

M.Y.NƏSİROV

Z.Ə.SALAHOV

E.Y.ŞƏRİFOV

**HƏRBİ
CƏRRAHLIĞA
DAİR RƏHBƏRLİK**

BAKI – 2017

Redaktor əməkdar elm xadimi professor H.A.Sultanov

Rəyçilər: akademik B.A.Ağayev və əməkdar elm xadimi professor V.Q.Verdiyevdir.

Təkmilləşdirilmiş, əlavələr və düzəlişlər aparılmış bu kitab 36 fəsildən ibarətdir. Burada hərbi-səhra cərrahiyyəsinin müxtəlif sahələri müasir tələbata uyğun şəkildə işıqlandırılmışdır. Təkrar olunmaz tərəflərindən biri də ondan ibarətdir ki, burada Ermənistan-Azərbaycan Dağlıq Qarabağ münaqişəsindən bəhs edən faktik materiallardan daha geniş istifadə olunmuşdur. Vəsait Tibb Universitetinin tələbələri, Hərbi Tibb Fakültəsinin dinləyiciləri üçün və hərbi sahədə xidmət göstərən həkimlər üçün nəzərdə tutulmuşdur. Kitabdan müxtəlif ixtisaslı cərrahlar və travmatoloqlar da faydalana bilərlər. Kitab həmçinin cərrahlığın ayrı-ayrı sahələri üzrə tədris prosesində çalışan professor və müəllim heyəti üçün də lazımlı vəsait rolunu oynaya bilər. Kitab Azərbaycan Respublikasının təhsil nazirliyinin 17.12.2012-ci il 2200 sayılı əmri ilə çap olunur.

ÖN SÖZ

Azərbaycan Postsovet məkanında olan ölkələrdən öz geostrateji və geosiyasi mövqeyi ilə seçilir. Obrazlı desək, Azərbaycan qoca Şərqi qapısında yanar bir məşəl kimi Avropa və Asiyayı birləşdirir. Bu baxımdan ipək yolu magistralının başa çatması üçün sürətli işlər gedir. Respublikamızda son 20 il ərzində həyata keçirilən Qlobal iqtisadi siyasət əhali arasında yoxsulluğun minimuma endirilməsinə, vətəndaşların maddi rifahının yaxşılaşmasına və Azərbaycanın beynəlxalq arenada nüfuzunun artmasına imkan vermişdir.

Bütün bunlarla bərabər yaxın keçmişimizdə Qarabağ münaqişəsində ölkə ərazisinin 20%-dən çoxu işğal olunmuş, torpaqların geri alınması Respublika ictimaiyyəti qarşısında mühüm bir problem olaraq qalmaqdadır. Torpaqların dinc yolla geri qaytarılması uğrunda bütün vasitələrdən istifadə edilsə də, məsələnin hərbi yolla həll olunması da istisna olunmur. Həmin məqsədin yerinə yetirilməsi ölkənin hərbi potensialının yüksəldilməsini, düşməni hər an yerində susdurmağa qadir olan möhtəşəm milli ordumuzun yetişməsinə tələb edir. Bu işdə Ordunun bütün xidmət sahələrində olduğu kimi onun tibb xidmətinin də üzərinə böyük vəzifələr düşür. Müharibə zamanı hərbi zədələnmələrin diaqnostikası və müalicəsinin təşkili, onun nəticələrinin yaxşılaşdırılması ilk növbədə kadr hazırlığının keyfiyyətinin yüksəldilməsini tələb edir. M.Y.Nəsirov Z.Ə.Salahov və E.Y.Şərifovun yazdıqları "HƏRBİ CƏRRAHLIĞA DAİR RƏHBƏRLİK" kitabında toxunulan məsələlər məhz həmin məqsədə xidmət edir. Kitab 36 fəsildən ibarətdir.

Birinci fəsildə hərbi-səhra cərrahiyyəsi haqqında anlayış, onun məzmunu, inkişaf mərhələləri, müharibə şəraitində tibbi yardımın təşkili və həyata keçirilməsi qaydalarından, cərrahi profilli sanitar itgisinin xarakteristikasından və xüsusiyyətindən bəhs olunur. Burada Hərbi Tibbi Doktrinanın mahiyyəti və onun həyata keçirilməsi qaydalarının metodoloji prinsiplərini təfərrüfatla açıqlanır. Xəstə və yaralıları müharibə şəraitində göstərilən yardım, şübhəsiz ki, dinc dövrdə həyata keçirilən yardımdan əsaslı surətdə fərqlənməli, yardımın həcmi, növbəliliyi və ardıcılığı eləcə də onun tamamlama prinsipi əsasında həyata keçirilməsi qaydası nəzərə alınmalıdır.

Kitabda odlu silah yaralanmalarının xarakteristikası, yaralanmalar zamanı kəskin qanaxmalar və qanıtırmələr, onların nəticələrinin aradan qaldırılması qaydaları ətrafı şəkildə şərh edilmiş, döyüş zədələnmələri zamanı mərhələli yardımın təşkili və müalicənin həyata keçirilməsi qaydalarından bəhs edilmişdir. Döyüş zədələnmələri zamanı qanaxmalar, travmatik şok və uzunmüddətli sıxılma sindromu, müxtəlif mənşəli asfiksiyalar geniş şəkildə şərh olunmuş, patogenetik müalicənin əsaslandırılmasının prinsiplərini cəhətləri göstərilmişdir. Yaralanmalar zamanı infeksiya fəsadlaşmalar, anaerob və çürüntülü infeksiya, tetanus, hərbi xidmətçilər arasında termik zədələnmələr müvafiq fəsillərdə şərh edilmişdir.

Nahiyələr üzrə zədələnmələr, yaralanmalar zamanı cərrahi taktikanın seçilməsi və həyata keçirilməsi geniş şəkildə şərh olunmaqla diaqnozun əsaslandırılması, differensial diaqnostika, müalicə taktikası zədələnmə nahiyəsindən asılı olaraq, onun yerinə yetirilməsi alqoritmlər əsasında verilmişdir. Mürəkkəb yaralanmalar zamanı mövcud təsnifat sistemi bir daha nəzərdən keçirilmiş, ona müəyyən düzəlişlər aparılmışdır. Məsələn, torakoabdominal yaralanmalarda diafraqmanın zədələnməsinin mütləq hal kimi qiymətləndirilməsi anlayışı faktik materiallara əsaslanmaqla təkrar olunmuşdur. Buna uyğun olaraq, torakoabdominal yaralanmaların müasir təsnifatı verilmiş və müvafiq müalicə-diaqnostik alqoritmləri işlənilib hazırlanmışdır.

Kitabda mürəkkəb hərbi zədələnmələrin xüsusi gedişə malik olması xarakterizə olunmaqla bərabər, müalicə prosesində qarşılıqlı ağırlaşma sindromunun, poliorqan çatmamazlığın və prosesin mərhələlərlə keçməsi, buna uyğun olaraq, operativ müdaxilənin həyata keçirilməsi zamanı orqanizmin kompensasiya və adaptasiya mexanizmlərinin nəzərə alınması, kütləvi zədələnmələr və fəlakətlər zamanı hərbi təbabətin əsas prinsiplərinin yerinə yetirilməsinin vacibliyi ətrafı şərh edilmişdir.

Yuxarıda deyilənləri ümumiləşdirərək, belə bir nəticəyə gəlmək olar ki, həllini çoxdan tələb edən hərbi təbabətin mühüm sahəsinə həsr olunmuş bu kitab, Respublikamızın geniş oxucu kütləsinin, tibb ictimaiyyətinin, hərbi tibb kadrlarının maraq və rəğbətini səbəb olacaq, onlar bu kitabdən bəhrələnəcəklər. Kitab Tibb Universitetinin tələbələri, Hərbi Tibb Fakültəsinin dinləyiciləri üçün və hərbi sahədə xidmət göstərən həkimlər üçün nəzərdə tutulmuşdur. Kitabdən müxtəlif ixtisaslı cərrahlar və travmatoloqlar da faydalana bilərlər. Kitab həmçinin hərbi-səhra cərrahiyyəsinin tədrisi ilə məşğul olan professor və müəllim heyəti üçün də lazımlı tədris vəsaiti rolunu oynaya bilər.

Akademik M.A.Topzubaşov adına Elmi Cərrahiyyə Mərkəzinin direktoru akademik B.A.Ağayev

Elmi-tədqiqat Travmatologiya və Ortopediya institutunun direktoru ə.e.x. professor V.Q.Verdiyev

GİRİŞ

70 ildən artıq keçmiş Sovet məkanında məskunlaşmış Respublikamız müstəqillik əldə etdikdən sonra burada elmin müxtəlif sahələrində və iqtisadiyyatda müəyyən nailiyyətlər əldə edilmişdir. İndi artıq Azərbaycanı bütün dünya ölkələri tanıyır, onunla elmin, iqtisadiyyatın və mədəniyyətin müxtəlif sahələrində əməkdaşlıq edir. Təsadüfi deyildir ki, əsrin ən böyük kontraktı məhz bizim ölkədə imzalanmışdır. İpək yolu magistralının başa çatması üçün sürətli işlər gedir. Respublikamızın ərazisi mühüm geostrateji və geosiyasi əhəmiyyət kəsb etmişdir. Dünya ölkələrinin Respublikamıza olan marağ dairəsi getdikcə artmaqdadır.

Lakin müstəqilliyimiz əldə edilməklə bərabər, torpaqlarımızın 20%-dən çox hissəsi işğal olunmuşdur! Bir milyona qədər qaçqın və məcburi köçgünlərimizin olması Respublikamızın iqtisadi-siyasi çətinliklərlə üzləşməsinə gətirib çıxarmışdır. Bütün bunlar hər bir namuslu Azərbaycan vətəndaşını, Vətəninin təəsübkeşi olan hər bir insanı narahat etməyə bilməz. Bu problemlərin həlli siyasi-diplomatik münasibətlərin inkişafı ilə yanaşı, Respublikanın hərbi potensialının da gücləndirilməsini tələb edir.

İndi bizə düşməni yerindəcə susdurmağı bacaran, torpaqlarımızın bütövlüyünün qorunması və itirilmiş torpaqların geri alınmasına qadir olan möhtəşəm bir ordunun yetişdirilməsi vacibdir. Bu yolda Ordunun müxtəlif xidmət sahələrində olduğu kimi, onun tibb xidmətinin də üzərinə böyük vəzifələr düşür. Təsadüfi deyildir ki, hələ Böyük Vətən müharibəsi illərində belə bir kəlam səslənirdi: "Müharibədə yaxşı bir cərrah bir batalyona bərabərdir". Bu kəlmə indi də öz əhəmiyyətini itirməmişdir.

Bu gün əsgər və zabitlərimizin sağlamlığı təcrübəli tibb kadrlarımızın əlindədir. Bu bir faktır ki, məhz onların əməyi sayəsində Qarabağ münaqişəsində minlərlə əsgər və zabitlərimiz yaralandıqdan sonra yenidən öz hərbi xidmətlərini davam etdirməyə nail olmuşlar. Əsgərlərin sağlamlığı qayğısına qalınması bu gün hər bir həkimin, tibb işçisinin xidməti və şərəf borcudur.

Tibb xidmətinin vəzifəsi təkcə müalicə işləri ilə bitmir. Bura eyni zamanda bacarıqlı tibb kadrlarının yetişdirilməsi də daxildir. Tibbi təhsilin, xüsusilə, hərbi təbabətin inkişaf etdirilməsi Respublikamızda ordu quruculuğunun ən ümdə məsələlərindən biridir.

Bu sahə üzrə Respublikada az iş görülməmişdir. Bu məsələ Qarabağ münaqişəsində hərbi hospitallarda sanitar və tibb bacısı yetişdirilməsindən başlanmış, mülki həkimlərimiz hərbi xidmətə keçməklə hərbi təbabətin sirrlərinə yiyələnmiş və təcrübəli hərbi-millî kadrlarımız yetişmişdir.

Hərbi təhsil sistemində ilk müvəffəqiyyətli addım Müdafiə Nazirliyinin nəzdində Tibb Heyəti İnternaturasının təsis olunması, Tibb Heyətinin İxtisaslaşdırılması və Təkmilləşdirilməsi Kurslarının yaradılması ilə bağlı olmuşdur. Fəaliyyət göstərdiyi illər ərzində burada hərbi təbabətin müxtəlif sahələri üzrə 1000-dən artıq həkim kadrları və hərbi sahəsində çalışan orta tibb işçiləri yetişdirilmişdir. Nəhayət Respublika Prezidentinin müvafiq fərmanı ilə Tibb Universitetinin nəzdində Hərbi Tibb Fakültəsinin açılması hərbi tibb kadrlarının hazırlanması işinə təkən vermişdir.

Hazırda dərc etdirdiyimiz "HƏRBİ CƏRRAHLIĞA DAİR RƏHBƏRLİK" kitabı hərbi təbabət üzrə tədris prosesinin təkmilləşdirilməsi ilə bərabər hərbi tibb kadrlarının hazırlığı prosesində keyfiyyətin yaxşılaşdırılması məqsədini də daşıyır. Kitab 36 fəsildən ibarətdir. Burada hərbi təbabətin daha geniş sahələrinə toxunulmuşdur. Ənənəvi klassik hərbi təbabətin tələblərinə uyğun tərzdə yazılsa da, kitabda müasir hərbi təbabətin qlobal məsələlərinə də toxunulmuşdur.

Birinci fəsildə hərbi-səhra cərrahiyyəsi haqqında anlayış, onun məzmunu, inkişaf mərhələləri, müharibə şəraitində tibbi yardımın təşkili və həyata keçirilməsi qaydalarından, cərrahi profilli sanitar itgisinin xarakteristikasından və xüsusiyyətindən bəhs edilir. Burada Hərbi Tibbi Doktrinanın mahiyyəti və onun həyata keçirilməsi qaydalarının prinsipal tərəfləri açıqlanır. Xəstə və yaralıları müharibə şəraitində göstərilən yardım şübhəsiz ki, dinc dövrdə həyata keçirilən yardımdan əsaslı surətdə fərqlənməli, yardımın həcmi, növbəliliyi və ardıcılığı eləcə də onun tamamlama prinsipi əsasında həyata keçirilməsi qaydası nəzərə alınmalıdır. Əks təqdirdə müvəffəqiyyətlərdən danışmaq belə yersiz olardı.

Sonrakı fəsillərdə odlu silah yaralanmalarının xarakteristikası, yaralanmalar zamanı kəskin qanaxmalar və qanıtirmələr və onların nəticələrinin aradan qaldırılması qaydaları ətraflı şəkildə şərh

edilmişdir. Burada yaralanmaların patogenezi, yaraların cərrahi işlənməsi prinsipləri, döyüş zədələnmələri zamanı mərhələli yardımın təşkili və müalicənin həyata keçirilməsi qaydalarından bəhs edilmişdir. Döyüş zədələnmələri zamanı qanaxmalar, travmatik şok və uzunmüddətli sıxılma sindromu, müxtəlif mənşəli asfiksiyalar şərh olunmaqla bərabər, patogenetik müalicənin əsaslandırılmasının prinsipləri də göstərilmişdir. Yaralanmalar zamanı infeksiyon fəsadlaşmalar, anaerob və çürüntülü infeksiya, tetanus, hərbi xidmətçilər arasında termik zədələnmələr də müvafiq fəsillərdə ətraflı şəkildə verilmişdir. Nahiyələr üzrə yaralanmalar: ağır kəllə-beyin zədələnmələri və yaralanmaları, üz-çənə zədələnmələri, döş qəfəsinin, qarın boşluğunun, fəqərə sütununun, çanaq və çanaq orqanlarının, ətrafların odlu silah yaralanmaları və zədələnmələri zamanı cərrahi taktika geniş şəkildə şərh olunmaqla, burada diaqnozun əsaslandırılması, differensial diaqnostika, müalicə taktikası, mərhələli yardımın həyata keçirilməsi qaydası alqoritmlər əsasında ətraflı şəkildə şərh edilmişdir.

Müalicənin nəticələri təkcə düzgün diaqnozun qoyulması və operativ müdaxilənin həyata keçirilməsindən asılı olmayıb, eyni zamanda cərrahi müdaxilədən sonrakı dövrün idarə olunmasından da çox asılıdır. Bura infuzion-transfuzion terapiya daxildir. Bu məsələ kitabda ayrıca fəsildə verilmişdir.

Müştərək, çoxsaylı və kombinə olunmuş döyüş zədələnmələri, eləcə də, partlayış zədələnmələri xüsusi gedişə malik olması ilə xarakterizə olunur. Burada, proses qarşılıqlı ağırlaşma sindromunun baş verməsi, poliorqan çatmamazlığın aşkarlanması, klinik gedişin mərhələli şəkildə keçməsi ilə xarakterizə olunur. Zədə xəstəliyinin klinik gedişini özündə əks etdirən bu simptomokompleksin aradan qaldırılması istiqamətində yardımın yerinə yetirilməsi, prinsipcə adi zədələnmələrdə olduğundan fərqlənə bilər. Burada həyat üçün qorxulu fəsadlaşmalar vaxtında aşkarlanmalı və yaralanmanın ilk 2-3 günü ərzində aradan qaldırılmalıdır. Əks təqdirdə həmin operativ müdaxilələrin xəstəliyin gecikmiş dövrlərində yerinə yetirilməsi orqanizmin kompensasiya və adaptasiya mexanizmlərinin pozulmasına və qazanılmış immunodefisit yaranmasına səbəb ola bilər. Bütün bunlar özlüyündə ağır fəsadlaşmaların baş verməsinə və ölüm hallarının çoxalmasına gətirib çıxarır.

Fəlakətlər zamanı ağır zədələnmələrin dinc şəraitdə baş verməsindən asılı olmayaraq, burada da hərbi-səhra cərrahiyyəsinin əsas prinsipləri gözlənilməli, Hərbi Tibbi Doktrinanın göstərişlərinə ciddi əməl edilməlidir. Bütün bu deyilənlər müvafiq fəsildə ətraflı şərh edilmişdir. Ağır döyüş zədələnmələrində reanimasiya və intensiv terapiyanın aparılması da hərbi-səhra cərrahiyyəsinin maraqlı sahələrindəndir.

Kitabda qadın orqanizminin, qadın cinsi orqanlarının yaralanmaları və zədələnmələri, bu zaman cərrahi taktikanın əsaslandırılması ayrıca başlıq şəklində verilmiş və bu problem hərbi səhra cərrahiyyəsinin prinsiplərinə uyğun şəkildə şərh edilmişdir.

Kitabın mətni asan, başa düşüləcək tərzdə yazılmış, maraqla oxunulur və müəlliflərinin uzun illər boyu gündəlik təcrübələrindən əldə edilmiş çoxlu miqdar əyani vasitələrlə zənginləşdirilməsi ona olan marağı daha da artırır.

Hesab edirik ki, kitab Respublikamızın geniş oxucu kütləsinin, tibb ictimaiyyətinin, hərbi tibb kadrlarının maraqlı və rəğbətli səbəb olacaq, onlar bu kitabdan bəhrələnəcəklər. Kitabın yazılması və nəşrinə görə oxucuların irad və təklifləri üçün əvvəlcədən öz minnətdarlığımızı bildirməklə bərabər, tələb və dinləyicilərə şərfli təhsil işində müvəffəqiyyətlər arzulayırıq. Şübhəsiz ki, kitab torpaqlarımızın geri alınması üçün yetişməkdə olan Milli Ordumuzda tibb xidmətinin yaxşılaşdırılması və hərbi tibb kadrlarımızın hazırlığı işində xüsusi əhəmiyyət kəsb edəcəkdir.

Müəlliflər

FƏSİL I

HƏRBI-SƏHRA CƏRRAHIYYƏSİ HAQQINDA ANLAYIŞ, ONUN MƏZMUNU, INKIŞAF MƏRHƏLƏLƏRİ VƏ VƏZİFƏLƏRİ. MÜHARİBƏ ŞƏRAİTİNDƏ TİBBİ YARDIMIN TƏŞKİLİ VƏ HƏYATA KEÇİRİLMƏSİ QAYDALARI. CƏRRAHİ PROFİLLİ SANİTAR İTKİSİNİN XARAKTERİSTİKASI VƏ XÜSUSİYYƏTLƏRİ

TƏDRİS SUALLARI

1. 1. Hərbi-səhra cərrahiyyəsi haqqında anlayış, onun məzmunu və vəzifələri, müharibə şəraitində tibbi yardımın həyata keçirilməsi qaydaları
1. 2. Hərbi-səhra cərrahiyyəsinin inkişaf mərhələləri
 1. 2.1. Hərbi-səhra cərrahiyyəsi antiseptikaya qədərki dövrdə
 1. 2.2. Hərbi-səhra cərrahiyyəsinin antiseptikadan sonrakı dövrdə inkişafı
 - 1.2.3. Hərbi-səhra cərrahiyyəsi II dünya müharibəsi illərində. Hərbi-səhra cərrahiyyəsinin inkişafında Azərbaycan alimlərinin rolu
 1. 2.4. Hərbi-səhra cərrahiyyəsi II dünya müharibəsindən sonrakı dövrdə
 1. 2.4. 1. Hərbi-səhra cərrahiyyəsi və Qarabağ hərbi münaqişəsinin dərsləri
1. 3. Cərrahi profilli sanitar itkisinin xarakteristikası və onun xüsusiyyətləri

1. 1. HƏRBI-SƏHRA CƏRRAHIYYƏSİ HAQQINDA ANLAYIŞ, ONUN MƏZMUNU VƏ VƏZİFƏLƏRİ, MÜHARİBƏ ŞƏRAİTİNDƏ TİBBİ YARDIMIN HƏYATA KEÇİRİLMƏSİ QAYDALARI.

Hərbi-səhra cərrahiyyəsi müharibə şəraitində xəstə və yaralıların müalicəsi və onlara cərrahi yardımın təşkili haqqında elmdir. Daha doğrusu hərbi-səhra cərrahiyyəsi döyüş şəraitində vahid hərbi tibbi doktrinanın prinsiplərinə əməl edilməklə fəaliyyət göstərən cərrahlik sahəsi olub, xəstə və yaralıların tibb müəssisələrinə kütləvi gəlişi zamanı mərhələli müalicənin təşkili və onun yerinə yetirilməsi metodlarını öyrənən elmdir. Hərbi-səhra cərrahiyyəsi müharibə zamanı döyüş şəraitindən asılı olaraq yaralanmalar, yanıqlar, qapalı zədələnmələr və digər döyüş patologiyaları zamanı tibbi-təxliyə mərhələlərinə daxil olan yaralıların sayından, yaralanmaların ağırlıq dərəcəsi, yara prosesinin gedişindən, tibbi xidmətin qüvvə və vəsaitlərindən asılı olaraq, müalicə üsullarını öyrənən elm sahəsidir.

Hərbi-səhra cərrahiyyəsinin nəzəri əsasını ümumi və xüsusi cərrahlik və tibbi xidmətin təşkili və taktikası təşkil edir. Hərbi fəaliyyət metodlarının və silah növlərinin gətirdikə təkmilləşməsi hərbi-səhra cərrahiyyəsinin sərbəst bir elm kimi meydana çıxmasında xüsusi rol oynamış, onun inkişaf zərurətini artırmışdır. Hərbi texnikanın yüksək inkişafı, daha yeni və son dərəcə təkmilləşmiş kütləvi qırğın

silahlarının tətbiqi ilə yanaşı tibb elminin son dövürkü nailiyyətləri müasir müharibələrdə cərrahi yardımın təşkilində də əsaslı dəyişiklik və yeni keyfiyyətlər tələb edir. Hələ vaxtilə N.I.Piroqov deyirdi ki, “Война это травматическая эпидемия”. Təsadüfi deyildir ki, son müharibələrdə sanitar itgisinin strukturu dəyişmiş və bütün bunlar hərbi-səhra cərrahiyyəsinin təşkilati tərəfinin vacibliyini bir daha sübut edir. Döyüş şəraitinin çətinliyi, bəzən dərman və ərzaq qıtlığının olması, mövcud əlverişsiz iqlim və relyef şəraiti (mənfı ekzogen faktorlar), yaralanmaların daha mürəkkəb şəkildə təsadüf etməsi müalicə işində bir sıra çətinliklərin yaranmasına səbəb olur.

İkinci dünya müharibəsi, Koreya, Vyetnam, Əfqanıstan müharibələri, eləcə də dünyanın müxtəlif yerlərində son dövürkü məhəlli hərbi münaqişələrlə əlaqədar toplanmış klinik materiallar ardıcılıqla öyrənilmiş, təcrübələr eksperimental yolla tədqiq edilmiş, döyüş zədələnmələrinin patogenezi və klinikası müasir səviyyədə öyrənilməklə, müalicə metodları daha da təkmilləşdirilmiş, tibbi təxliyənin müxtəlif mərhələlərində vahid müalicə taktikası işlənilib hazırlanmışdır.

Döyüş zədələnmələrində cərrahi yardım konkret şəraitdən asılı olaraq, müxtəlif variantlarda həyata keçirilə bilər. Lakin bütün hallarda yardımın ən optimal variantı seçilməli və tətbiq edilməlidir. Hərbi-səhra cərrahlığının təşkili “nə etməlidir?” sualına deyil, “tibbi təxliyənin müəyyən mərhələsində nəyi həyata keçirmək lazımdır?” sualına cavab verməlidir.

Yardım prosesində həyata keçirilən bütün tədbirlər Hərbi Tibbi Doktrinanın prinsipinə əsaslanmalıdır. Hərbi Tibbi Doktrinaya aşağıdakılar aiddir:

- 1) Hərbi patologiya haqda vahid anlayışın olması,
- 2) Zədələnmələrin müalicəsində və profilaktik tədbirlərin həyata keçirilməsində vahid müalicə metodunun tətbiqi,
- 3) Müalicə-təxliyə tədbirləri vaxtında, ardıcıl və tamamlama şəkildə yerinə yetirilməlidir,
- 4) Həyata keçirilmiş bütün müalicə və profilaktik tədbirlər, tibbi çeşidləmə, yardımın növbəliliyi və xarakteri, eləcə də sonrakı müalicə planları müvafiq sənədlərdə dəqiq surətdə öz əksini tapmalıdır.

Müstəqil Azərbaycan Respublikasının Silahlı Qüvvələrinin Hərbi-Tibbi Doktrinası keçmiş Sovet hərbi doktrinasının prinsipləri əsasında yaransa da, özündə dünya hərbi təbabətinin əsas prinsiplərini əks etdirir və daim təkmilləşmə prinsipi əsasında inkişaf edir.

Cərrahi yardım müalicə-təxliyə təminatının əsasını təşkil edir. Bunun asılı olduğu bütün amillər təşkilati tədbirlərlə orqani surətdə əlaqələndirilməlidir. Müalicə-təxliyə tədbirləri sisteminə yaralılara tibbi yardımın göstərilməsi, onların müalicəsi və təxliyəsi daxildir. Yaralılar ardıcıl olaraq, cəbhə xəttindən müxtəlif məsafələrdə yerləşmiş tibb məntəqələrinə və müalicə müəssisələrinə gətirilir. Həmin məntəqələr və müalicə müəssisələri **tibbi təxliyə mərhələləri** adlandırılır. Bunların ardıcıl düzülüş qaydası isə **tibbi təxliyə yolu** adlandırılır.

Döyüş şəraitindən asılı olaraq, təşkilati məsələlər də öz mütəhərriqliyi ilə seçilir. Yəni cərrahi yardımın təşkili döyüş taktikasından, səfərbərlikdən, tibbi xidmət hazırlığından və həmçinin sanitar itgisinin strukturundan asılı olaraq yerinə yetirilməlidir. Hələ vaxtilə N.I.Piroqov deyirdi: “Если врач в этих случаях не предположит себе главной целью прежде всего действовать административно, а потом уже врачебно, то он совсем растеряется, и не голова его, ни руки окажут помощи”. Beləliklə, hərbi-səhra cərrahlığı praktikasında təkcə cərrahiyyəni bilmək, yaxud əla dərəcəli cərrah olmaq hələ kifayət deyildir. Hərbi işdə cərrah həm də bacarıqlı təşkilatçı olmalıdır. Cərrahın təşkilatçılıq bacarığı professionalılıqla tamamlanmalı və bu təşkilatçılıq işi hərbi-tibbi doktrinanın prinsiplərini özündə əks etdirməlidir.

Dövr keçdikcə təşkilat və döyüş bacarığı da inkişaf etmiş, müasir silahların tətbiqi ilə əlaqədar olaraq, tibbi texnikanın inkişafı, daha yeni müalicə üsullarının tətbiqi, eyni zamanda müalicənin əsas prinsipini təşkil edən hərbi tibbi doktrinanın da təkmilləşməsinə, inkişaf edib bugünkü səviyyəyə çatmasına kömək etmişdir. Müstəqil Azərbaycan Respublikasının Silahlı Qüvvələrinin Hərbi-Tibbi Doktrinası keçmiş Sovet hərbi tibbi doktrinasının prinsipləri əsasında yaransa da, özündə dünya hərbi təbabətinin əsas prinsiplərini əks etdirir və daim təkmilləşməklə inkişaf edir. Təsadüfi deyildir ki,

Qarabağ müharibəsində dünya tarixində ilk dəfə döyüş xəttinin 8-12 kilometrliyində yeni tipli hərbi-səhra cərrahlığı hospitalları fəaliyyət göstərmiş, burada yaralılara ixtisaslı cərrahi yardım həyata keçirilmişdir.

İkinci dünya müharibəsinin və məlum məhəlli hərbi münaqişələrin təcrübələri göstərir ki, orduda cərrahi yardımın lazımı qaydada təşkili üçün aşağıdakı prinsiplərə əməl olunmalıdır:

1) Döyüşdə yaralılara yardım mərhələlərlə aparılmalı və müalicə tədbirləri yaralıların lazımı tibbi müəssisəyə təxliyəsi ilə əlaqələnməlidir.

2) Müalicə-təxliyə prosesində bütün tədbirlər vaxtında, ardıcıl və tamamlama prinsipləri əsasında həyata keçirilməlidir.

3) Tibbi təxliyənin hər bir mərhələsi üçün yardımın həcmi dəyişə bilər və bu həcm döyüş şəraitindən asılı olaraq müəyyən edilməlidir.

4) Cərrahi yardımın tibbi çeşidləmə ilə birlikdə aparılması qısa müddət ərzində eyni növlü müalicə-təxliyə tədbirlərinin həyata keçirilməsinə imkan verir.

5) Çoxlu miqdar yaralının qəbulu zamanı göstərilən yardımın həcmində dəyişiklik edilməsindən əlavə, təxliyə briqadalarının sayının artırılması, mütəhərrik dəstələrin hesabına ixtisaslı yardım müəssisələrinin gücləndirilməsi, əməliyyat-sarğı bölməsinin işinin konveyer prinsipi üzrə qurulması işin keyfiyyətini daha da artırır. Bütün bunlar hərbi-səhra cərrahlığının vəzifələrindən irəli gəlir və buna aşağıdakılar daxildir:

a) Hərbi zədələnmələrdə cərrahi patologiyanın hərtərəfli öyrənilməsi.

b) Silahlı Qüvvələrin fəaliyyəti zamanı cərrahi profilli zədələnmələrə yardım işində təşkilati məsələlərin həlli prinsipləri və müalicə metodunun işlənib hazırlanması.

c) Silahlı Qüvvələrin keçmiş müharibələrdə və hazırkı döyüş fəaliyyəti zamanı xəstə və yaralılara cərrahi yardımın təşkilində əldə edilmiş təcrübələrin təhlili və ümumiləşdirilməsi.

d) Müharibədə əldə edilmiş təcrübələrin dinc dövrdə tətbiqi.

1. 2. HƏRBİ-SƏHRA CƏRRAHİYYƏSİNİN İNKİŞAF MƏRHƏLƏLƏRİ

1.2.1. HƏRBİ-SƏHRA CƏRRAHİYYƏSİ ANTİSEPTİKAYA QƏDƏRKİ DÖVRDƏ

Cərrahlığın bu sahəsi daha qədimlərdən meydana gəlmişdir. Tarixi faktlar sübut edir ki, hələ Assuriya, Babilistan, Misir, Qədim Yunanıstanda və digər dövlətlərdə müharibə zamanı yaralılara yardım göstərilirmişdir. Dünya təbabətinin atası sayılan Hippokratın (eramızdan əvvəl 460-377-ci illər) əsərlərində yaraların müalicəsi, qanaxmalarla mübarizə, sınıqlar zamanı yardım göstərilməsi barədə primitiv də olsa, bir sıra məsləhətlərə rast gəlinir. Hətta qədim Roma qanunlarında tibbi xidmətin müntəzəm bir sistem halında təşkili barədə də məlumatlar vardır. Qalen (eramızdan əvvəl 200-130-cu illər) öz təcrübəsini yaralı qladiatorlar üzərində daha da təkmilləşdirirdi. Təbabətin inkişafı və onun qaydalarına əməl olunması faktları Xanmurapinin qanunlarında da (eramızdan əvvəl 1760-cı ildə) öz əksini tapmışdır. [122].

Odlu silahın meydana gəlməsi, yaralanmaların xarakterinin və buna uyğun olaraq, müalicə prinsipinin də əsaslı surətdə dəyişdirilməsini tələb etdi. Odlu silah yaralanmalarının müalicəsindəki çətinliklər bədənin qurğuşun və barıtlı zəhərlənməsi ilə əlaqələndirilirdi. Yaraların qızardılmış dəmirlə dağlanması və yaraya qaynar yağ tökülməsi kimi zərərli ideyalar da buradan meydana çıxmışdı. İlk dəfə XVI əsrdə fransız cərrahi Ambroise Pare (1509-1590) bu fikrin əleyhinə çıxdı. O, yaraların dağlanması əvəzinə damarların bağlanılmasına (liqaturaya alınmasına) və balzamik sarınmasına üstünlük verirdi. Bu məqsədlə o, yumurta sarısından istifadə edirdi. Sonralar o, 1573-cü ildə odlu silah yaralarının müalicəsinə dair kitabında bu haqda daha ətraflı məlumat vermişdir [122]. Fransız vətəndaş müharibəsində Ambroise Pare yaralılara yardımın təşkili məqsədilə səhra hospitallarının açılmasında yaxından iştirak etmişdir. Sonralar bu tipli səhra hospitalları İspaniyada da açılmışdı.

XYIII əsrin birinci yarısında fransız hərbi cərrahı H.F. Le Dran (1685-1770) odlu silah yaralanmaları zamanı fəal cərrahi müalicəyə tərəfdar çıxdı. Onun bu fikri P.J.Desault (1744-1795) I.Belger (1720-1766) tərəfindən müdafiə olundu. P.J.Desault və A.G.Richter Fransada və Almaniyada başın odlu silah yaralanmalarında kəllənin trepanasiyası əməliyyatlarını da həyata keçirirdilər. H.F. Le Dran meyitlər üzərində odlu silah yaralanmalarına görə eksperimentlər aparılmasının ilk təşəbbüskarlarından olmuşdur. Onun müasiri J.L.Petit ilk dəfə 1718-ci ildə amputasiyalar zamanı turnalardan istifadə olunması təklifini vermişdi. Ona qədər amputasiyalar yalnız toxumalar nekrotik dəyişikliyə uğradıqdan sonra həyara keçirilirdi. Le Dran, P.F.Persy və J.L.Petit həmçinin qəlpəli siniqlər zamanı ilkin amputasiyaların aparılmasının qızğın tərəfdarı idilər. Onlar hətta amputasiyaların aparılmasını yaralıların təxliyəsinin asanlaşdırılması məqsədi ilə də həyara keçirirdilər(!) Guya yaralanmalar zamanı amputasiyaların aparılması fəsadlaşmaların qarşısının alınmasında xüsusi əhəmiyyət kəsb edir və xəstələrin təxliyəsinin həyata keçirilməsini asanlaşdırırdı.



Şəkil 1.1 XVIII əsr cərrahlarının istifadə etdikləri alətlərdən nümunələr (Paris Zurich Universitetinin tarix muzeyindən)



Şəkil 1.2 XVIII əsr cərrahlarının istifadə etdikləri alətlərdən nümunələr (Paris Zurich Universitetinin tarix muzeyindən. Desault trepanasiya məqsədilə həmin alətlərdən istifadə etmişdir)

XYIII əsr hərbi-səhra cərrahiyyəsinin inkişafında şotland William və John Hunter qardaşlarının xüsusi xidməti olmuşdur. Eksperimental cərrahlığın, morfolojiya və müqayisəli fiziologiyanın əsasını qoymuş John Hunter (1728-1793) odlu silah yaralanmalarında damarların yaradan kənardə bağlanması ideyasını irəli sürdü. O, özünün hərbi təcrübəsinə əsaslanaraq, "A Treatise on the Blood, Inflammation and Gunshot Wounds" (Qan, iltihab və odlu silah yaralanmaları haqda traktat) əsərini yazdı. Burada o, yaraların birincili və ikincili sağlması terminini vermişdir. (Lakin qeyd etmək lazımdır ki, bu termin J.Hunter-dən çox-çox əvvəl hələ 1250-ci ildə "Prima et secunda intentio" başlığı altında Bruno de Longoburgo tərəfindən verilmiş, lakin sonralar unudulmuşdur).

Hərbi təbabətin inkişafında J.Hunterlə bir müddətdə yaşamış John Pringle-nin (1707-1782) də xüsusi rolu olmuşdur. O, 1742-1758-ci illərdə ingilis ordusunda xidməti müddətində hərbi yaralanmalarda yaraların cərrahi işlənməsi ilə məşğul olmuş, hərbi təbabətin əsasını qoymaqla bərabər antiseptika ideyasının da pioneri olmuş və bu ideyanı 1743-cü ildə Dettinger döyüşündə həyata keçirmişdir.

Napoleon ordusunun cərrahları P.F.Persy (1754-1825) və D.J.Larrey-in (1766-1842) hərbi-səhra cərrahlığının inkişafında xüsusi rolu olmuşdur. Onlar hər şeydən əvvəl müalicənin təşkilatı tərəflərinə daha çox diqqət yetirmiş və odlu silah yaralarının açılması (genişləndirilməsi) tərəfdarı olmuşlar. Hətta D.J.Larrey yaralıların çəşidlənməsi ideyasını N.İ.Piroqovdan da əvvəl vermişdir. O vaxtlar yaralılara

yardım döyüş qurtardıqdan sonra həyata keçirilirdi. D.J.Larrey isə ilk dəfə döyüş gedərkən yaralılara yardım prinsipini irəli sürdü. Bu məqsədlə 1792-ci ildə at qoşğulu “Flying ambulance” təşkil olundu və döyüş gedə-gedə yaralılara yardım həyata keçirildi. D.J.Larrey sübut edirdi ki, yaralılar hospitallara nə qədər tez çatdırılsa, fəsadlaşma və ölüm halları daha az təsadüf edilir. O, amputasiyaların ağrısız keçməsi üçün operasiya nahiyəsinin dondurulmasını təklif edirdi. D.J.Larrey cərrah olmaqla bərabər, eyni zamanda hərbi hissələri gəzməklə hissənin sanitariya vəziyyəti ilə də maraqlanmış, onun yaxşılaşdırılması yollarını göstərmişdi. D.J.Larreyin adı təbabət tarixində “təcili yardımın atası” kimi qalmışdır.

Sonralar əslən şotland olan və rus ordusunda çalışmış Y.V.Villiyenin (Yakob Uayli 1768-1854) də xidməti xüsusi qeyd edilməlidir. O, hərbi hospitalların eşolonlaşdırılması yolu ilə hospitalların manevrinin və bu yolla ehtiyat qüvvələrinin əldə edilməsinə nail olmuşdur. Y.V.Villiyenin öz ideyasını 1812-ci ildə Borodino çölündəki döyüşlərdə praktik olaraq sübuta yetirmiş, bu ideya eyni zamanda monaxın xahişi ilə rus hərbi həkimləri tərəfindən Avstriya-Prusiyaya münaqişələrində də tətbiq olunmuşdur. Onun əsərləri sonralar hərbi təbabətin inkişafında xüsusi rol oynamışdır.

XIX əsrdə hərbi-səhra cərrahlığının inkişafında yeni mərhələ görkəmli rus cərrahı N.I.Piroqovun fəaliyyəti ilə bağlıdır. O, özünün çoxcildli əsərləri ilə müasir hərbi-səhra cərrahlığının təməlini qoydu. N.I.Piroqov odlu silah yaralanmaları zamanı orqanizmdə ümumi və yerli dəyişiklikləri zədəyə qarşı reaksiya kimi qiymətləndirdi.

N.I.Piroqov 1853-1856-cı illər Krım müharibəsində ilk dəfə döyüş şəraiti və yaralanmaların xarakterindən asılı olaraq, yaralılardan çeşidlənmə prinsipini verdi və onu elmi surətdə əsaslandırdı. Onun bu prinsipi tezliklə bütün Avropa ölkələrində də yayıldı və eyni zamanda dinc dövrdə də baş vermiş kütləvi yaralanmalar zamanı müvəffəqiyyətlə tətbiq olundu. N.I.Piroqov həmçinin ilk dəfə müharibə şəraitində efir narkozunu tətbiq etdi və bu, hərbi-səhra cərrahlığının inkişafına yeni bir təkən verdi. O, həmçinin ilk dəfə nəqliyyat hərəkətsizləşdirilməsi və müalicə məqsədilə nişasta sarğılarını gips sarğıları ilə əvəz etdi.

Qeyd etmək lazımdır ki, o dövr odlu silah yaralanmaları zamanı yad cismin (qurğusunun) zəhərli bir maddə kimi təcili olaraq çıxarılması prinsipi hökm sürürdü. Bu məqsədlə erkən ilkin amputasiya fikri də məlum idi. D.J.Larrey hətta amputasiyadan yaralılardan köçürülməsinin asanlaşması məqsədilə də istifadə edilirdi(!). Beləliklə, aseptika və antiseptikanın elmə məlum olmadığı bir dövrdə yad cisimlərin çıxarılması məqsədilə yaraların zondlanması və barmaqqla qurdalanması ağır nəticələr verirdi. Yeri gəldi-gəlmədi amputasiyaların geniş tətbiqi əlilliyin artmasına səbəb olurdu. Lakin N.I.Piroqovun məsləhət gördüyü profilaktik müalicə tədbirləri və bu məqsədlə gips sarğılarının tətbiqi yaralardan lüzumsuz yerə yad cisimlərin çıxarılması və yersiz amputasiyaların həyata keçirilməsinin qarşısını aldı. Onun bu prinsipi şübhəsiz ki, antiseptikaya qədərki dövrdə hərbi-səhra cərrahiyyəsinin inkişafında irəliyə doğru atılmış inamlı bir addım idi. Döyüş zonasında yaralılardan özünə və yoldaşına yardım prinsipi müharibədə qadınların tibbi yardım işinə cəlb edilməsi ideyasını da hərbi-səhra cərrahiyyəsi elminə ilk dəfə məhz N.I.Piroqov gətirmişdir.

XIX əsr hərbi təbabətinin inkişafında amerikalı hərbi həkimlərinin də rolunu xüsusi qeyd etmək lazımdır. John Morgan, William Sheppen və Benjamin Rush, Frank Hamilton, Con Hatz Pover, Vilyam Fişer Norris bunların görkəmli nümayəndələrindən idi.

Onlar odlu silah yaralanmalarında yad cismin yarıdan kənar edilməsinin tərəfdarı idilər. Onların bu fikri 1863-1865-ci illərdə davam etmiş Amerikan Vətəndaş Müharibəsində xəstə və yaralılardan müalicəsində tətbiq olunmağa başlandı. Burada məqsəd qurğusunun zəhərli maddə olması fikri idi. Lakin bunun nöqsan cəhətləri ondan ibarət idi ki, onlar yad cisimi yarı genişləndirmədən çıxarmağa çalışırdılar. Bu isə yaranın təkrari infeksiyalaşmasına səbəb olurdu.



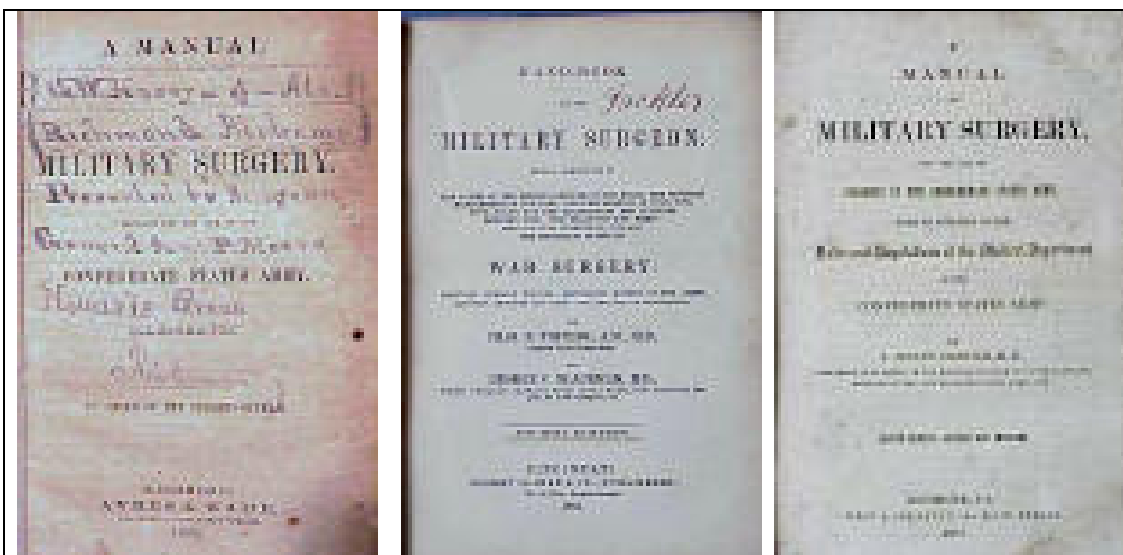
Resources in Civil War Medicin Dr. William Fisher Norris (top center) and his medical Staff at Douglas Hospital in Washington, D.C. (1864). Dr. Norris was a Philadelphia doctor and a fellow of the College

Şək. 1.3 Amerikan Vətəndaş müharibəsində görkəmli xidməti olmuş Doktor Vilyam Fişer Vaşinqton Duqlas Hospitalı həkimləri arasında (1864-cü il)

Qeyd etmək lazımdır ki, Amerikan Vətəndaş Müharibənin əvvəllərində dünyada hərbi-səhra cərrahiyyəsi sahəsində əldə edilmiş təcrübələr geniş tətbiq edilə bilmədi. Yaralıların müalicəsində çoxlu itgilərə yol verildi. İttifaq ordusundan orta hesabla 110 min, konfederal ordudan 94 min nəfər itgi oldu. Yanlış olaraq, yaraların irinləməsi sağalmanın bir elementi kimi qiymətləndirilirdi. Damarlara qoyulmuş saplar yaradan asılı vəziyyətdə qaldığından, irinləmə fonunda arroziv qanaxmalardan ölüm adı hal şəklini almışdı. İkincili infeksiyadan ölənlərin sayı həddən çox idi. Cərrahi alətlər qaynadılmırdı, aseptikadan söhbət belə gedə bilməzdi. cərrahlar əllərini yumur, irinin təmizlənməsi üçün eyni bir süngərdən bir neçə xəstənin yarasının yuyulmasında istifadə edilirdi.

Müharibənin son illərində Middleton Goldsmithin təşəbbüsü ilə ittifaq hospitallarında bir sıra antiseptik dərman maddələri istifadə olunur və narkoz məqsədilə xloroform tətbiq edilirdi. Lakin yaralıların müalicəsində ölüm faizi yüksək olaraq qalmaqda idi. Aşağı ətrafların amputasiyasında bu, 80% təşkil edirdi [122, 123]. Yaralılara qulluq tələb olunan səviyyədən çox aşağı idi. Qadın əməyindən istifadə olunmurdu. Könüllü, sonralar Amerikan Qızıl Xaç cəmiyyətinin əsasını qoyan Klara Barton korpusda yaralıları qulluq edən yeganə şəfqət bacısı idi. [Xatırladıyıq ki, *Beynəlxalq Qızıl Xaç Komitəsinin tarixi 1859-cu ildə iyunun 24-də fransızlarla italyanlar arasında Salferino kəndindəki döyüşlərdən başlanır. Yalnız 1863-cü ilin oktyabrında 16 dövlətin iştirakı ilə Beynəlxalq Konfransda Komitənin adı "Beynəlxalq Qızıl Xaç Komitəsi (BQXK)" adlandırıldı. 1919-cu ildə isə Beynəlxalq Qızıl Xaç və Aypara Cəmiyyətlərinin Federasiyası yaradıldı*].

Amerikan vətəndaş müharibəsinin tarixi əhmiyyəti bundan ibarətdir ki, bu müharibədə xəstə və yaralıların daşınmasında və onlara yardım göstərilməsində ilk dəfə dəmiryol nəqliyyatından istifadə edildi. Eyni zamanda Jonothan Letherman tərəfindən təcili yardım korpusu (Ambulance Corps) yaradıldı. Bu, atlı kareta qatarından ibarət idi [123, 124]. Frank Hamilton ilk dəfə 1861-1865-ci illərdə "Hərbi Cərrahlıq və Gigiyena" kitabını, 1864-1865-ci illərdə "Hərbi cərrahlığa dair mühazirələr" kitablarını dərc etdirməklə onun hərbi təbabətin inkişafında xüsusi xidməti olmuşdur.

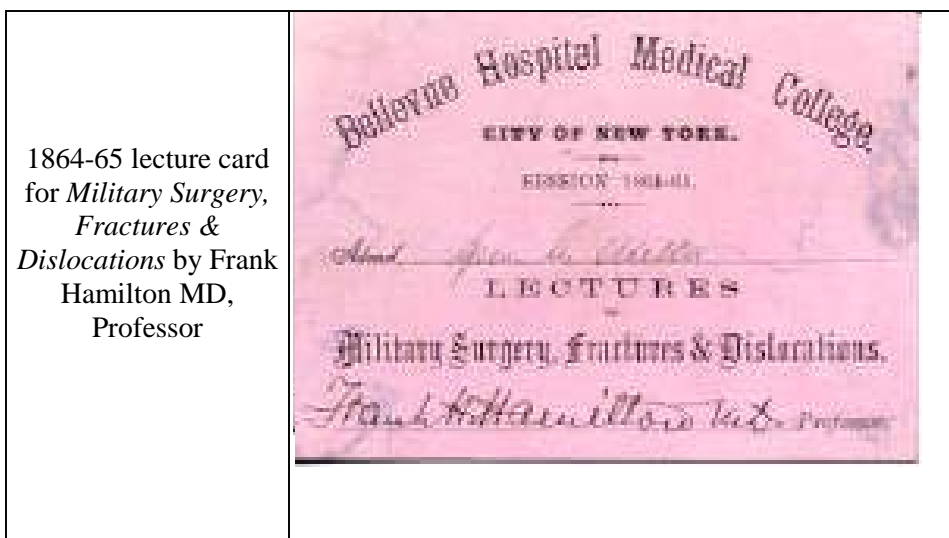


Practical Treatise on Military Surgery (1861) by Hamilton.

Hamilton, Frank H. A Treatise on Military Surgery and Hygiene.

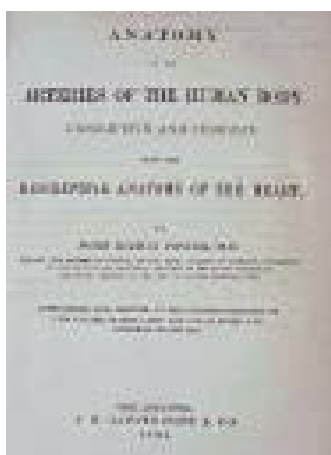
New York: Balliere Bros., 1865.

Şək. 1.4 Hərbi cərrahlığa dair vəsait. 1861 və 1865-ci illərdə Hamilton tərəfindən nəşr olunmuşdur.



1864-65 lecture card
for *Military Surgery,
Fractures &
Dislocations* by Frank
Hamilton MD,
Professor

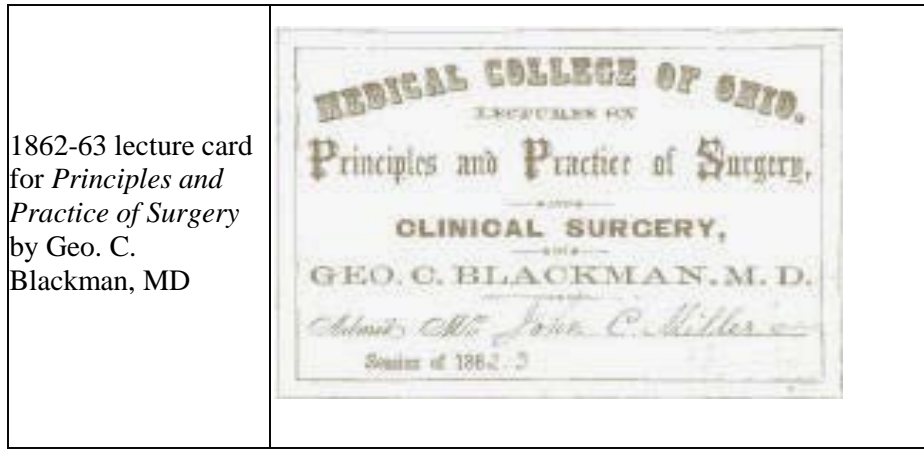
Şək. 1.5 Frank Hamiltonun “HƏRBI CƏRRAHLIĞA DAIR MÜHAZİRƏLƏR” kitabı
(1864-1865)



Anatomy of the arteries of the human body, (1862) by Power

Author: John Hatch Power, M.D. U.S. Army Medical Department, 1862
Published: Phila. Pa.; J. B. Lippincott & Co

Şək. 1.6. CON HƏÇ PAUER-in 1862-ci ildə dərc etdirdiyi “İnsan bədəni arteriyalarının anatomiyası” kitabı



Şək. 1.7 GEO. C. BLAKMAN-ın 1862-63-cü illərdə dərc etdirdiyi “KLİNİK CƏRRAHLIĞA DAİR MÜHAZİRƏLƏR” kitabı



Şək. 1.8. Amerikan Vətəndaş Müharibəsi ərəfəsində müxtəlif müəlliflər tərəfindən hərbi təbabətə dair dərc olunmuş digər dərsliklər

Silahların getdikcə təkmilləşmişməsi və döyüş texnikasının inkişafı kütləvi yaralanmaların da sayını artırdı. Yolların pis vəziyyətdə olması, dəmir yollarının hələ geniş istifadə olunmadığı dövrdə yaralıların bir müalicə müəssisəsində toplanıb-qalması təhlükəli epidemiyaların yayılmasına şərait yaradırdı. Buna görə də, istər-istəməz yaralıların mərhələ ilə müalicəsi fikri meydana gəldi.



Şək. 1. 9. Yaralıların hərbi-tibb məntəqələrinə daşınması

Şək. 1. 10. Səhra şəraitində fəaliyyət göstərən tibbi yardım məntəqəsi



Şək. 1. 11. Tabor tibb məntəqəsinin xaricdən gürünüşi

1. 2. 2. HƏRBİ-SƏHRA CƏRRAHIYYƏSİNİN ANTİSEPTİKADAN SONRAKI DÖVRDƏ İNKİŞAFI

J.Listerin (1827-1912) antiseptikanı kəşf etməsi (1867) odlu silah yaralanmalarının müalicəsinə yeni bir təkən verdi. Odlu silah yaralanmalarının fəal müalicə prinsipi inkişaf etdirildi. Bu fikrin tərəfdarı K.K.Reyer (1846-1890) yaraların ilkin cərrahi işlənməsi prinsipini əsaslandırdı. O, sübut etdi ki, yaraların cərrahi işlənməsi eyni zamanda antiseptika tədbirlərinə daxildir. Bu fikrin doğruluğu artıq antiseptika dövründə qoca N.I.Piroqov tərəfindən də bəyənildi. Odlu silah yaralanmalarında fəal müalicə metodu dünya şöhrətli alimlərdən N.V.Sklifosovski, S.P.Kolomnin və bir çox başqaları tərəfindən də müdafiə olundu və geniş tətbiq olunmağa başlandı. Həmçinin yaraların döyüş zonasında aseptik sarınması ideyası ikincili infeksiyanın qarşısının alınması tədbiri kimi yüksək qiymətləndirildi. Bu məqsədlə 1876-cı ildə Esmarx tərəfindən fərdi sarğı paketi təklif olundu və bu təklif hamılıqla müdafiə olundu.

Sarğı materiallarının və alətlərin mikrobsuzlaşdırılması məqsədilə onların qaynadılması üsulu tətbiq edilirdi. Sonralar E.Bergmann və onun şagirdi C.Schimmelbuschun ideyası ilə 1881 ildə sarğı materialı və cərrahi alətlərin mikrobsuzlaşdırılması məqsədilə isti buxardan istifadə olundu. Beləliklə ilk avtoklavın modeli yaradıldı. 1882-ci ildə bu ideya praktik olaraq ilk dəfə F.Trendelenburq tərəfindən həyata keçirildi. Sonralar C.Schimmelbusch tərəfindən 1892-ci ildə xüsusi barabanların (bikslərin) tətbiqi sarğı materiallarının sterilizasiya işini daha da asanlaşdırdı. Bu daha böyük cərrahi əməliyyatların yerinə yetirilməsinə imkan verdi.

Yeri gəlmişkən qeyd etmək lazımdır ki, hələ antibiotiklərin məlum olmadığı bir dövrdə yaraların müalicəsi məqsədilə qurd süfrələrindən istifadə edilirdi. Empirik surətdə aşkar edilmişdi ki, süfrələr yarada nekrotik toxumalara daha hərisdirlər və bu, yaraların bioloji yolla təmizlənməsini təmin edirdi. Sonralar sübut olundu ki, qurd süfrələri regenerasiyanı sürətləndirən xüsusi fermentlər də ifraz edir [34, 35, 249].



Şək. 1. 12. Yaralıların sanitar maşınları ilə helikopterlərə daşınması

Şək. 1. 13. I Dünya müharibəsi illərində tibbi yardım məntəqəsində yaralıların çeşidlənməsi



Taken in 1918, this photograph shows an American first aid station in France during World War I.



Şək. 1. 14. II Dünya müharibəsi illərində tibbi yardımın yerinə yetirilməsi

Lakin K.N.Reyerin odlu silah yaralanmalarında fəal müalicə prinsipi (yaraların birincili cərrahi işlənməsi üsulu) geniş tətbiq edilə bilmədi və uzun müddət konservativ müalicə üsulundan istifadə olundu. Bu, eyni zamanda o dövrdə tibbi təchizatın lazımi səviyyədə olmaması ilə də əlaqədar idi. Bunun nəticəsi olaraq qarın və döş yaralanmalarında fəal cərrahi müalicə tədbirləri uzun müddət tətbiq edilə bilmədi, yaralıların ümumi vəziyyətinin ağırlaşması yanaşı xəstəliklərlə, məsələn avitaminoz, soyuqdəymə və s. ilə izah olunurdu. Odlu silah yaralanmalarında uzun müddət konservativ müalicənin tətbiqi eyni zamanda yaralanmaların “aseptik olması” ideyası ilə də bağlı idi (E.Bergmann 1836-1907).

İlk dəfə rus alimi N.N.Petrov (1876-1964) elmi surətdə sübut etdi ki, odlu silah yaraları mikroblarla çirklənmiş –infeksiyalaşmış olurlar. Onun bu fikri “müharibə zamanı infeksiyalaşmış yaraların müalicəsi” adlı əsərində öz metodoloji əsasını tapmışdır. Yalnız bundan sonra odlu silah yaralanmalarının fəal cərrahi müalicəsi prinsipi yenidən özünə vətəndaşlıq qazandı. Bunun məzmunu yaraların birincili cərrahi işlənməsi idi. Bu, yaranın yarılməsi, nekrotik toxumaların kəsilib-götürülməsi, qanaxmanın saxlanılması və boşluğun drenajından ibarətdir.

Bir sıra cərrahlar, məsələn, alman cərrahi P.L.Friedrich (1864-1916) odlu silah yaralanmalarının işlənməsini bəd xassəli şişlərin radikal kəsilib-götürülməsi fikri ilə müqayisə edirdilər. P.L.Friedrich-in bu fikri onun 1898-ci ildə qələmə aldığı “təzə yaraların antiseptik müalicəsi” adlı əsərində öz əksini tapmışdır. Yəni bütün nekrotik toxumalar tam kəsilib-götürüldükdən sonra onlar tikilə bilər. Lakin bu

fikir bir sıra hallarda özünü doğrultsa da bunun tətbiqi hər zaman mümkün olmadı. Nekrotik toxumalar və zədələnmiş sahələr əksərən mikroskopik dəyişikliklər halında olduğundan, patoloji nahiyənin radikal surətdə kəsilib-götürülməsi qeyri-mümkün idi. Digər tərəfdən sinirlər və magistral damarlar olan sahələrdə patoloji prosesin tam kəsilib-götürülməsi məqsədəuyğun sayılmır. Yaralara qoyulmuş ilkin tikişlərin irinləməsi və eləcə də, yuxarıda qeyd edilən prinsiplər bir daha təsdiq etdi ki, odlu silah yaralanmalarının müalicəsi zamanı yaraların ilkin tikilməsinə yol verilməməlidir.

Hərbi-səhra cərrahiyyəsi elminin bütün müvəffəqiyyətlərinə baxmayaraq, hətta XX əsrin əvvəllərində də baş vermiş müharibələrdə yaralılara yardımın əsas məzmununu onların arxaya köçürülməsi prinsipi təşkil edirdi.

Nəhayət I dünya müharibəsi illərində (1916) V.A.Oppel tərəfindən (1872-1964) “yaralıların mərhələli müalicəsi” prinsipi irəli sürüldü. Beləliklə, müalicə işi ilə təxliyə bir-biri ilə əlaqələndirildi. Bu prinsip tibbi yardımın bütün təxliyə müddətlərində fasiləsiz olaraq davam etdirilməsini təmin etdi. (Lakin V.A.Oppelin irəli sürdüyü prinsip də nöqsansız deyildi. Bu, ilk növbədə təxliyənin uzunmüddətli və çoxmərhələli olmasında idi. Sonralar mərhələlərin ixtisası, ixtisaslı yardımın cəbhə xəttinə maksimal yaxınlaşdırılması və yaralıların təxliyəsinə hava nəqliyyatı növündən geniş istifadə olunması yolu ilə həmin çatışmazlıqlar aradan qaldırıldı). V.A.Oppelin prinsipi əvvəllər geniş tətbiq olunmasa da, sonrakı müharibələrdə özünü doğrultdu. İxtisaslaşdırılmış yardımın daha düzgün təşkili üçün yaralanma nahiyəsindən asılı olaraq, yaralıların ixtisaslaşdırılmış hospitallarda yerləşdirilməsi məqsədəuyğun sayıldı. Beləliklə, yaralılar arxaya sadəcə olaraq köçürülmədi, onların təxliyəsi təyinat əsaslanma prinsipi üzrə həyata keçirildi. Yaralıların “mərhələli müalicəsi” “təyinat görə təxliyə” prinsipi ilə tamamlandı. Həyata keçirilən müalicə-profilaktik tədbirlərin həcmi aşkarlandı, şəraitdən asılı olaraq bunun tam, yaxud ixtisarla yerinə yetirilməsi nəzərdə tutuldu. Yaralıların “təyinat görə təxliyəsi”, yəni yaralanmanın xarakterindən və nahiyəsindən asılı olaraq, ixtisaslaşdırılmış hospitallara köçürülməsi işinin zəruri olması aşkara çıxarıldı və bunun ardıcıl surətdə yerinə yetirilməsi vacib hesab edildi. Çünki müalicə-təxliyə prosesinin ardıcılıq olmadan yerinə yetirilməsi mümkün deyildir. Bu ardıcılıq təkcə sənədlərin düzgün tərtib edilməsindən ibarət olmayıb, eyni zamanda yaralıların vahid göstəriş əsasında müalicənin təşkilini tələb edirdi.

Odlu silah yaralanmalarının infeksiyalaşmasının qarşısının alınması məqsədilə yaraların erkən cərrahi işlənməsi prinsipi özünü doğrultdu. Yaraların birincili cərrahi işlənməsinin yerinə yetirilməsi müddətinin azaldılması, şok və qanıtirməsi olan ağır yaralıların yardımın vaxtında həyata keçirilməsi məqsədilə ixtisaslı cərrahi yardımın döyüş zonasına daha çox yaxınlaşdırılması və qanaxmalara qarşı mübarizə məqsədilə hemotransfuziyanın geniş tətbiq olunmasının vacibliyi qeyd edildi. Bu prinsip inkişaf etdirilərək, tələb olunan səviyyəyə çatdırıldı. Yarada infeksiyanın inkişafının ləngidilməsi məqsədilə antibiotiklərdən istifadə olunması tövsiyə olundu.

Təcrübə göstərdi ki, odlu silah yaralarına birincili tikişlərin qoyulması əksər hallarda yaraların irinləməsi, hətta anaerob infeksiyanın əmələ gəlməsi ilə nəticələnir. Bu baxımdan odlu silah yaralarına ilkin tikişlərin qoyulması bir qayda olaraq qadağan olundu. Birincili tikişlərin yalnız sifətə, döş qəfəsinin və qarının daxilə keçən yaralarına, aralığa və cinsi orqanə qoyulmasına icazə verildi.

Yaralıların mərhələlər üzrə müalicəsi və təyinatlı təxliyəsi, həmçinin vahid müalicə prinsipləri əsasında həyata keçirilməsi nəzərdə tutulan bütün bu tədbirlər sonralar Hərbi Tibbi Doktrinanın əsasını təşkil etdi və buna əməl olunması hamı üçün məcburi hesab olundu.

1.2.3. HƏRBİ-SƏHRA CƏRRAHİYYƏSİ II DÜNYA MÜHARİBƏSİ İLLƏRİNDƏ. HƏRBİ-SƏHRA CƏRRAHİYYƏSİNİN İNKİŞAFINDA AZƏRBAYCAN ALİMLƏRİNİN ROLU

Böyük Vətən müharibəsi illərində keçmiş Sovet İttifaqında olduğu kimi Respublikamızda da Hərbi Tibbi Doktrinanın bütün qaydaları gözlənilmiş, hərbi təbabətin görkəmli nümayəndələri olan N.N.Burdenko, M.N.Axutin, A.A.Vişnevski, N.N.Yelanski, D.A.Kupriyanov, V.N.Şamovla bir sırada görkəmli Azərbaycan alimləri M.Ə.Mir-Qasimov, M.A.Topçubaşov, B.M.Mahmudbəyov, G.R.Qurbanov, H.K.Əliyev, A.A.Talışinski və bir çox başqaları fəaliyyət göstərdilər. Respublikanın paytaxtı Bakı şəhərində, eləcə də digər böyük şəhər və rayonlarda onlarla təxliyə hospitalları fəaliyyət

göstərirdi. Sübut olunmuşdu ki, yaraların birincili cərrahi işlənməsi nə qədər tez həyata keçirilərsə, infeksiya qorxusu da bir o qədər az olar. Odlu silah yaralarının cərrahi işlənməsi təkcə infeksiyanın qarşısının alınmasına doğru yönəldilməkdən əlavə, baş vermiş infeksiyanın aradan qaldırılması məqsədini də daşıyırdı. Müharibənin ortalarından başlayaraq yaralara ikincili tikişlərin qoyulması geniş tətbiq olundu. Bu, müalicə müddətinin xeyli azaldılmasına imkan verirdi.

Böyük Vətən müharibəsi illərində arxa hospitalların profilləşdirilməsi fikrini ilk dəfə azərbaycanlı alim M.A. Topçubaşov qarşıya qoymuşdu [1543 sayılı evakoqospital, (175)]. Bu müharibədə kəllə-beyin, üz-çənə, döş qəfəsi, qarın, ətraf yaralanmalarında, eləcə də məğstral damarların odlu silah yaralanmalarında bir sıra müvəffəqiyyətlər əldə edildi. Hemotransfuziyalar geniş tətbiq edildi, anesteziologiya və reanimatologiya sahəsində xeyli irəliləyiş əldə edildi.

Respublikamızda hərbi təbabətin, eləcə də odlu silah yaralanmalarının müalicəsinin tarixi inkişaf yollarının öyrənilməsi üçün bir qədər əvvəllərə nəzər salmaq lazım gəlir. Tarixdən məlumdur ki, Türkmənçay müqaviləsindən sonra (1813) Azərbaycan iki yerə parçalanmış, şimali hissə Rusiya imperiyasına tabe edilmiş, onun hərbi təbabəti də Rusiyanın hərbi təbabətindən asılı olaraq inkişaf etmişdir. Təsadüfi deyildir ki, hələ 1877-ci ildə Abdul-Kərim Mehmandarov Peterburq mediko-cərrahlıq akademiyasını bitirmişdi.

Təəsüflə qeyd etmək lazımdır ki, XIX əsr və XX əsrin əvvəllərində, eləcə də 1905 və 1918-ci illərdə Respublikamızda genasid erməni siyasətin nəticəsi olaraq törədilmiş kütləvi qırğınlar zamanı yaralılara göstərilmiş tibbi xidmətin vəziyyəti və onun görkəmli nümayəndələri haqda arxivlərdə heç bir məlumat yoxdur(!). Yalnız o məlumdur ki, Azərbaycanda cərrahlığın bünövrəsini qoyanlar rus alimləri B.K.Finkelşteyn, A.İ.Okinşeviç və A.A.Oşman olmuşlar. Azərbaycan cərrahlığının korifeyləri sayılan M.Ə.Mir-Qasimov, M.A.Topçubaşov, A.R.Talışinski də məhz Rusiya və Ukraynada təhsil almış mütəxəssislər idilər. Bizə məlum olan Azərbaycan cərrahlıq məktəbi Sovet hökuməti illərinə təsadüf edir. Onun görkəmli nümayəndələri B.M.Mahmudbəyov, F.Ə. Əfəndiyev, Z.M.Məmmədov, C.N.Ləmbəranski, İ.S.Ginzburq, G.R.Qurbanov, H.K.Əliyev və bir çox başqaları idi. Bu illərdə Azərbaycanda elmi potensial xeyli artmış, artıq Respublika Gürcüstan, Ermənistan və Şimali Qafqaz müxtər respublikaları üçün də kadrlar hazırlayırdı. Bu, N.Nərimanov adına Azərbaycan Dövlət Tibb İnstitutunun və Əziz Əliyev adına Həkimləri Təkmilləşdirmə institutunun fəaliyyəti ilə bağlı idi.

Azərbaycan cərrahlığının hərbi təbabət sahəsində geniş fəaliyyəti Böyük Vətən müharibəsi illərinə təsadüf edir. Bakıda və respublikamızın digər ərazilərində 1941-ci ildə 3, 1942-ci ildə 7, 1943-cü ildə 5, 1944-ci ildə 4 böyük təxliyə hospitalı fəaliyyət göstərirdi. Bakı şəhərində müharibənin əvvəllərində N.A.Semaşko adına xəstəxanada yerləşmiş 3687 saylı təxliyə hospitalı 100 çarpayılıq neyrocərrahiyyə hospitalı kimi profilləşdirildi [176]. Bura M.A.Topçubaşov və M.M.Ammosov rəhbərlik edirdilər [175]. Bütün təxliyə hospitallarının baş cərrahi M.A.Topçubaşov idi. Müalicə işinin asanlaşdırılması məqsədilə onun hospitalların profilləşdirilməsi ideyası Respublikamızda, sonralar isə bütünlüklə Sovet İttifaqında geniş tətbiq olundu. Təxliyə hospitallarının işində M.A.Topçubaşovun analgezin narkozu, periferik sinirlərin zədələnməsində parafin-mum nevrolyz üsulu, unikal naftalan nefti yaralıların səmərəli müalicəsi işində geniş tətbiq olundu. İlk dəfə olaraq M.A.Topçubaşovun təklifi ilə bədənin müxtəlif nahiyələrindən yad cisimlərin tapılıb çıxarılması üsulu, tendomioplastika, kranioplastika üsulları da tibbi praktikada tətbiq olunmağa başlandı.

Azərbaycan cərrahlıq məktəbinin digər nümayəndəsi A.R.Talışinskiyə də Böyük Vətən müharibəsi illərində xüsusi xidməti olmuşdur. Onun təklif etdiyi “yalançı oynaqlarda və neoartrozlarda yeni sümük transplantasiya müalicə üsulu” bu gün də ətrafların odlu silah yaralanmalarının müalicəsi işində öz əhəmiyyətini itirməmişdir. Azərbaycan cərrahlıq məktəbinin digər görkəmli nümayəndəsi professor B.M.Mahmudbəyov müharibə illərində böyük təşkilatçılıq işləri aparmış, Leninqrad cəbhəsində hospital bazanın baş cərrahi vəzifəsində çalışmış, sonralar Leninqrad hərbi dairəsində cərrahi xidmətə rəhbərlik etmişdir.

Müharibə illərində qanın konservləşdirilməsi, döş qəfəsi yaralanmalarında plevradaxili qansızmaların klinikası və patogenezinin öyrənilməsində F.Ə.Əfəndiyevin əvəzsiz xidmətləri xüsusi qeyd edilməlidir. Bütün elmi əsərləri ilə birlikdə onun hemotoraksların diaqnostikasındakı sınağı müəllifinə dünya şöhrəti gətirdi. Bu “Əfəndiyev sınağı” adı ilə məşhurdur.

Azərbaycan cərrahiyyə məktəbinin digər nümayəndələrindən olan Z.M.Məmmədov odlu silah yaralanmalarının naftalanla müalicəsi üzrə elmi-tədqiqat işləri aparmış, A.N.Tahirov “Dayaq-hərəkət aparatının odlu silah mənşəli yad cisimlərinin müalicəsinin nəticəsi”, Q.Q.Məmmədov “Uzun müddət sağalmayan odlu silah yaralanmalarının patogenezi”, G.R.Qurbanov “Kəllənin və çənənin odlu silah yaralanmalarında homotransplantasiya”, İ.S.Ginzburq “Termik zədələnmələrlə kombinə olunmuş odlu silah yaralanmalarının naftalanla müalicəsi”, problemləri ilə məşğul olmuşlar.

1926-cı ildə Leninqrad Hərbi Tibb Akademiyasını bitirmiş, məşhur rus alimləri N.N.Yelanski və S.P.Fyodrovun rəhbərliyi altında tədqiqatlarını davam etdirmiş H.K.Əliyev sonralar Azərbaycan Dövlət Tibb İnstitutunun hospital cərrahiyyə kafedrasının nəzdində olan hərbi-səhra cərrahlığı kursuna rəhbərlik etmiş, müharibə illərində odlu silah yaralanmalarının naftalan nefti ilə müalicəsinə dair tədqiqat işləri aparmış, damar yaralanmalarında arteriovenoz anevrizmalar zamanı vena divarının arterializasiyası fenomenini təyin etməklə autovenoz transplantasiyanın tətbiqinin elmi əsasını vermişdir.

Döyüş zədələnmələrində yaralılara tibbi yardımın təşkilinin elmi cəhətdən əsaslandırılması, maddi-texniki bazanın yaxşılaşması və tibbi xidmətdə bütün şəxsi heyətin iştirakı öz səmərəli nəticələrini verdi. Təsadüfi deyildir ki, bu tədbirlərin sayəsində Böyük Vətən müharibəsinin sonunda bütün yaralıların 72,3%-nin döyüş qabiliyyəti bərpa olunmuş və onlar yenidən cəbhəyə qayıtmışlar. Bu, dünya hərbi təbabəti təcrübəsində böyük nailiyyət idi və Azərbaycan cərrahlarının da bu işdə xüsusi xidmətləri qeyd edilməlidir.

1.2.4. HƏRBİ-SƏHRA CƏRRAHİYYƏSİ II DÜNYA MÜHARİBƏSİNDƏN SONRAKI DÖVRDƏ

II dünya müharibəsindən sonrakı dövrdə təbabətin inkişafı hərbi-səhra cərrahlığı sahəsində də özünü göstərmişdir. Müxtəlif növ antibiotiklərin geniş istifadəsi infeksiyanın qarşısının alınmasına şərait yaratdı. Anesteziologiya və reanimatologiyanın inkişafı travmatik şokla mübarizədə yeni imkanlar açdı, döyüş zədələnmələrinin cərrahi müalicəsi imkanlarını daha da genişləndirdi. Magistral damarların yaralanmalarının müalicəsində əldə edilmiş müvəffəqiyyətlər, sınıqlar zamanı yaradankənar osteosintezin həyata keçirilməsi fəsadlaşmaların da xeyli azaldılmasına imkan verdi. Şübhəsiz ki, bütün bunlar həmçinin hərbi-səhra cərrahlığının da inkişafı deməkdir.

Lakin İkinci Dünya müharibəsindən sonrakı dövrlərdə hərbi texnikanın sürətlə inkişafı daha yeni növ kütləvi qırğın silahlarının meydana gəlməsinə səbəb oldu. Bu, mürəkkəb yaralanmaların daha çox müşahidə olunmasına və müalicənin çətinləşməsinə gətirib çıxardı. Bütün bunlar hərbi-səhra cərrahlığının da qarşısına yeni problemlər qoydu. Bunlar Koreya, Vyetnam, Əfqanıstan müharibələrində, Folklend-Malvina, Çeçenistan, Bosniya və Hersoqovinada baş vermiş məhəlli münaqişələr zamanı özünü bir daha göstərdi. Əgər nəzərə alsaq ki, həmin zaman kəsiyi ərzində dünyada 200-dən artıq məhəlli münaqişə və müharibə baş vermişdir, əlbəttə bu barədə düşünməyə dəyər. Təkcə Koreya müharibəsində (1950-1953) üç il ərzində 53 min amerikalı əsgəri ölmüş, sanitariya itgisi 103 min nəfər olmuşdur. Letallıq 3,5%, döyüş qabiliyyətinin bərpası 73,7% təşkil etmişdir. Vyetnam müharibəsində isə bu rəqəmlər müvafiq qaydada 50 min, 300 min, 2,6% və 81,4% olmuşdur [224].

Müasir müharibələrdə xəstə və yaralıların hospitalara eyni müddət ərzində kütləvi şəkildə daxil olması, yaxud bunun gözlənilmədiyi hallarda tibb xidmətinin qüvvə və vəsaitinin ciddi təşkilini və yaralıların təxliyəsinin çevikliklə həyata keçirilməsini tələb edir. Cəbhə xəttinə yaxın müalicə müəssisələrində xəstə və yaralıların həddən çox toplanması tibbi xidmətin işində böyük çətinliklər törədir. Belə bir şəraitdə göstərilən tibbi yardımın həcmi ixtisarı tələb olunur. Son dərəcə əlverişsiz döyüş şəraitində isə həyata keçirilən yardım yalnız həyati göstəriş əsasında qanaxma, şok və asfiksiyanın aradan qaldırılması tədbirlərindən ibarət olmalıdır. Müasir müharibələrin manevrli xarakteri tibb məntəqələri və səhra tibbi müalicə müəssisələrinin yerinin tez-tez dəyişdirilməsini tələb edir. Bu isə cərrahi xidmətin işinin çətinləşməsinə səbəb olmaqla bərabər, bəzən ağır yaralıların erkən hospitalizasiyasına maneçilik törədir.

Bu kimi hallarda hərbi-səhra cərrahlığı üçün ən çətin vəziyyətlərdə belə, xəstə və yaralıların lazımı yardım metodlarının həyata keçirilməsinin xüsusi əhəmiyyəti vardır. Tətbiq olunan silahların təsir

qabiliyyəti nə qədər güclüdürsə, müalicə müəssisəsinə gətirilən ağır xəstə və yaralıların da sayı bir o qədər çox olur. Bütün bunlar yardım metodlarının daha sadə formada yerinə yetirilməsini tələb edir. Müalicə ilə təxliyə bir-biri ilə orqanı surətdə bağlı ardıcıl bir sistemdir. Təxliyənin hər bir mərhələsində cərrahi xidmət konveyer prinsipi əsasında yerinə yetirilməlidir. Bu, işin məhsuldarlığını artırır, lakin daha çox işçi qüvvəsi tələb edir. Ayrı-ayrı tibb müəssisələrində, xüsusilə ilk həkim yardımı və ixtisaslı cərrahi yardım mərhələlərində xəstə və yaralılara yardım göstərilməsi prosesi tədbirlərin hissələrə bölünməklə ayrı-ayrı şəxslər və hətta briqadalar tərəfindən yerinə yetirilməsi daha məqsədəuyğundur. Məsələn, sarğıların açılması, yara sahəsinin cərrahi əməliyyata hazırlanması, cərrahi müdaxilənin yerinə yetirilməsi, əməliyyatdan sonra şin və sarğıların qoyulması ayrı-ayrı şəxslər və briqadalar tərəfindən yerinə yetirilir. Bu baxımdan dəyişən heyətin tərkibində sağalmaqda olan komandadan istifadə edilməsinin, kiçik və orta tibb kadrlarının hazırlığı yayğısına qalınmasının da xüsusi əhəmiyyəti vardır. Beləliklə, müasir müharibələr şəraitində də təyinatə görə təxliyə və mərhələlər üzrə müalicə prinsipi öz əhəmiyyətini itirməmişdir. Lakin bu prinsip döyüş şəraitindən asılı olaraq dəyişə bilər və bu, hərbi-səhra cərrahlığı elminə –hərbi-səhra cərrahiyyəsinə əhəmiyyətinə deyil, məhz yaradıcı şəkildə yanaşmağı tələb edir. Bu məsələ Qarabağ müharibəsi təcrübəsində bir daha sübut olunmuşdur.

1.2.4.1. HƏRBİ-SƏHRA CƏRRAHIYYƏSİ VƏ QARABAĞ MÜNAQİŞƏSİNİN DƏRSLƏRİ



Şəkil 1.15 Qarabağ hərbi münaqişəsində düşmən tərəfindən istifadə olunmuş odlu silah nümunələri. Bunlardan bir qismi qadağan olunmuş silahlar siyahısına daxildir. (Şəxsi müşahidələrimizdən)

1988-ci ildən başlayaraq, Respublikamız üzərinə xaricdən təcavüzün qızışdırılması nəticəsində süni Qarabağ problemi ölkəmizdə hərbi təbabətin, eləcə də hərbi-səhra cərrahiyyəsinin inkişafını tələb etdi. Böyük Vətən müharibəsindən sonrakı illər ərzində keçmiş Sovet İttifaqı ərazisində yaşayan xalqların uzun müddət dinc quruculuq işləri ilə məşğul olması, o cümlədən Azərbaycan Respublikasında da hərbi təbabətin inkişafı sahəsində bir növ arxayınlıq yaratmışdı. Etiraf etmək lazımdır ki, bu dövrdə hərbi təbabət sahəsində əldə edilmiş müvəffəqiyyətlər nəinki inkişaf etdirilmirdi, hətta II dünya müharibəsində hərbi zədələnmələr sahəsində əldə edilmiş bir sıra müvəffəqiyyətlər də gənc nəsəl tərəfindən öyrənilmir və yaddan çıxarıldı. Açıqını deməliyik ki, keçən əsrin 60-70-ci illərdə hərbi cərrahlıq yalnız kitablar, cədvəl və şəkillər üzərində tədris olunurdu. Bu isə öz zərərli nəticələrini göstərirdi. Qarabağ müharibəsinin ilk illərində demək olar ki, odlu silah yaraları 85-90% halda həkimlər tərəfindən tikilir, dös

qəfəsi yaralanmalarında lüzumsuz torakotomiyaların sayı artır, odlu silah yaraları düzgün işlənmirdi. Butün bunlar yaraların irinləməsi, anaerob və çürüntülü infeksiyanın baş verməsinə səbəb olurdu.



Şəkil 1.16. Sol budun yuxarı 1/3-nin güclə sezilən kiçik ölçülü kor yaralanması. Yara oxvari elementlə törədilmiş, daxilə keçərək orqanları zədələmişdir (x/t 2360)

Şəkil 1.17. Bədənin dərin qəlpə yaralanması. Daxili orqanlar kənara çıxmışdır (Şəxsi müşahidələrimizdən)



Şəkil 1.18. Sifətin, boynun və çiyin nahiyyəsinin dərin qəlpə yaralanması (Şəxsi müşahidələrimizdən)



Şəkil 1. 19. Bədənin dərin qəlpə yaralanması, sol qol amputasiya olmuşdur (şəxsi müşahidələrimizdən)

Müstəqil Respublikamızın Milli Ordusunun yaradılması problemi onun Hərbi Tibb İdarəsi və Silahlı Qüvvələrin tibb xidməti qarşısında yeni vəzifələr qoydu. Böyük və çətin işlərin həllinə: həkimlər arasında hərbi təbabətin yenidən öyrənilməsi işinə başlandı. Hərbi yaralanmaların müalicəsi işində buraxılmış səhvlər müzakirə olundu və bunların qarşısı alındı. Dünya hərbi təbabəti təcrübəsində ilk dəfə olaraq müharibə zonasının 8-12 kilometrliyində fəaliyyət göstərən hərbi-səhra cərrahiyyəsi hospitalları və

əlahiddə tibb taboqları, tibb taqımları (rotaları) yaradıldı. Bunun nəticəsi idi ki, yaralıların əksər kütləsinin hospitalara 2 saat müddətinə çatdırılmasına müvəffəq olunmuşdur. Qarabağ müharibəsində ixtisaslı yardımın (hərbi-səhra cərrahiyyəsi hospitalının) ştatına neyrocərrah, damar cərrahı da əlavə olundu. Tabor tibb məntəqəsinə həkim ştatı əlavə olundu. Briqada tibb məntəqəsinin işi yenidən təşkil olundu.

1988-ci ildə ermənilər tərəfindən başlanmış elan olunmamış Qarabağ müharibəsi hələ 2 əsr bundan əvvəl mövcud erməni genosid siyasətinin davamı olub, Sovet hökumətinin süqutu dövrünə təsadüf edir. Yenicə müstəqillik əldə etmiş Respublikamızın milli ordusunun olmamasından və daxili çəkişmələrdən istifadə edən düşmənin qəfləti hücumu və müharibə zamanı ən müasir, hətta qadağan olunmuş silahların tətbiqi bir daha sübut edir ki, düşmən bu müharibəyə çox-çox əvvəllər hazırlanmış, Sovet hökumətinin zəifləməsi bu mənfur siyasətinin həyata keçirilməsi üçün ən yaxşı fürsət idi.

