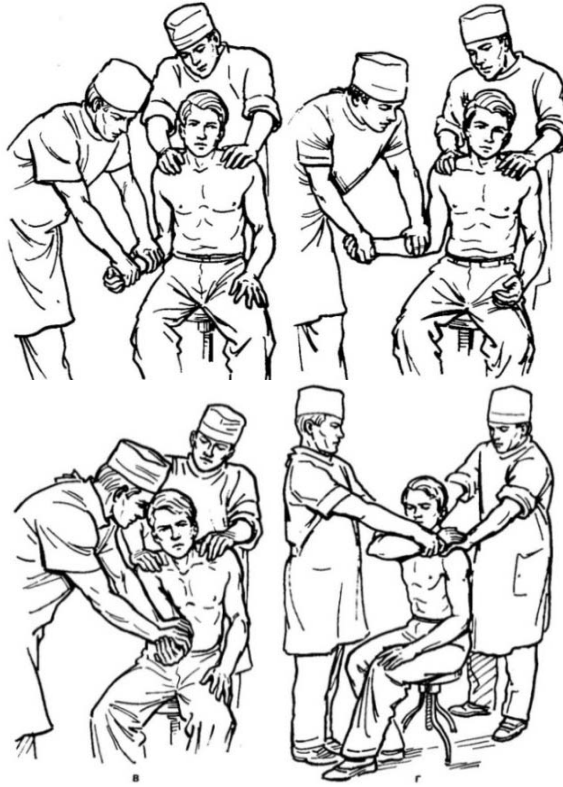
4.Dirsək sümüyünün ayrıca çıxığı.

Çox zaman açılmış qol üstünə yığıldıqda əmələ gəlir. Çıxıq zamanı oynaq kapsulu və yan bağ aparatı cırılır.

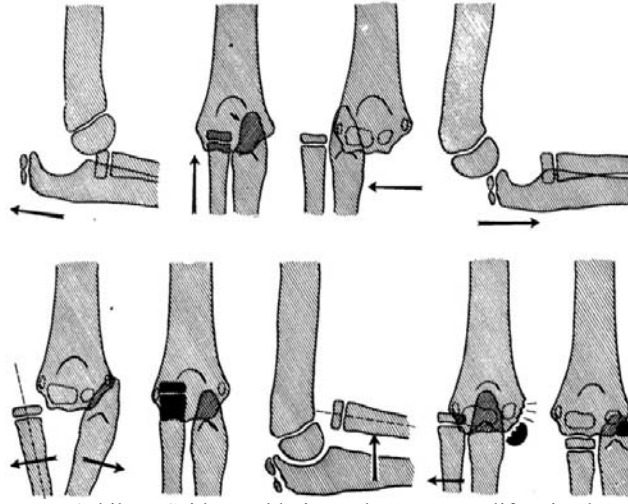
Klinik şəkli. Ətrafın mövqeyi passiv, əl dirsək oynaqında azacıq bükülmüş vəziyyətdə olur, xəstə digər əli ilə onu saxlayır. Dirsək oynaqı nahiyəsində şişkinlik və deformasiya qeyd olunur. Dirsək oynaqında aktiv hərəkət olmur. Mil sümüyü başının pronasion çıxığı çox vaxt uşaqlarda müşahidə olunur. Səbəbi uşağın əlinin qəfildən və sürətli şəkildə tutduğu əldən və ya əşyadan çəkməsidir (şəkil 76). Əksərən 1-5 yaş arası qızlarda müşahidə olunur. Asanlıqla yerinə salına bilir və ağrızılaşdırma tətbiq olunmur.



Şəkil 73. Bazu çıxıqlarının Hippokrat-Kuper və Canalidze üsulları ilə yerinə salınması.



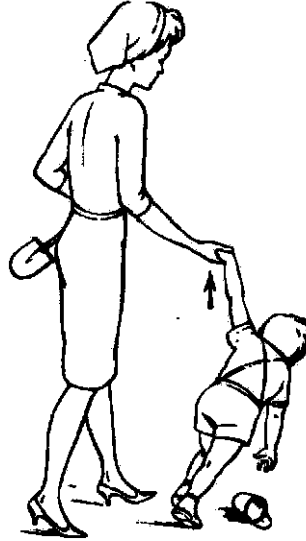
Şəkil 74. Bazu çıxığının Koxer üsulu ilə yerinə salınması



Şəkil 75. Said sümükləri çıxıqlarının müxtəlif variantları

Klinik şəkli. Dirsək sümüyü çıxığının klinik şəkli daha aydındır. Çıxıq nahiyəsində yerli ağrı və hematoma müşahidə olunur. Dirsək sümüyünün başı açıq-aydın palpasiya olunur.

Müalicəsi yerli ağrızıləşdırma ilə dirsək sümüyü yerinə salınır və 7-10 gün müddətinə arxa gips longeti qoyulur. Oynaq nahiyələrinin masaj edilməsi əks göstərişdir.



Şəkil 76. Mil sümüyü çıxığının əmələ gəlmə səbəblərindən biri.

Baş barmağın çıxığı. Baş barmağın çıxığı, adətən, barmaq arxaya həddindən artıq əyildikdə baş verir. Bu zaman xəstə kəskin ağrı hiss edir. Tam çıxıq əsas falanqanın əl darağı sümüyünə nisbətən düzbucaq altında olması ilə xarakterizə olunur. Barmaq arxa tərəfə çıxdıqda ovuc səthində əl darağı sümüyünün başını əl ilə yoxlamaq mümkün olur. Barmaq xarakterik forma alır (şəkil 77). Barmaq öz funksiyasını itirir. Çıxmış barmağın yerinə salınması zamanı cərrah baş barmağı elə tutur ki, baş barmaq onun əsas falanqasının xarici səthi üzərində, II və III barmaq isə onun əsas və dırnaq falanqalarının ovuc səthi üzərində olsun. Sol əl ilə xəstənin əlini tutub baş barmaqla I əl darağı sümüyünü təsbit edirlər. Çıxmış barmağı daha çox açaraq eyni zamanda I əl darağı sümüyünün başından əsas falanqanı tərpətməyə cəhd edirlər. I əl darağı sümüyünün başından əsas falanqanı tərpədənək baş barmağı əl darağı – falanqa oynağında büküb və falanqaarası oynaqda açırlar. Adətən, çıxmış sümük asanlıqla yerinə salınır. Barmağa 10 – 12 gün müddətində gips sargısı qoyulur.



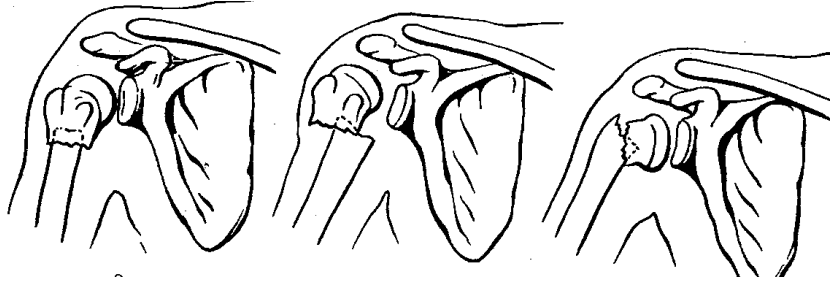
Şəkil 77. Baş barmağın arxa çıxığının görünüşü.

Bazu sümüyünün sınığı. Bazu sümüyünün sınığı yuxarı, orta, və aşağı 1/3 hissəsinin sınıqlarına bölünür. Bu sınıqların hər biri də sınığın lokalizasiyasına görə bir neçə qrupa bölünürlər (şəkil 78). Sınığın lokalizasiyasından asılı olmayaraq bazu sümüyünün sınıqları aşağıdakı əlamətlərlə özünü göstərir: ağrı, hərəkətin məhdudluğu, passiv hərəkətin ağrılı olması, bazunun məcburi vəziyyət alması, sınıq nahiyəsində qansızma və ətrafın deformasiyası. Əlləmə zamanı sınımış nahiyədə ağrı artır. Sınığın distal ucu yerini qoltuq altına doğru dəyişərək arteriya və sinir kələfinə təzyiq etdikdə qolda durğunluq, qan dövranı pozğunluğu, parez və iflic əlamətləri

müşahidə olunur. Sınığın vəziyyətini bilmək üçün rentgenoqramma etmək lazım gəlir.

Müalicəsi. Sınıq nahiyəsinə 20 – 30 ml. 1%-li novokain məhlulu yeridilir. Hadisə yerində xəstə ətrafa şına qoyulur. Müayinə zamanı böyük və kiçik bazu qabarcıqlarının sınığında fraqmentlərin yerini dəyişmədiyi aşkar olunarsa, qoltuq altına pambıq və tənzifdən hazırlanmış yastıq qoyulur və Dezo sarğısı ilə fiksasiya edilir. 2 – 3 gündən sonra barmaqlar, 4 – 5 gündən sonra bilək və dirsək, sonra isə bazu oynaqına hərəkət təyin edilir. Sınıq fraqmentləri yerini dəyişdikdə uzaqlaşdırıcı funksional şına qoyulur, leykoplastr vasitəsilə bazu dərisinin dartılması təşkil edilir. Sonra rentgenoqramma vasitəsilə yoxlanılır. Bu göstərilən üsullar sınıq fraqmentlərini yerinə qoymağa kömək etməsə xəstə operasiya edilir, tikişlərlə fraqmentlər təsbit edilir. Sonra uzaqlaşdırıcı şına qoyulur.

Bazunun boyununun yerini dəyişən sınığı olduqda cərrahi əməliyyat aparılır. Daha sonra uzaqlaşdırıcı şına qoyularaq təsbit edilir. Böyüklərdə 3-cü həftədə, uşaqlarda isə 10 – 12-ci gündə şına çıxarılır və aktiv müalicə təyin edilir. Sınıq ucları yerini çox dəyişmişsə, bu zaman skelet dartması tətbiq edilir.



Şəkil 78. Bazu sümüyü boyununun sınıqları

Said sümüklərinin sınığı. Başqa sınıqlara nisbətən said sümüklərinin sınığına daha tez-tez rast gəlinir. Bunun səbəbi yıxılarkən said sümüklərinə və ya əllərə bədənin ağırlığının düşməsidir. Nadir hallarda said nahiyəsinə enən zərbə nəticəsində də sınıma baş verə bilər.

Dirsək çıxıntısının sınığı. Dirsək üzərinə yıxılan zaman və ya sərt alətlə zərbə endirilərkən baş verir. Çox nadir hallarda dirsək çı-

xıntısına bağlanan üçbaşlı bazu əzələsinin qüvvətli yığılmasından da baş verə bilər. Belə sınıqlar zamanı sınıq nahiyəsində ağrı, qansızma, şişkinlik müşahidə olunur. Dirsək oynaqında aktiv bükülmə mümkün olduğu halda onun aktiv açılması mümkün olmur. Sümük fraqmentləri yerini dəyişmiş olduqda dirsək çıxıntısı nahiyəsində üfüqi çuxurluq hiss olunur. Diaqnozu dəqiqləşdirmək məqsədi ilə rentgenoqramma etmək lazım gəlir.

Müalicəsi. Dirsək sınığı öz yerini dəyişmədikdə gips langeti vasitəsi ilə təsbit edilir. Yaşlı xəstələrdə gips sarğısı 7 – 10 gündən sonra çıxarılır və aktiv gimnastika təyin edilir. Sınığın yeri çox dəyişmiş olarsa, dirsək açılarsa, cərrahi yolla sınıq düzəldilir.

Mil sümüyü başının və boyununun sınığı. Bu sınıq əlin dartılma vəziyyətində dirsək oynaqı nahiyəsinə yığılmasından baş verir. Alınan zərbənin təsirindən asılı olaraq sınıq sümüyün ucu öz yerini müxtəlif formalarda dəyişir (yerini dəyişməyən, yerini dəyişən, qəlpəli sınıqlar). Bu zaman mil sümüyü boynu nahiyəsində ağrı, hematoma, şişkinlik müşahidə edilir. Dirsək oynaqında hərəkətlər kəskin ağrıya səbəb olur. Qəlpəli sınıq olduqda oynaq nahiyəsində xışıltı hiss olunur. Diaqnoz rentgenoqrammaya əsasən qoyulur.

Müalicəsi. Sümük ucları az yer dəyişdikdə gips sarğısı tətbiq edilir. İkinci gündən barmaqlarda və bazu oynaqında aktiv hərəkət təyin edilir. Gips sarğısı yaşlı şəxslərdə 14 – 15 gündən, uşaqlarda 7 – 10 gündən sonra çıxarılır, gimnastika təyin edilir.

Narkozla sınıq fraqmentlərini repozisiya etmək mümkün olmadıqda, operasiya yolu ilə müalicə aparılır. Saidə orta fizioloji vəziyyət verilərək gips sarğısı qoyulur və iki həftə təsbit olunur.

Dirsək sümüyünün sınığı. Dirsək sümüyünə birbaşa edilən zərbədən baş verir. Bu sınıq bəzən mil sümüyü başının çıxığı ilə birlikdə olur. Sınıq ucları yerini dəyişdikdə sınıq nahiyəsində deformatsiya müşahidə olunur. Sınığın yerini, xarakterini müəyyən etmək üçün rentgenoqramma olunur.

Müalicəsi. Hadisə yerində immobilizasiya aparılır. Fraqmentlər ucunu dəyişməyibsə, dirsək oynaqı 90⁰ bükülmək şərti ilə 6 – 8 həftəlik gips sarğısı qoyulur. Uşaqlarda isə 16 – 25 günlüyə gips langeti qoyulur. Sarğı açıldıqdan sonra gimnastika təyin edilir. Sınıq ucları yerini dəyişdikdə sınıq nahiyəsinə 50 ml. 1% novokain məh-

lulu yeridilir. Əllə dartma üsulu ilə repozisiya edilir. Sonra gips sarğısı qoyulur. Repozisiya mümkün olmadıqda cərrahi müdaxiləyə müraciət olunur.

Mil sümüyü diafizə sınığı. Dirsək sümüyü sınığına nisbətən bu sınığa daha çox təsadüf edilir. Sınıq mil sümüyünün orta və yuxarı hissələrinə edilən zərbədən baş verir. Zərbə nəticəsində dirsək sümüyünün distal ucunun çıxığı da yarana bilər. Bu zaman ağrı, hərəkət edərkən ağrının artması, sınıq nahiyəsində deformasiyanın olması müşahidə edilir. Bəzən palpasiya zamanı qırılmış sümük ucları əllənir. Diaqnoz rentgenoqramma vasitəsilə dəqiqləşdirilir.

Müalicəsi. İlk yardım sınıq nahiyəsinə şinaların qoyulmasından ibarətdir. Xəstəxana şəraitində sümük fraqmentləri yerini dəyişməzsə gips langeti ətrafın orta fizioloji vəziyyətində qoyulmalıdır. Sarğı 6 – 8 həftə saxlanılmalıdır. Gips sarğısı çıxarıldıqdan sonra gimnastika təyin edilir. Əgər sınıq ucları yerini dəyişmişsə yerli ağrısızlaşma apardıqdan sonra əllə dartma üsulu ilə repozisiya edilir və gips sarğısı qoyulur, rentgenoqramma vasitəsi ilə yoxlanılır. Sınıqları göstərilən üsullarla düzəltmək mümkün olmadıqda cərrahi müdaxiləyə müraciət olunur.

Ətrafların yumşaq toxumalarının xəstəlikləri

Dolama – barmaqların iltihabı xəstəliyidir. İnfeksiyanın giriş qapısı çatlar, sıyrıntılar, cızıqlar, yaralar, mikrotravmalardır. Törədicisi stafilokokk, streptokokk və qarışıq floradır. Xəstəliyin gedişinin və mərhələsinin lokalizasiyasından asılı olaraq dolamanın aşağıdakı formaları mövcuddur: 1) dəri, 2) dərialtı, 3) sümük, 4) oynaq, 5) vətər (tendovaginit), 6) paronixiya (prosesə dırnaq ətrafı yastıq qoşulur), 7) dırnaqaltı, 8) pandaktilit (barmağın bütün toxumaların iltihabı) (şəkil 79).

Klinik şəkli dolamanın formasından asılıdır. Dəri formasında lokal hiperemiya zonası, ağrı və dərinin bir qədər şişməsi nəzərə çarpır. Dərialtı dolamada barmağın şişməsi hesabına o bir qədər böyüyür, hərəkət məhdudlaşır, xəstəni yatmağa qoymayan aydın nəzərə çarpan döyünən (zoqquldayan) ağrı əmələ gəlir. Bədənin temperaturu yüksəlir, qanın ümumi analizində leykositoz qeyd olunur.

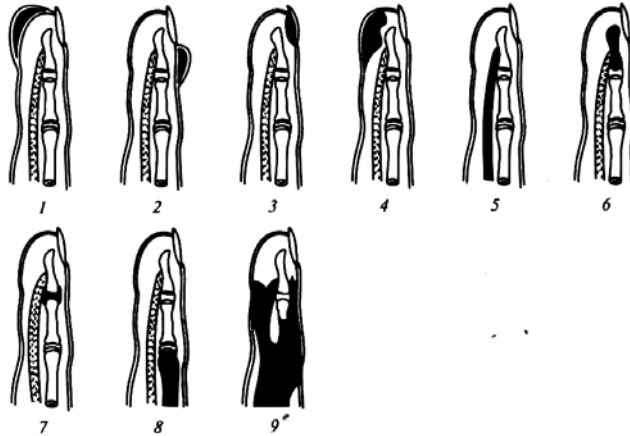
Sümük forma dolamalarda xəstəliyin başlanğıc mərhələsində klinik şəkli dərialtı formada olduğu kimidir. Sonradan zədələnmiş falanqa kolba formasını alır. Rentgenoloji olaraq sümüyün destruksiyası aşkar olunur.

Oynaq formasında oynaq mil formasını alır, dəridə hiperemiya əmələ gəlir. Bağ aparatı dağıldıqdan sonra oynaqda patoloji hərəkətlilik yaranır.

Vətər formasında barmaq şişir, yarımbükülü vəziyyət alır, vətər boyu kəskin ağrı qeyd edilir. Barmağı düzəltməyə cəhd edilən zamanı ağrı daha da kəskinləşir.

Paronixiyada dırnaq ətrafı yastıq şişkin, hiperemiyalı və ağrılı olur. Gecikmiş mərhələdə yastıq sıxıldıqda altından irin xaric olur.

Dırnaqaltı dolamalarda dırnaq falanqası sahəsində şiddətli ağrı olur, dırnaq altında irinli möhtəviyyat sezilir.



Şəkil 79. Dolamanın formaları. 1-dəri, 2-paronixiya, 3-dırnaqaltı, 4-dərialtı, 5-vətər, 6-sümük, 7-oynaq, 8-sümük-oynaq, 9-pandaktilit

Pandaktilit bütün barmağın irinli iltihabıdır. Barmaqda irinli fistulalar, meydana çıxır, barmaq deformasiyaya uğrayır, həcmi böyüyür, şişkinləşir, dərisi qalınlaşır və bərkləşir, barmaqda hərəkət olmur.

Müalicəsi. Dəri formasında epidermisin ölmüş sahəsi kəsilir. Bəzən bu zaman dərialtı toxumaya gedən fistula yolu aşkarlanır. Bu zaman müalicə dərialtı dolamada olduğu kimi aparılır. Epidermis kəsilib götürüldükdən sonra məlhəmli sarğı qoyulur.

Dərialtı dolamada Lukaşeviç-Oberst üsulu ilə ağrısızlaşdırma aparılır. Dəri kəsiyi iltihab ocağına boylama şəkildə aparıldıqdan sonra nekrotik toxumalar kənarlaşdırılır və boşluğa rezin drenaj və ya hipertonic məhlulla isladılmış turunda qoyulur.

Sümük, oynaq, vətər formalı dolamalarda Lukoşeviç-Oberst üsulu ilə anesteziya aparıldıqdan sonra barmaqların yan səthi ilə iki kəsik aparılır. Bu kəsiklər iltihabı yaralardakı kimi, nekrotik toxumalar kənarlaşdırıldıqdan sonra birləşdirilir və müalicə irinli yaralarda olduğu kimi davam etdirilir (şəkil 80).

Proses dırnaq falanqasında yerləşdikdə kəsik qarmaq şəklində aparılır. Toxumaların kəsilməsi “balıq ağzı” şəklində edilərək, tam icra olunmur. Çünki barmaqda yaranan deformasiya onun sonrakı funksiyasının pozulmasına gətirib çıxarır.

Paronixiya zamanı ilk günlərdə kalium permanqanat məhlulu və ya spirtlə kompres edilir, dırnaq ətrafı yastığa yod sürtülür. Müalicə nəticə vermədikdə dırnaq lövhəsi boyu dırnaq yastığı kəsilir və drenajlanır.

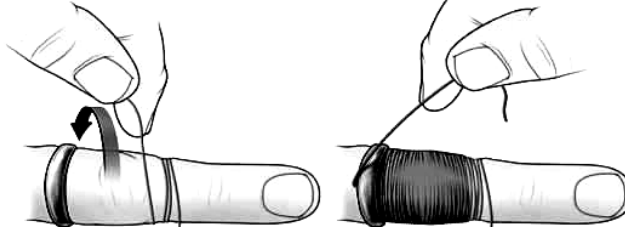
Pandaktilit zamanı müalicəyə tabe olmayan barmaq kəsilərək atılır.



Şəkil 80. Vətər formalı dolamalarda aparılan kəsiklərin sxemi

Şişmiş barmaqdan üzüyün çıxarılması. Hər hansı bir üzük taxan insan ömründə ən azı bir dəfə barmaqda üzüyün ilişib qalması şikayəti ilə müraciət edə bilər. Üzüyün barmaqda ilişməsinin səbəbi üzüyün ölçüsünün səhv seçilməsi, əl barmaqlarının hamiləlikdən, istidən və hətta yaralanma səbəbindən şişməsidir. Bu zaman üzüyü nə qədər çox çıxarmağa çalışılırsa, bir o qədər proses çətinləşir.