Qadağan olunmuş silahlara qeyri-stabil güllələr, plastmass tərkibli mərmilər, oxvari elementlər, eləcə də kimyəvi silahlar daxildir. Bu silahların istifadəsi Beynəlxalq təşkilatlar tərəfindən daim pislənmiş, buna görə Qlobal miqyasda müvafiq cəzaların tətbiq edilməsi nəzərdə tutulmuşdur. Yeri gəlmişkən qeyd etmək lazımdır ki, 1899, 1907-ji illərdə Haaqada bağlanmış Beynəlxalq sazişə əsasən müəyyən silahların istifadəsi qadağan olunmuş, 1949-cu ilin 12 avqust tarixli Cenevrə sazişində bu məsələ bir daha araşdırılmış və buna müəyyən hüquqi aktlar əlavə edilmişdir [131, 132, 240].

Qadağan olunmuş qeyri stabil güllələr bədən daxilində orqan və toxumalar arasında dolanbac yollar keçməklə daha mürəkkəb xarakterli poliorqan zədələnmələr verir. Bu, yaralanmaların diaqnostikasında və müalicəsində bir çox çətinliklərin meydana çıxmasına səbəb olur. Yaralanmalar zamanı yara kanalı mürəkkəb xarakterli olduğundan onun təftişi çətinir, bu isə operativ müdaxiləyə sərf olunan vaxtın dəfələrlə uzanmasına gətirib çıxarır, yaralılar arasında ciddi fəsadlaşmalara və ölüm faizinin artmasına səbəb olur. Bu çətinliklər plastmass tərkibli silahlarla yaralanmalara da aiddir. Bunlar rentgen şüalarının əks etdirmədiyi üçün yaralanmaların diaqnostikası çətinir, operativ müdaxilələr zamanı texniki səhvlərin buraxılmasına və beləliklə, yaralılar arasında fəsadlaşma və ölüm hallarının artmasına səbəb olur.

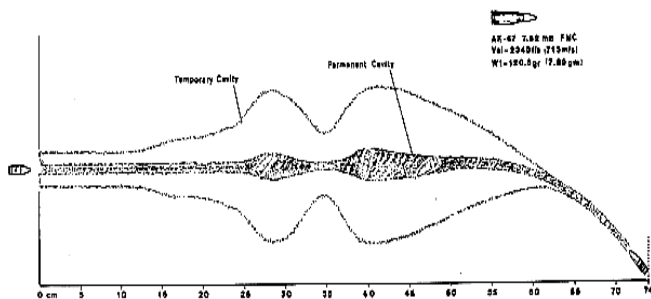
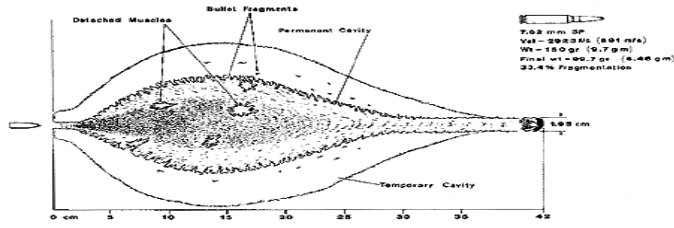


Figure AK 47. This was the standard rifle used by the communist forces in Vietnam and is used today very widely throughout the world. The long path through tissue before marked yaw begins (about 25 cm)

Şək. 1. 20. AK 47 qeyri-stabil odlusilahlara aiddir. Bədən səthinə toxunduqdan sonra 25 cm məsafədə öz istiqamətini dəyişdiyindən böyük dağıdıcı qüvvəyə malikdir. Bu silah Vyetnam və Əfqanıstan müharibəsində geniş şəkildə tətbiq edilmişdir. Həmin silahın anoloqu olan 5.45 tipli avtomat güllələri də eyni təsirə malikdir.

Həmin silahlar həmçinin Bakıda Qanlı 20 yanvar hadisələrində də Sovet əsgərləri tərəfindən dinc əhaliyə tətbiq edilmişdir (!) (Bax, şəkil 1.15-1.20).

Parçalanan güllələr adından güründüyü kimi bədən daxilində parçalanmaqla eyni zamanda bir neçə silahın birlikdə təsirini verir və ölümcül yaralanmalara səbəb olur (Şəkil 1.20). Kimyəvi tərkibli yandırıcı və zəhərli güllələr də zədələnmələrin daha mürəkkəb xarakter almasına gətirib çıxarır. Bu zaman termik və kimyəvi yanıqların əmələ gəlməsi, toksik mənşəli qana sorulması yaralanmaların kombine şəkildə müşahidə olunmasına və əlavə fəsadlaşmaların baş verməsinə səbəb olur. Həmin silahlar öz xarici görkəmi ilə də adi güllələrdən fərqlənir. Bunların ucu yaşıl, yaxud qırmızı rəngə boyanmış olur.



nondeforming military bullet fired from the same cartridge.

Figure 7.62 *Soft-point bullet*. The fragmentation of this bullet is largely responsible for the massive tissue disruption, compared to that produced by the

Şək. 1. 21. *Toxumalar arasında parçalanmaq qabiliyyətinə malik olan AK 7.62 tipli avtomat güllələri. Fragmentasiya etdiyindən poliorgan zədələnmələr törədir. 20 yanvar hadisələrində bu silahlardan da dinc əhaliyə qarşı geniş istifadə edilmişdir (!).*

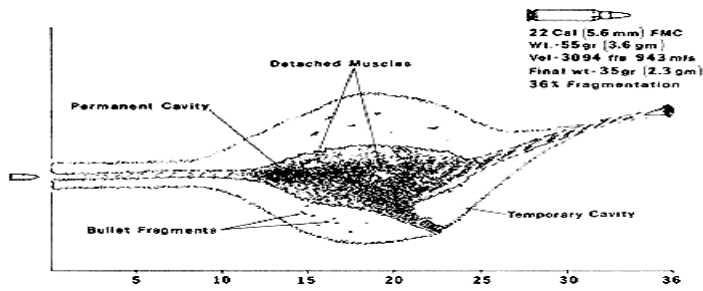


Figure 22 *Caliber full-metal-cased (M-16 rifle firing M-193 bullet)*. This is the standard weapon of the U.S. Armed Forces, although it is soon to be replaced by a new rifle using the same caliber and cartridge but with a longer and slightly heavier (62 grain) bullet.

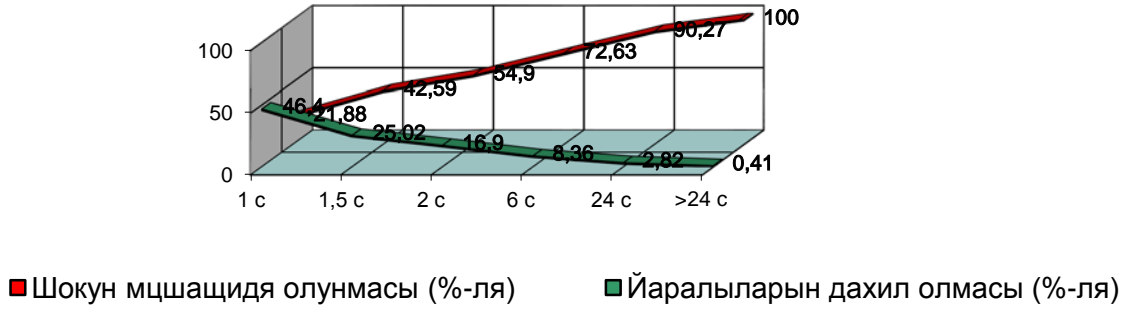
Şək. 1. 22. *M 16 tipli avtomat güllələri. ABŞ silahlı qüvvələrinin arsenalına daxildir. Hazırda həmin silahın daha təkmilləşmiş forması hazırlanmaqdadır. Bu silah birdəfədə 193 atəş atmaq qabiliyyətinə malikdir.*

Əldə etdiyimiz təkzibolunmaz dəlillər sübut edir ki, Qarabağ müharibəsində erməni tərəfi qadağan olunmuş silahlardan istifadə etmiş və ona görə də işğalçı erməni ordusunun bu əməllərinin Beynəlxalq miqyasda pislənilməsinin, bu məsələyə siyasi rəng verilməsinin vaxtı çoxdan çatmışdır. Ermənistan respublikası silahlı qüvvələri Azərbaycan ərazisinə qəfləti basqın etməklə Ölkə ərazisinin 20%-dən çoxunu işğal etmiş və bir milyondan çox əhali qaçqın və məcburi köçkün vəziyyətinə düşmüşdür. Ermənistan respublikası bu əməlləri ilə BMT-nin 822, 853, 874, 884 sayılı qətnamələrini kobud şəkildə pozmuşdur. Ermənilərin bugünkü siyasəti açıqdan-açıq beynəlxalq terrorizmlə üst-üstə düşür və onlar bu bəd əməllərinə görə öz cəzalarına çatmalıdırlar. İşğal olunmuş torpaqlar azad olunmalıdır. Məsələnin dinc yolla həlli istiqamətində bütün imkanlardan istifadə edilmiş, lakin erməni tərəfi məsələyə nəinki məhəl qoymur, hətta öz çirkin əməllərinə siyasi don geydirmək niyyətindədir. Buna görə də Qarabağ probleminin hərbi yolla həll olunması məsələsi istisna olunmur.

Ordu quruculuğunda Azərbaycan Silahlı Qüvvələrinin bütün xidmət sahələrində olduğu kimi onun tibb xidmətinin də üzərinə böyük vəzifələr düşür. Bunun üçün yaxın keçmişimizə retrospektiv nəzər salınmalı, müvəqqəti məğlubiyyətin səbəbləri araşdırılmalı, Qarabağ müharibəsində tibb xidmətinin vəziyyəti qiymətləndirilməli, yardım işindəki nöqsanlar təhlil olunmalı, onların aradan qaldırılması yolları müəyyən edilməli, hərbi zədələnmələr zamanı yardımın keyfiyyətinin yüksəldilməsi, müalicə prosesində fəsadlaşmaların qarşısının alınması və letallığın minimuma endirilməsi istiqamətində tədbirlər sisteminin işlənib hazırlanması vacib bir məsələ kimi qarşıya qoyuldu.

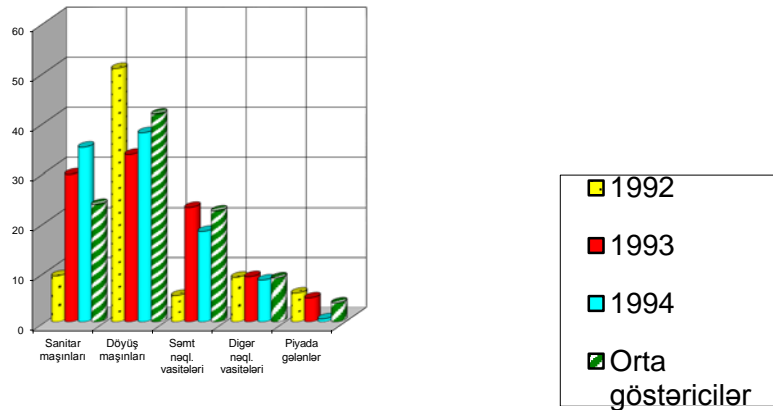
Müharibədə son dərəcə təkmilləşdirilmiş silahların tətbiqi ilə əlaqədar baş vermiş yaralanmaların daha mürəkkəb xarakterli olması müalicənin çətinləşməsinə gətirib çıxarırdı. Hərbi-tibb kadrlarının çatışmaması üzündən hərbi yaralanmaların müalicəsinin mülki həkimlər tərəfindən yerinə yetirilməsi yardım işində nöqsanların həddən artıq artmasına səbəb olmuş, odlu silah yaralanmalarının cərrahi işlənməsində elementar qaydalar gözlənilməmiş, buraxılmış səhvlər kütləvi xarakter almışdı. Döş qəfəsinin daxilə keçməyən adi yaralanmalarında ucdantutma torakotomiyalar edilmiş, yaralanmalar zamanı odlu silahın yan zərbəsi nəzərə alınmadığından daxili orqanların kontuziyası və onun fəsadlaşmaları nəzərdən qaçırılmış, daxilə keçməyən yaralanmalarda orqan zədələnmələrinin diaqnostikasında səhvlər buraxılırdı. Bütün bunlar odlu silah yaralanmaları zamanı ixtisaslı yardımın

düzgün təşkili və fəsadlaşmaların minimuma endirilməsini tələb edirdi.



Şəkil 1. 23. Yaralıların hospitala çatdırılması ilə onların ağırlıq dərəcəsi arasında asılılığın qrafik təsviri

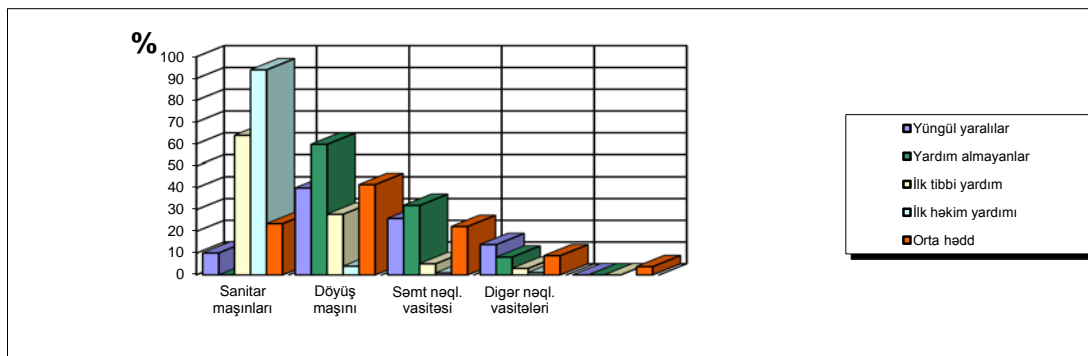
Yalnız 1991-ci ilin 9 oktyabrında Respublika Müdafiə Nazirliyi və onun Hərbi Tibb İdarəsi yaradıldı (Respublikamızda Müdafiə Nazirliyi və onun silahlı qüvvələrinin yaranması 1918-ji ilin 26 iyuluna təsadüf edilir. İndi bu gün Respublikamızda Silahlı Qüvvələr günü kimi qeyd edilir). 1992-ci ilin fevralında Ağdam-Füzuli istiqamətində fəaliyyət göstərən 100 çarpayılıq ilk hərbi-səhra cərrahiyyəsi hospitalının yaradılması Respublikamızda hərbi tibbi xidmətin əsasını qoydu. Hospitalın cəbhə xəttinin 8-12 kilometrliyində yerləşdirilməsi, yaralıların bura daha tez çatdırılmasına imkan vermişdir. (Şəkil 1.21; 1.22; 1.23)



Şəkil 1. 24 Yaralıların hospitala nəqliyyat vasitəsilə daşınmasının sxematik təsviri (illər üzrə)

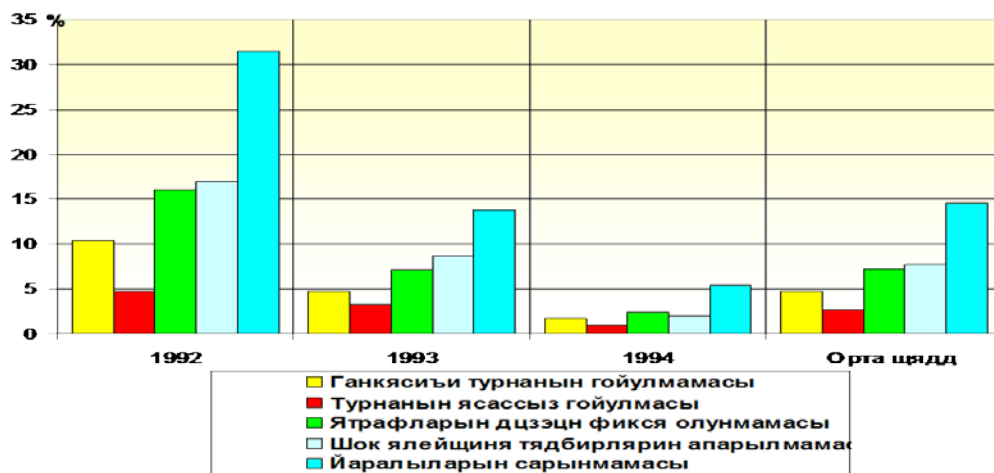
Böyük Vətən müharibəsi illərində yaralıların hərbi-səhra cərrahiyyəsi hospitallarına çatdırılması bəzən sutkalarla davam etmiş, Əfqanıstan müharibəsində isə bu müddət ən azı 5-6 saat çəkmişdir. Dünyanın bir çox yerlərində baş vermiş son məhəlli müharibələrdə də yaralıların ixtisaslı yardıma (hərbi-səhra cərrahiyyəsi hospitallarına) çatdırılma vaxtı demək olar ki, təxminən bu müddətə bərabər olmuşdur. Helikopterlərdən istifadə olunması və mobil ordu hospitallarının (MASH *Mobile Army Surgical Hospital*) təşkili bu müddətin azaldılmasına imkan vermişdir [17, 228, 240, 244, 258].

Odlu silah yaralanmalarının müalicəsi zamanı müşahidə olunmuş fəsadlaşmaların yardımın vaxtında və keyfiyyətlə yerinə yetirilməsindən, yaralanmanın xarakterindən, mənşəyindən, yaralıların ağırlıq dərəcəsi, orqanizmin fiziki hazırlıq qabiliyyətindən, ətraf mühitin iqlim və relyef xüsusiyyətindən asılı olaraq öyrənilməsilə bərabər, bütün bunların yaralanmanın gedişinə, xəstələrin cərrahi reabilitasiyasına təsiri də dəqiqləşdirilmişdir. (Şəkil 1.24; 1.25; 1,26)

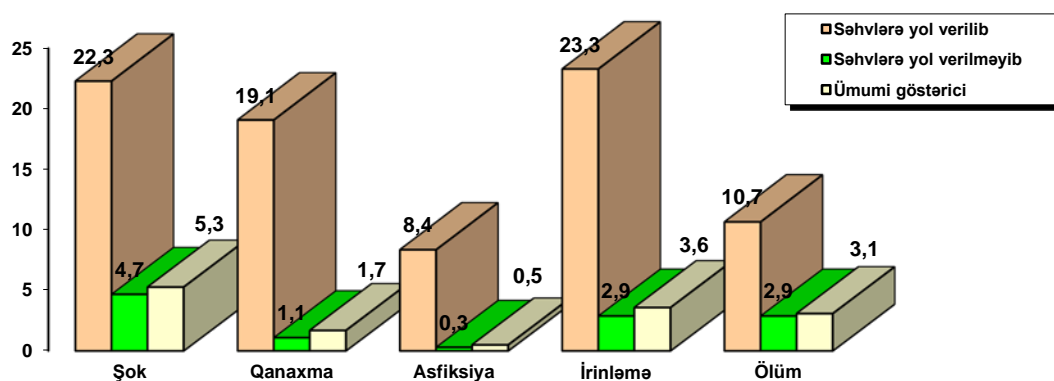


Şəkil 1. 25. Yaralıların hərbi-səhra cərrahiyyəsi hospitalına çatdırılması üçün istifadə olunmuş nəqliyyat vasitələri

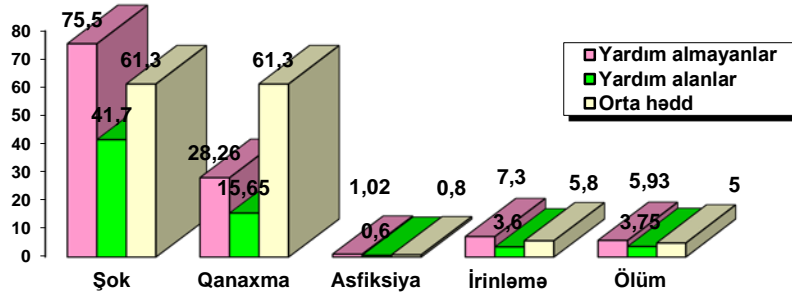
Hərbi-səhra cərrahiyyəsi hospitalı şəraitində mürəkkəb yaralanmalar zamanı cərrahi taktika, yaralıların ağırlıq dərəcəsi ilə əlaqədar olaraq operativ müdaxilənin həcmi, mürəkkəb yaralanmalar zamanı rekonstruktiv müdaxilələrin yerinə yetirilməsinə göstəriş və əks göstərişlər müəyyən edilmiş, ixtisaslı yardımın nəticələrinin öyrənilməsilə yaralıların təkmilləşmiş reabilitasiya sistemi işlənilib hazırlanmışdır.



Şəkil 1.26 Hospitalaqədərkə mərhələdə yardım zamanı yol verilmiş nöqsanların xronoloji qrafik təsviri



Şəkil 1.27. İxtisaslı yardım mərhələsində buraxılmış səhvlərdən asılı olaraq fəsadlaşma və ölüm hallarının xarakteristikası



Şək. 1. 28 Hospitala qədər mərhələdə yaralıların yardım almasından asılı olaraq təsadüf olunmuş fəsadlaşmaların qrafik təsviri

Döyüş zonasında ilk tibbi yardımdan tutmuş müalicənin son mərhələsinə qədər həyata keçirilmiş bütün tədbirlər izlənilməklə fəsadlaşmaların səbəblərinin təkcə yaralanmanın xarakterindən, müalicə işindəki nöqsanlardan asılı olmayıb, bunun eyni zamanda mövcud döyüş şəraitindən, ətraf mühitin iqlim və relyef xüsusiyyətindən, eləcə də orqanizmin fiziki hazırlıq qabiliyyətindən asılılığı aşkarlanmış və müalicənin keyfiyyətinin yaxşılaşdırılması yolları öyrənilmişdir:

- Odlu silah yaralılarına ixtisaslı yardım prosesinin təşkilində mənfi ekzogen amillər nəzərdə tutulmuş, ətraf mühitin iqlim və relyef xüsusiyyətlərinin ixtisaslı tibbi yardımın nəticələrinə mənfi təsiri aşkarlanmış, bunların nəzərə alınması ilə müalicə prosesinin nəticələrinin yaxşılaşdırılması istiqamətində müvafiq tədbirlər sistemi işlənib hazırlanmışdır.

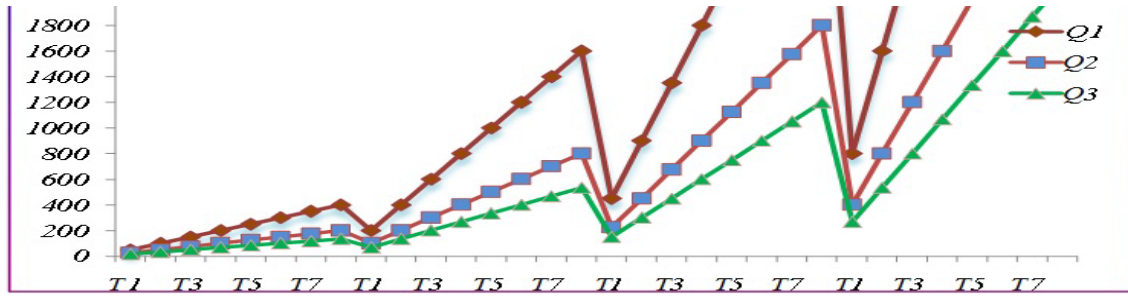
- Həmçinin bu müharibədə orqanizmin fiziki inkişaf qabiliyyəti ilə yaralanmalar zamanı baş vermiş fəsadlaşmalar arasındakı asılılıq təhlil olunmuş, yanaşı xəstəliklərin fəsadlaşmaların əmələ gəlməsində rolu faktik material əsasında sübuta yetirilmişdir (Şək. 1.18, 1.22-1.26).

Qarabağ müharibəsində ilk dəfə olaraq Hospitala qədər mərhələnin fəaliyyətinin qiymətləndirilməsi və yaralıların ağırlıq dərəcəsinin təyini məqsədilə düstur üsulundan $[S=k(HVT)/Q]$ istifadə edilməsi qısa müddət ərzində çoxlu miqdar yaralının vəziyyətinin proqnozlaşdırılmasına və ixtisaslı cərrahi yardımın optimal qaydada həyata keçirilməsinə imkan vermişdir. Həmin düstur hesablaması ixtisaslı cərrahi yardım mərhələsində yaralıların ağırlıq dərəcəsinin (S) onların müalicə taktikasının müəyyənləşdirilməsinə imkan verir. Burada k – mütənasiblik əmsali olub, 100-ə bərabərdir. H – yaralanmanın ağırlıq dərəcəsinin, V – qanıtırmənin həcmi, T – yaralının hospitala çatdırılma müddətini, Q – hospitala qədərki mərhələdə yardımın keyfiyyətini göstərir.

H yüngül yaralılarda şərti olaraq 1-ə, orta ağırlıqlı yaralılarda 2-yə, ağır yaralılarda 3-ə, daha ağır yaralılarda isə 4-ə bərabər götürülür. V – qanıtırmənin həcmi litrlə ölçülür. Yüngün yaralılar üçün bu qiymət 0,5 litr, orta ağırlıqlı yaralılar üçün 1 litr, ağır yaralılar üçün 1,5 litr, daha ağır yaralılar üçün isə 2 litr nəzərdə tutulur. Qanıtırmə birbaşa və dolay yolla təyin edilə bilər. Birbaşa göstəricilərə sarğıların və paltarın islanma dərəcəsi, yaranın ölçüsü, laborator analizində eritrositlərin sayı, hemoqlobin və hematokritin səviyyəsi; dolay göstəricilərə yaralının ümumi vəziyyəti, bənzir solğunluğu, halsızlıq əlamətlərinin olması, yaralıların qan təzyiqinin enməsi, nəbz tezləşməsi aiddir. Q – hospitala qədərki mərhələdə yardımın keyfiyyəti tam həcmdə yerinə yetirilərsə Q-nün qiyməti şərti olaraq 3-ə bərabər götürülür. Yardım ixtisarla yerinə yetirilmişsə bu qiymət 2-yə, heç həyata keçirilməyibsə, yaxud qüsurlu yerinə yetirilibsə 1-ə bərabər götürülür. Yüngül yaralılarda S-in qiyməti 200-ə qədər, orta ağırlıqlı yaralılarda 200-lə 600 arasında, ağır yaralılarda 600-lə 1000 arasında, daha ağır yaralılar 1000-dən yuxarı olur.

Beləliklə, $[S=k(HVT)/Q]$ düstur hesablama üsulu ilə qanıtırmənin həcmindən, yaralıların hospitala çatdırılma müddətindən və hospitala qədər müddətdə yardımın keyfiyyətindən asılı olaraq yaralının ağırlıq dərəcəsi və müalicənin nəticəsinin proqnozlaşdırılması mümkündür. Düstur hesablamaları göstərir ki, yüngül yaralanmalarda ağırlaşma halları yaralanmanın 7-8-ci saatlarında, orta ağırlıqlı yaralanmalarda təxminən 3 saat ərzində, ağır yaralılar arasında isə 2 saat ərzində baş verir. Daha ağır yaralanmalarda isə

ağırlaşmalar yaralanmanın ilk saatında müşahidə olunur. Düstur hesablanmasının mahiyyəti və onun nəticələri cədvəl və qrafik şəkildə verilmişdir:



Şək.1.29 $S=k(HVT)/Q$ düsturuna uyğun qrafik təsvir

Ağırlıq dərəcəsi	H	V	T	S			M±m	p
				Q1	Q2	Q3		
Yüngül	1	0,5	1	50	25	16,7	30,6±10,0	
			2	100	50	33,3	61,1±20,0	
			3	150	75	50,0	91,7±30,0	
			4	200	100	66,7	122,2±40,1	
			5	250	125	83,3	152,8±50,1	
			6	300	150	100,0	183,3±60,1	
			7	350	175	116,7	213,9±70,1	
			8	400	200	133,3	244,4±80,1	
Cəmi							137,5±20,9	
Orta ağırlıq	2	1	1	200	100	66,7	122,2±40,1	p < 0,001
			2	400	200	133,3	244,4±80,1	
			3	600	300	200,0	366,7±120,2	
			4	800	400	266,7	488,9±160,2	
			5	1000	500	333,3	611,1±200,3	
			6	1200	600	400,0	733,3±240,4	
			7	1400	700	466,7	855,6±280,4	
			8	1600	800	533,3	977,8±320,5	
Cəmi							550,0±83,5	
Ağır	3	1,5	1	450	225	150,0	275,0±90,1	p < 0,001
			2	900	450	300,0	550,0±180,3	
			3	1350	675	450,0	825,0±270,4	
			4	1800	900	600,0	1100,0±360,6	
			5	2250	1125	750,0	1375,0±450,7	
			6	2700	1350	900,0	1650,0±540,8	
			7	3150	1575	1050,0	1925,0±631,0	
			8	3600	1800	1200,0	2200,0±721,1	
Cəmi							1237,5±187,8	
Daha ağır	4	2	1	800	400	266,7	488,9±160,2	p < 0,001
			2	1600	800	533,3	977,8±320,5	
			3	2400	1200	800,0	1466,7±480,7	
			4	3200	1600	1066,7	1955,6±641,0	
			5	4000	2000	1333,3	2444,4±801,2	
			6	4800	2400	1600,0	2933,3±961,5	
			7	5600	2800	1866,7	3422,2±1121,7	
			8	6400	3200	2133,3	3911,1±1282,0	
Cəmi							2200,0±333,9	

Həmçinin yaralıların hospitala axın şəklində daxil olduğu vəziyyətlərdə hərbi-səhra cərrahiyyəsi

tarixində ilk dəfə cəbhə xəttinin 2-3 kilometrliyində səyyar əməliyyat və reanimasiya avtoqoşğularından istifadə edilməsilə hospitalın həddən artıq yüklənməsinin qarşısı alınmış, burada yaralılara ilk həkim yardımı və ixtisaslı cərrahi yardım həyata keçirilmişdir. Yaralılara infuzion-transfuzion terapiyanın məhz hospitalaqədərki mərhələdən başlanılması fəsadlaşmaların azaldılmasına və ixtisaslı tibbi yardımın nəticələrinin yaxşılaşdırılmasına şərait yaratmışdır.

Bu müharibədə topakoabdominal yaralanmalar zamanı diafraqmanın zədələnməsinin mütləq hal kimi qəbul edilməsi konsepsiyası inkar edilmiş və bu məsələ təkzibolunmaz əyani klinik müşahidələrlə əsaslandırılmışdır.

Daxilə keçməyən odlu silah yaralanmalarının diaqnostikası və müalicə taktikasının təkmilləşdirilməsi istiqamətində müəyyən işlər görülmüş, daxilə keçməyən odlu silah yaralanmaları zamanı orqan zədələnməsi ehtimalı orqanizmin bütün nahiyələri üzrə zədələnmələrə də aid edilmiş, yaralıların müayinəsinin daha da təkmilləşdirilməsinə və mövcud biliklərin əhatə dairəsinin genişlənməsinə nail olunmuşdur.

İxtisaslı cərrahi yardım prosesində müşahidə olunmuş fəsadlaşmaların yaralanmanın mənşəyindən asılılığı öyrənilməklə bunun müqayisəli təhlili verilmiş, alınmış nəticə yaralıların müalicəsində və fəsadlaşmaların qarşısının alınmasında tətbiq edilmişdir. Kontuzion zədələnmələr təkcə seroz boşluqlara və daxili orqanlara aid edilməyib, eyni zamanda, xüsusilə partlayış zədələnmələri zamanı ətrafların kontuziyası zamanı yumşaq toxumaların, sinirlərin və magistral damarların da kontuzion zədələnmələrindən bəhs edilməklə bu istiqamətdə mövcud biliklərin əhatə dairəsi bir daha genişləndirilmişdir.

Qarabağ müharibəsində ilk dəfə olaraq yüksək temperatur zədələnmələri ilə bərabər odlu silah yaralanmalarının donmalarla birlikdə təsadüf olunması zamanı müşahidə olunan fəsadlaşmalar elmi surətdə təhlil olunmaqla müəyyən nəticələrə gəlinmiş və bunun praktik əhəmiyyəti göstərilmişdir.

Müharibədə əldə edilmiş təcrübəyə əsasən ixtisaslı tibbi yardım mərhələsində müalicə-təxliyə tədbirləri sisteminin təkmilləşdirilməsi yolu ilə odlu silah yaralanmaları zamanı cərrahi müalicənin nəticələrinin yaxşılaşdırılması yolları göstərilmiş, beynəlxalq miqyasda hərbi-səhra cərrahiyyəsinin müasir səviyyəsi ilə uyğunluq müəyyən edilmiş, alınmış nəticələrin Respublikanın ordu quruculuğunda, onun tibb xidmətinin təşkilində əhəmiyyəti göstərilmişdir.

Beləliklə, Qarabağ müharibəsində müharibənin ilk illərində müalicə işində yol verilmiş nöqsanlar tezliklə aradan qaldırılmış, yaralıların 74,5%-nin döyüş qabiliyyəti bərpa olunmuşdur. Həmin göstərici Böyük Vətən müharibəsində 72,3%, Əfqanıstan müharibəsində 77,9% olmuşdur. (Bax: “Qarabağ müharibəsində odlu silah yaralanmaları zamanı ixtisaslı cərrahi yardımın təşkili, fəsadlaşmaların profilaktikası və müalicəsi”, Monoqrafiya, Bakı.2001).

Yeri gəlmişkən qeyd etmək lazımdır ki, hərbi-səhra cərrahiyyəsinin Respublikamızda inkişaf etməsində səhra hospitalları ilə bərabər mərkəzi hərbi hospitalın rəhbərliyinin də xidməti az olmamışdır. Eyni zamanda Azərbaycan Dövlət Tibb Universitetinin cərrahiyyə kafedralarının, Müdafiə Nazirliyinin Tibb Heyəti İnternaturasının, Tibb Heyətinin İxtisaslaşdırılması və Təkmilləşdirilməsi kurslarının da Respublikamızda hərbi tibb kadrlarının hazırlanmasında xüsusi xidmətləri olmuşdur. 2000-ci ilin iyun ayında Respublika prezidentinin fərmanı ilə Azərbaycan Tibb Universitetinin nəzdində hərbi tibb fakültəsinin yaradılması, onun tərkibində 4 kafedranın, o cümlədən hərbi-səhra cərrahiyyəsi kafedrasının açılması hərbi tibb kadrlarının hazırlanması işində yeni bir addımdır. İndi artıq həqiqətən Respublikamızda bütün hərbi fənnlər kimi hərbi-səhra cərrahiyyəsi fənni də yeni əsasda, dünya standartlarına uyğun şəkildə tədris olunmaqdadır. Bütün bunlar müstəqil Respublikamızda hərbi təbabətin yeni əsasda təməlinin qoyulmasına və Vahid Hərbi-Tibbi Doktrinasının yaradılmasına imkan vermişdir.

1.3. CƏRRAHİ PROFİLLİ SANİTAR İTGISİNİN XARAKTERİSTİKASI VƏ ONUN XÜSUSİYYƏTLƏRİ

Müasir müharibələrdə sanitar itkisi cərrahi yardımın xarakterini müəyyənləşdirən əsas göstəricidir. Müharibə şəraitində cərrahi profilli sanitar itgi terapevtik profilli sanitar itgidən daha çox olur. Belə ki,

Böyük Vətən müharibəsi illərində Sovet Ordusunda cərrahi profilli sanitar itkisi 70-75% təşkil edirdi. Bu göstərici müasir müharibələrdə də təxminən həmin vəziyyətdədir (Cədvəl 1.1, Şək. 1.27)

Müasir müharibələrdə həmçinin cərrahi profilli sanitar itginin strukturu da dəyişmişdir. Bu, müxtəlif növ kütləvi qırğın silahlarının tətbiqi ilə əlaqədardır. Müasir silahların təsirindən bəzən orqanizmə eyni vaxtda müxtəlif amillər də təsir edir və bu, yaralanmaların daha ağır keçməsi ilə nəticələnir. Bunun nəticəsidir ki, bu müharibələrdə qapalı zədələnmələrin, uzunmüddətli sıxılma sindromunun, partlayış zədələnmələrinin, çoxsaylı və müştərək yaralanmaların xüsusi çəkisi artmış, bunlar özünü qarşılıqlı ağırlaşma sindromu şəklində göstərmişdir. Bu deyilənlər cərrahi yardımın müəyyən təşkilati məsələlərinin həllinin vacibliyini tələb edir. Bura aşağıdakılar daxildir:

– xəstə və yaralılara yardım müxtəlif hərbi müalicə müəssisələrində: tabor və briqada tibb məntəqələrində, əlahiddə tibb taborlarında, hərbi-səhra cərrahiyyəsi hospitallarında, arxa hospital bazada, klinika və xəstəxanalarda eyni vaxtda, fasiləsiz olaraq yerinə yetirilməlidir. Bu prinsip həmçinin müalicə-təxliyə prosesində bir sıra çatışmazlıqların aşkar olunması və onların vaxtında aradan qaldırılmasına da imkan verir,

– konkret döyüş şəraiti və tibbi təchizatdan asılı olaraq qüvvə və cərrahi yardım vəsaitləri ilə manevr edilməsi,

– tibbi təxliyənin hər bir mərhələsində döyüş şəraitindən asılı olaraq cərrahi yardımın həcminin maksimal azaldılması,

– mərhələlər arasında dəqiq elmi məlumatların olması,

– xəstə və yaralıların mərhələli müalicəsində elmin son nailiyyətlərindən maksimal istifadə edilməsi,

– müalicə prosesinin hərtərəfli təşkil olunması ilə müalicə müddətinin maksimal qısaltılması və i.a.

Cədvəl 1.1-dən görüldüyü kimi, Qarabağ hərbi münaqişəsində hərbi yaralanmaların müalicəsinin nəticəsi yalnız II Dünya müharibəsi və Koreya müharibəsinin nəticələrindən üstün olmuşdur. Bu göstəricilər hərbi münaqişənin başlanğıcında daha aşağı olmuş, belə ki, letallıq 5,2%, ordudan tərxis olunma 23,5% təşkil etmiş, yaralıların döyüş qabiliyyətinin bərpası isə 71,3% olmuşdur. Bu gerilik, əlbəttə Respublikanın düşmənin qəfləti basqısına hazır olmaması, təzə yaranmış Milli Ordumuzda tibbi xidmətin təşkilinin tələb olunan səviyyədə olmaması ilə izah olunur.

Lakin hərbi münaqişə illərinin II yarısında kadr hazırlığında geriliyin aradan qaldırılması, müalicə-təxliyə tədbirləri sisteminin təkmilləşdirilməsi, yaralılara göstərilmiş tibbi xidmətin alqoritmlər əsasında modernləşdirilməsi əsasında daha da təkmilləşdirilməsi sayəsində yaralılar arasında letallıq səviyyəsi 3,2%-ə, ordudan tərxis olunma halları 18,2%-ə endirilmişdir. Yaralıların döyüş qabiliyyətinin bərpası isə 78,6% təşkil etmişdir. Bütün bunlar haqda gələcək fəsillərdə daha ətraflı məlumat veriləcəkdir.

Yaralılara cərrahi yardım ixtisaslı və ixtisaslaşdırılmış cərrahi yardım növlərindən ibarətdir. Ixtisaslı cərrahi yardım əsasən əlahiddə tibb taborlarında və hərbi-səhra cərrahiyyəsi hospitallarında həyata keçirilir. Ixtisaslaşdırılmış cərrahi yardım isə Müdafiə Nazirliyinin arxa hərbi hospitallarında və Səhiyyə Nazirliyinin klinika və xəstəxanalarında yerinə yetirilir. Cərrahi yardımın ilk elementləri döyüş zonasından başlansa da və həkiməqədərki tibb yardımında, ilk həkim yardımında orta tibb işçisi və ümumi ixtisaslı həkimlər tərəfindən həyata keçirilsə də (qanaxmalar zamanı qankəsici turnaların qoyulması, zədələnmiş ətrafların hərəkətsizləşdirilməsi, şok və asfiksiyaya qarşı elementar mübarizə tədbirləri və i.a.), bunların heç biri cərrahi yardımı əvəz etmir. Bunlar məzmunca sadəcə olaraq cərrahi yardımın elementlərini təşkil edirlər.

Cərrahi yardım məhz ixtisaslı yardımdan başlanır. Bu yardım növü xəstə və yaralıların həyatını təhlükə qarşısında qoyan səbəblərin aradan qaldırılması, fəsadlaşmaların qarşısının alınması, müalicə prosesinin tələb olunan qaydada həyata keçirilməsi, xəstə və yaralıların arxa hospital bazaya təxliyəsinin təhlükəsizliyinin tam təminatı məqsədini daşıyır.

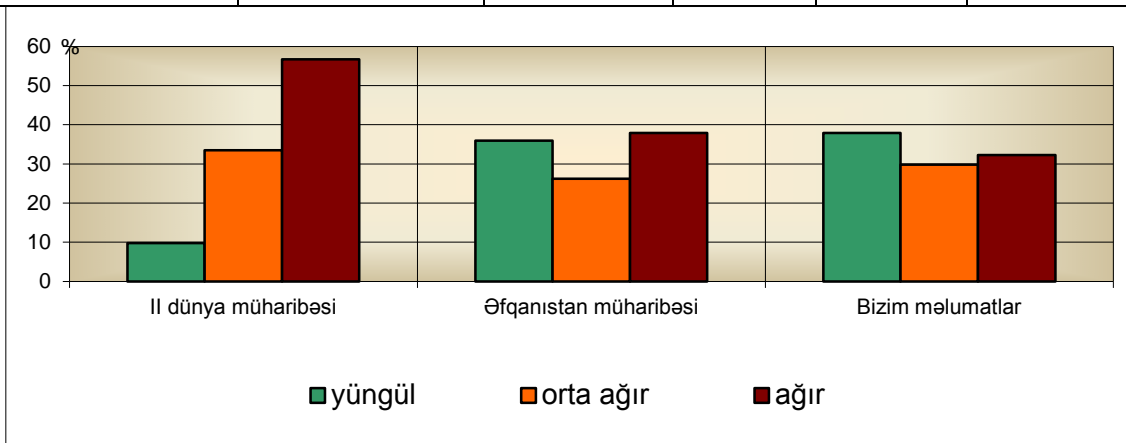
Yaralılara lazım olan bütün müalicə tədbirləri yardım növləri şəklində mərhələlər üzrə bölüşdürülür. Qeyd etdiyimiz kimi, bura ilk tibbi yardım, həkiməqədərki tibbi yardım, ilk həkim yardımı,

ixtisaslı və ixtisaslaşdırılmış yardım növləri daxildir. Hər bir yardım növü öz həcmi, məzmunu, tibb müəssisəsinin quruluşu, təchizatı, kadrların ixtisas səviyyəsi ilə bir-birindən fərqlənir. **Müalicə-profilaktik tədbirlərin məcmusu müəyyən mərhələdə həyata keçirilən yardımın həcmi kimi başa düşülür.** Yardımın həcmi və cərrahi əməliyyatın metodunun seçilməsi təkcə tibbi göstəricilərdən asılı olmayıb, həmçinin döyüş şəraitindən, həmin mərhələdəki həkim kadrlarının, xüsusilə cərrahların ixtisas hazırlığından, sanitar nəqliyyat vasitələri və tibbi avadanlıqla təminatdan, mövsüm və hava şəraitindən də asılıdır. Daxil olmuş yaralıların sayından asılı olaraq, sutka ərzində həyata keçirilən yardıma görə mərhələnin **işləmə gücü** ayırd edilir. Əgər daxil olan yaralıların sayı tibbi təxliyənin həmin mərhələsinin işləmə gücündən çox deyilsə, tibbi yardım tam həcmdə yerinə yetirilir. Həmin mərhələdə daxil olan yaralıların sayı hədədən artıq olduğu hallarda və əlverişsiz döyüş şəraitində tibbi yardımın həcmi ixtisara salınması lazım gəlir. Belə hallarda yalnız o tədbirlər yerinə yetirilməlidir ki, onun sonrakı mərhələyə təxirə salınması mümkün olmasın.

CƏDVƏL 1.1

YARALANMALARIN MÜALİCƏSİNİN NƏTİCƏLƏRİNİN DİGƏR MÜHARİBƏLƏRİN GÖSTƏRİCİLƏRİ İLƏ MÜQAYİSƏSİ

Dünyada baş vermiş ayrı-ayrı müharibə dövrləri	İxtisaslı yardımın göstərilməsi müddətinin orta həddi (saat)	Döyüş zonasında tədər olanlar	Letallıq səviyyəsi	Ordudan tərxis olunanlar	Döyüş qabiliyyəti bərpa olunanlar
Böyük Vətən müharibəsi 1941-1945	13,6	21,0%	5,7%	22,0%	72,3%
İkinci Dünya müharibəsi 1939-1945 (ABŞ)	10,5	19,0%	4,5%	24,8%	70,7%
Koreya müharibəsi 1950-1953 (ABŞ)	6,3	20,0%	2,5%	23,8%	73,7%
Vyetnam müharibəsi 1964-1973 (ABŞ)	2,3	14,0%	2,6%	17,4%	81,4%
Əfqanıstan müharibəsi 1980-1989	6,1	19,5%	3,5%	18,6%	77,9%
Bizim məlumatlar 1992-1994	1,9	9,1%	4,3%	21,2%	74,5



Şəkil 1.30 Yaralıların hospitala ağırlıq dərəcəsinə görə daxil olması

Ixtisaslı tibbi yardım tədbirləri xüsusilə xəstə və yaralıların hərbi tibb müəssisələrinə eyni müddətdə və kütləvi gəlişi zamanı şərti olaraq 3 qrupa bölünür:

1-ci qrup tədbirlərə həyatı göstəriş olaraq yerinə yetirilməsi nəzərdə tutulan tədbirlər aiddir. Bunların yerinə yetirilməməsi, yaxud təxirə salınması yaralının ölümünə səbəb ola bilər. Bunlar bütün yaralıların 10-12%-ni təşkil edir. Bura asfiksiyaya qarşı mübarizə tədbirləri, qanaxmanın saxlanması, travmatik şok və travmatik toksikoza qarşı mübarizə tədbirləri daxildir.

2-ci qrup tədbirlərə qanaxması olmayan adi yaraların cərrahi işlənməsi, magistral damarların qapalı zədələnmələri, ətrafın nekrozu zamanı ilkin amputasiyanın yerinə yetirilməsi, sidik kisəsinin ekstrapéritoneal zədələnmələrində paravezikal sahənin drenajı, sidik kanalının yaralanması zamanı episistomanın qoyulması, düz bağırsağın ekstrapéritoneal yaralanmaları zamanı sigmastomanın qoyulması, çirklənmiş yaraların birincili cərrahi işlənməsi və i.a. aiddir. Bunların yerinə yetirilməməsi ciddi fəsadlaşmalara səbəb ola bilər. Bu qrup tədbirlərə yaralıların orta hesabla 20-30%-nin ehtiyacı olur.

3-cü qrup tədbirlərə adi yaraların birincili cərrahi işlənməsi aiddir. Bunlar bütün yaralıların 50-60, bəzən isə 70%-ni təşkil edir. Bu tədbirlər təxirə salına bilər. Lakin bu zaman ağır fəsadlaşmaların baş verməyəcəyi istisna olunmur. Antibiotiklərin, eləcə də digər dərman preparatların tətbiqi sayəsində həmin təhlükənin qarşısı alınır.

Beləliklə, ixtisaslı cərrahi yardım tam həcmdə, yaxud ixtisarla yerinə yetirilə bilər. Tam həcmli yardım zamanı hər 3 qrup yardım tədbirləri yerinə yetirilir. Xəstə və yaralıların hərbi tibb müəssisəsinə axın halında daxil olduğu zaman həyata keçirilən yardım III qrup tədbirlərin ixtisara salınması ilə yerinə yetirilir. Son dərəcə əlverişsiz döyüş şəraitində isə hətta II qrup tədbirlər belə ixtisara salına bilər. Bu halda tədbirlər yalnız həyatı göstəriş əsasında yerinə yetirilməlidir.

Xəstə və yaralılara göstərilən yardım ixtisaslaşdırılmış cərrahi yardım mərhələsində başa çatdırılır. Bu yardım növünün özündən əvvəlkindən fərqi ondan ibarətdir ki, yaralılar burada yaralanma nəhiyyəsi və zədələnmənin xarakterindən asılı olaraq ayrı-ayrı profilləşdirilmiş müalicə müəssisələrində yerləşdirilir. Ixtisaslaşdırılmış yardım eyni zamanda xüsusi tibbi yardım dəstələrinin (XTYD) köməyi ilə hərbi-səhra cərrahiyyəsi hospitallarında da yerinə yetirilə bilər. Belə hallarda hərbi-səhra cərrahiyyəsi hospitalı öz məzmununu ixtisasa uyğun şəkildə dəyişə bilər (məsələn, çoxprofilli hərbi-səhra cərrahiyyəsi hospitalı və i.a.).

Ixtisaslaşdırılmış cərrahi yardım tam həcmdə yerinə yetirilməlidir. Burada xəstə və yaralılar hərtərəfli müayinədən keçirilməli, lazım olan bütün müalicə metodlarından istifadə edilməlidir. Müalicə müddəti konkret şəraitdən asılı olaraq, tam sağalma əldə edilənə qədər davam etdirilməli, yaralıların hərbi xidmətə yararlılıq qabiliyyəti təyin edilməlidir.

Beləliklə, bütün deyilənləri ümumiləşdirərək bu nəticəyə gəlmək olar ki, hərbi-səhra cərrahiyyəsi elmi müharibə şəraitində fəaliyyət göstərən cərrahlik sahəsidir. Bunun nəzəri əsası ümumi və xüsusi cərrahlikdən və tibbi xidmətin təşkili və taktikasından ibarətdir. Daha doğrusu, hərbi-səhra cərrahiyyəsinin fəaliyyət dairəsi xəstə və yaralılara cərrahi yardımın təşkili və onun yerinə yetirilməsindən ibarətdir. Cərrahi yardım ixtisaslı və ixtisaslaşdırılmış yardım növlərindən ibarətdir. Konkret döyüş şəraitindən asılı olaraq, ixtisaslı yardım tam həcmdə, yaxud ixtisarla həyata keçirilə bilər. Xəstə və yaralıların müalicəsinin nəticələri tibbi çeşidləmənin keyfiyyətlə həyata keçirilməsindən çox asılıdır. Silahların son dərəcə təkmilləşməsi yaralanmaların daha ağır şəkildə baş verməsinə gətirib çıxarır. Bu isə döyüş yaralanmalarının müalicəsində hərbi-səhra cərrahiyyəsinin prinsiplərinə daha ciddi əməl olunmasını tələb edir. Bu prinsiplər xəstə və yaralılara vaxtında ardıcıl və tamamlama prinsipi üzrə tibbi yardım göstərilməsindən ibarətdir. Hərbi-səhra cərrahiyyəsinin vəzifələrinə həmçinin keçmiş müharibələrdə cərrahi yardımda əldə edilmiş təcrübələrin dinc dövrdə tətbiqi məsələləri də daxildir. Müalicə-təxliyə prosesində mövcud çətinliklərin aradan qaldırılması üçün bütün imkanlardan maksimum istifadə olunmalı, göstəriş olduqda yardımın həcmi azaldılmalı və yeni müalicə üsullarından istifadə edilməklə daha yaxşı nəticələr əldə edilməlidir.

FƏSİL II

MÜASİR DÖYÜŞ ZƏDƏLƏNMƏLƏRİ ZAMANI TİBBİ YARDIMIN HƏYATA KEÇİRİLMƏSİ PRİNSİPLƏRİ

TƏDRİS SUALLARI

- 2.1. Müasir döyüş zədələnmələrinin ümumi xarakteristikası
2. 2. Döyüş zədələnmələri zamanı cərrahi yardımın təşkili qaydaları
- 2.2.1. Tibbi yardımın növləri və yerinə yetirilməsi qaydaları

2.1. MÜASİR DÖYÜŞ ZƏDƏLƏNMƏLƏRİNİN ÜMUMİ XARAKTERİSTİKASI

Döyüş zədələnmələri dedikdə, ilk növbədə odlu silah yaralanmaları nəzərdə tutulur. Bu, sırf cərrahi patologiyaya daxildir. Lakin bununla bərabər termik, radioaktiv, kimyəvi zədələnmələr də döyüş zədələnmələrinə aiddir. Bunlar eyni zamanda kombinə şəkildə də təsadüf edilə bilər. Mexaniki zədələnmələr də döyüş fəaliyyəti zamanı ayrıca, yaxud digər zədələnmələrlə birlikdə təsadüf edildiyindən döyüş zədələnmələrinə daxildir.

Hərbi texnikanın və müasir silahların təkmilləşdirilməsi zədələnmələrin daha mürəkkəb şəkildə müşahidə olunmasına gətirib çıxarmışdır. Bura yaralanmaların mürəkkəb, çoxsaylı, müstəqil və kombinə şəkildə müşahidə olunması faktları aiddir. Əgər çoxsaylı və müstəqil yaralanmalarda eyni növ silahın təsiri nəzərdə tutulursa, kombinə olunmuş zədələnmələrdə orqanizm eyni zamanda bir neçə faktorun təsirinə məruz qalır. Bura termik, mexaniki, kimyəvi və radioaktiv zədələnmələr daxildir. Əlavə zədələnmələr, şübhəsiz ki, yanaşı ağırlaşmaların, qarşılıqlı ağırlaşma sindromunun, poliorqan çatmamazlığın meydana çıxmasına səbəb olur. Yaralı orqanizm məruz qaldığı bir neçə ağır zədələnməyə eyni zamanda cavab verməli olur. Bu isə bəzən orqanizmin ehtiyat qüvvələrinin tükənməsinə, müalicənin daha çətin keçməsinə, fəsadlaşma və ölüm hallarının artmasına gətirib çıxarır.

Kombinə olunmuş zədələnmələr əsasən atom silahının tətbiqi nəticəsində həm mexaniki, həm termik, həm də radioaktiv zədələnmələr şəkildə, kombinə olunmuş kimyəvi zədələnmələr kimyəvi silahların tətbiqi zamanı müşahidə olunur. Mina-partlayış zədələnmələri zamanı da odlu silah yaralanmaları mexaniki və termik zədələnmələrlə birlikdə müşahidə olunur. Partlayış nəticəsində döyüş texnikasının sıradan çıxması, yaxud əmələ gəlmiş zərbə dalğasının təsiri ilə əlaqədar baş vermiş mexaniki zədələnmələr də kombinə olunmuş zədələnmələrə daxildir. Partlayışın qapalı şəraitdə baş verdiyi hallarda zəhərli qaz axınının təsirindən bəzən kütləvi zəhərlənmə halları da baş verir.

2. 2. DÖYÜŞ ZƏDƏLƏNMƏLƏRİ ZAMANI CƏRRAHI YARDIMIN TƏŞKİLİ QAYDALARI

Müharibə şəraitində xəstə və yaralılara yardım mərhələlərlə yerinə yetirilir. Göstərilən yardım xəstə və yaralıların təxliyəsi ilə eyni müddətdə aparılır. Döyüş zonasından başlamış, ixtisaslı yardım mərhələsinə qədər bütün yaralılar eyni istiqamətdə əlahiddə tibb taboruna, yaxud hərbi-səhra cərrahiyyəsi hospitalına daşınırlar. Zədələnmənin xarakterindən asılı olaraq, yaralılar ixtisasa uyğun şəkildə müxtəlif profilli hospitallara təxliyə olunurlar. Buna təyinat üzrə təxliyə deyilir. Yəni xəstə və yaralılar korpusun əlahiddə tibb taborunda, yaxud hərbi-səhra cərrahiyyəsi hospitallarında ixtisaslı yardım aldıqdan sonra

müvafiq qaydada profilə uyğun hospital yaxud xəstəxanalara təxliyə olunurlar. Məsələn, kəllə-beyin yaralanması olanlar neyrocərrahi hospitallara, döş qəfəsi yaralanması ilə torakal cərrahlik şöbəsinə, qarın boşluğu yaralanmaları abdominal cərrahlik, ətraf yaralanmaları travmatoloji, damar yaralanmaları damar cərrahliyi müəssisələrinə və mərkəzlərinə göndərilirlər.

Beləliklə, müharibə və döyüş şəraitində hər bir yaralı bir neçə həkimin baxışından keçir. Şəraitdən asılı olaraq, burada müalicə taktikası da dəyişə bilər. Bütün bunlar mürəkkəb bir sistem şəklində müalicə-təxliyə tədbirləri sisteminin vahid prinsip əsasında ciddi ardıcılıqla yerinə yetirilməsini tələb edir. Həyata keçirilmiş bütün tədbirlər eyni zamanda dəqiq sənədləşdirilməlidir.

2.2.1. DÖYÜŞ ZƏDƏLƏNMƏLƏRİ ZAMANI YARDIMIN HƏCMİ

Müalicə-təxliyə sisteminin hər bir mərhələsində yardım üçün konkret vəzifələr qoyulur. Döyüş taktikasından və təhizatdan asılı olaraq göstərilən yardımın həcmi hətta müəyyən saatlarında belə dəyişə bilər. Məsələn, ilk həkim yardımı mərhələsində (briqada tibb məntəqəsində) əlverişli döyüş şəraitində şok əleyhinə tədbirlər daha geniş şəkildə qan və qanəvəzedicilərin köçürülməsi, novokain blokadaların aparılması və i.a. şəklində yerinə yetirilir. Lakin xəstə və yaralıların kütləvi gəlişi zamanı bu tədbirlərin yerinə yetirilməsi müəyyən qədər məhdudlaşdırılıb, daha sadə yardım metodları ilə əvəz olunur. Eləcə də şəraitdən asılı olaraq, ixtisaslı yardım mərhələsində (əlahiddə tibb taboru, yaxud hərbi-səhra cərrahliyi hospitalında) ilk həkim yardımı; yaxud ilk həkim yardımı mərhələsində (briqada tibb məntəqəsində) xüsusi gücləndirici dəstənin köməyi ilə ixtisaslı cərrahi yardım yerinə yetirilə bilər. Tibbi təxliyənin müəyyən mərhələsində yardımın əsassız yerə məhdudlaşdırılmasına, yaxud genişləndirilməsinə yol vermək olmaz. Bunlar xəstə və yaralılar üçün əhəmiyyətsiz olmayıb, onların ziyanıdır.

Ayrı-ayrı qrup yaralılara yardım tibbi çeşidləmə ilə eyni vaxtda həyata keçirilir. Xəstə və yaralıların kütləvi gəlişi zamanı tibbi çeşidləmə aparılmadan yardımın həyata keçirilməsi qeyri-mümkündür. Çeşidləmə mərhələli müalicə sisteminin vacib elementidir. Bunun məzmunu tibbi təxliyənin müəyyən mərhələsində yardımın xarakteri və növbəliliyi təşkil edir. İlk həkim yardımı və ixtisaslı cərrahi yardım mərhələsində xəstə və yaralılar çeşidləmə meydançasında əvvəlcədən şərti olaraq 3 qrupa bölünürlər: 1) Sanitar təmizlənməyə ehtiyacı olan xəstə və yaralılar. Bunlara radioaktiv və davamlı zəhərli maddələrlə, həmçinin bakterioloji silahla təmasda olmuş yaralılar aiddirlər. Şəraitdən asılı olaraq həmin yaralılar tam, yaxud qismən sanitariya təmizlənmədən keçirilməli və yenidən çeşidləmə meydançasına gətirilməlidirlər. 2) Təcrid olunması nəzərdə tutulmuş yaralılar. Bura infeksiyon xəstələr, yaxud infeksiyanın olmasına şübhə doğuran şəxslər daxildir. Onlar təcridxanada (izolyatorda) yerləşdirilirlər. 3) 3-cü qrupa ətrafdakılar üçün təhlükə törətməyən xəstə və yaralılar aiddir. Bunlar üzvləri də müəyyən müalicə tədbirlərinin yerinə yetirilməsi üçün yüngül, orta ağırlıqlı və ağır yaralılar yarımqrupuna aid edilməklə, qruplaşdırılırlar.

Qəbul-təxliyə şöbəsində, eləcə də digər bölmələrdə bütün yaralılar müalicə-təxliyə prosesində şərti olaraq 4 qrupa bölünürlər: a) Həmin mərhələdə yardıma ehtiyacı olanlar, b) Sonrakı mərhələyə təxliyə olunması xəstə və yaralılar (bunlara yardımın sonrakı mərhələdə həyata keçirilməsi nəzərdə tutulur). c) Yüngül yaralılar, bunlar həmin mərhələdə tam sağalana qədər saxlanılır (sağalmaqda olan komanda), yaxud da öz hərbi hissələrinə yazılırlar. d) Ümitsiz xəstə və yaralılar (bunlara simptomatik müalicə aparılır).

Tibbi çeşidləmə müəyyən mərhələdə yardımın həcminə uyğun şəkildə aparılır. Bu, mövcud konkret döyüş şəraitində imkan və vəsaitin daha səmərəli istifadəsi məqsədini daşıyır. Xəstə və yaralıların sayı artdıqca tibbi çeşidləmənin də rolu artır. Müasir müharibələrdə kütləvi sanitariya itgiləri zamanı tibbi çeşidləmənin əhəmiyyəti daha böyükdür. Tibbi çeşidləmədə həkim hər bir xəstə və yaralı üçün nəzərdə tutulan diaqnoza və zədlənmənin proqnozuna istinad edir. Bu və ya digər fəsadlaşmalara, məsələn, qanaxma, travmatik şok, uzunmüddətli sıxılma sindromu, anaerob infeksiya və s., xüsusi diqqət yetirilir.

Qəbul-çeşidləmə şöbələrində çeşidləmə adətən sargı açılmadan həyata keçirilir. İki cür çeşidlənmə: məntəqədaxili və təxliyə-nəqliyyat çeşidlənməsi məlumdur. Məntəqədaxili çeşidlənmədə xəstə və yaralıya yardımın həmin mərhələnin hansı bölməsində və hansı növbədə aparılması təyin olunur. Təxliyə-nəqliyyat çeşidlənməsi xəstə və yaralıların hansı növbədə, nə kimi nəqliyyat vasitəsilə və nə vəziyyətdə

(oturaq, yarımoturaq, uzanmış və i.a.) və hansı tibbi müəssisəyə köçürülməsinin təyin edilməsi məqsədini daşıyır. İxtisaslı cərrahi yardım mərhələsindən başlayaraq, çeşidlənmə çeşidləmə briqadaları tərəfindən xüsusi rəngli marka və nişanlardan istifadə edilməsilə yerinə yetirilir.

Əgər yardıma gələnlər arasında döşmə tələfindən bakterioloji silah tətbiq edilmiş hərbi hissələrdən xəstə və yaralılar varsa, onlar ümumi axından ayrılaraq təcrid edirlər. Bu kimi hallarda təxliyə prosesi müvəqqəti olaraq dayandırılır və cərrahi yardımın həcmi müvafiq olaraq artırılır. Döşmə tələfindən xüsusilə təhlükəli infeksiya törədicilərinin tətbiq edilməsi istisna olunduqdan sonra təxliyə işi yenidən davam etdirilir.

2.2.2. TİBBİ YARDIMIN NÖVLƏRİ VƏ YERİNƏ YETİRİLMƏSİ QAYDALARI

Xəstə və yaralıların mərhələli müalicəsində aşağıdakı yardım növləri məlumdur:

- 1) İlk tibbi yardım.
- 2) Həkiməqədərki tibbi yardım (feldşer yardımı).
- 3) İlk həkim yardımı.
- 4) İxtisaslı cərrahi yardım.
- 5) İxtisaslaşdırılmış cərrahi yardım.

İlk tibbi yardım — bu yardım növü döyüş zonasında özünə və yoldaşına kömək şəklində bilavasitə döyüşçülərin üzvləri, sanitarlar və sanitar təlimatçılar tərəfindən həyata keçirilir. Böyük Vətən müharibəsi illərində bu yardım növü yaralıların 38%-nə tətbiq edilmişdir. Müasir müharibələrdə kütləvi sanitar itgisi baş verdiyi hallarda bu yardım növünün əhəmiyyəti daha böyükdür. Bunun keyfiyyəti silahlı qüvvələrin şəxsi heyətinin tibbi hazırlıq səviyyəsindən çox asılıdır.

İlk tibbi yardımın vəzifəsi həyat üçün təhlükəli olan yaxud yaralının vəziyyətini ağırlaşdırma bilən səbəblərin aradan qaldırılmasından ibarətdir. Bura zərərçəkmişlərin uçurulmuş binalardan və görmə qabiliyyətini itirmiş şəxslərin döyüş zonasından çıxarılması, yanan paltarların söndürülməsi, zəhərlənmiş zonalarda əleyhiqazların geyindirilməsi, şpris-tubiklə ağrıkəsicilərin yeridilməsi, yuxarı tənəffüs yollarının selikdən, qan və mümkün yad cisimlərdən təmizlənməsilə asfiksiyanın aradan qaldırılması və i.a. aiddir. Dilin qatlanması hallarında axırıncı sancaqla yaxalığa, yaxud boylama qoyulmuş sarığa bərkidilir. Tənəffüsün dayanması hallarında “ağızdan-ağıza”, “ağızdan-buruna”, habelə “S”-vari rezin boru, yaxud maska ilə süni tənəffüs verilir, ürəyin qapalı masajı həyata keçirilir.



Şəkil 2.1 Döyüşünin özü-özünə yardım göstərməsi

Burada həmçinin qanaxmanın müvəqqəti saxlanması üsulları, yara nahiyəsinin aseptik sarınması, sınıqlar zamanı ətrafların hərəkətsizləşdirilməsi yerinə yetirilir. Bu zaman standart və qeyri-standard vasitələrdən istifadə edilir. Yaralılar döyüş zonasından çıxarılaraq xüsusi daldalanacaqlara, yaxud nəqliyyat-toplanış sahəsinə gətirilir (Şəkil 2.2, 2.3).



a)



b)

Şəkil 2.2 a-b) Döyüş şəraitində ilk tibbi yardımın həyata keçirilməsi qaydaları



Şəkil 2.3 Yaralıların xüsusi daldalanacaqlarda yerləşdirilməsi

Kombinə olunmuş kimyəvi və radioaktiv zədələnmələrdə yaralılara əleyhiqaz geydirməklə bərabər, onlara antidotlar yeridilir, fərdi apteçkədən və kimyəvi paketdən istifadə edilir. Bakterioloji silahın tətbiq edildiyi hallarda isə həmçinin antibiotiklər tətbiq edilməlidir.

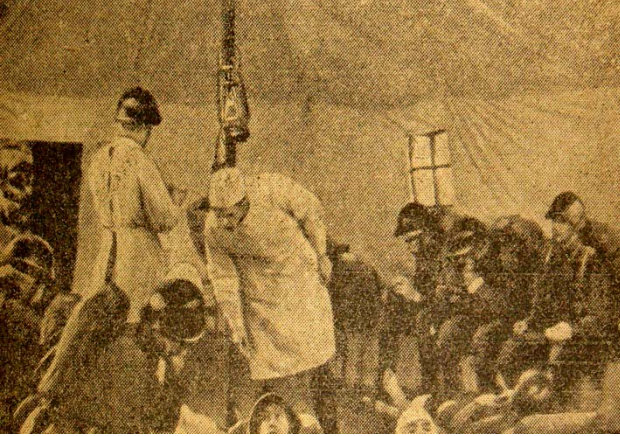
Həkiməqədər tibbi yardım (Feldşer yardımı) — feldşer, yaxud tibb bacıları tərəfindən tabor tibb məntəqəsində (TTM) yerinə yetirilir. Bu, özündən əvvəlki yardım növünü tamamlayır. Müasir müharibələr şəraitində yaralıların kütləvi gəlişi zamanı bu yardım növü ilk həkim yardımını mərhələsində də (briqada tibb məntəqəsində) yerinə yetirilə bilər.

Həkimqədərki tibbi yardım orqanizmin həyati vacib funksiyalarının saxlanılması, fəsadlaşmaların qarşısının alınması və yaralıların sonrakı mərhələyə çatdırılması istiqamətində həyata keçirilən kompleks tibbi tədbirlərdən ibarətdir. Bu məqsədlə xəstə və yaralılara ağrıkəsicilər və ürək dərmanları yeridilir, əvvəllər qoyulmuş sarğılara düzəlişlər aparılır. Qeyri-standart turna və şinlər standartları ilə əvəz edilir, yardım almayanlara ilk tibbi yardım həyata keçirilir. Həkiməqədərki tibbi yardımın məzmununu ağız boşluğu, burun və udlağın selikdən təmizlənməsi, nəfəs yollarının hava keçiriciliyinin təmini məqsədlə rezin borunun udlağa yeridilməsi, portativ aparatlarla ağciyərlərin ventilyasiyası və oksigen inhalyasiyasının aparılması, qanaxmalar zamanı qankəsici turnaların qoyulması və ona nəzarət, sarğıların qoyulması, yaxud ona nəzarət, ağrıkəsicilərin, tələb olunduqda ürək dərmanları və tənəffüs analeptiklərinin yeridilməsi, gözə dikain, yaxud novokain məhlulunun damızdırılması, qış mövsümündə yaralıların isidilməsi, şiddətli istilər zamanı onların isti və günvurmada qorunması, həzm sistemi orqanlarında zədələnmə yoxdursa yaralılara isti yaxud sərin içkilərin verilməsi və s. bu kimi tədbirlər təşkil edir. Asfiksiya hallarında, yaxud asfiksiyanın qarşısının alınması məqsədlə dil sancaqla yaxalığa bərkidilməlidir.

İlk həkim yardımını yaralıların çeşidlənməsindən başlanılır. Bu, çeşidləmə palatasında yerinə yetirilir (Şəkil 2. 4) Bunun məqsədi zədələnmələrin təhlükəli nəticələri olan qanaxma, asfiksiya, şok və i.a. ağırlaşmalara qarşı mübarizə tədbirlərinin həyata keçirilməsindən ibarətdir. Yara infeksiyasının qarşısının alınması tədbirləri və yaralıların növbəti təxliyə mərhələsinə hazırlanması da ilk həkim yardımının funksiyalarına aiddir. Daha doğrusu **ilk həkim yardımını həyat üçün təhlükəli yaralanmaların**

fəsadlaşmalarının aradan qaldırılması, yaxud qarşısının alınması istiqamətində kompleks həkim tədbirlərinin aparılması və yaralıların sonrakı mərhələyə təxliyəsindən ibarətdir. Bu yardım növü briqada tibb məntəqəsində (BTM) ümumi ixtisaslı həkimlər tərəfindən həyata keçirilir.

Döyüş şəraitindən asılı olaraq, ilk həkim yardımı tam həcmdə, yaxud ixtisarla həyata keçirilə bilər. Yardımın tam həcmdə yerinə yetirilməsi zamanı təxirəsalınmaz tədbirlərlə yanaşı, təxirə salına bilən tədbirlər də yerinə yetirilir. Yardımın ixtisarla yerinə yetirildiyi hallarda təxirə salına bilən tədbirlər həyata keçirilmir.



Şəkil 2.4 Briqada Tibb Məntəqəsində çeşidləmə palatasının fəaliyyəti.

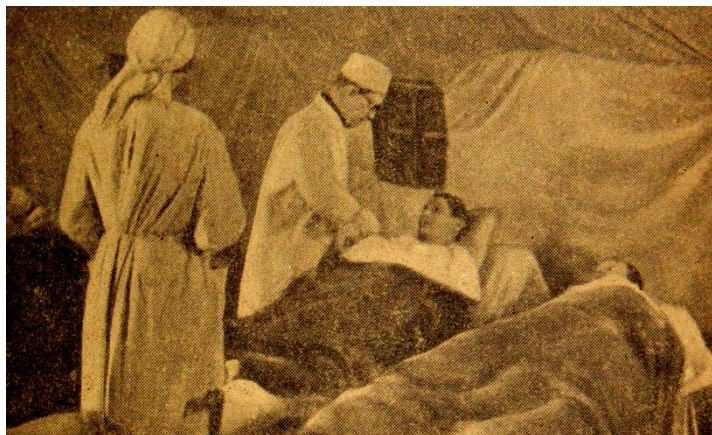
Təxirəsalınmaz tədbirlərə xarici qanaxmanın dayandırılması, asfiksiyanın aradan götürülməsi tədbirləri, açıq pnevmotorakslar zamanı qapayıcı sarğıların qoyulması, gərgin pnevmotorakslarda plevra boşluğunun punksiyası və torakosentezin həyata keçirilməsi, qanıtirmələrdə qan və qanəvəzedicilərin köçürülməsi, şok vəziyyətində olanlara novokain blokadasının aparılması və ağrıkəsicilərin vurulması, dəridən asılı vəziyyətdə qalmış həyati qabiliyyəti olmayan ətrafın kəsilib atılması (nəqliyyat amputasiyası), sidik ifrazı çətinləşdikdə sidik kisəsinin kateterizasiyası, yaxud punksiyası, çənə sınıqlarında standart nəqliyyat şinlərinin qoyulması və i.a. tədbirlər aiddir. Bütün bunlar briqada tibb məntəqəsinin sarğı otağında həyata keçirilir.



Şək. 2.5 İlk həkim yardımının həyata keçirilməsi

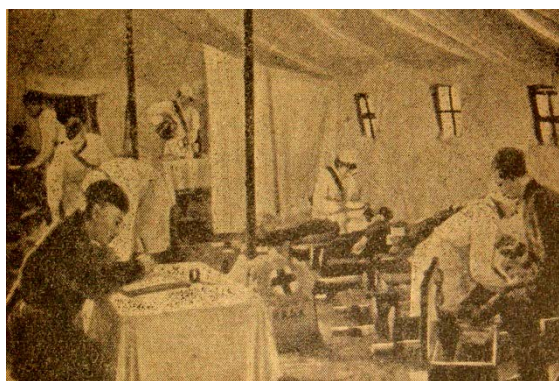
İlk həkim yardımının **təxirə salına bilən** tədbirləri qeyd edildiyi kimi şəraitdən asılı olaraq ixtisar oluna bilər. Bura ilk tibbi yardım və həkimə qədər yardım zamanı yol verilmiş nöqsanların aradan qaldırılması; sarğılara, qoyulmuş turna və şinlərə düzəlişlər aparılması, orta ağırlıqlı yaralıları ağrıkəsici,

ürək dərmanları və tənəffüs analeptiklərinin yeridilməsi, oksigen inhalyasiyası və novokain blokadasının həyata keçirilməsi, açıq zədələnmələrdə və yanıqlarda antibiotik və tetanus əleyhinə zərədlərin yeridilməsi və s. bu kimi tədbirlər aiddir. Briqada tibb məntəqəsində yaralılara ilk həkim yardımı göstərildikdən sonra, şəraitdən asılı olaraq onlar burada qısamüddətli hospitalizasiya oluna bilərlər.



Şəkil 2. 6 Müvəqqəti hospitalizasiya palatası

Ixtisaslı cərrahi yardım — bu yardım növünün məqsədi mexaniki, termik və kombinə olunmuş zədələnmələrdə həyat üçün təhlükəli fəsadlaşmaların qarşısının alınması, yaxud baş vermiş fəsadlaşmaların nəticələrinin operativ və qeyri-operativ yolla aradan qaldırılması, xəstə və yaralıların daha tez sağalması üçün tədbirlərin yerinə yetirilməsindən ibarətdir. Konkret olaraq, **ixtisaslı cərrahi yardım yaralı və xəstələrin həyatı üçün təhlükəli nəticələrin aradan qaldırılması, fəsadlaşmaların qarşısının alınması istiqamətində aparılan kompleks cərrahi və reanimasiya tədbirləri və onların təyinat üzrə təxliyəsinin həyata keçirilməsindən ibarətdir.** Bu yardım növü də yaralıların çeşidlənməsindən başlanılır.



Şəkil 2. 7 Ixtisaslı tibbi yardımın qəbul-çeşidləmə şöbəsi

Ixtisaslı cərrahi yardım zamanı həyata keçirilən tədbirlər şərti olaraq 3 qrupa bölünür: Birinci qrup tədbirlərə həyati göstəriş olaraq yerinə yetirilən tədbirlər aiddir. Bunlar təxirə salınmadan yerinə yetirilməlidir. Bura xarici və daxili qanaxmaların operativ yolla qarşısının alınması tədbirləri, şok, travmatik toksikoz, kəskin qanıtırmələrlə mübarizə tədbirləri, anaerob infeksiyaya qarşı operativ tədbirlər, açıq pnevmotoraksların ləğvi, gərgin-qapaqlı pnevmotorakslarda plevra boşluğunun drenajı, qarın yaralanmalarında və qarının qapalı küt zədələnmələrində laparotomiya, sidik kisəsinin zədələnmələrində həyata keçirilən bəzi operativ müdaxilələr və s. aiddir. Bütün bu tədbirlərin həyata keçirilməməsi ölümlə nəticələnə bilər.

İkinci qrup tədbirlərə ilk növbədə həyata keçirilməsi nəzərdə tutulan cərrahi müdaxilələr aiddir. Bunların yerinə yetirilməsində məqsəd ciddi fəsadlaşmaların qarşısının alınmasıdır. Bura ətrafin kəskin işemiyası ilə müşayiətlənən, lakin qanaxma verməyən damar zədələnmələri (kontuziyaları) zamanı nəzərdə tutulan operativ müdaxilələr, magistral damarların zədələnmələrində ətrafin nekrozu baş verdikdə ilkin amputasiyaların yerinə yetirilməsi, sidik kanalının zədələnmələrində episistostomanın qoyulması, düz bağırsağın ekstraperitoneal zədələnmələrində sigmastomanın qoyulması, zəhərli maddələrlə təmasda olmuş, yaxud həddən artıq çirklənmiş, eləcə də yumşaq toxumaların geniş şəkilli yaralanmaları zamanı



yaraların birincili cərrahi işlənməsi və i.a. tədbirlərin həyata keçirilməsi aiddir. Bu tipli operativ müdaxilələrin təxirə salınması təhlükəlidir və bu, yalnız son zərurət hallarında (çıxılmaz vəziyyətlərdə) təxirə salına bilər (Şəkil 2. 8).

Şək. 2.8 İxtisaslı tibbi yardımın həyata keçirilməsi

Üçüncü qrup tədbirlərə ikinci növbədə həyata keçirilməsi nəzərdə tutulan operativ müdaxilələr aiddir. Bunların təxirə salınması antibiotik terapiyası fonunda ağır fəsadlaşmalar verməyə də bilər. Bura yumşaq toxumaların yaralanmalarının və çirklənmiş yanq sahələrinin ilkin cərrahi işlənməsi və s. tədbirlər aiddir. Əlverişli döyüş şəraitində, yaralıların hospitala axınla daxil olmadığı hallarda, ixtisaslı yardım tam həcmdə yerinə yetirilir, yəni nəzərdə tutulan hər üç tədbirlər qrupu həyata keçirilir.

Əlverişsiz döyüş şəraitində yardımın həcmi üçüncü qrup tədbirlər hesabına, son zərurətdə isə ikinci qrup tədbirlərin də hesabına ixtisar olunur. Belə hallarda ixtisaslı yardımın məzmunu yalnız həyati göstəriş şəraitində yerinə yetirilən tədbirlərdən ibarət olur. Son dərəcə əlverişsiz və çətin döyüş şəraitində hətta döş və qarın yaralanmalarında belə təxliyənin operativ müdaxilə olunmadan həyata keçirilməsi nəzərdə tutulur. Bir sıra hallarda (hospitalın müdafiəsi şəraitində) ixtisaslı cərrahi yardım ümumiyyətlə həyata keçirilmir, yalnız ilk həkim yardımı yerinə yetirildikdən sonra xəstə və yaralılar birbaşa arxaya –ixtisaslaşdırılmış yardım müəssisələrinə təxliyə olunurlar.

İxtisaslaşdırılmış cərrahi yardım mərhələsi. Bu yardım növü xəstə və yaralıların ixtisasa uyğun olaraq müalicəsinin tam axıra çatdırılması və onların döyüş qabiliyyətlərinin bərpa olunması məqsədini daşıyır. Bunun məzmunu **yaralı və xəstələrin ixtisasa uyğun diaqnostikası və müalicəsində həyata keçirilən kompleks diaqnostik, cərrahi və reanimasiya tədbirlərdən ibarətdir**. Bu yardımın da məqsədi ixtisaslı yardımda olduğu kimidir. Lakin fərqli cəhət ondan ibarətdir ki, burada yardım ayrı-ayrı sahələr üzrə ixtisaslaşdırılmış və hərtərəfli təmin olunmuş müalicə müəssisələrində xüsusi hazırlıq keçmiş həkimlər tərəfindən yerinə yetirilir. Bura neyrocərrahi, stomatoloji, oftalmoloji, oto-rino-larinqoloji (LOR), uroloji, torakal cərrahiyyə, ortopedo-travmatoloji, ginekoloji, termik zədələnmələr və digər ixtisaslar üzrə yardım növləri aiddir. Həmçinin yüngül yaralıların öz hərbi hissələrinə daha tez qayıtması da xüsusi maraq doğurduğundan yüngül yaralılar hospitallarının fəaliyyəti də ixtisaslaşdırılmış yardım sahəsinə aiddir.

İxtisaslaşdırılmış cərrahi yardım qarnizon və arxa cəbhə hospitallarında, ixtisaslaşdırılmış klinika və xəstəxanalarda, xüsusi elmi mərkəzlərdə yüksək ixtisaslı mütəxəssislər tərəfindən həyata keçirilir. Konkret şəraitdən asılı olaraq ixtisaslaşdırılmış yardım müəssisələri öz rejim və taktikasını dəyişə bilər. Məsələn, xəstə və yaralıların hospitalara kütləvi gəlişi zamanı ixtisaslaşdırılmış yardım forması müvəqqəti olaraq ixtisaslı yardımla əvəz oluna bilər. Təxliyə prosesi başa çatdıqdan sonra ixtisaslaşdırılmış yardım hospitalın ayrı-ayrı şöbələrinin, bəzən isə bütünlüklə hospitalın profilləşməsi hesabına daha da genişləndirilə bilər. Yaralılar zədələnmə nahiyəsindən asılı olaraq profil üzrə ayrı-ayrı şöbələrdə müvafiq şəkildə cəmləşdirilirlər. Müasir müharibələr şəraitində, xüsusilə nüvə silahının və digər kütləvi qırğın silahlarının tətbiqi ilə əlaqədar olaraq, döyüş zonasına maksimal yaxınlaşdırılmış

hospitallarda bütün yardım növlərinin eyni vaxtda yerinə yetirilməsi nəzərdə tutulur və bunlar aşağıdakı variantlarda həyata keçirilə bilər:

1) Kütləvi qırğın silahlarının tətbiq olunduğu ocaqlara maksimal yaxınlaşdırılmış əlahiddə tibb taboru və hərbi-səhra cərrahiyyəsi hospitallarında ilk həkim yardımını yaralılara ixtisaslı cərrahi yardımla eyni müddətdə yerinə yetirilə bilər.

2) Eyni adlı bu və ya digər hospitalda həm ixtisaslı, həm də ixtisaslaşdırılmış cərrahi yardım bir vaxtda yerinə yetirilə bilər. Hər iki variantda mövcud şəraitdən asılı olaraq, bütün yaralılar, yaxud onların bir qismi hospitalda tam müalicə olunana qədər saxlanıla bilər. Belə halda yalnız uzun müddət müalicə tələb edən xəstə və yaralılar və eləcə də hərbi xidmətə yararsız döyüşçülər arxaya köçürülür. Cərrahi yardım növlərinin eyni müddətdə həyata keçirilməsi bir çox çatışmazlıqların qarşısının alınmasına, eləcə də xəstə və yaralıların mərhələlərlə fasiləsiz şəkildə daşınması çətinliklərinin aradan qaldırılmasına imkan verir.

Beləliklə, döyüş zədələnmələrində cərrahi yardımın təşkili qaydaları xəstə və yaralıların məqsədəuyğun çeşidlənməsindən, onlara tibbi yardımın mərhələli şəkildə (təxliyə ilə eyni müddətdə) aparılmasından, tədbirlərin ardıcıl və tamamlama prinsipləri əsasında döyüş şəraiti və tibbi təchizatın vəziyyətindən asılı olaraq yardımın həcmnin dəyişdirilməsi yolu ilə həyata keçirilməsindən ibarətdir.

Beləliklə, müasir dövrdə hərbi münaqişələr və müharibələr zamanı daha dəqiq və təkmiləşdirilmiş silahlardan istifadə olunması yaralanmaların daha mürəkkəb və ağır keçməsinə səbəb olur. Yaralanmaların çoxsaylı, müştərək və kombinə halında müşahidə olunması qarşılıqlı ağırlaşma sindromunun əmələ gəlməsinə, fəsadlaşma və ölüm hallarının artmasına gətirib çıxarır. Müharibə zamanı yaralanmalar kütləvi xarakter aldığından və yaralılar tibb müəssisələrinə axın halında daxil olduğundan, yardım prosesi də çətinləşir. Döyüş zonasından tutmuş hərbi hospitallara qədər yaralılara yardım mərhələlərlə daimi, ardıcıl və bir-birini tamamlama prinsipi əsasında həyata keçirilməlidir. Yaralılara ixtisaslı yardım onların çeşidlənməsindən başlanmalı, ağır yaralılara yardım ilk növbədə yerinə yetirilməlidir. Əlverişli döyüş şəraitində yardım tam həcmdə həyata keçirilməli, qüvvə və vəsaitin çatışmadığı hallarda isə ixtisarla yerinə yetirilməlidir.