Üzüyü şıxarmağın metodlarından ən effektivini sapla çıxarmaqdır. Bu metod üçün diş daha, kapron sap uygundur və maksimum sürüşmə təmin edir. İpin sərbəst ucu üzüyün altından keçirilir, digər hissəsi isə oynağı əhatə etmələ barmagın ətrafına spiral şəkildə möhkəm dolanır. Bundan sonra, üzüyün altındakı ipin ucunu yuxarı doğru elə çəkmək lazımdır ki, bu zaman üzük yavaş-yavaş ip boyunca hərəkət etməyə başlamalıdır. Üzüyün hərəkəti fırlanmaqla barmagın ucuna doğru yönəldilməlidir (şəkil 82). Çalışmaq lazımdır ki, kəskin hərəkətlər olmasın və yaranan dəri qırışlarına çox təzyiq göstərilməsin.



Şəkil 82. Şişmiş barmaqdan üzüyün çıxarılması metodu

Oynaqların kəskin iltihabı

Oynaqların kəskin iltihabı, adətən, hematogen, limfogen yollarla başqa irin ocaqlarından oynaqlara keçir. Bundan başqa, oynaqların kəskin iltihabı, oynaqların açıq zədələnməsi nəticəsində də baş verə bilər. İrinli prosesə qığırdaqlar, sinovial qişa, gecikmiş hallarda bağ aparatı və sümüklərin epifizləri məruz qalırlar. Bu zaman ətrafda fleqmona və abses inkişaf edir. Belə olduqda oynaqda kəskin ağrılar, hərəkətlərin olmaması, ümumi zəiflik, baş ağrısı, iştahasızlıq və yuxusuzluq qeyd edilir. Oynağın üstündə şişkinlik və qızartı, regionar limfa düyünlərinin böyüməsi müşahidə olunur. Oynağa irin yığıldıqda palpasiya zamanı flyuktasiya müəyyən edilir.

Bazu oynaqın iltihabı. Oynaq nahiyəsində şişkinlik, dərinin gərginləşməsi, bəzən flyuktasiyanın olması müəyyən edilir. Oynaq boşluğunda olan seroz mayenin irinli prosesə keçdiyi zaman ətrafdakı yumşaq toxumalar iltihablaşır, bu zaman oynaqda aktiv və passiv hərəkətlər məhdudlaşır, dirsəyi döş qəfəsinə yaxınlaşdırmaq böyük ağrıya səbəb olur. Ətraf dirsək oynaqında bükülmüş vəziyyətdə

yətdə durur. Xəstələr xəstə ətrafı sağlam ətrafla tutmaqla özlərinə sakitlik yaradırlar.

Müalicəsi. Belə xəstələrin ətrafı uzaqlaşdırıcı şinlərlə immobilizasiya olunur. Antibiotiklər, sulfanilamid, vitamin preparatları təyin edilir. Operasiya edilib irin buraxılır.

Dirsək oynaqının iltihabı. Bu zaman oynaqda hərəkət məhdudlaşır, kəskin ağrılar, oynaq konturlarının hamarlaşması kimi əlamətlər olur. Oynağa eksudat toplandıqda oynaqın yanlarında dəri gərginləşir, palpasiyada flyuktasiya hiss olunur.

Müalicəsi. Oynağa ilk günlərdə sakitlik, isti, masaj və müalicə gimnastikası təyin edilir. Oynaqda irin toplanmış olarsa punksiya edib irini xaric etməklə yerinə antibiotik vurulur. Nəticə olmadıqda cərrahi müdaxiləyə müraciət olunur.

Yoxlama sualları:

1. Bazu oynaqı nahiyəsində çıxıq və sınıqların differensial diaqnostikasını izah edin.
2. Yuxarı ətraf zədələnmələrində həkimə qədərki yardım nədən ibarətdir?
3. Barmaqların irinli iltihabı aşkarlanarkən müalicə texnikası necədir?
4. Dərin və səthi dolamaların differensial diaqnostikasını aparın.
5. Dolamaların təsnifatını verin.
6. Bazu sıxığıının yerinə salınmasının hansı üsulları vardır?
7. Çıxmış barmaq yerinə necə salınır?
8. Mil süməyünün çıxıqlarının səbəbi nədir?
9. Pandaktilit nədir və müalicəsi necə aparılır?
10. Yuxarı ətraf zədələnmələrində immobilizasiya necə icra edilir?

Situasiya məsələləri:

I. 40 yaşlı xəstə kişi 2 gün əvvəl dülgərlik işləri zamanı sol əlin III barmağının dırnağı altına tilişkə düşməsi ilə həkimə müraciət etmişdir. Tilişkəni o özünü çıxartmışdır. Müraciət zamanı dırnaq altında şiddətli, zoqquldayan ağrıları vardır. Dırnağa təzyiq etdikdə ağrı güclənir. Baxış zamanı dırnaq altında dırnaq yatağınadək uzunsov şəkildə irin toplanması görünür. Sizin diaqnozunuz nədir? Cərrahi taktika nədən ibarətdir? Konservativ müalicə və ya əməliyyat lazımdır? Hansı növ ağrısızlaşdırma aparılacaqdır? Tetanusun profilaktikasını aparmaq zəruridirmi?

II. Məktəbli oğlan velosipeddən açılmış sağ qolu üzərində yuxulmuşdur. Çiyin qurşağında ağrı şikayəti ilə xəstəxanaya gətirilmişdir. Xəstə sol əli ilə sağ qolunu tutaraq özünə sakitlik yaradır, sağ çiyin bir qədər sallanmışdır. Çiyinin ön tərəfində qabarıqlıq şəklində deformasiya, palpasiya zamanı kəskin ağrı və krepitasiya müşahidə olunur. Sağ çiyin nahiyəsindəki aktiv hərəkətlər zədə yerində ağrını artırır. Diaqnozu qoyun.

MÖVZU 49. Aşağı ətrafların zədələnmələri və cərrahi xəstəlikləri

Tələbə bilməlidir:

- ✓ Aşağı ətraf zədələnmələrinin klinik əlamətlərini
- ✓ Aşağı ətrafların zədələnmələri zamanı xəstələrin müayinəsini;
- ✓ Aşağı ətrafların zədələnmələrinin növlərini;
- ✓ Aşağı ətrafların zədələnmələrinin əlamətlərini və diaqnostikasını;
- ✓ Aşağı ətrafların zədələnmələri zamanı ilk yardım göstərilməsini;
- ✓ Xəstələrə qulluqda tibb bacısı işinin xüsusiyyətlərini.

Mühazirənin planı:

- Anadangəlmə bud çıxığı
- Anadangəlmə ayrıpəncəlik
- Bud-çanaq oynaqının qapalı zədələnmələri
- Aşiq baldır oynaqının gərilmələri və partlamaları
- Bud sümüyünün sınıqları
- Oynaqların kəskin iltihabı

Aşağı ətrafin zədələnmələrinə bud çanaq oynaqı və diz oynaqının çıxıqları, bud sümüyünün sınığı (boynunun və diafizinin), diz oynaqı zədələnmələri-diz oynaqının əzilməsi, xaçabənzər bağıq qırılması, menisklərin zədələnmələri, diz qapağının sınığı, baldır sümüklərinin sınıqları, topuğun sınığı, aşiq daban oynaqının burxulması aiddir.

Anadangəlmə bud çıxığı. Oynaqda iştirak edən bütün toxumaların qüsuru olub, bud sümüyü başının oynaq çuxurundan çıxmasıdır. Anadangəlmə bud çıxığı tam və ya natamam ola bilər, çox vaxt uşaq anadan olandan sonra keçib gedir. Bu əhalinin həyat tərzini və adət ənənələri ilə bağlıdır (qundaqda uşaq bələmək, onu belə bağlayıb gəzdirmək). Anadangəlmə çıxıqlar birtərəfli və ya ikitərəfli olub, qız uşaqlarında nisbətən tez-tez rast gəlinir. Belə çıxığı olan uşaqlar gec (1,5 yaşında) gəzməyə başlayırlar. İkitərəfli çıxıq zamanı uşaq axsayır, yeriyərkən bir tərəfdən digər tərəfə əyilir, yırğalana-yırğalana gedir. Belə yerişə “ördək yerışı” də deyilir. Birtərəfli çıxıq olanda isə axsama birtərəfli olur. Belə uşaqların qarnı aşağı sallanır, beli əyri (lordoz), çıxmış ayağı xaricə tərəf rotasiya vəziyyətində olur.

Körpə uşaqlarda sarğı nahiyəsindəki büküşlərdə fərq olması, bud büküşlərinin asimmetrik olması, ayaqların tam aralanmaması

və ayağın daha çox düz açılmış vəziyyətdə qalması əsas simptomlardandır. Yenidoğulmuş uşaqların müayinəsində həkim tərəfindən ən önəmli əlamətlərdən biri kürəyi üstə uzanmış uşaqda bükülmüş dizlər arasında hündürlük fərqinin olmasıdır.

Müalicəsi. Bir yaşa qədər uşaqlarda konservativ, iki yaşa çatmış uşaqlarda isə operativ müalicə aparılır.

Anadangəlmə əyripəncəlik. Bu qüsurlu ayağın içəriyə doğru çox möhkəm kontrakturası olub bağ və əzələlərin inkişafdan qalıb qısalmasıdır. Oğlanlarda qızlara nisbətən çox təsadüf edilir, bir və ikitərəfli olur. Bu qüsurlu irsi, endogen və ekzogen səbəblərdən (uşaqlığın iltihabı, uşaqlığın müxtəlif şişləri, toksoplazmoz və s. sonra əmələ gələ bilər. Bağ aparatının qısalması, oynaq aparatının inkişafdan qalmasına səbəb olur. Əyripəncəliyin əmələ gəlməsinin səbəbi axil vətərinin daban qabarının tən ortasında yox, qabardan içəri doğru bağlanmasıdır. Uşaq anadan olan kimi onun pəncəsinin əyriliyi nəzərə çarpır. Pəncənin ayaq altına doğru əyilməsi ekvinus (*equinus*); pəncənin iç tərəfi qalxmış, tış tərəfi isə aşağı sallanmışsa, supinasiya (*varus*); ön tərəfin üzə doğru gətirilməsi adduksiya (*adductus*); ayağın boylama böyüməsi qırıq ayaq – pəncə (*axcavatus*) adlanır. Xəstəlik yüngül, orta və ağır dərəcələrə bölünür.

Müalicəsi xəstənin yaşına müvafiq olaraq konservativ və operativ aparılmalıdır. Konservativ müalicə uşağın bir yaşına qədər davam etdirilir. Yüngül formalı əyripəncəlik masajla, pəncəni öz normal vəziyyətinə yavaşca çatdırmaqla, gimnastika, sonra isə Fink Ettingenin xüsusi binti ilə sarıyıb normal vəziyyətdə saxlanılır. Əgər bu müalicə heç bir nəticə verməzsə, onda mərhələ ilə gips sarğısı qoyulur. Belə anomaliyanın çox ağır dərəcəsində də gips sarğısından istifadə olunur. Gips sarğısı ilə aparılan müalicə nəticə vermədikdə operativ müalicə aparılmalıdır.