ODLU SİLAH YARALANMALARİ

TƏDRİS SUALLARI

- 3.1. Odlu silah yaralanmalarının xarakteristikası, yaralanmalar haqda ümumi məlumat
- 3.2. Odlu silah yaralanmalarının təsnifatı
- 3.3. Odlu silah yaralanmalarının əmələ gəlmə mexanizmi və onun ballistika qanunları əsasında izahı
- 3.4. Odlu silah yaralanmalarının patomorfologiyası və patogenetik müalicəsinin əsaslandırılması
 - 3.4.1. Odlu silah yaralrının cərrahi işlənmə qaydaları
 - 3.4.2. Yaralara tikişlərin qoyulması qaydası
- 3.5. Tibbi təxliyə mərhələlərində yardımın həyata keçirilməsi qaydaları və müalicənin təşkili

3.1. ODLU SİLAH YARALANMALARININ XARAKTERİSTİKASI,
YARALANMALAR HAQDA ÜMUMİ MƏLUMAT

Bəşəriyyətə ağır fəlakətlər gətirmiş odlu silah ilk dəfə 1346-cı ilin 26 avqustunda ingilislərlə fransızlar arasında baş vermiş Kresi döyüşündə istifadə olunmuş və həmin dövrdən etibarən odlu silah yaralanması termini meydana gəlmişdir. Qeyd etmək lazımdır ki, barıt hələ eramızdan əvvəl IX əsrdən Qədim Çində məlum idi. Lakin bundan atəş məqsədi ilə istifadə olunmurdu. Həmin müddətə qədərki müharibələrdə soyuq silahlardan istifadə olunmuşdur. Ərəbistan vasitəsilə barıt Çindən Avropaya gətirilmiş, ingilislər, fransızlar və ispanlar tərəfindən tədqiq olunmuş, beləliklə odlu silahlar meydana gəlmişdir. Bu dövrdən başlayaraq silahlar təkmilləşdirilmiş və hazırda son dərəcə dağıdıcı təsirə malik olmuşdur.

Odlu silah yaralanmaları əksər müharibələrdə faiz hesabla üstünlük təşkil etmişdir. Zaman keçdikcə odlu silahların təkmilləşməsi yaralanmaların daha mürəkkəb şəkildə müşahidə olunmasına səbəb olmuşdur. Yivli tüfənglərin icad olunması, sonralar ağ barıtın tətbiqi güllənin uçuş sürətinin və onun dağıdıcı qüvvəsinin artmasına gətirib çıxarmışdır. Odlu silahın dağıdıcı qüvvəsi onun mövcud olduğu kinetik enerjiyə əsaslanır. Bu, silahın kütləsi və sürəti ilə mütənasib olaraq artır. Güllənin kinetik enerjisi düsturu ilə hesablanır.

$$E = \frac{mV_1^2 - mV_2^2}{2g}$$

Burada m –güllənin kütləsi, V_1 –odlu silahın bədənə toxunduğu ana qədərki sürət, V_2 –odlu silahın bədənə toxunduqdan sonra aldığı sürət, g –sərbəstdöşmə təcildir. Düsturdan göründüyü kimi, silahın malik olduğu enerji onun kütləsi və sürəti ilə mütənasib olaraq artır. Lakin sonralar aşkar olundu ki, güllənin kütləsinin artırılması heç də əlverişli deyil, çünki bu, daha çox barıt sərfi tələb edir. Odur ki, alimlər güllənin kütləsinin azaldılması ilə onun sürətinin artırılması istiqamətində müəyyən işlər aparmaqla buna nail oldular. Beləliklə, yivli tüfənglər meydana gəldi. Ağ barıt icad olundu. Əgər II dünya müharibəsində tətbiq olunmuş güllələrin sürəti orta hesabla 800-850 m/san-dən yuxarı deyildisə, müasir güllələrin uçuş sürəti 1000-1500 m/san-dən yuxarıdır. Bu, güllənin energetik təsirinin daha da artmasına gətirib çıxarmışdır. Əgər əvvəlki güllələr (7,62 mm – çəkisi 9 qramdır) öz uçuşunu spiral şəkildə davam etdirirdisə, müasir güllələr (5,45; 5,56 mm – çəkisi 3 qramdır) pulsasiya ilə sinusoid dalğa şəkildə hərəkət edir. Bunlar daha mütəhərrik olub, bədən səthinə toxunmaqla daxildə müxtəlif istiqamətlərə

hərəkət etməklə, boşluqlarda və toxumalarda fırlanmaqla, daha dərin və çoxsaylı zədələnmələrə səbəb olur. Odlu silah toxumalara birbaşa və yan zərbə şəklində təsir edir.

Sonralar artilleriya mərmilərinin, aviasiya bombaların, müxtəlif təyinatlı minaların istehsalı, adi və idarə olunan (strateji və taktiki) raketlərin tətbiqi odlu silahların təsəvvürə gətirə bilməyəcək dərəcədə daha böyük dağıdıcı qüvvəyə malik olmasını sübuta yetirdi. Bütün bunları nəzərə alaraq Cenevrə Sazişinə əsasən odlu silahların bir çoxunun istifadəsi qadağan olundu. Şrapnel tipli güllələr (H.Shrapnell, 1803 –oxvari elementlər), tərkibində yandırıcı maddə olan güllələr, həmçinin plastmass tərkibli odlu silahlar bunlara aiddir. Təsadüfi deyildir ki, Qarabağ müharibəsində düşmən tərəfindən bu cür qadağan olunmuş silahlardan istifadə olunmuşdur.

3.2. ODLU SİLAH YARALANMALARININ TƏSNİFATI

Odlu silah yaralanmalarına dair bir çox təsnifatlar məlumdur. Bunlar müxtəlif formada əks olunsalar da məzmun etibarilə eyni prinsipə malikdirlər. Odlu silah yaralanmalarının təsnifatı yaralanmaların xarakterini, silahın növünü, yara kanalının formasını, yara kanalının boşluqlara olan münasibətini və yaralanmaların xarakterini əks etdirməlidir. Təsnifat daha sadə, asan qavranılmalı, müalicə işlərinin yerinə yetirilməsində çətinlik törətməməli, əksinə, yardımın həyata keçirilməsini və diaqnozun tərtibatını asanlaşdırmalıdır.

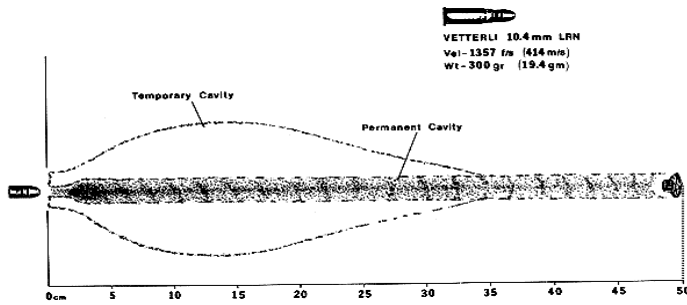
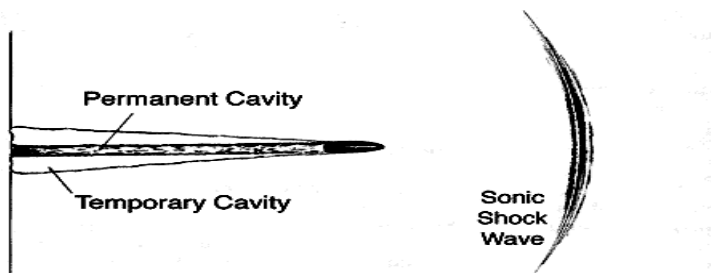


Figure - *Wound Profile*. This large lead bullet used by the Swiss and Italian Armies (1870-1890), is typical of the projectiles used by military forces in the latter half of the 19th century. It produces a very substantial temporary cavity despite its "low" velocity.

Şək. 3.1 Böyük həcmli qurğuşun gülləsi, 1870-1890 cı illərdə İsveç və İtalyan silahlı qüvvələri tərəfindən istifadə edilmişdir. Olduqca böyük yara kanalına malik olduğundan dağıdıcılıq qabiliyyəti böyükdür.



permanent cavity.

Figure - The sonic shock wave and temporary cavity. Diagram of bullet passing through tissue showing sonic shock wave and the formation of a temporary cavity by outward stretch of the

Şək. 3.2 Səsdən sürətli güllə, toxumada yara kanalından öndə öz istiqaməti boyunca əlavə zərbə dalğasının əmələ gəlməsilə daha yüksək dağıdıcı qüvvəyə malik olur.

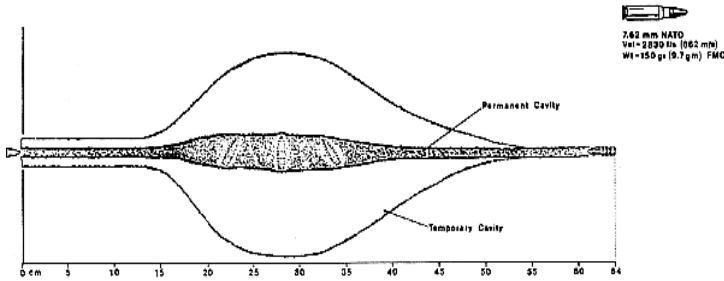


Figure - 7.62 NATO cartridge with full-metal-cased military bullet. This was the standard U.S. Army rifle until the adoption of the M-16 in the 1960's. It is still used in snipers' rifles and machine guns. After about 16 cm of penetration, this bullet yaws through 90° and travels base-forward. A large temporary cavity is formed and occurs at point of maximum yaw.

Şək. 3.3 7.62 çaplı metal tərkibli güllə. 1960-cı illərə qədər Amerikan və NATO silahlı qüvvələrinin arsenalında tətbiq olunmuş, M 16 güllələləri icad olunduqdan sonra arsenaldan çıxarılmasına baxmayaraq, snayper silahı kimi hələ də istifadə olunmaqdadır. Olduqca böyük dağıdıcı qüvvəyə malikdir. 16 sm yara kanalı açdıqdan sonra öz istiqamətini 90 dərəcə dəyişərək toxumalar arasında dolanbac yollar qət edir. Öz enerjisi nəticəsində toxumalarda çox geniş müvəqqəti boşluq əmələ gətirir.

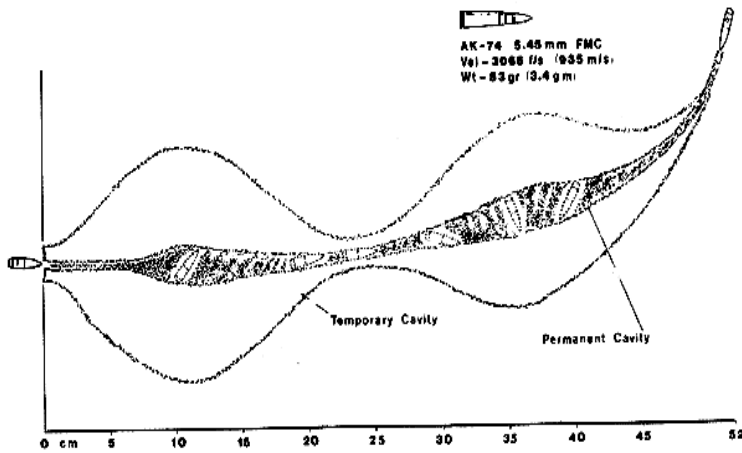


Figure - AK 74. This is the Russian contribution to the new generation of smaller caliber assault rifles. The bullet does not deform or fragment in soft tissue but yaws early (after about 7 cm of penetration). As this bullet strikes soft tissue, lead flows forward filling the air space inside the bullet's tip. X-rays of recovered fired bullets show that this "internal deformation" produces an asymmetrical bullet which may explain the unusual curve of close to 90° made by the bullet path in the latter part of its penetration.

the bullet path in the latter part of its penetration.

Şək. 3.4. AK 74 tipli avtomat güllələri. Fraqmentasiya qabiliyyəti olmasa da, təxminən 7 sm dərinlikdən başlayaraq öz istiqamətini 90 dərəcə dəyişir. Beləliklə operativ müdaxilə zamanı yaranın cərrahi işlənilməsində bir çox çətinliklərin yaranmasına səbəb olur. Qadağan olunmuş silahlara daxildir.

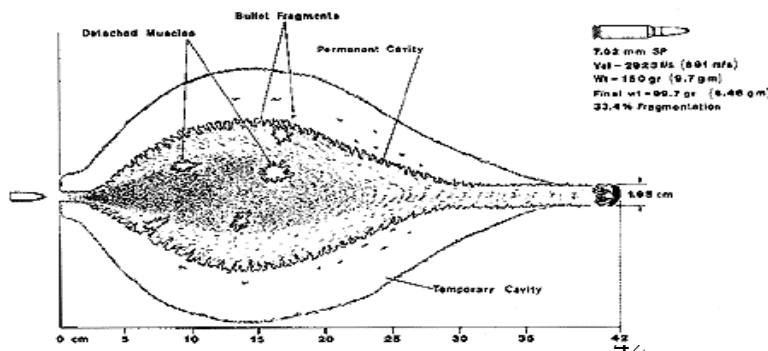


Figure - 7.62 Soft-point bullet. The fragmentation of this bullet is largely responsible for the massive tissue disruption, compared to that produced

by the nondeforming military bullet fired from the same cartridge.

Şək. 3.5. Toxumalar arasında parçalanmaq qabiliyyətinə malik olan AK 7.62 tipli avtomat güllələri. Fragmentasiya etdiyindən poliorgan zədələnmələr törədir. 20 yanvar hadisələrində bu silahlardan da dinc əhaliyə qarşı geniş istifadə edilmişdir (!).

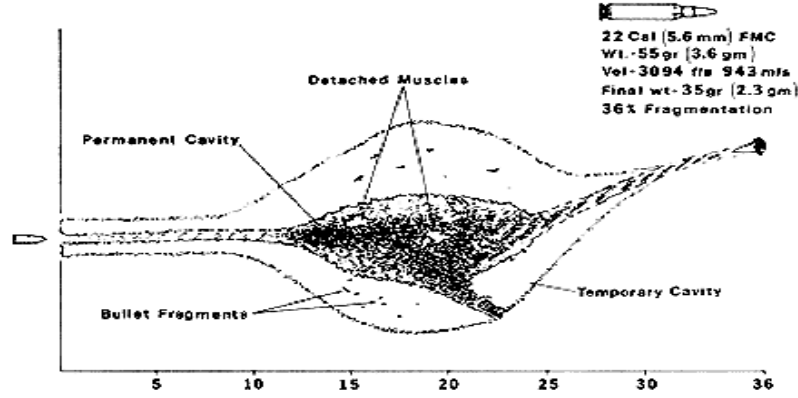


Figure - 22 Caliber full-metal-cased (M-16 rifle firing M-193 bullet). This is the standard weapon of the U.S. Armed Forces, although it is soon to be replaced by a new rifle using the same caliber and cartridge but with a longer and slightly heavier (62 grain) bullet.

Şək. 3.6. M 16 tipli avtomat güllələri. ABŞ silahlı qüvvələrinin arsenalına daxildir. Hazırda həmin silahın daha təkmilləşmiş forması hazırlanmaqdadır. Həmin silah birdəfədə 193 atəş atmaq qabiliyyətinə malikdir.

Bu baxımdan odlu silah yaralanmalarına dair məlum olan klassik təsnifata bir qədər düzəlişlər aparılmaqla, onun müasirləşməsi vacibdir. Təsnifat yaralanma haqda tam təsəvvür verməkdən əlavə, yaralanmaların ağırlıq dərəcəsini düzgün əks etdirməli, müalicə prosesində baş verə biləcək fəsadlaşmaların qabaqcadan təyin olunması imkanını verməli, müalicə-təxliyə tədbirlərinin həyata keçirilməsi işində əhəmiyyət kəsb etdirməlidir. Bu baxımdan odlu silah yaralanmalarının təsnifatının aşağıdakı şəkildə verilməsini daha məqsədəuyğun hesab edirik:

ODLU SİLAH YARALANMALARININ TƏSNİFATI

ODLU SİLAHIN NÖVÜNƏ GÖRƏ:

- Güllə yaralanması,
- Qəlpə yaralanması,
- Partlayış zədələnməsi,
- Qarışıq yaralanma.

YARALANMANIN XARAKTERİNƏ GÖRƏ:

- Təksaylı yaralanma,
- Çoxsaylı yaralanma,
- Müştərək yaralanma,
- Kombinə olunmuş yaralanma,

YARA KANALININ FORMASINA GÖRƏ:

- Toxunan istiqamətli (tangensial) yaralanma,
- Dəlib keçən yaralanma,

Dəlib-qayıdan (sərpən-rikoşet) yaralanma,

Kor yaralanma,

YARA KANALININ BOŞLUĞA OLAN MÜNASİBƏTİNƏ GÖRƏ:

Daxilə keçən yaralanmalar:

a) Orqan yaralanması ilə,

b) Orqan yaralanması olmadan,

Daxilə keçməyən yaralanmalar:

a) Orqan yaralanması ilə,

b) Orqan yaralanması olmadan.

FƏSADLAŞMALARIN MÜŞAHİDƏ OLUNMASINA GÖRƏ

a) Fəsadlaşma ilə keçən yaralanma

b) Fəsadlaşma olmadan yaralanma

Bu təsnifat yuxarıda qeyd edilən bütün keyfiyyətləri özündə əks etdirir və diaqnozun tələbatauyğun şəkildə tərtib edilməsini asanlaşdırır. Məsələn, əgər yaralının sağ budunun yuxarı 1/3-də kor qəlpə yaralanması, yaralanma nahiyəsində pulsasiya edən hematoma, ətrafda deformasiya və patoloji hərəkət varsa bu, bud arteriyasının, yaxud qalça arteriyasının yaralanmasını və bud sümüyünün odlu silah sınığının olmasını göstərir. Diaqnozun dəqiqləşdirilməsi üçün fizikal və rentgen müayinəsindən istifadə edilməli, yaralının ağırlıq dərəcəsi təyin edilməli, qanıtirmənin və şokun ağırlıq dərəcəsi dəqiqləşdirilməlidir. Beləliklə, diaqnoz aşağıdakı qaydada tərtib olunmalıdır: Sağ budun yuxarı 1/3-nin kor qəlpə yaralanması, bud arteriyasının zədələnməsi, bud sümüyünün yerini dəyişmiş qəlpəli sınığı, II-III dərəcəli travmatik şok.

Başqa bir misal: Qarının ön divarında toxunan istiqamətli güllə yaralanması vardır. Yara kanalı daxilə keçməmişdir. Lakin yaralının vəziyyəti ağırdır. Xəstənin bənizi avazımuş, nəbzi dəqiqədə 120, arterial təzyiqi 80/40 mm c.s.-dur, qarında gərginlik vardır.

Sözsüz ki, burada yara kanalı daxilə keçməmişdirsə də, güllənin yan zərbəsinin təsirindən daxili orqanların zədələnməsi, daxili qanaxma əlamətləri baş vermişdir. Diaqnozun dəqiqləşdirilməsi üçün laparoskopiya, yaxud laparosentez aparıla bilər. Lakin yaralının ağırlığı təcili laparotomiyanın aparılmasını və qarın boşluğunun təftişini tələb edir. Beləliklə, diaqnoz aşağıdakı qaydada tərtib olunmalıdır: Qarının ön divarının toxunan istiqamətli daxilə keçməyən güllə yaralanması, daxili orqanların zədələnməsi, davamedən daxili qanaxma, III dərəcəli travmatik-hemorragik şok.

Çoxsaylı və müstəqil zədələnmələrdə diaqnozun təyin olunması bir qədər mürəkkəbləşir. Bu, xüsusilə partlayış zədələnmələrində zədələnmələrin çoxamilli olmasından irəli gəlir. Məsələn, döyüşçü mina partlayış zədələnməsi almış, sağ ayaq aşıq oynağı bərabərindən üzülmüş, hər iki aşağı ətrafın, çanaq və qarın nahiyəsinin çoxsaylı qəlpə yaralanması vardır. Yaralar torpaqla çirklənmişdir. Yaralının vəziyyəti ağırdır. Diqqətlə müayinə etdikdə ətrafın üzülmüş hissəsində dərin yanıq əlamətlərinin olması aşkar olunur. Təsnifata görə diaqnoz aşağıdakı şəkildə tərtib olunmalıdır: Mina-partlayış zədələnməsi, sağ ayağın aşıq oynağı bərabərində travmatik amputasiyası, aşağı ətrafların, çanağın və qarın nahiyəsinin çoxsaylı qəlpə yaralanması, sağ baldırın dərin termik yanığı, III dərəcəli travmatik və yanıq şoku.

Göründüyü kimi, burada yaralanmanın çoxamilli olduğundan çoxsaylı qəlpə yaralanmaları və ətrafın travmatik amputasiyası termik yanıqla kombinə şəkildə müşahidə edilmiş, qarşılıqlı ağırlaşma sindromu baş vermişdir.

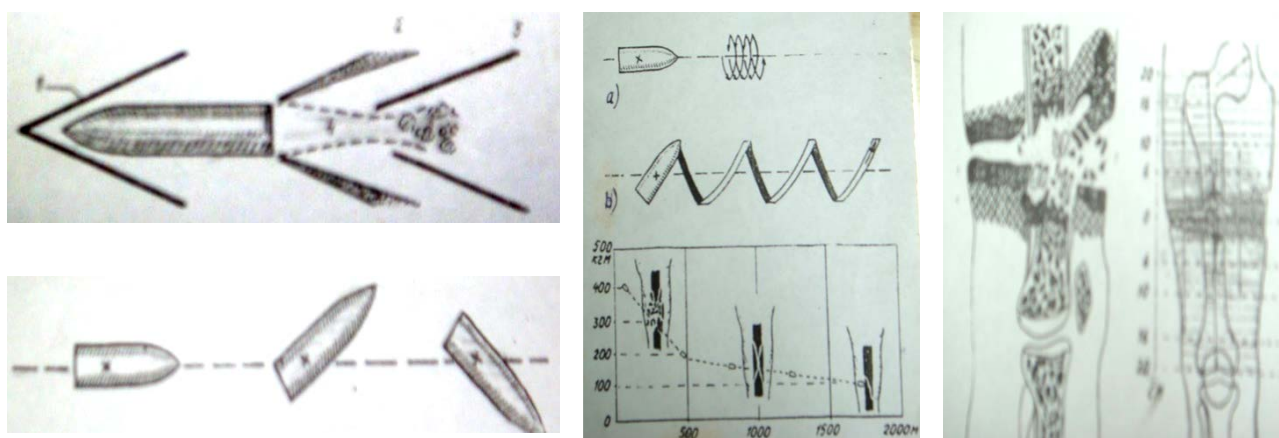
Daha bir misal: Yaralı mina partlayış yaralanması nəticəsində hospitala gətirilmişdir. Sol aşağı ətrafın dizdən aşağı travmatik amputasiyası, aşağı ətraflar və çanaq nahiyəsinin torpaqla çirklənmiş çoxsaylı qəlpə yaraları qeyd edilir. Sol qabırğaaltı nahiyədə 2x2 sm ölçüdə kor yara vardır, yaradan qan xaric olur. Döş qəfəsinin sol aşağı hissəsində perkutor kütlük qeyd edilir. Yaralının ümumi vəziyyəti ağırdır.

Təsnifata istinad edərək diaqnozu aşağıdakı şəkildə tərtib etmək olar: Mina partlayış zədələnməsi, sol aşağı ətrafın travmatik amputasiyası, aşağı ətrafların və çanaq nahiyəsinin çoxsaylı qəlpə yaralanması, soltərəfli kor torakoabdominal qəlpə yaralanması, davamedən daxili qanaxma, III dərəcəli travmatik şok. [şübhəsiz ki, daxili qanaxmanın səbəbi (dalağın zədələnməsi) operativ müdaxilə zamanı aşkarlanacaq və bu diaqnozun tamamlanmasına imkan verəcəkdir]. Burada eyni yaralıda xaraktercə həm çoxsaylı, həm də müstəqil yaralanma baş vermişdir.

3.3. ODLU SİLƏH YARALANMASININ ƏMƏLƏGƏLMƏ MEXANİZMİ VƏ ONUN BALLİSTİKA QANUNLARI ƏSASINDA İZAHİ

Odlu silahın orqanizmə təsir mexanizmini ballistika elmi öyrənir. Daxili, xarici və terminal ballistika məlumdur. Daxili ballistika güllənin lülə daxilində hərəkətini, xarici ballistika, güllənin uçuş trayektoriyasını öyrənir. Terminal ballistika isə güllənin orqanizmə toxunduğu momentdən başlayaraq, bədən daxilində törətdiyi zədələnmələrin xarakterini öyrənir. Göründüyü kimi, terminal ballistikanın tibbi nöqtəyi-nəzərdən əhəmiyyəti daha böyükdür.

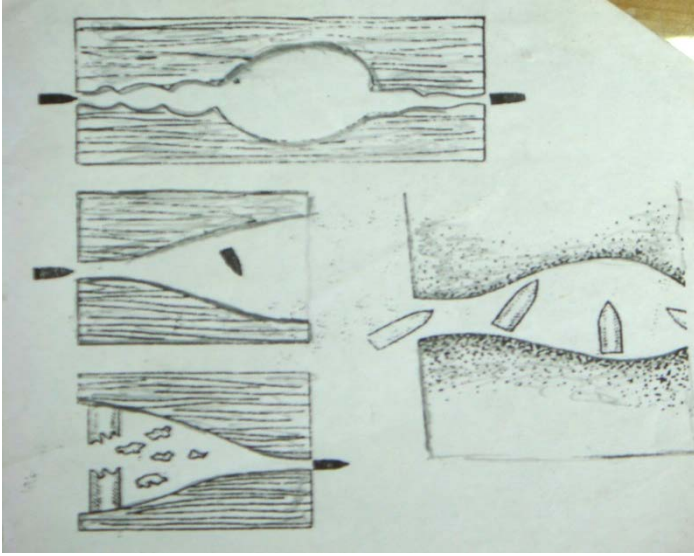
Başlanğıc sürəti səs sürətindən iki dəfə artıq olan güllə havada öz oxu istiqamətində vintvari, yaxud sinusoidal pulsasiyalı hərəkətlə havanın müqavimətini və yerin cazibə (qravitasiya) qüvvəsini dəf edərək, aerodinamik qüvvə ilə öz arxasınca güclü sıxılmış hava axını yaradaraq zərbə dalğası əmələ gətirir. Güllənin bədənə toxunduğu anda onun sürəti ani olaraq azalır və arxasınca konik hava axını güllə ilə bərabər toxumalara daxil olur. Sıxılmış hava axını toxumada bir növ “partlayış” yaradır. Yara kanalının müəyyən dərinliyində maksimal ölçüyə çatmış kürə şəkilli sıxılmış hava partlayışı kanal boyunca getdikcə kiçilərək dalğavari ritmik pulsasiya yaradır. Yaralanma momentində yara kanalı adi halda olduğundan 10-15 dəfə, bir sıra hallarda isə 25-30 dəfə böyük ölçüyə malik olur. Yara kanalı boyunca toxumaların ani olaraq güclü gərginləşməyə məruz qalması və “müvəqqəti boşluğun” əmələ gəlməsi kanalətrafi toxumalarda zədələnmə sahələri əmələ gətirir. Bu sahələr (zonalar) kontuzion, yaxud birincili nekroz zonası və molekulyar silkələnmə, yaxud ikincili nekroz zonası adlanır. Beləliklə, odlu silah yarası 1) yara kanalından, 2) Yara kanalının divarını təşkil edən kontuzion, yaxud birincili nekroz zonasından, 3) Molekulyar silkələnmə, yaxud ikincili nekroz zonasından ibarət olur.



Şəkil 3.7. Odlu silahın ballistik təsirinin mexanizmi (İzahı mətndə verilmişdir).

Güllənin toxuma daxilində əmələ gətirdiyi “partlayış”, yara kanalının başlanğıcında, ortasında və sonunda baş verə bilər. Daha qalın toxuma sahələrində “partlayış” ortada təsadüf edir. Bu halda güllənin giriş və çıxış nöqtələri adi ölçüdə olur, ən çox dağılma orqanın daxilində gedir. Qalın olmayan toxuma

sahələrində isə “partlayış” adətən yara kanalının çıxacağında baş verdiyindən yaranın çıxış nöqtəsi daha geniş olur. Güllənin sərt maneəyə, məsələn sümük toxumasına rast gəldiyi anda “partlayış” yara kanalının başlanğıcında baş verir. Bu halda güllənin giriş nöqtəsi daha böyük ölçüdə, çıxış nöqtəsi isə adi ölçüdə olur. Yaralanma zamanı xüsusilə dağılmış və qəlpəli sınıqlar baş verdikdə sümük qəlpələri ikincili silah rolunu oynayaraq, yara kanalı boyunca çıxış nöqtəsinə doğru toxumaları daha geniş sahədə zədələyir. Bu, eyni zamanda güllənin əks istiqamətində də öz dağıdıcı təsirini göstərə bilər. Kor yaralarda isə partlayış öz dağıdıcı təsirini bilavasitə toxumaların dərinliyində göstərir və güllənin çıxış istiqamətində dəri tamlığı pozulmur (yaranın çıxış nöqtəsi olmur).



Şəkil 3.8. Odlu silahın ballistik təsirinin mexanizmi (İzahı mətnə verilmişdir).

Maneəyə rast gəlməsindən asılı olaraq yara kanalında əyilmələr (deviasiya) baş verir. Yara kanalının deviasiyası birincili və ikincili ola bilər. Bilavasitə yaralanma momentində yara kanalının əyilməsi birincili deviasiya (əyilmə) adlanır. Yaralanmadan müəyyən müddət keçdikdən sonra zədələnmiş əzələlərin, vətərlərin və fassial qatların yara kanalı boyunca əks tərəfə (öz oxu boyunca) dartılması, kanalın yara detriti ilə dolması və kanal boyunca hematomaların əmələ gəlməsi yara kanalının təkrari əyilməsini verir. Buna ikincili deviasiya deyilir. İkincili deviasiya eyni zamanda yaralanma momentində əzələlərin təqəllüsü ilə də əlaqədar baş verir.

Beləliklə, soyuq silahlardan (bıçaq yarısından) fərqli olaraq, odlu silah yaralanmaları zamanı zədə nahiyəsində 3 xarakter zona aşkar olunur. Bura daxildir:

- 1.Yara kanalı,
- 2.Kontuzion, yaxud birincili nekrotik zona,
- 3.Molekulyar silkələnmə, yaxud ikincili nekrotik zona.

Kontuzion zona bilavasitə yara kanalının divarını təşkil edir və həyati qabiliyyətini itirmiş nekrotik toxumalardan ibarətdir. Molekulyar silkələnmə zonası zədələnmə nəticəsində mikrosirkulyasiyası pozulmuş toxumadan ibarətdir. Bunlar bəzən yara kanalından daha çox uzaqlara yayıla bilər. Nekroz və molekulyar silkələnmə zonasının sərhəddinin (hüdudunun) aşkarlanması, xüsusilə mina-partlayış yaralanmalarında daha çətin təyin olur. İkincili nekroz zonasında patoloji dəyişiklik bir neçə saatdan bir neçə günə qədər müddətdə aşkar olunur. Həmin zonada kapilyar qansızmaları və hüceyrələrin tam olmayan zədələnmələri müşahidə edilir. Vaxtında və düzgün aparılan müalicə nəticəsində hüceyrələrin pozulmuş funksiyaları qismən bərpa oluna bilər. Odlu silah yaralanmalarının düzgün müalicəsi üçün bu üç zonanın nəzərə alınması vacibdir. Bunları nəzərə almadan odlu silah yaralanmasının düzgün müalicəsi qeyri-mümkündür.

Əgər yara kanalı və onun divarını təşkil edən ilkin nekroz zonası güllənin birbaşa təsiri (uçuşu) nəticəsində yaranırsa, kontuziya və molekulyar silkələnmə zonaları odlu silahın yan zərbəsinin təsirindən baş verir. Ballistika elmində bu “yan zərbə fenomeni, yaxud sindromu” adlandırılır. Yan zərbənin təsir gücü müasir qeyri-stabil silahlarda daha artıq olur. Bu baxımdan müasir silahlar öz enerjisinin daha çox hissəsini –60-70%-ni toxumalara verərək, daha böyük dağıdıcı qüvvəyə malik olurlar.

3.4. ODLU SİLAH YARALANMASININ PATOMORFOLOGİYASI, PATOGENETİK MÜALİCƏNİN ƏSASLANDIRILMASI

Yaralanmanın ilk anından başlayaraq, əmələ gəlmiş nekroz toxumasının ləğvi, yara defektinin bərpası, son məqamda anatomiya və funksiyanın bərpası istiqamətində orqanizm və onun toxumalarında mürəkkəb bioloji proseslər baş verir. Həmin proses şərti olaraq 3 dövrə bölünür.

Birinci dövrə orqanizmin zədəyə qarşı sinir-reflektor reaksiyasıdır. Ani momentdə əmələ gəlmiş nekrotik toxumalara qarşı orqanizmdə mürəkkəb biokimyəvi reaksiya başlayır. Damar reaksiyası nəticəsində yarada hidratasiya (sulanma) baş verir. Yaradaxili təzyiğin artması yaranın nekrotik toxumalardan təmizlənməsinə şərait yaradır.

Toxumaların parçalanması yara prosesinin başlanmasına təkan verir. Hüceyrələr tələf olduğdan bir neçə dəqiqə keçmiş nekrotik toxumada mübadilə pozğunluğuna cavab olaraq patoloji sahədə yerli asidoz baş verir. Belə vəziyyətdə hüceyrə proteazası aktivləşir və bu, sağlam hüceyrələrə təsir edərək PH-in normallaşması imkanı yaradır. Nəticədə hüceyrələrin zülal strukturu xırda molekulyar hissəciklərə parçalanır. Normal hüceyrələrdə daxili təzyiğin artması interstisial sahədə mayenin artmasına səbəb olur. Hüceyrədaxili təzyiğin artması hüceyrə qışasının partlamasına və çoxlu miqdar peptidlərin (pepton, histamin, serotonin, bradikinin və i.a.) ara toxumaya yayılması və oradan da qana sorulması baş verir.

Bütün bunlar aseptik sitoliz prosesi olub, yaralanmanın ilk dəqiqələrindən başlayaraq 6-12 saat və daha artıq (mikroorqanizmlərin fəaliyyətinin başlanmasına qədər) davam edir.

Aseptik sitolizin əlamətləri aşağıdakılardır: toksik məhsulların ətraf toxumaya, xüsusilə molekulyar silkələnmə zonasında mikrosirkulyasiyası pozulmuş və bununla əlaqədar həyati qabiliyyəti aşağı düşmüş toxumaya təsirindən ödem, hipoksiya, asidozun artması, ara toxumada natriumun artması, kalium və maqneziumun azalması, yara sahəsində mübadilə pozğunluğu və iltihabi proseslə əlaqədar digər patoloji proseslərin baş verməsi müşahidə olunur. Məsələn, yara və onun ətraf sahəsində plazma itgisi ilə əlaqədar qanda qatılma gedir, əhatə sahəsində staz baş verir. Zədə nahiyəsində toxumalara neytrofil və eozinofillər toplanır və sonrakı müddətlərdə bunlar mononuklear makrofaqlarla əvəz olunur. Beləliklə, əgər vaxtında lazımı müalicə tədbirləri həyata keçirilməzsə, həyati qabiliyyəti aşağı düşmüş toxuma sahəsində ikincili nekroz və irinli fəsadlaşmaların baş verməsi üçün real imkan yaranmış olur. Yaralanma momentindən nə qədər çox vaxt keçərsə, toxumaların həyati qabiliyyəti də bir o qədər çox pozulur, ödem artır, sağlam toxuma ilə olan sərhəddin təyini çətinləşir.

Mərkəzi sinir sistemi travma nəticəsində toksik maddələrin təsirinə daha həssasdır. Əvvəlcə baş vermiş damar spazmı, sonralar stazla əvəz olunur. Toksik məhsullar termorequlyator mərkəzə təsir edir, bədən hərarəti yüksəlir. Qanda polipeptidlərin, histamin və serotoninin miqdarı artır, solameylli (neytrofiloz) leykositoz, qanıtırmə ilə bağlı eritrositlərin və hemoqlobinin azalması, eritrositlərin çökmə sürətinin artması müşahidə olunur.

Qaraciyərin parenximasının toksik parçalanma (histoliz) məhsulları ilə qıcıqlanması nəticəsində onun dezintoksikasion, zülal əmələgətirmə, bilirubin yaratma və i.a. funksiyaları pozulur. Qanın zülal spektri dəyişir, qanda transaminaza və öd piqmentlərinin səviyyəsi artır.

Böyrəklərin parenximasına toksik təsir nəticəsində onun funksiyası pozulur, sidikdə zülal, leykositlər, qələviləşmiş eritrositlər, hialin və danəli silindrlər meydana çıxır. Böyrəklərin konsentrasiya funksiyası pozulur, ağır hallarda oliquriya və anuriya müşahidə edilir.

Neyroendokrin sistemin yara prosesinə reaksiyası qeyri-spesifik olub ümumi adaptasion sindrom şəklində aşkarlanır. Yara prosesinin başlanğıcında simpatik sinir sisteminin qıcıqlanması ilə əlaqədar

qanda böyrəküstü vəzin hormonları artır, 5-10 gündən sonra isə üstünlük parasimpatik sistemin tərəfinə keçir, qanda asetilxolin, aldosteron və somatotrop hormon artır.

Bütün bu pozğunluqlar qeyd etdiyimiz kimi, aseptik şəraitdə keçir. Çünki bu müddət ərzində yaraya düşmüş mikroblar hələ yeni mühitə adaptasiya şəraitində olurlar. Zədələnmə nə qədər ağır olarsa, həmin proses də bir o qədər sürətlə inkişaf edir.

Yarada mikrob faktorunun rolu. Praktiki olaraq odlu silah yaraları mikroblarla çirklənmiş hesab olunurlar. Yaralanma momentində sıxılmış güclü hava axını özü ilə toz-torpağı da yara kanalına gətirir. Yaraya eyni zamanda əsgərin fərdi istifadə əşyaları, paltar parçaları, ayaqqabı qırıqları və s. daxil ola bilər. Bu, yaranın ilkin (birincili) çirklənməsi adlanır. Yaralıların sarınması, şinlərin dəyişdirilməsi zamanı, cərrahi əməliyyat müddətində və i.a. yara mikroblarla ikincili olaraq da çirklənə bilər. Bu, hospitaldaxili infeksiya ilə əlaqədar olur. Lakin yarada mikrobların olması hələ onun infeksiyalaşması demək deyildir.

Orqanizmə düşmüş mikrobların yeni mühitə uyğunlaşması və öz fəaliyyətini davam etdirməsi üçün müəyyən vaxt tələb olunur. Orta hesabla bu müddət 6-8 saata bərabərdir. Antibiotiklərin tətbiqi bu müddəti 12 saata qədər uzada bilər. Eyni zamanda bu müddət mikroorqanizmin virulentlik dərəcəsi və yaralı orqanizmin müqavimət qabiliyyətindən də çox asılıdır. Yarada yad cisimlərin olması, çoxlu (massiv) qanıtırmə, yaranın böyüklüyü, sinirlərin və magistral damarların zədələnməsi və yaralının şok vəziyyətində olmasından çox şey asılıdır. Yara kanalı divarının ilkin nekroz zonası ilə əhatəsi, kanalın toxuma detriti, qan laxtası ilə tutulması və orada birincili və ikincili yad cisimlərin olması infeksiyanın inkişaf etməsi üçün daha yaxşı şərait yaradır. Nəticə etibarilə yarada mikrobların sürətlə çoxalması başlayır və infeksiya prosesini sağlam toxumalara da sırayət edir. Mikroblar və onların ifrazat məhsulları qan dövrəsinə daxil olur. Beləliklə, əvvəllər baş vermiş aseptik toksikoz bakterial toksemiya ilə əvəz olunur. Yaralının vəziyyəti ağırlaşır.

Orqanizmin mikrob və onun məhsullarının mənfi təsirinə qarşı sərbəst mübarizəsi olduqca çətinləşir. Dərman maddələrinin təsir qabiliyyəti tələbatı ödəmir. Parenteral yolla orqanizmə yeridilmiş antibiotiklər hansı spektrdə olursa olsun, patoloji ocağa gedib çatmır; nekrotik zona baryer rolunu oynayır. Molekulyar silkənmə zonasında da mikrosirkulyasiya pozulduğundan orada antibiotiklərin yüksək konsentrasiyasının yaradılması qeyri-mümkün olur. Bu və ya digər ağırlıqda zədələnməyə qarşı orqanizmin reaksiyası əsasında mübadilə pozğunluğu, immun sistemdə dəyişiklik, bədənin reaktivlik qabiliyyətinin enməsi və s. mürəkkəb mexanizmlər, patofizioloji proseslər halında müşahidə olunur.

Məhz bütün bu faktlar dərman maddələrinin patoloji sahəyə təsirinin gücləndirilməsi üçün nekrotik zonanın kənar edilməsini tələb edir və bu, məzmun etibarilə yaranın birincili cərrahi işlənməsi deməkdir. Nekrotik toxumanın (zonanın) mikroorqanizmi üçün qidalı mühit olması onun kənar edilməsinin vacibliyini bir qədər də artırır. Nekroz zonasının yad cisimlərlə birlikdə kəsilib götürülməsi yaranın bir növ mikroorqanizmlərdən mexaniki yolla təmizlənməsi deməkdir. Yara cərrahi işləndikdən sonra yara kanalı hamar olmalıdır, mikrobların orada "gizlənməsi üçün" heç bir şərait olmamalıdır.

Yara cərrahi işləndikdən sonra antibiotiklərin patoloji ocağa təsiri müqayisə edilməyəcək dərəcədə yüksəlir. Cərrahi işlənmə olmadığı hallarda isə antibiotiklərin istifadəsi yaranın mikroblarla çirklənməsinin yara infeksiyasına keçməsi müddətini sadəcə olaraq bir qədər ləngidir, yaxud onun gedişini yüngülləşdirir. Məhz buna görə də yaralıların köçürülməsi (təxliyəsi) zamanı onlara ixtisaslı yardım mərhələsinə qədər antibiotiklərin verilməsi zəruri hesab olunur.

İkinci dövr yaranın qranulyasiya dövrüdür. Yara nekrotik toxumalardan təmizləndikdən sonra orada qranulyasiya toxuması inkişaf etməyə başlayır. Bu proses 3-4 gündən başlayıb 10-12 gündə başa çatır. Əvvəlcə qranulyasiya toxuması ada şəklində yaranın dibində əmələ gəlir və müəyyən müddətdən sonra bütünlüklə yara boşluğunu doldurur. Qranulyasiya kapiluar endotelindən və fibroblastlardan inkişaf edir. Daha sonralar fibroblastlar kollagen lifləri əmələ gətirməklə çapıq toxumasının əmələ gəlməsində iştirak edir.

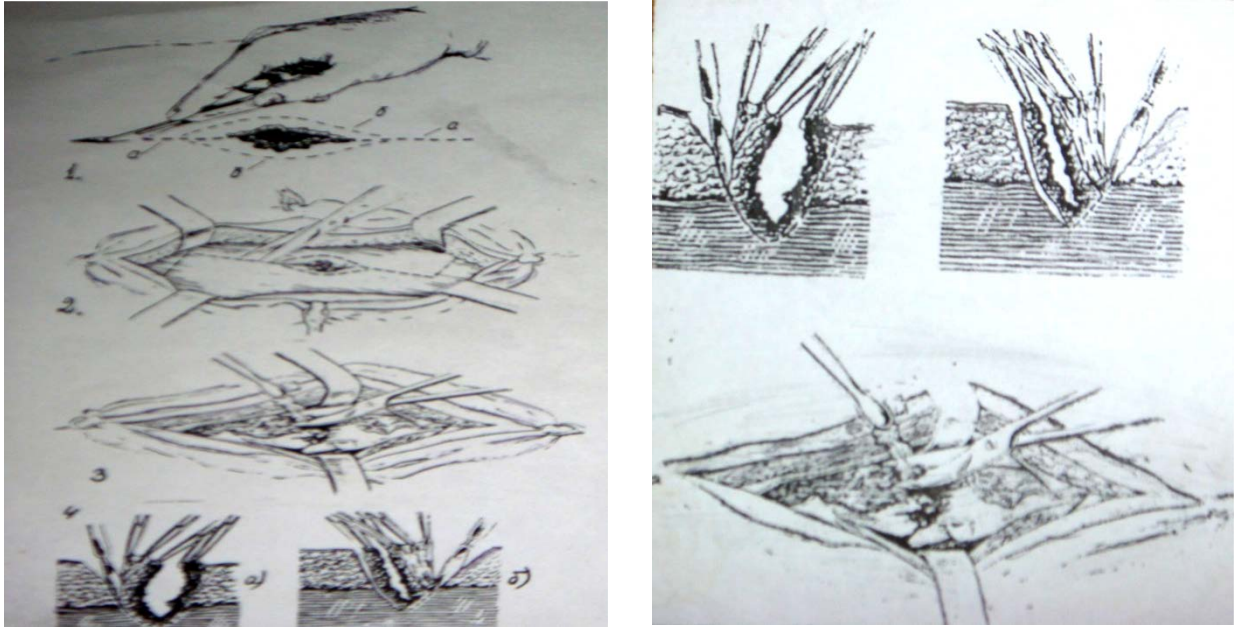
Üçüncü dövr çapıqlaşma və epitelizasiya dövrüdür. Bu, yaralanmadan sonrakı 12-30-cu sutkalara təsadüf edir.

Yaranın sağılması praktiki olaraq 3 variantda gedə bilər:

- 1) Yaranın birincili sağılması. Bu yaraya tikiş qoyulması ilə sağalmadır. Tikişlər söküldükdən sonra yarada praktik olaraq çapıqlaşma olmayır.
- 2) Yaranın ikincili sağılması. İrinləmə prosesi ləğv olduqdan sonra yara çapıqlaşma ilə sağalır.
- 3) Yaranın qartmaq altında sağılması. Yara laxtalanmış qan və yara ifrazatından ibarət qartmaqla örtülür. Yara kənarlarından başlayan epitelizasiya getdikcə bütün yaranı doldurur, qartmaq kənar olur, yaranın sağılması başa çatır.

3.4.1. ODLU SİLAH YARALARININ CƏRRAHİ İŞLƏNİLMƏSİ QAYDASI

Odlu silah yaranın cərrahi işlənməsi aparılmadan onun müalicəsi qeyri-mümkündür. Yalnız kiçik ölçülü səthi yaraların cərrahi işlənməyə ehtiyacı olmur. Yara düzgün cərrahi işlənməzsə, hətta ən müasir dərman preparatlarının tətbiqi belə lazımi səmərə verməz. Bəzən yaranın cərrahi işlənməsinin yerinə yetirilməməsi, yaxud onun gec həyata keçirilməsi yaralının həyatı bahasına başa gələ bilər. Bu, ilk növbədə anaerob infeksiyanın əmələ gəlməsi ilə əlaqədar olur.



Şəkil 3.9. Odlu silah yarasının cərrahi işlənməsi qaydası (İzahı mətdə verilmişdir).

Yaranın cərrahi işlənməsi dedikdə nə nəzərdə tutulur və bunu necə yerinə yetirmək lazımdır? Yaranın düzgün cərrahi işlənməsinin həyata keçirilməsi üçün hər şeydən əvvəl odlu silah yaralanmasının patogenezinin nəzərə alınması daha vacibdir. Cərrahi işlənmə zamanı yara optimal geniş açılmalı, həyati qabiliyyəti olmayan nekrotik toxumalar kəsilib götürülməli, etibarlı hemostaz olunmalı, yaranın drenajı yerinə yetirilməlidir.

Yaranın cərrahi işlənməsi birinci və ikincili ola bilər. Birinci cərrahi işlənmə sayca birinci olub, adətən 24 saata qədər müddətdə yerinə yetirilir. Bu, o vaxt yerinə yetirilir ki, yarada hələ infeksiya əlaməti yoxdur. Burada başlıca məqsəd infeksiyanın baş verməsinin qarşısının alınmasından ibarətdir. Yara nahiyəsi antiseptik dərman maddələri ilə təmizlənir, dəri kənarları qənaətlə kəsilib götürüldükdən sonra yara hər iki tərəfə boylama istiqamətdə genişləndirilir. Kəsik aparıldıqda dəri büküşlərinin, magistral damarların və sinirlərin istiqaməti nəzərə alınmalıdır. Yara kənarları alətlə hər iki tərəfdən simmetrik qaldırılır, fassiyanın zədələnmiş hissəsi oval şəkildə kəsilib götürüldükdən sonra dəri kəsiyi istiqamətində hər iki tərəfə genişləndirilir. Fassiyada aparılan kəsik dəri kəsiyindən böyük də ola bilər. Bu eyni zamanda zədə nahiyəsində ödemənin qarşısının alınmasında dekompressiya rolunu da oynayır. Həyati

qabiliyyəti olmayan əzələ toxuması sağlam toxuma bərabərində kəsilib götürülür, azad sümük qəpləri yaradan kənar edilir.

Sağlam əzələ toxuması parlaq çəhrayı rəngdə olur, kəsildikdə təqəllüs edir və qanayır, həyati qabiliyyəti olmayan toxumalarda isə bu keyfiyyətlər olmayır, əzələ bişmiş əti xatırladır. Operativ müdaxilə etibarlı hemostaz və yaranan antiseptik məhlullarla yuyulub drenaj edilməsilə başa çatdırılır. Yaranın birincili cərrahi işlənməsi nə qədər tez yerinə yetirilsə, onun nəticəsi də bir o qədər yaxşı olar.

Qeyd etmək lazımdır ki, əgər yaranın birincili cərrahi işlənməsi düzgün yerinə yetirilməyibsə, yaxud rentgen müayinəsindən sonra yad cismin çıxarılması məqsədilə yaranın ikinci dəfə işlənməsi lazım gələrsə, bu heç də yaranın ikincili cərrahi işlənməsi demək deyildir. Buna yaranın təkrari cərrahi işlənməsi deyilir. Yaranın ikincili cərrahi işlənməsi üçün vacib şərt yaranın ikinci dəfə işlənməsi olmayıb, yarada infeksiyanın əmələ gəlməsi əsas götürülməlidir.

Sayca birinci olan cərrahi işlənmə təxirəsalınmış və gecikmiş şəkildə də yerinə yetirilə bilər. Yaranın təxirəsalınan cərrahi işlənməsi 48 saat, gec işlənməsi yaralanmadan 72 saat sonrakı müddətlərdə aparılır. Təxirəsalınmış işlənmələrdə yarada ya infeksiya əlaməti olmayır, yaxud da onun aşkar əlamətləri şübhə doğurur. Yaranın gec cərrahi işlənməsində isə infeksiyanın akşar əlamətləri müşahidə olunur. Beləliklə, hər iki cərrahi işlənmənin sayca ilk dəfə yerinə yetirilməsinə baxmayaraq, infeksiyalaşmış yarada həyata keçirildiyindən, məzmunca ikincili cərrahi işlənməyə uyğun gəlir. Geniş spektrli təsirə malik antibiotiklərin istifadəsi yaranın təxirəsalınmış və gecikmiş cərrahi işlənmələrinin daha bir sutka müddətinə gecikdirilməsinə imkan verir. Beləliklə, təxirəsalınmış işlənmənin müddəti 72 saata qədər, gecikmiş cərrahi işlənmənininki isə 96 saata qədər uzadıla bilər. Lakin yaraların cərrahi işlənməsində nəzərdə tutulan vaxt özü də nisbidir. Çünki mikrobun virulentlik dərəcəsindən asılı olaraq, yarada güclü infeksiya əlamətləri 5-6 saat müddətində də aşkar oluna bilər (məsələn, ildırım sürətli qazlı qanqrenalarda və s.). Yaxud əksinə, yaralanmadan 2-3 gün keçməsinə baxmayaraq, yarada infeksiya əlamətləri olmayıb da bilər.

Qeyd etdiyimiz kimi birincili cərrahi işlənmədən fərqli olaraq, odlu silah yaralarının ikincili cərrahi işlənməsində məzmunca yarada baş vermiş infeksiyaya qarşı mübarizə tədbirləri nəzərdə tutulur. Yara artıq infeksiyalaşmışdır, ona qarşı tədbirlər görülməlidir. Texniki cəhətcə yaranın ikincili cərrahi işlənməsi birincili cərrahi işlənmədən bir o qədər də fərqlənir. Sadəcə olaraq, irinin xaric olması üçün bəzən əlavə tədbirlərin yerinə yetirilməsi (əlavə kəsiklərin aparılması, drenajın qoyulması) lazım gəlir.

3.4.2. YARAYA TİKİŞLƏRİN QOYULMASI QAYDALARI

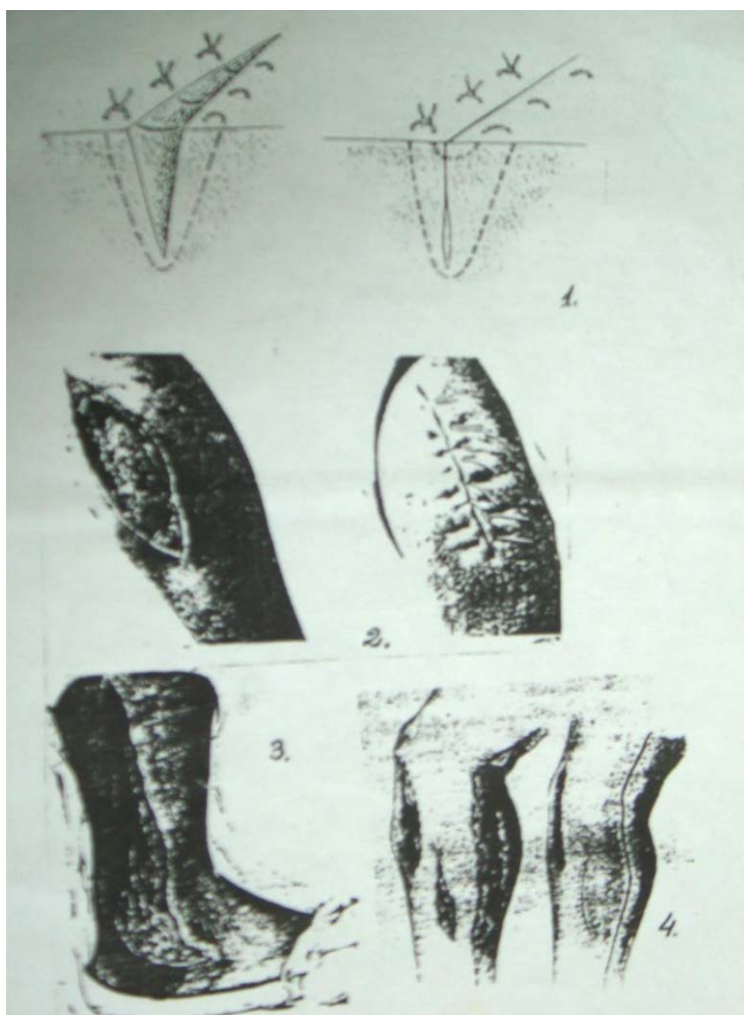
Yaraya qoyulan tikişlər birincili, təxirəsalınmış və ikincili olur. Birincili tikişlər yaranın birincili cərrahi işlənməsindən sonra qoyulur. Odlu silah yaralanmaları zamanı bu cür tikişlər yalnız başın tülkü hissəsinə, sifətə, xayalığa və aralıq nahiyəsinə qoyula bilər. Seroz boşluqların, yaralanmış oynaq kapsulunun tikilməsi, açıq pnevmotorakslar zamanı plevral və fassial təbəqələrin tikilməsi də bura aiddir. Yerdə qalan digər hallarda, xüsusilə qanla təchizatın pis olduğu aşağı ətrafların distal hissələrinin yaralanmalarında birincili tikişlərin qoyulması məsləhət görülmür.

Təxirəsalınmış tikişlər yarada qranulyasiya əmələ gələncə qədər qoyulan tikişlərdir. Bunlar adətən 2-3 sutka ərzində yarada infeksiya əlamətləri olmadığı hallarda qoyulur. Yaraya birincili cərrahi işlənmə zamanı qoyulmuş, lakin çəkilib bağlanılmamış “provizor” tikişlər də məzmunca təxirəsalınmış tikişlərin eynidir. Əgər yarada infeksiya əlamətləri yoxdursa, “provizor” tikişlər yaralanmanın 2-3-cü günləri çəkilib bağlanılır.

Bütün qoyulmuş tikişlərə ciddi nəzarət olmalıdır. Yarada qızartı olduqda, temperatur yüksəldikdə və nəbzin tezləşməsi hallarında tikişlər nəzərdən keçirilməli, irinləmə əlamətləri aşkar edildikdə axırıncılar dərhal sökülməlidir.

İkincili tikişlər yaranın qranulyasiya və çapıqlaşma fazasında qoyulur. Qranulyasiya fazasında qoyulan tikişə erkən ikincili tikiş, çapıqlaşma fazasında qoyulan tikişə isə gec ikincili tikiş deyilir. Erkən ikincili tikiş qoyulduqda yara kənarları elastik olduğundan asanlıqla ağız-ağıza gəlir və onun bağlanması bir o qədər çətinlik törətmir. Gec ikincili tikişlər qoyulmazdan əvvəl çapıq toxuması kəsilib götürülür,

yaxud yara kənarları çapıqlardan (bitişmələrdən) azad edilmələ hərəki vəziyyəyə gətirilir. Yara defektləri böyük olduğu hallarda sonralar dəri köçürülməsi planlaşdırılır.



Şəkil 3.10. Yaralara birincili və ikincili tikişlərin qoyulması qaydası

3.5. TİBBİ TƏXLIYƏ MƏRHƏLƏLƏRİNDƏ YARDIMIN HƏYATA KEÇİRİLMƏSİ QAYDALARI VƏ MÜALİCƏNİN TƏŞKİLİ

İlk tibbi yardım döyüş zonasında özünə və yoldaşına yardım prinsipi əsasında, yaxud sanitar təlimatçıları tərəfindən yerinə yetirilir. Bura yaraların sarınması, qanaxmaların müvəqqəti dayandırılması, sınıqlar zamanı ətrafların hərəkətsizləşdirilməsi və asfiksiyaya qarşı tədbirlərin yerinə yetirilməsindən ibarətdir. Bu məqsədlə standart və qeyri-standart vasitələrdən; qankəsici turnalardan və şinlərdən istifadə edilir. Yaralar fərdi sarğı paketi ilə sarınır. Asfiksiya zamanı ağız boşluğu və burun-udlaq keçəcəyi toz-torpaqdan və mümkün yad cisimlərdən mexaniki surətdə təmizlənir. Xəstəyə süni tənəffüs verilir, şpris tubiklə ağrıkəsicilər və tənəffüs analeptikləri (atropin) yeridildikdən sonra yaralı daldalanacaqlara, yaxud toplanış məntəqəsinə gətirilir.

Həkiməqədərki yardım (feldşer yardımı). Yaralılar toplanış məntəqəsindən tabor tibb məntəqəsinə gətirilirlər. Burada yardım orta tibb işçisi —feldşer yaxud tibb bacısı (qardaşı) tərəfindən yerinə yetirilir: qoyulmuş sarğılara və qankəsici turnalara düzəlişlər aparılır, yaralar sarınmayıbsa sarınır, döyüş zonasında yardım almamış yaralılara ilk tibbi yardım, yaxud feldşer yardımı həyata keçirilir, asfiksiya, şok və qanaxmanın müvəqqəti saxlanılması tədbirləri həyata keçirilir. Bu məqsədlə standart vasitələrdən istifadə olunur. Yaralının ağız boşluğu və burun-udlaq keçəcəyi təmiz su ilə yaxalanır, tənəffüs çatmamazlığında portativ inhalyasiya aparatları ilə yaralıya süni tənəffüs verilir. Udlağa “C”-vari rezin,

yaxud plastmass boru keçirilir. Şok əleyhinə tədbirlər intravenoz infuziya şəklində yerinə yetirilir və yaralılar briqada tibb məntəqəsinə göndərilirlər.

İlk həkim yardımı. Bu yardım briqada tibb məntəqəsində ümumi ixtisaslı həkimlər tərəfindən yerinə yetirilir. Burada əvvəllər qoyulmuş sarğılara, qankəsici turnalara və şinlərə düzəlişlər aparılır, qeyri-standart turna və şinlər standartları ilə əvəz olunur. İnfuzion tədbirlərlə bərabər yaralılara göstəriş əsasında qan köçürülür. Tənəffüs çatmamazlığı hallarında oksigen inhalyasiyası və sedativ vasitələrdən istifadə edilir, göstəriş əsasında traxeostoma qoyulur. Arterial qanaxması olan yaralıların turnaları açılır, damarlara sıxıcılar qoyulur, yaxud zədələnmiş damar yarada tikilir. Açıq pnevmotorakslarda parietal plevra tikilir, plevra boşluğunun tamlığı bərpa olunur. Şok əleyhinə tədbirlər novokain blokadalarının aparılması ilə tamamlanır. Briqada tibb məntəqəsində yaralılar bir neçə gün müddətinə hospitalizə oluna bilərlər.

Yardım həyata keçirildikdən sonra yaralılar korpusun əlahiddə tibb taboruna, yaxud hərbi-səhra cərrahiyyəsi hospitallarına təxliyə olunurlar.

İxtisaslı tibbi yardım. Burada yaralılar məntəqədaxili çeşidlənmədən keçirlər. Davamedən qanaxması olan yaralılar təxirəsalınmadan cərrahi əməliyyata götürülür, qanaxmanın qarşısı tam alınır. Şok vəziyyətində olan yaralılar şok əleyhinə palatalara keçirilirlər. Davamedən qanaxması və şok vəziyyətində olan yaralılar birbaşa cərrahi əməliyyat otağına gətirilməli, burada şok əleyhinə tədbirlər cərrahi əməliyyatla eyni müddətdə aparılmalıdır.

Kəllə-beyin zədələnmələri zamanı, döş qəfəsinin, qarın boşluğunun daxilə keçən yaralanmalarında və magistral damarların yaralanması ilə olan yaralılara cərrahi yardım əməliyyat otağında aparılmalıdır. Adi yaraların cərrahi işlənilməsi isə şəraitdən asılı olaraq sarğı otağında da aparıla bilər. İxtisaslı cərrahi yardım şəraitdən asılı olaraq bəzən ixtisarla da yerinə yetirilə bilər. Çətin döyüş şəraitində və hospitalın imkan və vəsaitlərinin aşağı olduğu hallarda həyata keçirilən yardım təxirəsalınmaz tədbirlərdən ibarət olmalıdır. Həyati göstəriş olaraq, yalnız asfiksiya, şok və qanaxmanın qarşısının alınması tədbirləri yerinə yetirilməlidir.

Operativ müdaxilə başa çatdırıldıqdan sonra yaralılar vəziyyətləri stabilləşənə qədər bu mərhələdə saxlanılır. Həmin müddət ərzində onlara göstəriş əsasında infuzion-transfuzion və şok əleyhinə müalicə aparılır, vəziyyətləri stabilləşdikdən sonra yaralılar axırıncı təxliyə mərhələsinə köçürülür. Qısa müddət müalicə tələb edən yaralılar sağalmaqda olan komandanın tərkibində müalicə aldıqdan sonra öz hərbi hissələrinə yazılırlar. Tibbi təxliyənin bu mərhələsində yardıma ehtiyacı olmayan yaralılar isə birbaşa təxliyənin son mərhələsinə köçürülür.

İxtisaslaşdırılmış tibbi yardım. Bu yardım tibbi təxliyənin son mərhələsini təşkil edir. Burada yaralılar ixtisasa uyğun şöbələrdə, yaxud profiləşdirilmiş hospitallarda müalicə tam başa çatana qədər yardım alırlar. Yalnız döyüş qabiliyyəti olmayan yaralılar səhiyyə nazirliyinin tabeliyində olan klinika və xəstəxanalara köçürülür.

Bütün deyilənləri ümumiləşdirərək belə bir nəticəyə gəlmək olar ki, odlu silahın energetik qabiliyyəti onun sürətinin artmasından daha çox asılıdır. Odlu silah yaralanmalarında patoloji sahədə üç zona aşkar edilir. Bunlar yaraların cərrahi işlənilməsində nəzərə alınmalıdır. Yaraların cərrahi işlənilməsi birincili və ikincili ola bilər. Birincili cərrahi işlənilmə infeksiyaya qədər onun əmələ gəlməsinə qarşı yönəldilmiş cərrahi müdaxilədir. İkincili cərrahi işlənilmə isə, artıq yarada baş vermiş infeksiyanın aradan qaldırılması üçün həyata keçirilən tədbirlərdən ibarətdir.

Yaraların cərrahi işlənilməsi vaxta görə erkən, təxirəsalınmış və gec (gecikmiş) ola bilər. İlk sutkada həyata keçirilmiş cərrahi işlənilmə erkən, ikinci sutka ərzində həyata keçirilmiş cərrahi işlənilmə təxirəsalınmış, üçüncü sutkada yerinə yetirilmiş cərrahi işlənilmə isə gec (gecikmiş) cərrahi işlənilmə adlanır. Antibiotiklərin tətbiqi yaraların cərrahi işlənilmə müddətinin daha bir sutka uzadılmasına imkan

verir. Lakin yaraların cərrahi işlənməsinin vaxtdan asılılığı nisbi xarakter daşıyır. Çünki mikrobun virulentliyindən və orqanizmin müqavimət qabiliyyətindən asılı olaraq yarada kəskin infeksiya əlamətləri yaranmanın 5-6 saatında da müşahidə oluna bilər və əksinə, gec dövrlərdə bəzən yarada infeksiya əlamətləri olmaya da bilər.

Odlu silah yaralanmalarında yaraların birincili cərrahi işlənməsi zamanı tikişlərin qoyulmasına yol vermək olmaz. Yalnız istisna hallarda başın tüklü hissəsinə, sifətə, cinsi orqanın zədələnməsində, xayalıq və aralığa birincili tikişlər qoyula bilər. Oynaq zədələnmələrində yalnız oynaq kapsulu, açıq pnevmotorakslarda parietal plevra və fassial qatlar tikilməlidir. Buna birincili tikişlər deyilir. Sonralar vəziyyətdən asılı olaraq müalicə prosesinin qısaltılması məqsədilə yaraya tikişlər qoyula bilər.

Birincili tikişlərdən başqa, yaralara təxirəsalınmış və ikincili tikişlər qoyula bilər. Birincili tikiş yaraya bilavasitə yaranın birincili cərrahi işlənməsindən sonra qoyulduğu halda, təxirəsalınmış tikişlər qranulyasiyaya qədər, ikincili erkən tikişlər qranulyasiya fazasında, ikincili gec tikişlər isə yaranın çapıqlaşma fazasında qoyulur. Yaraya tikişlər qoyularkən, dəridə gərginliyin əmələ gəlməsinə yol verilməməlidir. Yara sahəsi geniş olduğu hallarda dəri köçürülməsi vacibdir.

FƏSİL IV

NÜVƏ PARTLAYIŞI ZƏDƏLƏNMƏLƏRİ

TƏDRİS SUALLARI

- 4.1 Nüvə partlayışı zədələnmələri haqqında ümumi məlumat, nüvə silahının canlı orqanizmə təsir mexanizmi
- 4.2. Kombinə olunmuş radiasion zədələnmələr
- 4.3 Radiasion yanıqlar
- 4.4. Nüvə partlayışı zamanı mərhələli yardımın həyata keçirilməsi prinsipləri

4.1 NÜVƏ PARTLAYIŞI ZƏDƏLƏNMƏLƏRİ HAQQINDA ÜMUMİ MƏLUMAT, NÜVƏ SİLAHININ CANLI ORQANİZMƏ TƏSİR MEXANİZMİ

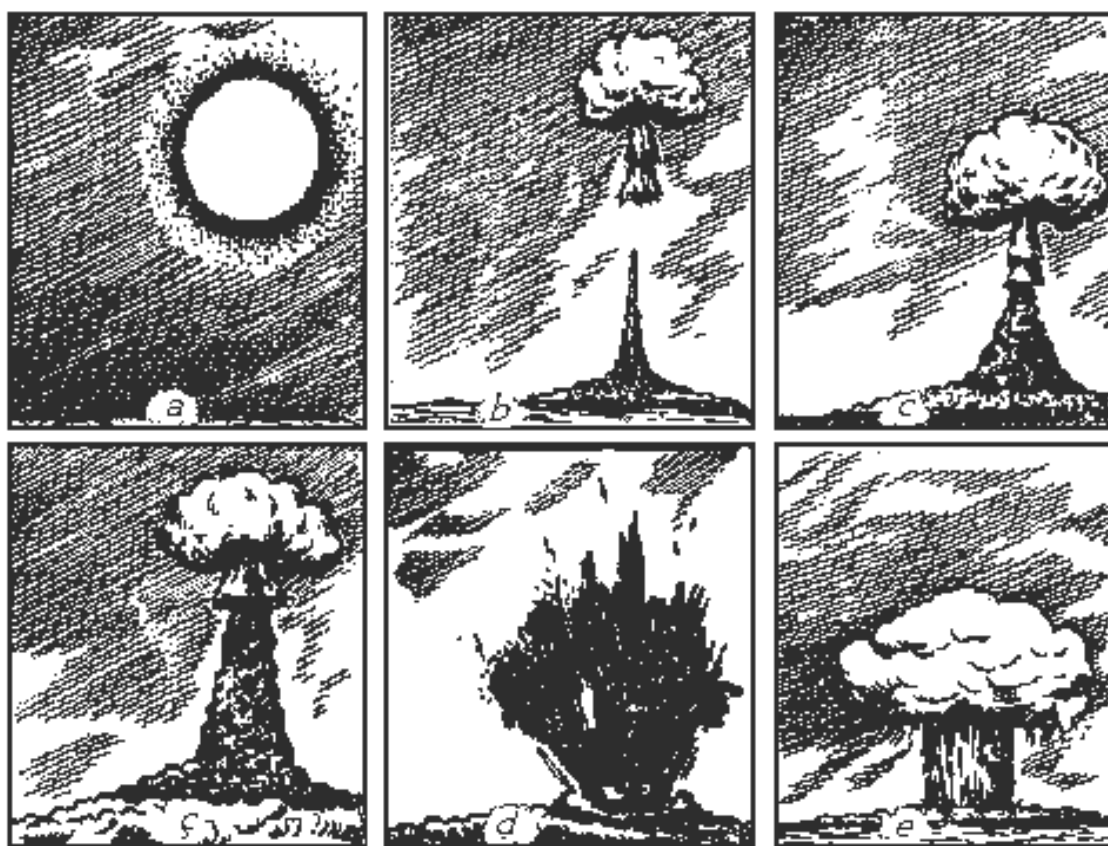
Nüvə silahı tarixə XX əsrin silahı kimi daxil olmuşdur. Bunun partlayışı nəticəsində istilik-nüvə reaksiyası böyük dağıdıcı qüvvəyə malik olur. Nüvə partlayışı zamanı onun enerjisinin əsasını təşkil edən 235 izotoplu uran, yaxud 239 plutonium zəncirvari reaksiya verməklə yüngül hidrogen izotonlarına və neytronlara parçalanır. Nüvə silahı atom, yaxud hidrogen bombaları şəklində, artilleriya mərmiləri və raketlər şəklində də istifadə edilə bilər. Nüvə partlayışının gücü trotil ekvivalenti ilə ölçülür. Nüvə silahının dağıdıcı qüvvəsi onun gücündən, partlama mərkəzinə qədər olan məsafədən, partlayışın tipindən, relyefdən, sıgınaqların olub-olmamasından, mövsüm və meteoroloji şəraitdən də çox asılıdır.

Nüvə silahı zərbə dalğası, şüalanma, keçici radiasiya və ətraf mühitin radioaktiv çirklənməsi təsiri qabiliyyətinə malikdir. Bu amillər canlı orqanizmə ayrı-ayrılıqda, yaxud birlikdə təsir edə bilər. Eyni zamanda nüvə silahının elektromaqnit təsiri də öyrənilmişdir. Belə ki, partlayış zamanı elektrik xəttlərində, cərəyan qovşaqlarında, radio və telefon aparatlarında çox yüksək gərginlikli cərəyanın əmələ gəlməsi ətraf mühit üçün təhlükə yaradır (Şəkil 4.1).

Nüvə silahının bütün dağıdıcı amilləri canlı orqanizmə eyni vaxtda təsir etdikdə zədələnmə kombinəşəkili olur. Nüvə partlayışı zamanı bütün enerjinin orta hesabla yarısı zərbə dalğasına sərf olunur. Böyük kütləli artilleriya mərmiləri, mina və fuqas bombalarının partlayışı zamanı əmələ gələn zərbə dalğasından fərqli olaraq, nüvə partlayışı zamanı zərbə dalğası daha güclü olur. Atom partlayışı zamanı ani nüvə reaksiyası nəticəsində 10-100 milyonlarla atmosfer təzyiqi yaranır. Bunun nəticəsində zərbə dalğası çox qısa müddət ərzində ətraf mühitə yayılaraq böyük dağıdıcı qüvvəyə malik olur, canlılara, eləcə də insan orqanizminə təsir edərək, zədələnmələrin meydana çıxmasına səbəb olur. Son zamanlar kəşf olunmuş neytron bombalarında zərbə dalğası minimuma endirilmişdir. Partlayış zamanı tikililərə ciddi xəter toxunmur, yalnız canlı orqanizmlər məhv olur. Buna görə də bəzi reaksiyon təbəqələr bunu "hümanist silah" kimi qələmə almağa çalışırdılar. Zərbə dalğası təsirindən ətraf mühitdə olan əşyalar, şüşə qırıntıları, metal parçaları və i.a., ikincili silah rolunu oynayırlar.

Partlayış mərkəzindən 1 km məsafədə orqanizmdə həddən artıq ağır zədələnmələr əksər hallarda öldürücü xarakterə malik olur. Episentrdən 2-3 km uzaqda zədələnmələr ağır olur. 4-5 km məsafədə isə zədələnmələr orta ağırlıqda və yüngül keçə bilər. Əlbəttə, bütün bu məlumatlar nisbidir. Bunlar nüvə silahının gücündən ətraf mühitin iqlim və relyef xüsusiyyətlərindən və s. amillərdən çox asılıdır. Zərbə dalğası təsirindən müxtəlif formalı qapalı zədələnmələr: qapalı sınıqlar, beyin silkələnməsi, daxili orqanların zədələnmələri, həmçinin ikincili silahların təsirindən əzilmiş, cırılmış və əksərən torpaqla çirklənmiş yaralanmalar müşahidə olunur.

Nüvə partlayışı zamanı qapalı zədələnmələr bütün zədələnmələrin təqribən yarısını təşkil edir. Bu, uzunmüddətli sıxılma sindromu və orqanizmin müxtəlif nahiyələrinin kontuziyası şəklində də müşahidə oluna bilər. Kontuziyalar əsasən nüvə silahının havada və suyun altında partlayışı zamanı daha çox müşahidə olunur. Zədələnmənin ağırlıq dərəcəsi asılı olaraq başgicəllənmə, ürəkbulanma, qusma və huşun itməsi müşahidə olunur, bəzən isə psixi pozğunluqlar meydana çıxır. Ağır hallarda kontuziyalar kəllədaxili qanaxmalarla da müşayiətlənir.



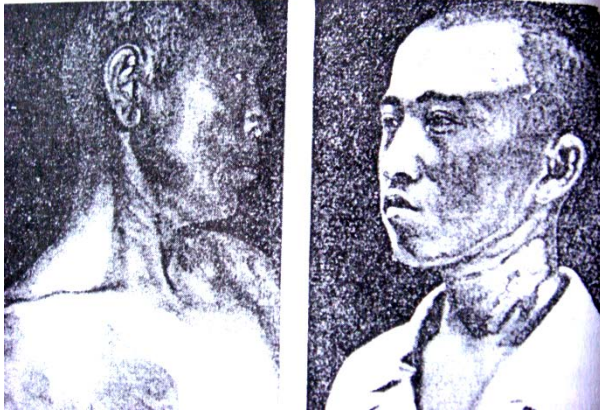
Şəkil 4.1. Nüvə partlayışlarının növləri:

a) hündür; b) hündür hava; s) alçaq hava; ç) yerüstü; d) yeraltı; e) suüstü

Kontuziyalı xəstələrdə ilk həkim yardımını mərhələsində çeşidlənmə zamanı yanaşı mexaniki zədələnmələr də aşkarlanır. Daxili orqanların qapalı zədələnmələrinin vaxtında aşkarlanmaması təhlükəlidir. Eləcə də kəllədaxili qanaxmalar vaxtında aşkar edilməli və lazımı tədbirlər həyata keçirilməlidir.

Nüvə silahı partlayışı zamanı bütün enerjinin təqribən $\frac{1}{3}$ hissəsi –35%-i istiliyə çevrilir. Partlayış yerində əmələ gəlmiş parlaq küre güclü şüalanma törədir. Partlayış mərkəzində temperatur bir neçə milyon dərəcəyə çatır. Bu təsir qısamüddətli olub, təxminən 3-4 saniyə davam edir. Şüalanmanın 85%-i partlayışın ilk saniyəsində baş verir. Bütün bunlar canlı orqanizmdə ani momentdə yanığ verir (Şəkil 4.1). Yanıqlar həmçinin baş vermiş yanğınlarla əlaqədar ikincili də əmələ gələ bilər. İstilik impulsu ilə əlaqədar

olaraq nəinki paltarlar, yaxud əşyalar alışır, eyni zamanda sənaye mərkəzlərində neft ehtiyatının, təbii qaz magistrallarının alışması nəticəsində geniş ərazidə yanğınlar baş verə bilər.

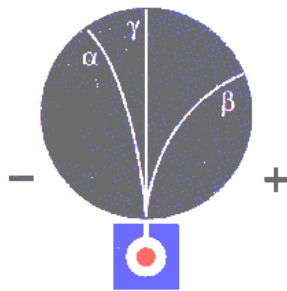


Şəkil 4.1 Xirosimada atom partlayışı zamanı müşahidə olunmuş şüa yanıqları

Yanıqlar eyni zamanda nüvə partlayışı nəticəsində baş vermiş elektromaqnit təsirindən qısa qapanmaların əmələ gəlməsi ilə də əlaqədar ola bilər. Bunlar canlı orqanizmdə termik zədələnmələrin əmələ gəlməsinə səbəb olur. Partlayış mərkəzindən 1 km-ə qədər məsafədə yanıqlar öldürücü, 2-4 km-də yüngül və orta dərəcəli olurlar. Bunlar profil yanıqlara aid olub, adətən bədənin açıq qalmış sahələrində baş verir. Paltarın rənginin tünd olması və onun bədənə daha kip yapışması yanıqların baş verməsi üçün daha yaxşı şərait yaratmış olur. Sintetik materialdan tikilmiş paltarlar isə əriyərək bədənə yapışır və daha dərin yanıqların əmələ gəlməsinə səbəb olur.

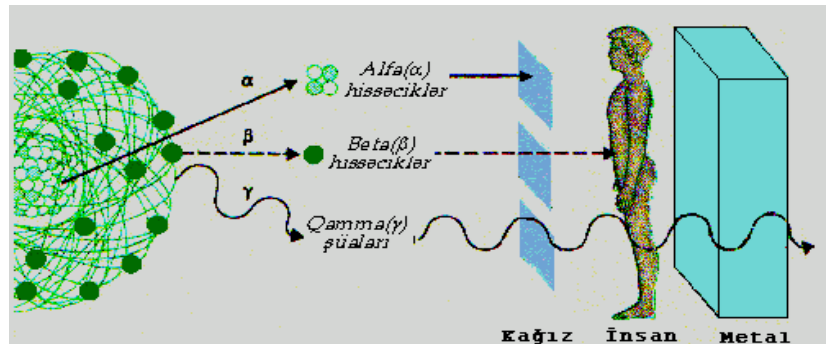
Bunlar distansion termik yanıqlara aid olub, əsasən adi işıq şüası və infraqırmızı şüaların təsirindən əmələ gəlir. Nüvə partlayışı nəticəsində baş vermiş ultrabənövşəyi şüalanma partlayış momentində istilik enerjisi verməyə də, sonralar bunlar zədələnmə nahiyəsində piqmentasiyanın əmələ gəlməsinə səbəb olur. Nüvə partlayışından sonra dəridə əmələ gəlmiş qırmızı-qəhvəyi rəngli ləkələr "Xirosimo maskası" adı ilə məlumdur. Şüalanma təsiri nəticəsində eyni zamanda göz dibinin zədələnməsi və yanığın baş verməsi müvəqqəti və daimi korluqla da nəticələnə bilər.

Keçici radiasiya atom partlayışı zamanı bütün enerjinin orta hesabla 5%-ni təşkil edir. Bunun əsasını neytron selindən ibarət olan şüalanma təşkil edir (neytron bombası partlamasında bu amil daha güvətli olur). Əsasən qamma şüalanmasından ibarət olan bu şüalanma elektroneytral olduğundan maneələrdən əyilmədən hətta bir neçə metr qalınlıqda beton təbəqəsini belə asanlıqla keçmək qabiliyyətinə malikdir (Şəkil 4.2; 4.3).

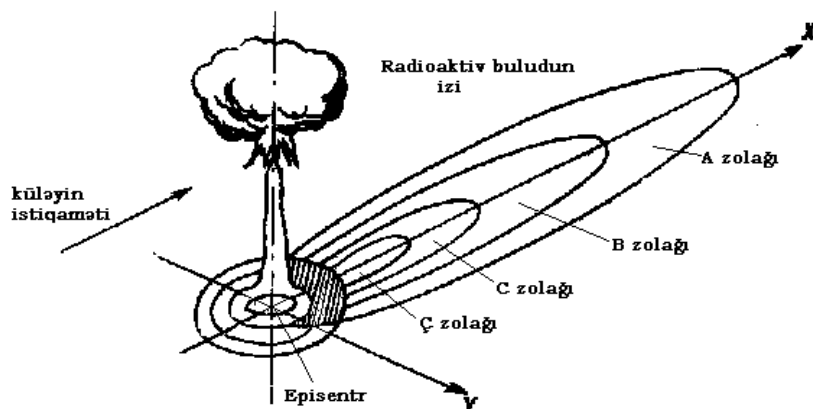


Şəkil 4.2 İonlaşdırıcı şüaların maqnit sahəsində əyilməsi

Şəkil 4.3 İonlaşdırıcı şüaların nüfuzetmə qabiliyyəti



Ərazinin radioaktiv çirklənməsi nüvə partlayışı zamanı yaranmış enerjinin 10%-ni təşkil edir. Göyə sovrulmuş tonlarla torpağın, yaxud qumun radioaktiv bulud təşkil edərək küləklə və yağış şəklində daha uzaqlara yayılmasına səbəb olur (Şəkil 4.4).



Şəkil 4.4 Küləyin istiqamətindən asılı olaraq ətraf mühitin radiaktiv çirklənmə dərəcəsi

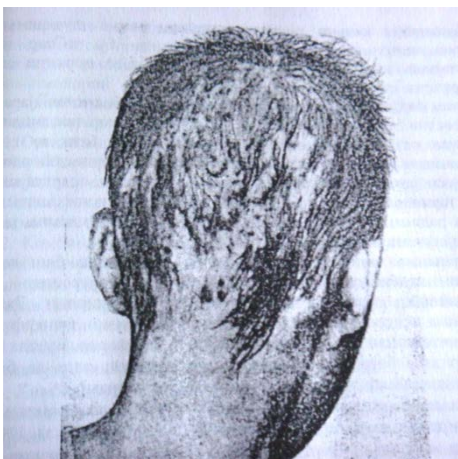
İstər keçici radiasiya və istərsə də ətraf mühitin radioaktiv çirklənməsi canlı orqanizmdə toxumaların şüalanmasını və ionlaşdırıcı radiasiya verir; orqanizmdə ionlaşma nəticəsində toxumalarda elektronlarını itirmiş atomlar müsbət ionlara çevrilir, azad olmuş elektronlar isə neytral atomlarla birləşərək onları mənfi ionlara çevirir. Molekullarda atomların bu tipli repolyarizasiyası yüksək fəallıq yaratmaqla hüceyrələrdə kimyəvi əlaqələrin kəsilməsinə və onların məhvinə gətirib çıxarır.

Toxumaların ionlaşması α, β, γ şüaları və neytron seli təsiri ilə baş verir. Alfa hissəcikləri canlı toxumaya çox səthi 0,02-0,07 mm daxil olmasına baxmayaraq bunlar böyük ionlaşdırma qabiliyyətinə malikdir. Bunların orqanizmin daxilinə düşməsi daha təhlükəlidir. Beta $[\beta]$ hissəciklər elektron və pozitron selindən ibarətdir. Beta hissəciklərin orqanizmdə alfa hissəciklərə nisbətən daha dərinə sirayət etməsinə baxmayaraq, bunların ionlaşdırma qabiliyyəti azdır. Qamma $[\gamma]$ şüaları– foton, kvantlar axınından ibarətdir. Bunlar toxumanın bütün dərinliklərinə sirayət edir və eyni zamanda ikincili ionizasiya yaradır. Neytronlar seli elektroneytral olduğu üçün daha keçici xüsusiyyətə malikdir. Qamma şüaları kimi bunlar da toxumalarda ikincili ionizasiya verir, yeni yaranmış radioaktiv izotoplar canlı orqanizmin məhvinə gətirib çıxarır.

Beləliklə, keçici ionizasiya əsasən qamma şüalanması və neytron seli əsasında meydana çıxır və bu təsir nüvə partlayışı mərkəzindən 2-3 km məsafədə daha güclü olub, öldürücü təsir göstərir. Atom partlayışı zamanı əmələ gəlmiş “göbələkdən” yaranmış bulud özündə çoxlu radioaktiv maddələr cəmləşdirir və qalıq radiasiyası kimi uzun müddət alfa, beta və qamma şüalanması verir. Ərazinin radioaktiv maddələrlə çirklənmə səviyyəsi atom silahının növündən, gücündən, partlayışın xarakterindən, mövsüm və meteoroloji şəraitdən çox asılıdır. Külək radioaktiv çöküntülərin daha uzaqlara yayılmasına, yağış isə onun əraziyə düşməsinə şərait yaradır.

Şüalanma xarici və daxilə keçən formalarda baş verir. Xarici şüalanmada qamma şüalanma və neytronlar daha təhlükəlidir. Onlar nisbətən dərinə sirayət edirlər. Daxili şüalanma əsasən radioaktiv maddənin orqanizmə tənəffüs və həzm sistemi yolu ilə daxil olması nəticəsində baş verir. Burada alfa şüalar daha böyük ionizasiya təsirinə malik olsa da, beta hissəciklər də əhəmiyyətsiz deyildir.

Şüalanma nəticəsində orqanizmdə kəskin və xronik şüa xəstəliyi əmələ gəlir. Birdəfəlik şüalanma dozası 100-200 rentgen olduqda yüngül formalı (I dərəcəli) kəskin şüa xəstəliyi əmələ gəlir (Şəkil 4.5). Bu miqdar 200-300 rentgen olduqda orta dərəcəli (II dərəcəli), 300-400 rentgenə çatdıqda ağır formalı (III dərəcəli) kəskin şüa xəstəliyi əmələ gəlir. Birdəfəlik şüalanma dozası 500 rentgendən artıq olduqda isə xəstələrin vəziyyəti həddən artıq ağır və ölümcül olur.



Şəkil 4.5 Atom bombardmanı zamanı şüa xəstəliyinə tutulmuş 22 yaşlı hərbi qulluqçunun foto şəkli (Naqasaki)

Kəskin şüa xəstəliyi 4 mərhələdə keçir: bunlar xəstəliyin başlanğıc, gizli, qızğın və sağalma dövrləridir. Kəskin şüa xəstəliyindən fərqli olaraq xronik şüa xəstəliyi az doza ilə uzunmüddətli, yaxud təkrari şüalanma nəticəsində baş verir. Xronik şüa xəstəliyi eyni zamanda az miqdar davamlı radioaktiv maddənin daxilə keçməsi nəticəsində də baş verə bilər. Radioaktiv maddələrin dəriyə, selikli qişaya, gözə, tənəffüs və həzm sisteminə təsirindən şüa yanıqları əmələ gəlir.

Beləliklə, atom silahının partlayışı zamanı əmələ gəlmiş güclü zərbə dalğası, radioaktiv şüalanma, keçici ionizasiya və ətraf mühitin radioaktiv çirklənməsi canlı orqanizmə birlikdə təsir etdiyindən baş vermiş zədələnmələr də əsasən kombinə şəkildə müşahidə olunur. Burada dominantlıq ayrı-ayrılıqda mexaniki, termik və radioaktiv zədələnmələrin hesabına olur. Zədələnmə ilə əlaqədar baş vermiş travmatik şok, uzunmüddətli sıxılma sindromu, termik yanıq, yanıq xəstəliyi və onun fəsadlaşmaları, eləcə də radioaktiv zədələnmə, şüa xəstəliyi və onun fəsadlaşmaları orqanizmdə eyni müddətdə baş verdiyindən xəstə və yaralıların ümumi vəziyyəti daha ağır olur. Bu, qarşılıqlı ağırlaşma sindromunun baş verməsi ilə əlaqədardır. Travmatik şokla başlanan bu proses orqanizmin ehtiyat qüvvələrinin tükənməsinə, poliorqan çatmamazlıqların baş verməsinə, qazanılmış immunodefisitə əmələ gəlməsinə və orqanizmin məhvinə gətirib çıxarır. Radiasion zədələnmələr orqanizmdə reparativ-regenerativ proseslərin ləngiməsinə, müalicənin çətin keçməsinə, fəsadlaşma və ölüm hallarının daha da artmasına səbəb olur.

4.2. KOMBINƏOLUNMUŞ RADIASİON ZƏDƏLƏNMƏLƏR

Nüvə partlayışı zamanı baş vermiş zədələnmələr içərisində kombinəolunmuş radioaktiv zədələnmələr xüsusi əhəmiyyət kəsb edir. Bu, orta hesabla yaralıların $3/4$ hissəsində təsadüf olunur. Zədələnmələr xüsusilə partlayış mərkəzindən təxminən 1,5-3 km məsafədə sığınacaq tapmamış şəxslərdə şüalanma və zərbə dalğası təsirindən baş verir. Xəstəlik xüsusi gedişə malik olur.

Kombinəolunmuş radiasion zədələnmələr içərisində mexaniki zədələnmələrin və yanıqların şüa xəstəliyi ilə birlikdə müşahidə olunması, həmçinin yaraların və termik yanıqların radioaktiv maddələrlə çirklənməsinin xüsusi əhəmiyyəti vardır. Mexaniki zədələnmələrin və yanıqların radiasion zədələnmələrlə birlikdə müşahidə olunması hallarında şüa xəstəliyinin başlanğıc və gizli dövrü daha qısa olur, bu zaman travmatik şok daha ağır gedişə malik olur.

Orta və ağır dərəcəli şüa xəstəliyinin qızğın dövründə yaranın nekrotik toxumalardan təmizlənməsi ləngiyir, yeni nekroz ocaqları, qansızma və hematomalar əmələ gəlir. Orqanizmin immun qabiliyyətinin enməsi iltihabi prosesin aradan qalxmasına imkan vermir. Yarada əlavə nekrotik toxumaların əmələ gəlməsi yara infeksiyasının daha ciddi şəkildə keçməsinə, anaerob infeksiya və sepsislə fəsadlaşmalara səbəb olur. Yaranın qranulyasiyası və çapıqlaşma fazası, olduqca ləng gedir, bəzən bu proses dayanır. Qranulyasiya toxuması avazımış və qanaxmaya meyilli olur, çapıqlaşma və epitelizasiya prosesi ləngiyir, yara səthində və ətrafında trofik xoralar əmələ gəlir. Yaraların infeksiyalaşması və orqanizmin mikroblara qarşı mübarizə qabiliyyətinin azalması ilə əlaqədar yaralar adəti üzrə ikincili sağalır.

Xəstəliyin gizli dövründə yaranın düzgün cərrahi işlənməsi və tikişlərin qoyulması, immun prosesi artıran maddələrin istifadəsi, antibiotik və vitaminoterapiya fonunda müsbət nəticə verir. Yüngül şüa xəstəliyində yaranın sağalma prosesindəki pozğunluq halları nisbətən zəif təzahür edir və adətən bu halda yaraların birincili sağalması mümkündür.

Yaranın radioaktiv maddələrlə çirklənməsi zamanı zəhərli maddənin bir hissəsi toxumalara sorularaq, əsasən yerli təsir göstərir. Xəstəliyin gizli dövründə əlamətlər qismən aradan qalxır, xəstələrin vəziyyəti yaxşılaşır, qızmar dövrdə isə, əsas əlamətlər qabarıq şəkildə təzahür etdiyindən diaqnozun təyin edilməsi çətinlik törətmir. Güclü radioaktiv çirklənmə hallarında yarada nekrotik və irinli proseslər sürətlə inkişaf edir, yaranın təmizlənməsi və regenerativ proseslər ləng gedir. Rezorbtiv təsir əsasən güclü radioaktiv çirklənmə hallarında müşahidə olunur.

Kombinə olunmuş radiasion zədələnmələr zamanı şüa xəstəliyinin diaqnostikası fərdi dozimetrlərin, qoşun dozimetrik kəşfiyyatının məlumatlarına, anamnezin və xəsarətə uğrayanların ümumi vəziyyətlərinə əsasən təyin edilir. Xəstəliyin başlanğıc dövründə sifətin hiperemiyası, zəiflik, ürəkbulanma, qusma, susuzluq, dəridə qaşınma, güclü tərləmə qeyd olunur. Periferik qanda leykositoz sonralar leykopeniya ilə əvəz olunur.

Ağır travmalar və yanıqların radioaktiv zədələnmələrlə bircə müşahidəsi zamanı şüa xəstəliyinin qızgın dövrü 5-10 sutka tez baş verir. Pansitopenik sindrom, laxtalanma prosesindəki pozğunluqlar və infeksiyon fəsadlaşmalar daha qabarıq şəkildə aşkar olunur. Bu zaman həтта birinci dərəcəli yanıqların olması prosesin ağır keçməsinə səbəb olur. Şüalanma fonunda səthi, yaxud məhdud dərin yanıqlar zamanı belə, yanıq xəstəliyi asanlıqla meydana çıxır. İkiqat kombinasiyalar üçün (kəskin şüa xəstəliyi, yanıq, yaxud mexaniki zədələnmə) şüalanmanın minimal dozası 3,5 qrey, üçqat kombinasiyalarda isə (kəskin şüa xəstəliyi, yanıq və mexaniki zədələnmə) minimal şüalanma dozası 3 qreyə qədər ola bilər (1 qrey 100 rada bərabərdir).

Kombinə olunmuş radiasion zədələnmələr ağırlıq dərəcəsinə görə yüngül, orta ağırlıqlı, ağır və daha ağır formalarda təsadüf edilə bilər. Yüngül zədələnmələrdə şüalanma 2 qreydən artıq olmur. Xəstələrin vəziyyəti qənaətbəxş olur. Döyüş və əmək qabiliyyəti 2 aya bərpa olunur. Proqnoz ümidvericidir. Orta ağırlıqlı kombinə olunmuş radioaktiv zədələnmələrdə şüalanma dozası 2-3 qrey olur. Xəstələrin ümumi vəziyyəti orta ağırlıqda olur. Müalicə müddəti təxminən 4 ay çəkir. Əmək və döyüş qabiliyyəti xəstələrin yalnız 50%-də bərpa olunur. Ağır formalı kombinə olunmuş radioaktiv zədələnmələrdə isə şüalanma dozası 3-4 qrey təşkil edir. Onların ümumi vəziyyətləri ağır olur. Proqnoz yaxşı deyil. Müalicə müddəti orta hesabla 6 ay çəkir. Döyüş qabiliyyətinin bərpası praktik olaraq mümkün olmur. Həddən artıq ağır vəziyyətlərdə isə şüalanma dozası 4,5 qreydən artıq olur. Proqnoz arzuolunmazdır.

Kombinə olunmuş radiasion zədələnmələr dörd inkişaf mərhələsinə malikdir. Xəstəliyin kəskin dövründə travma və yanıq xəstəlikləri daha aşkar əlamətlərlə müşahidə olunur. İlk reaksiyalar dövrü 2-3 sutka davam edir. Ürəkbulanma, qusma, adinamiya, dərinin hiperemiyası və i.a. ağır mexaniki və termik zədələnmə (yanıq) fonunda bunlar ikinci plana keçir. Bu halda təxirəsalınmaz tibbi yardım asfiksiya, qanaxmanın qarşısının alınması, ürək-damar və tənəffüs sistemlərinin fəaliyyətinin tənzimlənməsi istiqamətində yerinə yetirilməlidir. Operativ müdaxilələr həyati göstəriş əsasında tətbiq olunmalıdır. Yaralar sarınamalı, şüa xəstəliyinin ilkin reaksiyalarının qarşısının alınması məqsədilə yaralılara etaperazin, dimetkarb, atropin, dimetpramid, diksafen verilməlidir. Dezintoksikasion terapiya məqsədilə xəstələrə hemodez, qlükoza məhlulları köçürülməli, ürək qlükozidləri, dimedrol, fenozepam tətbiq edilməlidir.

Kombinə olunmuş radiasion zədələnmələrin 2-ci mərhələsində (2 sutkadan 3-4 həftəyə qədər) travma və yanıq xəstəliklərinin nəticəsi olaraq, güclü intoksikasiya və infeksiyon fəsadlaşmalar meydana çıxır, anemiya və arıqlama halları baş verir. Radiasion komponent burada əsasən hemotoloji dəyişiklik şəklində leykopeniya, limfositopeniya, retikulositlərin azalması və qanın formalı elementlərində keyfiyyət dəyişiklikləri ilə keçir. Bu mərhələdə ixtisaslı və ixtisaslaşdırılmış yardım tam həcmdə aparılmalıdır. Yaralar erkən cərrahi işlənməli, təxirəsalınmış və erkən ikincili tikişlər qoyulmalıdır. Yaranın sağalması üçün aparılan bütün tədbirlər şüa xəstəliyinin qızmar dövrünə qədər həyata keçirilməlidir. Sınıqlar zamanı fraqmentlərin repozisiyası vaxt itirilmədən yerinə yetirilməlidir. Kombinə olunmuş radiasion-termik zədələnmələrdə yüngül şüa xəstəliyi zamanı məhdud dərin yanıqlarda (3-5%) fəal cərrahi müdaxilə – autodermplastika yaxşı nəticə verir. Transplantat sağlam toxuma sahəsinə qoyulmalıdır.

Kombinə olunmuş radiasion zədələnmələrin 3-cü mərhələsində (2 həftədən 6-8 həftəyə kimi) şüa xəstəliyinin əlamətləri meydana çıxır. Ümumi vəziyyət pisləşir, endotoksikoz əlamətləri inkişaf edir. Nekrotik anginalar, qinqivitlər, enterokolit, pnevmoniya, qansızmalar və qanaxmalar müşahidə olunur.

Yara infeksiyası fəallaşır. Yara və yanıq nahiyəsində nekrotik dəyişikliklər zonası genişlənir, regenerasiya kəskin zəifləyir, polisitemiya maksimal həddə çatır. Yaralı kritik vəziyyətdə olur, həyat üçün təhlükəli fəsadlaşmalar baş verir. Bu dövrdə şüa xəstəliyinə görə kompleks müalicə tədbirləri həyata keçirilməlidir. Hematoloji, hemorragik, gastrointestinal, asteno-nevrotik, toksemik sindromların profilaktikası və müalicəsi yerinə yetirilməli, müalicədə infeksiyon fəsadlaşmalar, ürək-damar və tənəffüs sistemindəki pozğunluqlar nəzərə alınmalıdır. Bu mərhələdə cərrahi müdaxilələr yalnız həyati göstəriş olaraq yerinə yetirilməli, qanın laxtalanma sisteminin yaxşılaşdırılması məqsədilə yaralılara aminokapron turşusu məhlulu, fibrinogen, proteazanın inhibitorları tətbiq edilməli, təzə qan və eritrositar kütlə köçürülməlidir. Sümük fraqmentlərinin fiksasiyası məqsədilə kompression-distraksiyon aparatlar, gips sarğıları istifadə edilməlidir. Bu mərhələdə yaralara hər hansı tikişin qoyulması və autodermoplastikanın həyata keçirilməsi mənasız və təhlükəlidir.

Kombinə olunmuş radiasion zədələnmələrin 4-cü dövrü bərpa dövrüdür. Bu dövr kombinasiyaların ağırlıq dərəcəsindən və fəsadlaşmalardan asılı olaraq, uzun müddət davam edə bilər. Kəskin şüa xəstəliyi və qeyri-şüa mənşəli zədələnmələrin qalıq əlamətləri dövrü kimi qiymətləndirilir. Bunun üçün astenik sindrom, osteomyelitlərin əmələ gəlməsi, trofik xoralar, kontraktura və çapıq deformasiyalarının müşahidə olunması xarakterdir. Bu, bir növ ikincili poliorqan çatmamazlığa xasdır. Qanyaradıcı sistemin və bütünlüklə orqanizmin immunobioloji vəziyyəti olduqca ləng bərpa olunur. Bütün yaralıların kompleks reabilitasiyası üçün operativ müdaxilələrin yerinə yetirilməsində bir sıra çətinliklər meydana çıxır. Zədələnmə və yanıqların qalıq əlamətlərinin eləcə də kontrakturaların aradan qaldırılması məqsədilə bu dövrdə dəri plastikası və digər müalicəvi tədbirlər həyata keçirilir. Qidalanma yüksək kalorili, zülal və vitaminlərlə zəngin olmalı, anabolik və orqanizmin ümumi tonusu qaldıran, hemopoezi qüvvətləndirən dərman preparatları və müalicə vasitələri tətbiq edilməlidir. Reabilitasiya məqsədilə müalicəvi gimnastika və fiziki üsulla müalicə tədbirləri geniş istifadə edilməlidir.

4.11.3. RADIATION YANIQLAR

Radiasion yanıqlara şüa yanıqları da deyilir. Bu atom partlayışı ilə əlaqədar döyüş şəraitində dəri və selikli qişaların beta hissəciklərlə şüalanması nəticəsində baş verir. Ümumiyyətlə beta hissəciklər dərinə keçə bilməyərək, yalnız dərinin üst qatını zədələmək qabiliyyətinə malik olduğundan bu cür zədələnmələr əsasən dərinin radioaktiv maddə ilə birbaşa kontaktı nəticəsində əmələ gəlir. Qarışıq beta-gamma şüalanması zamanı yerli radiasion zədələnmələr ümumi şüa xəstəliyi fonunda baş verir. Dərinin radiasion (şüa) zədələnmələrinin klinik gedişi dörd dövrü əhatə edir.

Birinci dövr şüalanmaya qarşı erkən reaksiya dövrü, zədələnmədən sonra bir neçə saatdan 2 sutkaya qədər davam edir. Bu, özünü petexial səpgilərlə təzahür edən birincili eritema şəklində göstərir. Eritema bir neçə saatdan 2 sutkaya qədər davam edir.

İkinci dövr gizli dövr adlanır. Zədələnmənin zahiri əlamətləri olmur. Lakin müəyyən hallarda bu dövrdə zədələnmiş dəridə tezliklə keçən qızartı əlamətləri müşahidə olunur. Zədələnmənin ağırlıq dərəcəsindən asılı olaraq gizli dövr bir neçə saatdan 3 həftəyə qədər davam edə bilər.

Üçüncü dövr kəskin iltihab dövrü adlanır. Bu, zədələnmiş nahiyədə ikincili eritemanın əmələ gəlməsilə başlayır. Şüalanmanın dərəcəsindən asılı olaraq, 1-3 gündən sonra eritema fonunda suluqlanmalar baş verir və onlar tədricən böyüyərək, bir-biri ilə birləşirlər. Sonralar partlamış suluqların dibində ağırlı qanaxma verən eroziyalar fonunda dərin nekroz və xora sahələri meydana çıxır. Xora kənarları nahamar girintili-çixıntılı və dibi çirklə boz rəngli piy təbəqəsindən ibarət ərplə örtülmüş olur. Bu dövr 2-3 həftədən bir neçə aya qədər davam edə bilər.

Dördüncü dövr bərpa dövrüdür. Bu dövr eritemanın tədricən ötüb-keçməsi, ödemənin sorulması, eroziya və xoraların sağalması ilə xarakterizə olunur. Əmələ gəlmiş xora torpid gedişə malik olub, ləng sağalır. Sağalma bəzən illərlə çəkir, bəzən isə residivləşir. Zədələnmiş sahə piqmentləşir və dəridə trofik dəyişikliklər, dərinin atrofiyası, hiperkeratoz və qabıqlanma, tükün tökülməsi, dırnaqların deformasiyası və kövrəkliyi meydana çıxır. Ağır trofik pozğunluqlar zamanı dərinə yerləşmiş toxumalar da prosesə cəlb olunur. Bura əzələlərin atrofiyası, oynaqların kontrakturası və ankilozların əmələ gəlməsi daxildir.

Xəstəlik zamanı dəridə olan pozğunluq (yanıqlar) ağırlıq dərəcəsindən asılı olaraq dörd dərəcədə keçir:

I dərəcəli yanıq –yüngül zədələnmə –bu 1500 fiziki retgen ekvivalentində (FRE) beta şüalanması zamanı müşahidə olunur. Bu halda dəridə bir o qədər də nəzərə çarpmayan ikincili eritema və tükün müvəqqəti tökülməsi baş verir. İlk reaksiya zəif olur. Bu hal gizli dövrün 2 həftədən artıq keçdiyi müddətlərdə müşahidə olunmaya da bilər. Bərpa dövrü bir neçə ay çəkir; dəridə qabıqvermə və piqmentasiya müşahidə olunur.

II dərəcəli yanıqlar –bunlara orta dərəcəli yanıqlar da deyilir. 1500-3000 fiziki retgen ekvivalentində (FRE) beta şüalanması zamanı müşahidə olunur. Bu zədələnmələr zamanı tez keçən ilkin reaksiya nisbətən aydın müşahidə olunur. Xəstəliyin gizli dövrü iki həftədən az keçir. Xəstəliyin III dövründə aşkar ikincili eritema əmələ gəlir, bəzən həmin sahədə dərinin suluqlanması meydana çıxır. Bərpa dövrü bir neçə ay uzanır, zədələnmiş sahədə dərinin uzunmüddətli trofik pozğunluğu qeyd edilir.

III dərəcəli yanıqlar –daha ağır olub 3000 fiziki rentgen ekvivalentindən (FRE) 10000-ə qədər beta şüalanmasında baş verir. İlk reaksiya adətən ilk saatlarda meydana çıxır və 2 sutka davam edir. 3-6 sutkalıq gizli dövrdən sonra kəskin ikincili eritema, dərinin suluqlanması əmələ gəlir. Sonralar həmin yerdə uzun müddət sağalmayan və təkrarlanan eroziya və xoralar aşkar olur. Dəridə olan trofik pozğunluqlar kəskin şəkildə nəzərə çarpar.

IY dərəcəli yanıqlar –son dərəcə ağır zədələnmədir. Bu 10000 fiziki rentgen ekvivalentindən (FRE) yüksək beta şüalanması zamanı meydana çıxır. Bu halda ilkin reaksiya çox tez və kəskin şəkildə baş verir. Gizli dövr olduqca qısa keçir, yaxud müşahidə olunmur; tezliklə xəstəliyin kəskin dövrü başlanır. Nekrotik proseslər qabarıq şəkildə təzahür edir və uzun çəkir. Bərpa dövrü illərlə davam edir. Şüa zədələnmələri bədən temperaturunun yüksəlməsi, məhəlli limfadenit və leykositozla müşahidə olunur. Kəskin iltihab dövründə zədələnmiş dəri sahəsi çox ağrılı olur. Radiasion yanıqlar zamanı proqnoz şüalanmanın dozasından, prosesin dərinliyi və yayılma sahəsindən asılıdır.

Radiasion yanıqların müalicə prinsipləri. Radiasion yanıqlar zamanı şüalanmış dəri sahəsində sanitari təmizlənməsi mümkün qədər tez aparılmalıdır. Novokain blokadalarının həyata keçirilməsi, trofik pozğunluqların qarşısının alınmasında başlıca rol oynayır. Az dozalarda qan köçürülməsi, antibiotiklərin yeridilməsi, ağrıkəsicilər və vitamin preparatlarından geniş istifadə olunması məsləhətdir. Yerli müalicədə müxtəlif antiseptik məhlullardan və məhləmlərdən istifadə olunmalıdır. Suluqlanma sahələri punksiya olunmalı və maye kənar edilməlidir. Dərin zədələnmə hallarında (xüsusilə sifət və dərinin görünən yerlərində) kəskin dövr keçdikdən sonra xora sahələri kəsilib götürülməli və dəri plastikası həyata keçirilməlidir. Şüa yanıqlarının ümumi radiasion zədələnmələrlə, yaxud şüa xəstəliyi ilə birgə müşahidə olunduğu hallarda eyni zamanda şüa xəstəliyinə qarşı müalicə tədbirləri də həyata keçirilməlidir. Bütün operativ müdaxilələr şüa xəstəliyinin gizli dövründə, yaxud xəstəliyin əlamətləri tam keçdikdən sonra yerinə yetirilməlidir.

4.4. NÜVƏ PARTLAYIŞI ZAMANI MƏRHƏLƏLİ YARDIMIN HƏYATA KEÇİRİLMƏSİ PRINSİPLƏRİ

Yaralanmalar və qapalı zədələnmələrin radioaktiv çirklənmələrlə birlikdə müşahidə olunduğu hallarda müalicə prinsipi ümumi qaydalara uyğun şəkildə həyata keçirilir. Xəstəliyin kompleks müalicəsinə mümkün qədər tez başlanmalıdır. Bu, ixtisaslı yardımaqədər müddətdə antibiotiklərin yeridilməsindən, infuzion terapiyanın yerinə yetirilməsindən ibarətdir. Yaraların güclü çirklənmələri zamanı yuxarıda qeyd edilənlər daha vacibdir. Antibiotiklər kombinə şəkildə istifadə olunmalıdır. Yəni adi təsirə malik antibiotik geniş təsirə malik olanlarla birlikdə istifadə olunmalı və onların uyuşma qaydası gözlənilməlidir. Bunlar eyni zamanda çirklənmə dərəcəsindən asılı olmayaraq qapalı zədələnmələrdə də tətbiq olunmalıdır.

Şüa xəstəliyi zamanı mümkün və lazımı cərrahi müdaxilələr xəstəliyin gizli dövrünün başlanğıcında yerinə yetirilməlidir. Xüsusilə xəstəliyin yüngül və orta ağırlıqlı formalarında yaranın birincili sağalmasına ümid vardırırsa, yaraların cərrahi işlənməsi ciddi göstəriş əsasında birincili və təxirəsalınmış tikişlərin qoyulması ilə həyata keçirilməlidir. Qızmar dövrdə cərrahi müdaxilələr yalnız həyati göstəriş əsasında yerinə yetirilməli, ümumi tədbirlər terapevtin nəzarəti altında həyata keçirilməlidir.

İlk tibbi yardım. Kombinə olunmuş radioaktiv zədələnmələrdə ilk tibbi yardımın məzmunu adi zədələnmələrdə olduğundan bir o qədər də fərqlənmir. Bu, ehtiyac olduqda qankəsici turnaların qoyulması, əleyhiqazın geyindirilməsi və xəsarətşəkənin fəlakət zonasından mümkün qədər tez çıxarılmasından, yaraların sarınması və zədə nahiyəsinin fiksə olunmasından ibarətdir.

Həkiməqədər yardım tabor tibb məntəqəsində həyata keçirilir. Burada əvvəllər qoyulmuş turna və sarğılara nəzarət olunur, lazım gəldikdə onlara düzəlişlər aparılır. Əgər döyüş zonasında xəsarət çəkənə ilk tibbi yardım göstərilməmişsə, bunlar yerinə yetirilir, xəstə və yaralıları şok, asfiksiya və qanaxma əleyhinə tədbirlər həyata keçirilir. Analgetiklər və antibiotiklərdən istifadə olunur. Qusmanın qarşısının alınması məqsədilə xəstələrə demitkarb, dimetiramid, atropin sulfatdan istifadə edilməlidir.

İlk həkim yardımı yaralanmanın xarakteri və yaralının ümumi vəziyyətindən asılı olaraq adi həcmdə aparılır. Radioaktiv zədələnməyə məruz qalmış bütün şəxslər tam, yaxud qismən sanitar təmizlənmədən keçməlidir. Bura dərinin açıq səthinin və görünən selikli qişaların radioaktiv çirklənmədən (tozdan) təmizlənməsi aiddir. Bu məqsədlə bədənin açıq hissələrinin su ilə yuyulması, yaxud yaş dəsmalla silinməsi, gözlərin yuyulması, ağız boşluğunun yaxalanması və i.a. həyata keçirilir. Tam sanitar təmizlənmədə isə yaralı duş altında çimildirilir və buna xüsusi sanitar təmizləmə bölməsində (XSTB) dozimetrik nəzarət edilir. Travma və yanığ şokları zamanı xəstə və yaralıları qanəvəzedicilər köçürülməlidir. Bütün həyata keçirilən tədbirlərlə yanaşı ilkin şüalanma reaksiyası zamanı daxilə dimetkarb, əzələ daxilinə dimetpramid, diksafen, atropin sulfat, dimedrol, fenozepam yeridilməlidir.

İxtisaslı tibbi yardım korpusun əlahiddə tibb taborunda, yaxud hərbi-səhra cərrahiyyəsi hospitallarında yerinə yetirilir. Yardım döyüş şəraitindən asılı olaraq tam, yaxud ixtisarla həyata keçirilə bilər. Sanitar təmizlənmə zamanı yara açılmır, sarığın yalnız üst qatının açılması (götürülməsi) ilə kifayətlənilir. Sanitar təmizlənmədən sonra xəstə və yaralılar tibbi təxliyənin müvafiq mərhələsində çeşidləmə-təxliyə şöbəsinə ümumi qaydalar əsasında daxil olurlar.

Kombinə olunmuş radioasion zədələnmələr zamanı operativ müdaxilələr adi rejimlə yerinə yetirilir. Burada operativ müdaxilələrə göstəriş adi yaralanmalarda olduğu kimidir. Lakin operativ müdaxilənin geniş şəkildə aparılması və yad cismin çıxarılması daha məqsədəuyğundur. Antibiotiklər və immun prosesin sürətlənməsi məqsədilə müvafiq dərman preparatlarının (avtoveqin və i.a.) istifadəsi vacibdir. Radioaktiv maddələrlə çirklənmiş sarğı materialı və kəsilib götürülmüş toxumalar ağız qapalı xüsusi qablara yığılmalı və bunlar torpağa basdırılmalıdır. Alətlər dezaktivasiya məqsədilə qaynar su ilə iki qabda yuyulmalı və qurudulmalı, güclü çirklənmə hallarında alətlər 0,5%-li duz turşusu hopdurulmuş tənziq parça ilə silinməli və axar suda yuyulmalıdır. Əlcəklər bir dəfə istifadə olunmalıdır. Əlcəklərin ikinci dəfə istifadəsinə ehtiyac olduqda (bu məsləhət görülmür) onlar isti su və sabunla yuyulmalı, mexaniki təmizlənmədən keçirilməlidir.

İxtisaslaşdırılmış tibbi yardım çoxprofilli cərrahi hospitallarda həyata keçirilir. Burada müxtəlif ixtisas sahibli cərrahlar, radioloq, kombustiooloq, transfuzioloq, anestezioloq-reanimatoloq fəaliyyət göstərir. Həmçinin burada adi müalicə tədbirləri ilə yanaşı detoksikasiya, hiperbarik oksigenasiya, hemolimfosorbsiya, plazmaferez və i.a. yerinə yetirilir.

Kombinə olunmuş radiasion zədələnmələrə yardım dozimetriyanın nəzarəti ilə həyata keçirilməlidir. Əməliyyat masası müşənbə ilə örtülməli, cərrahi briqada radiasiyadan qorunmalıdır. Operativ müdaxilənin yerinə yetirildiyi müddət tibb işçiləri müşənbə döşlük və ikiqat xalat geyinməlidirlər. Rezin çəkmə, əlcəklər, xüsusi eynəklərdən istifadə olunmalı, maskalar 8-qat tənziqdən hazırlanmalıdır. Əgər yaranın cərrahi işlənməsi zamanı onun radioaktiv çirklənmədən tam təmizlənməsi mümkün olmamışsa, kontrol dozimetriya həyata keçirilməli, yaralar nekrotik toxumalardan maksimal təmizlənməlidir. Əməliyyatdan sonrakı müddətlərdə yara açıq üsulla müalicə olunmalı, adsorbentlərdən istifadə edilməlidir. İnfeksiya əlamətləri aradan qalxdıqdan sonra təxirəsalınmış birincili, yaxud erkən ikincili tikişlər qoyulmalıdır.

İşlənmiş materiallar xüsusi qablara yığılıb, 1 metr dərinlikdən az olmayaraq torpağa basdırılmalıdır. Cərrahi alətlər isti su ilə iki ləyəndə yuyulmalı, 5%-li sirkə məhlulu, yaxud 0,5%-li duz turşusu məhlulu hopdurulmuş tənziq parça ilə silindikdən sonra təkrarən suda yuyulub qurudulmalıdır.

DÖYÜŞ ZƏDƏLƏNMƏLƏRİ ZAMANI KƏSKİN QANAXMALAR VƏ QANITIRMƏLƏR

TƏDRİS SUALLARI

- 5.1. Qanaxmaların təsnifatı və qanitirmənin patogenezi
- 5.2. Kəskin qanitirmələrin klinikası
- 5.3. Qanaxmanın müvəqqəti saxlanılma üsulları
- 5.4. Kəskin qanaxma və qanitirmələrin diaqnostikası, qanitirmənin təyini qaydaları
- 5.5. Qanın yararlılığının təyini və onun köçürülmə qaydaları
- 5.6. Qanköçürmənin fəsadlaşmaları
- 5.7. Döyüş şəraitində qanın hazırlanması və qanköçürmənin təşkili
- 5.8. Kəskin qanaxma və qanitirmələrdə mərhələli yardımın həyata keçirilməsi qaydaları

5.1. QANAXMALARIN TƏSNİFATI VƏ QANITIRMƏNİN PATOGENEZİ

Qanaxma və qanitirmə müharibə şəraitində daha çox müşahidə olunan təhlükəli fəsadlaşmalardan olub, nəinki açıq yaralanmalarda, habelə qapalı zədələnmələrdə də təsadüf edilir. Hərbi zədələnmələrdə qanaxma və qanitirmə məvhumları daha geniş və dərin mənə daşıyır. Bura hər şeydən əvvəl son dərəcə dəqiq və təkmilləşdirilmiş silahların tətbiqi ilə əlaqədar yaralanmaların çoxsaylı, müştərək və bəzən kombinə olunmuş xarakterdə olması, zədələnmələrə yardımın çətin döyüş şəraitində yerinə yetirilməsi və s. aiddir. Məlum müharibələrin təcrübələri göstərir ki, döyüş zonasında ölüm hallarının orta hesabla 30-35%-i məhz kəskin qanaxmalardan baş verir. Eləcə də xarici qanaxmalardan ölənlərin 85-87%-i ətraf zədələnmələrinin payına düşür. Daxili qanaxmalardan ölənlərin 41%-i qarın zədələnmələrinin, 30%-i torakoabdominal zədələnmələrin, 20%-i döş qəfəsi yaralanmalarının, 8%-i çanaq zədələnmələrinin payına düşür.

Qanaxmalar birincili, ikincili, arterial, venoz, kapilyar, parenximatoz, həmçinin xarici və daxili şəkilli olurlar. Qanaxmanın əlamətləri onun sürətindən, itirilmiş qanın miqdarından asılı olaraq müşahidə olunur. Qanitirmə intensiv olduqca kəskin anemiya əlamətləri daha tez bürüzə çıxır. Döyüş zədələnmələrində qanitirmə zədələnmənin müddətindən, xarakterindən, zədələnmiş damarın növündən və ölçüsündən çox asılıdır. Böyük və orta diametrlı arteriyaların zədələnməsi həyat üçün daha qorxuludur. Güclü qanaxmalar adətən magistral damarların natamam yaralanmalarında daha çox müşahidə olunur. Damarın tam kəsilməsi, yaxud qırılması hallarında isə damar intiması daxilə doğru gərilərək onun mənfəzini tutur, trombun əmələ gəlməsi qanaxmanın öz-özünə müvəqqəti dayanması üçün şərait yaradır. Venoz qanaxmaların həyat üçün nisbətən az təhlükəli olmasına baxmayaraq, bu halda da çoxlu qanitirmə və hava emboliyası müşahidə oluna bilər. Kapilyar qanaxmalar bir o qədər qorxulu deyil və adi kip sargıların qoyulması ilə qarşısının alınması mümkündür. Lakin qanın laxtalanma prosesi pozularsa, bu kimi qanaxmalar zamanı da çoxlu qanitirmələr müşahidə oluna bilər.

Birincili qanaxmalar bilavasitə zədələnmə zamanı və zədələnmədən sonrakı yaxın müddətlərdə baş verir. İkincili qanaxmalar isə qanaxmanın dayandırılmasından sonra müxtəlif vaxtlarda baş verə bilər. Bunlar da özlüyündə erkən və gec müddətlərdə baş verə bilər. Erkən ikincili qanaxma adətən yaralanmadan 3-5 sutka sonra şokdan çıxmış yaralılarda təzyiqin normallaşması, yaxud bir qədər artması, yaralıların daşınması, yaxud yaranın sarınması zamanı onlarla ehtiyatsız (kobud) davranış, yaralıların daşınması zamanı yaralı ətrafın hərəkətsizləşdirilməsinin kifayət olmaması və i.a. nəticəsində trombun damar mənfəzindən çıxması nəticəsində baş verir. Gec ikincili qanaxmalar yaralanmanın 10-15-ci günlərində müşahidə olunur. Bu, iltihabi proses fonunda trombun ərisməsi və pulsasiya edən hematomanın irinləməsi, yaxud damar divarının nekrozu nəticəsində baş verir. Gec ikincili qanaxmalardan əvvəl adətən bədən hərəkətinin yüksəlməsi, zədə nahiyəsində hematomanın meydana çıxması, damar üzərində küyün əmələ gəlməsi, yaxud əvvəllər eşidilən küylərin qüvvətlənməsi, yara möhtəviyyatında qanlı ifrazatın, yaxud yarada xırda qan laxtalarının olması müşahidə edilir. Bunlar ikincili qanaxmaların baş verəcəyi

haqda həkimə xəbərdarlıq işarəsi olmalıdır. Güclü qanaxmalardan əvvəl bəzən qısa müddətli xəbərdaredici qanaxmalar da baş verə bilər. Məhz bu müddət cərrah sayıq olmalı, qanaxmanın birdəfəlik qarşısının alınması üçün radikal tədbirlər həyata keçirilməlidir. Arroziv qanaxmalar da ikincili qanaxmalara aiddir. Bu, damar divarının irinləməsi, yaxud onun yad cisimlərlə (qəlpə, tampon, rezin drenajlar və i.a.) sıxılması nəticəsində baş verir.

5.2. KƏSKİN QANITİRMƏLƏRİN KLİNİKASI

Qanaxma və qanitirmələrin ağırlıq dərəcəsi qanaxmanın sürətindən və itirilmiş qanın həcmindən çox asılıdır. Qanaxma nə qədər sürətlə gedərsə və qanitirmənin həcmi nə qədər böyük olarsa, onun qorxusu da bir o qədər çox olar. Ümumiyyətlə bədəndə olan qanın 1/3 hissəsinin itirilməsi həyat üçün təhlükəlidir. Dövrən edən qanın yarısının itirilməsi isə ölümlə nəticələnir. Əgər orta hesabla orqanizmdə 5 litr qan varsa, 1,5–1,7 litr qanitirmə həyat üçün təhlükəli, 2,5 litr qanitirmə isə ölümlə nəticələnir. Lakin qanaxmaya qarşı fərdi davamlılıq qabiliyyəti də nəzərə alınmalıdır. Bura yaş, cins, orqanizmin fiziki inkişaf qabiliyyəti, qanitirmənin sürəti və müddəti daxildir. Uşaqlar və yaşlı şəxslər qanaxmanı daha pis qadınlardan nisbətən asan keçirirlər. Qanaxma və qanitirmə nə qədər kəskin keçərsə yaralı onu bir o qədər çətin keçirir. Əksinə xronik qanaxmalarda orqanizmin adaptasiya və kompensasiya mexanizmlərinin işə düşməsi qanitirmələrin nisbətən asan keçirilməsinə imkan verir. Fiziki cəhətcə zəif inkişaf etmiş şəxslər, yorğunluq və aclığa, susuzluğa, istiyə və soyuğa məruz qalmış, eləcə də xəstəlik və cərrahi müdaxilə keçirmiş şəxslər, habelə həddən artıq kök fərdlər qanaxma və qanitirmələri daha pis və çətin keçirirlər.

Kəskin qanitirmələrin əlamətləri. Kəskin qanitirmələr zamanı dəri və görünən selikli qişə avazı və dəri örtüyü quru olur. Sifətin cizgiləri cılızlaşır. Gözün qabağı qaranlıq gətirir, qulaqlarda küy, başrəlmələr, əsnəmə halları, ürəkbulanma və qusmalar müşahidə olunur. Bunlar beyin qabığına və qusma mərkəzinə hipoksiya ilə əlaqədar qıcıqlanmasının baş verməsi nəticəsində meydana çıxır. Nəbz tezləşir, dolğunluğu zəifləyir, bəzən sapvari xarakter daşıyır və ürək ritmi pozulmuş olur. Arterial və venoz təzyiqin enməsi, mərkəzi sinir sistemində pozğunluq əlamətləri meydana çıxır. Əvvəlcə narahatlıq, sonralar qorxu hissiyyəti, sifətin dəhşət dolu vəziyyət alması, qışqırma, oriyentasiyanın itməsi, depressiya, huşun alaqlanmış vəziyyəti və bayılma halları huş itdikdən sonra isə qıcolmalar, qeyri-iradi sidik və nəcis ifrazı müşahidə olunur.

5.3. QANAXMANIN MÜVƏQQƏTİ SAXLANILMA ÜSULLARI

Qanaxmaların vaxtında saxlanılmasının xüsusi əhəmiyyəti vardır. Bu sahədə orta tibb işçilərindən əlavə sanitar təlimatçıların və döyüşçülərin də kifayət qədər məlumatları olmalıdır. Onlar qanaxmanın müvəqqəti saxlanılma vərdişlərinə yiyələnməli və lazım gəldikdə bu tədbirləri tətbiq etməyi bacarmalıdırlar. Kəskin qanaxmalara qarşı mübarizə tədbirləri tibbi təxliyənin bütün mərhələlərində ardıcıl və tamamlama qaydasında həyata keçirilməlidir. Qanaxma və qanitirmənin nəticələrinin vaxtında aradan qaldırılması eyni zamanda travmatik şokun və digər fəsadlaşmaların da daha yüngül keçməsinə imkan verir. Xarici qanaxmalarda ilk və həkiməqədərki yardım daha tez müddətlərdə qanaxmanın mümkün olan bütün vasitələrlə saxlanılması tədbirlərindən ibarət olmalıdır. Bura aşağıdakı metodlar aiddir: 1) Qanaxma sahəsindən yuxarı hissədə damarın barmaqla basılıb saxlanılması. Bu metod döyüş zonasında qankəsici turnaların hazır vəziyyətə gətirilməsinə qədər tətbiq olunur və qanitirmənin qarşısının alınması məqsədini daşıyır. 2) Ətrafların oynaqlar sahəsində maksimal bükülməsi. Bu metod qoltuqaltı nahiyədə, dirsək nahiyəsində, dizaltı və qasıq nahiyəsində qanaxmalar zamanı tətbiq edilir. Ətrafin oynaq nahiyəsində maksimal bükülməsindən əvvəl həmin nahiyəyə steril yumşaq sarğı materialı qoyulmalıdır. 3) Sıxıcı sarğıların qoyulması. Bu metod əsasən kapilyar və venoz qanaxmalarda daha çox tətbiq edilir. 4) Qankəsici turnaların qoyulması. 5) Yaranın kip tamponadası

Qankəsici turnaların qoyulması ilk və həkiməqədərki yardım mərhələsində daha çox istifadə edilir. Qankəsici turnaların qoyulması zamanı sinirlərin və ətraf yumşaq toxumaların həddən artıq (travmatik) sıxılmasının qarşısının alınması üçün əvvəlcədən turna qoyulacaq nahiyəyə yumşaq material qoyulmalıdır. Rezin turna olmadıqda qayıq, ləçək, dəsmal və yaylıqlardan istifadə etmək olar. Turnanın əvəz edilməsi məqsədilə məftil, teleqraf naqilləri, kəriş materialından istifadə etmək olmaz. Bunlar ətraf yumşaq toxumaların, sinir və damarların əlavə zədələnmələrinə səbəb ola bilər. Turnaları əzələlər

nisbətən az inkişaf etmiş sümük sahəsinə qoyulması zamanı xüsusilə ehtiyatlı olmalıdır. Bu, bazunun orta 1/3-də mil sinirinin, baldırın yuxarı 1/3-də incik sinirinin zədələnməsinə səbəb ola bilər.

Turnanın maksimal qoyulma vaxtı 2 saatdan artıq olmamalıdır. Qış mövsümündə bu müddət 1,5 saati keçməməlidir. Əgər bu müddət yaralının ixtisaslı yardım mərhələsinə çatdırılması üçün kifayət etməzsə, turna açılmalı, avazımiş ətraf zədələnmiş damar proyeksiyası boyunca öz rəngini alana qədər barmaqla basılmalı və turna yarım saat müddətinə yenidən qoyulmalıdır.

Təcrübə göstərir ki, döyüş zonasında bir çox haddarda qankəsici turnalar göstəriş olmadan qoyulur. Yadda saxlamaq lazımdır ki, turnalar yalnız arterial qanaxmalarda qoyulmalıdır. Venoz qanaxmalar zamanı qankəsici turnanın qoyulması qanaxmanı daha da sürətləndirə bilər.

Qankəsici turnanın qoyulma texnikası. Turna qoyulmamışdan həmin nahiyəyə mütləq yumşaq material qoyulmalıdır. Turna bilavasitə paltarın üstündən də qoyula bilər. Bazunun orta 1/3-nə və baldırın yuxarı 1/3-nə turnanın qoyulması məsləhət görülmür. Turna qoyulmazdan əvvəl venoz durğunluğun qarşısının alınması məqsədilə ətraf bir qədər yuxarı qaldırılmalı və yaraya yaxın proksimal hissədən qoyulmalıdır. Onun sıxılması qanaxma kəsilməyə qədər davam etdirilməlidir. Turnanın həddən artıq sıxılmasına yol verilməməlidir. Belə ki, turnanın sıxılma həddi həmin nahiyədəki arterial təzyiqdən yalnız 15-20 mm c.s-dan çox olmamalıdır. Turnanın qoyulduğu yer gözə asan çarpmalı, onun üzəri sarğı, yaxud paltarla örtülməməlidir. Turnanın qoyulma vaxtı qırmızı qələmlə qalın kağızda qeyd edilib sarğı altına bərkidilməlidir. Turnanın dolaqları bir-birinin üstündə deyil, yanaşı yerləşməli və mümkün qədər çox sahəni əhatə etməlidir.

Yaranın kip tamponada olunması. Bu metod əsasən briqada tibb məntəqəsində yerinə yetirilir. Əgər sıxıcı sarğılar kifayət deyilsə və zədə nahiyəsinə turnanın qoyulması anatomik cəhətcə mümkün deyilsə, yara steril sarğı materialı ilə kip tamponada edilir.

5.4. QANAXMA VƏ QANİTİRMƏLƏRİN DİAQNOSTİKASI, QANİTİRMƏNİN TƏYİNİ QAYDALARI

Xarici qanaxmanın diaqnostikası bir o qədər də çətin deyil. Qanaxmanın sürətinə, yaxud sarğının (paltarın) batmasına (qanla islanmasına) görə qanitirmənin həcmi dolay yolla təxmini təyin etmək mümkündür. Dar və uzun kanallı yaralarda qanaxmanın həcmi az da ola bilər. Yara kanalı boyunca hematomanın əmələ gəlməsi onun arteriya, vena, bəzən isə hər iki damar ilə əlaqəsi nəticəsində pulsasiya edən arterial, venoz və arteriovenoz anevrizmalar meydana çıxır. Bu halda periferiyada nəbz zəifləməsi, yaxud itməsi müşahidə edilir. Ətraflar soyuq və avazımiş rəngdə olur.

Daxili qanaxmalar seroz boşluqlarda baş verən qanaxmalardır. Bunlar adətən daxili orqanların zədələnmələrində baş verir. Nisbətən gizli şəkildə getdiyindən daha təhlükəlidir və bunun özbaşına dayanması qeyri-mümkündür. Xüsusilə parenximatöz orqanların zədələnmələri zamanı daxili qanaxmalar daha güclü olur.

Zədələnmələr zamanı toxumalararası qansızmaların olması da (daxili) qanaxmalar kimi qiymətləndirilməlidir. Bunlar da dövrən edən qanın həcmnin azalmasına səbəb olur. Məsələn, çanaq sümüklərinin sınıqları zamanı peritonarxası sahəyə 1,5-3 litrə qədər, budun qapalı sınıqlarında sınıq sahəsinə 1-1,5 litrə qədər qan yığıla bilər.

Qanaxmaların olması klinik əlamətlər əsasında təyin edilir. Xəstənin (yaralının) bənizi avazıyır, ümumi zəiflik baş verir, dəri soyuq tərlə örtülür, susuzluq, yuxululuq, başgicəllənmə və bayılma əlamətləri meydana çıxır. Nəbz zəif dolğunluqlu və gərginlikli olur. Arterial təzyiq enir. Boşluq qanaxmalarında adi fizikal müayinələr əsasında (perkutor kütlüyün alınması, məsələn, plevra və qarın gəşluğu qanaxmalarında) diaqnoz qoyulması mümkündür. Lazım gəldiyi hallarda rentgen müayinəsi və boşluğun punksiyası diaqnoz təyini asanlaşdırır.

Orqanizm qanaxmaya qarşı kompensator mexanizmlərin iş düşməsilə cavab verir. Bu zaman toxuma mayesi damar daxilinə keçir, autohemodilyusiya (qanın durulaşması) baş verir. Təbiidir ki, bu zaman qanın xüsusi çəkisi azalacaqdır. Bu məqsədlə Baraşkov metodu ilə mis kuporosunun 1,060–1,040 arasında müxtəlif xüsusi çəkili məhlulları hazırlanır. Qan damcısı hansı məhlulun üzərində asılı vəziyyətdə qalsa, qanın xüsusi çəkisi həmin məhlülün xüsusi çəkisinə uyğun gələcəkdir. Qanaxma ilə müşahidə olunan bütün odlu silah yaralanmalarında və qapalı zədələnmələrdə itirilmiş qan bərpa olunmalıdır. Əks təqdirdə orqanizmin reaktivliyinin aşağı düşməsi nəticəsində yaralar da pis sağala bilər.

500 ml-ə qədər qanitirmələrdə adətən onun əvəz edilməsi lazım gəlmir. Bu, orqanizmin daxili imkanları hesabına kompensə olunur. Bir litrə qədər qanitirmələrdə isə itirilmiş qanın bərpası vacibdir. Qan olmadıqda qanəvəzedicilərdən (plazmaəvəzedicilərdən) istifadə etmək olar. Axırını halda orqanizmin qana olan tələbatı onun kompensator imkanları hesabına əldə edilir.

Qanitirmənin miqdarının təyin edilməsi obyektiv və subyektiv prinsiplərə əsaslanır. Qanitirmənin həcmnin hər hansı bir şəraitdə hemodinamik göstəricilərə –Alqolverin şok indeksinə əsasən təyin edilməsi mümkündür. Ön cəbhə zonasında mürəkkəb laborator müayinələrinin aparılması çətin və praktiki olaraq qeyri-mümkünlüyü şəraitində qanaxmanın həcmnin maksimal arterial qan təzyiqi və nəbzın dəyişməsinə görə öyrənilməsi daha əlverişlidir. Şok indeksi dedikdə, ürək vurğularının arterial təzyiqə olan nisbəti nəzərdə tutulur. Normada bu göstərici 0,5-0,6-ya bərabərdir. Bu rəqəmin hər 0,1-ə qədər artması 200 ml qanitirməyə, yaxud dövrən edən qanın həcmnin 4%-nə bərabərdir. Şok indeksinin vahidə bərabər olması qanitirmənin 1 litrə çatması, yaxud dövrən edən qanın həcmnin 20%-nin azalmasına; 1,5-ə bərabər olması qanitirmənin 1,5 litrə qədər olması; dövrən edən qanın 30%-nin azalmasına bərabərdir. Şok indeksinin 2-yə bərabər olması isə qanitirmənin 2 litrə qədər olması və dövrən edən qanın həcmnin 40% azalması deməkdir. Qanitirmələrin hesablanması zamanı yaralının bədən çəkisi də nəzərə alınmalıdır (Cədvəl 5.1).

Cədvəl 5. 1.

ZƏDƏLƏNMƏLƏR ZAMANI QANITIRMƏNİN HEMODİNAMİK GÖSTƏRİCİLƏRƏ ƏSASƏN
TƏYİN EDİLMƏSİ

Şok indeksi	Sistolik arterial təzyiq	QANITIRMƏ			
		Dövrən edən qanın həcmnin itirilməsi (%-lə)	Qanitirmənin bədən çəkisinə olan nisbəti		
			60 kq	70 kq	80 kq
3,0	0	55	2,3	2,7	3,1
2,5	40	50	2,1	2,5	2,8
2,0	60	40	1,9	2,2	2,5
1,5	75	30	1,6	1,9	2,1
1,0	90	20	0,8	1,0	1,0

Qeyd etmək lazımdır ki, qanitirmənin şok indeksi əsasında öyrənilməsi yalnız kəskin qanitirmələr zamanı tətbiq oluna bilər. Xronik qanitirmələrdə orqanizmin kompensator mexanizmləri işə düşdüyü üçün alınmış nəticələr fərqli ola bilər. Qanitirmənin həcmnin daha dəqiq öyrənilməsi məqsədilə qanın xüsusi çəkisinin təyin edilməsi üsulu daha qiymətli metoddur.

QANITIRMƏNİN AĞIRLIQ DƏRƏCƏSİNİN KLİNİKO-LABORATOR GÖSTƏRİCİLƏRİ

Qanitirmənin ağırlıq dərəcəsi	Qanaxmanın miqdarı*	Qanın xüsusi çəkisi	Hemoqlobin (q/l-lə)	Hematokrit	Nəbz tezliyi	Maksimal qan təzyiqi
I	<500 (10%)	1,057-1,054	130-105	44-40%	76-84	125-115
II	500-1000 (10-20%)	1,053-1,048	100-85	38-32%	90-110	110-100
III	1000-1500 (20-30%)	1,049-1,044	80-65	30-24%	120-130	95-85
IV	>1500 (>30%)	<1,044	<65	<23%	>130	<80

Mötərizə daxilində itirilmiş qanın dövran edən qanın həcminə olan faiz nisbəti göstərilmişdir.

Qırmızı qan kürəciklərinin və hemoqlobinin miqdarı, hemotokrit, arterial qan təzyiqinin dinamikasındakı dəyişiklik, qanın xüsusi çəkisinin təyini və s. qanitirmə haqda birbaşa və dolay məlumatların əldə edilməsinə imkan verir. Məsələn, hesablamalar göstərmişdir ki, 500 ml-ə qədər qanitirmələrdə nəbz və arterial təzyiqdə nəzərə çarpacaq klinik dəyişikliklər müşahidə olunmur. Hemoqlobin 130-105 q/l; qanın xüsusi çəkisi 1,057-1,054 hemotokrit 44-40% olur. 500-1000 ml qanitirmələrdə nəbz bir qədər tezləşir, arterial təzyiq enir. Hemoqlobin 100-85 q/l; qanın xüsusi çəkisi 1,053-1,048, hematokrit 38-32% olur. Qanitirmənin həcmi 1 litrdən 1,5 l-ə qədər olduqda nəbz tezləşir, arterial təzyiq xeyli aşağı düşür. Hemoqlobin 80-65 q/l-dən aşağı, qanın xüsusi çəkisi 1,049-1,044 arasında, hemotokrit 30-24% olur. Itirilmiş qanın həcmi 1,5 litrdən çox olduğu hallarda isə nəbz az dolğunluqlu olur, arterial təzyiq həddən artıq (kritik səviyyədə) aşağı düşür. Hemoqlobin 65 q/l-dən aşağı, qanın xüsusi çəkisi 1,044-dən, hemotokrit 23%-dən aşağı olur (Cədvəl 5.2).

Ayrı-ayrı hallarda qanköçürmənin həcmi fərdi olaraq təyin edilməlidir. Bu, dövran edən qanın həcmnin normallaşması qanitirmənin müvafiq şəkildə bərpa olunması, dəri səthinin normal temperaturu və normal diurezin bərpası ilə qiymətləndirilir.

5.5. QANIN YARARLILIĞININ TƏYİNİ VƏ ONUN KÖÇÜRÜLMƏSİ QAYDALARI

Qanın daşınması xüsusi termoizolyasion konteynerlərlə həyata keçirilməlidir. Qan səhra şəraitində zirzəmilərdə də saxlanıla bilər. Qanın aviasiya, yaxud dəmir yolu nəqliyyatı ilə daşınması daha münasibdir. Avtomobil nəqliyyatı ilə qanın daşınması üçün xüsusi qurğu olmalıdır. Köçürülməzdən əvvəl qanın yararlılığı yoxlanılmalıdır. Butulkanın (flakonun) hermetikliyinə və etiketin qaydasında olmasına xüsusi diqqət verilməlidir. Köçürmə üçün yararlı qan saxlanıldıqda onda üç təbəqə aşkar olur. Eritrositlər aşağı çökür, onun üzərində ağımtıl nazik həlqə kimi trombositlər və leykositlərdən ibarət nazik pərdə olur. Plazma şəffaf sarımtıl rəngdə olur. Bunun çəhrayı rəngdə olması hemolizi, rənginin

tutqunlaşması tərkibində laxta, yaxud həlməşiyin olması qanın infeksiyalaşmasını göstərir. Qanda gizli hemolizin olmasının təyini məqsədlə flakondan 5-10 ml qan götürülüb, sentrifuqadan keçirilməlidir. Plazmanın çəhray rəngə boyanması hemolizin olmasını göstərir.

Köçürülməmişdən əvvəl qanın qrupu və rezus faktor təyin edilməli, fərdi və bioloji uyğunluq yoxlanılmalıdır. Birinci qrup qan köçürülmə üçün universal hesab olunur. Belə qan qrupu olan şəxslər 6-dan 25%-ə qədər təşkil edir. Qan damcı və fasiləsiz axın (şırıncı) şəklində köçürülə bilər. Yaddan çıxarmaq olmaz ki, venaya həddən artıq həcmdə qanın köçürülməsi sağ ürəyin (mədəciyin) işini çətinləşdirə bilər.

Müayinə üçün butılkanın dibində qalan 5-10 ml qanın sutka ərzində saxlanması vacibdir. Qanköçürmə protokol şəklində xəstəlik tarixinə qeyd edilir. Protokolda donorun soyadı adı və atasının adı, qanın hazırlanma tarixi, qanı köçürən həkimin soyadı və adı göstərilir. Qan köçürüldükdən 4-6 saat sonra və səhəri gün resipiyentin sidik və qan analizi təkrar olunmalı, bədən temperaturu dinamik olaraq ölçülməlidir.

Qan venoz və arterial yolla köçürülə bilər. Sümük daxili qanköçürmə üsulu da məlumdur. Lakin bu üsul pediatriya praktikasında daha çox tətbiq olunur. Ən çox istifadə olunan intravenoz transfuziya metodudur. Arteriya daxilinə qanköçürmə əsasən ağır yaralıların müalicəsində tətbiq edilir. Ağır yaralılara qanköçürmə mərkəzi venalardan həyata keçirilməlidir. Bu məqsədlə əksərən körpücükaltı və ümumi qalça venaları kavofikslə kateterizə edilir və qan boş venalara, yaxud birbaşa ürək kamerasına (sağ qulaqcığa) daxil olur.

Saxlanılma müddəti artıq olduqca qanın keyfiyyəti də aşağı düşür. Qanın birbaşa köçürülməsi zamanı bu çatışmazlıqlar aradan götürülür. Birbaşa qanköçürmə üsulu radiasion zədələnmələr və şüa xəstəliyinin müalicəsi zamanı daha əlverişlidir. Qanın alınıb yenidən köçürülməsi (özündən-özünə qanköçürmə) iki yolla həyata keçirilir: reinfuziya və autotransfuziya üsulları. Hər iki halda qanın uyğunsuzluğu reaksiyası istisna olunur.

Səhra şəraitində util qanından istifadə edilməsi də xüsusi əhəmiyyət kəsb edir. Bu məqsədlə ölmüş şəxslərdən 3 litr və daha artıq qan götürülməsi mümkündür. Util qanında fibrinoliz prosesi getdiyindən onun sitratla qarışdırılmasına və sitratın zərərli təsirinə qarşı tədbirlər görülməsinə ehtiyac qalmır. Lakin massiv reinfuziya və util qanın istifadəsi zamanı fibrinolitik qanaxmaların müşahidə olunması daha çox ehtimal olunur. Çünki bu halda qanın laxtalanma faktorları, xüsusilə VIII antihemofil faktor sıradan çıxır, damardaxili laxtalanma sindromu baş verir.

Qanın damardaxili yayılmış laxtalanması fonunda qanaxmalar daha qorxuludur. Bu halda təzə isti qan, yaxud dondurulmuş plazmanın köçürülməsi daha məqsədəuyğundur.

Əgər reinfuziya və util qanın köçürülməsi təcili şəraitdə yerinə yetirilsə, autotransfuziya planlı şəkildə həyata keçirilir. Əməliyyata 5-7 gün qalmış xəstədən 400-500 ml qan götürülüb saxlanılır. Bu zaman dövrən edən qanın həcmnin bərpası məqsədlə xəstəyə qanəvəzedicilər vurulur. Operasiya zamanı xəstənin öz qanı özünə köçürülür.

5.6. QANKÖÇÜRMƏNİN FƏSADLAŞMALARI

Qanköçürmə zamanı ən qorxulu fəsadlaşmalara hemoliz aiddir. Bu, qeyri-uyğunluqlu qanın köçürülməsi zamanı baş verir. Böyrək kanalçıqları tutulduğundan kəskin böyrək çatmamazlığı baş verir. Anuriya davam edərsə, xəstəlik dekompensasiya vəziyyətinə keçir və müalicə tədbirləri çətinləşir. Bütün bunların aradan qaldırılması üçün orqanizmin detoksikasiyası, qələvi məhlulların köçürülməsi, intensiv dezintoksikasion müalicə tədbirləri həyata keçirilməlidir. Rezus uyğunsuzluğu da posttransfuzion şok şəklində davam edir. Müalicə tədbirləri burada da eynilə yerinə yetirilməlidir. Qanın uyğunsuzluğunun ilk əlamətləri baş verdikdə venaya 50-100 ml 40%-li qlükoza məhlulu, 250-500 ml 5%-li natrium-bikarbonat, laktosol, analgetiklər, kortikosteroidlər, antihistamin preparatları yeridilməli, ürək dərmanları, diuretiklər tətbiq edilməlidir. Eyni qruplu qanın birbaşa köçürülməsi də yaxşı nəticə verir. Vaqosimpatik novokain blokadası və venaya 0,1%-li 300-500 ml novokain məhlulunun yeridilməsi də vacibdir. Kəskin böyrək çatmamazlığı və azotemiya zamanı peritoneal dializ, qanın detoksikasiyası, hiperbarik oksigenasiya məsləhətdir.

Plazmanı əvəz edən maddələrin tətbiqinin də müalicədə xüsusi əhəmiyyəti vardır. Bunlara kolloidlər (poliqlükin, reopoliqlükin, jelatinol və s.), duz məhlulları, dezintoksikasion məhlullar (hemodez, polidez və s.) parenteral qidalar (zülal hidrolizatlarından hidrolizin, aminopeptid, aminokrovin, liposorbit, amin turşuları və onların komponentləri izoamin, poliamin və i.a.) aiddir.

5.7. DÖYÜŞ ŞƏRAİTİNDƏ QANIN HAZIRLANMASI VƏ QANKÖÇÜRMƏNİN TƏŞKİLİ

Donor işinin təşkilinin yaxşılaşdırılması məqsədilə tibb taborunda, briqada və tabor tibb məntəqələrində sanitar maarifinin inkişaf etdilməsi qaryısına qalınmalıdır. Əsgərlər arasında ilk tibbi yardım məşqələri keçirilməli, onların hazırlıq səviyyəsi artırılmalıdır. Donor təbliğati geniş şəkildə aparılmalı, mülki müəssisələrin də imkanlarından istifadə edilməlidir.

Qanaxma və qanıtirmənin nəticələrinin aradan qaldırılması məqsədilə korpusun tibb xidməti müəssisələrində qanın alınması, saxlanması işləri düzgün təşkil olunmalı, donorluğa görə əsgərlər arasında geniş təbliğat işləri aparılmalıdır. Donorluq işinə həmçinin mülki idarələr cəlb edilməli, mənfı rezusu olan döyüşçülər nəinki donorluq, habelə resipiyentlik məqsədilə uçota alınmalıdırlar.

Qanın alınması və konservləşdirilməsi əsasən korpusun əlahiddə tibb taborunda həyata keçirilir. Lakin əlverişli döyüş şəraitində bu tədbir briqada tibb məntəqələrində də yerinə yetirilə bilər. Bu məqsədlə korpusun tibb müəssisələri kifayət qədər konservantlar və zərdablarla təmin olunmalıdır. Qanın alınması hərbi-səhra cərrahiyyəsi hospitallarının qanköçürmə kabinetlərində, korpusun əlahiddə tibb taborunda həkim-transfuzioloq tərəfindən bilavasitə tibb taborunun daxilində və səyyar şəkildə briqada tibb məntəqələrində yerinə yetirilməlidir.

Əvvəlcə donorun qan qrupu və rezusu yoxlanılır. Sonra qan qəbul olunmuş qaydada qanköçürmə paketlərinə, yaxud flakonlara yığılır. Qanın alınması tam steril şəraitdə aparılmalıdır. Qanköçürmə kabinetinin işi təkə bununla başa çatmır. Həmin kabinetin feldşeri qəbul-çəşidləmə meydançasında, yaxud palatasında yaralıların qan qrupunu təyin edir, əməliyyat otağında boşluqlardan qanın reinfuziya məqsədilə alınmasında bilavasitə iştirak edir.

Donorluq işində yüngül yaralılarından və sağalmaqda olan komandadan da istifadə edilməlidir. Çətinlik olduqda, xüsusilə mənfı rezuslu qana ehtiyac olduqda xəstə və yaralılarından qan alınması həyata keçirilir. Alınmış qandan əlavə korpusun tibb müəssisələrində: əlahiddə tibb taboru və briqada tibb məntəqələrində mərkəzdən gətirilmiş qandan da istifadə olunur. Bu kimi hallarda qanın köçürülməyə yararlı olması nəzərdən keçirilməlidir.

Qanköçürmə kabinetinin və transfuzioloqun qarşısında duran vəzifələrdən biri də meyit qanının alınması və istifadəsinin təşkili məsələsidir. Ustil qanının köçürülməsi zamanı konservant tələb olunmur, fibrinoliz getdiyindən qan laxtalanmır. Ona görə də bunun istifadəsində əlavə olaraq təzə, yaxud konservləşmiş qan, kalsium xlorid, ditsinon, aminokapron turşusunun da köçürülməsi nəzərdə tutulur.

Qanın saxlanılmasının təşkil edilməsi də tibb xidmətinin vəzifələrinə daxildir. Bu məqsədlə korpusun əlahiddə tibb taborunun əməliyyat-sarğı və şok əleyhinə bölməsinin nəzdində qanın saxlanılma otağı təşkil olunur. Sabit temperaturu təmin etmək üçün yay aylarında qanın zirzəmilərdə saxlanması daha əlverişlidir.

5.8. KƏSKİN QANAXMA VƏ QANİTİRMƏLƏRDƏ MƏRHƏLƏLİ YARDIMIN HƏYATA KEÇİRİLMƏSİ QAYDALARI

Qanaxma və qanıtirmənin müalicəsinin əsas məzmunu qanaxmanın kəsilməsi və itirilmiş qanın bərpasından ibarətdir. Bütün bunlar ixtisaslı yardım mərhələsində başa çatdırılsa da müalicənin nəticələri hospitalaqədərki mərhələnin işinin keyfiyyətindən çox asılıdır. Bu mərhələ ixtisaslı yardım mərhələsi ilə orqani surətdə bağlıdır.

İlk tibbi yardım –döyüş zonasında özünə və yoldaşına yardım şəkildə döyüşçülər və sanitar təlimatçılar tərəfindən həyata keçirilir. Bura ilk növbədə ətrafa qankəsici turnanın qoyulması, ətrafların hərəkətsizləşdirilməsinin həyata keçirilməsi aiddir .

Kəskin qanaxmalar travmatik şokun meydana çıxması üçün daha əlverişli şərait yaratdığı üçün şok əleyhinə tədbirlər məqsədilə ağırkəsicilərdən (narkotik preparatlardan) istifadə edilməlidir. Yaralıların daşınması (xüsusilə bud, çanaq və fəqərə sınıqları zamanı) ehtiyatla həyata keçirilməlidir.

Həkiməqədərki yardım (feldşer yardımı) –tabor tibb məntəqəsində orta tibb təhsilli feldşer, yaxud tibb bacısı (qardaşı) tərəfindən həyata keçirilir. Burada düzgün qoyulmamış turnalara və sarğılara, eləcə də ətrafların hərəkətsizləşdirilməsinə düzəlişlər aparılır.

Təcrübə göstərir ki, bir çox hallarda ətraflara turnalar göstəriş olmadan qoyulur. Bu məqsədlə qoyulmuş turnalar lazım gəldiyi hallarda açılmalı və yaraya nəzarət olunmalıdır. Əgər arterial qanaxma yoxdursa, turna qoyulmur, kip sarğılarla kifayətlənilir. Arterial qanaxmanın olduğu halda qankəsici turna yenidən qoyulur. Turnanın açıldığı müddətdə qanaxma damarın barmaqla basılması ilə saxlanılmalıdır.

Əgər ətraf şinə alınmamışsa, yaxud qankəsici turna qoyulmamışsa ətraflar standart şinlərlə hərəkətsizləşdirilir, turnalar qoyulur, əvvəllər qoyulmuş turnaların vaxtına nəzarət edilir, şok əleyhinə tədbirlər daha geniş şəkildə yerinə yetirilir. Bu məqsədlə lazım gəldikdə narkotik maddələr birbaşa venaya yeridilir, ehtiyac olduqda fizioloji məhlul, kolloid və kristalloidlər köçürülür və yaralılar təxirə salınmadan müalicənin sonrakı mərhələsinə köçürürlər. Tabor tibb məntəqəsində yardım feldşer (tibb bacısı) tərəfindən həyata keçirilsə də Azərbaycan Silahlı Qüvvələrinin tibb xidmətində bunlar tabor həkiminin nəzarəti ilə yerinə yetirilir. Yardımın keyfiyyətinin artırılması məqsədilə tabor tibb məntəqəsinə həkim ştatı əlavə edilmişdir.

İlk həkim yardımı –bu yardım briqada tibb məntəqəsində ümumi ixtisaslı həkimlər tərəfindən yerinə yetirilir. Ağır yaralılara reanimasiya tədbirləri həyata keçirilir, onlara qan və qanəvəzedicilər köçürülür. Qankəsici turnanın qoyulmasına və turnanın qoyulduğu vaxta nəzarət edilir. Düzgün qoyulmamış, yaxud göstəriş olmadan qoyulmuş turnalar açılır, qoyulma vaxtı keçmiş turnalar isə qəbul olunmuş qayda üzrə açılıb yenidən bağlanılır, yaralıların təxliyəsi təşkil edilir.

İlk tibbi yardım, həkiməqədərki və həmçinin ilk həkim yardımında qanaxmanın qarşısının alınması üçün həyata keçirilən bütün tədbirlər müvəqqəti xarakter daşıyır. Qanaxmanın qarşısının tam alınması tədbirləri yalnız ixtisaslı yardım mərhələsində həyata keçirilir.

Qanaxmanın qarşısının müvəqqəti alınması tədbirlərinə aşağıdakılar daxildir: 1) Damarların zədə nahiyəsindən yuxarıda proyeksiyaya uyğun yerdə sıxılması. 2) Qankəsici turnaların qoyulması. 3) Zədə nahiyəsinin aseptik sarınması və ətrafın hərəkətsizləşdirilməsi tədbirlərinin həyata keçirilməsi.

Damarın zədə nahiyəsindən yuxarı onun proyeksiyasına uyğun yerdə sıxılması damarların daha səthi yerləşdiyi nahiyələrdə aparılır. Məsələn, bu, gicgah arteriyasının gicgahda, yuxu arteriyasının boyunda, bazu arteriyasının bazuda, bud arteriyasının budda, sağrı arteriyasının sağrı nahiyəsində sümüklərə sıxılmasından ibarətdir. Bu üsul yorucu olduğundan 5-10 dəqiqədən artıq tətbiq oluna bilməz. Lakin qankəsici turnaların hazırlanması üçün bu üsul bir növ vaxtın qazanılması məqsədini daşıyır.

Zədə nahiyəsindən yuxarı qankəsici turnaların qoyulması qanaxmanın müvəqqəti saxlanılması üçün daha etibarlı üsuldur. Bu məqsədlə zədə nahiyəsindən 4-5 sm yuxarı ətrafa qankəsici rezin turnalar qoyulur. Turna qış mövsümündə saat yarımından, yay mövsümündə iki saatdan artıq saxlanılmamalıdır. Turnanın qoyulduğu vaxt dəqiq göstərilməli və turna bağlanan sahə açıq saxlanılmalıdır ki, yaxşı nəzərə çarpsın. Damarların oynaq бүкüşlərində zədələnmələri hallarında oynaqlar maksimal бүкүlməklə turna ilə sarınmalıdır. Körpücükaltı arteriyanın zədələnmələri hallarında qollar arxaya dartılmaqla rezin turna ilə dirsək oynağı nahiyəsində bir-birinə bağlanılmalıdır. Bu zaman gərilmə nəticəsində I qabırğa körpücük sümüyünə sıxılır və qanaxma dayanır. İstisna hallarda boyun damarlarından qanaxmalar zamanı da rezin turnalardan istifadə etmək olar. Turna eyni zamanda zədə nahiyəsinin əks tərəfində yuxarı qaldırılmış bazuya, yaxud xüsusi şinlərə sarınmalıdır. Yaranın təmiz bint parçası ilə sarınması da qanaxmanın kəsilməsi məqsədini daşıyır. Bu, adətən venoz və kapilyar qanaxmalarda tətbiq edilir. Nəzərdə tutmaq lazımdır ki, magistral damarların zədələnmələri zamanı bütün hallarda hətta sınıqlar olmadıqda belə ətraf hərəkətsizləşdirilməlidir. Bu məqsədlə zədələnməmiş ətraf şinlərlə fiksə olunur.

Ixtisaslı cərrahi yardım –tibbi təxliyənin bu mərhələsi ixtisaslı həkim-cərrah tərəfindən həyata keçirilir. Azərbaycan Ordusunda bu yardım 1994-cü ilin axırına kimi hərbi-səhra cərrahiyyəsi hospitallarında aparılırdı. 1995-ci ilin əvvəllərindən hərbi-səhra cərrahiyyəsi hospitalları ləğv olundu və

yardım mərhələsinin birbaşa qoşun rəhbərliyinə tabe olunması məqsədilə korpusun əlahiddə tibb taborları yaradıldı. Bu struktur keçmiş Sovet Ordusundakı diviziyanın mediko-sanitar batalyonlarından daha geniş ərazidə fəaliyyət göstərmək imkanına malikdir. Xüsusilə bunun tərkibində mütəhərrik tibb qrupunun yaradılması buna daha yaxşı imkan verir.

Ixtisaslı cərrahi yardım mərhələsində qanaxma tam kəsilir, zədələnmiş damarlar bağlanılır, magistral damarlar isə imkan daxilində bərpa olunur. Bu mümkün olmadıqda ətraflar amputasiya olunur. Daxili qanaxmalar aradan qaldırılır, itirilmiş qan bərpa olunur. Burada ixtisaslaşdırılmış yardım mərhələsinin elementləri də istər damar cərrahlığı, istər torakal və torakoabdominal yaralanmalarda, həmçinin kəllə-beyin yaralanmalarında qəbul olunmuş müalicə prinsiplərinə uyğun şəkildə həyata keçirilir; damarların tamlığı bərpa olunur, plevra boşluğundan alınmış qan reinfuziya olunur, kəllədaxili qanaxmanın qarşısı alınır, kəllədaxili təzyiq aradan qaldırılır.

Ixtisaslaşdırılmış tibbi (cərrahi) yardım. Bu yardım mərhələsində müalicə tam başa çatdırılmış olur. Burada qanıtirmənin nəticələri aradan qaldırılır, ilkin fəsadlaşmaların ağırlaşmalarına və gec fəsadlaşmalara qarşı mübarizə aparılır. Itirilmiş qan tam bərpa olunur, buna laborator nəzarəti həyata keçirilir, metabolik asidoz aradan qaldırılır, qanın kolloid-elektrolit tərkibi bərpa olunur, fibrinolitik qanaxmaları törədən səbəblər aradan qaldırılır, intoksikasiya hallarında ekstrakorporal detoksikasiya həyata keçirilir. Xüsusilə anaerob infeksiyalarda hiperbarik oksigenasiya yerinə yetirilir, müasir fizioterapevtik müalicə üsullarından, lazer terapiyasından istifadə olunur. Müalicə hərbi-həkim ekspertizasının aparılması ilə başa çatdırılır.

Beləliklə, döyüş yaralanmaları zamanı qanaxma və qanıtirmə hallarında yardım döyüş vəziyyətinin çətinliyindən, yaralanmaların xarakterindən asılı olaraq həyata keçirilir. Qanaxma və qanıtirmələrə qarşı mübarizə hospitalaqədərkə mərhələdən başlanılmalıdır. Bunun keyfiyyəti ümumiyyətlə bu mərhələnin fəaliyyətindən də çox asılıdır. Operativ müdaxilə minimal qanaxma şəraitində aparılmalı, diqqətli hemostaz həyata keçirilməlidir. Itirilmiş qanın bərpası məqsədilə bütün vasitələrdən; boşluqdan alınmış qandan və lazım gəldikdə util qanından istifadə edilməlidir. Fibrinolitik qanaxmalar və damardaxili laxtalanma sindromu (DLS) baş verdikdə (massiv reinfuziya və transfuziyalar zamanı) təzə qan, yaxud dondurulmuş plazmadan da istifadə olunmalıdır. Donorlardan qanın alınması mütəşəkkil şəkildə təşkil olunmalı, qanın köçürülməsi və saxlanması xüsusi nəzarət altında aparılmalıdır.

TƏDRİS SUALLARI

- 6.1. Ümumi məlumat
- 6.2. Travmatik şokun patogenezi
- 6.3. Travmatik şokun təsnifatı və onun klinik fazaları
- 6.4. Şokla mübarizə tədbirlərinin həyata keçirilmə prinsipləri
- 6.5. Tibbi təxliyə mərhələlərində yardımın həyata keçirilməsi qaydaları

6.1. ÜMUMİ MƏLUMAT

Travmatik şok orqanizmin mexaniki zədələnməyə qarşı cavab reaksiyasıdır. Qüvvətli qıcıq travma sahəsindən afferent yolla mərkəzi sinir sistemə, retikulyar formasiya, qabıqaltı nüvələr və nəhayət beyin qabığına yayılaraq oyancılıq əmələ gətirir. Orqanizm homeostazın saxlanılması naminə bütün müdafiə vasitələrini səfərbərliyə alır. Adaptasion mexanizmlər intensiv şəkildə davam edən qıcığa tam cavab verə bilmədiyindən kompensator mexanizmlər işə düşür. Bu imkanlar da tükəndikdə dekompensasiya baş verir. Bütün bunlar yalnız patofizioloji proses olmayıb, eyni zamanda mövcud şəraitə uyğunlaşma reaksiyası kimi qiymətləndirilməlidir. Pozğunluğun ağırlıq dərəcəsindən və müdafiə mexanizmlərinin vəziyyətindən asılı olaraq, orqanizm bu patoloji simptomokompleksin öhdəsindən sərbəst-təkbaşına gələ bilər, yaxud müvafiq tədbirlər görülmədikdə, bütün kompensator mexanizmlərin sıradan çıxması ilə terminal vəziyyət yarana bilər.

Travmatik şoku zədə xəstəliyinin ilk mərhələsi kimi qiymətləndirilməsi daha münasibdir. Bu, klassik və məntiqi baxımdan daha məqsədəuyğundur. Şokun əmələ gəlməsində qanitirmə, bədənin soyuması, yorğunluq, psixi travma, aclıq, ümumi zəiflik, avitaminoz və s. yardımçı rol oynayır. Yeri gəlmişkən qeyd etmək lazımdır ki, qanitirmə nəticəsində baş vermiş ağırlaşma hallarını hemorragik, yaxud hipovolemik şok başlığı altında ayrıca bir nozoloji vahid kimi verilməsi faktı məlumdur. Lakin zədələnmə fonunda qanaxmanın ağırlaşmalarının bu şəkildə verilməsi metodoloji baxımdan düzgün deyildir. Çünki burada dominantlığı qanaxma deyil, zədələnmə təşkil edir; daha doğrusu qanaxma və qanitirmə də zədələnmənin fonunda baş vermişdir.

Yaralıların döyüş zonasından vaxtında çıxarılmaması, yaxud bunun mümkün olmaması, bəzən tibbi yardımın vaxtında və lazımınca yerinə yetirilə bilməməsi, təkrari zədələnmələrin baş verməsi travmatik şokun əmələ gəlməsi üçün daha əlverişli şərait yaradır. Kombinə şəkilli zədələnmələrdə əlavə mənfi qıcıqların baş verməsi şokun əmələ gəlməsinə və onun daha ağır keçməsinə şərait yaradır. Burada travma ilə yanaşı yanığın, donmanın, radiasion, kimyəvi zədələnmələrin olması qarşılıqlı ağırlaşdırıcı sindrom kimi yaralıların vəziyyətlərinin daha da ağırlaşmasına gətirib çıxarır.

6.2. TRAVMATİK ŞOKUN PATOGENEZİ

Travmatik şokun patogenezi son dərəcə mürəkkəb prosesdir və bu haqda ədəbiyyatda geniş məlumatlar vardır. Şokun əsasını massiv zədələnmələr zamanı toxumalarda qaz mübadiləsinin və hemodinamikanın neyroreflektor pozğunluğu təşkil edir. Onun ağırlığı və dənərliyi başlıca olaraq mikrosirkulyasiyanın pozulma dərəcəsindən, metabolik pozğunluğun dərinliyindən və meydana çıxan toxuma hipoksiyasından asılıdır.

Patofizioloji baxımdan bir çox müəlliflər travmatik şoku qanın (oksigenin) toxumalara daxil olmasının pozulması sindromu kimi, hüceyrə, yaxud həyati vacib orqanların perfuziyasının pozulması kimi qiymətləndirirlər. Qan dövrənə daxil olan toksik aminlər (histamin, serotonin), polipeptidlər (bradikinin, kallikrein), prostoglandinlər, fermentlər (lizosomal fermentlər), toxuma metabolitləri (süd turşusu, elektrolitlər, adenil birləşmələri, ferritin) hemodinamikaya və ümumi qaz mübadiləsinə mənfi təsir göstərərək, eyni zamanda orqanizmin infeksiyaya qarşı mübarizə qabiliyyətini zəiflədir. Bütün bunlar şokun dərinləşib geriyə dönməz (refrakter) hal almasına, hüceyrələrin funksiyasının itməsinə, onların massiv şəkildə sıradan çıxmasına, orqan və sistemlərdə dərin pozğunluqların baş verməsinə səbəb olur.

Mübadilə pozğunluğu şəraitində orqanizmdə metabolik ara məhsullarının toplanması, metabolik asidozun əmələ gəlməsi, elektrolit pozğunluğu böyrəküstü vəzlərin qabıq maddəsinin və fermentlərin fəallığının artmasına gətirib çıxarır. Toxumaların qanla təchizatı pozulduğundan kompensator mexanizmlər işə düşür, periferik damarların spazmi, arteriovenoz şuntların meydana çıxması baş verir. Bütün bunlar orqanizmin kritik vəziyyətdən çıxması üçün son cəhd kimi qiymətləndirilməlidir. Lakin qan dövrəninin sürəti həddən artıq azaldığından funksiyaların bərpası qeyri-mümkün olur. Hipoksiya və asidozun dərinləşməsi hüceyrədaxili strukturların pozulmasına, hüceyrə membranının sıradan çıxmasına və toksik məhsulların orqanizmə sorulmasına səbəb olur. Qara ciyər toplanmış toksik maddələri tam zərərsizləşdirə bilmədiyindən mikrosirkulyasiyadakı pozğunluq daha da dərinləşir. Qan təzyiqinin kritik səviyyədən aşağı düşməsi böyrəklərin süzmək qabiliyyətinin itməsinə gətirib çıxarır. Hipovolemiya ürək fəaliyyətinin kəskin şəkildə pozulmasına, venoz qan dövrəninin ləngiməsinə, asidozun artmasına və i.a. şərait yaradır. Kiçik qan dövrənində damarların spazmi, kapilyarların keçiricilik qabiliyyətinin pozulması ağciyər ödeminin meydana çıxmasına səbəb olur. Ağciyərlərdə qaz mübadiləsi pozulur, şok geriyə dönməz refrakter fazaya keçir.

Beləliklə, travmatik şok orqanizmin mexaniki təsirə qarşı faza ilə inkişaf edən hipovolemik-patofizioloji simptomokompleks şəklində cavab reaksiyası olub, mübadilə və sirkulyasiyanın, neyrohumoral requlyasiyasının koordinasiyasındakı dəyişikliklər fonunda davam edən ciddi mürəkkəb patoloji prosesdir. Onun inkişafında sinir-reflektor reaksiyalardan əlavə qanaxma, plazma itgisi, qaz mübadiləsindəki pozğunluq və intoksikasiya başlıca rol oynayır. Meydana çıxan dərin və mürəkkəb proses qüsurlu dövrən şəklində təzahür edir. Bu, özünü kapilyarların qeyri-adekvat perfuziyası nəticəsində daxili orqanlərdə qan dövrəninin ləngiməsi, yaxud kəsilməsi şəklində göstərir. Ürəyin qan qovmaq (təqəllüs) qabiliyyəti zəifləyir, arterial təzyiq enir. Dövrən edən qanın həcmnin azalması eyni zamanda kapilyar qan dövrəninin nizamlanmasına da mənfi təsir göstərir. Patofizioloji prosesin sonrakı inkişaf mexanizmi orqanizmdə gedən histokimyəvi proseslərlə əlaqədar olur.

Məlum olan ədəbiyyata əsasən travmatik şok üç fazaya: erektil, torpid və terminal fazalara bölünür. Eretil faza orqanizmin travmaya qarşı başlanğıc reaksiyasıdır. Bu faza qısa müddət davam etsə də, şokun sonrakı gedişəti məhz bu dövrün necə keçməsinə çox asılıdır. Təcrübə göstərir ki, erektil faza nə qədər qabarıq keçirsə, torpid faza da bir o qədər ağır gedişə malik olur. Şokun erektil fazasında yaralının huşu itmir. Onda hərəkət və nitq oyancılığı meydana çıxır, ağrıya qarşı reaksiyalar baş verir. Sifətin qızarması, tənəffüsün tezləşməsi qeyd olunur. Nəbz tezləşməsi adətən hiss olunmur, hətta bir sıra hallarda bradikardiya müşahidə olunur. Nəbz dolğunluğu və gərginliyi adi qaydada olur, arterial təzyiq bəzən yüksəlir. Şokun erektil fazası az müddət davam etdiyindən bunu yalnız hadisə yerində aşkar etmək mümkündür. Oyancılıq tezliklə ləngimə ilə əvəz olunur, şokun torpid fazası meydana çıxır.