Bud-çanaq oynaqının qapalı zədələnmələri sarğı nahiyəsi üzərinə yıxıldıqda, vurulduqda, sıxıldıqda müşahidə olunur. Əzilmələrin ən ağır forması oynaq qığırdaqlarının zədələnməsi, oynaq boşluğuna qansızma (hemartroz) ilə müşayiət olunur. Bütün bu ağırlaşmalar göyərməyə, artroza və bud sümüyü başının aseptik nekrozuna səbəb ola bilər. Bud-çanaq oynaqının əzilməsini bud sümüyü başının sınığı, böyük burmanın sınığı, bud sümüyünün çıxığı, çanağın

sınığı ilə differensasiya etmək lazımdır. Əzilmədə sınıqlardan fərqli olaraq ətraf qısalmır, sınıq və çıxıqlara xas olan əlamətlər olmur. Diaqnozu dəqiqləşdirmək məqsədi ilə mütləq əzilmiş nahiyə rentgenoqramma edilməlidir.

Müalicəsi ilk növbədə sakitlik yaratmaqdan ibarətdir. Bu məqsədlə ətrafda şinalar vasitəsilə immobilizasiya aparılır.

Aşiq baldır oynağının gərilmələri və partlamaları. Bağların gərilmələrinə və partlamalarına gündəlik həyat tərzində çox təsadüf edilir. Buna oynağın tamlığının pozulmaması (sadə gərilmə) və oynağın tamlığının pozulması şəklində rast gəlinir. Oynaq burulduqda xəstələr kəskin ağrı hiss edir. Oynaq boşluğuna qanaxma nəticəsində tez bir zamanda xarici topuğun ön tərəfində şişkinlik aydın görünür. Palpasiya zamanı ağrılı olur. Oynaqda aktiv və passiv hərəkətlər ağrılı olsa da, mümkün olur. Bağlar zədələndikdə, partladıqda oynaq burulmuş vəziyyətdə olur. Oynaq nahiyəsində ödem və qansızmalar aşkar edilir. Xəstə ətrafı yerə basdıqda kəskin ağrıya səbəb olur.

Müalicəsi. Sadə gərilmə zamanı ən ağrılı nöqtəyə 20 ml. 1%-li novokain məhlulu vurulur. Çox böyük hematoma olarsa, punksiya edilib qan xaric edilir. Sadə gərilmələr zamanı 9 – 10 gün müddətinə təzyiqedici sarğı qoyulur. Ağır gərilmə zamanı gips sarğısı qoyulur. Sarğı 15 –16 gündən sonra çıxarılır, masaj, vanna, fizioterapevtik müalicə təyin edilir. Bağlar partladıqda keyləşdirmə aparılır. 5 – 6 həftəlik sarğı qoyulur. Belə xəstələrə sarğı qoyulandan 6 – 7 gün sonra gəzməyə icazə verilir. Gips sarğısı götürüldükdən sonra 1 – 2 həftəliyə yüngül ayaqqabı geymək xəstəyə tövsiyə olunur.

Baldırın çıxığı. Baldırın çıxıqlarına yalnız qamış sümüyünün çıxığı aid edilir. Ona görə ki, incik sümüyü diz oynağının əmələ gəlməsində iştirak etmir. Bu zaman baldır daxilə, xaricə, önə və arxaya yerini dəyişə bilər, əksər hallarda ön və arxa çıxıqlara təsadüf olunur. Baldırın tam çıxıqları zamanı oynaq kisəsi və diz oynağı bağlarının ağır zədələnmələri, bəzi hallarda isə damar-sinir dəstəsinin zədələnmələri ilə də müşayiət olunur ki, bu da öz növbəsində baldırın nekrozlaşmasına gətirib çıxarır. Çıxıqlara diaqnoz qoymaq çətinlik törətmir. Ətrafın düzəlmiş vəziyyəti, onun xeyli qısalması və baldırın bu və ya başqa tərəfə yerdəyişməsi xarakterikdir.

Müalicəsi. Baldır çıxıqları zamanı ətrafda qan dövrünü pozula bilər, bu cür çıxıqlar təcili yerinə salınmalıdır. Xəstə stol üzərində uzadıldıqdan sonra ümumi anesteziya altında köməkçi ətrafı bud-çanaq oynaqında bükür və baldırdan dartır. Cərrah eyni zamanda bir əli ilə budun, digər əli ilə baldırın önə çıxmış kondiluslarını basaraq, çıxmış baldır ön çıxıqlarda arxaya, arxa çıxıqlarda önə, xarici çıxıqlarda daxilə, daxili çıxıqlarda xaricə itələyərək onu öz yerinə salmağa cəhd edir. Çıxığı yerinə saldıqdan sonra oynaqda yığılmış qan punksiya edilib xaric olunur, ətraf diz oynaqından azacıq bükülmüş halda dairəvi gips sarğısı qoyulur. 4 – 5 həftədən sonra gəzməyə icazə verilir. 5 – 6 həftədən sonra sarğı açılır, xəstəyə vanna, masaj, fizioterapiya təyin edilir.

Bud sümüyünün sınıqları

Bud sınıqları ən ağır travmalardan biri olub çox vaxt şokun baş verməsinə səbəb olur. Bu sınıqlar bud sümüyünün yuxarı, orta və aşağı 1/3 hissələrində ola bilər. Sınıq ən çox budun orta 1/3 hissəsinə düşür, ikinci yeri yuxarı, üçüncü yeri isə aşağı 1/3 hissə təşkil edir.

Bud sümüyü boyununun sınığı. Bu növ sınıqlar ən çox qoca adamlarda, böyük burma nahiyəsi üstə yıxıldıqda baş verir. Xəstə yeriyə bilmir, bud-çanaq oynaqında ağrılardan şikayətlənir. Ayağı tərptədikdə ağrılar artır. Zədələnmiş ətraf daxilə və ya xaricə çevrilmiş olur və qısalır. Daban hissəyə vurduqda bud-çanaq oynaqında ağrı yaranır. Xəstə dabanını çarpayıcıdan ayıra bilmir (“yapışan daban” simptomu). Bu əlamətlərdən başqa diaqnoz rentgenoloji müayinəyə əsasən dəqiqləşdirilir.

Müalicəsi. Bud boyununun sınıqlarının müalicəsi konservativ (gips sarğısı, skelet dartması) və ya operativ yolla aparılır. Skelet dartması üsulunu müstəqil üsul kimi tətbiq etmək təhlükəlidir. Çünki qoca adamlar skelet dartmasını və bununla əlaqədar olan uzun müddət hərəkətsizlik vəziyyətini (yataq yarası, pnevmoniya, tromboflebit) pis keçirirlər. Hazırda ən yaxşı üsul kimi operativ yolla müalicə etmək üsuluna üstünlük verilir. Bud boyununun sınıqları çox gec bitişir.

Budun diafizar sınıqları tez-tez təsadüf edilən sınıqlardandır. Bu sınıqlar yerləşməsinə görə burma altı, diafizin yuxarı, orta, aşağı və kondilusüstü sınıqlarına bölünür. Sınıqlar köndələn, çəp və vintəbənzer ola bilər. Sümük qırıntılarının yerdəyişmə xarakteri həmişə daimidir və sınığın səviyyəsindən asılı olur. Bud sümüyü sınıqlarının tipik yerdəyişməsi: a) yuxarı üçdə bir hissədə; b) orta üçdə bir hissədə; c) aşağı üçdə bir hissədə olur. Sınıq budun nə qədər yuxarı hissəsində olarsa, budun orta xətdən uzaqlaşması və sınığın mərkəzi fraqmentinin əyilməsi bir o qədər artıq olur. Budun orta üçdə bir hissəsinin sınıqları zamanı periferik sınıq ucu az uzaqlaşır, mərkəzi ucu önə çıxmış olur. Ətrafda varus deformasiyası nəzərə çarpır. Budun aşağı üçdə bir hissəsinin sınıqları zamanı periferik uc arxaya o qədər çevrilə bilər ki, bu, bəzən damarları, sinirləri zədələyərək ağır fəsadların əmələ gəlməsinə səbəb ola bilər. Budun sınıqları əksər hallarda şokla müşahidə olunduğuna görə şoka qarşı tədbirlər travma alınan ilk dəqiqələrdən aparılmalıdır. Ən əvvəl ətraf yaxşı immobilizasiya edilməlidir. Adətən, diaqnozun qoyulması çətinlik törətmir. Azacıq ətrafi hərəkət etdirdikdə sınıq nahiyəsində kəskin ağrılar artır. Çoxlu qanaxma olduğu üçün sınıq nahiyəsində şişkinlik və deformasiya müşahidə olunur. Aktiv, passiv hərəkətlər ətrafda kəskin məhdudlaşır. Sınıq olan ətraf qısalır. Palpasiya zamanı sınıq yerində krepitasiya və ağrı olur.

Müalicəsi. Bud diafizi sınıqlarının müalicəsini müxtəlif üsullarla həyata keçirirlər. Skelet dartması üsulu ən çox istifadə edilən müalicə üsuludur. Bu haqda 18-ci mövzuda ətraflı məlumat verilmişdir.

Koksid və ya bud -çanaq sarğısını olduqca nadir hallarda (açıq sınıqların müalicəsində) tətbiq edirlər.

Skelet dartması üsulu ilə sümük fraqmentlərini düzəltmək mümkün olmadıqda operativ müalicə tətbiq olunur. Cərrahi yolla müalicəni ilk günlər etməyə çalışmaq lazımdır. Belə çətin düzələn sınıqlara burma altı, kondilus üstü və bud diafizinin köndələn sınıqları aiddir.

Diz qapağının sınığı. Diz qapağı sınığı diz oynaqı üzərinə yıxılmaqdan və ya dizə birbaşa və ya dolayı zərbə endirilməsindən baş verir. Ən çox yaşlı şəxslərdə təsadüf edilir. Köndələn formalı

sınıqlar çox olur, fraqmentlərin yerinin dəyişməsi diz qapağının yan bağlarının zədələnməsi nəticəsində baş verir. Budun dördbaşı əzələsinin sıxılmasından üst fraqment bəzən 2 – 3 sm, bəzən daha çox yuxarıya dartılaraq böyük yerdəyişməyə səbəb olur.

Diz qapağı sınığının diaqnozunu qoymaq çətinlik törətmir: ağrı, hərəkətdən qalma, passiv hərəkət zamanı ağrının artması müşahidə edilir. Rentgenoqramma ilə sınığın xarakteri müəyyən edilir.

Müalicəsi. Əgər diz qapağı tam sınımaybsa, fraqmentlər aralanmaybsa diz oynaqı nahiyəsinə bir gün soyuq qoyduqdan sonra gips sarğısı vasitəsilə diz oynaqı təsbit edilir. Diz oynaqında hemartroz varsa oynaq 25 – 30 ml. 0,25% novokain məhlulu yeridilir. Diz oynaqına toplanan qan sorulduqdan sonra oynaq immobilizasiya edilir. Böyüklərdə gips sarğısı 3 – 4 həftədən sonra açılır. Xəstə 7 – 8 gündən sonra gəzməyə başlayır. Əgər diz qapağı sınığında fraqmentlər tam yerini dəyişibsə müalicə cərrahi yolla aparılır. Yerli və ya ümumi keyləşdirmə vasitəsilə kəsik aparılır və diz qapağına büzməli tikiş qoyulmaqla təsbit edilir. Zədələnmiş yan bağlar tikişilir, dəriyə tikiş qoyulur. Diz oynaqı 2 – 3 həftə müddətinə gips sarğısı vasitəsilə təsbit olunur.