Torpid faza ümumi tormozlanma ilə xarakterizə olunur. İlk növbədə yaralıda psixi pozğunluqlar, ətraf mühitə qarşı laqeydlik müşahidə olunur, qıcığa qarşı reaksiyalar kəskin azalır. Dəri avazıyır, sifətin

cizgiləri cılızlaşır, hərarət enir, ağır hallarda bədən soyuq tərlə örtülür. Tənəffüs tezləşir və səthi olur. Nəbz tezliyi artır, zəif dolğunluqlu və gərginlikli olur. Maksimal və minimal təzyiq eləcə də nəbz təzyiqi enir, oliquriya müşahidə olunur. Dərialtı venalar itir, susuzluq, bəzən qusma müşahidə olunur. Bunlar pis proqnostik əlamət hesab olunur. Orqanizmin bütün həyatı funksiyalarında pozğunluq baş verir.

Kəskin damar və tənəffüs çatmamazlığı meydana çıxır, maddələr mübadiləsi, daxili sekresiya vəzlərinin fəaliyyəti pozulur. Bunlar öz növbəsində mərkəzi sinir sisteminin fəaliyyətinə mənfi təsir göstərir və travmatik şokun dərinləşməsinə gətirib çıxarır.

Əvvəllər qeyd edildiyi kimi, periferik damarların yayılmış spazmi yanaşı arteriovenoz anastomozların (şuntların) açılmasına səbəb olur. Bu, orqanizmin kompensator fəaliyyəti ilə əlaqədar dövrən edən qanın həcmnin bərpası istiqamətinə yönəlmiş olur. Lakin qan dövrəninin sürəti həddən artıq zəiflədiyindən toxumaların qanla təchizatı təmin olunmur. Staz nəticəsində xırda damarların trombozu baş verir. Hipoksiya və asidozun dərinləşməsi hüceyrədaxili strukturun pozulmasına gətirib çıxarır. Bura lizosomal membranın sıradan çıxması və toksik maddələrin təsirinin güclənməsi aiddir. Mikrosirkulyasiyada baş vermiş dəyişikliklərlə əlaqədar olaraq, qara ciyərin antitoksik funksiyasının pozulması daha da dərinləşir. Qan təzyiqinin 75-80 mm civə sütunundan aşağı enməsi (kritik səviyyə) böyrəyin kortikal (qabıq) qatında pozğunluğa və sidik istehsalına maneçilik törədir. Hipovolemiya ürək fəaliyyətinin pisləşməsinə, venoz axının zəifləməsinə, asidoz və qanın reoloji qabiliyyətinin pozulmasına gətirib çıxarır. Pozğunluq həmçinin kiçik qan dövrənində də baş verir. Ağciyər kapilyarlarının keçiriciliyinin artması (respirator) ödemə əmələ gəlməsinə, xırda damarların tromblaşmasına, alveolların qanla təchizatının pozulmasına səbəb olur. Bütün bunlar qaz mübadiləsində ciddi dəyişikliklər əmələ gətirir. Beləliklə, toxumaların oksigenlə təchizatı pozulur, toksik ara maddələrin artması, homeostazın pozulması, hüceyrə strukturunun dağılması baş verir, şok geriyə dönməz –refrakter xarakter alır.

Torpid şok zamanı meydana çıxan hemodinamik pozğunluq ilk növbədə arterial və venoz təzyiqin enməsi, dövrən edən qanın həcmnin azalması, kiçik damarların reflektor spazmi şəklində müşahidə olunur. Terminal vəziyyəti nəzərə almasaq, şokun torpid fazası müəyyən dinamika şəklində üç dövrə: başlanğıc, stabilləşmə və son dövrə bölünür. Başqa sözlə bu dövrlərə funksiyaların dezinteqrasiya dövrü, müvəqqəti adaptasiya və funksiyaların dekompensasiyası dövrləri adını da vermək olar. Buradan da müvafiq olaraq nisbi kompensasiya, dekompensasiya və geriyə dönməz dəyişikliklərin olması aşkarlanır.

Yaralanmanın lokalizasiyasından asılı olaraq, travmatik şok bu və ya digər xüsusiyyətlərə malik olsa da, bu qorxulu simptomokompleksin əsas mahiyyəti dəyişməz olaraq qalır. Bu səbəbdən şoka qarşı mübarizədə iki əsas prinsip rəhbər tutulmalıdır. Bunlar orqanizmin başlıca funksiyalarının stabilləşdirilməsi və müalicə prosesinin ardıcılıqla axıra çatdırılmasıdır.

TRAVMATİK ŞOKUN TƏSNİFATI VƏ ONUN KLİNİK FAZALARI

Şokun proqnozu təkcə travmanın ağırlıq dərəcəsindən asılı olmayıb, həmçinin əmələ gəlmiş toxuma hipoksiyasının dərinliyi və davam etmə müddətindən çox asılıdır. Toxuma hipoksiyasının, metabolik asidozun dərinliyini müxtəlif laborator müayinələri və klinik əlamətlərlə təyin etmək mümkündür. Toxuma tənəffüsünün pozğunluğu fonunda meydana çıxan əlamətlərdən asılı olaraq şokun dərəcəsini təyin etmək mümkündür. Səhra şəraitində mürəkkəb laborator müayinə üsullarının tətbiqi həmişə mümkün olmadığından, klinik əlamətlərə daha çox üstünlük verilməli və lazım gəldikdə əlavə müayinə metodları tətbiq olunmalıdır.

Travmatik şokun ağırlıq dərəcəsinin təyində hemodinamik pozğunluqlar əsas götürülməlidir. Bu, hətta səhra şəraitində laborator məlumatlarının olmadığı hallarda belə şokun ağırlığı barədə müəyyən nəticəyə gəlinməsinə imkan verir. Nəbz maksimal arterial təzyiqə olan nisbətindən şok indeksi kimi verilməsi qəbul olunmuşdur. Normada bu göstərici 0,5-0,6-ya bərabərdir. Bu rəqəmin 0,1-ə qədər artması 200 ml qanitirməyə, yaxud dövrən edən qanın həcmnin 4%-nə bərabərdir. Şok indeksinin vahidə bərabər olması qanitirmənin 1 litrə, dövrən edən qanın həcmnin 20%-nin azalmasına; indeksin 1,5-ə bərabər olması qanitirmənin 1,5 litrə qədər olması, dövrən edən qanın 30%-nin azalmasına; indeksin 2-yə bərabər olması isə qanitirmənin 2 litrə qədər olması və dövrən edən qanın həcmnin 40% azalması deməkdir.

ŞOKUN FAZALARI	TRAVMATİK ŞOKUN TƏSNİFATI
	ŞOKUN FAZALARININ XARAKTERİSTİKASI
EREKTEL FAZA	Erektıl faza qısa müddət davam etsə də, şokun sonraki gedişatı məhz bu dövrün necə keçməsindən çox asılıdır. Erektıl faza nə qədər qabarıq keçirsə, torpid faza da bir o qədər ağır gedişə malik olur. Şokun erektıl fazasında yaralının huşu itmir. Onda hərəkət və nitq oyancılığı meydana çıxır, ağrıya qarşı reaksiyalar olur. Sifətin qızarması, tənəffüsün tezləşməsi qeyd olunur. Nəbzın tezləşməsi adətən hiss olunmur, hətta bir sıra hallarda bradikardiya müşahidə olunur. Nəbz dolğunluğu və gərginliyi adi qaydada olur, arterial təzyiq bəzən yüksəlir. Şokun erektıl fazası az müddət davam etdiyindən bunu yalnız hadisə yerində aşkar etmək mümkündür. Oyancılıq tezliklə ləngimə ilə əvəz olunur, şokun torpid fazası başlanır.
TORPID FAZA	Torpid faza ümumi tormozlanmanın olması ilə xarakterizə olunur. İlk növbədə yaralıda psixi pozğunluqlar, ətraf mühitə qarşı laqeydlik müşahidə olunur, qıcığa qarşı reaksiyalar kəskin azalır. Dəri avazıyır, sifətin cizgiləri cılızlaşır, hərərət enir, ağır hallarda bədən soyuq tərlə örtülür. Tənəffüs tezləşmiş və səthi olur. Nəbz tezliyinin artması, zəif dolğunluqlu və gərginlikli olması aşkarlanır. Maksimal və minimal təzyiq eləcə də nəbz təzyiqi enir, oliquriya müşahidə olunur. Dərialtı venalar itir, susuzluq, bəzən qusma müşahidə olunur. Kəskin damar və tənəffüs çatmamazlığı meydana çıxır, maddələr mübadiləsi, daxili sekresiya vəzlərinin fəaliyyəti pozulur
	Şokun I (yüngül şok) dərəcəsi –Yaralının ümumi vəziyyəti qənaətbəxş olur. Dəri və görünən selikli qişası avazıymış, tənəffüsü tezləşmiş, dəqiqədə 24-26-ya çatır. Zəif ləngimə əlamətləri müşahidə olunur. Nəbz dəqiqədə 100, arterial təzyiq 100-95/60-55 mm civə sütunu, bəzən bir qədər yüksək olur. Huşun ləngiməsi və bəzən əzələ səyrimələri müşahidə olunur. Bədən temperaturu normal, yaxud bir qədər aşağı düşür. Şok əleyhinə ən adi tədbirlər belə yaxşı nəticə verir. Lazımi tədbirlər görülmədikdə, yaxud yaralının əlavə travmatizasiyası nəticəsində şok daha ağır formaya keçir.
	Şokun II (orta ağırlıqlı şok) dərəcəsi –Yaralının ümumi vəziyyət ağır olur. Yaralıda tormozlanma əlaməti aşkar nəzərə çarpır. Dəri örtüyü kəskin avazıymış, bədən temperaturu aşağı olur. Tənəffüs səthi, dəqiqədə 30-dan artıq olur. Nəbz dəqiqədə 110-130-a çatır, arterial təzyiq 90-80/50-40 mm civə sütununa enir. Proqnoz ciddi. Yaralının həyatını yalnız şok əleyhinə kompleks tədbirlərin həyata keçirilməsi xilas edə bilər.
Şokun III (ağır) dərəcəsi –Yaralının dərisi və görünən selikli qişası avazıymış - solğun, yaxud sianozlu olur. Bədən soyuq tərlə örtülür, hərərət aşağı düşür, tənəffüsün tezliyi dəqiqədə 35-40-a çatır. Nəbz dəqiqədə 130-160, zəif dolğunluqlu, sapvari olur, bəzən nəbzın sayılması mümkün olmur. Arterial təzyiq kritik (böhran) səviyyəsindən aşağı -75-50/40-30 mm civə sütunu olur. Kəskin tormozlanma qeyd edilir. Proqnoz olduqca ciddi. Gecikmiş hallarda şok geriyə dönməz hala keçir və həyata keçirilən ən intensiv müalicə tədbirləri belə bəzən səmərəsiz olur. 5-6 saat müddətində görülən bütün tədbirlərə baxmayaraq, arterial təzyiq kritik səviyyədə yuxarı qalxmırsa, belə hallarda şok geriyə dönməz hesab olunur. Bu, şokun terminal fazasına uyğun gəlir. Şokun gec mərhələlərində eyni zamanda venoz təzyiqin səviyyəsinin təyini daha əhəmiyyətlidir. Bu, dövrən edən qanın həcmnin azalması, miokardın təqəllüs qabiliyyətinin itməsi ilə əlaqədardır.	
TERMINAL FAZA	Terminal faza –yaralıların vəziyyətinin son dərəcə ağır olması ilə xarakterizə olunur. Bu, preaqonal, aqonal və klinik ölüm şəklində müşahidə olunur.
	Preaqonal vəziyyətdə periferik damarlarda nəbz hiss olunmur, yaxud olduqca zəif hiss olunur. Arterial qan təzyiqi 50 mm civə sütunundan aşağı olur. Yaralıda soporoz vəziyyət koma ilə əvəz olunur.
	Aqonal vəziyyətdə yaralının vəziyyəti son dərəcə ağır olur. Arterial təzyiq ölçülmür. Nəbz yalnız böyük damarlar üzərində zəif şəkildə qeyd olunur. Ürək tonları karlaşmış olur. Huş itir, dərin komatoz hal müşahidə olunur. Tənəffüs seyrək və qıcolmalar şəklində nəzərə çarpır, səthi və aritmik olur.
	Klinik ölüm ürək fəaliyyətinin dayanması ilə xarakterizə olunur. Qan dövrən funksiyasının 5-7 dəqiqə müddətində bərpası mümkün olmadıqda klinik ölüm bioloji ölümlə əvəz olunur.

Şok əmələ gəlmə müddətinə görə birincili və ikincili ola bilər. Birincili şok bilavasitə zədələnmə ilə əlaqədardır. İkincili şok isə travmadan 4-24 saat və bəzən daha çox müddətdən sonra əlavə mənfı qıcıqların nəticəsi olaraq meydana çıxır. Bura bədənin soyuması, təkrari qanaxmalar, ətrafın turna ilə sıxılması, yardım göstərilərkən orqan və toxumalarla kobud davranma halları misal ola bilər. Cərrahi əməliyyatdan sonrakı dövrdə yaralıda müşahidə olunan şok ikincili şokun ən çox rast gəlinən formasıdır. Əlavə zədələnmələr nəticəsində yaralanmadan orta hesabla 24-36 saat sonra şok residiv şəklində də müşahidə oluna bilər. Bir sıra hallarda şok turnanın ətrafdan açılmasından sonra da baş verə bilər.

Şokun bu və ya digər əlamətlərinin müşahidə olunma dərəcəsi zədələnmənin lokalizasiyası və xarakterindən çox asılıdır. Kombinə olunmuş yaralanmalarda şokun gedişi daha ağır və fərqli şəkildə keçə bilər. Bu zaman yanıq şoku daha uzun çəkir və erektil faza atipik şəkildə təzahür edilir. Yanaşı şüalanma hallarında isə erektil faza uzana bilər.

Yaralının ağırlıq dərəcəsindən və klinik gedişdən asılı olaraq travmatik şokun torpid fazası 3 mərhələdə öyrənilir. Bunlar aşağıdakılardır: Şokun I (yüngül) dərəcəsi –Yaralının ümumi vəziyyəti qənaətbəxş olur. Dəri və görünən selikli qişası avazımış, tənəffüsü tezleşmiş, dəqiqədə 24-26-ya çatır. Zəif ləngimə əlamətləri müşahidə olunur. Nəbz dəqiqədə orta hesabla 100, arterial təzyiq 100-95/60-55 mm civə sütunu, bəzən bir qədər yüksək olur. Huşun ləngiməsi və bəzən əzələ səyrimələri müşahidə olunur. Bədən temperaturu normal, yaxud bir qədər aşağı düşür. Şok əleyhinə ən adi tədbirlər belə müsbət nəticə verir. Lazımı tədbirlər görülmədikdə və yaralının əlavə travmatizasiyası nəticəsində şok daha ağır formaya keçə bilər.

Şokun II (orta ağırlıqlı) dərəcəsi –Yaralının ümumi vəziyyəti ağır olur. Yaralıda tormozlanma əlaməti aşkar nəzərə çarpır. Dəri örtüyü kəskin avazımış, bədən temperaturu aşağı düşür. Tənəffüs səthi, dəqiqədə 30-dan artıq olur. Nəbz dəqiqədə 110-130-a çatır, arterial təzyiq 90-80/50-40 mm civə sütununa enir. Proqnoz ciddidir. Yaralının həyatını yalnız şok əleyhinə kompleks tədbirlərin həyata keçirilməsi xilas edə bilər.

Şokun III (ağır) dərəcəsi –Yaralının dərisi və görünən selikli qişası avazımış – solğun, yaxud sianozlu olur. Bədən soyuq tərlə örtülür, hərarət aşağı düşür, tənəffüs müşahidə olunur. Tənəffüsün tezliyi dəqiqədə 35-40-a çatır. Nəbz dəqiqədə 130-160, zəif dolğunluqlu, sapvari olur, bəzən nəbzın sayılması mümkün olmur. Arterial təzyiq kritik (böhran) səviyyəsindən aşağı -75-50/40-30 mm civə sütunu olur. Tormozlanma kəskin şəkildə qeyd edilir. Proqnoz olduqca ciddidir. Gecikmiş hallarda şok geriyə dönməz hala keçir və həyata keçirilən ən intensiv müalicə tədbirləri belə bəzən səmərəsiz olur. 5-6 saat müddətində görülən bütün tədbirlərə baxmayaraq arterial təzyiq kritik səviyyədən yuxarı qalxmırsa, belə hallarda şok geriyə dönməz hesab olunur. Bu, şokun terminal fazasına uyğun gəlir. Şokun gec mərhələlərində eyni zamanda venoz təzyiqin səviyyəsinin təyini daha əhəmiyyətlidir. Bu, dövrən edən qanın həcmının azalması, miokardın təqəllüs qabiliyyətinin itməsi ilə əlaqədardır.

Terminal faza –yaralıların vəziyyətinin son dərəcə ağır olması ilə xarakterizə olunur. Bu, preaqonal, aqonal və klinik ölüm şəklində müşahidə olunur. Preaqonal vəziyyətdə periferik damarlarda nəbz hiss olunmur, yaxud olduqca zəif hiss olunur. Arterial qan təzyiqi 50 mm civə sütunundan aşağı olur. Yaralıda soporoz vəziyyət koma ilə əvəz olunur. Aqonal vəziyyətdə yaralının vəziyyəti son dərəcə ağır olur. Arterial təzyiq ölçülmür. Nəbz yalnız böyük damarlar üzərində zəif şəkildə qeyd olunur. Ürək tonları karlaşmış olur. Huş itir, dərin komatoz hal müşahidə olunur. Tənəffüs seyrək və qıcolmalar şəklində nəzərə çarpır, səthi və aritmik olur. Klinik ölüm ürək fəaliyyətinin dayanması ilə xarakterizə olunur. Qan dövrən funksiyasının 5-7 dəqiqə müddətində bərpası mümkün olmadıqda klinik ölüm bioloji ölümlə əvəz olunur.

Travmatik şokun yuxarıda qeyd edilmiş təsnifatı müasirlik baxımından nisbi xarakterə malikdir. Xüsusilə arterial təzyiqin səviyyəsi ilə şokun dərəcəsinin təyini həmişə özünü doğrultmur. Qarabağ müharibəsində yaralılara yardım göstərəkən toplanmış təcrübə göstərir ki, arterial təzyiqin kritik səviyyədən aşağı düşməsi hələ şokun geriyə dönməzliyi demək deyildir. Burada aşağı təzyiq fonunda meydana çıxan metabolik pozğunluqlar əsas götürülməlidir. Pozğunluğun dərinliyi və geriyə dönməzliyi yaralılara göstərilən yardımın keyfiyyətindən əlavə, bu yardımın yaralandıqdan nə müddət sonra həyata keçirilməsindən də çox asılıdır. Bunu Qarabağ müharibəsində cəbhə xəttinin 8-12 km məsafədə fəaliyyət göstərmiş hərbi-səhra cərrahiyyəsi hospitallarının təcrübəsi təsdiq edir. Belə ki, ağır yaralıların ilk

saatlarda hospitala çatdırıldığı müddətlərdə hətta arterial təzyiqin ölçülmədiyi hallarda yaralıların həyatının, xilas edilməsi mümkün olmuşdur.

Bu fakt şoka dair toplanmış biliklərin bir daha yenidən nəzərdən keçirilməsini tələb edir. Beləliklə, yaralıların şokdan çıxarılması təkcə şokun ağırlıq dərəcəsiindən asılı olmayıb, eyni zamanda yaralıların hospitala yaralandıqdan nə müddət sonra daxil olmalarının da əhəmiyyəti böyükdür. Bu, şokla əlaqədar orqanizmdə gedən metabolik pozğunluğun vəziyyətindən daha çox asılıdır.

Травматик шокун аьырлыг дяржясинин тьяининдя щемодинамик поэунлулар ясас эютцрцлмялидир. Бу, щятта сящра щяраитиндя лаборатор мялуматларынын олмадыьы щалларда беля шокун аьырлыьы барядя мцяййян нятижяйя эялинмясиня имкан верир (Alqoverin щок индекси). Нябзин максимал артериал тязйигя олан нисбятинин шок индекси кими верилмяси гябул олунмущдур. Нормада бу эюстярижи 0,5-0,6-йя бярабярдир. Бу рягямин 0,1-я гядяр артмасы 200 мл ганитирмяйя, йахуд дювран едян ганын щяжминин 4%-ня бярабярдир. Шок индексинин ващидя бярабяр олмасы ганитирмянин 1 литря, дювран едян ганын щяжминин 20%-нин азалмасына; индексин 1,5-я бярабяр олмасы ганитирмянин 1,5 литря гядяр олмасы, дювран едян ганын 30%-нин азалмасына; индексин 2-йя бярабяр олмасы ися ганитирмянин 2 литря гядяр олмасы вя дювран едян ганын щяжминин 40% азалмасы демякдир

6.4. ŞOKLA MÜBARİZƏ TƏDBİRLƏRİNİN HƏYATA KEÇİRİLMƏ PRINSIPLƏRİ

Şokla mübarizə tədbirləri patoloji prosesin vəziyyətindən asılı olaraq kompleks şəkildə aparılmalıdır. Müalicənin istiqaməti konkret olaraq patoloji prosesin səbəbi və onun nəticələrinin aradan qaldırılmasına doğru yönəldilməlidir. İlk növbədə mənfi qıciq aradan qaldırılmalı, itirilmiş qanın həcmi bərpa olunmalı, baş vermiş metabolik pozğunluqlar fonunda qanın turşu-qələvilik, su-elektrolit tarazlığındakı pozğunluqlar ləğv edilməli, anemiya, hipoproteinemiya və avitaminoz halları, qaz mübadiləsindəki pozğunluq əlamətləri və intoksikasiya aradan qaldırılmalıdır. Həyati vacib orqanların qanla və oksigenlə təchizatı vaxt itirilmədən bərpa olunmalıdır.

Dövran edən qanın həcmnin və onun keyfiyyət göstəricilərinin səviyyəsinin normallaşdırılması məqsədlə orqanizmə kifayət qədər qan, plazma, albumin və kolloid qanəvəzedicilər köçürülməlidir. Damardankənar mayenin səviyyəsinin tənzi mi məqsədlə kristalloidlərdən istifadə edilməlidir. Qanın turşuluğunun (asidozun) qarşısının alınması məqsədlə yaralılara bikarbonatlar köçürülməlidir. Orqanizmin energetik ehtiyacının təmini məqsədlə hipertonic qlükoza məhlulu, amin turşuları, yağlı emulsiyalar köçürülməlidir. Şok əleyhinə tədbirlər ağciyərlərin ventilyasiyası, mənfi qıciğin aradan qaldırılması məqsədlə novokain blokadalarının aparılması, patoloji nahiyənin hərəkətsizləşdirilməsi və həyati vacib orqanların itirilmiş funksiyasının medikamentoz yolla bərpası tədbirləri ilə tamalanmalıdır. Şok əleyhinə kompleks tədbirlərə eyni zamanda qanaxmanın və asfiksiyanın adi üsullarla aradan qaldırılması mümkün olmadıqda, bu məqsədlə həyata keçirilən nisbətən kiçik həcmli operativ müdaxilələr də daxildir. Bütün tədbirlər eyni zamanda cərrahi əməliyyat müddətində və ondan sonrakı müddətlərdə də davam etdirilməlidir.

Şokla mübarizədə başlıca məqsəd qısa müddət ərzində ürəyin dəqiqəlik həcmnin artırılması ilə periferiyanın, eləcə də həyati vacib orqanların: beyin, miokard, qara ciyər, böyrəklərin normal funksiyası üçün onların qanla lazımi şəkildə təmin edilməsindən ibarətdir. Arterial təzyiqin normallaşması, nəbzın stabilləşməsi, tənəffüsün adekvat şəkildə bərpası, huşun aydınlaşması şok əleyhinə görülən tədbirlərin müsbət nəticə verdiyini göstərən amildir. Vaxtında görülən profilaktik tədbirlər şokun qarşısını alır, yaxud onun yüngül keçməsinə təminat verir. Şok əleyhinə tədbirlərə yaralının döyüş zonasından vaxtında çıxarılması, düzgün daşınması, qanaxmanın qarşısının müvəqqəti alınması, erkən ağırsızlaşdırma, sınıqlar və yumşaq toxumaların geniş zədələnmələrində ətrafların hərəkətsizləşdirilməsinin həyata keçirilməsi, bədənin soyumasının, əks göstəriş olmadıqda susuzluğun qarşısının təbii yolla alınması, hipovolemiyanın aradan götürülməsi tədbirləri aiddir. Habelə yaralıya sakitlik verilməsi əldən düşmüş yaralının normal yuxusunun təmin edilməsi, soyuq mövsümdə onların isidilməsi də əsas şərtlərdəndir.

Şok əleyhinə tədbirlər mümkün qədər tez başlanılmalı və bunlar həyati-vacib orqanların funksiyasındakı pozğunluğunun qarşısının alınması istiqamətinə doğru yönəldilməlidir. Bu zaman vacib kompleks müalicə və profilaktika üsulları aşağıdakılardan ibarət olmalıdır:

1) Yaralılar xüsusilə soyuq mövsümdə örtülü yerdə isidilməli, bu mümkün olmadıqda onu ədyal və şinelə bürüməli, ətraflara isidici (qrelka) qoyulmalıdır. Yaş paltar və ayaqqabılar çıxarılmalı, palatalar isidilməlidir. Yaralının isidilməsinə həmçinin əgər əks göstəriş yoxdursa, ona isti qida və çay verilməsi yolu ilə də nail olmaq mümkündür. Lakin qarın yaralanması və qusması olan yaralıların oral yolla qidalanması əks göstərişdir.

2) Beyin qan dövranının yaxşılaşdırılması məqsədilə yaralıya Trendelenburq vəziyyəti verilməli, yaxud xərəyin (çarpayının) aşağı tərəfi qaldırılmalı, başaltı götürülməlidir.

3) Analgetiklərin birbaşa venaya yeridilməsi daha məqsədəuyğundur. Narkotik dərmanlar tənəffüs pozğunluğunda və kəllə-beyin zədələnmələrində ehtiyatla istifadə edilməlidir(!).

4) Novakain blokadalarının tətbiqi güclü qlcləgi aradan qaldırır və şok zamanı kompensator mexanizmlərin stimulyasiyasına kömək edir. Döş qəfəsi yaralanmalarında vaqosimpatik, qarın zədələnmələrində paraneftal, ətraf zədələnmələrində isə futlyar novakain blokadası istifadə edilməlidir. Novokain blokadaları tam aseptik şəraitdə həyata keçirilməlidir.

5) Qan, plazma, plazmaəvəzedicilə və şok əleyhinə mayelərin vena və arteriyaya daxilinə yeridilməsi vacibdir. Şokun massiv qanaxmalarla birlikdə təsadüf edildiyi hallarda hemotransfuziya tətbiq edilməlidir. Bu zaman köçürülən qanın həcmi 500 ml-dən bir neçə litrə qədər ola bilər. Ağır vəziyyətlərdə infuzion-transfuzion terapiya mayelərin arteriyaya daxilinə, yaxud mərkəzi venalardan yeridilməsi yolu ilə həyata keçirilməlidir. Yaxşı olar ki, əvvəlcə arteriyaya sürətlə 250-500 ml qan köçürülsün, sonra qanköçürmə mərkəzi venalarla davam etdirilməlidir. III dərəcəli şok zamanı arterial təzyiq müəyyən səviyyəyə qaldırılana qədər qanın və poliqlükinin mərkəzi venaya əvvəlcə sürətlə, sonra isə damcı üsulu ilə yeridilməsi məsləhətdir. Arterial təzyiq həddən artıq aşağıdırsa, qan birbaşa arteriyaya vurulmalıdır.

Şok zamanı qan köçürülməsi ilə yanaşı poliqlükinin köçürülməsi də vacibdir. Yaralının vəziyyətindən asılı olaraq, axırncı 400 ml-dən başlamış 1500 ml-ə qədər köçürülə bilər. Ağır şok zamanı qan olmadığı hallarda poliqlükinin bir hissəsinin köçürüləcək qanın həcminə uyğun şəkildə arteriyaya daxilinə yeridilməsi məsləhət görülür. Güclü qanaxmalarla müşahidə olunan şoklarda və yanıq şokunda adətən albumin və plazma ilə birlikdə poliqlükün yeridilməsi ilə kifayətlənmək olar. Həmçinin reopoliqlükün və reomakrodeksdən də istifadə oluna bilər. Şokun yüngül formalarında şok əleyhinə mayelərin köçürülməsi əksər hallarda müsbət terapevtik təsir göstərir. Orta ağırlıqlı şok zamanı isə həmin məhlullar qan, albumin, plazma və poliqlükünlə birlikdə köçürülməlidir. II və III dərəcəli torpid şok zamanı kolloid məhlullarla bərabər damara laktosol, plazmojelan, ringer-laktat məhlulunun 400 ml-dən 2 litrə qədər və daha artıq miqdarda köçürülməsi məsləhət görülür. Kristalloidlər bütün köçürülən mayenin $\frac{3}{4}$ hissəsinə təşkil etməlidir. Məhlullar damar daxilinə əvvəlcə sürətlə yeridilməli, arterial təzyiq stabilləşdikdən sonra damcı üsulu ilə davam etdirilməlidir.

6) Ürək qlükozidlərinin (strofantin, korqlükon, diqoksin və i.a.) yeridilməsi, daha ağır hallarda adrenomimetiklərin (efedrin, noradrenalin, mezaton və s.) tətbiqi məsləhətdir. Həmin preparatlar qan və kolloid məhlullarla birlikdə istifadə edilməlidir.

7) Tənəffüs çatmamazlığında oksigen terapiyası və tənəffüs analeptiklərindən istifadə olunmalıdır. Ciddi tənəffüs çatmamazlığında traxeya intubasiya olunmalı, yaxud traxeostomiya həyata keçirilməli, aparatla süni tənəffüs verilməlidir. Kəllə-beyin, üz-çənə, boyun və döş qəfəsi yaralanmaları zamanı baş vermiş asfiksiya hallarında traxeostomiya dərhal həyata keçirilməlidir. Çünki belə yaralanmalar zamanı ağciyərlərin süni ventilyasiyasının uzun müddət davam etdirilməsi lazım gəlir.

8) Maddələr mübadiləsinin pozulmasında orqanizmə vitaminlər, ATF, 10%-li kalsium xlorid məhlulu və s. yeridilməli, şok zamanı metabolik asidoz hətta lazımı laborator analizlərinin olmadığı halda belə natrium bikarbonat, yaxud digər qləvi məhlulların köçürülməsi və tənəffüsün reqlə olunması yolu ilə tənzimlənməlidir.

Soyuq mövsümdə olduğu kimi isti havalarda da şokun müalicəsi və profilaktikasında (xüsusilə isti ölkələrdə) bir sıra problemlər meydana çıxır. Bu zaman şok əleyhinə mübarizə tədbirləri xeyli çətinləşir. Orqanizm tər şəkildə əlavə maye itirdiyi üçün infuzion-transfuzion terapiyada tər şəkildə əlavə maye

itgisi nəzərə alınmalı, müalicəyə müəyyən düzəlişlər aparılmalıdır. Ətrafların odlu silah yaralanmalarında bədən çəkisinin hər kiloqramına görə orta hesabla sutkada 20-30 ml maye köçürülməlidir. O cümlədən 400 ml poliqlükün, 400-800 ml fizioloji məhlul, 400-800 ml Ringer-lokk məhlulu, 400-800 ml 5%-li qlükoza məhlulu köçürülməlidir. Yaralı birbaşa düşən günəş şüasından təcrid edilməli, daxili orqanların yaralanmaları yoxdursa yaralıya təbii yolla kifayət qədər maye verilməlidir. Yaxşı olar ki, içilən suyun hər 750 ml-nə 2,5 qram xörək duzu və 0,5 qram kalium xlorid əlavə edilsin. Bu məqsədlə reqidron dan və orasoldan da istifadə edilə bilər. Bunlar digər elektrolitlərlə də zəngindir.

Ağır travmatik şok və kəskin qanıtirmələr zamanı yaralılara infuzion-transfuzion terapiyanın mərkəzi venalardan, yaxud arteriyadaxili üsulla həyata keçirilməsi daha vacibdir. Lazım gəldikdə hər iki körpücükaltı venanın, yaxud ümumi qalça venasının kavofikslə kateterizasiyası və arteriya daxilinə qan köçürülməsi yerinə yetirilməlidir. Kavofikslə infuziyanın müsbət cəhəti bir də ondan ibarətdir ki, bu zaman köçürülən maye bilavasitə sağ ürək kameralarına daxil olur. Periferik spazmın mənfi təsiri burada qeyd edilməyir. Körpücük nahiyəsinin birtərəfli yaralanmaları zamanı massiv qanköçürməyə ehtiyac olduqda bir körpücükaltı venaya iki kateter yeritməklə də transfuzion terapiyanı davam etdirmək olar. (Biz bu üsulu Ağdam-Füzuli istiqamətində gedən döyüşlər zamanı hərbi-səhra hospitallarında dəfələrlə həyata keçirmiş və müəyyən nəticələr əldə etmişik). Müəyyən hallarda arteriyadaxili transfuziyaların da yerinə yetirilməsi vacibdir.

Şok zamanı simpatik sinir sisteminin, simpatik düyünlər və adrenergik reseptorların qıcıqlanmasının aradan götürülməsi üçün novokain blokadalarından istifadə edilməsi də məqsədəuyğundur. Reseptorların blokadası kiçik damarların spazmını aradan qaldırır, periferik qan dövranının yaxşılaşmasına səbəb olur, toxumaların oksigenə olan tələbatını azaldır və mikrosirkulyasiyanı yaxşılaşdırır. Hiperkoaqulyasiya əlamətləri zamanı antikoagulyatlardan istifadə olunmalıdır.

Damar tonusunun azaldığı hallarda pressor aminlər qlükokortikoidlərlə birlikdə istifadə edilməlidir. Bunlar venaya damcı üsulu ilə yeridilməlidir. Damar divarının keçiriciliyinin pozulduğu hallarda orqanizmə antihistamin preparatlarla yanaşı, askorbin turşusu, kalsium xlorid məhlulu da yeridilməlidir. Mübadilə pozğunluqlarında kallikrein (proteazanın) inhibitoru (trasilol, kontrikal, qordoks və i.a.) istifadə edilməlidir. Göstəriş olduqda tetanus əleyhinə zərəb, yaxud anatoksin vurulmalı, eləcə də antibiotiklərdən geniş istifadə edilməlidir.

Şok şüa xəstəliyi olan yaralılarda baş vermiş xəstəliyin gizli dövründə müalicə üsulu yuxarıda deyilənlərdən bir o qədər fərqlənir. Lakin xəstəliyin qızmar dövründə qanaxma təhlükəsi daha çox olduğu üçün inyeksiyalar mümkün qədər ixtisara salınmalı, bu preparatlar oral və rektal yolla yeridilməlidir. Birdəfəlik çoxlu qan köçürülməsinə yol verilməməlidir. Yaralı şokdan çıxdıqdan sonra şüa xəstəliyi əleyhinə kompleks müalicə tədbirləri həyata keçirilməlidir.

Hər bir əlavə zədə şoku daha da dərinləşdirdiyindən yaralını şokdan çıxarmayınca hər hansı operativ müdaxilədən imtina olunmalıdır. Yalnız profuz qanaxmalarda və ətrafların üzülməsi hallarında operativ müdaxilə təxirə salınmamalıdır. Operativ müdaxilə burada şok əleyhinə reanimasion yardımın bir hissəsi kimi qiymətləndirilməli və həyata keçirilməlidir.

Döş qəfəsi, qarın və çanaq yaralanmalarında qanaxmanın aşkar əlamətləri olmadıqda cərrahi əməliyyat şok əleyhinə tədbirlərdən sonra həyata keçirilməlidir. Təcili hallarda şok əleyhinə bütün tədbirlər cərrahi əməliyyatla eyni vaxtda yerinə yetirilməlidir. Intubasion narkoz şok əleyhinə mübarizəni asanlaşdırır. Operativ müdaxilə zamanı bütün refleksogen zonalar novokainlə blokada olunmalıdır.

Massiv qanaxma və daha ağır formalı şokun birlikdə müşahidə olması terminal vəziyyət kimi qiymətləndirilməlidir. Bu zaman yaralılar preaqonal, aqonal və klinik ölüm vəziyyətlərində ola bilərlər. Aqoniya üçün huşun tam itməsi xarakterdir. Bu zaman tənəffüsün ritmi pozulur, bradiaritmia, akrosianoz, dəri örtüyünün avazıması müşahidə olunur. Böyük damarların pulsasiyası güclə hiss olunur. Klinik ölüm tənəffüsün və ürək fəaliyyətinin dayanması ilə xarakterizə olunur. Lakin bu halda da əgər yaralanma həyat ilə uyuşandırsa intensiv terapiya və reanimasion tədbirlər mərkəzi sinir sisteminə geriyə dönməz proses baş verənə qədər davam etdirilməlidir.

Aqoniya və klinik ölüm vəziyyətlərində yaralıya yardım ürəyin masajı, ağ ciyərin süni ventilyasiyası və arteriyaya qan yeridilməsindən ibarət olmalıdır. İlk yardım tədbiri kimi ağızdan-ağıza və

ağızdan buruna nəfəs verilməli və bu tədbirlərin vaxtında və düzgün yerinə yetirilməsi üçün döyüşçülər arasında lazımi hazırlıq işləri görülməlidir. İxtisaslı tibbi yardım mərhələsindən başlayaraq, bu məqsədlə süni tənəffüs aparatlarından istifadə olunmalı, nəfəs borusu intubasiya edilməlidir. Klinik ölüm baş verdikdə ürəyin açıq masajı həyata keçirilməli, arteriyaya 250-500 ml qan yeridilməli, bu zaman birdəfəlik yeridilən qanın həcmi bir litrdən artıq olmamalıdır.

Massiv qanaxma və daha ağır formalı şokun birlikdə müşahidə olması terminal vəziyyət kimi qiymətləndirilməlidir. Bu zaman yaralılar preaqonal, aqonal və klinik ölüm vəziyyətlərində ola bilərlər. Aqoniya üçün huşun tam itməsi xarakterdir. Bu zaman tənəffüsün ritmi pozulur, bradiaritmiya, akrosianoz, dəri örtüyünün avazıması müşahidə olunur. Böyük damarların pulsasiyası güclə hiss olunur. Klinik ölüm tənəffüsün və ürək fəaliyyətinin dayanması ilə xarakterizə olunur. Lakin bu halda da əgər yaralanma həyat ilə uyşandırsa intensiv terapiya və reanimasion tədbirlər mərkəzi sinir sisteminə geriyə dönməz proses baş verənə qədər davam etdirilməlidir.



Səkil 6.1 Travmatik şok zamanı həyata keçirilən müxtəlif növ novokain blokadaları: a) Vaqosimpatik, b) bazu kələfinin blokadası, c) bud sinirinin blokadası, d) oturaq sinirinin blokadası e) hematomaya novokain yeridilməsi f-i) bazunun futlyar blokadası, g) qamış sinirinin nəqli blokadası, h) incik sinirinin nəqli novokain blokadası, j) paranevral blokada, k) Şkolnikov üsulu ilə çanağın blokadası, l) qabırğaarası sinirin blokadası.

Qan olmadıqda bu məqsədlə poliqlükündən də istifadə etmək olar. Eyni vaxtda arteriya daxilinə efedrin, noradrenalin və ürək qlükozidləri yeridilməli və həyata keçirilən bütün tədbirlər xəstənin (yaralının) fərdi kartasında qeyd edilməlidir. Çünki bəzi dərman maddələrinin orqanizmə təkrari yeridilməsi bir sıra hallarda ciddi fəsadlaşmalara və ölüm halı ilə nəticələnə bilər.

6.5. TİBBİ TƏXLIYƏ MƏRHƏLƏLƏRİNDƏ YARDIMIN HƏYATA KEÇİRİLMƏSİ QAYDALARI

İlk tibbi yardım döyüş zonasında özünə və yoldaşına kömək şəklində və sanitar təlimatçılar tərəfindən həyata keçirilir. Bura yaraların sarınması qankəsici turnaların qoyulması, ətrafların hərəkətsizləşdirilməsi və ağrıkəsicilərin yeridilməsi, asfiksiyaya qarşı mübarizə tədbirlərinin həyata keçirilməsi aiddir. Yaralılar döyüş zonasından mümkün qədər tez çıxarılmalıdır.

Həkimqədərki yardım tabor feldşeri, yaxud tibb bacısı (qardaşı) tərəfindən həyata keçirilir. Bu mərhələdə sarğılar, qankəsici turnalar və qoyulmuş şinlər nəzərdən keçirilir, lazım gəldikdə onlara düzəlişlər aparılır, sarınmamış yaralar sarınır. Turnanın qoyulma vaxtı keçibsə, axırını açılıb yenidən bağlanılır, düzgün qoyulmamış şinlər yenidən qoyulur, qeyri-standart şinlər standartları ilə əvəz edilir. Yaralılara ağrıkəsicilərin yeridilməsi başa çatdırılır ehtiyac olduqda ağır yaralılara narkotik dərmanlar təkrarən vurulur, göstəriş olduqda burada birdəfəlik infuzion sistemdən istifadə edilməklə venaya şok əleyhinə məhlullar yeridilir. Ağır yaralılar vaxt itirilmədən sonrakı yardım mərhələlərinə göndərilməlidirlər.

İlk həkim yardımını briqada tibb məntəqəsində ümumi ixtisaslı həkimlər tərəfindən həyata keçirilir. Burada yaralılara göstəriş əsasında şok əleyhinə dərmanlar yeridilir, regionar novokain blokadaları tətbiq edilir, gərgin pnevmotorakslar zamanı plevra boşluğu qalın iynə ilə punksiya edilir. Döş qəfəsinin nəfəsalan yaraları tikilməklə, açıq pnevmotorakslar qapalı hala sarılır, qoyulmuş okluzion sarğılara nəzarət olunur və düzəlişlər edilir, portativ aparatlarla oksigen terapiyası həyata keçirilir. Asfiksiyası olan yaralılardan nəfəs yolları tualet olunur, lazım gəldikdə krikokonikotomiya həyata keçirilir. Qanaxan damarlara liqaturalar qoyulur, onlar sıxıcılarla alınır, yaxud yarada tikilir. Yaralılara infuzion terapiya həyata keçirilir. Köçürülən mayelər kolloid və kristalloidlərdən ibarət olmalıdır. Xəstələrin köçürülmə müddətində infuzion terapiya yolda da davam etdirilməlidir. Bu mərhələdə yaralılara onların qan qrupu təyin olunmadan 500 ml-dən 1 litrə qədər 0 (I) Rh (-) qan köçürmək olar.

Qanaxması olmayan, lakin damar yaralanmasına şübhə olan yaralılardan turnaları boşaldılır və onlar turna ilə birlikdə hospitala göndərilirlər. Lazım gəldikdə yolda turnaların dartılması ilə qanaxma saxlanılır. Bu barədə yaralıya nəzarət edən tibb işçisinə müəyyən təlimatlar verilməlidir. Vaxtı keçmiş turnalar açılaraq yenidən bağlanılır. Yaralılardan daşınması və ətrafların hərəkətsizləşdirilməsi ehtiyatla, ciddi nəzarət altında aparılmalı, onlar əlahiddə tibb taborlarına, yaxud hərbi-səhra cərrahiyyəsi hospitallarına təxliyə olunmalıdırlar.

İxtisaslı tibbi yardım əlahiddə tibb taborları, yaxud hərbi-səhra cərrahiyyəsi hospitallarında həyata keçirilir. Bütün tədbirlər yaralılardan çeşidlənməsindən başlanılır. Yaralılar şok əleyhinə palatalara keçirilir, onlar şokdan çıxdıqdan sonra operativ müdaxilə üçün əməliyyat-sarğı blokuna verirlər. Asfiksiya və qanaxma əlamətləri olan yaralılar əməliyyat otağına növbədənənar götürülür onlara şok əleyhinə tədbirlər operativ müdaxilə ilə eyni müddətdə yerinə yetirilir. Qanaxma və onun nəticəsi olan hipovolemiya aradan götürülür, şokun profilaktikası üçün müvafiq tədbirlər həyata keçirilir. İxtisaslı yardım mərhələsində şok əleyhinə tədbirlər tam həcmdə həyata keçirilməlidir.

Şokun mərhələli müalicəsində aşağıdakılar əsas götürülməlidir: Travmatik şokun baş verməsi yaralanmaların ağırlıq dərəcəsi, yaralılardan hospitala gətirilmə müddətindən və hospitalaqədərki dövrün düzgün idarə olunmasından çox asılıdır. Yaralılardan hospitala gətirilməsi müddətindən asılı olaraq, şokun da müşahidə olunması faiz hesabı ilə dəyişir. Hospitalaqədərki mərhələdə yaralılardan ağrısızlaşdırılması, ətrafların qüsursuz hərəkətsizləşdirilməsi, infuzion-transfuzion terapiyanın düzgün həyata keçirilməsindən asılı olaraq, onlarda travmatik şok da müxtəlif dərəcələrdə müşahidə olunur. Bu mərhələdə görülən işlərin məzmununu şok əleyhinə kompleks mübarizə tədbirlərinin aparılması, qanaxmaların saxlanması, hipovolemiyanın aradan götürülməsi, ağ ciyərlərin fəal ventilyasiyasının

təmini, ağrı hissiyyatının aradan qaldırılması, həyati vacib orqanların funksiyasının yaxşılaşdırılması kimi tədbirlər təşkil edir. Yaralıların təxliyəsi onların ümumi vəziyyətlərindən, hemodinamik göstəricilərin stabilliyinin bərpa edilməsindən asılı olaraq, cərrahi əməliyyatdan sonrakı müxtəlif günlərdə həyata keçirilməlidir. İxtisaslı yardım mərhələsində şok əleyhinə tədbirlər tam həcmdə yerinə yetirilməlidir. Şokdan çıxmamış yaralıların son yardım mərhələsinə təxliyə olunmalarına yol vermək olmaz!

Beləliklə, travmatik şok orqanizmin mexaniki təsirə qarşı faza ilə inkişaf edən hipovolemik patofizioloji simptomokompleks şəklində cavab reaksiyası olub, mübadilə və sirkulyasiyanın, neyrohumoral rəqulyasiyasının koordinasiya olunmayan dəyişiklikləri fonunda davam edən ciddi mürəkkəb patoloji bir prosesdir. Onun inkişafında sinir-reflektor reaksiyalardan əlavə qanaxma, plazma itgisi, qaz mübadiləsindəki pozğunluq və intoksikasiya başlıca rol oynayır. Meydana çıxan dərin və mürəkkəb patoloji proses qüsurlu dövrən şəklində təzahür edir. Bu, özünü kapilyarların qeyri-adekvat perfuziyası nəticəsində daxili orqanlarda qan dövrəninin ləngiməsi, yaxud kəsilməsi şəklində göstərir. Ürəyin qan qovmaq qabiliyyəti zəifləyir, arterial təzyiq düşür. Dövrən edən qanın həcmnin azalması, eyni zamanda kapilyar qan dövrəninin nizamlanmasına da mənfi təsir göstərir. Patofizioloji prosesin sonrakı inkişaf mexanizmi orqanizmdə gedən histokimyəvi proseslərlə əlaqədar olur. Mübadilə pozğunluğu şəraitində orqanizmdə metabolik ara məhsullarının toplanması, metabolik asidozun əmələ gəlməsi, elektrolit kəsiri hüceyrədaxili strukturların pozulması, hüceyrə membranının sıradan çıxmasına və toksik məhsulların orqanizmə sorulmasına səbəb olur.

Şokun əmələ gəlməsində qanıtirmə, bədənin soyuması, yorğunluq, psixi travma, aclıq, ümumi zəiflik və s. yardımçı rol oynayır. Yaralıların döyüş zonasından gec çıxarılması, bəzən tibbi yardımın vaxtında və lazımınca yerinə yetirilməməsi, əlavə ikincili zədələnmələrin baş verməsi travmatik şokun inkişafı üçün daha əlverişli şərait yaradır. Yaralanmaların mürəkkəb-çoxsaylı, müştərək və kombine şəklində müşahidə olması, şokun daha da ağırlaşmasına gətirib çıxarır.

Travmatik şok üç fazaya: erektil, torpid və terminal fazalara bölünür. Eretil faza qısa müddət davam edir və şokun sonrakı gedişatı məhz bu dövrün necə keçməsinə çox asılıdır. Eretil faza nə qədər qabarıq keçirsə, torpid faza da bir o qədər ağır gedişə malik olur. Torpid faza ümumi tormozlanmanın olması ilə xarakterizə olunur. İlk növbədə yaralıda psixi pozğunluqlar, ətraf mühitə qarşı laqeydlik müşahidə olunur, qıcığa qarşı reaksiyalar kəskin azalır. Dəri avazıyır, sifətin cizgiləri cılızlaşır, hərarət enir, ağır hallarda bədən soyuq tərlə örtülür. Tənəffüs tezləşir və səthi olur. Nəbz tezliyi artır, zəif dolğunluqlu və gərginlikli olur. Arterial təzyiq enir, dərialtı venalar itir, susuzluq, bəzən qusma müşahidə olunur, sidik ifrazı ləngiyir.

Yaralının ağırlıq dərəcəsindən və klinik gedişdən asılı olaraq torpid faza 3 mərhələdə öyrənilir: Şokun I (yüngül) dərəcəsi –Yaralının ümumi vəziyyəti qənaətbəxş olur. Nəbz dəqiqədə 100, arterial təzyiq 100-95/60-55 mm civə sütunu, bəzən bir qədər yüksək olur. Şokun II (orta ağırlıqlı) dərəcəsi –Yaralının ümumi vəziyyət ağır olur. Nəbz dəqiqədə 110-130-a çatır, arterial təzyiq 90-80/50-40 mm civə sütununa enir. Şokun III (ağır) dərəcəsi –Yaralının ümumi vəziyyəti həddən artıq ağır olur. Nəbz dəqiqədə 130-160, zəif dolğunluqlu, sapvari olur, bəzən nəbz sayılması mümkün olmur. Arterial təzyiq kritik (böhran) səviyyəsindən aşağı -75-50/40-30 mm civə sütunu olur.

Terminal faza –yaralıların vəziyyətinin son dərəcə ağır olması ilə xarakterizə olunur. Bu, preaqonal, aqonal və klinik ölüm şəklində müşahidə olunur. Preaqonal vəziyyətdə periferik damarlarda nəbz hiss olunmur, yaxud bu, olduqca zəif hiss olunur. Arterial qan təzyiqi 50 mm civə sütunundan aşağı olur. Yaralıda soporoz vəziyyət koma ilə əvəz olunur. Aqonal vəziyyətdə yaralının vəziyyəti son dərəcə ağır olur. Arterial təzyiq ölçülmür. Nəbz yalnız böyük damarlar üzərində zəif şəkildə qeyd olunur. Ürək tonları karlaşmış olur. Huş itir, dərin komatoz hal müşahidə olunur. Tənəffüs seyrək və qıcolmalar şəklində nəzərə çarpır, səthi və aritmik olur. Klinik ölüm ürək fəaliyyətinin dayanması ilə xarakterizə olunur.

Əmələ gəlmə müddəinə görə şok birincili və ikincili ola bilər. Birincili şok bilavasitə zədələnmə ilə əlaqədardır. İkincili şok isə zədələnmədən 4-24 saat və bəzən daha çox müddətdən sonra əlavə qıcıqlar, o cümlədən operativ müdaxilə nəticəsində baş verir. Şok yaralanmadan orta hesabla 24-36 saat sonra residiv şəklində də müşaidə oluna bilər.

Şokla mübarizə tədbirləri kompleks şəkildə aparılmalıdır. Müalicənin istiqaməti konkret olaraq patoloji prosesin səbəbi və onun nəticələrinin aradan qaldırılmasına doğru yönəldilməlidir. İlk növbədə mənfi qıcıq aradan götürülməli, itirilmiş qanın həcmi bərpa olunmalı, baş vermiş metabolik pozğunluqlar fonunda qanın turşu-qələvilik, su-elektrolit tarazlığındakı pozğunluqlar aradan qaldırılmalı, anemiya, hipoproteinemiya və avitaminoz halları ləğv olunmalı, qaz mübadiləsindəki pozğunluq əlamətləri və intoksikasiya aradan qaldırılmalıdır.

Əlavə zədələnmələr şoku daha da dərinləşdirdiyindən yaralı şokdan çıxarmayınca hər hansı operativ müdaxilədən imtina olunmalıdır. Yalnız profuz qanaxmalarda və ətrafların üzülməsi hallarında operativ müdaxilə təxirə salınmamalıdır. Operativ müdaxilə burada şok əleyhinə tədbirin bir hissəsi kimi qiymətləndirilməli və həyata keçirilməlidir. Travmatik şok zamanı yardımın mərhələli xarakteri eynilə başqa patologiyalarda olduğu kimidir. Lakin ixtisaslı yardım burada tam həcmdə yerinə yetirilməlidir. Çünki şok vəziyyətində olan yaralıların təxliyəsi əks göstərişdir.

Travmatik şok zamanı ilk və həkiməqədərki yardım yaralılara ağrıkəsicilərin yeridilməsindən, qanaxmanın qarşısının alınmasından, asfiksiyaya qarşı mübarizə tədbirlərinin həyata keçirilməsindən ibarət olmalıdır. İlk həkim yardımı mərhələsində yaralılara əlavə olaraq novokain blokadaları, lazım gəldikdə hemotransfuziya yerinə yetirilməlidir. Bu məqsədlə xəstəyə 500 ml-dən 1 litrə qədər 0(I) qrup mənfi rezuslu qan köçürülməlidir. İlk həkim yardımı həyata keçirildikdən sonra yaralılar ixtisaslı yardım mərhələsinə təxliyə olunmalıdır. Burada ilk növbədə şok, qanaxma və asfiksiyaya qarşı müvafiq tədbirlər yerinə yetirilməlidir. Şok vəziyyətində olan yaralılar şok əleyhinə palataya, davamədən qanaxması olan yaralılar cərrahi əməliyyat otağına verilməlidirlər. Eyni zamanda həm şok, həm də qanaxması olan yaralılar da cərrahi əməliyyat otağına verilməli, burada şok əleyhinə tədbirlər cərrahi əməliyyatla eyni müddətdə aparılmalıdır. Ağır yaralılara şok əleyhinə infuzion-transfuzion terapiya periferik venalardan deyil arterial yolla, yaxud mərkəzi venaların kateterizasiyası yolu ilə həyata keçirilməlidir.

FƏSİL VII

TOXUMALARIN UZUNMÜDDƏTLİ SIXILMA SİNDROMU (TRAVMATİK TOKSİKOZ)

TƏDRİS SUALLARI

- 7.1. Toxumaların uzunmüddətli sıxılmasına dair tarixi məlumat
- 7.2. Uzunmüddətli sıxılma sindromunun təsnifatı
- 7.3. Uzunmüddətli sıxılma sindromunun patogenezi
- 7.4. Uzunmüddətli sıxılma sindromunun klinikası, simptomatologiyası və diaqnostikası
- 7.5. Uzunmüddətli sıxılma sindromunun müalicəsi və tibbi təxliyə mərhələlərində yardımın təşkili qaydaları

7.1. TOXUMALARIN UZUNMÜDDƏTLİ SIXILMASINA DAİR TARİXİ MƏLUMAT

Toxumaların uzunmüddətli sıxılma sindromu (Kraş sindrom) ayrıca nozoloji vahid olub, adından məlum olduğu kimi orqanizmin ayrı-ayrı hissələrinin uzun müddət sıxılmaya məruz qalması nəticəsində baş verən patoloji prosesdir. Bunun başqa adı travmatik toksikozdur. Xəstəliyin əsas mahiyyəti uzunmüddətli sıxılma ilə əlaqədar toxumalarda baş vermiş izolə halında olan metabolik pozğunluq, əmələ gəlmiş ara məhsullarının qana sorulması və kəskin böyrək çatmamazlığının baş verməsidir. Bu ayrıca nozoloji vahid olub, yalnız XX əsrin ortalarında aşkarlanmışdır.

Toxumaların uzunmüddətli sıxılma sindromunun klinik təsvirini ilk dəfə 1918-ci ildə fransız cərrahı E.Quenu vermişdir. O, I dünya müharibəsi illərində ayağının üzərinə ağır əşyanın (böyük bir ağacın) düşməsi ilə əlaqədar aşağı ətrafı uzun müddət sıxılmaya məruz qalmış bir nəfər zabiti müşahidə etmiş, sıxılmanın nəticəsi aradan götürüldükdən sonra onun vəziyyəti qəflətən ağırlaşmış və hadisə ölümə nəticələnmişdir. Lakin E.Quenu o zaman ölümün səbəbini atipik formada keçən şok ilə əlaqələndirmişdi.

Yalnız həmin hadisədən 23 il keçdikdən sonra 1941-ci ildə Londonun bombardmanı zamanı ingilis alimi E.Bywaters bu məsələ ilə yenidən məşğul olmuş və yaralılarda toxumaların uzunmüddətli sıxılmasının xüsusi gedişə malik simptomokompleks olduğunu qeyd etmişdi. E.Bywaters toxumaların uzunmüddətli sıxılma sindromunun patogenezi aydınlaşdırmış və ayrıca nozoloji vahid kimi buna Kraş sindrom, yəni əzilmə sindromu adını vermişdi. Daha sonralar bu patologiya ilə rus alimləri N.N.Yelanski (1958) və M.I.Kuzin (1959) məşğul olmuşlar. N.N.Yelanski uzunmüddətli sıxılma sindromunun klinikasını toksik mübadilə məhsullarının əzilmiş əzələlərdən yenidən qana sorulması ilə izah edirdi. Sıxılma əlamətləri aradan götürülən kimi toksik məhsullar qana keçərək asidozun əmələ gəlməsinə, hemodinamik pozğunluqların meydana çıxmasına səbəb olur. Əzələlərin autolizindən əmələ gəlmiş mioqlobin turş mühitdə hematin əmələ gətirərək böyrək kanalcıqlarını tutur və kəskin böyrək

çatmamazlığı verir. Eyni zamanda qanda kalium və fosforun artması ürəyin funksiyasına mənfi təsir göstərir.

M.I.Kuzin (1959) Aşxabad zəlzələsində çoxsaylı müşahidələri nəticəsində bu qənaətə gəlir ki, toxumaların uzunmüddətli sıxılma sindromunun patogenezinin əsasını üç amil təşkil edir. Bura: 1) Ağrının olması və onun mərkəzi sinir sisteminə tormozlayıcı təsiri, 2) Toxumaların parçalanma məhsullarının orqanizmə sorulması nəticəsində toksikozun əmələ gəlməsi, 3) Zədələnmiş ətrafda kəskin ödemə əmələ gəlməsi ilə əlaqədar plazma itgisinin baş verməsi aiddir.

Sonralar bu məsələ ilə bağlı Sovet alimləri ilə bərabər dünyanın bir çox inkişaf etmiş ölkələrinin alimləri elmi mərkəzlərdə bir daha məşğul olmuş, alınmış nəticələr yenidən müzakirə olunmuşdur. Xüsusilə Aşxabad, Daşkənd zəlzələlərinin, eləcə də son yaxın illərdə İranda, Ermənistanda, Türkiyədə baş vermiş zəlzələlərin materialları və Amerika Birləşmiş Ştatlarında 11 sentyabr hadisələrinin materialları dünya alimlərinin tədqiqat obyektinə çevrilmiş, bu patologiyanın klinikası, patogenezi və müalicəsinin təşkili barədə daha yeni fikirlər söylənilmişdir. Müalicənin daha səmərəli təşkili məqsədilə sənaye mərkəzlərində və böyük yaşayış massivləri ərazilərində nefroloji mərkəzlər yaradılmışdır.

Bu sindrom II dünya müharibəsi zamanı böyük şəhərlərin bombardmanı zamanı 3,7%, güclü zəlzələlər zamanı 3,5-dən 4%-ə qədər müşahidə olunmuşdur. Nüvə silahının meydana çıxması müharibələrdə uzunmüddətli sıxılma sindromunun müşahidə olunma ehtimalını artırmışdır. Belə ki, 1945-ci ildə Yaponiyanın atom bombardmanı zamanı uzunmüddətli sıxılma sindromu bütün zədələnmələrin 15-20%-ni təşkil etmişdi.

7.2. UZUNMÜDDƏTLİ SIXILMA SİNDROMUNUN TƏSNİFATI

Toxumaların uzunmüddətli sıxılması, travmatik toksikoz, yaxud “Kraş sindrom” barədə ədəbiyyatda konkret təsnifatın olmaması bu patologiyanın daha ətraflı müzakirəsini tələb edir. Əvvəlcə mövzu barəsində bir neçə kəlmə qeyd etməyi vacib bilirik: “Toxumaların uzunmüddətli sıxılma sindromu”, -burada “Uzunmüddətli” məvhumu konkretlik bildirmir. Mövzunun ikinci adı “Travmatik toksikoz” da fikri tam əhatə etdirmir. Çünki bütün ciddi zədələnmələrlə əlaqədar toksikozun baş verməsi labüddür. İstər yara xəstəliyində, istər zədə xəstəliyində və istərsə də yanq xəstəliyində xəstəliyin ikinci mərhələsini toksikoz təşkil edir. Toxumalarda əmələ gəlmiş metabolik pozğunluqlar nəticəsində əmələ gəlmiş toksinlərin qana sorulması orqanizmdə endotoksikoz yaradır. Lakin uzunmüddətli sıxılmalar zamanı baş vermiş endotoksikoz birincili (ilkin) xarakter daşıyır. Yəni sıxılma aradan götürüldükdən sonra endotoksinlər qana sorularaq toksikoz əlamətləri verir və sonralar bu, böyrək çatmamazlığı ilə nəticələnir. Bizə belə gəlir ki, “Kraş sindrom mövzunu” daha çox əhatə edir. Lakin bu məvhum hələ dilimizin leksikonunda vətəndaşlıq qazanmadığı üçün, mövzunun axıncı şəkildə verilməsi də düzgün olmazdı. Beləliklə xəstəliyin adının ilkin travmatik toksikoz şəklində verilməsi daha düzgün olardı.

Lakin bütün bu deyilənlərə baxmayaraq, məlum olan dünya ədəbiyyatında bu mövzu “Uzunmüddətli sıxılma sindromu” şəklində qəbul edildiyi üçün ənənəyə sadıq qalaraq, biz də şərti olaraq həmin mövzunun dəyişməz şəkildə verilməsini məqsədaşlıq hesab edirik.

Toxumaların uzunmüddətli sıxılması sindromunun (travmatik toksikoz, yaxud kraş sindromun) təsnifatının tərtibatında aşağıdakı prinsiplərə üstünlük verilməsi vacibdir:

1) Toxumaların sıxılması vaxtı konkret olaraq göstərməlidir. Bu, 2 saata qədərki müddəti, 2 saatla 4 saat arasındakı müddəti və 4 saatdan yuxarı olan müddəti əhatə etməlidir. 2 saat müddəti qankəsici turnaların maksimal qoyulma vaxtına bərabərdir. Bu müddət özü də şərtidir. Mövsümlə əlaqədar, məsələn qış mövsümündə, həmin müddət yarım saata qısaldıla bilər. Beləliklə, 2 saata qədər sıxılmalarda praktik olaraq funksional dəyişiklik ötürü xarakter daşımaları və funksiya tam bərpa olunmalıdır. 2 saatla 4 saat arasındakı sıxılmalarda funksional pozğunluq davamlı xarakter daşıyır, ağır hallarda prosesə morfoloji dəyişikliklər də əlavə olunur. 4 saatdan yuxarı sıxılmalarda isə funksiyanın tam itməsi, onun bərpasının qeyri-mümkünlüyü, işemik kontrakturanın əmələ gəlməsi ilə əlaqədar ətrafda dərin morfoloji pozğunluğun baş verməsi müşahidə olunur.

2) Xəsarət çəkmiş şəxslərin ağırlıq dərəcəsi nəzərə alınmalıdır. Bunun ənənəvi olaraq yüngül, orta ağırlıqlı, ağır və daha ağır formalarda verilməsi daha münasibdir.

3) Təsnifatın tərtibatında prosesin klinik əlamətləri nəzərdə tutulmalıdır. Az müddətli sıxılmalar zamanı klinik əlamətlər müşahidə olunmaya da bilər. Daha çox müddət sıxılmaya məruz qalma hallarında

isə klinik əlamətlər özünü funksiyaların kompensasiyası şəklində, subkompensasiya, dekompensasiya və geriyə dönməz əlamətlərin olması şəklində göstərə bilər.

4) Təsnifatın tərtibatında eyni zamanda zədələnmənin xarakteri də nəzərə alınmalıdır. Yəni zədələnmə izolə şəkildə, müştərək və kombine şəkildə müşahidə oluna bilər.

5) Təsnifatın tərtibatında prosesin klinik gedişinin də nəzərə alınması vacibdir. Əksər tədqiqatçılar uzunmüddətli sıxılma sindromunun üç klinik dövrünü ayırd edirlər. Bura erkən dövr, ara dövr və bərpa dövrü daxildir. Erkən dövrün ara dövrə keçid mərhələsində “ışıqlı dövr” də müşahidə oluna bilər. Bu orqanizmin kompensasiya qabiliyyətinin səfərbərliyə alınması ilə əlaqədardır.

6) Həmçinin təsnifatın tərtibatında zədələnməni əmələ gətirən səbəb də nəzərə alınmalıdır. Məsələn, zədələnmələr təbii fəlakətlər (zəlzələlər, sürüşmələr, qasırğalar, vulkan püskürmələri, uçqunlar və s.) nəticəsində baş verə bilər. Bundan əlavə, zədələnmələr partlayış nəticəsində, xüsusilə atom və hidrogen bombalarının partlaması nəticəsində baş verə bilər. Eləcə də zədələnmələr döyüş xarakterli ola bilər.

Beləliklə, bütün yuxarıda deyilənləri nəzərə alaraq, uzunmüddətli sıxılma sindromunun təsnifatının modelinin aşağıdakı qaydada verilməsini daha məqsədə uyğun hesab edirik. Təsnifatın belə təsviri diaqnozun tərtibatının və müalicənin həyata keçirilməsi məsələsini asanlaşdırır.

UZUNMÜDDƏTLİ SIXILMA SİNDROMUNUN TƏSNİFATI

SIXILMANIN MÜDDƏTİNƏ GÖRƏ:

- 2 saata qədər sıxılma
- 2-4saata qədər sıxılma
- 4 saatdan artıq sıxılma

ZƏDƏLƏNMƏNİN AĞIRLIQ DƏRƏCƏSİNƏ GÖRƏ:

- Yüngül
- Orta ağırlıqlı
- Ağır

PROSESİN KLİNİK ƏLAMƏTLƏRİNƏ GÖRƏ:

- Klinik əlamətsiz
- Klinik əlamətlərlə

FAZASINA GÖRƏ:

- Kompensasiya fazası
- Subkompensasiya fazası
- Dekompensasiya fazası

ZƏDƏLƏNMƏNİN XARAKTERİNƏ GÖRƏ:

- Təcrid olunmuş zədələnmə
- Müştərək zədələnmə
- Kombinə olunmuş zədələnmə
- Yanaşı zədələnmə

ZƏDƏLƏNMƏNİ ƏMƏLƏ GƏTİRƏN SƏBƏBƏ GÖRƏ:

- Təbii fəlakətlər nəticəsində zədələnmə
- Döyüş zədələnmələri
- Atom partlayışı nəticəsində zədələnmə

7.3. UZUNMÜDDƏTLİ SIXILMA SİNDROMUNUN PATOGENEZİ

Xəstəliyin patogenezinin əsasını endogen intoksikasiya təşkil edir. Daha doğrusu uzunmüddətli sıxılma sindromunun patogenezinə sinir-ağrı faktoru və plazma itgisindən əlavə patoloji nəhiyədə əmələ gəlmiş toksik mübadilə məhsullarının (endotoksinlərin) qana sorulması təşkil edir. Toxumaların uzunmüddətli işemiyası anaerob qlikolizin əmələ gəlməsi, hüceyrə membranının sıradan çıxması, autokatalitik proseslərin meydana çıxmasına səbəb olur. Lizosomal fermentlər zülal, piy və karbohidratları parçalayaraq, bioloji aktiv maddələrin əmələ gəlməsinə səbəb olur. Adenozintrifosfat turşusunun parçalanması, mioqləbinin, kaliumun, ribonuklein turşusunun və digər parçalanma məhsullarının hüceyrəarası sahəyə yayılması baş verir. Bunların konsentrasiyası toksik səviyyəyə çataraq, histogen-

metabolik endotoksikoz vəziyyətinə gətirib çıxarır. Zədə nahiyəsindən bura bakteriyalar və onların toksinlərinin keçməsi prosesin daha da dərinləşməsinə səbəb olur. Xəstələrin ümumi vəziyyəti endotoksikozun inkişaf dərəcəsiindən asılıdır. Toksinlərin həyati vacib orqanlərə təsiri ilə əlaqədar funksional pozğunluğun baş verməsi, ağrının mərkəzi sinir sisteminə tormozlayıcı təsiri, bu fonda baş vermiş endokrin pozğunluğu, toplanmış toksik məhsulların bədənə sorularaq onu zəhərləməsi, kəskin ödemlə əlaqədar plazma itgisinin yaranması və qanın qatılaşması ilk növbədə kəskin böyrək çatmamazlığının əmələ gəlməsinə səbəb olur. Böyrək çatmamazlığının əmələ gəlməsinin başlıca səbəbi sıxılmaya məruz qalmış nahiyədə miolizin getməsi və mioqlöbinuriyanın əmələ gəlməsidir. Mioqlöbin turş mühitdə duz turşulu hematinə çevrilərək, böyrək kanalçıqlarının tutulmasına və kəskin böyrək çatmamazlığının əmələ gəlməsinə səbəb olur, anuriya baş verir. Qaraciyər güclü intoksikasiyanı aradan qaldıra bilmir və toksik hepatit baş verir. İntoksikasiya digər həyati vacib orqanlərdə də funksional və morfoloji pozğunluqlar törədir, toksik ensefalopatiya, toksik miokardit, respirator distress sindromun baş verməsi müşahidə olunur.

İntoksikasiyanın inkişafı toxumaların sıxılma müddətindən və sıxılmış toxumaların həcmindən çox asılıdır. 3-4 saata qədər sıxılmalar bir o qədər qorxulu olmayıb, müalicəyə yaxşı tabe olur. 4 saatdan artıq sıxılma hallarında isə xəstənin vəziyyəti ağırlaşır. Aşağı ətrafların sıxılmaları yuxarı ətraf sıxılmalarından daha ağır keçir. Bir neçə ətrafın eyni zamanda sıxılmaya məruz qalması daha təhlükəlidir. Uzunmüddətli sıxılma sindromunda orqanizmin intoksikasiya dərəcəsi təkcə ətrafın sıxılma müddəti ilə əlaqədar olmayıb, eyni zamanda magistral damarların və sinirlərin nə dərəcədə zədələnməsindən də çox asılıdır.

7.4. UZUNMÜDDƏTLİ SIXILMA SİNDROMUNUN KLİNİKASI, SİMPATOMATOLOGİYASI VƏ DİAQNOSTİKASI

Prosesin klinik gedişi özünü orqanizmin ağrıya, toxumaların işemiyası və degenerativ-nekrotik prosesə qarşı ümumi reaksiyası şəklində təzahür etdirir. Xəstəlik yüngül, orta ağırlıqlı və ağır gedişə malik olub, 3 dövrdə: erkən, ara dövr və gec dövrlərlə keçir. Patoloji proses şəraitdən asılı olaraq, yanıq, yaxud donmalarla, kəskin şüa xəstəliyi və kimyəvi zədələnmələrlə kombinə şəklində də müşahidə edilə bilər. Eyni zamanda proses miokard infarktı, diabetik koma, pnevmoniya, ağciyər ödemi, peritonit, nevrin, psixomotor oyancılıq, irinli-septik proses və tromboemboliya ilə fəsadlaşa bilər.

Toxumaların uzunmüddətli sıxılma sindromununun ağırlıq dərəcəsi sıxılma müddətindən və işemiyaya uğramış toxumaların həcmindən də çox asılıdır. Bunun 4 dərəcəsi məlumdur: yüngül, orta ağırlıqlı, ağır, daha ağır. M.I.Kuzinə görə (1959) ətrafın bir seqmentinin 3-4 saata qədər sıxılması olan xəstələr yüngül xəstələrdirlər. Onlarda böyrəklərin funksional çatmamazlığı müşahidə olunmur, yaxud yüngül toksikoz nişanələri aşkar olunur. Əgər bir ətraf 5-6 saat müddətində sıxılmaya məruz qalmışdırsa, onlar orta ağırlıqlı xəstələrə aid edilirilər. Həmin xəstələrdə böyrəklərin zəif funksional çatmamazlığı əlamətləri müşahidə olunur. Əgər ətraf 7-8 saat müddətində sıxılmışsa, belə xəstələrin vəziyyəti ağır olur. Bu zaman kəskin böyrək çatmamazlığı və hemodinamik pozğunluqlar aşkar müşahidə olunur. 2 ətrafın 6 saat və daha çox müddətlərdə sıxılması hallarında isə xəstələrin vəziyyəti son dərəcə ağır olur və onlar adətən 2-3 sutka ərzində kəskin böyrək çatmamazlığından tələf olurlar.

Uzunmüddətli sıxılma sindromu zamanı kəskin ağrılar, yüksək psixoemosional vəziyyət, qanitirmə, asfiksiya və digər patoloji vəziyyətlər müşahidə olunsada, xəstəliyin dominant əlamətləri böyrək çatmamazlığının baş verməsi ilə aşkarlanır. Subkompensasiya vəziyyətlərində xəstələrin vəziyyəti orta ağırlıqda olur. Onlar ümumi zəiflik, ürəkbulanma, başgicəllənmə və başağrılarından şikayət edilirilər. Bədən temperaturu yüksəlir. Hemodinamik pozğunluqlar qan dövranının mərkəzləşməsi, damarların tonusdan düşməsi, təngnəfəliyin (dəqiqədə 24-26) baş verməsi şəklində müşahidə olunur. Böyrək çatmamazlığının başlanğıc əlaməti, bağırsaqların parezi, ishal şəklində özünü göstərir. Plazmada kreatininin səviyyəsi 3-4 dəfə, sidik cövhərininki 2-3 dəfə, aminotransferazanın səviyyəsi 1,5-2 dəfə artır. Hipoproteinemiya, anemiya, metabolik asidoz aşkar olunur.

Dekompensasiya hallarında yaralının vəziyyəti ağır olur. Ensefalopatiya əlaməti olaraq, psixikada qeyri-stabillik, eyforiya, yaxud depressiya, huşun alaqranlıq vəziyyəti: stupor, yaxud soporoz vəziyyət müşahidə olunur. Ürəkbulanma, qusma, başağrıları xəstələri narahat edir. Bədən temperaturu 39-40 dərəcəyə qədər yüksəlir və hektik xarakterə malik olur. Arterial təzyiq kəskin enir və qeyri-stabil olur,

nəbz tezliyi sürətlənir. Tənəffüsün sayı dəqiqədə 35-40-a çatır, xəstənin dərisi solğun rəngdə olur. Kəskin qaraciyər-böyrək çatmamazlığı, parolitik bağırsaq keçməməzliyi, peritonizm əlamətləri aşkar olunur. Plazmada kreatininin səviyyəsi 5 dəfə və daha artıq, bilirubin 3-4 dəfə, aminotransferaza 3 dəfə artır, kəskin anemiya, hipoproteinemiya, dekompensasiyalı metabolik asidoz, qanın laxtalanma sistemində pozğunluq əlamətləri –yayılmış damardaxili laxtalanma sindromu (DLS) müşahidə olunur.

Toxumaların uzunmüddətli sıxılma sindromuna həmçinin yanaşı zədələnmələr və onların erkən fəsadlaşmalarının baş verməsi də xarakterdir. Bu, özünü qarşılıqlı ağırlaşma sindromu şəklində göstərir. Fəsadlaşmalar zədələnmənin ağırlıq dərəcəsiindən, onun xarakterindən, iqlim, meteoroloji vəziyyət və döyüş şəraitindən də asılı olaraq inkişaf edir.

Qeyd etdiyimiz kimi, toxumaların uzunmüddətli sıxılma sindromunun klinikası üç dövrə bölünür: 1) erkən, yaxud hemodinamik pozğunluqlar dövrü 1-3 gün davam edir, 2) ara dövr, bu, böyrək çatmamazlığının inkişafı ilə xarakterizə olunur; zədələnmənin 3-4-cü günündən başlamış, 8-12-ci günlərinə qədər davam edir, 3) bərpa, yaxud son dövr - 1-2 ay müddətində davam edir, əsasən toxuma zədələnməsi və yerli əlamətlərlə keçir (Cədvəl 7.1).

Uzunmüddətli sıxılma sindromunda orqanizmin intoksikasiya dərəcəsi təkcə ətrafın sıxılma müddəti ilə əlaqədar olmayıb, eyni zamanda magistral damarların və sinirlərin nə dərəcədə zədələnməsindən də çox asılıdır. Odur ki, ətrafın sıxılmadan azad olunması zamanı onun müayinəsi, ətrafın isti, yaxud soyuq olmasının, periferiyada nəbzın olub-olmamasının, ətrafda funksional pozğunluq və onun səviyyəsinin təyin edilməsi olduqca vacibdir. Bəzən ətrafın 4 saatdan artıq sıxılmaya məruz qalmasına baxmayaraq, damar və sinirlərdə funksional pozğunluq halları müşahidə edilmir, ətrafda pulsasiya saxlanılır. Buna ətrafın **pozision sıxılması** deyilir. Bu kimi hallarda şübhəsiz ki, sıxılmanın daha uzun keçməsinə baxmayaraq ətrafa turanın qoyulmasına ehtiyac qalmır(!).

Erkən dövr. Xəstəliyin erkən əlamətinə ilk saatlarda şokabənzər mənzərinin yaranması, sıxılma nahiyəsində ödem və qansızmanın artması aiddir. Patoloji nahiyədə suluqlanmalar baş verir. Ətrafda hissiyyatın itməsi işemiyanın dərəcəsiindən asılı olaraq inkişaf edir. Fəal hərəkətlərin olmaması, ağrı və daktil hissiyyatının itməsi dekompensasiyalı işemiyanın baş verməsini göstərir. Həmin nahiyədə qeyri-fəal (passiv) hərəkətlərin mümkün olmaması işemiyanın geriyə dönməz xarakterə malik olmasına sübutdur. Bu, ətrafda meyit qacımaları şəklində təzahür edir.

Zədə nahiyəsindəki ödem artması nəticəsində periferiyada damarların pulsasiyasını hiss etmək mümkün olmur. Qonur-bənövşəyi rəngli dəridə şəffaf, yaxud hemorragik möhtəviyyətli suluqlanmalar əmələ gəlir. Xəstədə ümumi ləngimə əlamətləri arterial təzyiğin enməsi, nəbzın tezləşməsi, susuzluq və təkrari qusma halları baş verir. Sidik qızarıq, yaxud boz rəngə çalır (mioqlobinuriya). Sidik ifrazı azalır, bəzən isə tam kəsilir, anuriya baş verir.

Bu müddət orta hesabla 1-2 gün çəkir və xəstələrin bir qisminə kəskin ürək-damar çatmamazlığı fonunda ağciyər ödemi, kəskin qaraciyər-böyrək çatmamazlığı və toksik ensefalopatiya halları müşahidə olunur və bunlar son məqamda ölümlə nəticələnir.

Ara dövr. 2-3 gün keçdikdən sonra sağ qalmış xəstələrin arterial təzyiği normallaşır, bəzən zəif hipertenziya müşahidə olunur. Bədən temperaturu yüksəlir. Qısa müddətli yaxşılaşmadan sonra (ışıqlı dövr) kəskin böyrək çatmamazlığı ilə özünü göstərən toksemik ara dövr başlanır. Yaralılarda zəiflik, başağrıları, ürəkbulanma və qusma əlamətləri olur. Bel nahiyəsində ağrılar meydana çıxır. Huşun alaqaranlıq halı soporoz, ağır hallarda isə komatoz vəziyyətlə əvəz olur. Böyrək çatmamazlığının aşkar əlamətləri meydana çıxır. Sidiklə mioqlobin ifrazı ona tünd rəng verir. Oliguriya anuriya ilə əvəz olunur. Bu zaman hiperhidratasiya fonunda ağciyər ödemi baş verə bilər. Toksik məhsulların toplanması və hiperkaliemiya fonunda toksik miokarditin və ensefalitin klinik əlamətləri meydana çıxır. Bu dövr orta hesabla xəstəliyin 4-20-ci günlərini əhatə edir. Bakterial (ekzogen) toksinlərin təsirindən intoksikasiya artır, yara eksudatında stafilokokklar, streptokokklar, göy irin çöpləri aşkar olunur. Laborator müayinəsində anemiya, sola meyilli leykositoz, hipoproteinemiya, hiperazotemiya, hiperkaliemiya, hiperbilirubinemiya, alanin və aminotransferazanın artması qeyd edilir.

Bağırsaqların divarında mikrosirkulyasiya pozulduğundan burada yerləşmiş qram-mənfi mikrobların toksinləri portal sistemə keçərək, endotoksikoz (septik şok) yaradır. Toksinlərin qaraciyərin

retikuloendotelial hüceyrələrinə və leykositlərə təsiri ilə əlaqədar külli miqdar bioloji aktiv maddələrin ifraz olunması nəticəsində endogen intoksikasiya endotoksik şok xarakteri alır. Xəstələrdə oliquriya və nəhayət anuriya baş verir, azotemiya artır. Böyrək çatmamazlığının patogenezi əsasən hemodinamik pozğunluq, endogen intoksikasiya və metabolik pozğunluqlardan asılı olaraq inkişaf edir.

Böyrək çatmamazlığı həmçinin mioqlobinuriya ilə də əlaqədar olaraq baş verir. Adi halda qələvi mühitdə mioqlobin böyrək kanalcıqlarından asanlıqla süzülür. Lakin turş mühitdə mioqlobinin duz turşulu hematin əmələ gətirərək, onun böyrək kanalcıqlarında toplanması funksiyanın pozulmasına və kəskin böyrək çatmamazlığına səbəb olur. Həmçinin mioqlobin böyrək kanalcıqlarının endotelinə də toksik təsir göstərərək, onun nekrozuna səbəb olur. Kəskin böyrək çatmamazlığının bu forması mioqlobin nefrozu da adlandırılır.

CƏDVƏL 7. 1.

AĞIR GEDIŞLI UZUNMÜDDƏTLI SIXILMA SINDROMUNUN AYRI-AYRI DÖVRLƏRİNDƏ MÜŞAHİDƏ OLUNAN MÜHÜM KLİNİK ƏLAMƏTLƏRİ

Xəstəliyin dövrləri	Dövrün davametmə müddəti	ƏSAS KLİNİK ƏLAMƏTLƏR
Erkən dövr	1-2-3 gün	Xəstəliyin klinikası travmatik şoka bənzəyir. Qan qatılaşır, ətrafda ödem qeyd olunur. 3-4-cü sutkada “ışıqlı dövr” müşahidə olunur. Bu halda arterial təzyiq normallaşır.
Ara dövr	3-4-cü gündən 8-12-ci günlərə kimi	Getdikcə artan böyrək çatmamazlığı, süstlük, iştahsızlıq müşahidə olunur. Zədələnmiş ətrafda şişkinlik, suluqlanmalar və əzələlərin nekrozu qeyd edilir. Anemiya, asidoz, hiperkaliemiya və qalığ azotunun həddən çox artması qeyd edilir. Nəhayət anuriya, uremiya və koma baş verir.
Bərpa (son) dövrü	1-2 ay müddə-tində davam edir	Hemodinamika və böyrəklərin funksiyası tədricən bərpa olur. Nekrotik toxumalar ayrıldıqdan sonra zədələnmiş ətrafda geniş yaralar əmələ gəlir. Bu dövrdə toksiko-rezorbativ qızdırma, sepsis və osteomyelitlər, daha gec dövrlərdə əzələ atrofiyası, kontrakturalar və travmatik nevrilər müşahidə oluna bilər.

İntoksikasiyanın dərinləşməsi hepatorenal sindromunun meydana çıxmasına səbəb olur. Bu, toksik hepatitin əmələ gəlməsi ilə əlaqədardır. Bütün hallarda orqanizmin immun qabiliyyəti tükəndiyindən, bu dövrdə irinli-septik fəsadlaşmalar müşahidə edilir. Ağır hallarda 2-ci həftənin başlanğıcında uremiya fonunda ölüm halı baş verir. Böyrəyin funksiyasının bərpa olduğu hallarda isə sıxılmanın 3-4-cü həftəsindən etibarən xəstəliyin 3-cü (bərpa) dövrü başlanır.

Bərpa dövrü. Bu dövr yerli əlamətlərin üstünlüyü ilə keçir. Müalicə ilə əlaqədar endogen intoksikasiya azalır, kəskin böyrək çatmamazlığı əlamətləri ləğv olur, ödem sorulmağa başlayır, xəstəliyin yerli əlamətləri ön plana keçir. Sıxılmaya daha çox məruz qalmış sahələrdə dəri və əzələlərdə nekrotik ocaqlar əmələ gəlir. Yaraların irinləməsi, immunodefisit fonunda irinli-septik proses meydana çıxır. Bəzən barmaqların atrofiyası, hətta bütün bir seqmentin çürüyüb döşməsi müşahidə olunur. Bu dövrdə travmatik nevrit əlaməti olaraq kausalqik (yandırıcı) ağrılar da baş verə bilər. Əzələlərin atrofiyası, zədə nahiyəsində hissiyyatın itməsi və kontrakturaların əmələ gəlməsi baş verir. Bu klinik əlamət ikincili poliorqan çatmamazlığa daha çox uyğun gəlir.

Uzunmüddətli sıxılma sindromunun diaqnostikası. Diaqnoz xəstəliyin klinik əlamətlərinə əsasən qoyulur. Diaqnozun qoyulmasında xəstənin anamnezinin, xəstəni müşahidə etmiş şəxslərin

məlumatlarının xüsusi əhəmiyyəti vardır. Uzunmüddətli sıxılma sindromunun diaqnostikası ikili mənə daşıyır. Bura həm sıxılmaya məruz qalmış toxumalarda baş vermiş yerli əlamətlər, həm də sıxılma ilə əlaqədar orqanizmdə baş vermiş ümumi əlamətlər aid edilməlidir.