Baldır sınıqları. Baldır sümükləri sınıqları içərisində kondilusların, diafizin və topuqların sınıqlarına daha çox təsadüf edilir. Baldır sümüyü diafizi sınığı həm birbaşa travma təsirindən, həm də dolayı təsirdən baş verir. Sınıqlara köndələn, çəp və vintəbənzər şəkildə təsadüf olunur. Sınıqlar yerini dəyişməmiş və yerini dəyişmiş şəkildə ola bilər. Sümük fraqmentləri öz yerini dəyişdikdə diaqnoz qoymaq elə bir çətinlik törətmir.

Qamış sümüyünün sınıqları çox vaxt açıq olur. Sınıq nahiyəsində şişkinlik, hematoma müşahidə olunur. Baldırın oxu dəyişilir. Dəri altında qamış sümüyünün önə çıxmış fraqmentləri əllənir. Sümük fraqmentləri öz yerini dəyişmədikdə diaqnozun qoyulması çətinlik törədir.

İncik sümüyünün çox qalın əzələlər altında gizlənmiş sınığının diaqnozu daha çətin qoyulur. Bu zaman xəstələr xəstə ətrafından istifadə edə bilmirlər. Diaqnozun qoyulmasında iki proyeksiyada aparılan rentgen müayinəsinin böyük əhəmiyyəti vardır.

Topuq sınıqları çox vaxt birtərəfli, bəzən də ikitərəfli ola bilər. Ən çox xarici topuğun sınıqlarına təsadüf olunur. Bu sınıqlar, adətən, ayaq daxilə və xaricə burxulduqda baş verir. Ayaq yerini dəyişməklə müşayiət olunan topuqların bütün sınıqlarını sınıq-çıxıq qrupuna aid edirlər.

Bu zaman əksərən ayaq uzaqlaşmış vəziyyətdə olur. Zədələnmiş topuq nahiyəsində ağrı, xeyli ödem müəyyən edilir. Çox vaxt topuq sınıqlarına ancaq rentgenoqramma vasitəsilə düzgün diaqnoz qoyulur.

Nəqliyyat immobilizasiyasını yalnız Kramer şinası vasitəsilə aparırlar. Şinalar hər tərəfdən qoyulduqdan sonra bintlə təsbit edilir.

Müalicəsi. Sümük fraqmentlərinin yeri dəyişmədikdə budun 1/3 hissəsindən ayaq barmaqlarına kimi arxadan gips longet-dairəvi gips sarğısı qoyulur. Qamış sümüyü sınıqlarında immobilizasiyanın müddəti 2 ay, hər iki sümük sındıqda 2 – 3 aydır. Baldırın hər iki sümüyünün sınığını daban sümüyündən skelet dartması vasitəsilə müalicə edirlər. Qırıntıların yaxşı düzəlməsi üçün osteosintez əməliyyatı məsləhət görülür. Tək incik sümüyü sındıqda 2 – 4 həftə müddətinə gips sarğısı qoyulur. Topuğun sınıqlarının müalicəsi qırıntıları yerinə salmaq, ayağa düzgün vəziyyət vermək və “uzunboğaz çəkmə” tipində gips sarğısı qoymaqdan ibarətdir.

Oynaqların kəskin iltihabı

Oynaqların kəskin iltihabı artrit adlanır. Artrit oynaqın yaxınlığında yerləşən irin mənbəyindən (furunkul, osteomielit, irinlənmiş yara və s.) hematogen və limfagen yollarla oynaq infeksiya düşdükdə, sepsis vaxtı baş verə bilər. Bütün bunlarla bərabər oynaq nahiyəsinə odlu və soyuq silah yaralanmaları olduqda da artrit inkişaf edə bilər. Artrit başlanmamışdan əvvəl oynaq boşluğuna seroz-fibroz ekssudat toplanır. Tədricən seroz-fibroz ekssudat irinə çevrilir. Oynaq boşluğunda irinin toplanmasına empiema deyilir. Ağır hallarda irinli proses yayılmış xarakter daşıyır, həm də nəinki oynaqın sinovial, habelə fibroz kisəsi, bağlar, qığırdaqlar, sümüklər də zədələnmiş olur. Gecikmiş hallarda proses oynaqyanı toxumalara da keçərək fleqmonaların əmələ gəlməsinə səbəb olur. İrinli artritlər çox

vaxt uşaq yaşlarında, bir sıra infeksiyon xəstəliklər (qarın yatalağı, skarlatina, qızılca, dizenteriya və s.) zamanı baş verir. Kişilərdə diz oynaq, qadınlarda mil-bilək oynaqı zədələnmiş olur.

Klinik şəkli. Oynaqların kəskin iltihabı subyektiv olaraq kəskin ağrı, hərəkətin oynaqda mümkün olmaması, üşütmə, halsızlıq kimi əlamətlərlə özünü göstərir. Müayinə zamanı oynaq nahiyəsində şişkinlik, dərinin qızarması nəzərə çarpır. Bu, xüsusən diz və baldır oynaqları nahiyəsində daha yaxşı nəzərə çarpır. Palpasiya etdikdə kəskin ağrı ilə bərabər regionar limfa düyünlərinin böyüməsi aşkar edilir. Aktiv və passiv hərəkətlər ağrıya görə mümkün olmur. Temperatur yüksəlir, oynaqda çoxlu irin olduqda flyuktasiya müəyyən edilir və diz oynaqında daha aydın nəzərə çarpır. Xəstəliyin ilk günlərdə rentgenoqrafiyada heç bir dəyişiklik olmur. Gecikmiş formalarda oynaq qığırdağının destruksiyası müşahidə olunur.

Müalicəsi. Artritlər çox ağır xəstəlikdir. Vaxtında müalicə olunmadıqda ətrafın amputasiyası və ən ağır fəsad olan sepsislə nəticələnə bilər ki, bu da çox vaxt xəstənin ölümü ilə nəticələnir. İlk növbədə oynaqda sakitlik vermək lazımdır. Sonra böyük dozada geniş spektrə malik olan antibiotikləri əzələ daxilinə vurmaqla bərabər antibiotiki bud arteriyasına da vurmaq lazımdır. Oynaq boşluğunda eksudat olduqda onu punksiya edir və irini sorduqdan sonra yerinə antibiotik vurulur. Əgər xəstə septiki vəziyyətdə olarsa, bu zaman oynaqı yarmağa, ona drenaj boru qoymağa göstəriş olur. Göstərilən bu müalicə üsulları nəticə vermədikdə ətraf amputasiya olunur.

Dırnağın ətə batması. Dırnağın batması dırnağın yalnız kəsilməsi və dar ayaqqabılar geyilməsi nəticəsində ayaq barmaq dırnağının ətə girməsi deməkdir. Dırnağın ətə batması müalicə olunmazsa getdikcə çox ciddi problemlər yarada bilər - insanın gözə bilməsində, hətta gündəlik həyatında çətinliklər yaranır. Dırnağın ətə batmasının bir çox səbəbləri vardır. Müxtəlif insanlarda müxtəlif səbəblərdə dırnaq problemləri ola bilər. Dırnağın ətə girməsinin əsas səbəbləri aşağıdakılardır:

- Dırnağın düzgün kəsilməməsi - Bir çox insanlar ayaq dırnaqlarını kəsərkən dırnaqları dibdən və oval şəkildə kəsirlər, bundan sonra da dırnaqların ön kənarlarının dəri altına doğru böyüyərək ətə

batmasına səbəb olur. Bu səbəblə dırnaqları yuvarlaq və dərin deyil, düz və çox dərin kəsməmək məsləhət görülür.

- Sivri burunlu və dar, narahat ayaqqabılar dırnaq barmaqlarının ən böyük səbəblərindən biridir. Əsasən də ayaq pəncəsi geniş insanların belə ayaqqabılar geyməsi dırnaq batmasına şərait yaradır. Ucu dar, topuqlu və dırnaq batmasının ən böyük səbəblərindən biridir. Bunun üçün ayaq dırnağınızı sıxışdırmayan, ön hissəsi geniş və rahat ayaqqabı istifadəsi məsləhət görülür.

- Ayaqları çox tərləyən insanlarda da dırnaq batması riski çoxdur. çünki dırnaq kənarındakı dəri daha yumşaqdır və bu dırnağın dərinin altına daha asan girməsinə səbəb olur

- Ayaq barmaqlarında zərbə alınması da dırnaq batmasına səbəb ola bilər. Bu əsasən futbolçularda, karateçilərdə və marafon qaçışı ilə məşğull olan idmançılarda rast gəlinə bilər

- Yanlış alətlər və qeyri steril şəraitdə aparılan pedikür dırnaq yatağının infeksiyalaşmasına və dolayısı ilə dırnaq batmasına səbəb olmaqdadır.

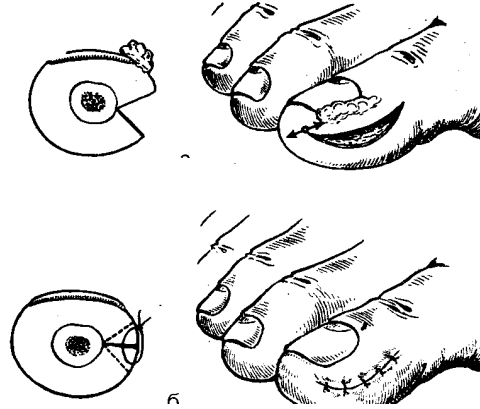
- Genetik səbəblər. Əgər ailədə dırnaq batması problemi olan varsa, onda digər ailə üzvündə də olma ehtimalı olduğundan ehtiyatlı olmaq məsləhət görülür.

- İnfeksiyon səbəblər. Dırnaqda göbələk və digər infeksiyalar səbəbindən dırnaq toxumasının qalınlaşmasına və genişlənməsinə səbəb olmaqla dırnaq batmasına gətirib çıxarır.

Klinik şəkli. Dırnaq batması birdən-birə özünü biruzə vermir. O özünü dırnaq kənarında qızartı, həssaslıq, şişkinlik, gəzərkən çətinlik çəkmək, ayağı yerə sixa bilməmək, dırnaq kənarında iltihablaşma, qanama və şiddətli ağrı şəklində göstərir. Daha çox ayağın 1-ci barmağında rast gəlinən dırnaq batmasının ilk mərhələsində dırnaqda şişkinlik və yalnız qızartı görünür. İlk vaxtlarda iltihablaşma və irin olmur. Lakin dırnaq batıqları olduqca ağrılı olur. Pasiyentin gündəlik həyatının, hətta iş həyatına da təsir edir. İnkişaf edən bu ağrının yanında batıq dırnaqlarda, asanca infeksiya inkişaf edib daha ciddi problemlərə də yol açə bilər. Dəri altında özünə yer edən dırnaq, infeksiyaları dəri altına daşıyaraq və dərialtında iltihabi proses başlamasına səbəb olur. Daha sonra hər hansı bir müdaxiləyə məruz qalmayan dırnaq batması daha da ağırlaşır və batan hissədə

qızartı, ağrı, şişkinlik, yüksək temperatur kimi şikayətlər başlayır. Dırnaqdan gələn irinli-iltihabi axıntı sonralar bəzən barmaq falanqasının iltihabına da səbəb ola bilər.

Müalicəsi operativdir. Ayağın baş barmağında Bartlet əməliyyatı aparılır (şəkil 81).