Yerli əlamətlərə toxumalarda baş vermiş işemik pozğunluqlar aiddir. Ətraf sıxılmaya nə qədər çox məruz qalmışsa, xəstələrin vəziyyətləri də bir o qədər ağır olur. Bundan əlavə, sıxılmaya məruz qalmış toxumanın həcmi də nəzərə alınmalıdır. Xəstəliyin müalicəsinin düzgün təşkili və onun həyata keçirilməsi üçün sıxılmaya məruz qalmış ətrafın vəziyyəti, baş vermiş işemik pozğunluqların inkişaf dərəcəsi müəyyən edilməlidir. Əgər ətrafda hissiyyat saxlanılmışsa və həm fəal, həm də qeyri-fəal hərəkətlərdə məhdudluq yoxdursa, bunlar yüngül xəstələrə aid edilirlər. Praktiki olaraq bu zaman böyrək çatmamazlığı müşahidə olunmur, yaxud pozğunluq yüngül toksikoz şəklində keçir.

CƏDVƏL 7. 2.

UZUNMÜDDƏTLİ SIXILMA SINDROMU İLƏ TRAVMATİK ŞOKUN DIFFERENSIAL DIAQNOSTİKASI

KLİNİK ƏLAMƏTLƏR	UZUNMÜDDƏTLİ SIXILMA SİNDROMU	TRAVMATİK ŞOK
Qanın qatılşması	Müşahidə olunur	Müşahidə olunmur
Oliquriya, anuriya	Çox rast gəlinir, 8-12 gün müddətində davam edir.	Anuriya olmur, oliquriya az halda müşahidə olunur, yaralı şokdan çıxdıqdan sonra aradan qalxır.
Arterial təzyiq	Sıxılma aradan qaldırılana qədər dəyişmir	Aşağı olur
Sidikdə dəyişikliklər (mioqlobinuriya, hemoqlobinuriya, silindruriya)	Həmişə müşahidə olunur	Müşahidə olunmur
Təşrih zamanı böyrəklərdə morfoloji əlamətlər	Çox müşahidə olunur	Müşahidə olunmur
Plazma itgisi	Həmişə müşahidə olunur, bəzən plazma itgisi dövrən edən qanın 1/3-nə bərabər olur	Zəif müşahidə olunur
Toksemiya	Həmişə müşahidə olunur	Müşahidə olunmur

Əgər ətrafda hissiyyat itmişsə, lakin fəal və qeyri-fəal hərəkətlər saxlanılmışsa, bunlar orta ağırlıqlı xəstələrə aid edilirlər. Əgər həm hissiyyat, həm də fəal hərəkətlər itmişsə, lakin qeyri-fəal hərəkətlər saxlanılmışsa, onların ağırlıq dərəcəsi ətrafda müşahidə olunan ödem inkişaf səviyyəsindən və prosesə cəlb olunmuş toxumaların həcmindən asılı olaraq qiymətləndirilməlidir. Sıxılmaya məruz qalmış ətrafda hissiyyatın tam itməsi, fəal və qeyri-fəal hərəkətlərin olmaması, ətrafda kəskin ödem müşahidə olunması, onun rənginin dəyişməsi, suluqlanmaların baş verməsi müşahidə olunursa, bunlar daha ağır xəstələrə aid edilməlidir. Bu halda ətrafın saxlanılmasına ümid çox az olur. Bütün bu əlamətlər xəstələrə yardım prosesində və onlara patogenetik müalicənin aparılmasında nəzərə alınmalıdır.

Xəstəliyin ümumi əlamətləri orqanizmin ağrıya qarşı ümumi reaksiyası, bədən temperaturunun yüksəlməsi, ümumi intoksikasiya əlamətlərinin olması şəklində keçir. Bəzən xəstələrdə qusma halları müşahidə olunur. Xəstəliyin əsas əlamətləri ətraf sıxılmadan azad olduqdan sonra intoksikasiya və kəskin böyrək çatmamazlığı şəklində inkişaf edir. Dekompensasiya hallarında yaralının vəziyyəti ağır olur. Psixikada qeyri-stabillik, eyforiya, yaxud depressiya, huşun alaqsızlığı vəziyyəti: stupor, yaxud soporoz vəziyyət müşahidə olunur. Ürəkbulanma, qusma, başağrıları xəstəni narahat edir. Hərərət 39-40 dərəcəyə qədər yüksəlir. Arterial təzyiq kəskin enir və qeyri-stabil olur, nəbz tezliyi sürətlənir. Tənəffüsün sayı dəqiqədə 35-40-a çatır, xəstənin dərisi solğun rəngdə olur. Xəstələrdə kəskin qara ciyər-böyrək çatmamazlığı əlamətləri inkişaf edir. Plazmada kreatininin, bilirubin, aminotransferazanın səviyyəsi

həddən artıq yüksəlir, anemiya, hipoproteinemiya, dekompenasiyalı metabolik asidoz, qanın laxtalanma sistemində pozğunluq əlamətləri, yayılmış damardaxili laxtalanma sindromu (DLS) müşahidə olunur.

Bir sıra hallarda zədələnmələr müştərək və kombinə olunmuş keçdiyindən əlavə müayinə metodlarının da aparılması lazım gəlir. Həmçinin uzunmüddətli sıxılma sindromunun travmatik şokla differensə edilməsinin də diaqnostik əhəmiyyəti vardır (Cədvəl 7.2). Qanın qatılaşmasının, oliquriyanın olmasının, arterial təzyiqdə baş verən dəyişiklik, sidikdə mioqlobinin artması, plazma itgisi və toksemiyanın olması, differensial diaqnostikada xüsusi əhəmiyyət kəsb edir. Uzunmüddətli sıxılma sindromunda arterial təzyiqdə olan dəyişiklik yalnız sıxılma aradan qaldırıldıqdan sonra baş verir. Plazma itgisinin olması və toksemiya halları sıxılma sindromuna daha xasdır. Travmatik şok zamanı axırıncılar praktik olaraq müşahidə edilmir.

7.5. UZUNMÜDDƏTLİ SIXILMA SİNDROMUNUN MÜALİCƏSİ VƏ MƏRHƏLƏLİ YARDIMIN HƏYATA KEÇİRİLMƏSİ QAYDALARI

7.5.1. UZUNMÜDDƏTLİ SIXILMA SİNDROMUNUN MÜALİCƏSİ

Ətraf sıxılmadan azad olunan kimi ödem əmələ gəlməmiş dərhal periferiyadan mərkəzə doğru kip sarınmalı və hərəkətsizləşdirilməlidir. Çoxsaylı sınıqlarla müşahidə olunan ağır sıxılma hallarında ətrafın saxlanılması ehtimalı az olduqda sorulma prosesinin azaldılması məqsədilə ətrafa rezin turna qoyulması vacibdir. Bütün xəstələr hətta dərin funksional pozğunluqlar olmadığı hallarda belə, uzanmış vəziyyətdə daşınmalı və təxliyə olunmalıdırlar. Zədələnmələrin ilk günlərində şok əleyhinə müalicənin aparılması vacibdir. Turnadan yuxarı sahədə ətrafa sirkulyar novokain blokadası mümkün qədər tez həyata keçirilməlidir. Ətrafların daha yüksək sahədə zədələnmələri zamanı ikitərəfli paranebral novokain blokadası aparılmalıdır. Bu, həmçinin sidik ifrazı pozğunluqları hallarında da yerinə yetirilməlidir. Novokain blokadasından əlavə infuzion müalicə də həyata keçirilməlidir. Bunun məqsədi dövrən edən qanın həcmnin bərpasıdır. Burada qanköçürmə nisbi əks göstərişdir. Infuzion terapiyada kiçik molekul kolloid məhlullara, izotonik və duz məhlullarına üstünlük verilməlidir. Asidozla mübarizə məqsədilə vena daxilinə 300-500 ml 4%-li natrium bikarbonat (soda) məhsulunun köçürülməsi vacibdir.

Damar spazmının aradan götürülməsi məqsədilə venaya damcı üsulu ilə 400-500 ml 0,5%-li novokain məhlulu köçürülməlidir. Sidik ifrazını yaxşılaşdırmaq məqsədilə yüksək faizli qlükoza məhlulu, mannitol və lazıksdən istifadə edilməlidir. Qusması olmayan xəstələrə soda məhlulunu içirmək də olar. Bu, eyni zamanda xəstələrə toz halında hər 4 saatda 2-4 qram miqdarında da verilə bilər. İntoksikasiyanın azaldılması məqsədilə xəstələrə çoxlu maye içirilməlidir. Venaya yeridilən mayenin miqdarı qanın qatılığı və ifraz olunan sidiyin həcmindən asılı olaraq tənzim olunmalıdır. Sağlam şəxslər saatda 50-60 ml sidik ifraz etməlidir. Daha doğrusu sağlam orqanizm saatda hər kiloqram çəkiyə görə 0,5-1ml sidik verməlidir. Sutka ərzində venaya 4 litr maye, o cümlədən 1-1,5 litr 5%-li qlükoza məhlulu yeridilməlidir.

Toksinlərin bədənə sorulmasının ləngidilməsi məqsədilə ətraf soyudulmalıdır. Bunun üçün 4-5 saat müddətində 1-2 saat fasilə ilə ətrafa 2-3 gün müddətində buz qoyulur. Xəstələrə antibiotiklər təyin olunur. Ətrafların çoxsaylı sınıqları ilə müşahidə olunan ağır dərəcəli sıxılmalarında ətraf rezin turna açılmadan amputasiya olunmalıdır.

Ara dövrdə geniş ödemlər zamanı hemodinamik göstəricilər bərpa olunduqdan sonra toksik təsirlərin azaldılması məqsədilə zədələnmiş toxumalar geniş və dərin kəsilməli, fassial yataqlar açılmalıdır. İfrazatın daha asan xaric olması məqsədilə yara hipertonic duz məhlulu ilə sarınmalıdır. Qeyd etmək lazımdır ki, fassial yataqlar yarılmazdan əvvəl xəstələrdə hipoproteinemiya və elektrolit mübadiləsi pozğunluğunun qarşısının alınması məqsədilə əvvəlcədən profilaktik tədbirlər həyata keçirilməlidir. Böyrək çatmamazlığı zamanı hemodializdən istifadə olunmalıdır. Bu, eyni zamanda travmatik toksikozu olan bütün xəstələrə tətbiq edilməlidir. Xəstələr hətərəfli təchiz olunmuş müalicə müəssisələrində cəmləşdirilməlidirlər. İmkan olmadıqda hemodializ daha sadə üsul olan peritoneal dializlə əvəz olunmalıdır.

Uzunmüddətli sıxılma sindromunun radiasion zədələnmə ilə birlikdə müşahidə olunduğu hallarda müalicə qəbul olunmuş prinsiplər əsasında yerinə yetirilməlidir. Zədələnmənin ağır və orta ağırlıqlı şüa xəstəliyi ilə birgə müşahidə olunduğu hallarda toxumaların geniş yarılması kimi operativ müdaxilələr

mümkün qədər az həyata keçirilməlidir. Nisbətən az zədələnmələrdə konservativ müalicə tədbirləri ilə kifayətlənmək lazımdır. Ağır və geniş zədələnmələrdə ilkin amputasiyaya göstəriş məsələsi ön plana keçməlidir. Toxumaların yarılmalarına göstəriş varsa, bu şüa xəstəliyinin latent dövründə aparılmalıdır.

Bərpa dövründə oynaq kontrakturaları və əzələlərin atrofiyasına görə fizioterapevtik və cərrahi-bərpa əməliyyatları yerinə yetirilməlidir.

7.5.2. MƏRHƏLƏLİ YARDIMIN HƏYATA KEÇİRİLMƏSİ QAYDALARI

Uzunmüddətli sıxılmaya məruz qalmış şəxslərə yardımın həyata keçirilməsi vəziyyətdən asılı olaraq müxtəlif formalarda yerinə yetirilə bilər. Lakin həyata keçirilmə formasından asılı olmayaraq, yardım eyni prinsipə əsaslanmalıdır. Uzunmüddətli sıxılma zəlzələlər, yaxud təbii fəlakətlər nəticəsində, nüvə silahının tətbiqi zamanı, döyüş və sənaye zədələnmələri şəklində müşahidə oluna bilər. Bəzi hallarda, məsələn zəlzələlər zamanı zədələnmələr kütləvi xarakter alır. Dinc dövrdə baş vermiş zədələnmələr zamanı yardımın taktikası müharibə zamanında olduğundan fərqlənir. Bunların hər birinin şəraitdən asılı olaraq düzgün yerinə yetirilməsi vacibdir.

Dinc dövrdə baş vermiş təbii fəlakətlər, zəlzələlər, qasırğalar, dəmiryol qəzaları və i.a. zədələnmələri zamanı ilk və həkiməqədərki yardım şəraitdən asılı olaraq ilk həkim yardımı ilə eyni vaxtda da həyata keçirilə bilər. Belə ki, hadisə yerinə həm hərbi, həm də mülki xidmət sahəsindən gəlmiş həkim-feldşer briqadaları tərəfindən zərərçəkmişlərə yardım hadisə yerində yerinə yetirirlər. Bunun üçün yaxınlıqda saz halda olan binalar boşaldılıb tibbi xidmətin istifadəsinə verilməli, xəstələrə həkiməqədərki və ilk həkim yardımı burada həyata keçirilməlidir. Xəstə və yaralıları yardım aldıqdan sonra birbaşa ixtisaslı, yaxud ixtisaslaşdırılmış yardım mərhələsinə köçürülməlidirlər.

7.5.2.1. DINC DÖVRDƏ BAŞ VERMİŞ UZUNMÜDDƏTLİ SIXILMA SİNDROMU ZAMANI YARDIMIN HƏYATA KEÇİRİLMƏSİ QAYDASI

Dərhal sonra hadisə yerinə kəşfiyyat briqadaları, xilasetmə, və həkim feldşer briqadaları göndərilir. Sanitar itginin miqdarı və xarakteri təyin olunur. Yaralıları uçurulmuş binalardan, zirzəmilərdən, torpaq altından çıxarılır. Vaxt itirilmədən hadisə yerində yaralıları ilk və həkiməqədərki tibbi yardım və ilk həkim yardımı eyni zamanda həyata keçirilir. Zərərçəkmişlərə yardım təcür şokabənzər reaksiyanın aradan götürülməsindən ibarət olmayıb, eyni zamanda həyat üçün təhlükəli böyrək çatmamazlığının inkişafının qarşısının alınmasından və bu istiqamətdə kompleks tədbirlərin yerinə yetirilməsindən ibarətdir. Yardım almış yaralıları birbaşa ixtisaslı, yaxud ixtisaslaşdırılmış yardım mərhələsinə köçürülməlidirlər.

Müharibə dövründən fərqli olaraq, bu şəraitdə taktika bir qədər fərqli olacaqdır. Çünki burada həm həkim, həm feldşer və həm də sanitarlar eyni müddətdə xidmət göstərdiyindən, komandanlıq həkimlərin ixtiyarına keçir. Bütün xəsarətçəkmişlər hadisə yerindən çıxarılmalı, sıxılmaya məruz qalmış ətraflar təzyiq altından çıxarılarəkən, yaxud dərhal ondan sonra ətraflara (sıxılma sahəsindən bir qədər yuxarı) turna qoyulmalıdır. Ətrafların funksiyası həkim, yaxud feldşer tərəfindən yoxlanılmalıdır. Əgər ətrafda həsssiyyət itməmişsə, yaxud distal oynaqda fəal, yaxud qeyri fəal hərəkətlər saxlanılmışsa, qoyulmuş turna boşaldılmalı və 10-15 dəqiqə ərzində açılmalıdır. Turnanın tədricən açılmasında məqsəd turniket şokunun qarşısının alınmasıdır. Əgər ətrafda hissiyyət itibəsə və fəal hərəkətlər qeyri mümkünsə, lakin, passiv hərəkətlər mümkünsə, qoyulmuş turna açılmalı, ətraf periferiyadan mərkəzə doğru kip sarınmalı və soyudulmalıdır. Əgər sıxılmaya məruz qalmış ətraf həddən artıq ödemləşmişsə, suluqlanmalar baş vermişsə, hissiyyət pozğunluğundan əlavə ətrafda passiv hərəkətlər qeyri-mümkünsə (meyit qacması) bu, geriyə dönməz proseslərin baş verməsini göstərir. Belə hallarda yaralı, yaxud xəstə turna açılmadan xəstəxanaya çatdırılmalıdır. Əlbəttə, ətrafın funksiyasının saxlanılmasının qiymətləndirilməsində sıxılma müddətinin də nəzərə alınması vacibdir. Bunun üçün hadisənin baş verdiyi vaxt nəzərə alınmalıdır. Şübhəsiz ki, hadisədən nə qədər çox müddət keçmişsə, sıxılmış ətrafda geriyə dönməz pozğunluqlar da bir o qədər çox olacaqdır.

Şəraitdən asılı olaraq ilk həkim yardımı hadisə yerinə yaxın uçulmamış binalarda da təşkil oluna bilər, yaxud yaxınlıqda yerləşmiş xəstəxanaların qəbul şöbəsində yerinə yetirilə bilər. Zədələnmələrin

əksəri müştərək və çoxsaylı şəkildə müşahidə olunduğundan, burada ilk və həkiməqədərki tibbi yardımın və ilk həkim yardımının məzmunu təkcə uzunmüddətli sıxılma sindromuna qarşı olmayıb, eyni zamanda qanaxmanın, asfiksiyanın qarşısının alınması, şoka qarşı mübarizə tədbirlərinin kompleks şəkildə yerinə yetirilməsindən də ibarət olmalıdır.

İxtisaslı və ixtisaslaşdırılmış tibbi yardımın məzmunu müharibə şəraitində yerinə yetirilən yardımdan bir o qədər fərqlənir. Fərqli cəhət ondan ibarətdir ki, burada ixtisaslı yardımın tam həcmdə yerinə yetirilməsinə üstünlük verilməlidir. Həmçinin ixtisaslı və ixtisaslaşdırılmış tibbi yardım eyni bir tibbi müəssisədə də yerinə yetirilə bilər.

7.5.2.2. DÖYÜŞ ŞƏRAİTİNDƏ BAŞ VERMİŞ UZUNMÜDDƏTLİ SIXILMA SİNDROMU ZAMANI YARDIMIN HƏYATA KEÇİRİLMƏSİ QAYDASI

Müharibə zamanı, döyüş şəraitindən asılı olaraq bütün zədələnmələrdə olduğu kimi, uzunmüddətli sıxılma sindromu zamanı da yardımın yerinə yetirilməsi taktikası dinc dövrdə olduğundan fərqlidir. Çünki döyüş şəraitində yardımın eyni bir tibb müəssisəsində yerinə yetirilməsi qeyri-mümkün olduğundan, burada tibbi doktrinanın prinsipləri gözlənilməli, yaralılara yardım mərhələli şəkildə yerinə yetirilməlidir.

İlk- və həkiməqədərki yardım. Bunun məzmunu zərərçəkmişlərin hadisə yerindən çıxarılması, nəqliyyat hərəkətsizləşdirilməsinin aparılması, daha çox sıxılma hallarında ətrafa qankəsici rezin turnaların qoyulması və şok əleyhinə dərman maddələrinin yeridilməsindən ibarət olmalıdır. Ödemin sonrakı inkişafının qarşısının alınması məqsədilə ətrafa periferiyadan mərkəzə doğru kip sarğılar qoyulmalıdır. Toxumaların oksigenə olan tələbatını azaltmaq məqsədilə zədələnmiş nahiyəyə buz qoyulmalı, yaxud qoyulmuş sarğı soyuq su ilə isladılmalıdır. Hətta sınıqların olmadığı hallarda belə, ətraf standart, yaxud yardımçı vasitələrlə hərəkətsizləşdirilməlidir.

İlk tibbi yardımda zərərçəkmişlərə turnaların qoyulması məsələsi bir qədər mübahisəlidir. Burada müxtəlif fikirlər mövcuddur. Əksər müəlliflər zərərçəkmişlərin hadisə yerindən çıxarılan kimi, yəni ətraf sıxılmadan azad olunana qədər, yaxud ondan dərhal sonra ətrafa turnanın qoyulmasını vacib hesab edirlər. Həkiməqədərki, yaxud ilk həkim yardımı mərhələsində ətrafların funksiyası yoxlanılmalı, əgər ətrafın funksiyasında geriyə dönməz dəyişiklik yoxdursa, qoyulmuş turna açılmalı, ətrafa periferiyadan mərkəzə doğru kip sarğı qoyulmalı və ətraf soyudulmalıdır. Əgər ətrafda geriyə dönməz proses inkişaf etmişsə, turna açılmadan yaralı birbaşa ixtisaslı tibbi yardım mərhələsinə təxliyə olunmalıdır (Trubnikov V.F., Lixaçov V.A., Brösov P.Q. və başqaları).

Digər qrup müəlliflər isə (Ö.Şapoşnikov) xəstə və yaralıların hadisə yerindən çıxarılması, yaxud ətrafların sıxılmadan azad olunması müddətində turnadan istifadə edilməsinin əleyhinədirlər. Onların fikrincə turnaların əsassız yerə qoyulması zədələnməmiş ətrafın işemiyaya daha çox məruz qalmasına və ətrafda geriyə dönməz proseslərin inkişafına daha çox şərait yaradır. Buna görə də hadisə yerində ətrafın funksiyası yoxlanılmalı, əgər ətrafda geriyə dönməz əlamətlər: ətrafın həddən artıq ödemləşməsi, dəridə suluqların olması, hissiyyatın itməsi ilə bərabər distal oynaqda fəal və qeyri-fəal hərəkətlərin mümkün olmaması baş vermişsə ətrafa turna qoyulmalı, qoyulmuş turna açılmadan yaralı ixtisaslı tibbi yardım mərhələsinə çatdırılmalıdır. Digər hallarda turnadan istifadə edilməməlidir.

Göründüyü kimi axırıncı fikir daha proqressivdir və bunun həyata keçirilməsi yaralı üçün əlverişlidir. Lakin döyüş şəraitində bütün bunların yerinə yetirilməsi çətin və təhlükəlidir. Digər tərəfdən tibb işçilərinin olmadığı bir şəraitdə döyüş zonasında bütün bu üsulların yerinə yetirilməsini təkcə döyüşçülərə arxayın olmaq bir o qədər də düzgün deyil. Bu özü yardım prosesində bir sıra çətinliklər törədə bilər.

Beləliklə, əgər döyüş şəraitində yaralının ətrafı hər hansı bir səbəbdənsə sıxılmaya məruz qalmışsa, ətraf sıxılmadan azad olunan kimi dərhal (ətrafa) turna qoyulmalıdır. Xəstə, yaxud yaralı ilk növbədə tabor, yaxud briqada tibb məntəqəsinə çatdırılmalıdır. Burada ətrafın funksiyası həkim, yaxud feldşer tərəfindən yoxlanılmalı, bu funksiya saxlanılmışsa, turna tədricən açılmalı və ətrafa periferiyadan mərkəzə doğru kip sarğı qoyulmalı, ətraf soyudulmalı, şok əleyhinə tədbirlər həyata keçirilməli və

xəsarətçəkməşlər ixtisaslı yardım mərhələsinə təxliyə olunmalıdır. Əgər ətrafda geriyə dönməz əlamətlər qeyd edilirsə, bütün tədbirlər eynilə həyata keçirilməli, turna açılmadan yaralı, yaxud xəstə ixtisaslı yardım mərhələsinə çatdırılmalıdır.

İlk həkim yardımı –xəstələr sarğı otağına gətirilməli, qoyulmuş turnadan, yaxud sıxılmadan yuxarı hissədə ətrafa sirkulyar novokain blokadası həyata keçirilməlidir. Turnadan aşağı hissədə hissiyyat və ətrafin distal oynaqında hərəkətin olması yoxlanılmalı, hissiyyat və distal oynaqda fəal hərəkətlər saxlanılmışsa, turna açılmalıdır. Əgər turnadan aşağı hissiyyat və fəal hərəkətlər itmişsə, lakin qeyri-fəal hərəkətlər saxlanılmışsa, turna açılmalı, sirkulyar bint sarğısı qoyulmalı və ətraf soyudulmalıdır.

Əgər distal oynaqda qeyri-fəal hərəkət də itmişsə, bu meyit qacımasının olmasını göstərir. Belə hallarda turna açılmadan analgetiklər, antibiotik və tetanus əleyhinə zərərli yeridildikdən sonra yaralılar ixtisaslı yardım mərhələsinə təxliyə olunmalıdırlar. Asidozla mübarizə məqsədilə xəstəyə çoxlu qələvi məhlulları içirtməli, sarğı soyuq su ilə isladılması, yaxud buz qoyulması hesabına soyudulmalı, nəqliyyat hərəkətsizləşdirilməsi həyata keçirilməlidir. Nəqliyyat hərəkətsizləşdirməsi məqsədilə pnevmatik şinlərdən istifadə edilməsi daha məqsədəuyğundur. Onların istifadəsi zamanı ətrafin kip sarınmasına ehtiyac qalmır.

Ağır hallarda ikitərəfli paraneural novokain blokadası həyata keçirilməlidir. Bu, həmçinin böyrək qan dövrünün yaxşılaşdırılması məqsədini də daşıyır. Xəstəyə antihistamin preparatlar, ürək dərmanları yeridilməli, onlar ilk növbədə və uzanmış vəziyyətdə təxliyə olunmalıdırlar.

Ixtisaslı yardım -korpusun əlahiddə tibb taborları, yaxud hərbi-səhra cərrahiyyəsi hospitallarında həyata keçirilir. Burada venaya 4-5%-li natrium bikarbonat məhlulu köçürülməli, bununla bərabər, qusma əlamətləri yoxdursa xəstəyə çoxlu qələvi məhlulları içirilməlidir. Susuzlaşma və intoksikasiyanın qarşısının alınması məqsədilə xəstəyə poliqlükün, hemodez, duz məhlulları və 5%-li qlükoza məhlulu köçürülür. Ətrafin həddən artıq ödemləşdiyi hallarda dəri və fassial təbəqələrdə lampas kəsiklər aparılmalı, osmodiuretiklərdən (mannitol) istifadə olunmalıdır. Ağır yaralıların həyatının xilas olunması məqsədilə bir sıra hallarda ətraf turnalar açılmadan amputasiya olunmalıdır.

İstisnaşdırılmış yardım -arxa hospital və klinikalarda yerinə yetirilir. Burada yuxarıda göstərilənlərlə bərabər, xəstələrə təkrari novokain blokadaları həyata keçirilməli, onlara plazma, plazmaəvəzedicilər, duz məhlulları köçürülməli, geniş spektrli təsirə malik antibiotiklərdən istifadə olunmalıdır. İntoksikasiyanın qarşısının alınması məqsədilə irinliklər yarılmalıdır. Anuriya və uremiya hallarında peritoneal dializ və hemodializ, ekstrakorporal detoksikasiya həyata keçirilməlidir. Ətrafların funksiyasının bərpası məqsədilə operativ müdaxilələr, müalicəvi bədən tərbiyyəsi və fizioterapevtik müalicə üsulları birlikdə aparılmalı, zərərçəkmişlərin hərbi xidmətə yararlı olub-olmaması məsələsi həll olunmalıdır.

Beləliklə, toxumaların uzunmüddətli sıxılma sindromu, yaxud travmatik toksikoz ayrıca nozoloji vahid olub, mərhələlərlə davam edən və simptomokompleks halında təzahür edən patoloji prosesdir. Zədə xəstəliyi və ciddi termik zədələnmələr zamanı xəstəliyin faza şəklində təzahür edən toksikoz əlamətlərindən fərqli olaraq, uzunmüddətli sıxılmalar zamanı toksikoz birincili olaraq baş verir.

Xəstəliyin patogenezinin əsasını endogen intoksikasiya təşkil edir. Toxumaların uzunmüddətli işemiyası anaerob qlikolizin baş verməsi, autokatalitik proseslərin meydana çıxmasına səbəb olur. Bioloji aktiv maddələrin əmələ gəlməsi və onların qanda qatılığının artması, histogen-metabolik endotoksikoz vəziyyətinə gətirib çıxarır. Sıxılma müddətindən və sıxılmaya məruz qalmış toxumaların həcmindən asılı olaraq xəstəlik yüngül, orta ağırlıqlı, ağır və daha ağır formalarda təzahür edir.

Xəstəliyin klinik gedişi üç dövrə bölünür: erkən dövr, ara dövr, bərpa dövrü. Erkən dövr 1-3 gün davam edir. Bu dövrdə qan qatılaşır, ətrafda ödem qeyd olunur. Xəstəliyin 3-4-cü sutkasında “işıqlı dövr” müşahidə olunmaqla xəstəlik ara dövrə keçir. Ara dövr böyrək çatmamazlığının inkişafı ilə xarakterizə olunur; zədələnmənin 3-4-cü günündən başlamış, 8-12-ci günlərinə qədər davam edir. Anemiya, asidoz, hiperkaliemiya və qalıq azotunun həddən artıq artması qeyd edilir. Nəhayət anuriya, uremiya və koma baş verir. Xəstəliyin bərpa dövrü, yaxud son dövr 1-2 ay müddətində davam edir, əsasən toxuma zədələnməsi və yerli əlamətlərlə keçir. Hemodinamika və böyrəklərin funksiyası tədricən bərpa olur.

Xəstələrə ilk yardım hadisə yerində, yaxud döyüş zonasında aparılır. Müalicənin nəticəsi ilk yardımın düzgün həyata keçirilməsindən çox asılıdır. 4 saata qədər sıxılmalarda ətraf sıxılmadan azad olunduqdan sonra periferiyadan mərkəzə doğru kip sargı qoyulmalı, ətraf soyudulmalı, simptomatik müalicə aparılmalıdır. 4 saatdan çox sıxılma hallarında sıxılmadan azad olan müddətdə ətrafa turna qoyulmalı, distal oynaqda qeyri-fəal hərəkət saxlanılmışsa, turna açılmalı, ətrafa periferiyadan mərkəzə doğru kip sargı qoyulmalı və ətraf soyudulmalıdır. Əgər ətrafda kontrakturalar nəticəsində distal oynaqlarda həm fəal, həm də qeyri-fəal hərəkətlər yoxdursa, bu, geriyə dönməz əlamət kimi qiymətləndirilməli, qoyulmuş turna açılmadan xəstə ilk növbədə ixtisaslı yardım mərhələsinə çatdırılmalı və ətraf turnadan yuxarı amputasiya olunmalıdır.

Bütün tədbirlər eyni zamanda həkimə qədərki və ilk həkim yardımında davam etdirilməli, xəstələrə çoxlu maye köçürülməli, sidikqovucular verilməli, qələvi maye içirilməli, yaralılar vaxt itirilmədən uzanmış vəziyyətdə ixtisaslı yardım mərhələsinə köçürülməli, lazım gəldiyi hallarda burada operativ müdaxilələr yerinə yetirilməli, və xəstələrin nefroloji mərkəzə təxliyəsi təşkil edilməlidir. Təxliyənin son mərhələsində müalicə tam başa çatdırılmalı, döyüşçülərin hərbi xidmətə yararlılıq dərəcəsi təyin edilməlidir.

FƏSİL VIII

DÖYÜŞ ZƏDƏLƏNMƏLƏRİNDƏ İNFEKSİON FƏSADLAŞMALAR

TƏDRİS SUALLARI

- 8.1. İnfeksiyon fəsadlaşmalar haqqında ümumi anlayış
- 8.2. Yaraların infeksiyon fəsadlaşmalarının təsnifatı
- 8.3. İrinli cərrahi infeksiya
 - 8.3.1. İrinli cərrahi infeksiyanın müalicəsinin təşkili, infeksiyon fəsadlaşmaların profilaktikası
- 8.4. Yara sepsisi, infeksiyon-toksik şok
 - 8.4.1. Yara sepsisi
 - 8.4.2. İnfeksiyon-toksik (septik) şok
 - 8.4.3. Yara sepsisinin və infeksiyon-toksik şokun müalicəsi

8.1. İNFEKSİON FƏSADLAŞMALAR HAQQINDA ÜMUMİ ANLAYIŞ

Döyüş zədələnmələri zamanı infeksiyon fəsadlaşmalar hərbi-səhra cərrahlığının mühüm sahələrindəndir. Hələ vaxtilə N.İ.Piroqov müharibələri travmatik epidemiya adlandırır. Burada o, təkcə zədələnmələri deyil, eyni zamanda döyüş zədələnmələrində baş vermiş infeksiyon fəsadlaşmaları da nəzərdə tuturdu. Antiseptikaya qədərki dövrdə döyüş zədələnmələri zamanı infeksiyon fəsadlaşmalar kütləvi xarakter daşıyırdı. Təsadüfi deyildir ki, bir sıra tarixi mənbələrdə yaraların irinləməsi, onun sağalmasının bir mərhələsi kimi sayılırdı; irinin əmələ gəlməsi yaranın sağlması üçün müsbət fermentativ proses hesab olunurdu. Məhz bunun nəticəsi idi ki, XVIII əsrin bir çox görkəmli alimləri bütünlüklə yaraların cərrahi işlənilməsinin əleyhinə idilər. Onlar odlu silah yaralanmaları zamanı cərrahi müdaxiləni yalnız güclü qanaxmalar zamanı məsləhət görürdülər. Daha başqa bir fikir qurğuşunun zəhərli olması ideyası ilə bağlı idi. O vaxtlar belə hesab edirdilər ki, əgər yad cisim kimi güllə (qurğuşun) yara kanalında qalarsa, orqanizm zəhərlənə bilər. Odur ki, yeri gəldi-gəlmədi odlu silah yaraları genişləndirilmədən qurğuşunun yara kanalından çıxarılmasına cəhd göstərilirdi. Bu isə yaraların əlavə olaraq infeksiyalaşmasına gətirib çıxarırdı. Yarada gedən fermentativ proseslər və yara kanalının drenaj olunmaması, fleqmonaların və irinli toplaqların əmələ gəlməsinə səbəb olurdu. Odlu silah yaralanmalarının müalicəsinin inkişafına mənfi təsir göstərən başqa bir fikir, guya odlu silah yaralarının steril olması ideyası idi. Bu fikrin tərəfdarları belə zənn edirdilər ki, qızmar güllə steril olmaqla bərabər onun aldığı temperatur, guya yaralanma zamanı mikrobları öldürmək qabiliyyətinə malikdir. Məhz bu fikrin nəticəsi idi ki, odlu silah yaraları cərrahi işlənilmir, yaraların sarınması ilə məsələnin həlli bitmiş hesab olunurdu. I Dünya müharibəsində bu fikir uzun müddət öz zərərli nəticələrini verirdi. Sonralar odlu silah yaralarının ilkin infeksiyalaşmış olması fikri meydana çıxdı. Yəni bütün odlu silah yaralanmaları zamanı yaraya çoxlu miqdar mikrob daxil olur və bu, yaraların infeksiyalaşmasına səbəb olur. Göründüyü kimi bu fikir əvvəlkilərə nisbətən progressiv olsa da, müasirlik baxımından tələbatı tam əhatə etmirdi. Çünki, yaraların çirklənməsi (infeksiyalaşması) təkcə yaraya mikrobun düşməsindən asılı olmayıb, eyni zamanda mikrobun virulentlik dərəcəsi və makroorqanizmin müqavimət qabiliyyətindən də çox asılıdır. Yaraya mikrobun düşməsi hələ onun infeksiyalaşması deyildir. Odur ki, axırıncı fikir, sonralar

odlu silah yaralanmalarının mikroblarla çirklənmiş yara hesab olunması fikri ilə əvəz olundu. Yəni yaraya düşmüş mikrob yalnız şəraitdən asılı olaraq infeksiya törədicisi ola bilər. Beləliklə, döyüş zədələnmələrinin infeksiyon fəsadlaşmaları və bütünlüklə cərrahi infeksiya yaralı orqanizmlə infeksiyanın törədicisi arasında dinamik tarazlığın təzahür formasını əks etdirən bir proses kimi nəzərdə tutulmalıdır.

Böyük Vətən müharibəsi illərində yaraların infeksiyon fəsadlaşmaları 6-8% hallarda təsadüf edilmişdir. Adi təmiz yaraların irinləməsi orta hesabla 5-7%, çirklənmiş yaralarınkı isə 20-30% təşkil edir. Yaralanmalar zamanı baş vermiş ölüm hallarının 25-30%-dən çoxu məhz infeksiyon fəsadlaşmaların payına düşür. Hazırkı məhəlli müharibələrdə ön cəbhə hospitallarında infeksiyon fəsadlaşmalardan ölüm bütün ölüm hallarının 15%-ni, arxa hospitallarda 70% təşkil edir. İnfeksiyon fəsadlaşmaların sayı həmçinin dinc dövrdə baş vermiş yaralanmalarda da artmışdır.

8.2. YARALARIN İNFEKSİON FƏSADLAŞMALARININ TƏSNİFATI

Yaranın irinli, çürüntülü və anaerob infeksiyası məlumdur. Yara infeksiyasının digər növü olan yara difteriyası və yara skarlatinası çox az hallarda təsadüf edir. İrinli cərrahi infeksiyaya dair bir çox təsnifatlar məlumdur. Lakin onların heç biri hərbi yaralanmaların infeksiyon fəsadlaşmalarını tam əhatə etmir. Tərtib olunmuş təsnifat infeksiyon prosesin ağırlıq dərəcəsini, növ və xüsusiyyətini, eləcə də müalicə tədbirlərinin həyata keçirilməsi prinsipini lazımınca əks etdirməlidir. Odur ki, yaraların infeksiyon fəsadlaşmalarının təsnifatının aşağıdakı qaydada verilməsini daha münasib bilirik. Bura aşağıdakılar daxildir: 1. Adi irinli infeksiya, 2. Anaerob infeksiya (anaerob klostridial və qeyri-klostridial infeksiya), 3. Çürüntülü infeksiya, 4. Xüsusi növ cərrahi infeksiya: sepsis, infeksiyon toksik şok, 5. Tetanus.

Adi irinli infeksiya, adından məlum olduğu kimi, adi patogen mikroblar: streptokokklar, stafilokokklar, pnevmokokklar, bağırsaq çöpləri və s. tərəfindən törədilir. Yaranın irinləməsi birincili və ikincili ola bilər. Birincili irinləmə bilavasitə yaralanma zamanı yaranın mikroblarla çirklənməsi ilə əlaqədar olur. Yaranın ikincili irinləməsi isə zədə nahiyəsinin qeyri-qənaətbəxş fiksə olunması, yaxud xəstələrə qulluq zamanı ehtiyatsızlıq nəticəsində toxumaların əlavə zədələnməsi ilə əlaqədar olaraq baş verir. İkincili irinləmə həmçinin yatrogen xarakterli də ola bilər. Bu sargı zamanı, yaxud cərrahi əməliyyat prosesində yaranın təkrari çirklənməsi ilə əlaqədardır. Həmçinin yaraların irinləməsi aseptik və autogen xarakterli də ola bilər. Aseptik irinləməyə hematomaların iltihablaşması aid ola bilər. Autogen infeksiyalar isə zədə nahiyəsinin orqanizmin ifrazat məhsulları ilə çirklənməsi nəticəsində baş verir. Anaerob infeksiya anaerob mikroblar tərəfindən törədilir. Anaerob mikroblar da sporlu və sporsuz olurlar. Sporlu mikroblar ətraf mühitə qarşı davamlıdır; əlverişsiz şəraitdə bunlar spor şəklində keçib uzun müddət həyat qabiliyyətlərini saxlaya bilirlər. Qeyri-klostridial infeksiya isə anaerob mühitə uyğunlaşmış qram-mənfi və qram-müsbət anaerob mikroblardır. Həmin bakteriyalar oksigenli mühitə qarşı davamsız olurlar. Qeyri-klostridial infeksiya, klostridial infeksiyaya nisbətən müalicəyə asan təbə olur. Çürüntülü infeksiya göy irin çöpləri və adi halda patogen olmayan bakteriyalar tərəfindən törədilir. Adi halda saprofit olan bu bakteriyalar orqanizmin zəiflədiyi hallarda fəallaşaraq patogen hala keçirlər. Yaralanma nəticəsində əmələ gəlmiş sepsis və infeksiyon toksik şok yara prosesinin ağırlığından asılı olmayaraq xüsusi gedişə malik olurlar. Ona görə də bunlar xüsusi növ infeksiya başlığı altında verilir. Tetanus da klinik gedişinə görə digər növ infeksiyalardan fərqləndiyi üçün şərti olaraq xüsusi növ infeksiya kimi sayılmalıdır.

8.3. İRİNLİ CƏRRAHİ İNFEKSİYA

İrinli cərrahi infeksiya anlayışı döyüş zədələnmələrinin infeksiyon fəsadlaşmaları məvhumundan daha genişdir. Bura irinli-septik cərrahlığın bütün sahələri: spontan baş vermiş irinliklər (furunkulyoz, karbunkul, hidradenit, abscesslər), yaralanmalar və operativ müdaxilələrdən sonra baş vermiş irinli fəsadlaşmalar daxildir. Lakin mövzunun başlığı döyüş zədələnmələri zamanı infeksiyon fəsadlaşmalara həsr olunduğu üçün biz burada yalnız hərbi yaralanmalar və zədələnmələr zamanı müşahidə olunan infeksiyon fəsadlaşmalardan bəhs edəcəyik.

Döyüş zədələnmələri zamanı baş vermiş infeksiyon fəsadlaşmalar, irinli cərrahi infeksiya özünü yerli və ümumi əlamətlərlə göstərir. İnfeksiyon prosesin yerli əlamətləri anatomik yerləşmə və toxumaların zədələnmə dərəcəsindən, ümumi əlamətlər isə orqanizmin müqavimət qabiliyyətindən (rezistentliyindən) daha çox asılıdır. Yerli əlamətlərə zədə nahiyəsində qızartının, temperaturun, şişkinliyin və ağrının olması

aiddir. Bunlar adətən yaralanmanın 3-5-ci günləri yarada qranulyasiya toxumasının əmələ gəldiyi dövrə qədər meydana çıxır. İrinli proses adətən yara kənarından başlayır. Bir sıra hallarda irinlik bütün yara səthini tam əhatə etməyərək, nekrotik sahələrdə məhdudlaşır.

İnfeksiyon prosesin ümumi əlamətlərinə başağrıları, ümumi zəiflik, üşütmə, temperaturun yüksəlməsi, nəbzin tezləşməsi və s. aiddir. Qanın morfoloji və biokimyəvi tərkibində baş vermiş dəyişikliklər ümumi əlamətləri bir daha təsdiq edir; bu zaman periferik qanda leykoformulanın sola meylliliyi ilə leykositoz (neytrofiloz leykositoz), EÇS-in yüksəlməsi halları aşkar olunur. Prosesin xarakterindən, yayılma dərəcəsindən və lokalizasiyasından asılı olaraq ümumi əlamətlər özünü pis əhval-ruhiyyə, qızdırma, nəbzin tezləşməsi, yuxu və iştah pozğunluğu şəklində göstərir. Bəzi mənbələrdə bu, “irinli-rezorbktiv qızdırma” başlığı altında verilir (I.V.Davıdovski).

İrinli cərrahi infeksiyanın diaqnozunun tərtibatında prosesin anatomik yerləşmə vəziyyəti, etiologiyası, yaralı və xəstələrin ağırlıq dərəcəsi və fəsadlaşmaların baş verməsi öz əksini tapmalıdır. Yaranın irinləməsinin diaqnostikası adətən bir o qədər çətinlik törətmir. Bunun üçün yara nahiyəsində ağrı, şişkinlik, yaraətrafi sahədə qızartı və infiltratın olması kifayətdir. Yara kənarının palpasiyası ağırlıq olub, irinin xaric olması ilə müşayiətlənir. İrinli proses bir sıra hallarda yara kanalının abssesi, irinli toplaqlar, yaraətrafi fleqmona, osteomielit, irinli fistulların əmələ gəlməsi ilə özünü göstərir. İrinliklər adətən yad cisimlər ətrafında meydana çıxır. İrinli toplaqlar və yara kanalının abssesi qapalı yaralarda irinin xaric olmasının çətinləşdiyi hallarda baş verir. İrinliklər fassial qatlar boyunca yayılaraq, ətraf toxumalarda fermentativ dəyişikliklər törədir və yaralıların vəziyyətlərinin daha da ağırlaşmasına, prosesin limfa yolları ilə yayılması limfadenit və limfangitin əmələ gəlməsinə, perivaskulyar sahəyə sirəyət etməsi arıziv qanaxmalara səbəb olur. Bir sıra hallarda septik tromboflebitlər meydana çıxır. Prosesin sümük toxumasına yayılması isə osteomielitlərin və irinli fistulaların əmələ gəlməsinə səbəb olur. Axırncılar sərbəst halda yad cisimlər ətrafında da əmələ gələ bilər.

İnfeksiyon fəsadlaşmalar təkcə yaraya mikrobun düşməsindən asılı olmayıb, eyni zamanda burada

Mikrobların xarakteristikası	Qram-müsbət kokklar	Qram-müsbət çöplər	Qram-mənfi kokklar	Qram-mənfi çöplər
Aerob mikroblar	Qızılı stafilokokklar, Stafilokokklar (<i>aureus</i> , <i>saprophyticus</i> , <i>epidermidis</i>), MRSA (<i>metycilline resistant stafilococcus aureus</i>), Streptokokklar (<i>pneumoniae</i> , <i>pyogenes</i> , <i>agalactiae</i>), Pnevmonokokklar, Enterokokklar, VRE (<i>Vancomicine resistant enterococcus</i>), Enterococcus faecalis	Korinobakteriumdiphtheriae (Lüfler çöpləri), Bac. Antracis, Bac. Subtilis, Bac. Cereus, listeria monocitogenes	Qonokokklar, Meningokokklar	Bağırsağ çöpləri, protey, göy irin çöpləri –proteus vulgaris (sianobakterium), Klebsiellalar (<i>pneumoniae</i>), Enterobacter (<i>catarrhalis</i> , <i>aerogenes</i>), Escherica coli, Psevdomonaslar (<i>P. aeruginosa</i> , <i>P. putida</i> , <i>P. aurantiaca</i> , <i>P. cepacia</i> , <i>P. maltophilia</i> , <i>P. testosteroni</i>), sitrobakteriyalar, Moraksellalar, Serreta species, Hemophilus influenzae, Salmonella, Chlamydiae (<i>pneumoniae</i> , <i>psittaci</i> , <i>trachomatis</i>), Mycobacterium tuberc.
Anaerob mikroblar	Peptokokklar, peptostreptokokklar, streptokokklar	Klostridilər, Cl.tetani, propionobakteriyalar, fusobakterium, laktobatsillər, eubakteriyalar, bacteroides (<i>fragilis</i> , <i>vulgatus</i> , <i>ovatus</i>), aktinomisetlər 100	Veylonellər	Bakteroidlər, fuzobakteriyalar (Bacteroides fragilis, Bacteroides melaninogenicus, Fusobacterium)

mikrobların inkişafı üçün şəraitin olmasından, yaranın çirklənmə dərəcəsi və mikroorqanizmin virulentliyindən də çox asılıdır. Yarada mikroblar nə qədər çox olarsa və mikroorqanizmin virulentlik dərəcəsi nə qədər yüksək olarsa, yaranın infeksiyalaşma ehtimalı da bir o qədər çox olacaqdır. Yarada iltihabi prosesin əvvəlində aerob, sonralar isə anaerob mikrofların inkişafı üstünlük təşkil edir. Cərrahi infeksiyanın əsas törədiciləri qram-müsbət və qram- mənfi mikroblardır (bakteriyalardır). Həmin mikroblar aerob və anaerob mühitdə çoxala bilirlər. Bunlara aşağıdakılar aiddir:

Əksər hallarda mikroblar məhz nekrotik ocağa düşərək, orada inkişaf edir. Yaranın birincili (ilkin) sağlması üçün şərait olmadıqda, daha doğrusu yaranın açıq qalması (sarınmaması), onda həyati qabiliyyəti olmayan toxumaların olması və yaranın çirklənməsi onun ilkin sağlmasına maneçilik törədir. İnfeksiyalaşmış yaralar qranulyasiya toxumasının əmələ gəlməsilə ikincili sağalır. Sağalmaya mənfi təsir göstərən amillərə yaralanmalar zamanı hipovolemianın (qanıtırmənin) baş verməsi, hipoproteinemiya, avitaminoz, qanın turşu-qələvi və elektrolit tarazlığının pozulması və i.a. aiddir. Nəticə etibarilə orqanizmin mənfi amillərə qarşı reaktivlik qabiliyyətinin aşağı düşməsi, humoral dəyişikliklər, mikrosirkulyasiyanın pozulması, hüceyrələrin qidalanmasının (qanla təchizatının) pozulması, faqositoz prosesinin ləngiməsi və i.a. baş verir. Demarkasiya xəttinin əmələ gəlməsi infeksiyanın kənara, sağlam toxumalara yayılmasının qarşısını alır. Ağır hallarda məsələn, şüa xəstəliyi fonunda demarkasiya xəttinin əmələ gəlməsi ləngiyə bilər, bəzən isə bu, tamamilə müşahidə olunmaya da bilər. Belə halda proses irinli toplaqlar, fleqmonalar, qızılyel, abscesslərin daha çox təsadüf olması ilə özünü göstərir. Geniş ikincili nekrotik ocaqların meydana çıxması irinli və çürüntülü infeksiyanın yayılmasına gətirib çıxarır.

8.3.1. İRİNLİ CƏRRAHİ İNFEKSIYANIN MÜALİCƏSİNİN TƏŞKİLİ, İNFEKSIYON FƏSADLAŞMALARIN PROFİLAKTİKASI

İrinli infeksiyanın müalicəsinə yerli və ümumi müalicə tədbirləri daxildir. Ocaqlı infeksiya ilə mübarizədə yaranın birincili, təkrari və ikincili cərrahi işlənməsinin xüsusi əhəmiyyəti vardır. Bütün bu tədbirlər yarada nekrotik ocaqların olması, dar yara kanalı, yarada boşluqların olması zamanı irinin xaric olmasının çətinləşməsi, prosesin yaradan kənar sahələrə yayılması, yaraətrafi abscess və fleqmonaların əmələ gəldiyi hallarda həyata keçirilir. Yaranın gec cərrahi işlənməsi prinsipə ilkin cərrahi işlənmədən bir o qədər də fərqlənir. Bunun məqsədi yarada infeksiyanın qarşısının alınması deyil, artıq baş vermiş infeksiyaya qarşı mübarizə tədbirlərindən ibarətdir. İrinli prosesin müalicəsinin nəticəsi yaranın cərrahi işlənməsinin radikallığından və onun vaxtında həyata keçirilməsindən çox asılıdır. Antibiotiklərin yerli və ümumi tətbiqi də xüsusi əhəmiyyətə malikdir. Həmçinin patoloji nahiyəyə rahatlığın verilməsi də müalicə prosesinə daxildir; prosesə vətərlərin də cəlb olunduğu geniş zədələnmələrdə ətrafların şin, yaxud gips longetləri ilə hərəkətsizləşdirilməsi daha vacibdir. Yaralıların qidalanması yüksək kalorili və vitaminlərlə zəngin olmalıdır. Ağrısızlaşma tədbirləri geniş şəkildə tətbiq edilməli, novokain blokadalarından istifadə olunmalı, antibiotiklər mikrofloranın həssaslığına əsasən təyin edilməlidir.

Yara nekrotik toxumalardan təmizləndikdən sonra onun kənarları ikincili tikişlərlə yaxınlaşdırılmalı, defekt sahəsi geniş olduqda dəri plastikası həyata keçirilməlidir. Qranulyasiyanın pis keçdiyi və yaraətrafi piodermiyaların əmələ gəldiyi hallarda irinliklər açılmalı və yara mütəmadi olaraq antiseptiklərlə yuyulub sarınmalıdır.

Yaranın infeksiyon fəsadlaşmalarının profilaktikasında yaraya ilkin aseptik sarğının düzgün qoyulmasının xüsusi əhəmiyyəti vardır. Həmçinin yaralanmanın ilk saatlarında profilaktik zərdblərin və antibiotiklərin istifadəsinin (ilk həkim yardımı mərhələsində) yara infeksiyasının profilaktikasında rolu böyükdür. İxtisaslı və ixtisaslaşdırılmış tibbi yardım mərhələlərində isə irinli infeksiyanın qarşısının alınmasında yaranın düzgün cərrahi işlənməsinin müstəsna əhəmiyyəti vardır. Yarada nekrotik toxumalar tam kəsilib götürüldükdən sonra hemostaz və boşluğun drenajı təmin edilməlidir. İstisna hallardan başqa (sifət, aralıq, seroz boşluqlar və oynaq kapsulunun zədələnmələri zamanı) odlu silah yaralarına birincili tikişlərin qoyulmasından çəkinmək lazımdır. Yaranın cərrahi işlənməsi zamanı toxumalarla incə rəftar edilməli, patoloji nahiyə vaxtaşırı antiseptik məhlullarla yuyulmalı, cərrahi alətlər və əlcəklər dəyişdirilməlidir. Yad cisimlər imkan olduqca kənar edilməlidir. Yaraya ilkin tikişlərin qoyulması, hemostazın kifayət qədər aparılmaması, yarada yad cisimlərin olması mikroorqanizmlərin inkişafı üçün əlverişli şərait yaradır. Beləliklə, qanıtırmə, şok, orqanizmin immun qabiliyyətinin zəifləməsi fonunda infeksiyanın generalizasiyası və sepsisin meydana çıxması üçün şərait yaratmış olur. Yaraya birincili, təxirəsalınmış və ikincili tikişlər yalnız göstəriş əsasında qoyulmalı, eyni cinsli

toxumalar bir-birinə yaxınlaşdırılmalı, tikişləri bağlayarkən yarada boşluqlar qalmamalı, həmçinin tikiş nahiyəsində gərginliyə yol verilməməlidir.

Müalicə prosesində infeksiyanın törədiciyi, onun virulentlik dərəcəsi, antibiotiklərin yanaşı təsiri və i.a. da nəzərdə tutulmalıdır. Ağır hallarda qaraciyər, böyrəklər, ürək-damar və tənəffüs sistemi orqanlarının funksiyalarının pozulması, qanın laxtalanma sistemindəki pozğunluqlar və i.a. dərman preparatlarının istifadəsi zamanı nəzərə alınmalıdır.

Hospitaldaxili infeksiyanın profilaktikası məqsədlə irinli xəstələr digərlərindən təcrid edilməli, yaralıların müalicəsində və onlara qulluq zamanı gigiyenik qaydalar gözlənilməli, palatalar vaxtaşırı dezinfeksiya edilməli, havası dəyişdirilməli, xüsusilə əməliyyat-sarğı bölməsində aseptika və antiseptikaya ciddi əməl edilməlidir. Əllərin yuyulmasına xüsusi diqqət yetirilməli, ən adi manipulyasiyalar zamanı belə steril əlcəklərdən istifadə edilməlidir. Xalatlər və tibb personalının geyimləri gündəlik dəyişdirilməlidir. Əllərin yuyulması və cərrahi əməliyyat zamanı yara nahiyəsinin təmizlənməsində xloramin və bor turşusu məhlulu ilə bərabər daha müasir antiseptiklərdən xlorheksidin, diasid, rodalon, rokkal, triasid, klodeks, surfadeks, pervamur və fiziomondan istifadə edilməlidir.

Yara infeksiyasının müalicəsində antibiotiklərin xüsusi rolu vardır. Təsir dairəsindən asılı olaraq aşağıdakı qrup antibiotiklər məlumdur:

1) Qram-müsbət aerob floraya (qızılı stafilokokklar, streptokokklar, enterokokklar, korinebakteriyalar) və eləcə də anaerob infeksiyaya (peptokokklar, peptostreptokokklar, streptokokklar, korinebakteriyalar, laktobatsillər, eubakteriyalar, bakteroidlərə) təsir edən antibiotiklər: penisillin, oksasillin, metisillin, flukloksasillin, auqmentin, streptomitsin, oleandomitsin, azitromitsin (zitromaks), klaritromitsin (klarimid), ristomitsin, klindamitsin (dalasin), linkomitsin (vankomitsin) və metronidazol aiddir. Hemolitik streptokokk və anaerob kokklarla törənən infeksiyalarda benzilpenisillin daha yaxşı təsirə malikdir. Hospital infeksiyanın əsas törədiciyi polirezistent enterobakteriyalara və stafilokokklara klaforan, moksalaktam; uroloji praktikada isə bu məqsədlə azlosillin, flukloksasillin, trimetoprim və mezlosillinin istifadəsi daha məqsədəuyğundur.

2) Qram-müsbət (stafilokokk, streptokokk) və qram-mənfi floraya (bağırsağ çöpləri) təsir edən antibiotiklərə ampicillin, streptomitsin, monomitsin, kanamitsin, amikasin, netilmitsin, tobramitsin, neomitsin, tetrasiklin, xlortetrasiklin, terramitsin, morfosiklin, levomitsetin (xloramfenikol), linkomitsin (vankomitsin), teykoplanin (tarqosid), kvinipristin, sefaklor aiddir. Bu qrupdan olan kokklara metisillin, oksasillin, klindamitsin (dalasin), netilmitsin daha yaxşı təsir göstərir. Tetrasiklin, xlortetrasiklin və terramitsin, doksisisiklin (vibramitsin), limesiklin, minosiklin eyni zamanda anaerob floraya da yaxşı təsir göstərir. Tənəffüs yolunun kokk mənşəli qram-müsbət və qram-mənfi infeksiyalarında tetrasiklin qrupu preparatları daha geniş tətbiq edilməlidir. Stafilokokkların xarakter cəhətlərindən biri də ondan ibarətdir ki, bunlar penisillinaza fermenti ifraz etməklə penisillin və sefalosporin qruplu antibiotiklərə daha davamlı olurlar. Bu kimi hallarda penisillinaza fermentinə davamlı antibiotiklərdən oksasillin, metisillin, flukloksasillin (floksofen), piperasillin (pipril, tazosin), tikarsillin, pivmesillinam (seleksid) preparatlarının tətbiqi daha məqsədəuyğundur.

3) Yalnız qram-mənfi floraya (bağırsağ çöpləri, yaşıl irin çöpləri) təsir edən antibakterial preparatlara polimiksin, karbenisillin, azlosillin, kolistin (kolomitsin), aztreonam və metronidazol aiddir. Uroloji praktikada bu məqsədlə aminosiklozidlərdən də istifadə edilə bilər. Yaşıl irin çöplərindən başqa qram-mənfi aerob çöplərə sefotaksim və moksalaktam daha yaxşı təsir göstərir. Uroloji praktikada bu məqsədlə neqram (neviqramon), aminosiklozidlər daha geniş tətbiq edilməlidir.

4) Göbələklərə təsir edən antibiotiklər. Bunlara nistatin, mikostatin, levorin, amfoteritsin, amfoqlükamin, amfoterisin, mikonazol, flukonazol, mikohepsin və digərləri aiddir.

Prosesin lokalizasiyasından asılı olaraq, antibiotiklərin seçilməsi zamanı preparatın qanda və toxumalarda konsentrasiyası da nəzərə alınmalıdır. Antibakterial preparatların qanda və toxumalarda toplanması aşağıdakı qaydadadır:

1) Qanda toplananlar: ristomitsin, novobiosin, linkomitsin, levomitsetin (xloramfenikol), tetrasiklin, doksisisiklin, oleandomitsin, eritromitsin, monomitsin, gentamitsin, amikasin, netilmitsin, tobramitsin, penisillin, streptomitsin, neomitsin, sulfanilamidlər bura daxildir.

2) Mərkəzi sinir sistemində (sinir toxumasında) toplanan preparatlara tetrasiklin, levomitsetin (xloramfenikol), penisillin, sefotaksim, linkomitsin (vankomitsin), amoksisillin və sulfanilamidlər aiddir.

3) Ağ ciyər parenximasında toplananlara ristomitsin, novobiosin, linkomitsin, penisillin, streptomitsin, kanamitsin, tetrasiklin, levomitsetin (xloramfenikol), monomitsin, sefotaksim, flukloksasillin, eritromitsin, levoksin, azitromitsin (zitromaks), klaritromitsin (klarisid), sefuroksim, seftriakson, sefotaksim və sulfanilamidlər aiddir.

4) Ristomitsin, tetrasiklin, demeklosiklin, doksisiklin, minosiklin, levomisetin dalaqda,

5) Tetrasiklin, eritromitsin, oleandomitsin, azitromitsin, klaritromitsin, novobiosin, linkomitsin, sefradin, sefoksitin, seftazidim, sefuroksim, gentamitsin, netilmitsin, levomitsetin, penisillin, sulfanilamidlər qaraciyər və öd yollarında,

6) Neomitsin, gentamitsin, netilmitsin, tobramitsin, levomitsetin, ristomitsin, azlosillin, mezlosillin, sefpirom, trimetoprim, amoksisillin, neqram böyrək və sidik yollarında,

7) Neomitsin, eritromitsin, azitromitsin, klaritromitsin, terramitsin, levomisetin (xloramfenikol), polimiksin, siprofloksasin, trimetoprim, sefotaksim, vankomitsin və sulfanilamid preparatları mədə-bağırsaq sistemində,

8) Streptomitsin, tetrasiklin, monomitsin, kanamitsin, amikasin, gentamitsin, netilmitsin, tobramitsin, seftriakson, klindamitsin, metronidozol seroz boşluğun ekssudatında,

9) Bitsilin, levomitsetin, tetrasiklin, doksisiklin (vibramitsin), ristomitsin limfada,

10) Penisillin, streptomitsin, oleandomitsin, eritromitsin, tetrasiklin, levomitsetin yumşaq toxumalarda,

11) Linkomitsin, tetrasiklin, doksisiklin (vibramitsin), fuzidin isə daha çox sümük toxumasıda yayılmağa meyllidir.

Beləliklə, iltihabi prosesin hansı toxumada, yaxud orqandə yayılmasından asılı olaraq, daha yüksək təsirə malik olan dərman preparatlarından istifadə edilməlidir. Prosesin ağır keçdiyi hallarda antibiotiklər yüksək dozada vena daxilinə yeridilməli və eyni zamanda dərman preparatlarının toksik təsiri nəzərə alınmalıdır. Həmçinin, qaraciyərin antitoksik funksiyasının itməsi, böyrəklərin süzmə qabiliyyətinin pozulması hallarında dərman preparatları toxumalarda və qanda kumulyasiya edərək zərərli (toksik) təsir göstərə bilər. Oxşar təsirə malik olan dərman preparatlarının eyni patoloji prosesdə istifadəsi də (məsələn, streptomitsinin monomitsin, yaxud kanamitsinlə birlikdə istifadəsi) onların toksik təsirini artırır. Antibiotiklərin istifadəsi zamanı onların toxumalarda sabit və maksimal konsentrasiyası təmin olunmalıdır. Çoxmikroblu infeksiyalarda antibiotiklər kombinə şəkildə istifadə olunmalıdır. Ağır septik proseslərdə törədicinin səbəbinin məlum olmadığı hallarda daha geniş spektrə malik sefalosporin qrupu istifadə olunmalıdır. Həmçinin antibakterial terapiya zamanı orqanizmin turşu-qələvi müvazinəti də nəzərə alınmalıdır. Belə ki, əksər antibiotiklər turş mühitdə təsir qabiliyyətini itirirlər. Bundan əlavə hipoproteinemiyanın, anemiyanın, hipovolemiyanın olması antibiotiklərin də təsir qabiliyyətini azaldır. Əksinə, bunların aradan götürülməsi antibakterial terapiyanın təsirini daha da artırır.

Antibakterial preparatların (antibiotiklərin) istifadəsi zamanı, həmçinin onların uyuşma qabiliyyətləri də nəzərdə tutulmalıdır. Çünki müəyyən hallarda iki antibakterial maddə bir-birinin təsir qabiliyyətini azalda bilər. Nəzərə alınmalıdır ki, antibiotiklərin kiçik dozada, yaxud profilaktik şəkildə tətbiqi nəinki əhəmiyyətsizdir, hətta zərərliyə də gətirib çıxarır. Çünki bu üsul antibiotikə davamlı mikrobların (şammların) əmələ gəlməsi üçün əlverişli şərait yaradır. Eyni dərman preparatlarının uzun müddət istifadəsinə də yol verilməməlidir. Bu halda da antibiotiklərə davamlı şammlar əmələ gəlir. Hazırda antibiotikə davamlı mikroblarla bərabər, eyni zamanda antibiotikdən asılı mikroblar da məlumdur və onlar antibiotiklərlə qidalanırlar. Buna görə də eyni antibiotikin 5-7 gündən artıq istifadəsi məsləhət görülmür. Həmçinin təcrübə göstərir ki, antibiotiklərin profilaktik yolla istifadəsi, yaraların antibiotik məhlulları ilə yuyulması da antibiotikə davamlı şammların əmələ gəlməsinə şərait yaradır.

Antibiotiklərin müalicə məqsədilə seçilməsi aparılan bakterioloji müayinələrin nəticəsindən çox asılıdır. Lakin bunun nəticəsi bir neçə gündən sonra məlum olduğundan, hərbi-səhra cərrahlığı praktikasında yaxmaların ilkin bakterioskopik müayinəsinə daha çox üstünlük verilməlidir. Qram-müsbət mikroflorada ilk növbədə stafilokokklara qarşı fəal preparatlar tətbiq edilməlidir. Xüsusi hallarda

penisillin 5-10 milyon vahid doza ilə 200 ml fizioloji məhlulda hər 4 saatdan bir 20 dəqiqə ərzində venaya yeridilməlidir. Penisillinə həssas mikrob florasında sefalosporinlər (sefadrin, sefazolin, sefoksitin, sefiksim, sefaklor, sefuroksim, sefotaksim, seftriakson) yaxşı nəticə verir. Bunlar penisillinlə eyni vaxtda, yaxud ikinci növbədə tətbiq edilə bilər. Penisillinə davamlı ştammlar olduqda isə onun yarım sintetik preparatlarından oksasillin, metisillin, nafisillin, flukloksasillin, ampisillin, amoksisillin, piperasillin, tikarsillin, seleksid və s. təyin edilməlidir. Belə hallarda həmçinin uzunmüddətli təsirə malik penisillindən (fortepen) istifadə olunması məsləhət görülür.

Qram-mənfi mikrob kulturasının aşkar olduğu hallarda aminoqlükozidlərdən gentamitsin, tobromitsin, amikasin və netilmitsin məsləhət görülür. Pseudomanadalara aminoqlükozidlərlə bərabər karbenisillin, yaxud tikarsillin; klisellalara sefalosporinlərlə birlikdə aminoqlükozidlər daha güclü təsir göstərirlər. Bu məqsədlə həmçinin polisintetik və uzun təsirə malik penisillin preparatları da müvəffəqiyyətlə tətbiq edilə bilər. Ampisillin bağırsağ çöplərinə, protey və hemolitik streptokokklara; karbenisillin pseudomanada, protey, enterokokklara; piperasillin (pipril), tikarsillin klisella və enterokokklara qarşı daha fəal təsirə malikdir. Lakin yarım sintetik penisillin preparatları bəzən yüksək allergik (sensibilizasiya) təsirə malik olduğundan, bunlara qarşı orqanizmin həssaslığı əvvəlcədən yoxlanılmalıdır.

Dərman preparatlarının mikroorqanizmlərə təsiri təkcə mikrobun növündən asılı olmayıb, eyni zamanda onların orqanizmin hansı nahiyəsində fəaliyyət göstərməsindən (yayılməsindən) da çox asılıdır. Məsələn, abdominal cərrahi praktikada anaerob infeksiyaya qarşı aminoqlükozidlər əvəzsiz müalicə vasitəsi olduğu halda, döş qəfəsi yaralanmalarında bunlar həmin mikroblara qarşı zəif təsir göstərirlər. Həmçinin döş qəfəsi zədələnmələri zamanı anaerob infeksiya aminoqlükozidlərə qarşı deyil, penisillin və sefalosporin qrup preparatlarına qarşı daha həssas olurlar.

Qeyri-klostridial anaerob infeksiya və qram-müsbət kokklara qarşı klindamitsin (dalasin) daha effektiv təsirə malikdir. Aerob və anaerob infeksiyanın birlikdə təsadüf olduğu hallarda klindamitsinin aminoqlükozidlərlə (gentamitsin, amikasin, tobramitsin və i.a.) kombinə şəkildə istifadəsi məqsədəuyğundur. Levomitsetin suksinatın (xloramfenikol) parenteral yolla istifadəsi daha yaxşı nəticə əldə etməyə imkan verir. Levomitsetinin (xloramfenikol) digər dərman preparatları ilə istifadəsi də əlverişlidir və onun hematoensefal baryerdən asanlıqla keçməsi də nəzərə alınmalıdır. Metronidazol anaerob mikroblara qarşı yaxşı təsir göstərir və bütün nahiyələrdə toxumalara asanlıqla sirəyə edir. Lakin bu dərman preparatı aerob bakteriyalara təsir etmədiyindən, axırının aerob təsirliliyi antibiotiklərlə birlikdə istifadəsi məsləhət görülür.

Mikrobun növü və onun antibiotikə həssaslığı məlum olduğu hallarda eyni antibiotikin məqsədli şəkildə tətbiqi daha sərfəlidir. Bu kimi hallarda antibiotiklərin kombinə şəkildə istifadəsinə ehtiyac qalmır və dərman maddələrinin yanaşı təsirləri də müşahidə olunmur. Lakin qızılı stafilkokklar, pseudomanad və qarışıq infeksiyalarda antibiotiklərin kombinə şəkildə istifadəsi lazım gəlir. Antibiotiklərin kombinə şəkildə tətbiqi zamanı eyni qrup dərman preparatlarının təyindən çəkinmək lazımdır. Məsələn aminoqlükozidlərdən kanamitsinin monomitsin, yaxud streptomitsinlə birlikdə tətbiqi onların ototoksik təsirini daha da artırma bilər. Antibakterial müalicənin səmərəliliyi hərəkətin enməsi, taxikardiyanın aradan götürülməsi, xəstənin ümumi vəziyyətin yaxşılaşması, yaranın vəziyyəti və periferik qanda olan dəyişikliklərlə aşkarlanır.

Yaraların infeksiyon fəsadlaşmalarının müalicəsi təkcə antibiotikoterapiya (antibakterial müalicə) ilə bitmir. İnfeksiyon fəsadlaşmaların müalicəsində yaraların düzgün cərrahi işlənməsinin xüsusi əhəmiyyəti vardır. Çünki düzgün cərrahi işlənməmiş yara divarı nekrotik toxuma ilə əhatə olduğundan, dərman preparatlarının yaraya keçmə qabiliyyəti mümkün olmur. Nekrotik toxuma burada nəinki baryer xarakteri daşıyır, həmçinin mikroorqanizmlərin çoxalması üçün qidalı mühit rolunu da oynayır. Ona görə də bunların sağlam toxuma bərabərində kəsilib götürülməsinin xüsusi əhəmiyyəti vardır. Bu məqsədlə yaranın cərrahi işlənməsi vacibdir. Bunun məzmunu yaranın genişləndirilməsi, nekrotik toxumaların kəsilib götürülməsi, hemostazın təmini və yara kanalının, yaxud boşluğun drenaj olunmasından ibarətdir. Düzgün cərrahi işlənilmiş yarada kapilyar qan dövrəsinin bərpası antibakterial müalicənin səmərəsinin daha da artmasına imkan verir.

Müalicənin səmərəsinin artırılması üçün həmçinin (cərrahi əməliyyat zamanı və ondan bilavasitə sonra) hipovolemiyanın, anemiyanın, hipoproteinemiyanın aradan qaldırılması, turşu-qələvi və su-duz mübadiləsinin tənziminin də xüsusi əhəmiyyəti vardır. Çünki hipoproteinemiya, avitaminoz, anemiya və asidoz fonunda antibakterial terapiya da lazımi səmərə vermir. Həmçinin infeksiyon-toksik prosesin təsirindən böyrəklərin süzmə qabiliyyətinin pozulması, qaraciyərin antiseptik funksiyasının itməsi orqanizmə yeridilən dərman preparatlarının təsirini azaldır və antibakterial terapiyaya nəzarətin

çətinləşməsinə gətirib çıxarır. Odur ki, hərbi zədələnmələrin irinli fəsadlaşmaları zamanı həyata keçirilən cərrahi müalicə həmçinin antibakterial və infuzion-transfuzion terapiya ilə tamamlanmalı, yaralılara təzə qan, zülal preparatlarından albumin, kolloid və kristalloid məhlullar köçürülməlidir. Həmçinin hemopoezin stimulyasiyası məqsədilə xəstələrə hemostimulyatorlar (hemostimulin, eritropoetin, yaxud fenkoven) təyin edilməli, avitaminoz aradan götürülməlidir.

Cərrahi işlənmiş yara gündə bir neçə dəfə antiseptik məhlullarla yuyulmalı, hipertonik duz məhlulu, yaxud suda həll olan məhləmlərlə sarınmalı, yaranın drenaj funksiyası təmin olunmalıdır. Zədə nahiyəsinə tam sakitlik verilməli, lazım gəldikdə həmin nahiyə hərəkətsizləşdirilməlidir. Yara nekrotik toxumalardan tam təmizləndikdən sonra (yaranın dehidratasiya fazasında) müalicə tədbirləri regenerativ proseslərin sürətlənməsi istiqamətinə doğru yönəldilməlidir. Bu dövrdə qranulyasiya və epitelizasiyanın optimal təmini məqsədilə yaralar günaşırı, yaxud 2-3 gündən-bir yağlı-balzamik məhləmlərdən istifadə edilməklə sarınmalı, həmçinin elektiv müalicəvi bədən tərbiyəsi və fizioterapevtik müalicə üsullarından istifadə edilməlidir. Eləcə də regenerasiyanın stimulyasiyası məqsədilə metilurasil, pentoksil və biogen stimulyatorlardan şüşəvari cisim, dupleks, aloe preparatlarının tətbiqi də yaxşı nəticə verir. Qeyd etmək lazımdır ki, yaraların sarınması onun açıq sağalması üsulundan daha əlverişlidir. Bu bir tərəfdən yarıdakı mikrobların ətrafa yayılmasının qarşısını alır; beləliklə, hospital infeksiyanın əmələ gəlməsinə maneçilik törədir. Digər tərəfdən sarğı altında yaranın sabit temperaturda qalması onun sağalma imkanını daha da artırır.

İrinli yaraların müalicəsində heyvani mənşəli ferment preparatlarından tripsin, ximopsin, ximotripsin, bakterial mənşəli ferment preparatlarından streptaza, streptokinaza, streptodornaza və nuklein mənşəli ribonukleaza və dezoksiribonukleaza fermentlərinin istifadəsi də yaxşı nəticə verir. Bunlar iltihab əleyhinə təsir göstərməklə bərabər, həyati qabiliyyəti olmayan toxumaların ərimsinə və antibiotiklərin bakteriosid təsirinin qüvvətlənməsinə şərait yaradırlar. Bu maddələrin (streptaza, terrilitin və i.a.) plevra boşluğuna yeridilməsi irinin durulaşmasına, asan xaric olmasına və plevra boşluğunun sanasiyasına, laxtalanmış hemotoraksın ləğvinə, beləliklə xəstənin operativ müdaxilə olunmadan müalicəsinin başa çatdırılmasına imkan verir. Ferment preparatları həmçinin yerli olaraq irinliklər yarıldıqdan sonra toz halında, yaxud tampon şəklində də istifadə edilə bilər. Axırını halda yaralar gündə bir neçə dəfə sarınmalıdır.

İrinli fəsadlaşmaların müalicəsində orqanizmin müqavimət qabiliyyətinin artırılmasının da xüsusi əhəmiyyəti vardır. Bu məqsədlə immunoterapiyanın tətbiqi daha vacibdir. Bu, passiv və aktiv immunizasiya şəklində aparılır. Passiv immunizasiya orqanizmə hazır antitellərin yeridilməsi yolu ilə həyata keçirilir. Xəstənin venasına antistafilokokk zərdab, yaxud əzələ daxilinə qammaqlobulin yeridilir. Beləliklə, antitellərin antigenləri neytrallaşdırması nəticəsində orqanizm toksinlərdən azad olur. Ağır hallarda qammaqlobulin inyeksiyaları 4-5 gün müddətində davam etdirilə bilər. Passiv immunizasiya başa çatdıqdan sonra aktiv immunizasiya məqsədilə orqanizmə anatoksin yeridilir. Bu, bədəndə antitellərin əmələ gətirilməsi üçün şərait yaradır. Bu məqsədlə cəmi 6-12 inyeksiya olmaqla bədəndə 0,2-0,5-2,0-2,0-2,0 ml və i.a. dozalarda antistafilokokk anatoksini yeridilir.

Vitaminoterapiyanın aparılması da müalicənin ayrılmaz hissəsidir. Nikotin turşusunun (Vitamin PP), tiamin (Vitamin B₁), riboflavin (Vitamin B₂), piridoksin (Vitamin B₆), sianokobalamin (Vitamin B₁₂) tətbiqi maddələr mübadiləsinin yaxşılaşdırılması məqsədini daşıyır. Kalium orotat (Vitamin B₁₃) maddələr mübadiləsinin sürətləndirməklə bərabər ürəyin təqəllüs qabiliyyətinin yaxşılaşmasına, askorbin turşusu (Vitamin C) faqositozun sürətləndirilməsilə antitel əmələ gəlməsi və zülal mübadiləsinin tənzimlənməsinə və beləliklə yaranın regenerasiya qabiliyyətinin yaxşılaşmasına imkan verir. Yağda həll olan vitaminlərdən A və E vitaminlərinin istifadəsi daha vacibdir. Bunlar antioksidant təsiri göstərərək, toxumaların oksigenə olan tələbatını azaldır və beləliklə, yarada reparativ proseslərin sürətlənməsi üçün əlverişli şərait yaranmasına imkan verir.

Yaralıların müalicəsində, həmçinin rasionel şəkildə təşkil olunmuş qidalanmanın da xüsusi əhəmiyyəti vardır. Qida kalorili, zülallarla və vitaminlərlə zəngin olmalıdır. Zülal defisiti tezliklə aradan qaldırılmalı, itirilmiş qanın həcmi bərpa edilməli, retikuloendotelial sistemin normal funksiyası üçün toxumalar oksigenlə kifayət qədər təmin olunmalıdır. İrinli fəsadlaşmaların ağır keçdiyi hallarda kaxeksiyanın qarşısının alınması məqsədilə anabolik hormonların (nerobol, nerobolil, retabolil) istifadəsi iştahın yaxşılaşmasına, əzələ kütləsinin artmasına, xəstənin ümumi vəziyyətinin yaxşılaşmasına imkan verir. Anabolik dərman preparatlarının istifadəsi eyni zamanda orqanizmin zülallara yağ və karbohidratlara tələbatının ödənilməsi ilə birlikdə həyata keçirilməlidir.

8.4. YARA SEPSİSİ, İNFEKSİON-TOKSİK ŞOK

Yara sepsisi və infeksiyon-toksik şok irinli cərrahi infeksiyanın ümumi əlamətlərlə keçən və xüsusi klinik gedişə malik olan bir formasıdır. Məhz xüsusi klinik gedişə malik olduğu üçün bəzi mənbələrdə buna xüsusi növ infeksiya da deyilir. Yara sepsisi qram-mənfi və qram-müsbət bakteriyaların təsirindən baş verir. Xəstələrdə yüksək hərarət, kəskin zəiflik, hektik xarakterli temperatur yüksəlməsinin üşütmələrlə əvəz olunması halları müşahidə olunur. Laborator müayinəsində qanda bakteriyalar aşkar edilir. Sepsis zamanı bakteriya ilə bərabər irinin qana keçməsi daha ağır haldır. Buna septikopiemiya deyilir. Yara sepsisinin klinik gedişi mikrobun növündən də çox asılıdır. Məsələn, streptokokklar orqanizmə ümumi halda yayıldığı halda, stafilokokklar eyni zamanda irinli ocaqların əmələ gətirməsi ilə fərqlənir. Həmçinin irinliklər yaxın və uzaq metastazlar halında yayılmaq qabiliyyətinə də malikdirlər.

Sepsisin qram-mənfi bakteriyalar təsirindən əmələ gəldiyi hallarda güclü intoksikasiya nəticəsində arterial təzyiq kəskin şəkildə enir. Təzyiqin hətta kritik səviyyədən aşağı enməsi infeksiyon-toksik şokun olmasına xasdır. Müasir dərman preparatlarının və yeni müalicə üsullarının tətbiqinə baxmayaraq, yara sepsisi və infeksiyon-toksik şok zamanı ölüm faizi yüksək olaraq qalmaqdadır.

8.4.1. YARA SEPSİSİ

Sepsis orqanizmin reaktivlik qabiliyyətinin və onun immun sisteminin zəifləməsi fonunda irinli prosesin, yəni bakteriya və onların toksinlərinin, eləcə də toxumaların irinli-nekrotik parçalanma məhsullarının qan dövrəni ilə ümumi orqanizmə yayılması ilə xarakterizə olunan mürəkkəb prosesdir. Bu proses neyrodistrofik kompleks, bakterial-toksik reaksiya fonunda orqanizmin mikroblara qarşı mübarizəsi şəklində keçir. Bunun törədiciləri qram-müsbət, qram-mənfi bakteriyalar, streptokokklar, stafilokokklar, kolibatsilyar infeksiya və s.-dir. Laborator müayinələri 80-85% halda bakteriyaların qana keçməsinə (bakteriemiyanı) təsdiq edir, septisemiya baş verir. Bir sıra hallarda diaqnozun dəqiqləşdirilməsi üçün qanın təkrari bakterioloji müayinəsi lazım gəlir. Müayinə üçün qan temperatur yüksəlmələri zamanı götürülməlidir. Əksər hallarda (90%) sepsisin törədicisi stafilokokklar, 25% halda streptokokklar və bağırsağ çöpləri olur. 5-7% halda isə sepsisin törədiciləri pnevmokokklar, yaşıl irin çöpləri, klebsiellalar, protey, anaeroblar (bakteroidlər, fuzobakteriyalar, eubakteriyalar) və göbələklər olur. Irinli prosesin qanla digər sahələrdə də metastaz verməsi piemiya, septik prosesin qarışıq şəkildə müşahidə olunması, yəni həm metastazla, həm də onsuz keçməsi isə septikopiemiya adlanır.

Sepsisin patogenezinə irinli infeksiya ocağının xüsusiyyəti, orqanizmin immun müdafiə qabiliyyəti və mikrobun virulentlik dərəcəsi başlıca rol oynayır. Geniş yaralanmalarda, həyata keçirilmiş operativ müdaxilənin mürəkkəbliyi, davam etmə müddəti və toxumaların qanla təchizatının pozulma dərəcəsindən asılı olaraq sepsis daha çox müşahidə edilir. Orqanizmin müxtəlif nahiyələrinin (döş qəfəsinin, qarının və çanağın) geniş və dərin yaralanmalarında, xüsusilə yarada geniş nekrotik ocaqların və toxumaların sekvstrasiyasının olması sepsisin inkişafı üçün şərait yaradan başlıca amillərdəndir. Uzun sümüklərin sınıqlarında və oynaqların zədələnmələrində, ətrafların travmatik amputasiyalarında, daxili orqanların mürəkkəb zədələnmələrində sepsis daha çox müşahidə olunur. Sepsisin əmələ gəlməsi əsasən yaraların cərrahi işlənməsinin gec və qeyri-qənaətbəxş yerinə yetirilməsi, sınıqlarda hərəkətsizləşdirmənin kifayət olmaması, antibiototerapiyanın qeyri-düzgün aparılması və yaralıların təxliyə müddətinin uzun çəkməsindən də çox asılıdır.

Sepsis ocaqlı infeksiyalarda yaralanmaların hətta ilk günlərində, yaxud yara nahiyəsinin təkrari zədələnmələri nəticəsində nisbətən gec müddətlərdə təsadüf edilə bilər. Onun ildırımsürətli, kəskin, yarım-kəskin, xronik və residivlə keçən klinik formaları məlumdur.

Sepsis zamanı yaralı orqanizmin immunobioloji müqavimət qabiliyyəti ilk növbədə intoksikasiyanın xarakterindən və dərinlik dərəcəsindən, eləcə də hipovolemiya, anemiya, hipovolemia, disproteinemiyadan, elektrolit, turşu və duz müvazinətindəki pozğunluqdan və i.a. çox asılıdır. Mikroorqanizmin təkcə qana keçməsi hələ sepsis demək deyildir. Bu, bakteriemiya adlanır. Bakteriemiya zamanı sağlam orqanizmin mübarizə mexanizmləri işə düşür və qana keçmiş mikrob qan dövrəindən kənar edilir. Lakin məlum olan səbəblərə görə orqanizmin müqavimət qabiliyyətinin tükəndiyi hallarda infeksiya kiçik irinli ocaqlardan bir neçə gün ərzində bütünlüklə orqanizmə yayılır və

daxili orqanlarda yaxın və uzaq metastazlar əmələ gətirir. Beləliklə, sepsisin əmələ gəlmə ehtimalı təkcə mikroorqanizmin fəaliyyətindən asılı olmayıb, eyni zamanda makroorqanizmin müqavimət qabiliyyətindən də çox asılıdır. Orqanizmin immun qabiliyyətinin pozulmadığı hallarda hətta geniş və dərin yaralanmalarda belə, təbiidir ki, sepsis və septik halın baş verməyəsi ehtimalı da bir o qədər az olacaqdır.

Sepsisin baş verməsi eyni zamanda qana keçmiş mikrobların miqdarından da çox asılıdır. Kəmiyyət dəyişikliklərinin keyfiyyət dəyişikliklərinə keçməsi üçün mikrobların bioloji xüsusiyyəti və onun virulentlik qabiliyyəti də əsas götürülməlidir. Mikroorqanizmin spesifik xüsusiyyətlərindən asılı olaraq ümumi infeksiya müxtəlif formalarda keçə bilər. Məsələn, stafilokokk mənşəli sepsislərdə daxili orqanlarda irinli metastazlar daha çox müşahidə edilir, proses infeksiya-toksik şok klinik əlamətləri şəklində keçir. Lakin digər qram-müsbət bakteriyalardan (məsələn, streptokokk və pnevmokokklar nəticəsində) baş vermiş sepsislərdə bu xüsusiyyət az hallarda təsadüf edilir. Qram-mənfi mikroflora (bağırsağ çöpləri və i.a.) az hallarda metastazlar verir. Lakin bunlar intoksikasiyanın daha dərin keçməsi və septik şok vermələri ilə xarakterizə olunurlar. İnfeksiyanın növündən asılı olaraq metastazlar da müxtəlif şəkildə müşahidə oluna bilər. Məsələn, stafilokokk mənşəli sepsislərdə metastazlar ağciyərlərdə, böyrəklərdə, sümük iliyində; streptokokk mənşəli sepsislərdə dəridə, oynaqalarda; pnevmokokk mənşəli sepsislərdə ağciyərlərdə, beyin qişalarında; enterokokk mənşəli sepsislərdə isə proses endokarda müşahidə edilir. Bakteroidlərin törətdiyi şoklarda isə metastazlar ağciyərlərdə, plevra, qara ciyər və beyində yerləşirlər.

Sepsis zamanı intoksikasiya əsasən bakterial toksinlərin təsiri ilə fermentativ və metabolik pozğunluqlar nəticəsində əmələ gəlmiş ara məhsulların qana sorulması nəticəsində baş verir. Septik hiperfermentasiya əsasında qanın proteolitik fəallığının artması, kininlərin və prostoglandinlərin çoxalması hesabına baş verir. Leykositlərin massiv şəkildə parçalanması qanda lizosimlərin və proteazanın miqdarının kəskin şəkildə artmasına səbəb olur. Proteolitik fermentlərin qanda miqdarının artması daxili orqanlarda nekrotik ocaqların əmələ gəlməsinə və sonralar bu ocaqlara infeksiyanın əlavə olması irinliliklərin meydana çıxmasına səbəb olur. Proteolitik fermentlərin fəallaşması ikincili fibrinoliz və damardaxili laxtalanma sindromunu əmələ gətirir. Bakterial toksinlərin və toxumaların parçalanma məhsullarının massiv şəkildə qana keçməsi orqanizmin sensibilizasiyasına, onun reaktivlik qabiliyyətinin və bütünlüklə maddələr mübadiləsinin pozulmasına gətirib çıxarır. Katabolizmin artması və qara ciyərin zülal əmələgətirmə funksiyasının itməsi hipoproteinemiya fonunda azot balansının pozulmasına, orqanizmin immunobioloji müqavimət qabiliyyətinin azalmasına və reparativ proseslərin ləngiməsinə səbəb olur. Hüceyrələrdə kaliumun miqdarı azalır, suyun və natriumun miqdarı artır. Qanda isə əksinə, kaliumun miqdarının artması, natriumun isə miqdarının azalması müşahidə olunur. Belə hallarda qanda şəkərin miqdarı həmişə yüksək olur. Orqanizmin qlükozaya və insulina davamlılıq qabiliyyəti (tolerantlığı) azalır.

Beləliklə, sepsisin əmələ gəlməsi və klinik gedişi ilkin irinli ocağın xarakterindən, orqanizmin immun müdafiə qabiliyyətindən, yaranın çirklənmə dərəcəsindən və mikroorqanizmin virulentlik dərəcəsindən asılı olaraq septik proses septisemiya və septikopiemiya şəklində keçir. Septisemiya ümumi infeksiyanın metastazsız, septikopiemiya isə infeksiyanın daxili orqanlarda metastazın olması ilə xarakterizə olunur. Axırıncı halda daxili orqanlarda irinli ocaqlar əmələ gəlir. Sepsis bəzən irinli prosesin lap başlanğıcında meydana çıxmaqla gözlənilmədən infeksiya-toksik şok şəklində də müşahidə edilə bilər. Sepsisin ildırımsürətli və kəskin formalarında klinik əlamətlər bir neçə saat və gün ərzində, yarımkəskin və xronik gedişlərdə isə həftələr və aylar ərzində inkişaf edir.

Sepsisin başlanğıc dövründə onu irinli proses fonunda əmələ gəlmiş rezorbtiv qızdırmadan fərqləndirmək çətin olur. Həmçinin septisemiya ilə septikopiemiyanın differensial diaqnostikası da irinli ocaqların meydana çıxdığı dövrə qədər çətin olur.

Yerli irinliliklərin yarılməsi və irinli toplaqların drenajı septik prosesin klinik əlamətlərinin zəifləməsinə səbəb olsa da, onu tam aradan götürmür və proses özünü vaxtaşırı kəskinləşməklə göstərir.

Sepsis fonunda yaralının ümumi vəziyyəti katastrofik şəkildə pisləşir. Yerli irinli prosesin ağırlığı orqanizmin ağırlıq dərəcəsinə uyğun gəlir. Yaralılar başağrılarından, həyəcanlanmadan, yuxusuzluqdan şikayət edirlər. Qısamüddətli eyforiyalar tədricən depressiya ilə əvəz olunur. İştah olmur, dil quru, ərpli olur, ürəkbulanmalar, qusma və ishal yaralını əldən salır. Alaqaranlıq vəziyyətdə olan huş son mərhələdə tam itir. Ağciyərlərdə durğunluq fonunda iltihabi proseslər meydana çıxır, qaraciyər və dalaq böyüyür,

ətraflarda ödem əmələ gəlir, böyrəklərin süzmə qabiliyyəti pozulur. Daimi şəkildə müşahidə olunan yüksək temperatur hektik xarakterə malik olur, güclü tərləmə və üşütmə ilə özünü göstərir. Çoxlu enerji itkisi ilə əlaqədar bədən çəkisi qısa müddət ərzində azalır, kəskin arıqlama qeyd edilir. Dərin intoksikasiya fonunda nəbz hətta qısamüddətli temperatur düşmələrində belə tezleşmiş olur. Hipotenziya fonunda nəbz dolğunluğu azalır, venoz təzyiq enir. Damar və trofik pozğunluqlar fonunda ödemlər, tromboflebitlər və yataq yaraları əmələ gəlir. Qanın analizi anemiyanın artmasını göstərir. Neytrofiloz leykositoz, limfopeniya aşkar edilir. Bəzən kəskin intoksikasiya və orqanizmin reaktivliyinin itməsi fonunda leykositlərin də miqdarı azalır. Qanın laxtalanma prosesindəki pozğunluq bəzən trombohemorragik fəsadlaşmaların baş verməsinə səbəb olur. Qanaxmalar trombonun irinləməsi nəticəsində və arroziv xarakterli ola bilər. Böyük arteriyalarda trombların əmələ gəlməsi bir sıra hallarda daxili orqanlarda infarkt ocaqlarının meydana çıxmasına və ətrafların qanqrenasına səbəb olur. Septik endokarditlər zamanı ürəyin qapaq aparatında, xüsusilə ikitaylı qapaqda və aypara qapaqlarda ciddi morfoloji dəyişiklik gedir. Böyrəklərdə pozğunluğun nəticəsi olaraq sidəyin xüsusi çəkisi azalır, sidəkdə zülal çöküntüləri və formalı elementlər aşkar olunur. Toksik hepatit fonunda dəridə və sklerada saralma (kseroftalmiya) müşahidə olunur.

İrinli prosesin metastazi sepsisin gedişinə xüsusi görkəm verir. Bu, özünü plevropnevmoniya, endokardit, beyin absessi kimi göstərir. Bir sıra hallarda isə proses hiss olunmadan gizli şəkildə keçir. İrinliklərin yarılması, yaxud drenaj olunması klinik əlamətlərin keçməsinə və temperaturun düşməsinə səbəb olur. Lakin yeni irinli ocaqların əmələ gəlməsi əlamətlərin yenidən meydana çıxmasına səbəb olur. Septik yara adətən quru, yaxud az ifrazatlı çirkli boz irinli ərplə örtülmüş olur. Qranulyasiya zəif və solğun, ödemli və qanaxmaya meyli olur. Demarkasiya xətti əmələ gəlmir. Diaqnozun düzgün təyini üçün mikrobonun yarada və qanda aşkarlanması vacibdir. Sepsisin diaqnostikasında hektik temperaturun olması, hemokulturada çoxsaylı mikrobların tapılması və metastatik ocaqların olması vacibdir. Metastatik ocaqlar əksərən özünü plevropnevmoniya, qaraciyər və beyin absessinin klinik şəklində göstərir.

Cərrahi profilli sepsisin müalicəsi təxirə salınmadan intensiv və kompleks şəkildə aparılmalıdır. İlk növbədə irinli ocaqlar sanasiya olunmalı, fəal antibakterial müalicə, anemiyanın, hipoproteinemiyanın, qanın turşu-qələvi və su-duz mübadiləsinin korreksiyası fonunda aparılmalı, eyni zamanda həyati-vacib orqanların funksiyasına nəzarət olunmalıdır. Müalicənin səmərəli olması üçün ilkin və ikincili irinli ocaqların vaxtında aşkar olunmaqla cərrahi müalicəsinin həyata keçirilməsi vacib şərtlərdəndir. Ümumi müalicə orqanizmin immun qabiliyyətinin möhkəmləndirilməsi istiqamətinə doğru yönəldilməlidir. Yaralı üçün əlverişli sanitariya-gigiyenik şərait yaradılmalıdır. İmkan olduqca onlar ayrıca palatalarda yerləşdirilməli, qida rasionu zülallarla, vitaminlərlə və karbohidratlarla zəngin olmalıdır.

Sepsisin konservativ müalicəsində bakteriosid təsirə malik antibiotiklərin tətbiqi əsas yerdə durmalıdır. Mikrobların antibiotiklərə həssaslığının təyininə qədər hər 6 saatda bir dəfə venaya 5 milyon vahid penisillin yeridilməli, antibiotikoqrammanın cavabının alınmasından sonra aminoqlükozidlərə, yaxud sefalosporinlərə keçilməlidir. Eyni zamanda hiperimmun plazma və qamma qlobulin (5-6 gün müddətində sutkada bir dəfə) istifadə edilməlidir. Aparılan müalicə stafilokokk, yaxud digər növ anatoksinin sxem üzrə yeridilməsi ilə tamamlanmalıdır. İnfuzion-transfuzion terapiya: təzə qan, albumin və plazma köçürülməsi təkcə dövran edən qanın həcmnin normallaşdırılmasından əlavə, orqanizmin reaktivlik qabiliyyətini də artırır və bütünlüklə homeostazın bərpasına imkan verir. Eyni zamanda kristallik amin turşuları, vitamin preparatları (xüsusilə C vitamini) və qanın reoloji qabiliyyətini artıran dərman preparatlarının istifadəsi də nəzərdə tutulmalıdır. Orqanizmin sutkalıq enerji təminatının ödənilməsi məqsədilə qlükozanın insulinlə birlikdə hipertonic məhlulundan və yağlı emulsiyalardan istifadə edilməsi məqsədəuyğundur. Gündəlik dezintoksikasion məhlullar köçürülməli, müasir müalicə üsullarından hemosobsiya və plazmaferez tətbiq olunmalıdır. Dezintoksikasiyanın sürətləndirilməsi məqsədilə diuretiklərdən istifadə olunmalıdır. Proteolitik fermentlərin inhibitorlarından kontikal, trasilol, yaxud qordoksdan istifadə edilməsi məqsədəuyğundur. Sepsisin kompleks müalicəsinə hiperbarik oksigenasiyanın da əlavə olunması mübadilə proseslərinin sürətlənməsinə, antibiotiklərin bakteriosid təsirinin artmasına imkan verir. Müəyyən hallarda hiperbarik oksigenasiyanın törədici amilə birbaşa təsiri də sübut olunmuşdur.

Sepsisin müalicəsində bir çox müvəffəqiyyətlərin əldə edilməsinə baxmayaraq, onun müalicəsi bu gün də bir problem olaraq qalır; bu zaman letallıq 25-30%-ə çatır. Xüsusilə qarın zədələnmələrində cərrahi əməliyyatdan sonra baş vermiş sepsislərdə ölüm faizi daha yüksəkdir. Ölümə bilavasitə səbəb

infeksion-toksik şok, plevropnevmoniyalar, irinli miokarditlər, kəskin böyrək çatmamazlığı və ağciyər arteriyasının emboliyasıdır.

8.4.2. İNFEKSİON-TOKSİK (SEPTİK) ŞOK

Bir sıra hallarda sepsis özünü infeksiion-toksik şok şəklində göstərir. Bu, sepsisin xüsusi forması olub, əsasən qram-mənfi bakteriyaların təsirindən baş verir. Bunun törədicisi bağırsaq çöpləri, yaşıl irin çöpləri, protey və onların ifrazat məhsullarıdır. Müəyyən hallarda infeksiion-toksik şokun əmələ gəlməsində qram-müsbət bakteriyaların da rolu istisna olunmur. Bunlar əsasən qram-mənfi bakteriyalarla qarışıq şəkildə fəaliyyət göstərilir. Septik şok infeksiyalaşmış yaralanmalar, fəsadlaşmış yanıqlar zamanı müşahidə olunsada, əsasən peritonitlər və sidik yollarının iltihabı üçün daha xarakterdir.

İnfeksion-toksik şok zamanı qan dövranında sürətlə inkişaf edən pozğunluq nəticəsində orqan və toxumalarda qısa müddət ərzində (4-5 saat) geriyə dönməz dəyişikliklər əmələ gəlir. Çoxlu miqdar mikroorqanizmlər zəhərli məhsulları (toksinləri) ilə damar divarına təsir edərək əvvəlcə onun spazmına, sonra isə parezinə səbəb olur. Qan təzyiqi kəskin şəkildə enir. Arterio-venoz şuntlar açılır, arterial və venoz təzyiq enir. Baroreseptorların fəallaşması qana çoxlu miqdar adrenalin və noradrenalinin daxil olmasına səbəb olur, bununla bərabər kininlərin mənfi təsiri nəticəsində endotelial membranın keçiriciliyi pozulur, qanın plazmatik hissəsi damarlardan kənara çıxır. Venoz qan dövranında ləngimə, mikrosirkulyasiyada pozğunluq, qan dövranında durğunluq halları baş verir. Dəridə, ağciyərlərdə və daxili orqanlarda baş vermiş durğunluq dövrən edən qanın həcmnin azalmasına səbəb olur. Ağciyərlərdə qanın şuntlanması uzunsürən hipoksiyanın baş verməsinə səbəb olur.

Hipovolemiya və toksinlərin böyrək kanalcıqlarının epitelinə mənfi təsiri nəticəsində oliquriya baş verir. Zülal mübadiləsindəki pozğunluqla əlaqədar qlobulinlərin əmələ gəlməsi kəsilir və orqanizmin infeksiyaya qarşı immun qabiliyyəti itir.

Xəstələrdə yerli əlamətlərlə bərabər (irinli yaralar, irinli toplaqlar, yataq yaraları və i.a.) yüksək hərarət, üşütmə, paresteziya, əzələ ağrıları, oyancılıq, narahatlıq və apatiya halları müşahidə olunur. Qanın ümumi analizində əvvəlcə normal leykositoz, hətta leykopeniya fonunda cavan çubuqucuqların olması, sonrakı saatlarda isə yüksək leykositoz, eritrositlərin qısa müddət ərzində azalması aşkar olunur. Qanın biokimyəvi analizində transaminazanın, şəkərin səviyyəsinin artması, kalsiumun və fosfatların azalması qeyd edilir. Şokun əsas diaqnostik əlaməti qan təzyiqinin aşağı düşməsi hesab olunmalıdır; sistolik qan təzyiqi bir qayda olaraq adi halda olduğundan 30-40 mm c.s. aşağı olur. Periferik qan dövranının pozulması nəticəsində əvvəllər vazodilatasiya fonunda ətraflar isti olur. Buna “qızmar” bakterial şok da deyilir. Sonralar qram-mənfi bakteriemiyası və damar spazmı nəticəsində dəri soyuq mərməri xatırladır. Qram-müsbət bakteriemiyalarda isə dəri ya quru, yaxud da hiperemiyalı olur.

Şokun başlanğıc fazasında taxikardiya, hiperventilyasiya və tənəffüs alkalozu müşahidə olunur. Bu, qan dövranının hiperergik reaksiyası kimi qiymətləndirilməlidir. Sonralar dərinin avazıması və soyuması ürəyin vurma həcmnin azalması ilə əvəz olunur. Oliquriya inkişaf edir. Bu əlamət bakterial şokun “soyuq” dövrü də adlandırılır. Tənəffüs tezləşir, dəqiqədə 40 və daha artıq olur, respirator-distress sindromun klinik əlamətləri meydana çıxır. Dəridə hemorragik petexial səpkilər meydana çıxır. Koaquloqrafik məlumatlar damardaxili laxtalanma sindromunun olmasını və digər hemorragik fəsadlaşmaları təsdiq edir. Böyrək kanalcıqlarında nekrotik proseslərin baş verməsi azotemiyanın əmələ gəlməsinə səbəb olur. Qanda sidik cövhəri və kreatinin səviyyəsi artır. Kəskin böyrək çatmamazlığına kəskin qaraciyər çatmamazlığı və ürək zəifliyi də əlavə olur; poliorqan çatmamazlıq meydana çıxır.

İnfeksion-toksik şokun lazımınca müalicəsi üçün ilk növbədə qan dövranındakı pozğunluq aradan qaldırılmalıdır. Bu məqsədlə arterial qan təzyiqinin enməsinin qarşısının alınması istiqamətində kompleks müalicə tədbirləri həyata keçirilməli və infeksiyanın zərərli təsiri aradan qaldırılmalıdır. Toksinlərin mənfi təsirləri neytrallaşdırılmalı, bütün irinli-infeksion ocaqlar drenaj olunmalıdır. Əgər infeksiion proses sidik yollarından baş vermişsə, burada durğunluq aradan qaldırılmalıdır. İntoksikasiya ilə hərtərəfli mübarizə aparılmalıdır. Kritik hallarda traxeya intubasiya olunmalı, ağciyərlər ventilyasiya olunmalı, toxumaların oksigenasiyası yaxşılaşmalı, ürəyin hemodinamik yükü azaldılmalıdır. İnfuzion-transfuzion terapiya kristalloidlər, kolloidlər, plazma, albumin və təzə qan köçürülməsi ilə tamamlanmalıdır. Oliquriya zamanı diuretiklərdən istifadə olunmalıdır. Ürək tonusunun saxlanması məqsədilə kardiotonik

dərman preparatları tətbiq edilməlidir. İnfuzion müalicəyə qlükokortikoidlərin əlavə olunması intoksikasiyanın azalmasına müsbət təsir göstərir. Bunlar 3-4 saatda bir dəfə vena daxilinə yeridilməlidir. Müalicə eyni zamanda qaraciyər və müsariqə qan dövranının yaxşılaşmasına müsbət təsir göstərir. Bu məqsədlə dopamindən, amrinondan və i.a. istifadə etmək olar.

Antibakterial müalicə kəskin qan dövrünü pozğunluğunun baş verməsinə qədər həyata keçirilməlidir. Əks təqdirdə bakteriyaların toksik təsiri şok və intoksikasiyanı daha da dərinləşdirə bilər; müasir aminoqlikozidlərdən tobromitsin, qentamitsin, sefalosporinlər və klindomitsin maksimal doza ilə venaya yeridilməlidir. Eyni zamanda proteazanın inhibitoru, anatoksinlər və qamma-qlobulinlərdən istifadə edilməlidir. Yeni dərman preparatlarının istifadəsi və daha müasir müalicə tədbirlərinin həyata keçirilməsinə baxmayaraq, infeksiyon-toksik şokun müalicəsinin nəticəsi qeyri qənaətbəxş olaraq qalmaqdadır. Bu zaman ölüm halları 40%-ə qədər yüksəlir.

8.4.3. YARA SEPSİSİNİN VƏ İNFEKSİON-TOKSİK ŞOKUN MÜALİCƏSİ

Müalicə etiotrop, patogenetik və simptomatik olmaqla kompleks şəkildə yerinə yetirilməlidir. Müalicənin məzmunu yaranın nekrotik toxumalardan radikal surətdə təmizlənməsindən və onun drenajından ibarət olmayıb, eyni zamanda orqanizmdə baş vermiş funksional və morfoloji pozğunluqların aradan qaldırılmasından ibarət olmalıdır. Yaranın mütəmadi olaraq antiseptik məhlullarla sirkulyar yuyulması yarada bakteriya və onların toksinlərinin əmələ gəlməsinin qarşısını alır. Bütün bunlar operativ müdaxilə zamanı və ondan sonrakı müddətlərdə həyata keçirilməlidir. Əməliyyataqədərki hazırlıq müddətində ləngidilmələrə yol verilməməlidir. Bir sıra müəlliflər bu məqsədlə ətraf yaralanmalarında patoloji nahiyənin radikal kəsilib götürülməsini, yəni ətrafın amputasiyasını daha məqsədəuyğun hesab edirlər. Onlar xüsusilə infeksiyalaşmış geniş ətraf yaralanmalarında erkən amputasiyaları daha məqsədəuyğun hesab edirlər. Lakin bizə belə gəlir ki, burada da amputasiyaların yerinə yetirilməsi müəyyən göstəriş əsasında həyata keçirilməlidir. Yaranın düzgün və effektiv cərrahi işlənməsi bir sıra hallarda amputasiyalara olan ehtiyacı aradan qaldırır. Burada müasir dərman preparatlarının tətbiqi işin səmərəsinin artırılmasına imkan verir.

İrinli toplaqlar, yaraətrafi fleqmonalar və irinli artritlərin baş verməsi hallarında irin vaxtında xaric edilməlidir. Metastatik irinliklərin əmələ gəlməsinin qarşısının alınması üçün irinli ocaqlar yarılmalı, vaxtında drenaj olunmalı, yara boşluğu antiseptiklərlə sirkulyar yuyulmalıdır. Yaranın yuyulması zamanı ferment preparatlarından tripsin, xemotripsin, terrilitinin istifadəsi yaranın nekrotik toxumalardan daha tez təmizlənməsinə şərait yaradır. Həmçinin həmin preparatların istifadəsi antibiotiklərin də təsir qabiliyyətini artırır. Mikrobların məqsədli proteolitik vasitələrdən streptaza, streptokinaza, streptodornazanın vena, yaxud arteriyaya daxilinə yeridilməsi daha məqsədəuyğundur. Septik tromboflebitlərdə iltihaba uğramış damar yaradankənar sahələrdə bağlanılmalı, yaxud kəsilib çıxarılmalıdır.

Sepsis zamanı ətraflarda cərrahi müdaxilənin həyata keçirilməsi eyni zamanda ətrafa rahatlıq verilməsi, sınıqlar zamanı hərəkətsizləşdirmə, skelet dartmasının qoyulması, yaxud ocaqdankənar osteosintezin həyata keçirilməsi ilə yerinə yetirilməlidir. Xəstələrə qan və qanəvəzedicilər, zülal preparatları, kolloid və kristalloidlər köçürülməli, immun prosesləri sürətləndirmək məqsədilə qamma-qlobulin, antistafilokokk plazma, antibiotik və vitamin preparatlarının tətbiqi vacibdir. Antibiotiklərin istifadəsi mikrofloranın həssaslığının yoxlanılması şəraitində həyata keçirilməlidir. 2-ci və 3-cü nəsildən olan sefalosporinlərdən sefoksitin, sefuroksim, sefotaksim, seftriakson və s. bu kimi preparatların istifadəsi daha yaxşı nəticə alınmasına imkan verir. Yaraların daha çox çirkləndiyi hallarda təyinatə penisillin preparatları, klindamitsin, yoğun bağırsağın zədələndiyi hallarda isə metronidazol əlavə olunmalıdır. Antibiotiklərdən penisillin bu gün də qızılı stafilokokklara, streptokokklara və pnevmokokklara qarşı öz təsir qabiliyyətlərini nəinki itirməmişdir, hətta bunların daha geniş şəkildə istifadəsi məsləhət görülür. Penisillinə həssaslığın itdiyi hallarda onun yarım-sintetik preparatlarından (ampisilin, oksasillin, metisillin, piperasillin–pipril, nafisillin, tikarsillin) və sefalosporinlərdən istifadə edilməlidir. Penisillinazaya qarşı davamlı yarım-sintetik preparatlardan flukloksasillin (floksapen), piperasillin (pipril), tikarsillin daha effektiv təsirə malikdir. Həmçinin uzunmüddətli təsirə malik penisillin preparatlarından (fortepen) istifadə edilməsi də yaxşı nəticə verir. Ağır hallarda penisillinin 5-10 milyon dozada 20 dəqiqə müddətində hər 4 saatda 200 ml fizioloji məhlulda venaya yeridilməsi daha məqsədəuyğundur. Həmin doza sutka ərzində venaya fasiləsiz şəkildə də yeridilə bilər.

Qram-mənfi mikroblar təsirindən törənmiş infeksiyalar zamanı aminoqlikozidlərdən gentamitsin, tobromitsin, bunlara həssaslığın yoxlanılmadığı hallarda isə amikasin, netilmitsin və tobramitsin məsləhət

görülür. Anaerob infeksiyalarda qentamitsinin digər antibakterial dərman preparatları ilə kombinə şəkildə istifadə olunması yaxşı nəticə verir. Gentamitsin həmçinin hematoensefal baryerdən də yaxşı keçir. Pseudomonadalarla törənmiş infeksiyalarda aminoqlikozidlərin karbenisillinlə, piperasillin (pipril), yaxud tikarsillinlə kombinasiyası, klisellalarla törənmiş infeksiyalarda isə aminoqlükozidlərin sefalosporinlərlə kombinasiyası daha effektiv təsirə malikdir. Qram-mənfi mikroblar həmçinin yarımsintetik penisillin preparatlarına da həssas olduğundan, axırncıların istifadə olunması da məqsədəuyğundur. Həmçinin ampisillin bağırsağ çöplərinə, protey mikroblarına, karbenisillin pseudomonadalara, protey və enterokokklara, piperasillin klisella və enterokokklara daha güclü təsir göstərir. Qeyd etmək lazımdır ki, penisillinin polisintetik preparatlarına qarşı orqanizm daha həssas olduğu üçün bunların istifadəsi ehtiyatla həyata keçirilməlidir. Orqanizmin bu preparatlara qarşı həssaslığı qabaqcadan yoxlanmalıdır.

Qeyri-klostridial anaerob infeksiyaya qarşı klindamitsin daha effektiv dərman maddəsidir. Bu preparat həmçinin qram müsbət kokklara qarşı da yaxşı təsir göstərir. Aerob və anaerob infeksiya birlikdə müşahidə edildikdə klindamitsin aminoqlikozidlərlə kombinə şəkildə istifadə edilməlidir. Antibiotiklərdən levomitsetin suksinat (xloramfenikol) və gentamitsin aerob və anaerob mikroblara qarşı güclü təsir göstərir, bunlar digər antibiotiklərlə yaxşı kombinasiya olunur və hematoensefal baryerdən asan keçirlər. Metronidazol anaeroblara yaxşı təsir göstərir, bütün nahiyələrdə toxumalar tərəfindən asan mənimsənilir. Lakin bu preparat aerob mikrofloraya təsir göstərə bilmədiyindən onun digər antibiotiklərlə kombinə şəkildə istifadəsi vacibdir.

Antibakterial preparatların kombinə şəkildə istifadəsi zamanı onların toksik və yanaşı təsirləri də nəzərdən qaçırılmamalıdır. Həmçinin antibiotiklərin uzun müddət nəzarətsiz tətbiqi kandidomikozun əmələ gəlməsinə səbəb ola bilər. Kandidomikozun profilaktikası məqsədilə nistatin, mikostatin, levorin və s. Bu kimi preparatların istifadəsi məqsədəuyğundur. Göstəriş olduqda ürək qlükozidləri, ağrıkəsicilər və yuxu dərmanlarının istifadəsi də məsləhət görülür. Xəstələrə ümumi qulluğun, səmərəli qidalanma və maye qəbulunun xüsusi əhəmiyyəti vardır. Sepsisli xəstələr yüksək kalorili, asan mənimsənilən, vitamin, zülal və minerallarla zəngin qida qəbul etməlidirlər.

Travmatik kaxeksiya və distrofiya hallarında həyata keçirilmiş cərrahi müdaxilələr daha az effekt verir. Bu zaman xəstəliyin gedişi ilə yaranan vəziyyəti arasında asılılıq daha çox pozulur. Bu kimi hallarda anabolik hormonal preparatların (nerabol, nerabolil, retabolil) istifadəsi məqsədəuyğundur. Bunlar xəstənin iştahının artmasına, əzələlərin çəkisinin bərpaasına və ümumi vəziyyətin yaxşılaşmasına imkan verir. Hormonal preparatların istifadəsi zamanı orqanizm zülallarla, karbohidratlarla, yağlarla, elektrolitlər və vitaminlərlə tam təmin olunmalıdır. Əks təqdirdə həmin preparatların istifadə olunması səmərəsiz olmaqla bərabər, zərərli nəticələr də verə bilər. Sepsisli xəstələrin təxliyəsi ehtiyatla həyata keçirilməlidir. Xəstələr digər müalicə müəssisələrinə yalnız vəziyyətdən tam çıxdıqdan sonra köçürülə bilər. Bu məqsədlə hava nəqliyyatından istifadə olunması daha əlverişlidir.

Beləliklə, döyüş zədələnmələrinin infeksiyon fəsadlaşmalarının müşahidə olunması zədə nahiyəsinin çirklənmə dərəcəsindən, yaranmanın xarakterindən, mikroorqanizmin virulentlik dərəcəsindən və orqanizmin müqavimət qabiliyyətindən asılı olaraq baş verir. Fəsadlaşmaların təsadüf olunması həyata keçirilmiş yardımın keyfiyyətindən çox asılıdır. Bura döyüş zonasında zədə nahiyəsinə qoyulmuş ilk sargıdan başlamış, yaraların düzgün cərrahi işlənməsi və aparılan kompleks müalicə tədbirləri aiddir. Yaralıların müalicəsində antibakterial dərman preparatlarının istifadəsi ilə yanaşı, hipovolemiyanın və qanıtırmələrin nəticələrinin aradan qaldırılması tədbirləri həyata keçirilməlidir. Orqanizmin immun qabiliyyətinin yüksəlməsi, zülal, karbohidrat, su-duz mübadiləsinin normallaşması, qanın turşu və qələvi tarazlığındakı pozğunluğun aradan qaldırılması vacibdir. Fəsadlaşmaların aradan qaldırılmasında həmçinin müasir müalicə üsullarından geniş istifadə edilməlidir. Döyüşlərin məhəlli, yaxud genişmiqyaslı şəkildə getməsindən asılı olaraq, döyüş şəraitinin nəzərə alınması ilə mərhələlərin ixtisarı (müasir müharibələr və hərbi münaqişələrdə) bəzən daha yüksək nəticələrin əldə edilməsinə imkan verir. Yardımda hamılıqla ikimərhələli variant daha məqsədəuyğun hesab olunur.

FƏSİL IX

ANAEROB VƏ ÇÜRÜNTÜLÜ İNFEKSİYA

TƏDRİS SUALLARI

- 9.1. Klostridial anaerob infeksiya (qazlı qanqrena)
- 9.2. Klostridial anaerob infeksiyanın profilaktikası və müalicəsi
 - 9.2.1. Anaerob infeksiyanın profilaktikası
 - 9.2.2. Klostridial anaerob infeksiyanın müalicəsi
- 9.3. Qeyri-klostridial anaerob infeksiya (çürüntülü infeksiya)
 - 9.3.1. Qeyri-klostridial anaerob infeksiyanın profilaktikası və müalicəsi

9.1. KLOSTRİDİAL ANAEROB İNFEKSİYA (QAZLI QANQRENA)

ÜMUMİ MƏLUMAT

Anaerob infeksiya dedikdə, əsasən qazlı qanqrena nəzərdə tutulur. Bir sıra hallarda bu, qazlı fleqmona və bəd xassəli ödem də adlandırılır. Birinci dünya müharibəsi illərində anaerob infeksiya 2-15%, Böyük Vətən müharibəsində 1-2% müşahidə edilmişdir. Ağırlaşmış hallarda patologiya təqribən 20-50% letallıqla başa çatır.

Anaerob infeksiyanın törədiciləri əsasən dörd növ mikrobdur. Bunlara *Cl. perfringens*, *Cl. oedematiens*, *Cl. hystoliticum*, *Cl. septicum* aiddir. Bunlardan əlavə qazlı qanqrenanın gedişində hemolitik streptokokklar, çürüntülü infeksiyanın törədicilərinin də iştirakı mümkündür. Son məlumatlara əsasən klinik təsirinə görə klostridial mikroblar 3 qrupa bölünürlər. 1-ci qrupa yüksək toksik və proteolitik təsiri ilə seçilən mikroblar aiddir. Bunlar qazlı qanqrenanın klassik formasını əmələ gətirirlər. Bu qrupun nümayəndələrinə *Cl. perfringens*, *Cl. septicum*, *Cl. oedematiens* aiddir. 2-ci qrup törədicilərin toksik təsirləri yüksək olmasa da, onlar yüksək proteolitik təsirə malikdirlər. Bunlara *Cl. histolyticum*, *Cl. bifermentans*, *Cl. sporogenes*, *Cl. fallax* aiddir. 3-cü qrup klostridilərə kontaminantlar aiddir. Bunların nümayəndələrinə *Cl. tertium*, *Cl. butiricum*, *Cl. parapatrificum*, *Cl. sartagoforum*, *Cl. sardelli*, *Cl. capitovales* aiddir.

Bir sıra hallarda klostridilər aerob mikroblarla (stafilokokk, streptokokk, protey, bağırsağ çöpləri, psevdomanadalarla və i.a.) müştərək fəaliyyət göstərə bilirlər. Bu kimi hallarda anaeroblara qarşı selektiv terapiyanın tətbiqi (antibiotik müalicəsi, hiperbarik oksigenasiya) bəzən aerob mikrobların fəallaşmasına və infeksiyon prosesin təhlükəli xarakter almasına səbəb ola bilər.

Patogen klostridilər spor əmələ gətirməkdən əlavə ekzotoksin ifraz etmək xüsusiyyətinə də malikdir. Məsələn, *Cl. perfringens*in ekzotoksinləri hemolitik, nekrotik və neyrotoksik təsirə malikdir.

Bunlar hemoliz və toxumalarda nekroz əmələ gətirməkdən əlavə, hemoqlobinuriya, sarılıq, kəskin böyrək çatmamazlığı əlamətlərinin əmələ gəlməsində, həmçinin qan dövranı və mərkəzi sinir sistemində funksional pozğunluğun baş verməsində iştirak edirlər. Cl. Oedematiens-in ekzotoksinləri isə damar divarına təsir edərək, onun keçiriciliyinin artmasına və güclü ödemənin əmələ gəlməsinə səbəb olurlar. Cl. hystolyticum proteolitik fermentlər ifraz edərək, ətraf toxumaların ərisməsinə səbəb olur. Klostridial infeksiyanın digər nümayəndəsi Sl. septicum adından məlum olduğu kimi, septik və ümumi intoksikasiya vermək xüsusiyyəti ilə seçilir. Bu, eyni zamanda toxumalarda parçalanma, çürüntü və ödem əmələ gətirmək xüsusiyyətinə də malikdir. Bu zaman qazın əmələ gəlməsi də müşahidə oluna bilər.

Torpaqla daha çox çirklənmiş ikincili yad cisimlər olan odlu silah yaralanmaları anaerob infeksiyaya daha çox həssas olurlar. Xəstəliyin əmələ gəlməsində yaranın mikroblarla çirklənməsindən əlavə, yerli və ümumi amillərin də rolu böyükdür. Yerli amillərə yarada nekrotik toxumaların olması və zədələnmələrin daha mürəkkəb xarakter daşmasıdır. Bura magistral damarların və mürəkkəb sınıqların baş verməsi aiddir. Ətrafların yumşaq toxumalarının geniş zədələnmələri zamanı anaerob infeksiya daha çox müşahidə olunur. Anaerob mikrobların təzə yaralarda 90-95% halda aşkar olunmasına baxmayaraq, onlar yalnız 1,5-2% hallarda xəstəlik törətmə qabiliyyətinə malik olurlar. Anaerob infeksiyanın əmələ gəlməsində, həmçinin damar zədələnmələri zamanı ətrafda turnanın olması, kip sarğılar, yaranın kip tamponadası, toxumaların sıxılması nəticəsində qan dövranında yerli pozğunluq hallarının olmasının da əhəmiyyəti böyükdür. Qeyri-qənaətbəxş aerasiya və yarada kor boşluqların (ciblərin) olması anaerob infeksiyanın əmələ gəlməsi üçün daha əlverişli şərait yaradır.

Qanitirmələr, fiziki yorğunluq, psixi travmalar, ətraf mühitin soyuması, uzunmüddətli hipotoniya, yaralandıqdan sonra təxliyənin uzun çəkməsi və bunun çoxmərhələli olması da qazlı qanqrenanın əmələ gəlməsinə şərait yaradan amillərdəndir. Yaralanmaların kombinə şəkilli olması anaerob infeksiyanın əmələ gəlməsində yardımçı rol oynaya bilər. Qazlı qanqrenanın inkişafında başlıca rol oynayan yerli, həm də ümumi amillər döyüş prosesində daha çox təsadüf edildiyindən, anaerob infeksiya da bu zaman çox müşahidə olunur. Bunun müşahidə olunma dərəcəsi həmçinin müharibədə tibbi xidmətin təşkili səviyyəsindən də çox asılıdır. Belə ki, yaralıların döyüş zonasından gec çıxarılması, ilk yardımın qeyri-qənaətbəxş, yaxud ləng həyata keçirilməsi, ətrafların hərəkətsizləşdirilməsinin lazımcıca yerinə yetirilməməsi, yaralının ixtisaslı cərrahi yardıma gec çatdırılmasının da xüsusi əhəmiyyəti vardır. Eyni zamanda anaerob infeksiyanın əmələ gəlməsində yaranın cərrahi işlənilməsinin düzgün aparılmaması, yaxud onun ümumiyyətlə yerinə yetirilməməsi də xüsusi əhəmiyyət kəsb edir. Anaerob infeksiyanın inkişafı həmçinin yaralanmaların lokalizasiyasından da asılıdır. Xüsusilə aşağı ətraf və çanaq yaralanmalarında anaerob infeksiya daha çox təsadüf edilir. Böyük Vətən müharibəsində müşahidə olunmuş bütün anaerob infeksiyanın 3/4 hissəsi aşağı ətraf və sağrı yaralanmalarına aid olmuşdur. Yuxarı ətraflara nisbətən aşağı ətraf yaralanmalarında anaerob infeksiya 4-5 dəfə çox müşahidə olunur. Bizim Qarabağ müharibəsindəki təcrübəmiz də bunu təsdiq edir.

Xəstəliyin gedişindən asılı olaraq, anaerob infeksiyanın ildırımsürətli, sürətlə inkişaf edən və ləng gedişli formaları məlumdur. Yerli əlamətlərin xarakterinə görə xəstəliyin qazlı, ödemli və qarışıq formaları məlumdur. Proses fassiyaaltı dərin sahələrdə və səthdə yerləşə bilər.

Xəstəliyin inkubasion dövrü 2-3 gündən bir həftəyə qədər davam edir. Inkubasion dövr nə qədər qısa olarsa, xəstəliyin gedişi də bir o qədər ağır olur. İldırımsürətli forma daha ağır keçir; xəstəliyin klinik əlamətləri qısa müddət ərzində (hətta bir neçə saat ərzində) meydana çıxır, yaralının vəziyyəti son dərəcə ağır olur, əksər hallarda bir neçə saat ərzində proses ölümlə nəticələnir. Ümumiyyətlə anaerob infeksiyadan ölüm halları 20%-dən 50%-ə qədər və daha artıq təsadüf edir. Sürətlə inkişaf edən formada klinik əlamətlər 1-2 sutka ərzində baş verir. Ləng inkişaf edən formada inkubasion dövr daha uzun çəkir, proses tədricən inkişaf edir. Xəstələr yarada kəskin ağrıların və qoyulmuş sarğının yaranı sıxmasından şikayət edirlər. Tezliklə kəskin ödem yaradan fassial qatlarla, vətər, sinir və damarlar boyunca bütün ətrafa yayılır.

Yaralılarda intoksikasiya əlamətləri meydana çıxır. Anaerob infeksiya zamanı intoksikasiya progressiv sürətdə artır. Bunun səbəbi mikrob toksinləri və toxumaların parçalanma məhsullarının qana sorulması ilə əlaqədardır. Narahatlıq, bəzən eyforiya halları müşahidə edilir. Intoksikasiya artıqca xəstələr ətraf mühitə laqeyd olur və dərin depressiya vəziyyətinə düşürlər. Müəyyən hallarda yaralılarda oyancılıq halları emosional affekt xarakteri də daşıya bilər. Hərəkət yüksəlir, huş adəti üzrə itmir. Avazımsız fonda dəridə boz çalarlıq qeyd edilir. Dəri örtüyü və sklera saralmış olur. Bu, hemolizin baş

verməsi ilə əlaqədardır. Intoksikasiya artdıqca sifətin cizgiləri cılızlaşır, iştah itir, susuzluq, ürəkbulanma və təkrari qusmalar baş verir. Dil quru və ərpli olur. Güclü tərləmə və təkrari qusmalar nəticəsində orqanizm susuzlaşır. Ürək-damar sistemi pozğunluqları taxikardiya, arterial təzyiqin kəskin enməsi əlamətləri ilə müşahidə olunur. Nəbz zəif dolğunluqlu, tənəffüs tezləşmiş və səthi olur. Qanın ümumi analizində leykositoz, neftrofiloz, leykoformulanın sola meylliliyi, müşahidə olunur. Tezliklə anemiya baş verir. Yaralıların müayinəsində barmaqların hissiyyatının və distal oynaqda hərəkətin olmasının yoxlanılması vacibdir. Ətrafda distal hissələrdə hərəkəti və hissi pozğunluğun olması anaerob infeksiyanın erkən əlamətləri kimi qiymətləndirilməlidir.

Anaerob infeksiya zamanı yara quru, cüzi ifrazatlı olur. Yaradan kənara çıxmış əzələ toxuması tünd qırmızı rəngdə olur, çox hallarda isə bişmiş əti xatırladır. Yarada regenerasiya əlamətləri olmur. Yara iysiz, bəzən isə turşumuş kələm yaxud kükürd iyi verir. Bir sıra hallarda əlavə olaraq çürüntülü infeksiyanın da inkişafı hallarında yaradan üfunətli iy gəlir. Yara ətrafında dəri şişkin, parlaq və avazımış rəngli olur. Dərialtı venalar genişlənməmiş tor şəklində olur. Dəridə müxtəlif formalı və ölçülü tünd-boz, sarı, yaxud çadra rəngli qanlı möhtəviyyətli ləkələr meydana çıxır. Bunlar hemoqlobinin parçalanması və qansızmalarla əlaqədardır.

Anaerob infeksiyada demarkasiya xətti olmur. Yara nahiyəsində əmələ gəlmiş nekroz sahəsi maneəsiz olaraq tezliklə ətraf sağlam toxumalara yayılaraq bədənin xeyli hissəsini əhatə edir. Anaerob proses əvvəlcə klostridial selulit, daha sonra klostridial mionekroz şəklində inkişaf edir. Selulitlərdə orqanizmin ümumi intoksikasiyası müşahidə olunmayı, yaxud zəif nəzərə çarpır. Bu zaman yüksək hərərət, qaraciyər və böyrəkdə funksional pozğunluq halları demək olar ki müşahidə olunmayı, yerli iltihabi əlamətlər isə zəif nəzərə çarpır.

Müəyyən hallarda əzələlərin nekrozu ilə bərabər toxumaların kəskin ödemə baş verir. Xəstəliyin ödemli formasında qaz əmələ gəlməsi müşahidə olunmaya da bilər və bunun xüsusi diaqnostik əhəmiyyəti vardır. Digər qrup xəstələrdə isə zədə nahiyəsində qazın əmələ gəlməsi xəstəliyin ilk başlanğıcından meydana çıxır. Zədə nahiyəsində krepitasiyalar və yaradan qazın çıxması müşahidə olunur. Perkussiya zamanı timpanik səs eşidilir. Zədə nahiyəsinin sığallanması zamanı “ülgüç-xırıltılı səs” əmələ gəlir. Qazın əmələ gəlməsi *Cl. Perfringens*-in fəaliyyəti ilə bağlıdır. Lakin kolibatsilyar infeksiya, klipsellalar, psevdomanadlar, qeyri-klostridial anaerob mikroorqanizmlər və hemolitik streptokokklar da patoloji nahiyədə qaz əmələ gətirə bilərlər. Anaerob infeksiyanın qarışıq keçən formasında qaz və ödemə əmələ gəlməsi paralel şəkildə inkişaf edir.

Qazlı qanqrenanın klassik forması prosesin yüksək sürətlə inkişafı ilə xarakterizə olunur. İlk başlanğıcda hələ dəridə dəyişiklik əmələ gəlməmişdən xəstələrdə yüksək temperatur (40–41°C) müşahidə olunur. Kəskin taxikardiya fonunda arterial təzyiq enir. Yüksək leykositoz müşahidə edilir. Eyforiya sonralar apatiya ilə əvəz olunur. Xəstələrdə ətrafa qarşı laqədlilik hiss olunur. Hemoliz nəticəsində dəri saralır hemolitik-uremik sindromun əmələ gəlməsi kəskin böyrək çatmamazlığına gətirib çıxarır. Qanda sidik cövhəri və kreatinin çoxalır. Oliquriya və anuriya baş verir. Müəyyən hallarda ayrı-ayrı xəstələrdə damardaxili laxtalanma sindromu, respirator distress sindrom, piy emboliyası və dərin venaların trombozu baş verir. Yerli ödemli suluqlanma sahələrində qazlı qanqrena mikroblarını aşkar etmək mümkündür. Patoloji nahiyə şişkin, solğun, gərgin olub, göy mərməri xatırladır. Damar keçiriciliyi pozulduğundan həmin sahə soyuq olur.

Qeyd etmək lazımdır ki, zədələnmə zamanı əzələ nekrozu (mionekrozlar) bəzən qeyri-klostridial anaerob mənşəli (streptokokklar, fuzobakteriyalar, peptokokklar, peptostreptokokklar və i.a.) infeksiyalarda da təsadüf edilə bilər. Burada da həmçinin zədələnmə sahədə seqmentar yayılmış ödem, kəskin ağrılar müşahidə edilir, patoloji nahiyə tünd qəhvəyi, yaxud tunc rəngində olur. Yaradan üfunətli iy gəlir. Fərqli cəhət bundan ibarətdir ki, qeyri-klostridial infeksiyalar zamanı mionekrotik proses klostridial infeksiyada olduğundan ləng inkişaf edir. Bakterioloji müayinədə qram-müsbət flora (əsasən streptokokklar) aşkar edilməsi diaqnozun qoyulmasını asanlaşdırır. Həmçinin klostridial infeksiyadan fərqli olaraq, burada əmələ gəlmiş qaz dərialtı piy təbəqəsindən dərinə keçmir. Belə hallarda yaranın düzgün cərrahi işlənməsi, drenaj olunması və antibiotiklərin tətbiqi prosesin asanlıqla ləğv olunmasına imkan verir. Hiperbarik oksigenasiyanın tətbiqi lazımi nəticə vermir. Yanaşı toksemiyanın olması bir sıra hallarda ölümə səbəb ola bilər.

9.2. ANAEROB İNFEKSIYANIN PROFİLAKTİKASI VƏ MÜALİCƏSİ

Anaerob infeksiyanın profilaktikasına yaralının döyüş zonasından çıxarılması və ehtiyatla daşınması, sınıqlar zamanı ətrafların lazımcına hərəkətsizləşdirilməsi, şok və qanıtirməyə qarşı tədbirlərin görülməsi, qankəsici turnaların mümkün qədər tez açılması və i.a. aiddir.

Antibakterial terapiyanın daha erkən müddətlərdə başlanılmasının xüsusi əhəmiyyəti vardır. Anaerob infeksiyanın qarşısının alınması üçün vacib və mühüm tədbirlərdən biri də yaranın vaxtında və düzgün cərrahi işlənməsidir. Yaranın cərrahi işlənməsi zamanı nekrotik toxumalar tam götürülməli, yad cisimlər çıxarılmalı, magistral damarlar və sinirlərin tamlığı gözlənilməlidir. Təcrübə göstərir ki, yara düzgün cərrahi işlənmədikdə hətta qanqrena əleyhinə zərərblər belə lazımi müsbət nəticə verməyir. Yaraların cərrahi işlənməsi nə qədər tez yerinə yetirilərsə, anaerob infeksiya da bir o qədər az müşahidə oluna bilər. Yaraların cərrahi işlənməsi zamanı diqqətli hemostaz, yaranın etibarlı drenajı, yaranın tikilməməsi (açıq saxlanması) vacib şərtlərdəndir. Yara kanalının kip tamponadası və zədə nahiyəsinin sirkulyar gips sarğısına alınması məsləhət görülmür. Döyüş şəraitində yaralıların hospitala kütləvi şəkildə daxil olduğu və bütün yaralıları yardım göstərilməsi mümkün olmadığı və cərrahi yardımın gecikdiyi hallarda kənarları didilmiş və torpaqla çirklənmiş, geniş və cırılmış yaraların işlənməsi təxirə salınmamalıdır. Sınıqlar və magistral damarların zədələnməsi hallarında qazlı qanqrenanın profilaktikası istiqamətində tədbirlər daha diqqətlə həyata keçirilməlidir. Ətraf yaralarının, cərrahi işlənməsindən sonra və eyni zamanda amputasiyalardan sonra birincili tikişlər qoyulmamalı, yalnız təxirəsalınmış tikişlərdən istifadə edilməlidir. Sınıqlar zamanı osteosintez yaralı şokdan tam çıxdıqdan sonra yerinə yetirilməlidir; bunun yaranmadan 2-3 gün sonra həyata keçirilməsi daha məqsədəuyğundur. Çünki bu müddət ərzində (şokdan çıxdıqdan sonra) orqanizmin infeksiyaya qarşı müqavimət qabiliyyəti artmış olur.

Anaerob infeksiya eyni zamanda kontagioz xarakterə malik olduğundan xəstələr təcrid olunmalı, onların sarğı materialları, cərrahi alətlər, qulluq əşyaları və i.a. ayrıca saxlanılmalıdır. Qulluq edən heyət: sanitarlar, orta tibb işçiləri və həkimlər epidemiya əleyhinə rejimə ciddi əməl etməli, dezinfeksiya qaydaları gözlənilməlidir. Çirklənmiş alt paltarlar, mələfələr, yastıq üzvləri, xalatlər və i.a. 2%-li soda məhlulunda bir saat müddətində qaynadılmalı və yuyulmalıdır. İşlədilmiş əlcəklər atılmalıdır. Yaxşı olar ki, birdəfəlik maska, əlcək və xalatlardan istifadə olunsun. Cərrahi alətlər 1 saat ərzində 2%-li soda məhlulunda qaynadılmaqla sterilizə olunmalı, istifadə olunmuş sarğı materialı və taxta şinlər yandırılmalı, yaxud torpağa basdırılmalıdır. (Metal şinlər alovdan keçirildikdən sonra yenidən istifadə oluna bilər). Sarğı masası, müşəmbələr, əlaltı vasitələr (xidmət əşyaları) lizol, triasid məhlulu ilə silinməlidir.



Şəkil 9.1 Müasir antiseptik preparatlar

Anaerob infeksiyanın müalicəsi kompleks şəkildə həyata keçirilməlidir. Təxirəsalınmaz cərrahi yardım burada başlıca əhəmiyyətə malikdir. Çünki operativ müdaxilədən imtina olunması birbaşa ölüm deməkdir. Cərrahi müdaxilədə kəsiklər geniş şəkildə aparılmalı, əməliyyata hazırlıq müddəti lüzumsuz yerə uzaldılmamalı, antibiotiklərin, zərərblərin yeridilməsi infuzion-transfuzion tədbirlərin həyata keçirilməsi ilə tamamlanmalı, yaranmanın lokalizasiyasından asılı olaraq novokain blokadaları yerinə yetirilməli, vena daxilinə ağrıkəsicilər yeridilməlidir. Infuzion-transfuzion tədbirlər operativ müdaxilə

zamanı və ondan sonrakı müddətdə davam etdirilməli, göstərişdən asılı olaraq bunlar ardıcılıqla yerinə yetirilməlidir.

Müalicənin nəticəsi diaqnozun vaxtında qoyulması və yardımın yerinə yetirilmə müddətindən çox asılıdır. Müalicə infeksiyanın yerli və ümumi yayılmasına uyğun şəkildə aparılmalıdır. Anaerob infeksiyaya cüzi şübhə olduqda yaralı sarğı otağına götürülməli, yara təcrübəli həkimlərin iştirakı ilə diqqətlə müayinə olunmalıdır. Yaradan yaxmalar və biopsiya materialları götürülməli, ekssudat əkilmək üçün laborator müayinəsinə verilməlidir. Daha sonra yara təftiş olunmalı, yara kanalı bütün hallarda geniş açılmalı və radikal cərrahi işlənməli, həyati qabiliyyəti olmayan toxumalar kəsilib götürülməli və yara 3%-li hidrogen peroksid məhlulu ilə bir neçə dəfə yuyulmalıdır. Lazım gəldiyi hallarda ətraflarda lampas kəsiklər aparılmalı, əzələ massivlərinin üzərində fassiya “Z”-vari şəkildə kəsilməklə kompressiya aradan götürülməlidir. Geniş lampas kəsiklərinin həmçinin prosesin gövdədə olduğu hallarda da həyata keçirilməsi məsləhət görülür. Kəsiklər dərin olmalı, aponevroz və fassial yataqlar açılmalıdır. Prosesin epifassial yerləşdiyi hallarda infeksiyanın yayılması qarşısının alınması məqsədilə köndələn baryer kəsiklərin aparılması məsləhət görülür. Oynaq nahiyəsində və magistral damarlara yaxın sahələrdə kəsiklərin aparılmasından çəkinmək lazımdır. Əməliyyatdan sonrakı dövr yara açıq saxlanılmalı, sarğılar sutkada 2 dəfədən az olmayaraq dəyişdirilməli, yaralar vaxtaşırı hidrogen peroksid, yaxud kalium permanqanat məhlulu ilə yuyulmalıdır. Qeyd etmək lazımdır ki, oksigenin inyeksiyalar şəklində yerli müalicə məqsədilə istifadəsi az səmərəli və texniki cəhətdən əlverişsiz olduğundan hazırda geniş tətbiq edilmir. (Oksigen inyeksiyaları təxminən yaranın hidrogen peroksid məhlulu ilə yuyulması təsiri göstərir).

Anaerob infeksiya zamanı tətbiq olunan operativ müdaxilələr əsasən geniş kəsiklərin aparılması, zədələnmiş toxumaların kəsilib götürülməsi və ətrafların amputasiyası, yaxud ekzartikulyasiyasından ibarət olmalıdır. Güdül nahiyələrində yumşaq toxumaların işlənməsi zamanı bəzən təkrari amputasiyaların həyata keçirilməsi lazım gəlir. Çünki infeksiyanın geniş yayıldığı hallarda patoloji sahənin yarılması və radikal kəsilib götürülməsi bir sıra hallarda praktik olaraq mümkün olmur. Sürətlə inkişaf edən yayılmış infeksiyalarda, xüsusilə anaerob infeksiyanın ildırımsürətli formasında, dərin intoksikasiyalar zamanı ətraf amputasiya olunmalıdır. Həmçinin ətrafın funksiyasının itməsi ilə baş vermiş geniş və dərin yaralanmaları zamanı toxumaların radikal kəsilib götürülməsi mümkün olmadığı hallarda (sümük və oynaqların, eləcə də magistral damarların zədələnməsi ilə müşahidə olunan ətraf yaralanmalarında və anaerob infeksiyanın digər zədələnmələrlə müştərək və kombinə şəkildə müşahidə olunduğu hallarda) amputasiyaya göstəriş daha da genişlənməlidir. Ətrafın amputasiyası sağlam toxuma bərabərində sadə dairəvi, yaxud konik kəsiklə yerinə yetirilməli, güdül tikilməməlidir. Qazın və ödemənin yayılması amputasiyanın hüdudunun təyin olunması üçün oriyentir hesab oluna bilməz. Əgər amputasiya sahəsindən yuxarıda əzələ sağlam görkəmə malikdirsə (yəni onun təqəllüs qabiliyyəti və qanla təchizatı saxlanılmışsa), lakin onda ödemə və qazın olması əlamətləri varsa, bu kimi hallarda güdüldə boylama istiqamətli 2-3 dərin kəsiklər aparılmalıdır. Ətrafın distal seqmentlərinin zədələnmələrində amputasiya nisbətən proksimal sahədən aparılmalıdır.



Şəkil 9.1 Klostridial anaerob infeksiyası olan xəstədə kəsiklərin aparılması qaydası

(Şəxsi təcrübəmizdən)

Əməliyyatın axırında yara antiseptik məhlullarla uyumalı, güdül nahiyəsinə antibiotiklər yeridilməli və 3%-li hidrogen peroksid, yaxud kalium permanqanat məhlulu ilə sarınmalıdır. Sarğı kip olmamalı, lazım gələrsə sutka ərzində bir neçə dəfə dəyişdirilməlidir. Ətraf nəqliyyat şinləri, yaxud gips longeti ilə hərəkətsizləşdirilməli, infuzion-transfuzion terapiya operativ müdaxilədən sonra da davam etdirilməlidir. Kardiotonik dərmanların, spirt, qlükoza, duz məhlulları, zülal preparatları və vitaminlərin intravenoz yolla yeridilməsi daha məqsəduyğundur. Antibiotiklər böyük dozalarda rəşional şəkildə istifadə edilməli və bütün bu tədbirlər kompleks şəkildə cərrahi müalicəni tamamlamalıdır. Antibakterial müalicə mikroorqanizmlərin onlara həssaslığı əsasında aparılmalıdır. Antibiotiklər mümkün qədər erkən və maksimal doza ilə təyin edilməlidir. Cl. perfringens penisillinə onun yarımşintetik preparatlarına nisbətən daha həssasdır. Penisillinin 250 ml fizioloji məhlulda 20 dəqiqə müddətində 10-80 milyon doza ilə venaya sutkada 6 dəfə yeridilməsi məsləhət görülür. Sutkalıq dozanın artırılması qanın hemolizinə və laxtalanma prosesinin pozulmasına səbəb ola bilər. Yanaşı mikrob florasına təsirin qüvvətləndirilməsi məqsədilə penisillin və onun yarımşintetik preparatlarından ampisillin, oksasillin və metisillinlə birlikdə tətbiq oluna bilər. Penisillinin kalium duzu hiperkaliemiya, hemoliz və kəskin böyrək çatmamazlığı verdiyi üçün, penisillinin massiv şəkildə venaya yeridilməsi zamanı onun natrium duzundan istifadə edilməlidir. Yaralıların penisillinə həssaslığının artdığı hallarda klindamitsin, yaxud linkomitsinin (vankomitsin) təyini məsləhət görülür. Sonrakı günlər bunlar sefalosporin qrupu dərman preparatları, yaxud levomitsetinlə əvəz olunmalıdır. Qeri-klostridial anaerob infeksiyalarda metronidazol əvəzsiz preparatdır. Aminoqlükozidlərə həssas çoxmikroblu florada bədən çəkisinin hər kiloqramına 5 mq olmaqla sutkada 3 dəfə tobromitsin, yaxud linkomitsin təyin edilməlidir. Bunlar klindamitsinlə (dalasin) birlikdə tətbiq edilməlidir (300-600 mq olmaqla vena daxilinə sutkada 4 dəfə).

Klostridial infeksiya zamanı qanqrena əleyhinə zərdabların istifadəsi və onun təsir qabiliyyəti bu günə qədər mübahisəli olaraq qalmaqdadır. Onun yanaşı allergik təsirinə nəzərə alaraq, preparat yalnız klostridial infeksiya dəqiqləşdirdikdən sonra (1-2 litr izotonik məhlulda damcı üsulu ilə venaya 50000 BV) xüsusi göstəriş əsasında istifadə edilməlidir. (Bəzi mənbələrdə müalicə məqsədilə orqanizmə böyük dozalarda qanqrena əleyhinə zərdabın əzələdaxili, yaxud intravenoz yollarla yeridilməsi məsləhət görülür). Zərdabın yeridilməsi zamanı anafilaktik reaksiya baş verdikdə infuziya dayandırılmalı, xəstəyə efedrin, kalsium xlorid, yüksək konsentrasiyalı qlükoza məhlulu, eyni qruplu təzə qan köçürülməlidir.

Aşkar olunmuş hipovolemiya, zülal defisiti, su-elektrolit və turşu-qələvi tarazlığındakı pozğunluq intensiv müalicə prosesində kolloidlərin, kristalloidlərin, plazma və albuminin köçürülməsi yolu ilə aradan qaldırılmalıdır. Hematokritin 35%-dən aşağı olması hemotransfuziyaya birbaşa göstərişdir. Buna baxmayaraq, anaerob klostridial infeksiyalar zamanı hemotransfuziya bir qədər ehtiyatla yerinə yetirilməlidir. Orqanizmin dezintoksikasiyası və böyrəklərin patoloji təsirlərdən qorunması məqsədilə sutkalıq diurez artırılmalıdır. Diuretiklər köçürülən mayenin həcmində nəzərə alınması və su-elektrolit balansının tənzimi şəraitində tətbiq edilməli, sutkalıq ifraz olunan sidəyin həcmi 2 litrdən az olmamalıdır. Dezintoksikasiyanın gücləndirilməsi məqsədilə xəstələrə gündəlik hemodez və reopoliqlükün köçürülməlidir. İtirilmiş enerjinin bərpası, eləcə də profilaktik məqsədlə orqanizmə insulinlə birlikdə izotonik və hipertonic qlükoza məhlulları köçürülməlidir. Əks göstəriş olmadıqda yaralılar zülallarla, elektrolitlərlə, vitaminlərlə zəngin və asan mənimsənilə bilən qida ilə təmin edilməlidir. Anaerob-klostridial infeksiya ləğv olunmayınca, yaralılar vəziyyətdən çıxmayınca onların təxliyə olunması məsləhət deyil. Əlverişli şəraitlərdə yaralının vəziyyətdən çıxması üçün orta hesabla 7-10 gün vaxt tələb olunur. Anaerob infeksiya ləğv olduqdan sonra adəti üzrə yarada müşahidə olunan irinli və çürüntülü infeksiya yaranın adı qaydada müalicəsi yolu ilə aradan qaldırılır.

Qeyd etmək lazımdır ki, yeni müalicə metodlarının və vasitələrin tətbiqi ilə əlaqədar olaraq, anaerob infeksiyanın müalicəsi də təkmilləşmişdir. Belə ki, ikinci dünya müharibəsi illərində anaerob infeksiyaya şübhəli olan bütün yaralılar ayrıca palatada saxlanılmaqla müalicə olunurdular. Yalnız infeksiya ləğv olunduqdan və yaralılar vəziyyətdən çıxdıqdan sonra onlar digər müalicə müəssisələrinə təxliyə olunurdular. Hazırda anaerob infeksiyaya şübhə olduğu hallarda yaralı hiperbarik oksigenasiya mərkəzinə, yaxud barokamerası olan hospitallara köçürülməklə müalicə olunurlar. Köçürülməzdən əvvəl yaralıya 1-2 milyon və bəzən daha artıq dozada penisillin yeridilməli və onlar təxirə salınmadan təyinat üzrə təxliyə olunmalıdırlar. Hospitala daxil olan kimi yaralı sarğı otağına götürülməli, yaradakı tikişlər (əgər varsa) sökülməli, nekrotik toxumalar biopsiya olunmalı, yarıdan yaxma götürülməli, venadan alınmış qan bakterioloji müayinə üçün laboratoriyaya verilməlidir. Qazın yayılma dərəcəsi və dəridəki

dəyişiklik qeydə alınmalı, vaxt itirilmədən antibakterial və dezintoksikasion intensiv terapiya həyata keçirilməlidir. Müalicəyə hiperbarik oksigenasiya da əlavə olunmalıdır.

Anaerob infeksiyanın müasir müalicəsində hiperbarik oksigenasiyanın xüsusi əhəmiyyəti vardır. Toxumaların yüksək təzyiq altında oksigenlə təmin olunması klostridilərin artmasının və toksin ifrazının qarşısının alınmasına imkan verir. Oksigenin parsial təzyiqinin 1500 mm c.s. səviyyəsində anaerob mikroblara bakteriosid təsir göstərir, az dozalarda isə bakteriyaların toksin ifrazı funksiyasını dayandırır. Beləliklə, anaerob infeksiyalarda oksigen orqanizmə antibiotik kimi təsir göstərir. Nəticə etibarilə patoloji nahiyədə şişkinlik azalır, toxumaların qanla təchizatı yaxşılaşır. Adətən 4-6 seansdan sonra xəstələrdin vəziyyətində müsbət dinamika qeyd edilir.

Hiperbarik oksigenasiya anaerob infeksiyanın başlanğıc dövündə hələ infeksiyanın tam yayılmadığı hallarda daha müsbət müalicəvi təsir göstərir. Bu, demarkasiya zonasının əmələ gəlməsinə, ətrafların amputasiyasının 5-6 dəfə azaldılmasına imkan verir. Təcrübə göstərir ki, cərrahi əməliyyatdan qabaq hiperbarik oksigen terapiyasının tətbiqi operativ müdaxilənin nəticəsinə daha müsbət təsir göstərir. (Ehtimal ki, müasir dövrdə ön cəbhə zonası hospitallarının portativ barokameralarla təmin edilə bilmək imkanı, yaralıların yalnız hiperbarik oksigenasiya məqsədilə digər müalicə müəssisələrinə təxliyəsi probleminin qarşısını alacaqdır).

Anaerob infeksiyanın müalicəsində əldə edilmiş müvəffəqiyyətlərə baxmayaraq, qeyd etmək lazımdır ki, bu patologiya inkişaf etmiş mərhələlərdə müalicəyə olduqca çətin tabe olur. Hiperbarik oksigenasiyanın tətbiqi zamanı orqanizmin dərin intoksikasiyası ilə keçən septik proseslərdə müalicənin səmərəsi də az olur və ölüm halları 30 -35%-ə çatır.

Bütün bu deyilənlər Qarabağ müharibəsinin təcrübəsində də öz əksini tapmışdır. Belə ki, müharibənin ilk illərində Respublikamızda nizami ordunun olmadığı, silahlı qüvvələrin tibb xidmətinin yaranmadığı, hərbi tibb mütəxəssislərinin çatışmadığı şəraitdə yaralılara yardım işində nöqsanlara yol verilmiş, amputasiyalardan sonra yaralar tikilmiş, yaraların cərrahi işlənməsi düzgün yerinə yetirilməmişdir. Buna görə də 1990-1992-ci illərdə yaralılarda anaerob infeksiya fəsadlaşmaları da yüksək olmuşdur. Sonralar bu nöqsanlar aradan qaldırılmış, hərbi tibb kadrlarının hazırlıq səviyyəsinin artması odlu silah yaralanmalarının müalicəsindəki nöqsanlar qismən aradan qaldırılmış, nəticə etibarilə fəsadlaşmalar da nisbətən az müşahidə olunmuşdur.

9.3. QEYRİ-KLOSTRİDİAL ANAEROB İNFEKSİYA (ÇÜRÜNTÜLÜ İNFEKSİYA)

Çürüntülü infeksiyanın törədiciləri (*Bac.proteus vulgaris*, *Bac. fusiformis*, *Bac. coli*, *Bac. subtilis*, *Bac. sporogenes*, *Streptococcus pyogenes*, *Streptococcus viridans*, *Spirochetta buccalis* və i.a.) adi şəraitdə saprofit halda olurlar. Hətta bədənə müqavimət qabiliyyətinin pozulmadığı hallarda bu qrup mikrobların ifraz etdiyi proteolitik fermentlər yaranın təmizlənməsi üçün şərait yaradır (P.N.Napalkov, Ö.Q. Şapoşnikov). Lakin orqanizmin immun qabiliyyətinin zəiflədiyi hallarda həmin mikroblar anaerob və irinli infeksiya törədiciləri ilə birlikdə sinergetik təsir göstərərək qeyri-klostridial infeksiyanın baş verməsinə səbəb olurlar. Çürüntülü infeksiyanın əmələ gəlməsində *Bacteroides fragilis*, *Bacteroides melaninogenicus*, *Peptostreptococcus putridis*, *Fusobacterium* daha fəal rol oynayır. Qeyri-klostridial infeksiyanın törədiciləri spor əmələ gətirmək qabiliyyətinə malik olmadıqlarından aerob mühitə daha asan məhv olurlar.

Çürüntülü infeksiyanın mahiyyəti yuxarıda adları çəkilən mikroorqanizmlərin inkişafı ilə əlaqədar yarada nekrotik toxumaların çürüməsi, yaxud parçalanmasından ibarətdir. Qeyri-klostridial anaerob infeksiya (çürüntülü infeksiya) toxumaların bu və ya digər dərəcəli geniş nekrozu olan sahələrində inkişaf edir. Bu, əsasən xəstəliyin qızmar dövründə, eləcə də daha gec dövrlərdə irinli və anaerob infeksiya ilə birlikdə təsadüf edir. Çürüntülü parçalanma bəzən əzələarası fleqmona, abscess, yataq yaraları, osteomyelit və dərin yanıqlar zamanı da digər infeksiyalarla birlikdə təsadüf edilə bilər. Qeyri-klostridial anaerob mikrobların yarada qaz əmələ gətirmək qabiliyyəti klostridial infeksiyada olduğundan daha zəif olur. Bu zaman qazın toplanması nəticəsində dərialtı krepitasiya demək olar ki, müşahidə olunmur. İntoksikasiyanın əmələ gəlməsi mikrobların fəaliyyəti nəticəsində zülalların fermentativ parçalanması, yarada biogen aminlərin, ölü toxumaların çürüntülü parçalanmasının qana sorulması ilə əlaqədardır. Nəticə etibarilə hərərin yüksəlməsi, xəstələrdə apatiya, adinamiya, iştahsızlıq fonunda orqanizmin

susuzlaşması halları baş verir, distrofiya əlamətləri dərinləşir, orqanizmin zülal defisiti artır. İnfeksiyanın şiddətlənməsi əksərən üşütmə ilə keçir. Bu, sepsisin baş verdiyini göstərir.

Yarada son dərəcə xoşa gəlməyən kəskin iyın olması xəstəliyin daimi və erkən əlamətlərindəndir. Toxumalar çirkli-boz ərplə örtülür, reparativ proseslər dayanır. Yarada yeni nekrotik ocaqlar əmələ gəlməklə toxumaların çürüntülü parçalanması baş verir. Regionar limfa vəzləri böyüyür, müəyyən hallarda anaerob infeksiyada olduğu kimi dəridə yaraya yaxın sahələrdə tünd ləkələr meydana çıxır.

9.3.1. QEYRİ-KLOSTRİDİAL ANAEROB İNFEKSIYANIN

PROFİLAKTİKASI VƏ MÜALİCƏSİ

Xəstəliyin spesifik müalicəsi yoxdur. Anaerob və irinli infeksiyanın inkişafına qarşı yönəldilmiş bütün tədbirlər eyni zamanda çürüntülü infeksiyanın profilaktikasına da aiddir. Massiv nekrotik toxumaların vaxtında kəsilib götürülməsi, bədənün ümumi müqavimət qabiliyyətinin yüksəldilməsi istiqamətində həyata keçirilən bütün tədbirlər (qanköçürmə, vitaminoterapiya, səmərəli qidalanma və i.a.) eləcə də toxumaların trofikasını yaxşılaşdıran müalicə metodlarının (novokain blokadası, trental və s.) tətbiqi eyni zamanda qeyri-klostridial infeksiyaya qarşı aparılan kompleks müalicə tədbirlərinə daxildir. Çürüntülü parçalanma fonunda zədələnməmiş toxumaların yarıması məqsədəuyğun deyil. Bu, nekrotik prosesin daha da yayılmasına və intoksikasiyanın artmasına səbəb ola bilər. Başlıca vəzifə ölü toxumaların mümkün qədər tam şəkildə kəsilib götürülməsindən ibarət olmalıdır. Qeyri-klostridial anaerob infeksiya zamanı antibakterial terapiya dərman maddələrinin yüksək dozalarda tətbiqi şəkildə həyata keçirilməlidir. Bu məqsədlə levomitsetin, klindamitsin, rifampitsin və eləcə də penisillin və onun yarımsintetik preparatları məsləhət görülür. Eyni zamanda yanaşı anaerob infeksiyaya qarşı mübarizə məqsədilə metronidazolun vena daxilinə, yerli, tablet və şam şəkildə istifadəsi də məqsədəuyğundur. Metronidazol anaeroblara qarşı müstəsna dərəcədə təsir qabiliyyətinə malikdir və bütün nahiyələrdə toxumalar tərəfindən asan mənimsənilir. Bu preparat aerob mikrofloraya təsir göstərə bilmədiyindən onun digər antibakterial preparatlarla kombinə şəkildə istifadəsi daha əlverişlidir.

Dərin endotoksikozun azaldılması məqsədilə intensiv infuzion-transfuzion terapiya həyata keçirilməlidir. Hiperhidratasiya baş verməsin deyə, infuzion-transfuzion terapiya diuretiklərin istifadəsi fonunda aparılmalıdır. Antihistamin, vitamin və zülal preparatlarından geniş istifadə edilməlidir. Eləcə də hiperbarik oksigenasiyanın müalicə işində tətbiqi anaerob mikrobların inkişafının qarşısının alınmasından əlavə, toxumalarda mikrosirkulyasiyanı yaxşılaşdırılması imkanı yaradır.

Müharibə şəraitində çürüntülü infeksiyanın sürətlə inkişaf etdiyi və bunun klostridial anaerob infeksiya, yaxud sepsislə, eləcə də digər infeksiyalarla müştərək şəkildə təsadüf edildiyi hallarda ətrafın amputasiyası daha vacib hesab olunur. Amputasiyaya göstəriş vaxtında təyin olunmalı, bütün cərrahi müdaxilələr tam ağrısızlaşdırma və regionar novokain blokadaları şəraitində aparılmalıdır. Antibiotiklərdən geniş istifadə edilməli, bütün tədbirlər intoksikasiyanın aradan qaldırılması, hipoproteinemiyanın və elektrolit balansındakı kəsinin aradan qaldırılması istiqamətinə doğru yönəldilməlidir. Yaralılara qan, zülal preparatları, duz məhlulları köçürülməli, vitamin preparatlarından geniş istifadə edilməlidir. Göstəriş olduqda ürək dərmanları, tənəffüs analeptikləri və narkotik dərman maddələri də tətbiq edilməlidir.

Bütün digər yara infeksiyalarında olduğu kimi qeyri-klostridial anaerob (çürüntülü) infeksiya zamanı da səmərəli qidalanmanın xüsusi əhəmiyyəti vardır. Qida yüksək kalorili, zülal və vitaminlərlə zəngin olmalıdır. Yaralıların müalicəsində qulluğun xüsusi əhəmiyyəti vardır. Çürüntülü infeksiyası olan xəstələrin təxliyəsi infeksiya tam aradan qalxdıqdan sonra həyata keçirilməlidir.

FƏSİL X

TETANUS (Güzəz)

TƏDRİS SUALLARI

- 10.1. Xəstəliyin etiologiyası
- 10.2. Tetanusun patogenezi
- 10.2. Tetanusun klinikası, simptomatologiyası və diaqnostikası
- 10.3. Tetanusun profilaktikası və müalicəsinin təşkili

TETANUSUN TƏSNİFATI

KLİNİK GEDİŞİNƏ GÖRƏ:

- İldırımsürətli klinik forması,
- Tez inkişaf edən forması,
- Gec inkişaf edən forması,
- Latent gedişli tetanus.

AĞIRLIQ DƏRƏCƏSİNƏ GÖRƏ:

- Yüngül gedişli,
- Orta ağırlıqlı,
- Ağır gedişli,
- Daha ağır gedişli.

LOKALİZASIYASINA GÖRƏ:

- Yerli tetanus,
- Bruner-Roze tetanusu (baş-sifət formalı tetanus)
- Enən tetanus,
- Qalxan tetanus
- İlkin yayılmış formalı tetanus

SƏBƏBİNƏ GÖRƏ:

- Yara tetanusu,
- Posttravmatik tetanus,
- Yanıqdan sonrakı postkombustiv tetanus
- İdeopatik formalı tetanus.

10.1 XƏSTƏLİYİN ETİOLOGİYASI

Tetanus yara infeksiyasının xüsusi forması olub, minimal yerli əlamətlərlin təzahür etməsilə, özünü orqanizmin ümumi ağır intoksikasiyası şəklində göstərən xəstəlikdir. Buna görə tetanusa xüsusi növ infeksiya da deyilir. Tetanus mərkəzi sinir sistemində daha dərin pozğunluq verməsilə xarakterizə olunur. Mühəribə şəraitində tetanus əsasən yaralanmalar, yanıq və donmalardan sonra baş verir. Bu baxımdan yara tetanusu, posttravmatik tetanus, yanıqdan sonrakı –postkombustiv tetanus və i.a. ayırd edilir. Toxumaların nekrozu, yerli qan dövrəni pozğunluğu və anaerob mikroflora üçün optimal şərait, mikrobların orqanizmdə inkişafı üçün əlverişli imkan yaradır. Xəstəliyin törədiciləri aerasiya olunmayan yara boşluqlarında və irinli toplaqlar sahələrində inkişaf edə bilər.

Böyük Vətən müharibəsi illərində bu patologiya 0,06-0,07% hallarda müşahidə olunsa da, bundan baş verən ölüm 50%-dən artıq olmuşdur. Xəstəliyin faiz etibarilə daha az təsadüf olunması kütləvi seroprofilaktikanın aparılması və yaraların erkən cərrahi işlənməsinin həyata keçirilməsi nəticəsində mümkün olmuşdur. Son dövrlə müharibələrin, eləcə də Ermənistanın Azərbaycan Respublikasına təcavüzü ilə əlaqədar olan Qarabağ müharibəsinin təcrübəsi də göstərir ki, digər infeksiyalarla yanaşı tetanusun da profilaktikasında yaraların vaxtında və düzgün cərrahi işlənməsinin xüsusi əhəmiyyəti vardır. Bunun nəticəsidir ki, bu müharibədə tetanus yaralanmalardan sonra nadir hallarda təsadüf edilmişdir.

Xəstəliyin amili Cl. tetani (tetanus çöpləri) qram-müsbət sporlu mikrobdur. Xarici görkəminə görə nağara çöplərini xatırladır. Spor əmələ gətirdiyi üçün ətraf mühitin təsirinə qarşı olduqca davamlıdır. Qaynadıldıqda 30-60 dəqiqədən sonra, 0,1%-li süleymani məhlulunda 3-4 saatdan sonra, 5%-li fenol məhlulunda (karbol turşusunda) 15 dəqiqə ərzində məhv olur.

10.2. TETANUSUN PATOGENEZİ

Tetanus çöpləri yarada çoxalaraq bütün orqanizmə yayılır və fəaliyyəti müddətində xüsusi ekzotoksin –tetanotoksin ifraz edir. Bu, yüksək təsirli neyrotoksik zəhərdir. Tetanotoksinin spesifik təsiri ilə əlaqədar progressiv sürətdə inkişaf edən klonik və tonik qıcolmalar, hipoksiya və kardiopulmonal pozğunluqlar müşahidə olunur. Tetanotoksin 2 tərkib hissədən: tetanospazmin və tetanolizindən ibarətdir. Tetanospazmin əzələlərdə spazm və qıcolmalar, tetanolizin isə hemoliz əmələ gətirir. Toksinlər qana və limfaya sorulur, sinirlər boyunca onurğa beyninin ön buynuzuna və beyin kötüyünə yayılaraq, özünəməxsus neyrodistrofik pozğunluğun əmələ gəlməsinə səbəb olur. Xəstəliyin kəskinləşməsində eyni zamanda sinir uclarının qeyri-spesifik qıcılması da xüsusi rol oynayır. Bura təkrari zədələnmələr, irinləmə, yarada nekrotik sahələrin əmələ gəlməsi və i.a. aiddir. Mürəkkəb müstəqil, çoxsaylı və kombinasiya edilən zədələnmələr zamanı xəstəliyin baş verməsi üçün daha əlverişli şərait yaranmış olur. Yuxarı ətraflara nisbətən aşağı ətraf yaralanmalarında, tetanus daha çox təsadüf edilir. Tetanusun baş verməsi üçün yaraya külli miqdar mikrobu daxil olması heç də vacib deyildir. Adi kiçik sıyrıntı, məhdud sahəli yanıq, yaxud donma sahəsi xəstəlik üçün infeksiya qapısı rolunu oynaya bilər.

Etioloji olaraq yara tetanusu, posttravmatik tetanus, yanıqdan sonrakı postkombustiv tetanus və i.a. ayırd edilir. Bir sıra hallarda tetanuslu xəstələrin ümumi müayinəsi zamanı infeksiya qapısı tapılmaya da bilər. Buna tetanusun ideopatik forması da deyilir. Lakin bunun xəstəliyin başlanğıc dövrünə qədər sağala bilən kiçik yaralanmalar nəticəsində baş verməsi də ehtimal olunur. Bir sıra hallarda (3-4% hallarda) tetanus yerli əlamətlərlə də keçə bilər. Buna “yerli” tetanus da deyilir. Bu zaman yara nahiyəsi ağırlı olub, əzələlərdə fibrilyasiya, tonik qıcolmalar, riqidlik və yerli hiperesteziyalar aşkar olunur. Yerli tetanus adətən 10-15 gün davam edir, həyat üçün qorxulu olmayıb, əksərən öz-özünə (müalicəsiz) keçir. Lakin patoloji prosesin başa və fəqərə sütununa yaxın olması müəyyən hallarda təhlükəli ola bilər. Məsələn, baş-sifət təzahür forması olan Bruner-Roze tetanusu larinqospazm nəticəsində təhlükəli tənəffüs pozğunluğu əlamətləri verə bilər.

10.2. TETANUSUN KLİNİKASI, SİMPATOMATOLOGİYASI VƏ DİAQNOSTİKASI

Xəstəliyin inkişafı müəyyən ardıcılıqla keçir. Tetanusun inkubasiya (gizli) dövrü 4 gündən 14 günə qədərdir. Bu müddət yaralanma ilə xəstəliyin ilk əlamətlərinin meydana çıxdığı dövrü əhatə edir. Bu dövr bəzən bir ay və daha artıq çəkə bilər. Təkrari zədələnmə nəticəsində tetanus “mürgüləyən infeksiya” şəklində bir neçə ay, hətta bir ildən sonra da baş qaldıra bilər. Inkubasiya (gizli) dövr qısa olduqca

xəstəlik bir o qədər ağır keçir və ölüm halları daha çox təsadüf edilir. Xəstəliyin ildırımsürətli klinik formasında inkubasiya dövrü 2-3 sutka, tez inkişaf edən formasında 14 günə qədər, gec inkişaf edən formasında 15-20 gün və daha artıq çəkir. Tetanusun latent gedişli formalarında isə onun klinik əlamətləri daha gec müddətlərdə aşkar olunur.

Xəstəliyin prodromal (xəbərdarlıq) dövründə yara nahiyəsində gərginlik, əzələ səyrimələri və ağrılar qeyd edilir, ümumi halsızlıq, başağrıları, yuxusuzluq, oyancılığın artması baş verir. Müvəqqəti yaxşılaşmadan sonra xəstəlik üçün xarakter triada meydana çıxır. Bu, çeynəmə əzələlərinin trizmi, disfaqiya və ənsə əzələlərinin riqidliliyinin artması şəklində özünü göstərir.



Şəkil 10.1 Sardonic gülüş. Mimiki əzələlərin qıcolması qeyd edilir (From Oxford Textbook of Medicine 2006).

Sidik ifrazının çətinləşməsi də tetanusun başlıca əlamətləri kimi hesab olunmalıdır. Mimiki əzələlərdəki riqidlilik tədricən, boyun, gövdə və ətraf əzələlərinə yayılır. Bəzən əzələ riqidliliyi yara nahiyəsindən başlayaraq, digər qrup əzələlərə yayılır. Birinci enən, ikinci hal isə qalxan infeksiya üçün xarakterdir. Müəyyən hallarda əzələ riqidliliyi elə xəstəliyin ilk başlanğıcında yayılmış xarakterə malik olur. Bu, tetanusun ilkin yayılmış forması adlanır. Müəyyən hallarda xəstəliyin yerli əlamətlərinin nisbətən yüngül keçən forması ətraf yaralanmaları zamanı daha çox təsadüf edir. Tonik əzələ qıcolmaları özünü "sardonic gülüş" boyun əzələlərinin riqidliliyi, ətrafların kontrakturası şəklində (ortotonus) göstərir. Tonik qıcolmalarla yanaşı klonik qıcolmalar da baş verir. Qıcolmalar çox vaxt ağır keçir, tutmalar minimal xarici qıcıq (səs, işıq, toxunma və i.a.) təsirindən baş verir, qansızmalar, əzələlərin partlaması, ətrafların çıxığı, hətta sınıqların da baş verməsi ilə də müşahidə oluna bilər (opistotonus) (Şəkil 10.1 - 10.3).



a)



b)

Şəkil 10.2 a-b) Tetanuslu xəstələrdə ənsə və boyun əzələlərinin riqidliliyi qeyd edilir.



a)



b)

Şəkil 10.3. Opistotonus vəziyyətləri a) Rixterin cərrahiyyə dərslisindən (1896.) b) Oksford Təbabət dərslisindən (2006)

Tənəffüs əzələlərinin qıcolması tənəffüs pozğunluğu, asfiksiya və pnevmoniyanın inkişafına səbəb olur. Xəstələr ağızlarını açma bilmirlər, onlarda udğunma aktı pozulmuş olur. Qeyd etmək lazımdır ki, tetanus zamanı qarın əzələlərində olan riqidlik bir sıra hallarda səhv olaraq “kəskin qarın” diaqnozu ilə qarışdırıla bilər(!). Tutmalar zamanı arterial və venoz təzyiq artır. Venoz təzyiqin yüksəlməsi nəticəsində boyun venaları həddən artıq genişlənir və sianoz baş verir. Huş adətən itmir, bədən temperaturu həddən artıq yüksəlir (bu, tetanotoksinin mərkəzi sinir sisteminə təsiri ilə əlaqədardır), bəzən isə temperatur subfebril şəkildə olur, güclü tərləmə baş verir, sutkalıq diurez azalır. Ölüm tənəffüs əzələlərinin iflici, yaxud ümumi intoksikasiya fonunda ürək-damar və tənəffüs çatmamazlığından baş verir. Sağalma adətən 3-4 həftəyə başa çatır.