Şəkil 81. Dırnaq batması zamanı aparılan Bartlet əməliyyatı

Yoxlama sualları:

1. Aşağı ətraf zədələnmələrində immobilizasiya necə icra edilir?
2. Baldır sümükləri sınıqları zamanı ilk yardım nədən ibarətdir?
3. Diz qapağının sınığının əlamətləri necədir?
4. Əyripəncəliyin hansı növləri vardır?
5. Artritlərin fəsadları nədir?
6. Bud sümüyünün diafiz sınıqları zamanı nə vaxt operativ müalicə aparılır?
7. Baldırın hər iki sümüyü sındıqda nə etmək lazımdır?
8. Bud sümüyünün boynunun sınığının əlamətləri nədir?
9. Qamış sümüyünün çıxığında gips sarğısı nə müddətə qoyulur?
10. Anadangəlmə bud çıxığının əlamətləri nədir?

Situasiya məsələləri:

I. 3 yaşlı uşaq yelləncəkdən sağ ayağı üzərində yıxılmışdır. Müayinədə sağ budun orta üçdə birində toxumaların ödəmi və lokal ağrı müəyyən edilir. Həmin nahiyədə yüngül varus deformasiyası da qeyd olunur, ayaq qısaadır. Zərərçəkən immobilizasiya edilmədən qəbul şöbəsinə gətirilib. Diaqnozu formalaşdırın. Müayinə planını qurun. Xəstəni müalicə etmə taktikasını təyin edin. Mümkün ağırlaşmaları sadalayın.

II. 7 aylıq körpəyə anadangəlmə bud çanaq oynaqının çıxığı diaqnozu qoyulmuşdur. Bu diaqnoz uşağa hansı klinik əlamətlərə görə qoyulmuşdur?

MÖVZU 50. Periferik damarların cərrahi xəstəlikləri

Tələbə bilməlidir:

- ✓ Angiologiyanın müayinə üsullarını;
- ✓ Damar xəstəliklərinin əlamətlərini;
- ✓ Damar xəstəliklərinin diaqnostikasını;
- ✓ Damar xəstəliklərinin müalicəsini;
- ✓ Damar xəstəliklərinin profilaktikasını;
- ✓ Xəstələrə qulluqda tibb bacısı işinin xüsusiyyətlərini.

Mühazirənin planı:

- Angiologiyanın müayinə metodları.
- Aşağı ətraf damarlarının xəstəlikləri (obliterədici endarterit və obliterədici ateroskleroz).
 - Venaların varikoz genişlənməsi
 - Tromboflebit.
 - Reyno xəstəliyi.

Klinik angiologiya daxili xəstəliklər elminin bir sahəsidir. O, qan və limfa damarları xəstəliklərinin etiologiyasını, patogenezi, simptomatologiyasını, klinik gedişini öyrənir, onların diaqnostika, müalicə və profilaktika üsullarını işləyib hazırlayır. Periferik damarların cərrahi xəstəlikləri ilə cərrahi angiologiya, başqa sözlə damar cərrahiyyəsi məşğul olur. Damar cərrahiyyəsi cərrahiyyənin elə bir sahəsidir ki, burada xəstələrin diaqnozunun qoyulması və əməliyyatdan sonra xəstənin idarə edilməsi üçün yalnız bu sahəyə xas olan xüsusi müayinə metodlarını mənimsəmək lazımdır. Periferik arteriyaların vəziyyəti haqqında ən böyük məlumatı reovazografiya, ultrasəs metodu, tomoqrafiya və angioqrafiya ilə əldə etmək olur.

Reovazografiya - ətrafın qanla dolmasından asılı olaraq toxumaların dəyişən elektrik müqavimətinin dalğalarının qeyd edilməsinə əsaslanır. Bu metod magistr al damarların və kollateral qan dövranının vəziyyətini qiymətləndirməyə imkan verir.

Ultrasəs fluometriya – Dopler effektinə əsaslanır və damarda hərəkət edən qanın səthindən əks olunan ultrasəs selinin qeyd edilməsindən ibarətdir. Dəri üzərinə qoyulan ultrasəs sensoru ətrafların magistr al arteriyalarının keçiriciliyini təyin edir, arteriyalardakı təzyi qi ölçür və qan axınının xətti sürətini təyin etməyə imkan verir.

Angioqrafiya – damar xəstəliyinin dəqiq topoqrafik diaqnozu üçün vacibdir. Üç növü ayırd edilir.

1. Punksion atriografiya – bu zaman kontrast maddə bir başa periferik arteriyalardan birinə (bud, bazu) yeridilir.

2. Aortoarterioqrafiya – aortanın bu və ya digər hissəsinə retroqrad olaraq periferik arteriyalardan (bud) xüsusi rentgenokonstrast zond yeridilir və kontrast maddə vurularaq ardıcıl rentgen şəkilləri çəkilir.

3. Translyumbalaortoqrafiya – bu zaman aorta xüsusi iynə vasitəsilə XII döş, I bel fəqərəsi səviyyəsində punksiya olunur və kontrast maddə yeridilərək rentgen şəkilləri çəkilir.

Periferik damarların xəstəlikləri

Obliterədici endartrit – arterial damarların tədricən obliterasiyası ilə müşayiət olunan xəstəlikdir. Ən çox aşağı ətrafların (ayağın və baldırın) damarları zədələnərək onların mənəfi kiçilməklə toxumaların qan təchizatı pisləşir. 50 yaşadək gənc kişilər daha çox xəstələnirlər. Meylləndirici amillərə ayaqların soyuqlamasını, sinirpsixi travmanı, papiros çəkməyi və xroniki infeksiyaları misal göstərmək olar. Xəstəlik əvvəlcə damarların spazmı, daha sonra divarlarında birləşdirici toxuma yayılması şəklində morfoloji dəyişikliklər baş verir.

Əvvəlcə xəstələr zədələnmiş ətrafda soyuqluq hissi və qarışqa gəzmək hissiyatından şikayətlənirlər. Daha sonra şiddətli ağrı baldır əzələlərini əhatə edir. Əvvəlcə bu ağrılar yalnız xəstələr yol gəzərkən müşahidə olunur və məcburən dayandıqda isə yox olurlar. Hərəkətə davam etdikdə ağrılar yenidən başlayır və xəstələr axsayırlar. Belə axsama “fasiləli axsama” adlanır və xəstəliyin əsas əlaməti hesab olunur. Xəstəlik inkişaf etdikcə xəstənin axsamadan qət edə bildiyi məsafə azalır. Xəstələr dözülməz ağrıya görə yata bilmirlər. Çox zaman ağrını azaltmaq üçün xəstələr çarpayıda oturub pəncəni döşəməyə sıxırlar. Bundan əlavə, xəstələr xəstə ətrafın üşüməsindən, soyuqda həssaslığın artmasından, yorğunluq hissindən, keyimədən, qıcolmadan şikayətlənirlər. Baxma zamanı xəstəliyin ilk dövründə dəri örtüyünün avazıması qeyd olunur. Sonra dəri qu-

ruyur və qabıq verir, dırnaqlar kövrəkləşir və deformatsiyaya uğrayır, baldır nahiyəsində tüklər tökülür, palpasiya etdikdə soyuqluq hiss olunur. Dizaltı, ön və arxa qamış arteriyalarında nəbz vurğusu təyin edilmir. Bir müddət sonra adətən ayağın I barmağının rəngi dəyişir və sonra yara əmələ gəlir. Bu yara artaraq digər barmaqlara da keçir və falanqalar səviyyəsində səthi yumşaq toxumalar nekrozlaşdırılır, daha sonra barmaqların və bütöv ayağın qanqrenası əmələ gəlir.

Müalicəsi ətrafın qan təchizatının yaxşılaşmasına yönəldilir. Damarları sıxa bilən əlavə yüklərin məhdudlaşdırılması tövsiyyə olunur. Xəstəyə spazmolitiklər və damargenişləndiricilər təyin olunur. Diprafen, paxikarpin preparatları, B₁, B₁₂, C vitaminləri tətbiq edilir. Böyrəkətrafi novokain blokadası və dəri altına oksigenin yeridilməsinin də müəyyən təsiri vardır. Konservativ tədbirlər effekt vermədikdə cərrahi əməliyyata müraciət olunur. Zədələnmiş damarın mənfəzindən intima qatı ilə birgə aterosklerotik yastıqlar və tromb kütləsi xaric edilir. Bəzən damarların keçiriciliyini bərpa etməkdən ötrü şuntlama və ya protezləmə aparılır. Ətrafların qanqrenası zamanı nekrektomiya və ya ətrafın amputasiyası əməliyyatı icra edilir. Xəstələrə papiros çəkmək qadağan edilir.

Obliterəedici ateroskleroz ətrafların arteriyalarında aterosklerotik dəyişikliklər onların mənfəzinin daralmasına, ardıyca tromboza, daha sonra obliterasiyasına səbəb ola bilər. Obliterəedici ateroskleroz 45-60 yaşlarda oturaq həyat tərzi keçirən, tez-tez sarsıntılara məruz qalan, hipertoniyaya meyilli insanlarda daha çox aorta və onun şaxələrinə məhəlli pozuntular şəklində müvafiq klinik əlamətlərlə özünü göstərir. Ən çox kişilər xəstələnilir.

Obliterəedici ateroskleroz obliterəedici endoartritə nisbətən daha zəif gedişə malikdir. Lakin nekrotik dəyişikliklər inkişaf etdikdə müalicəyə çətin tabe olurlar. Xəstəliyin əlamətləri ayağın arteriyalarında nəbzın olmaması, ayağın üşüməsi və “fasiləli axsama”dır. Xəstəlik ilkin mərhələdə ətrafların distal hissələrində “fasiləli axsama” ilə başlayır. Xəstəliyin proqressivləşməsi ilə əlaqədar olaraq magistral arteriyalarla yanaşı onların şaxələri də obliterasiyaya uğrayır, ayaq və barmaqlarda nekrotik dəyişikliklər meydana çıxır, ağır hallarda ayağın və baldırın qanqrenası baş verir. Obliterəedici

endoartritlə, obliterəedici aterosklerozun klinik mənzərəsində çoxlu ümumi oxşarlıqlar vardır. Nekrozun və qanqrenanın əmələ gəlmə mexanizmi obliterəedici endoarteritdə olduğu kimidir.

Müalicəsində spazmolitiklər, antikoagulyantlar və C vitamini və B qrupu vitaminləri təyin olunur. Məhdud daralmalar və tromboz zamanı arteriyalarda plastik əməliyyatlar aparılır. Qanqrena inkişaf etdikdə budun aşağı 1\3-dən ətraf amputasiya edilir.

Venaların varikoz genişlənməsi ən çox aşağı ətraf venalarında müşahidə olunur və adətən böyük dərialtı səthi venalar zədələnir. Meylləndirici amillərə vena damarların innervasiyasının və endokrin tənzimlənmənin pozulması, damarlarının divarının əzələlərinin zəifliyi nəticəsində onun elastikliyinə pozulması, venalarda hidrostatik təzyiqin hamillik, qarın boşluğunun şişləri, qəbizlik, öskürək, sidik ifrazının çətinləşməsi ilə qarındaxili təzyiqin artması nəticəsində yüksəlməsi, piylənmə, uzun müddət ayaq üstə dayanmaqla əlaqəli peşələr (isti sexlərdə, camaşırxanalarda, çörək zavodlarında) və venoz qapaqların irsiyyət mənşəli çatışmazlığı aiddir.

Klinik şəkli. Xəstələri zədələnmiş ətrafda yorğunluğun artması, ağırlıq hissənin olması, baldırın və ayağın şişməsi, ayaq üstə dayandıqda baldırda və budun içəri səthində aydın görünən qıvrılmış və genişlənməmiş dərialtı venaların olması narahat edir. Baldır əzələlərində qıcolmalar da ola bilər. Venaların genişləndiyi nahiyələrdə dəri nazikləşir, piqmentləşir, qabıq verir, ekzema və sağalamayan xoralar əmələ gəlir. Xoranın sevimli lokalizasiyası baldırın aşağı 1\3-nin daxili səthidir. Diaqnoz fleboqrafiya ilə təsdiqlənir.

Müalicəsi konservativ və operativ yollardır. Konservativ müalicədə elastik bintlərdən və elastik corablardan istifadə olunur. Kiçik varikoz damarlara sklerozlaşdırıcı maddələr vurulur. Bu zaman vena sklerozlaşır və onun mənfəzi obliterasiyaya uğrayır. Əhəmiyyətli dərəcədə genişlənməmiş damarlar olduqda onların çıxarılması əməliyyatı aparılır. Cərrahi əməliyyat yalnız dərin damarların keçiriciliyi pozulmadıqda mümkündür.

Tromboflebit. Mənfəzində tromb əmələ gəlməsi ilə müşayiət olunan venaların divarlarının (flebit) kəskin iltihabıdır. Xəstəliyin inkişafına kömək edən səbəblərə infeksiya, travmatik xəsarətlər, bəd xassəli şişlər, allergik, toksik, mübadilə-distروفik proseslər

aiddir. Ən çox aşağı ətrafların venalarında təsadüf olunur. Dərin venaların tromboflebiti isə septiki, ümumi infeksiyon və toksiki xəstəliklər, hipodinamiya, zədələnmələr və şişlər zamanı yaranır. Ən çox baldırın dərin venalarında rast gəlinir. Tromboflebit – tez-tez venaların varikoz genişlənməsinin gedişini ağırlaşdırır.

Klinika və diaqnostikası. Xəstənin əsas şikayəti fiziki yüklənmə, öskürmə və hərəkət zamanı tromblaşmış vena boyunca ağrının artmasıdır. Baxma zamanı tromb sahəsində şişkinlik və dəri örtüyünün hiperemiyası qeyd olunur. Palpasiya zamanı ətraf toxumalardan sərhədlə ayrılmış bərkimə aşkar olunur. Bəzən isə iltihablaşmış ilfiltrat ətraf toxumalara və dəriyə yayıla bilir (periflebit). Zədələnməyə məruz qalan sahədə ətrafın həcmi 1-2 sm. artır. Xəstənin ümumi vəziyyəti stabil olur. Bədənin temperaturu subfebril olur. Trombun irinləməsi nəticəsində septik vəziyyət inkişaf edir.

Müalicəsi xəstəliyin lokalizasiyasından asılıdır. Patoloji proses yalnız baldır nahiyəsi ilə məhdudlaşdırsa xəstəni ambulator şəraitdə müalicə etmək olar. Xəstəyə ətrafı asılmış vəziyyətdə (yaxşı olar ki, Beler şinası üzərinə qoyulsun) yataq rejimi təyin edilir. Masaj, müalicəvi bədən tərbiyə, fizioterapiya qəti qadağan edilir. Çünki onlar trombun qopmasına və ağciyər arteriyasının emboliyasına səbəb ola bilər. Tromb bud venasının mənfəzinə düşərək ağciyər arteriyasının trombozu üçün real təhlükə yaradır.

Antikoaqulyantlar, mikrosirkulyasiyanı yaxşılaşdıran trombositlərin funksiyasını tənzimləyən (aspirin, trental, treksevazin, venorutin) və qeyri steroid iltihab əleyhi preparatlar (butadion, reopirin və s.) təyin edilir. Yerli olaraq heparin məlhəmi istifadə edilir və mütləq ətraf elastik bintlə sarınır. Əgər bud arteriyasına trombun qalxma təhlükəsi yaranarsa onda təcili cərrahi müdaxilə aparılır. Təngnəfəslik, döş qəfəsində şiddətli ağrı, xəstənin vəziyyətində kəskin pisləşmə qeyd olunarsa ağciyər arteriyasının emboliyası haqqında düşünmək və təcili olaraq həkimə müraciət etmək lazımdır.

Reyno xəstəliyi və ya ətrafların simmetrik qanqrenası – ayaq və barmaqların xroniki xəstəliyi olub arterial qan dövranının tutmaşəkili pozğunluğu ilə xarakterizə olunur. Kiçik uc arteriya və arteriolarlar zədələnir. Əl və ayaq barmaqlarının, nadir hallarda burnun ucunun və qulağın damarlarının spazmi nəticəsində aydın nəzərə

çarpan mikrosirkulyasiya pozğunluqları baş verir. Proses ən çox yuxarı ətraflarda, ikitərəfli və simmetrik olur.

Xəstəlik adətən gənc qadınlarda müşahidə olunur. Xəstəliyin səbəblərinə uzunmüddətli soyuqda qalma, barmaqların xroniki travması, qalxanabənzər və cinsiyyət vəzilərinin funksiyasının pozğunluğu, ağır emosional stress, infeksiya, papiros çəkmə, alkoqol qəbulu və digər intoksikasiyalardır. Yaranma mexanizmində əsas rolu isə orqanizmin irsi xüsusiyyətləri və damarların innervasiyasının pozulması oynayır.

Klinika və diaqnostika. Xəstənin barmaqlarında, burnun ucunda, qulağın sırğalığında, çənədə, dilin ucunda, soyuq və büzüşmüş şəkildə spazm tutmalarının təsvir olunması qeyd edilir. Solğun dəri göyərmə ilə əvəz olunur və bu periodda ağrılar güclənir. Çox xəstələr ətrafın soyuğa dözümsüzlüyündən, soyuğa qarşı həssaslığın artmasından və barmaqlarda paresteziyadan şikayət edirlər. Reyno xəstəliyinin tutmaları 5-40 dəqiqədən, bir neçə saata kimi davam edir. Tutmalararası dövrdə əl və ayaqların sianozu qalır. Yayda quru və isti havalarda tutmalar yox olur. Nəmişlik və soyuq təxribatçı amil hesab olunur. Xəstəliyin gecikmiş mərhələsində, barmaq falanqalarının məhdud yaş və quru nekrozu, dərin çatlar, dəridə quruluq, şişkinlik və sklerodaktiliya qeyd olunur.

Obyektiv müayinə Reyno xəstəliyinin əmələ gəlmə səbəbinə xidmət edən xəstəliklərin araşdırılmasına yönəldilməlidir.

Müalicəsi. Xəstədə kompleks konservativ müalicə tədbirləri tələb olunur. Tutmalar dövründə isti proseduralar, spazmolitiklər, fizioterapevtik proseduralar, novokain blokadası təyin edilir, əsas xəstəliyin müalicəsi aparılır. Bəzi hallarda cərrahi müalicəyə müraciət olunur.

Yoxlama sualları:

- 1. Periferik damarların xəstəliklərinin müayinəsi hansı üsullarla aparılır?*
- 2. Venaların varkoz genişlənməsinin səbəblərini sadalayın.*
- 3. Tromboflebitin səbəblərini, klinik mənzərəsini və ağırlaşmalarını izah edin.*
- 4. Obliterəedici endarterit niyə əmələ gəlir?*
- 5. Reyno xəstəliyinin müalicəsi necə aparılır?*
- 6. Obliterəedici aterosklerozun müalicəsi necə aparılır?*
- 7. Periflebit nədir?*

8. Venaların varikoz genişlənməsinin diaqnozu necə təsdiq edilir?
9. Tromboflebitin hansı fəsadları ola bilər?
10. Obliterəedici endarteritin əlamətləri hansılardır?

Situasiya məsələləri:

I. 76 yaşlı kişi baldır əzələlərində daimi ağrılar, yeriyərkən ağrının artması, sağ ayaqda baş barmağın rənginin dəyişməsi şikayətləri ilə sizə müraciət etmişdir. Ayaq pəncəsinin rəngi avazıyıb, sağ pəncə sol pəncəyə nisbətən soyuqdur, pəncə arteriyalarında nəbz vurğusu təyin olunmur. Sizin diaqnoz nədir və taktikanız nədən ibarət olacaq? Sizin xəstədə ehtimal etdiyiniz xəstəliyin diaqnostikasında istifadə olunan müəyinə metodlarından hansılarını tanıyırsınız? Bu xəstəliyin müalicəsində hansı əməliyyat tətbiq edilir?

II. Cərrahi stasionara 30 yaşlı xəstə təxminən 150 metr məsafəni qət etdikdən sonra ayaqlarında yaranan ağrı şikayəti ilə müraciət etmişdir. Xəstənin deməsinə görə ağrıların ucbatından həmin məsafə qədər yol getdikdən sonra dayanmağa və istirahət etməyə məcbur olur. Əvvəllər ilin soyuq havalarda uzun müddət yeriyərkən ayağın I barmağında soyuqluq hiss edirmiş. Dənizdə qazmaçı işləyir və gün ərzində 15 -ə qədər papiros çəkir. Aşağı ətrafların dəri örtüyü qurudur, baldırın ön hissəsinin tükləri tökülmüş, dırnaq sədəfləri sınmış, ayaqarxası arteriyalarda nəbz yoxdur. Xəstəliyin diaqnozunu qoyun.

İSTİFADƏ OLUNAN ƏDƏBİYYAT

- 1.Z.Məmmədov. Ümumi cərrahlıq Bakı, 1969
- 2.H.A.Sultanov, Q.H.Əliyev, Z.Z.Məmmədli. Cərrahiyyə, Bakı, 1997.
- 3.B.A.Ağayev, Cərrahi xəstəliklər, Bakı, 2000
- 4.A.Məmmədov, T.Məmmədova, Yumşaq sargılar, Bakı-Təbib, 2002.
- 5.C.H.Naciyev, R.Y.Əliyev, Təxirəsalınmaz Tibbi yardım, Bakı, 2005
- 6.C.Cəfərov. Ümumi cərrahlıq, Bakı, 2006
- 7.C.H.Naciyev, Ümumi cərrahlıq, I-II cild, Bakı, 2013
- 8.İ.Q.Əmənullayev, Tibbi biliklərin əsasları, Bakı, 2004
- 9.İ.Q.Əmənullayev, Tibb bacısının ümumcərrahi vərdişləri, Bakı, 2016
10. A.Q.Lixaçov, Burun, boğaz, xəstəlikləri, Bakı 1966.
11. Y.Ə.Qasimov, Qulaq-burun və boğaz xəstəlikləri, Bakı: Maarif, 1980.
12. Ü. Z. Dadaşova, R. Ş. Talışinski, Ş. İ. Quvalov, Qulaq, burun və boğaz xəstəlikləri, Bakı - 2019
13. Атласова М.И., Сестринский уход при различных заболеваниях и состояниях, Якутский медицинский колледж
14. Алтухов а. В., Медсестринство в хирургии, Крымский медицинский колледж.
15. П. Н. Мишинькин, А. Ю. Неганова, Конспект лекций по общей хирургии, «Научная книга» 2009.
16. Сестринское дело в хирургии. Конспекты лекций, <https://infourok.ru/sestrinskoe-delo-v-hirurgii-konspekti-lekciy-1739115.html>
17. Особенности работы медсестры хирургического отделения, https://otherreferats.allbest.ru/medicine/00554087_0.html
18. Сестринское дело в хирургии, Медицинский Колледж №2 г. Москва, 2016 год
19. Сестринское дело в хирургии, Санкт-Петербургский медицинский колледж №1, 2006

20. Рабочая тетрадь, Сестринское дело в хирургии, Энгельсский медицинский колледж, 2010
21. М.А.Евсеев-Уход за больными в хирургической клинике, Москва, «ГЭОТАР-Медиа» -2008
22. Р.А.Галкин, С.П.Двойников, Сестринское дело в хирургии, Москва -2000
23. В.К. Гостищев, Общая хирургия, учеб.,«ГЭОТАР-Медиа»-2002
24. Т.П. Обуховец, Т.А.Склярова, О.И.Чернова,Основы сестринского дела, Ростов-на-Дону, Феникс-2005
25. Л.А.Волков, А.С.Зюзько, Основы ухода за больными хирургического профиля, Благовещенск-2010
26. Н.В.Барыкина, В.Г.Зарянская, Сестринское дело в хирургии, Ростов-на-Дону, «Феникс»-2012
27. А.А.Глухов, А.А.Андреев и др., Основы ухода за хирургическими больными,«ГЭОТАР-Медиа»-2008
28. И.В.Яромич, Сестринское дело и манипуляционная техника, Минск, «Высшая школа»-2011
29. Н.П.Володченко, Асептика и антисептика, Благовещенск-2011
30. В.Г. Климовицкий, В.Н.Гастернок. Манипуляции в практике ургентной травматологии, Донецк, «Сталкер»-2003
31. С.А.Мухина, И.И.Тарновская, Атлас по манипуляционной технике сестринского ухода, Москва «АНМУ»-1997
32. В.Г.Стецюк, Сестринское дело в хирургии, Москва, «ГЭОТАР-Медиа»-2013
33. А.В.Возьмитина,Т.Л. Усевич, Медсестра хирургического профиля. Ростов-на-Дону «Феникс»-2002
34. Н.В. Барыкина, О.В.Чернова, Сестринское дело в хирургии, Ростов-на-Дону, «Феникс»-2015
35. А.А.Шевченко, Клинический уход за хирургическими больными, «ГЭОТАР-Медиа»-2007
36. Н.В.Широкова и др., Основы сестринского дела, Алгоритмы манипуляций, М.«ГЭОТАР-Медиа»-2010
37. Мухина С.А., Тарновская И.И. Теоретические основы сестринского дела, «ГЭОТАР-Медиа»-2009

38. Н.В.Дергунова, Сборник манипуляций по общей хирургии, Калуга 2011
39. А.В. Возьмитина, Н.В. Барыкина. «Практические навыки и умения медицинской сестры в хирургии», Феникс, Ростов на Дону, 2002 год.
40. В. М. Кузнецова. «Сестринское дело в хирургии», Феникс, Ростов на Дону, 2002 год.
41. А.Д. Морозова, Т.А. Конова. «Хирургия», Феникс, Ростов на Дону, 2002 год.
42. В.В. Русанов, И.Х. Аббясов. «Сестринское дело в хирургии», Издательство Бочкарёвой, Калуга, 2000 год.
43. Пальчун В.Т., Вознесенский Н.Л. - Болезни уха, горла и носа. Учебник для медучилищ, 1986 Медицина.
44. И.Б.Солдатов, Руководство по оториноларингологии, Издательство: Медицина 1997.
45. Погосов В.С. (ред.) Атлас оперативной оториноларингологии, Медицина, 1983. - 416 с.
46. Борис Шеврыгин, Детская амбулаторная оториноларингология, Медицина, 1991
47. Шустер М.А., Калина В.О., Чумаков Ф.И. Сборник. Неотложная помощь в оториноларингологии, Медицина 1989.
48. Чернов Даниил Евгеньевич, Десмургия: обучение технике наложения мягких повязок .

MÜNDƏRİCAT

GİRİŞ.

MÖVZU 1. Cərrahiyyə və cərrahi xəstəliklər haqqında anlayış. Cərrahiyyənin və otorinolaringologiyanın inkişaf mərhələləri və tarixi.....5

I BÖLMƏ.. ÜMUMİ CƏRRAHİYYƏ. CƏRRAHİ FƏALİYYƏTİN ELEMENTLƏRİ.

MÖVZU 2. Xəstəxanadaxili cərrahi infeksiyanın profilaktikası. Aseptika24

MÖVZU 3. Antiseptika. Antiseptik maddələrin əsas qrupları. Cərrahiyyədə QİÇS-in profilaktikası41

MÖVZU 4. Ağrısızlaşdırma. Anesteziologiyanın əsasları. Ümumi və yerli anesteziya.52

MÖVZU 5. Hemostaz. Qanaxmalar və onların dayandırılması üsulları..... 72

MÖVZU 6. Transfuziologiyanın əsasları. Qanköçürmənin tarixi, qan qrupları haqqında təlim.89

MÖVZU 7. İnfuziya. Qanın komponentləri, preparatları, qan əvəzedicilər. ...104

II BÖLMƏ. QEYRİ-OPERATİV CƏRRAHİ TEXNİKA.

MÖVZU 8. Desmurgiya haqqında təlim.Yumşaq və bərk sarğılar. 109

MÖVZU 9. Yaraların və bədən boşluqlarının punksiyaları və drenajlanması. Endoskopiya.....128

MÖVZU 10. Cərrahi xəstəliklər və onların müalicəsi zamanı həyat fəaliyyətinin ümumi pozğunluqları. Terminal vəziyyət.....144

III BÖLMƏ. CƏRRAHİ FƏALİYYƏTİN ƏSAS İSTİQAMƏTLƏRİ.

MÖVZU 11. Cərrahi işin təşkili. LOR cərrahlığı.155

MÖVZU 12. Ambulator cərrahiyyə. Cərrahi xəstələrin müayinəsi.166

MÖVZU 13. Operativ cərrahiyyə. Cərrahi əməliyyatın növləri180

MÖVZU 14. Əməliyyatdan qabaqkı dövr. Cərrahi xəstələrin əməliyyata hazırlanması.190

MÖVZU 15. Cərrahi əməliyyat dövrü.....201

MÖVZU 16. Əməliyyatdan sonrakı dövr.214

MÖVZU 17. Cərrahi və LOR xəstələrinin süni qidalandırılması225

MÖVZU 18. Müasir endoskopik, laparoskopik və lazer cərrahlığı. Feldşer təcrübəsində kiçik cərrahlıq.....230

MÖVZU 19. Cərrahi deontologiya. Tibb bacısının işində deontologiya..... 242

IV BÖLMƏ. CƏRRAHİ PATOLOGİYANIN ÜMUMİ NÖVLƏRİ.

MÖVZU 20. Travmatologiyanın ümumi məsələləri. Zədələnmələr.....249

MÖVZU 21. Çıxıqlar və sınıqlar.267

MÖVZU 22. Yaralar haqqında təlim282

MÖVZU 23. Termiki zədələnmələr. Kimyəvi yanıqlar. Udlağın və qırtlağın yanıqları.....297

MÖVZU 24. Elektrotravmalar və donmalar.315

MÖVZU 25. Cərrahi infeksiyalar. Kəskin irinli aerob cərrahi infeksiyalar	322
MÖVZU 26. Kəskin anaerob cərrahi infeksiyalar. Ümumi irinli cərrahi infeksiya- sepsis	335
MÖVZU 27. Xroniki spesifik cərrahi infeksiyalar.	348
MÖVZU 28. Nekrozlar, xoralar, fistulalar, yataq yaraları	352
MÖVZU 29. Onkologiyanın əsasları. Şişlər	361
MÖVZU 30. Kəskin qurd invaziyası. Cərrahi parazit xəstəliklər	375

V BÖLMƏ. CƏRRAHİ PATOLOGİYANIN XÜSUSİ NÖVLƏRİ.

MÖVZU 31. Başın, üzün, boyunun və ağız boşluğunun zədələnmələri	382
MÖVZU 32. Başın, üzün, boyunun və ağız boşluğunun cərrahi xəstəlikləri	401
MÖVZU 33. Cərrahi teratologiya. Anadangəlmə cərrahi qüsurlar və eybəcərliklər	411
MÖVZU 34. Burun və onun əlavə ciblərinin zədələnmələri	420
MÖVZU 35. Burun və onun əlavə ciblərinin xəstəlikləri	425
MÖVZU 36. Qulağın zədələnmələri və xəstəlikləri	433
MÖVZU 37. Udluğun və qırtlağın zədələnmələri və xəstəlikləri.	446
MÖVZU 38. LOR üzvlərinin peşə və spesifik xəstəlikləri.	464
MÖVZU 39. Döş qəfəsinin və döş boşluğu üzvlərinin zədələnmələri	473
MÖVZU 40. Döş qəfəsinin və döş boşluğu üzvlərinin cərrahi xəstəlikləri	483
MÖVZU 41. Qarın divarı və qarın boşluğu üzvlərinin zədələnmələri. "Kəskin qarın" sindromu	495
MÖVZU 42. Qarın divarının və göbəyin cərrahi xəstəlikləri	504
MÖVZU 43. Qarın boşluğu üzvlərinin cərrahi xəstəlikləri	513
MÖVZU 44. Proktologiyanın əsasları. Düz bağırsağın zədələnmələri və cərrahi xəstəlikləri	535
MÖVZU 45. Urologiyanın əsasları. Sidik-cinsiyyət üzvlərinin zədələnmələri və cərrahi xəstəlikləri	547
MÖVZU 46. Onurğanın zədələnmələri və cərrahi xəstəlikləri	573
MÖVZU 47. Çanağın zədələnmələri və cərrahi xəstəlikləri	584
MÖVZU 48. Yuxarı ətrafların zədələnmələri və cərrahi xəstəlikləri	591
MÖVZU 49. Aşağı ətrafların zədələnmələri və cərrahi xəstəlikləri	604
MÖVZU 50. Periferik damarların cərrahi xəstəlikləri	614

CƏRRAHIYƏDƏ TİBB BACILIĞI

(Tibb kollecləri tələbələri üçün dərslik)

“Elm və təhsil” nəşriyyatının direktoru:
professor Nadir MƏMMƏDLİ

Dizayner: Kamran İbrahimov
Texniki redaktor: Rövşanə Nizamiqızı

Çapa imzalanmış 24.02.2022
Şərti çap vərəqi 39. Sifariş № 17
Kağız formatı 60x90 1/16. Tiraj 500

Kitab “Elm və təhsil” nəşriyyat-poliqrafiya
müəssisəsində səhifələnib, çap olunmuşdur
E-mail: elm.ve.tehsil@mail.ru
Tel: 497-16-32; 050-311-41-89
Ünvan: Bakı, İçərişəhər, 3-cü Maqomayev 8 /4