Xəstəliyin gedişində 4 ağırlıq dərəcəsi təyin edirlər. İnkubasion dövr nə qədər qısa olursa, xəstəliyin klinik gedişi də bir o qədər ağır keçir və əksinə.

I dərəcəli (yüngül) tetanusda inkubasion dövr 3 həftə və daha artıq davam edir. Başlanğıc dövr 5 gün çəkir. Qıcolmalar əzələ tonusunun zəif artması şəklində müşahidə edilir. Daimi xarakter daşımayan yüngül şəkilli klonik qıcolmalar ciddi tənəffüs pozğunluğu vermir. Çeynəmə və udğunma aktında pozğunluq halları ötəri xarakter daşıyır. Bütün klinik əlamətlər 2-3 həftə ərzində keçir.

II dərəcəli (orta ağırlıqlı) tetanusun inkubasion dövrü orta hesabla 2 həftə, başlanğıc dövrü 4 sutka çəkir. Xəstəliyin klinikası zəif inkişaf edir. Əzələ tonusunun yüksəlməsi və seyrək klonik-tonik qıcolmalar tənəffüs çatmamazlığı ilə müşayiət olunmur. Çeynəmə və udğunma aktında yüngül pozğunluq halları qeyd edilir. Xəstəliyin ümumi gedişi 3 həftədən çox çəkmir.

III dərəcəli (ağır formalı) tetanusda inkubasion dövr 9-15 gün, xəstəliyin başlanğıc dövrü 3-4 sutka çəkir. Artıq xəstəliyin başlanğıc momentində güclü klonik-tonik qıcolmalar təhlükəli tənəffüs pozğunluğu verir. Qıcolmalar tezləşir və getdikcə qüvvətlənir. Bədən temperaturu 39°C və daha çox olur. Ürək vurğularının sayı dəqiqədə 120-140-a çatır. Kəskin şəkilli trizm və disfaqiya xəstənin qidalanmasına maneçilik törədir. Bütün bunlara baxmayaraq, vaxtında başlanmış medikamentoz tədbirlər (neyroleptiklər, seduksen, barbituratların istifadəsi) qıcolmaları aradan qaldırır, xəstənin spontan tənəffüsü bərpa olunur. Adətən mioreleksantların tətbiqinə ehtiyac qalmır.

IV dərəcəli (daha ağır formalı) tetanusda xəstəliyin inkubasion dövrü 5-8 sutka, başlanğıc dövrü 1-1,5 sutka davam edir. Xəstəlik olduqca ağır keçir. Miorelaksantlardan başqa heç bir dərman vasitələri qıcolmaları aradan qaldıra bilmir. Bu fonda yaralıların süni tənəffüsə və oksigen terapiyasına ehtiyacı daha çox olur. Həddindən artıq yüksək temperatur xəstələrdə ürəkdayanmaya səbəb ola bilər. Toksik pozğunluqların təsirindən qan təzyiqinin aşağı düşməsi, taxikardiya müşahidə olunur. EKG toksik miokarditin olmasını göstərir. Ağciyərlərdə ikitərəfli durğunluq, pnevmoniya əlamətləri müşahidə olunur. Respirator distress sindrom meydana çıxır. Tetanus zamanı bütün hallarda, xüsusilə tetanusun daha ağır gedişli formalarında sidik ifrazı və defekasiya aktı çətinləşir.

Tetanusun diaqnostikasında bakterioloji tədqiqat metodu bir o qədər müsbət əhəmiyyət kəsb etmir. Ona görə ki, mikroblar və onun toksinlərinin orqanizmdə aşkarlanması bir qayda olaraq, yalnız xəstəliyin gizli və prodromal dövrlərində mümkündür. Xəstəliyin başlanğıc anından etibarən yarada mikroblar olmur.

Tetanusun differensial diaqnostikasında xəstəliyin spesifik əlamətləri əsas götürülməlidir. Bura tetanus zamanı müşahidə olunan klassik triadanın (trizm, disfaqiya və ənsə əzələsinin riqidliyi) və tutmalar zamanı klonik və tonik qıcolmaların baş verməsi aiddir. Triadanın ayrı-ayrı əlamətləri təklikdə başqa xəstəliklərdə də müşahidə oluna bilər: məsələn, trizm çənə oynaqının xəstəliklərində, disfaqiya və ənsə əzələlərindəki riqidlik psixonevroloji pozğunluq hallarında da müşahidə oluna bilər. Tetanus zamanı qıcolmaların və digər başqa əlamətlərin xarakter cəhətlərindən biri də odur ki, bu tutmalar arasıkəsilmədən (fasilə vermədən, “işıqlı dövr olmadan”) keçir. Qıcolmalar əksərən klonik və tonik xarakterə malik olur. Yaddan çıxarmaq lazım deyildir ki, tetanus zamanı baş vermiş əzələ qıcolmaları əl və ayaq pəncələrinə yayılır. Əldə “meymun əli”, “mama əli” və i.a. formalı patoloji dəyişiklərin müşahidə olunması tetanus üçün xarakter deyildir.

10.3. TETANUSUN PROFİLAKTİKASI VƏ MÜALİCƏSİNİN TƏŞKİLİ

Tetanusun profilaktikası bütün yaralanmalar, yanıq və donmalar zamanı orqanizmin fəal və qeyri-fəal immunizasiyasının yerinə yetirilməsindən ibarətdir. Qeyri-fəal immunizasiyaya bədənə tetanus əleyhinə xüsusi zərdabların (antitellərin) yeridilməsi daxildir. Bu məqsədlə dəri altına (əzələ daxilinə) Bezredka üsulu ilə 3000 BV tetanus əleyhinə zərdab yeridilir. Lakin tetanusa qarşı yaranmış immunitet müvəqqəti xarakter daşıyır. Odur ki, peyvəndin aparılması vaxtaşırı davam etdirilməlidir. Bu, fəal immunizasiya yolu ilə həyata keçirilir. Fəal immunizasiya bədənə tetanus anatoksininin (vaksinlərin) yeridilməsi ilə əldə edilir. Bu məqsədlə dəri altına 0,5-1 ml anatoksin, anatital, yaxud tetanotoksin yeridilir. Bu doza 45 gündən və 9-12 aydan sonra təkrarlanmalıdır. Geniş və çirklənmiş yaralanmalarda tetanus əleyhinə yeridilən zərdabın dozasının 2-3 dəfə artırılması məsləhət görülür. Şərait imkan verərsə, zərdab bədənə kiçik dozalarla təkrarən yeridilir. Əvvəlcə zərdabın 0,1 ml-i, yarım saatdan sonra 0,2 ml-i dəri altına yeridilir. Reaksiya olmadıqda 40 dəqiqə sonra zərdabın bütün qalan hissəsi orqanizmə (əzələ daxilinə) yeridilir. Zərdabın yeridilməsi zamanı reaksiya baş verərsə, onun sonrakı dozası kəsilməli və desensibilizasiya məqsədilə venaya kalsium xlorid, əzələ daxilinə dimedrol və aminazin yeridilməli, lazım gəldikdə ürək dərmanları və tənəffüs analeptiklərindən istifadə edilməlidir. Ağır hallarda anafilaktik şok əleyhinə kompleks müalicə tədbirləri həyata keçirilməlidir.

Zədələnmələr zamanı tetanus əleyhinə profilaktik tədbirlərin yaralanmanın ilk saatlarında yerinə yetirilməsi daha məqsədəuyğundur. Spesifik profilaktika həmçinin "köhnə" yad cisimlərin və sümük sekvestrlərinin çıxarılması əməliyyatlarından əvvəl də həyata keçirilməlidir. Çünki operativ müdaxilə "mürgüləyən" tetanus infeksiyasını fəallaşdırma bilər.

Silahlı qüvvələrdə bütün şəxsi heyətin planlı aktiv (fəal) immunizasiyasının aparılmasının böyük profilaktik əhəmiyyəti vardır. Bu, tetanus anatoksininin 0,5 ml miqdarında dəri altına, 45 gündən sonra və bir ildən sonra təkrarən yeridilməsilə (cəmi 3 inyeksiya) əldə edilir. Bu, 5 il müddətinə immunitetin saxlanılmasına imkan verir. Revaksinasiya 5 ildə 1 dəfə həyata keçirilməlidir. Bundan əlavə adi yaralanmalarda, yanıq və donmalarda da ilk həkim yardımı mərhələsində tetanus əleyhinə zərdab yeridilməlidir. Əvvəllər peyvənd olunmuş şəxslərə isə yalnız 0,5 ml anatoksin yeridilməsi kifayət edir. Onlara tetanus əleyhinə zərdabın yeridilməsi bir o qədər vacib deyildir. Peyvənd olunmamış şəxslərə anatoksin 1-2 aydan sonra təkrarən yeridilməlidir.

Tetanusun qarşısının alınması üçün həyata keçirilən qeyri-spesifik tədbirlərdən ən mühümü yaraların cərrahi işlənilməsinin vaxtında və keyfiyyətlə yerinə yetirilməsi, təkrari travmatizasiyalara yol verilməməsidir. Bu məqsədlə yaralanmış ətraflar nəqliyyat şinləri ilə etibarlı fiksə olunmalıdır. Yaralar tikilməməli, açıq saxlanılmalı və çirklənmədən qorunmalıdır. Geniş və böyük dozalarda antibakterial terapiya həyata keçirilməlidir. Nəzərə almaq lazımdır ki, antibiotiklərin tətbiqi profilaktik xarakterə malik olub, heç də orqanizmin fəal, yaxud qeyri-fəal immunizasiyasına olan tələbatı aradan qaldırmır. Həyata keçirilən bütün spesifik və qeyri-spesifik tədbirlər tetanusun qarşısını tam şəkildə ala bilməsə də, hər halda onun müşahidə olunma dərəcəsini xeyli azaldır, xəstəliyin baş verdiyi hallarda onun gedişi və proqnozunun yaxşılaşması üçün müsbət şərait yaratmış olur. Müalicənin nəticəsi onun vaxtında başlanılmasından çox asılıdır. Gecikmiş hallarda həyata keçirilən bütün tədbirlər çox vaxt müsbət nəticə vermir. Yaraya ikincili tikişlər qoyulmuşsa, tetanusun ilkin əlamətləri baş verdikdə bunlar dərhal sökülməli və yara təkrari cərrahi işlənilməlidir.

Tetanusun erkən müddətlərdə aşkarlanması məqsədilə növbətçi tibb bacısı axşam və səhər temperaturunun ölçülməsi zamanı bütün yaralılara ağızlarını geniş açmağı, boynunu önə bükməyi əmr edir. Əgər hərəkətlərin yerinə yetirilməsi çətinlik törədirsə və udğunma aktı pozulmuşsa, bu barədə növbətçi həkimə dərhal məlumat verilməlidir. Bu yoxlanış həkimin gündəlik baxışları zamanı da təkrar olunmalıdır. Həmçinin yaranın müayinəsi zamanı yara və onun ətrafında əzələ səyrimələrinin olması da nəzərdən qaçırılmamalıdır. Tetanusa şübhə yarandıqda dərhal kompleks şəkildə spesifik və qeyri-spesifik müalicə tədbirləri başlanılmalıdır.

Xəstələrin müalicəsi reanimasiya və intensiv terapiya əsasında həyata keçirilməlidir. Xəstəyə maksimal dinclik verilməli, hər hansı xarici mənfi qıcıqdan təcrid olunmalıdır. Çünki, parlaq işıq, ucadan danışq səsləri belə, tetanus tutmalarının təkrarlanmasına səbəb ola bilər. Palata elektrik və mexaniki vakuüm sorucular, portativ, yaxud stasionar inhalyasiya aparatları, larinqoskop, intubasiya borusu, traxeostomik dəst və s. avdanlıqlarla təmin olunmalıdır. Damarlara vazofiks keçirilməli, şprisdə, yaxud ampulda hazır vəziyyətdə miorelaksantlar olmalıdır.

Spesifik seroterapiya tetanus əleyhinə zərdab və anatoksinin tətbiq olunması ilə yerinə yetirilməlidir. İki gün müddətində zərdab 100-120 min vahid dozada əzələ və vena daxilinə yeridilir. Kurs müalicəsi müddətində istifadə olunan zərdabın dozasının yüksək həddi 150 min BV-dən artıq olmamalıdır. Vena daxilinə yeridilən zərdab sutkalıq dozanın yarısı miqdarında ilq fizioloji məhlulda durulaşdırılmaqla 5-6 dəfəyə damcı üsulu ilə, qalan hissəsi əzələ daxilinə yeridilməlidir. At zərdabında hazırlanmış tetanus əleyhinə zərdabın homoloji anatoksinlə, yaxud immunoqlobulinlə əvəz edilməsi daha sərfəlidir. Bu, immunlaşdırılmış şəxslərdən alınmaqla hızırlandır. İmmunoqlobulinlər yanaşı təsirdən azaddır və az dozada (5000 BV venaya və bir o qədər dozada əzələ daxilinə) yeridilməsi antitellərin uzun müddət qanda lazımı qatılığını təmin edir. Lakin nəzərə alınmalıdır ki, hər hansı zərdab, yalnız qanda dövr edən toksinlərə təsir etmək qabiliyyətinə malikdir. Sinir hüceyrəsində fiksə olunmuş toksinlərə isə bunlar təsir etmək imkanına malik deyillər. Buna baxmayaraq, həmin zərdabların endolumbal, suboksipital və inrakarotid yeridilməsi də praktik olaraq preparatın adi yolla tətbiqindən bir o qədər fərqlənir.

Anatoksin 0,5 ml həcmində hər 5 gündən bir 3 dəfə əzələ daxilinə yeridilir. Tutmalar (qıcolmalar) əleyhinə simptomatik terapiyanın həyata keçirilməsi olduqca vacibdir. Bunun başlıca məqsədi yuxu gətirmək, yaxud sedativ təsir deyil, tənəffüs pozğunluqlarının aradan qaldırılmasıdır. Çünki sedativ təsirlə əlaqədar olaraq tənəffüs və öskürək mərkəzlərinin ləngiməsi ağciyərlərin atelektazına və hipostatik pnevmoniyanın əmələ gəlməsinə səbəb ola bilər. Əvvəlcə xəstələrə sutkada 100 mq olmaqla diazepam (seduksen, relanium) təyin edilir. Bu məqsədlə xəstələrə əzələ daxilinə 2 ml 2,5%-li aminazin, 1 ml 2%-li promedol, 0,5 ml 0,1%-li atropin, 2 ml 1%-li dimedol, 0,5-1 ml skopolamindən ibarət litik qarışıq yeridilməlidir. Tutmalar əleyhinə təsirin qüvvətləndirilməsi məqsədilə lazım gəldikdə əzələ daxilinə 5 ml 10%-li natrium tiopental, yaxud 5%-li 10 ml heksonal məhlulu da yeridilə bilər. Bu məqsədlə neyroleptoanalgezindən istifadə edilməsi də əhəmiyyətlidir. Sedativ preparatlardan barbituralar xüsusi əhəmiyyətə malikdir və geniş tətbiq edilməlidir. Xloral hidratla hər 20-30 dəqiqədə bir dəfə imalənin olunması da yaxşı təsir göstərir. Tutmalar əleyhinə tədbirlər kömək etmədikdə vena daxilinə mioreleksantlar yeridilməli, traxeya intubasiya olunmalı və proses səngiyənə qədər (2-4 sutka ərzində) tənəffüs aparatla idarə olunmalıdır. Xüsusilə tetanusun ağır gedişli formasında (IV dərəcəsində) bu tədbirlər xəstəliyin (başlanğıcının) 4-5-ci günündən etibarən, 2-ci həftənin axırına kimi aparılmalıdır. Əvvəlcə traxeya intubasiya olunmalı, ümumi anesteziya şəraitində traxeostomiya həyata keçirilməlidir. İstifadə olunan mioreleksantlar uzunmüddətli təsirə malik olmalıdır. Müalicə prosesində qanın qaz tərkibinə nəzarət olunmalı, orqanizmin enerji itkisi bərpa olunmalı, sutkalıq tələb olunan kalori ödənilməlidir. Anemiyanın aradan götürülməsi məqsədilə təzə qan köçürülməli, su-duz, zülal, kəsinin aradan qaldırılması məqsədilə albumin, kolloidlər və kristalloidlər istifadə olunmalıdır. Hiperhidratasiyanın qarşısının alınması məqsədilə sidıqovuculardan istifadə edilməlidir. Bağırsaqlar vaxtaşırı təmizlənməli, taxikardiya, hipertenziya və digər vegetativ pozğunluqların qarşısının alınması məqsədilə sutkada 60-80 mq olmaqla seduksendən istifadə edilməlidir.

Temperaturun 39-40°C və daha yuxarı olduğu hallarda bədən soyudulmalıdır. Bu tədbir tutmaların sayının azalmasına və onun gedişinin nisbətən zəifləməsinə imkan verir. Müalicə prosesində nəfəs yollarından selik və bəlqəmin xaric olunması üçün xəstənin vəziyyətinin dəyişdirilməsi, onun aktivləşdirilməsi, döş qəfəsinin masajı, banka qoyulması, inhalyasiya və aktiv aspirasiyanın həyata keçirilməsi vacibdir.

Operativ müdaxilələr, eləcə də yaraların cərrahi işlənməsi tetanuslu xəstələrdə ciddi göstəriş əsasında həyata keçirilməlidir. Bunlar xəstəlik müddətində əmələ gəlmiş əlavə toksinlərin qana sorulmasını sürətləndirə bilər. Yad cisimlər çıxarılmalı, yara çoxlu miqdar hidrogen peroksid məhlulu ilə yuyulmalıdır. Yara açıq saxlanılmalıdır (tikilməməlidir). Yaradan tetanus toksinlərinin qana sorulmasının qarşısının alınması məqsədilə həmçinin operativ müdaxiləyə 2-3 saat qalmış xəstəyə adi sutkalıq dozadan artıq tetanus əleyhinə zərdab yeridilməlidir. Sınıqlar zamanı hərəkətsizləşdirmə, gips longetləri və şinlərin tətbiqi ilə yerinə yetirilməlidir. Sirkulyar gips sarğısı tutmalar zamanı yeni sınıqların əmələ gəlməsi üçün təhlükəli olduğundan məsləhət görülmür. Xəstəliyin sonrakı inkişafının qarşısının alınması üçün həddən artıq radikalizmə yol verilməsi məqsədilə ekzartikulyasiya, yaxud amputasiyaların yerinə yetirilməsi üsulları nəinki özünü doğrulmamış, hətta bunlar xəstələrin vəziyyətlərinin daha da ağırlaşmasına səbəb olduğundan, məsləhət görülmür. İrinli fəsadlaşmaların və pnevmoniyanın qarşısının alınması məqsədilə yaralılara antibiotiklər təyin edilir.

Məhz xəstələrin sağalma dövründə oynaqlarda kontrakturaların əmələ gəlməsinin qarşısının alınması məqsədilə fiziki üsullarla müalicə və müalicəvi gimnastika tətbiq edilməlidir. Tetanusun ağır formalarında ölüm faizi yüksək olaraq qalmaqdadır; bu, orta hesabla 40% təşkil edir. Odur ki, xəstəliyin qarşısının alınması onun müalicəsindən daha asandır.

Müalicə prosesində xəstələrin qidalanması və onlara qulluğun da xüsusi əhəmiyyəti vardır. Xəstə yarıqaranlıq palatada təcrid olunmuş şəkildə saxlanılmalı, sakitliyə tam əməl olunmalıdır. Udğunma aktı pozulduğundan xəstələrin qidalanması az dozalarla nazoqastral zondla yerinə yetirilməlidir. Qida yüksək kalorili və daha asan mənimsənilə bilən qarışıq şəkildə verilməlidir. Bağırsaqlar vaxtaşırı təmizlənilməli, sidik kisəsi kateterizə olunmalı, yataq yaraları pnevmoniya və tromboflebitlərin əmələ gəlməsinin qarşısının alınması məqsədilə müvafiq profilaktik tədbirlər həyata keçirilməlidir; bunlara müalicəvi gimnastika və fiziki üsulla müalicə tədbirləri daxildir. Sistematik olaraq vena daxilinə 5%-li qlükoza məhlulu, kolloid və kristalloidlər yeridilməli, göstəriş əsasında ürək dərmanları və tənəffüs analeptikləri tətbiq edilməlidir. Tutmalararası müddətlərdə dişlər arasına ağızgenəldicilər qoyulmalıdır ki, dil dişlənilməsin.

Tetanuslu xəstələrə uzunmüddətli mürəkkəb müalicə tələb olunduğu üçün onların eyni müalicə müəssisəsində yerləşdirilməsi daha məqsədəuyğundur. Xəstələrin təxliyəsi yalnız tənəffüs pozğunluğu halları və qıcolma tutmaları tam keçdikdən sonra həyata keçirilməlidir. Təxliyə rahat nəqliyyat vasitəsilə həkim, yaxud orta tibb işçisinin nəzarəti altında yerinə yetirilməlidir.

Tetanus yara infeksiyasının xüsusi forması olub, minimal yerli əlamətlərin təzahür etməsilə, özünü orqanizmin ümumi ağır intoksikasiyası şəklində göstərən xəstəlikdir. Mühəribə şəraitində tetanus əsasən yaralanmalar, yanıq və donmalardan sonra baş verir. Xəstəliyin amili Cl. tetani (tetanus çöpləri) qram-müsbət sporlu mikrobdur. Ətraf mühitin təsirlərinə qarşı olduqca davamlıdır. Bunlar xüsusi ekzotoksin – tetanotoksin ifraz edirlər. Tetanotoksin yüksək təsirli neyrotoksik zəhərdir. Bu, iki tərkib hissədən: tetanospazmin və tetanolizindən ibarətdir. Tetanospazmin əzələlərdə qıcolmalar, tetanolizin isə eritrositlərin hemolizinə səbəb olur. Xəstəlik bəzən atipik klinik formada keçsə də, bunun əsas əlaməti tonik və klonik qıcolmaların baş verməsi ilə xarakterizə olunur. Bu, ətrafların kontrakturası şəklində – ortotonus, bədənin tam qacıması –opistotonus şəklində müşahidə olunur. Qıcolmalar çox vaxt ağır keçir. Qansızmalar, əzələlərin partlaması, ətrafların çıxığı, hətta sınıqların baş verməsi ilə də müşahidə oluna bilər. Tutmalar minimal xarici qıcıq (səs, işıq, toxunma və i.a.) təsirindən baş verir. Bədənin arxa qrup əzələləri daha qüvvətli olduğundan tutmalar zamanı xəstə “körpü” vəziyyətini alır.

Tetanusun differensial diaqnostikasında xəstəliyin spesifik əlamətləri əsas götürülməlidir. Bura tetanus zamanı müşahidə olunan klassik triadanın (trizm, disfaqiya və ənsə əzələsinin riqidliyi) və tutmalar zamanı klonik və tonik qıcolmaların baş verməsi aiddir. Bu, özünü çeynəmə əzələlərinin qacıması, disfaqiya və ənsə əzələlərinin riqidliyinin artması şəklində özünü göstərir. Xəstələr ağızlarını açma bilmirlər, udğunma aktı çətinləşir. Triadanın ayrı-ayrı əlamətləri təklikdə başqa xəstəliklərdə də müşahidə oluna bilər: məsələn, trizm çənə oynaqının xəstəliklərində, disfaqiya və ənsə əzələlərindəki riqidlik psixonevroloji pozğunluq hallarında da müşahidə oluna bilər. Tetanus zamanı qıcolmaların və digər başqa əlamətlərin xarakter cəhətlərindən biri də odur ki, bu tutmalar arasıkəsilmədən (fasilə vermədən, “ışıqlı dövr olmadan”) keçir. Yaddan çıxarmaq lazım deyildir ki, tetanus zamanı baş vermiş əzələ qıcolmaları əl və ayaq pəncələrinə yayılmır. Bu, differensial diaqnostika üçün olduqca vacibdir. Klinik olaraq xəstəlik yüngül, orta ağırlıqlı, ağır və daha ağır formalarda müşahidə olunur. Xəstəliyin ağır formasında ölüm tənəffüs əzələlərinin iflicindən baş verir.

Xəstəliyin müalicəsi xüsusi təcrid olunmuş palatalarda intensiv şəkildə aparılmalı, böyük dozada tetanus əleyhinə zərədlər, neyroleptiklər, tənəffüs analeptiklərinin və i.a. istifadəsi şəklində aparılmalı, ağır formalarda traxeya intubasiya edilməli, əzələ miorelaksantlarından istifadə edilməlidir. Müalicə prosesində xəstələrin qidalanması və onlara qulluğun da xüsusi əhəmiyyəti vardır. Xəstə yarıqaranlıq

palatada təcrid olunmuş şəkildə saxlanılmalı, sakitliyə tam əməl olunmalıdır. Udğunma aktı pozulduğundan xəstələrin qidalanması nazoqastral zondla yerinə yetirilməlidir. Qida yüksək kalorili və asan mənimsənilə bilən qarışıq şəkildə verilməlidir. Bağırsaqlar vaxtaşırı təmizlənməli, sidik kisəsi kateterizə olunmalı, yataq yaraları pnevmoniya və tromboflebitlərin əmələ gəlməsinin qarşısının alınması məqsədilə müvafiq profilaktik tədbirlər həyata keçirilməlidir; bunlara müalicəvi gimnastika və fiziki üsulla müalicə tədbirləri daxildir. Sistematik olaraq vena daxilinə 5%-li qlükoza məhlulu, kolloid və kristalloidlər yeridilməli, göstəriş olduqda ürək dərmanları və tənəffüs analeptikləri tətbiq edilməlidir. Tutmalararası müddətlərdə dişlər arasına ağızgenəldicilər qoyulmalıdır ki, dil dişlənməsin. Tetanusun profilaktikası məqsətilə şəxsi heyət arasında fəal və qeyri-fəal immunizasiya tətbiq edilməlidir. Eyni zamanda bütün yaralanmalar, yanıq və donmalar zamanı orqanizmə tetanus əleyhinə profilaktik zərdablar yeridilməlidir.

Tetanuslu xəstələrə uzunmüddətli mürəkkəb müalicə tələb olunduğu üçün onların eyni müalicə müəssisəsində yerləşdirilməsi daha məqsədəuyğundur. Xəstələrin təxliyəsi yalnız tənəffüs pozğunluğu halları və qıcolma tutmaları tam keçdikdən sonra həyata keçirilməlidir. Təxliyə rahat nəqliyyat vasitəsilə həkim, yaxud orta tibb işçisinin nəzarəti altında aparılmalıdır.

TƏDRİS SUALLARI

- 11.1. Termik yanıqlar
- 11.2. Yandırıcı qarışıqların təsirindən baş vermiş yanıqlar
- 11.3. Radiasion yanıqlar
- 11.4. Günəş yanıqları və günvurmalar
- 11.5. Ekzotermik kimyəvi yanıqlar
- 11.6. Elektrik zədələnmələri (yanıqları)
- 11.7. Yanıq xəstəliyi
- 11.8. Yanıqların müalicəsi
- 11.9. Yanıqlar zamanı mərhələli yardımın həyata keçirilməsi qaydaları

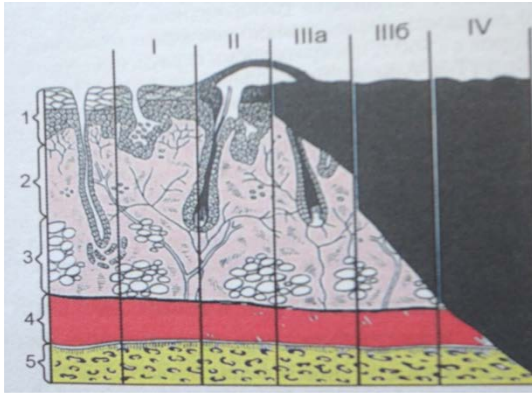
TERMİK ZƏDƏLƏNMƏLƏRƏ DAİR ÜMUMİ MƏLUMAT

Termik zədələnmələr məvhumu yanıq və donma məvhumundan ibarət geniş anlayışa malikdir. Burada orqanizmə həm yüksək, həm də alçaq temperaturun mənfi təsiri nəzərdə tutulur. Təbbidir ki, yüksək temperaturun təsirindən yanıqlar, alçaq temperaturun təsirindən donmalar baş verir. Termik zədələnmələrin öyrənilməsində temperaturun orqanizmə birbaşa təsirindən əlavə onun hansı şəraitdə təsiri də nəzərə alınmalıdır. Ətraf mühitin temperaturunun orqanizmə təsirinin bilavasitə və dolaylı yolla öyrənilməsi göstərir ki, proses ani şəkildə baş verməsindən əlavə temperaturun akkumulyasiyası şəklində də özünü göstərə bilər. Buna müsbət temperaturda baş verən donmaları misal göstərmək olar. Səngər ayağı, immersion ayaq və i.a. bura aiddir. Yəni çox da aşağı, yaxud yuxarı olmayan adi temperaturun, uzun müddət təsirindən patoloji proses (yanıqlar və donmalar) meydana çıxmağa bilər. Bu halı temperatur effekti adlandırmaq daha düzgün olardı. Temperatur effekti, yəni termik agentin təsiri temperatur və onun təsir müddətindən asılı olaraq dəyişə bilər ($E=t \cdot T$). Hərbi əməliyyatlar zamanı yanıqlar həmçinin yandırıcı qarışıqların tətbiqi ilə də əlaqədar olaraq baş verir. Belə yanıqlar daha dərin olması ilə fərqlənir. Bundan əlavə bəzən xidmət sahəsində elektrik zədələnmələri və yanıqları da müşahidə olunur.

Yanıqlar təkcə yüksək temperatur təsirindən baş verməyib, eyni zamanda kimyəvi və radiasion təsirlərdən də törənə bilər. Kimyəvi yanıqların əmələ gəlməsi zamanı bir sıra hallarda reaksiyanın ekzotermik olması prosesə termokimyəvi xarakter verir. Həm kimyəvi, həm də radiasion zədələnmələr termik zədələnmələrə aid olmasa da, bunların yanıqlar bəhsində müqayisəli şəkildə öyrənilməsi daha münasibdir.

11.1. TERMİK YANIQLAR

Səbəbindən asılı olaraq, yanıqlar termik, kimyəvi, elektrik və radiasiya nəticəsində baş verir. Elektrik zədələnmələri və isti qızmar günlərdə günəş radiasiyasından da yanıqların baş verməsi mümkündür. Yanıqlar zamanı dəri örtüyü daha çox zədələnir. Dərin yanıqlarda dərialtı piy toxuması, əzələ-fassial qatlar və hətta sümük toxuması da prosesə məruz qalır (Şəkil 11.1).



Şəkil 11.1 Müxtəlif dərəcəli yanıqlarda dəridə gedən prosesin dərinliyi

Hadisənin qapalı yerdə baş verməsi nəfəs yollarının yanıqları və eləcə də zəhərli qazlardan boğulma hallarına səbəb olur. Müasir müharibələr, geniş ərazini əhatə edən yanğınlar və fəlakətlər zamanı (məsələn, binalarda qaz partlayışı, benzin və qazdoldurma məntəqələrində partlayışın baş verdiyi hallarda zədələnmələr kütləvi xarakter daşıya bilər.

Yuxarı tənəffüs yollarının yanığı adətən yanğın, yaxud partlayışın qapalı yerdə baş verməsi zamanı müşahidə olunur. Bu, qızmar hava və buxarla nəfəsalma nəticəsində baş verir. Tüstü, alov və bir sıra toksik mənşəli maddələrlə nəfəsalma prosesini daha da ağırlaşdırır, zəhərlənmə əlamətlərinin baş verməsinə səbəb olur. Nəfəs yollarının yanığı həmçinin sifətin və bəzən döş qəfəsinin yuxarı hissələrinin, və əllərin yanığı ilə birlikdə müşahidə olunur. Xəstələrə yardım göstərilmədikdə tənəffüs çatmamazlığı inkişaf edir, tənəffüs, siyanoz artır, bronxospazm halları müşahidə olunur. Kiçik qan dövranında ciddi dəyişikliklərlə əlaqədar qısa müddət ərzində ağciyər ödemi baş verir. Bu fonda sonralar ağciyərlərdə iltihabi ocaqlı dəyişikliklər də müşahidə oluna bilər.

Döyüş şəraitində termik zədələnmələr, yandırıcı qarışıqlar (napalm, pirogel, termit və i.a.) təsirinə, bombalar, minaların partlaması və yanğınlar zamanı baş verir. XX əsrin əvvəllərində baş vermiş müharibələrdə termik zədələnmələr, xüsusilə yanıqlar az hallarda təsadüf edilmişdir. İkinci dünya müharibəsi illərində yanıqlar yalnız ayrı-ayrı quru və dəniz əməliyyatlarında, əsasən yanğınlar nəticəsində baş vermişdir. Lakin, atom silahının tətbiqi ilə əlaqədar yanıqların kütləvi şəkildə müşahidə olunması nəzərdə tutulur. Belə ki, 1945-ci ilin avqustunda Yaponiyanın atom bombardmanından sonra yanıqlar kütləvi xarakter almış, 100 min nəfərdən çox əhəlinin zədələnməsi halı müşahidə edilmişdir. Nüvə partlayışları zamanı zədələnmələrin orta hesabla 65%-i, bütün ölənlərin isə yarısından çoxu yanıqların payına düşür. Bir sıra tədqiqatçılar belə hesab edirlər ki, bütün sanitariya itgisinin orta hesabla 60-85%-ni yanıqlar, o cümlədən yanıqla kombinə şəkili zədələnmələr təşkil edir. Nüvə partlayışı nəticəsində bilavasitə şüalanma təsirinə birincili və baş vermiş yanğın nəticəsində əmələ gələn ikincili yanıqlar məlumdur. Bu zaman yanıqlar eyni zamanda müxtəlif mexaniki və eləcə də radioaktiv zədələnmələrlə kombinə şəkildə təsadüf edilir. Eləcə də şüalanma ilə əlaqədar şüa yanıqları da baş verir.

Bilavasitə, şüalanma təsirinə bədənin partlayış tərəfə çevrilmiş hissəsində episentrdən müəyyən məsafələrdə adi profil yanıqlar da əmələ gəlir. Şüa yanıqları bədənin açıq nahiyələrində, sifətdə və əllərdə daha çox müşahidə olunur. Paltarın bədənə kəpik olduğu sahələrdə kontakt yanıqlarının ola biləcəyi istisna edilmir. Episentrdə daha yaxın məsafələrdə paltarın alovlanması nəticəsində dərin yanıqların baş verməsi, hətta bədənin müəyyən hissələrinin kömürləşməsi halları da məlumdur. Kəpik olmayan və xüsusilə açıq rəngli paltar bədəni müəyyən qədər yanıqdan qoruyur. Atom partlayışı nəticəsində baş vermiş ikincili yanıqlar adi termik yanıqlardan heç nə ilə fərqlənmir.

Termik yanıqlara bir sıra yerli dəyişikliklər xasdır. Yüksək temperatur təsirinə toxumalarda zülalın koagulyasiyası baş verir, yanıq sahəsində kapilyarlar genişlənir, onların keçiriciliyi artır. Bu isə öz növbəsində qanın maye hissəsinin kənar sahələrə yayılmasına və ödemənin əmələ gəlməsinə səbəb olur. Zədələnmənin dərinliyindən asılı olaraq, yanıqlar 4 dərəcəyə bölünür. I dərəcəli yanıqlarda dəridə hiperemiya və şişkinlik qeyd edilir. Bu zaman dəri səthində yandırıcı-göynədici ağrılar baş verir. Proses bir neçə gün davam edir. Epidermisin səthi qatı kəpəklənir. Sağalma həftə ərzində başa çatır (Şəkil 11.2).



Şəkil 11.2 Bədən səthinin I dərəcəli termik yanıqı. Yalnız hiperemiya qeyd edilir.

II dərəcəli yanıqlarda dərinin səthi qatı (epidermis) bazal qata qədər sıradan çıxır. Dəri örtüyüdə güclü ödem, hiperemiya və suluqlanmalar baş verir. Suluqların ölçüsü getdikcə böyüyərək bir-biri ilə birləşirlər. Bunlar üzərində laylanmış epidermis asanlıqla soyulur (suluqların partlaması baş verir), şəffaf-sarımtıl rəngli ekssudat xaric olur. Zədələnmiş epidermisin altında parlaq çəhrayı rəngdə ağrılı yara səthi aşkar olur. Fəsadlaşma olmazsa, sağalma bazal qat epitelinin hesabına 10-14 gün ərzində başa çatır. Yanıq nahiyəsi çapıqlaşma baş vermədən sağalır. Əmələ gəlmiş piqmentasiya 1-2 ay ərzində yox olur; əgər prosesə infeksiya qoşularsa, suluqlanma nahiyəsində irinləmə baş verir, sağalma müddəti uzanır (Şəkil 11.3).



Şəkil 11.3 Bədən səthinin II dərəcəli termik yanıqı. Dəridə suluqlanma qeyd edilir.

III dərəcəli yanıqlarla proses epidermisdən dərin qatlara – dermaya keçir. III dərəcəli yanıqlar şərti olaraq III^a və III^b dərəcələrinə bölünür. Yanığın III^a dərəcəsinə proses dəridən kənara çıxmır. Bu zaman epidermis və dərinin bazal qatı qismən patoloji prosesə uğrayır. Əvvəlcə yara səthində açıq mixəyi rəngli qalın pərdə əmələ gəlir. Su və buxarla zədələnmələrdə bu pərdə yaş, alov təsirindən quru olur. Pərdənin altında içərisi hemorragik maye ilə dolu suluqlanmalar əmələ gəlir. Suluqlanmalar partladıqda alt qatda xırda çəhrayı rəngli adacıqlar aşkar olunur. Bu, dermanın sağlam qalmış hissələridir. Proses adətən irinləməyə məruz qalır. Strup (qartmaq) kənar olduqdan sonra dərin qatların hesabına (dəridə) epitelizasiya baş verir. Prosesə infeksiya qoşulmazsa, sağalma 4-6 həftəyə başa çatır. Sağalma sahəsində zərif çapıqlaşma baş verir (Şəkil 11.4).



Şəkil 11.4 Bədən səthinin III^a dərəcəli termik yanıqı. Epidermis və dərinin bazal qatı qismən prosesə cəlb olunmuşdur.

III^b dərəcəli yanıqlarda isə dərinin həm səthi, həm də dərin qatları bütünlüklə zədələnir, hətta prosesə dərialtı piy toxuması da cəlb olunur. Yanıq səthində tünd, bərk mixəyi rəngli qartmaq əmələ gəlir. Maye və buxar təsirindən nekrotik sahə solğun boz rəngə çalır və xəmir konsistensiyalı olur. Qartmağın kənar olması irinləmə ilə müşayiətlənir. Yanıq səthinin nekrotik toxumalardan təmizlənməsi 3-5 həftə çəkir. Yanıq səthində qranulyasion toxuma əmələ gəlir (Şəkil 11.5).



Şəkil 11.5 Bədən səthinin II-III^a dərəcəli termik yanıqları (Şəxsi təcrübəmizdən)

Qeyd etmək lazımdır ki, yanığın III^a və III^b dərəcələrini bir-birindən fərqləndirən cəhət, III^a-dərəcəli yanıqlar zamanı dəridə ağrı hissiyyatı saxlanılmasından ibarətdir. (Səthi yanıqlar əmələ gəlməsinin ilk saatlarında kəskin yandırıcı ağrılar verir. Dərin yanıqlarda isə ağrı hissiyyatı nisbətən az olur. Çünki bu zaman dəridə sinir ucları –reseptorlar da sıradan çıxmış olur. Yanıq nahiyəsinin spirtlə silinməsi zamanı yaxud həmin sahədə yerləşmiş tüklər dartıldıqda xəstə ağrı hiss edir. III^b dərəcəli yanıqlarda isə sinir ucları sıradan çıxdığı üçün dərinin ağrı hissiyyatı tam itmiş olur. Zədə nahiyəsi spirtlə silindikdə (yaxud tük çıxarıldıqda) xəstə ağrı hiss etmir (Şəkil 11.6).



Şəkil 11.6 Bədən səthinin III^b dərəcəli termik yanığı. Epidermis və dərinin bazal qatı qismən prosesə cəlb olunmuşdur

III^a və III^b dərəcəli yanıqlar arasında fərq eyni zamanda regenerasiya prosesinin getməsindədir. Birinci halda regenerasiya qalmış dəri artımının epitel adacıklarının inkişafı hesabına olur. Yara adətən çapıqlaşma baş vermədən sağalır. Yalnız qranulyasiya toxumaları əmələ gələn sahələrdə zərif səthi çapıqlaşmalar meydana çıxır. III^b dərəcəli yanıqlardan sonra isə çapıqlaşma sahələri daha dərin və kobud olur (Şəkil 11.7).



Şəkil 11.7 Termik yanıqdan sonradərin çapıq toxuması (keloid toxuma,şəxsi müşahidələrimizdən)

IY dərəcəli yanıqlarda dəri ilə bərabər dərialtı piy təbəqəsi, fassial qatlar və hətta sümüklər də prosesə uğrayır (kömürləşmə baş verir). Nekrotik toxumanın kənar olması ləng gedir. Çox vaxt irinli fəsadlaşmalar: irinli toplaqlar, fleqmonalar, oynaq nahiyəsinin patoloji prosesə uğradığı hallarda isə artritlər baş verir (*Səkil 11.8*).



Səkil 11.8 Ətrafın IV dərəcəli termik yanığı

I-III^a dərəcəli yanıqlar səthi, III^b-IV dərəcəli yanıqlar dərin yanıqlara aiddir. Səthi yanıqlar adətən sərbəst sağalır. Dərin yanıqlarda sağalma ikifazlı olur. Birinci fazada irinləmə fonunda nekrotik toxuma autolizə uğrayaraq yarıdan kənar olur. İkinci fazada isə defekt sahəsi qranulyasiya toxuması ilə dolur, epitelizasiya və çapıqlaşma gedir. Geniş sahəli dərin yanıqların müalicəsi operativ yolla olmalıdır.

Yanıqlar zamanı toxumaların nekrozu iki momentdə əmələ gəlir. İlk nekroz bilavasitə yüksək temperaturun təsirindən, sonrakı nekroz isə tədricən toxumada mikrosirkulyasiyanın pozulması nəticəsində baş verir. Odur ki, ilk 2-3 gün müddətində yanığın həqiqi dərinliyi haqda dəqiq fikir söyləmək bir o qədər də asan olmur. Lakin bəzi hallarda dəridə nekrozun əmələ gəlməsi onun rənginin donuq-avazımış, yaxud kömürləşmiş olması ilə, toxumaların bərkləşməsi, ağrı və daktil hissiyyatının itməsi ilə yanığın dərinliyi haqda dolaylı nəticəyə gəlinməsi mümkündür. Dərin yanıqlar zamanı sağalma prosesi zədələnmənin ölçüsündən, xəstə orqanizmin ümumi vəziyyətindən və tətbiq olunan müalicə metodundan asılı olaraq müxtəlif müddətlərə uzana bilər. Dərin yanıqlardan sonra zədə nahiyəsində çox vaxt eybəcər vəziyyət verən qalın çapıqlar, trofik yaralar, oynaqlarda hərəkət məhdudluğu və kontrakturalar əmələ gəlir. Dərin yanıqlardan sonra əmələ gəlmiş hər hansı defekt sahəsi öz-özünə sağalmır. Həmin sahələrdə bəzən piqmentasiya və depiqmentasiya müşahidə olunur.

Müxtəlif yandırıcı tərkiblərdən (napalm, termit və i.a.) əsasən başın, sifətin və əllərin zədələnməsi baş verir. Bu zaman dərin yanıqlar əmələ gəlir və nəticə etibarilə bunlar yanq xəstəliyinin gedişinin ağırlaşmasına səbəb olur. Napalm təsirindən çox vaxt tənəffüs yollarının da yanığı baş verir. Yandırıcı tərkibin tam yanmaması nəticəsində əmələ gəlmiş karbon və dəm qazı təsirindən ümumi orqanizmin zəhərlənməsi baş verə bilər. Yanq sahəsinə radioaktiv çöküntülərin əlavə olunması hallarında yerli reaksiya daha da qüvvətlənir, nekrozun dərinliyi artır və sağalma prosesi ləngiyir. Radioaktiv maddənin yanq sahəsindən bədənə sorularaq ümumi reaksiya verməsi ehtimalı da məlumdur.

Şüa xəstəliyi yanığın sağalmasına ciddi ləngidici təsir göstərir. II-III dərəcəli şüa xəstəliyi zamanı gizli dövrün axırında yaranın təmizlənməsi və regenerasiyası ləngiyir, bəzən isə tam dayanır. Nekrotik toxumalar yarıdan olduqca ləng ayrılır, yeni nekroz ocaqları əmələ gəlir. Həmçinin qranulyasiya və epitelizasiya prosesi də zəifləmiş olur. Zəif, süst qranulyasiya ocaqları asanlıqla qanayır və çoxsaylı hematomalar əmələ gəlir. Yarada qoruyucu örtüyün olmaması və orqanizmin ümumi müqavimətinin enməsi çox vaxt yerli və ümumi infeksiya prosesinin meydana çıxmasına səbəb olur. Beləliklə, yanıqların radiasion proseslə birlikdə müşahidə olunması xəstəliyin gedişini ağırlaşdırır və proqnozu çətinləşdirir.

Termik yanıqların ağırlıq dərəcəsi onun dərinliyi və sahəsi ilə ölçülür. Dərin yanıqlar geniş olduqca xəstələrin ümumi vəziyyəti daha ağır olur. Yanq sahəsi səhra hospitalı şəraitində ovuc səthi ilə, yaxud Uollesin “doqquzlar sistemi” prinsipi əsasında öyrənilir. Sübut olunmuşdur ki, hər bir şəxsin ovuc səthi onun bədən səthinin 1-1,2%-nə bərabərdir. Uollesin doqquzlar sistemində əsasən baş boyunla birlikdə bədən səthinin 9%-nə bərabərdir. Eləcə də yuxarı ətrafın hər biri 9%, aşağı ətraflar 18%, bədənin ön və arxa səthi hər biri bədən səthinin 18%-nə bərabərdir. Yerdə qalan 1% isə aralığın hesabına düşür. Bundan

Əlavə yanığın ağırlıq dərəcəsinin təyin edilməsində Frank əmsalından (indeksindən) da istifadə olunur. Səthi yanıqlarda yanıt səthinin hər faizinin bir vahid, dərin yanıqlarda isə 3 vahid götürülməsi qəbul edilmişdir. Məsələn, əgər yanıt bədən səthinin 20%-ni əhatə edirsə və onun 10%-i dərin yanıqlara aiddirsə, Frank əmsalı $101 \times 10 \times 3 = 40$ vahid olacaqdır. Yəni həmin xəstədə yanığın ağırlıq dərəcəsi 40%-ə görə hesablanmalıdır.

11.2. YANDIRICI QARIŞIQLARIN TƏSİRİNDƏN BAŞ VERMİŞ YANIQLAR

Hərbi məqsədlə istifadə olunan yandırıcı qarışıqlardan ən çox yayılanı napalm, pirogel, termit və fosforlu maddələrdir. Napalm qatı, tünd-çəhrayı, yaxud mixəyi rəngli seliyəbənzər maddə olub, tərkibi qatı benzin (neft), benzol və liqroindən ibarətdir. Yapışqanlı olduğundan çilənərkən müxtəlif əşyalara, paltara və dəryə asanlıqla yapışır. Tez alışır, tünd-qırmızı alovla yanaraq, dəm qazı ilə zəngin qatı üstü və çöküntü əmələ gətirir. Napalm yanarkən $800-1000^{\circ}\text{C}$ istilik verir.

Pirogel napalmla alüminium və maqnezium tozlarının, oksidləşdiricilərin, asfalt, yaxud mazutun qarışığından ibarətdir. Qatı boz maddə olub, intensiv parlaq alovla yanır və ağ-sarıya çalan qatı üstü verir. Yanarkən $1600-2000^{\circ}\text{C}$ istilik verir.

Fosfor tərkibli yandırıcı maddələr havada sərbəst alışmaq qabiliyyətinə malikdir. Onun söndürülməsi çətinidir. Dəriyə və paltara döşərkən tam axıra kimi yanır. Fosfor və onun buxarı zəhərlidir. Rezobtiv təsir göstərərək böyrəkləri, qaraciyəri və qanyaradıcı orqanları sıradan çıxarır.

Termit tərkibli maddələr 50-80% termitdən, maqnezium, alüminium və kükürd tozundan ibarətdir. Yanarkən 3000°C istilik verir. Yandıqdan sonra qalmış termit çöküntüsü nazik metalı deşərək, döyüş maşınlarının daxilinə yayılmaq qabiliyyətinə də malikdir.

Yandırıcı tərkiblərin təsir qabiliyyəti onların növündən, tətbiq olunma şəraitindən və hərbi hissələrin həmin tərkiblərin tətbiqinə hazır olmasından çox asılıdır. Bunlar aviasiya bombaları, artilleriya mərmiləri, çənlər və oqneymotlar şəklində istifadə oluna bilər. Yandırıcı qarışıqların tətbiq olunduğu sahədə döyüşçülər çoxamillə zədələnmələrə məruz qalırlar. Yanmadan əlavə bura infraqırmızı şüalanma, üstünün tərkibində olan toksik məhsullar, o cümlədən dəm qazının zəhərli təsiri də daxildir.

Napalm təsirindən əmələ gəlmiş yanıqlar adətən üzrə dərin yanıqlara aiddir. Yanıt nahiyəsində tünd mixəyi, bəzən qara rəngli qalın qartmaq əmələ gəlir. Çox vaxt yara üzərində yandırıcı maddənin çöküntüləri aşkar olunur. Yarada güclü ödem nəticəsində partlamış qartmaq sahəsindən zədələnmiş əzələlər və vətərlər görünür. Yara kənarlarında içərisi hemorragik maye ilə dolu suluqlanmalar baş verir. Napalmin təsirindən distansion yanıqlar da baş verə bilər. Bu zaman dəridə kəskin ödem fonunda boz rəngli yumşaq qartmaq sahələri əmələ gəlir. Çox vaxt eyni zamanda sifətin və əllərin də yanması baş verir. Bunlar zərərçəkmiş şəxslərin napalmı yalın əllə kənar etmə cəhdləri ilə əlaqədardır. Sifətin zədələnmələrində göz qapaqlarının güclü ödemi nəticəsində döyüşçülər görmə qabiliyyətlərini qismən, yaxud tam şəkildə itirirlər.

Napalm yanıqlarında zədələnmələr daha dərin qatları əhatə etdiyindən, yaranın nekrotik toxumalardan təmizlənməsi olduqca ləng gedir. Çox vaxt zədə nahiyəsində irinli toplaqlar, fleqmonalar, irinli artritlər baş verir. Zədələnmiş yerlərdə hipertrofik keloid çapıqlar əmələ gəlir. Bunlar dərin kontrakturalar və kosmetik defektlərə səbəb olur.

Fosfor tərkibli yandırıcı qarışıqlar eyni zamanda termokimyəvi təsirə də malikdir. Fosfor təsirindən baş vermiş yanıqlarda yara tünd qartmaqla örtülür. Yara kənarında hiperemiya ilə əhatə olunmuş sarı-boz rəngli haşiyə əmələ gəlir. Fosfor yanarkən zədə nahiyəsindən kənarlara dağılaraq, əlavə yanıt sahələrinin əmələ gəlməsinə də səbəb olur.

Yandırıcı qarışıqların təsiri çoxtərəfli olduğundan, bu zədələnmələr ağır keçir, fəsadlaşma və ölüm halları daha çox təsadüf edilir. Hipovolemiya, oliquriya, qanın qatılması fonunda çox vaxt huşun itməsi, hipoksiya əlamətləri müşahidə olunur. Hipotoniya ilə davam edən hemodinamik dəyişikliklər beyin qan dövranında və koronar damarlarda pozğunluqların əmələ gəlməsi ilə birgə keçir.

Yanğın sahəsində güclü infraqırmızı şüalanma ilə əlaqədar orqanizmin həddən artıq qızması istilik vurmasına da səbəb olur. Kollaps baş verir. Dəri örtüyü hiperemiləşmiş, yaş olur. Tənəffüs və ürək vurğuları tezləşir. Qan təzyiqi enir, qusma və qıcolmalar qeyd edilir, bəbək və vətər refleksləri zəifləyir. Ağır hallarda komatoz vəziyyət baş verir. Bu, yardım göstərilmədikdə ölümlə nəticələnə bilər. Ölümün səbəbi tənəffüs mərkəzinin sıradan çıxması ilə əlaqədardır.

Yandırıcı tərkiblərin inhalyasion və termokimyəvi təsirləri ilə əlaqədar olaraq nəfəs yollarının yanıqının baş verməsi xəstələrin vəziyyətlərini daha da ağırlaşdırır. Bu zaman tənəffüs çətinləşir, az miqdar hisli bəlgəm ifrazı ilə güclü öskürək baş verir. Səs batır (afoniya baş verir), tənəffüs müşahidə olunur. Müəyinə zamanı burun yollarında tüklərin ütülməsi, ağız boşluğu və udlaqda hiperemiya və ödem müşahidə edilir. Ödem nahiyəsində hisin qalıqları və ağımtıl nekroz zonaları aşkar olunur. Daha ağır hallarda yanma məhsullarının nəfəs yollarına təsirindən səs tellərinin və bütünlüklə qırtlağın ödemi bronxospazm, asfiksiya baş verir. 2-3 gün ərzində ağciyərin ödemi, sonralar pnevmoniya, irinli traxeobronxit və ağciyərin hissəvi atelektazları müşahidə olunur. Nəfəs yollarının yanıqları adətən bədənin digər nahiyələrinin də yanması ilə, yaxud onsuz baş verə bilər.

Yanaşı dəm qazı ilə zəhərlənmə adətən şəxsi heyətin partlayış zamanı qapalı yerdə, sığınacaqlarda, binalarda, meşədə və yağanlarda olduğu hallarda baş verir. Zəhərlənmənin yüngül formalarında başağrıları, qulaqlarda küy, ürəkdöyümlər, ürəkbulanma və qusma halları olur. Yandırıcı tərkiblərin massiv şəkildə tətbiqi şəxsi heyət arasında kəskin psixi pozğunluqlar verə bilər. Ağır hallarda huş itir, tənəffüs pozğunluğu, qıcolmalar müşahidə olunur. Qanın analizində yüksək karboksihemoglobin olmağı aşkarlanır.

Beləliklə, yandırıcı qarışıqların tətbiqi zamanı dərin yanıqların əmələ gəlməsi, tənəffüs yollarının zədələnmələri, dəm qazı və digər yanma məhsulları ilə zəhərlənmə, zədələnmənin istilikvurma ilə birlikdə müşahidə olunması daha ağır fəsadlaşmalar verir və bunlar tibbi təxliyə mərhələlərində yardımın həyata keçirilməsində çətinliklər törədir və bunlar nəzərə alınmalıdır.

11.3. RADIATION YANIQLAR

Radiasion yanıqlara şüa yanıqları da deyilir. Bu atom partlayışı ilə əlaqədar döyüş şəraitində dəri və selikli qişaların beta hissəciklərlə şüalanması nəticəsində baş verir. Ümumiyyətlə beta hissəciklər dərinə keçə bilməyərək, yalnız dərinin üst qatını zədələmək qabiliyyətinə malik olduğundan bu cür zədələnmələr əsasən dərinin radioaktiv maddə ilə birbaşa kontaktı nəticəsində əmələ gəlir. Qarışıq beta-gamma şüalanması zamanı yerli radiasion zədələnmələr ümumi şüa xəstəliyi fonunda baş verir. Dərinin radiasion (şüa) zədələnmələrinin klinik gedişi dörd dövrü əhatə edir.

Birinci dövr şüalanmaya qarşı erkən reaksiya dövrü, zədələnmədən sonra bir neçə saatdan 2 sutkaya qədər davam edir. Bu, özünü petexial səpgilərlə təzahür edən birincili eritema şəklində göstərir. Eritema bir neçə saatdan 2 sutkaya qədər davam edir.

İkinci dövr gizli dövr adlanır. Zədələnmənin zahiri əlamətləri olmur. Lakin müəyyən hallarda bu dövrdə zədələnmiş dəridə tezliklə keçən qızartı əlamətləri müşahidə olunur. Zədələnmənin ağırlıq dərəcəsi asılı olaraq gizli dövr bir neçə saatdan 3 həftəyə qədər davam edə bilər.

Üçüncü dövr kəskin iltihab dövrü adlanır. Bu, zədələnmiş nahiyədə ikincili eritemanın əmələ gəlməsilə başlayır. Şüalanmanın dərəcəsi asılı olaraq, 1-3 gündən sonra eritema fonunda suluqlanmalar baş verir və onlar tədricən böyüyərək, bir-biri ilə birləşirlər. Sonralar partlamış suluqların dibində ağırlı qanaxma verən eroziyalar fonunda dərin nekroz və xora sahələri meydana çıxır. Xora kənarları nahamar girintili-çıxıntılı və dibi çirklə boz rəngli piy təbəqəsindən ibarət ərplə örtülmüş olur. Bu dövr 2-3 həftədən bir neçə aya qədər davam edə bilər.

Dördüncü dövr bərpa dövrüdür. Bu dövr eritemanın tədricən ötüb-keçməsi, ödemin sorulması, eroziya və xoraların sağalması ilə xarakterizə olunur. Əmələ gəlmiş xora torpid gedişə malik olub, ləng sağalır. Sağalma bəzən illərlə çəkir, bəzən isə residivləşir. Zədələnmiş sahə piqmentləşir və dəridə trofik dəyişikliklər, dərinin atrofiyası, hiperkeratoz və qabıqlanma, tükün tökülməsi, dırnaqların deformasiyası

və kövrəkliyi meydana çıxır. Ağır trofik pozğunluqlar zamanı dərinədə yerləşmiş toxumalar da prosesə cəlb olunur. Bura əzələlərin atrofiyası, oynaqların kontrakturası və ankilozların əmələ gəlməsi daxildir.

Xəstəlik zamanı dəridə olan pozğunluq (yanıqlar) ağırlıq dərəcəsinə asılı olaraq dörd dərəcədə keçir:

I dərəcəli yanıq –yüngül zədələnmə –bu 1500 fiziki retgen ekvivalentində (FRE) beta şüalanması zamanı müşahidə olunur. Bu halda dəridə bir o qədər də nəzərə çarpmayan ikincili eritema və tükün müvəqqəti tökülməsi baş verir. İlk reaksiya zəif olur. Bu hal gizli dövrün 2 həftədən artıq keçdiyi müddətlərdə müşahidə olunmaya da bilər. Bərpa dövrü bir neçə ay çəkir; dəridə qabıqvermə və piqmentasiya müşahidə olunur.

II dərəcəli yanıqlar –bunlara orta dərəcəli yanıqlar da deyilir. 1500-3000 fiziki retgen ekvivalentində (FRE) beta şüalanması zamanı müşahidə olunur. Bu zədələnmələr zamanı tez keçən ilkin reaksiya nisbətən aydın müşahidə olunur. Xəstəliyin gizli dövrü iki həftədən az keçir. Xəstəliyin III dövründə aşkar ikincili eritema əmələ gəlir, bəzən həmin sahədə dərinin suluqlanması meydana çıxır. Bərpa dövrü bir neçə ay uzanır, zədələnmiş sahədə dərinin uzunmüddətli trofik pozğunluğu qeyd edilir.

III dərəcəli yanıqlar –daha ağır olub 3000 fiziki rentgen ekvivalentindən (FRE) 10000-ə qədər beta şüalanmasında baş verir. İlk reaksiya adətən ilk saatlarda meydana çıxır və 2 sutka davam edir. 3-6 sutkalıq gizli dövrədən sonra kəskin ikincili eritema, dərinin suluqlanması əmələ gəlir. Sonralar həmin yerdə uzun müddət sağalmayan və təkrarlanan eroziya və xoralar aşkar olur. Dəridə olan trofik pozğunluqlar kəskin şəkildə nəzərə çarpar.

IV dərəcəli yanıqlar –son dərəcə ağır zədələnmədir. Bu 10000 fiziki rentgen ekvivalentindən (FRE) yüksək beta şüalanması zamanı meydana çıxır. Bu halda ilkin reaksiya çox tez və kəskin şəkildə baş verir. Gizli dövr olduqca qısa keçir, yaxud müşahidə olunmur; tezliklə xəstəliyin kəskin dövrü başlanır. Nekrotik proseslər qabarıq şəkildə təzahür edir və uzun çəkir. Bərpa dövrü illərlə davam edir. Şüa zədələnmələri bədən temperaturunun yüksəlməsi, məhəlli limfadenit və leykositozla müşahidə olunur. Kəskin iltihab dövründə zədələnmiş dəri sahəsi çox ağırlı olur. Radiasion yanıqlar zamanı proqnoz şüalanmanın dozəsindən, prosesin dərinliyi və yayılma sahəsindən asılıdır.

Radiasion yanıqların müalicə prinsipləri. Radiasion yanıqlar zamanı şüalanmış dəri sahəsində sanitari təmizlənməsi mümkün qədər tez aparılmalıdır. Novokain blokadalarının həyata keçirilməsi, trofik pozğunluqların qarşısının alınmasında başlıca rol oynayır. Az dozalarda qan köçürülməsi, antibiotiklərin yeridilməsi, ağrıkəsicilər və vitamin preparatlarından geniş istifadə olunması məsləhətdir. Yerli müalicədə müxtəlif antiseptik məhlullardan və məlhəmlərdən istifadə olunmalıdır. Suluqlanma sahələri punksiya olunmalı və maye kənar edilməlidir. Dərin zədələnmə hallarında (xüsusilə sifət və dərinin görünən yerlərində) kəskin dövr keçdikdən sonra xora sahələri kəsilib götürülməli və dəri plastikası həyata keçirilməlidir. Şüa yanıqlarının ümumi radiasion zədələnmələrlə, yaxud şüa xəstəliyi ilə birləşmə müşahidə olunduğu hallarda eyni zamanda şüa xəstəliyinə qarşı müalicə tədbirləri də həyata keçirilməlidir. Bütün operativ müdaxilələr şüa xəstəliyinin gizli dövründə, yaxud xəstəliyin əlamətləri tam keçdikdən sonra yerinə yetirilməlidir.

11.4. GÜNƏŞ YANIQLARI VƏ GÜNVURMALAR

Günəş yanığı sırf hərbi zədələnmələrə aid olmasa da, isti mövsümdə xüsusilə səhra şəraitində əsgərlər arasında müşahidə oluna bilər. Bu, sığınacaqların olmadığı bir şəraitdə açıq havada günəş şüasının orqanizmə birbaşa təsiri nəticəsində baş verir. Günəş yanığı bir sıra hallarda günvurmalarla birlikdə müşahidə olunur. Xüsusilə günəş şüasının baş beyinə birbaşa təsiri daha qorxuludur. Ağır hallarda huşun itməsi və hətta ölüm halları da baş verə bilər. Günəş şüası spektrinə daxil olan ultrabənövşəyi şüalar dəri səthində, infraqırmızı şüalar isə daha dərin toxumalara təsir qabiliyyətinə malikdirlər. Bunlardan birincisi dərinin açıq yerlərində termik yanıqlar, ikinci isə daha dərinliklərdə, məsələn beyin toxumasının qızmasına və beləliklə bir sıra funksional və orqanik pozğunluqların baş verməsinə səbəb olur. Günvurmalar yaşlı şəxslər, uşaq və qadınlar daha həssas olurlar. Xüsusilə ürək xəstəliyi, hipertoniya, şəkərli diabeti olan şəxslər günvurmanı çətin keçirirlər.

Güncurma –günəş şüalarının orqanizmə birbaşa təsirindən baş verir. Burada infraqırmızı şüaların təsiri böyükdür. Bəzi mənbələrdə buna radiasion istilik də deyilir. Konveksion (hava axını ilə) və konduksion (toxunma-təmas) istilikdən fərqli olaraq, günəş şüasının təsirdən həm səthi, həm də dərin toxumalar və orqanlar eyni zamanda istinin təsirinə məruz qalır. İnfraqırmızı şüalanma bütün orqanizmə, eləcə də, baş beyinə intensiv təsir edərək, termorequlyasiya mərkəzinin fəaliyyətinin pozulmasına gətirib çıxarır. Bu baxımdan, güncurma prosesi daha progressiv inkişaf edir və bu zaman ölüm halları istisna olunmur. İstiliyin radiasion (şüalanma) yolu ilə ötürmələrində infraqırmızı şüalanma səthi və dərin toxumaları eyni zamanda qızdırır.

Günəş şüalarının təsirindən baş beyində metabolik pozğunluqlar, arterial və venoz hiperemiya, beyin toxumasına limfa axınının güclənməsi, beyindəxili təzyiqin artması baş verir. Nəticə etibarilə, baş beyin ödemə, qansızmalar fonunda həyat qabiliyyətinin ciddi pozğunluğu, komatoz vəziyyət və ölüm halı müşahidə olunur.

Bəzən, xüsusilə rütubətli şəraitdə, orqanizmin istiliyi xaric edə bilməməsi nəticəsində istivurma halları da baş verir. Məlum olduğu kimi, istilik orqanizmə konveksion (hava cərəyanı vasitəsilə), konduksion (toxunma-təmas) yolla və radiasion (şüalanma) yolu ilə ötürülür. Nəticə etibarilə, əvvəlcə dəri, dərialtı toxuma və orada dövrən edən qanın qızması, ən axırda isə daxili orqanlar və toxumaların qızması baş verir. Hipertermiyanın kompensasiya mərhələsində istilik nevrastenik sindromu baş verir. Bu, iş qabiliyyətinin enməsi, süstlük, zəiflik, yuxululuq, hipovolemiya, yuxunun pozğunluğu, əsəbilik, başağrıların olması ilə xarakterizə olunur. Güncurmaya düçar olmuş orqanizm aldığı istiliyi ətrafa konveksiya, konduksiya və radiasiya yolu ilə ötürür. Bunu bilməyin güncurma və istilikvurmanın patogenetik müalicəsinin aparılmasında əhəmiyyəti vardır.

Güncurmalar özünü ümumi və yerli əlamətlərlə göstərir. Ümumi əlamətlərə bədən temperaturunun yüksəlməsi, ümumi zəiflik, başağrıları, ürəkbulanma, qusma hallarının olması, bir sıra hallarda bayılmanın baş verməsi və i.a. aiddir. Ürək vurğularının sayı artır, tənəffüs tezləşir, arterial təzyiqin qısa müddətli yüksəlməsindən sonra, onun enməsi halları müşahidə edilir. Xəstələrin dərisi quru, hiperemiləmiş olur. Bədənin açıq hissələrində termik yanıq əlamətləri olaraq hiperemiya və suluqlanmalar müşahidə edilir. Suluqlar daxilində şəffaf, sarıyaçalan maye olur. Xəstələrin ağırlıq dərəcəsi dörd dərəcədə aşkar olur.

I dərəcəli güncurmada xəstələrin ümumi vəziyyəti qənaətbəxş olur. Dəri və görünən selikli qişası hiperemiləmiş, quru olur, tənəffüsü tezleşmiş, dəqiqədə 20-25-ə çatır. Zəif ləngimə əlamətləri müşahidə olunur. Nəbz dəqiqədə 90-95, arterial təzyiq 100-110/60 mm civə sütunu, bəzən bir qədər yüksək olur. Huş aydın olur. Bədən temperaturu normal, yaxud bir qədər yuxarı olur.

II dərəcəli güncurmalarda xəstələrin dəri və görünən selikli qişası hiperemiləmiş və quru olur. Xəstələr ümumi zəiflikdən başağrılarından şikayət edirlər. Bir sıra hallarda öyümə və qusma əlamətləri müşahidə olunur. Tənəffüs dəqiqədə 25-30-a çatır. Huşun ləngiməsi, stupor vəziyyəti, bəzi hallarda isə oyancılıq halları müşahidə olunur. Nəbz dəqiqədə 110-120, arterial təzyiq 90-80/50-40 mm civə sütununa enir. Bədən temperaturu yüksəlmiş olur.

III dərəcəli güncurmalarda xəstələrin dərisi və görünən selikli qişası quru, hiperemiyalı və sianozlu olur. Müəyyən hallarda hiperemiyalı sahələrdə içərisi şəffaf maye ilə dolu olan suluqlanmalar müşahidə olunur. Yaxud bədən temperaturu yüksək olur, tənəffüs müşahidə olunur. Tənəffüsün tezliyi dəqiqədə 35-40-a çatır. Nəbz dəqiqədə 130-160, zəif dolğunluqlu, sapvari olur, bəzən nəbz sayılması mümkün olmur. Arterial təzyiq kritik (böhran) səviyyəsindən aşağı -75-50/40-30 mm civə sütunu olur. Kəskin tormozlanma qeyd edilir, xəstə huşunu itirir. Vaxtında yardım göstərilməzsə ölüm halı baş verə bilər.

IV dərəcəli güncurmalarda xəstə kritik vəziyyətdə olur. Dəri piqmentasiya fonunda sianozlu olur. Tənəffüs səthi və aramsız olur. Biot, yaxud Çeyn-Stoks tipli tənəffüs aşkar olur. Maksimal arterial təzyiq 40 mm civə sütunundan aşağı olur. Dövrən edən qanın həcmnin azalması, miokardın təqəllüs qabiliyyətində pozğunluq halları aşkarlanır. Nəbz aritmik zəif dolğunluqlu olur, bəzən isə itir. Xəstənin vəziyyəti son dərəcə ağır olur. Bir sıra hallarda göstərilən yardım lazımı səmərə vermir, aqonal, preaqonal vəziyyət və klinik ölüm baş verir.

Ətraf mühitin temperaturu 38-39°C-yə çatdıqda bədən temperaturu normadan 1,5-2°C artıq olur. Dəri və selikli qişalarda hiperemiya, profuz tərləmə, ürəyin dəqiqəlik vurğusunun artması, sistolik təzyiqin yüksəlməsi, diastolik təzyiqin enməsi, ağciyərlərin ventilyasiya həcmnin artması baş verir, hipokapniya, respirator alkaloz aşkarlanır. Yüksək temperaturda alkaloz tezliklə metabolik asidozla əvəz olunur. Uzunmüddətli tərləmə hipohidratasiyaya və qanın qatılaşmasına, suda həll olan vitaminlərin və elektrolitlərin itirilməsinə səbəb olur.

Ətraf mühitin temperaturu 41-43°C-yə çatdıqda istilikvermə çətinləşir. Dəri quru və isti olur, tərləmə azalır, çox vaxt yalnız yapışqanlı tərləmə ifraz olunur. Dəri quru və qızarmış olur. Orqan və sistemlərdə funksional pozğunluqlar baş verir. *Hiperemik kardiovaskulyar sindrom* meydana çıxır. Bu, özünü taxikardiya, ürəyin vurğu həcmnin azalması, ürək vurğularının tezləşməsi, mikrosirkulyasiyanın pozulması, damardaxili laxtalanma sindromunun və fibrinolizin baş verməsi şəklində göstərir. Asidozun baş verməsi ağciyərlərin ventilyasiyasının və orqanizmin oksigenə olan tələbatının artmasına, sirkulyator pozğunluğun baş verməsinə, hipoksiya və hipoksemiya səbəb olur.

Ətraf mühitin yüksək temperaturunun orqanizmə təsiri istilikvermə şəklində də özünü göstərir. İstivurma –hipertermiyanın özünəməxsus formasıdır. Bu zaman həyati funksiyalar daha tez pozulur. Rektal temperatur 42-43°C-yə çatır. Bu, xarici temperatura qarşı adaptasiyanın zəifləməsi ilə əlaqədardır. İstivurmanın patogenezinin əsasını intoksikasiya təşkil edir. 30% hallarda ölüm intoksikasiya fonunda tənəffüs çatmamazlığından baş verir. Əmələ gəlmiş ammoniyak, lipid mübadiləsi pozğunluğu məhsulları və digər toksik məhsullar böyrəyin ekskretor və qaraciyərin zülal sintezi funksiyasını pozur. İntoksikasiya hemolizin baş verməsi, kapilyar keçiriciliyinin pozulması, qanın qatılığının artması, nəticə etibarilə mikrotrombozların əmələ gəlməsi, mikrosirkulyasiyanın pozulması baş verir, damardaxili laxtalanma sindromu meydana çıxır.

Günvurmanın patogenezinin əlamətdar cəhətlərindən biri də odur ki, xəstələrin çoxunda ölüm halı istinin təsiri kəsildikdən bir neçə saat sonra onların bədən temperaturunun normal vəziyyətində baş verir. Miokarda kəskin distrofik dəyişikliklər, onun energetik təminatının və ion balansının pozulması müşahidə olunur. Ürək çatmamazlığı özünü arterial təzyiqin enməsi, qan axını sürətinin azalması, venoz təzyiqin enməsi, toxuma və orqanlarda mikrosirkulyasiyanın pozulması, böyrək çatmamazlığı, sirkulyar hipoksiya və asidoz, nəhayət, beyin ödemi və qansızması fonunda tənəffüs mərkəzinin iflicinə, tənəffüsün dayanmasına və ölüm halının baş verməsinə səbəb olur.

Günvurmanın müalicəsi etiotrop, patogenetik və simptomatik aparılmalıdır. Etiotrop müalicəyə xəstənin kölgəli yerə gətirilməsi, günəş təsirindən təcrid edilməsi və orqanizmin istilikverməsinə maneçilik aradan qaldırılmalıdır; üst paltarlar çıxarılmalıdır. Patogenetik müalicəyə böyrək funksiyasının fəallaşdırılması, dezintoksikasiya və metabolik pozğunluqların aradan qaldırılması aiddir. Simptomatik müalicəyə başağrıların, depressiya halının və s. pozğunluqların aradan qaldırılması tədbirləri daxildir.

Yardımanın həyata keçirilməsi qaydaları. İlk növbədə xəstə təhlükəli zonadan kənar edilməli, başa soyuq kompres, yaxud buz qoyulmalı, xəstənin huşu üstündədirsə və qusma əlamətləri yoxdursa, soyuq içkilər verilməli, tənəffüs pozğunluğu və ürək çatmamazlığı hallarında xəstəyə tənəffüs analeptikləri və ürək dərmanları vurulmalı, ağır hallarda infuzion terapiya yerinə yetirilməlidir. Huşunu itirmiş və qusma əlaməti olan xəstələrin mədəsinə zond yeridilməli, oksigen inhalyasiyası tətbiq edilməli, hemodinamikaya nəzarət olunmalıdır. Yanıq sahələri antiseptik vasitələrlə silindikdən sonra yanıq əleyhinə məhləmlərdən istifadə edilməlidir. Günəş yanıqlarında yanıq səthlərinin sarınması məsləhət görülmür. Açıq üsulla müalicəyə daha çox üstünlük verilməlidir. Günəş yanıqları səthi yanıqlara aid olduğundan yanıq sahələri izsiz sağalır, bəzən isə yanıq sahələrində müvəqqəti piqmentasiya müəyyən müddətdən sonra aradan qalxır.

Günəş yanıqları və günvurmalar zamanı vaxtında görülən tədbirlər nəticəsində xəstələrin vəziyyəti qısa müddət ərzində yaxşılaşır, hospitalizasiyaya ehtiyac qalmır. Lakin ağır hallarda tənəffüs sistemində və ürək-qan dövrəsində dəyirliklik olan şəxslərin, xüsusilə hipertoniya, şəkərli diabeti olan, yaxud miokard infarktı keçirmiş şəxslərin, hamilə qadınların və az yaşlı uşaqların hospitalizasiyası məsləhət görülmür.

Günvurmanın profilaktikasına ilk növbədə günəşin birbaşa təsirinə qarşısının alınması tədbirləri daxildir. Bura xüsusi geyimlərin olması, yaşayış və iş yerlərinin ventilyasiyasının yaxşılaşması, kondisionerlərlə təchizat daxildir. Açıq yerlərdə iş zamanı vaxtaşırı kölgəli yerdə fasilələrin verilməsi, isti

günlərdə iş saatlarının səhər və axşam saatlarına keçirilməsi, su-duz mübadiləsi pozğunluqlarının qarşısının alınması, yaxud bunun aradan qaldırılması üçün sərinləşdirici, elektrolitlərlə zəngin içkilərdən istifadə edilməsi vacibdir. Bu tədbirlər orqanizmdə maye itgisinin qarşısının qismən alınmasına imkan verir.

11.5. EKZOTERMİK KİMYƏVİ YANIQLAR

Kimyəvi yanıqlar qüvvətli turşular, qələvilər və ağır metal duzlarının təsirindən baş verir. Hərbi təcrübədə kimyəvi yanıqlar eyni zamanda raket yanacaqları ilə təmas nəticəsində də baş verə bilər. Turşuların təsirindən toxumalarda koaulyasiya, qələvilərin təsirində isə sabunlaşma (kolliqvasiya) prosesi gedir. Yanıq zamanı əlavə ekzotermik reaksiyanın baş verməsi prosesə termokimyəvi xarakter verir. Xüsusilə turşuların toxumalara təsirindən əlavə istiliyin yaranması (termokimyəvi reaksiya) prosesin daha da dərinləşməsinə səbəb olur. Nüvə yanacağının oksidləşdiricisi sayılan nitrat turşusu və azot oksidləri də turşular kimi təsir göstərir və quru (koaulyasion) nekroz verir. Qələvilər isə əksinə, yaş (kollikvasion) nekroz verir.

Zədələnmələrin dərinliyinə görə kimyəvi yanıqlar da termik zədələnmələr kimi 4 dərəcəyə bölünür. Lakin kimyəvi zədələnmələrin II dərəcəsi üçün dərinin suluqlanması xarakter deyil. Çünki yanığın başlanğıcında turşunun, yaxud qələvinin təsirindən epidermis tam sıradan çıxır. Turşu ilə təmas nəticəsində zədə nahiyəsində nazik nekrotik qat, qələvi təsirindən yara səthini çəhrayı rəngli derma tutur. Kimyəvi yanıqlarda dərin qatların zədələnmələri də fərqlənir. Turşu yanığında zədə nahiyəsində qalın quru pərdə əmələ gəlir. Bu, koaulyasion nekroz adlanır. Qələvi yanıqlarında isə əvvəlcə zədə nahiyəsində yumşaq nekrotik zona əmələ gəlir (kollikvasion nekroz), 2-3 sutkadan sonra həmin sahə irinləmə fonunda susuzlaşır.

Kimyəvi zədələnmələrdə yara kənarı adətən hamar olur. Bir sıra hallarda kimyəvi maddənin axını istiqamətində ensiz (dar) yanıq zonası qeyd edilir. Yaranın mərkəzində zədələnmə periferiyaya nisbətən dərin olur. Zədələnmə nahiyəsi öz görkəminə görə kimyəvi maddənin təbiətindən asılı olaraq fərqlənir. Məsələn, sulfat turşusu təsirindən zədə nahiyəsi mixəyi, yaxud qaramtıl; xlorid turşusunun təsirindən açıq-sarı; hidrogen florid təsirindən çirklili-boz; qatı hidrogen peroksid məhlulu təsirindən ağ rəngli olur. Həmçinin kimyəvi yanıqlar zamanı yarıdan həmin maddələrin qoxusu da hiss oluna bilər.

Kimyəvi yanıqlar çox vaxt məhdud sahəni əhatə etsə də, bəzən yanıq eyni zamanda bir neçə nahiyəni də əhatə edə bilər. Yara prosesinin adı yanıqlarda olduğu kimi keçməsinə baxmayaraq, burada kimyəvi maddənin təsirindən regenerasiya prosesi ləng kədir.

Kimyəvi yanıqların da ağırlıq dərəcəsi termik yanıqlarda olduğu kimi yanıq səthinin genişliyi və onun dərinliyi ilə təyin olunur. Kimyəvi maddənin rezorbtiv-toksik təsiri daha güclü olur. Kimyəvi maddənin buxarları inhalyasion təsir qabiliyyətinə də malikdir. Bu kimi hallarda mərkəzi sinir sistemi, ürək-damar və tənəffüs sistemlərində bir sıra toksik-patoloji pozğunluqlar müşahidə oluna bilər. Nitrat turşusunun və qatı hidrogen peroksidin təsirindən ağciyərlərdə toksik ödem qeyd edilir. Flor birləşmələri, eləcə də sulfat və xlorid turşuları təsirindən orqanizmdə rezorbtiv-toksik pozğunluqlar qeyd edilir.

İlk- və həkiməqədərki tibbi yardım. İlk növbədə zədələnmiş sahə təxirəsalınmadan 10-15 dəqiqə müddətində soyuq axar suda yuyulmalıdır. Gec müraciət hallarında zədələnmiş sahə daha çox, 30-40 dəqiqə müddətində yuyulmalıdır. Kimyəvi maddə ilə islənmiş paltarlar çıxarılmalıdır. Kimyəvi maddənin təbiətindən asılı olaraq, turşu ilə zədələnmələrdə zədə nahiyəsi 2-3%-li natrium bikarbonat məhlulu ilə, qələvi ilə zədələnmələrdə 2-5%-li sirkə, yaxud limon turşusu ilə yuyulmalıdır. Bunlar yalnız yaranın su ilə yuyulmasından sonra həyata keçirilməlidir. Əks təqdirdə əlavə ekzotermik reaksiyanın baş verməsi nəticədə yanıq daha da dərinləşə bilər. Bundan sonra zədə nahiyəsi quru materialla aseptik sarınmalıdır. Daşınmazdan əvvəl zərərçəkmişə ağrıkəsicilər vurulmalıdır.

İlk həkim yardımı. Zədə nahiyəsində kimyəvi maddənin qalıb-qalmadığını və onun xarakterinin təyini məqsədilə həmin sahə lakmusla yoxlanılır. Lazım gəldikdə zədələnmiş sahə əlavə olaraq su və neytrallaşdırıcı məhlulla yuyulub, aseptik sarınmalıdır. Şok əleyhinə tədbirlər termik zədələnmələrdə olduğu kimi həyata keçirilir.

İxtisaslı və ixtisaslaşdırılmış tibbi yardım. Yardım termik yanıqlarda olduğu kimi yerinə yetirilir. Reanimasiya və şok əleyhinə tədbirlər burada tam həcmdə yerinə yetirilməlidir. Kimyəvi maddənin rezorbtiv-toksik təsirinin aradan qaldırılması məqsədilə, məsələn, nitrat turşusu və azot oksidlərilə zədələnmədə methemoqlobinemiyanın aradan qaldırılması məqsədilə venaya 200 ml xromosmom (20%-li qlükoza məhlulunda həll edilmiş 1%-li metilen abısı məhlulu), 5-10%-li qlükoza məhlulu, C vitamini və B qrup vitaminləri istifadə edilməlidir. Qlükoza məhlulu insulinlə birlikdə istifadə edilməlidir. Flor birləşmələrindən baş vermiş kimyəvi yanıqlarda onun dekalsinasiya və antixolinesteraza təsirini nəzərə alaraq, atropin sulfat və kalsium preparatlarından istifadə edilməlidir. Kimyəvi maddələrin buxarı təsirindən baş vermiş ağciyər ödeminə qarşı mübarizə tədbirləri ümumi qaydada yerinə yetirilməlidir.

Kimyəvi yanıqların müalicəsi ixtisaslaşdırılmış yanq hospitallarında həyata keçirilməlidir. Burada nəzərdə tutulmuş infuzion və antibakterial terapiyadan əlavə erkən operativ müdaxiləyə daha geniş yer verilməlidir. Nekrotik toxumalar kəsilib götürülməli və dəri plastikası həyata keçirilməlidir. Kimyəvi yanıqlarda zədə nahiyəsi məhdud sahəni əhatə etdiyi və yara kənarları dəqiq aşkar olduğu hallarda dermoplastika daha yaxşı səmərə verir.

11.6. ELEKTRİK ZƏDƏLƏNMƏLƏRİ (YANIQLARI)

Hərbi şəraitdə elektrikdən zədələnmə elektrik mühərrikləri, yaxud qurğuları ilə ehtiyatsız hərəkət nəticəsində, elektrik səddlərinin keçilməsi, az hallarda isə atmosfer boşalması nəticəsində ildırım vurması şəklində müşahidə olunur. Zədələnmə bilavasitə kontakt yolu ilə və ətraf mühitin ionlaşması nəticəsində baş verə bilər. Yaş torpaq üzərində elektrik izolyasiyası olmayan ayaqqabılarla gəzərkən də elektrik zədələnməsinə məruz qalınması mümkündür.

Elektriklə zədələnmənin ağırlıq dərəcəsi cərəyanın təsir müddətindən, onun gücündən və növündən (dəyişən, yaxud daimi), cərəyan mənbəyi ilə təmas səthinin böyüklüyündən və cərəyanın orqanizmdən keçmə yolundan çox asılıdır. Cərəyanın təsir müddəti və onunla təmas səthi çox olduqca, zədələnmələr də daha ağır formada təsadüf edilir. Bədən burada naqıl rolunu oynayır. Cərəyanın orqanizmdə keçdiyi yol “cərəyanın ilgəyi” adlanır. Əgər “cərəyanın ilgəyi” birbaşa beyindən və ürəkdən keçirsə, bu, daha qorxuludur. Xüsusilə “cərəyanın ilgəyi” iki əli, yaxud sol əli hər iki ayaqlarla, başı əllərlə, başı ayaqlarla birləşdirirsə bu daha çox qorxuludur. Əzələlər, qan, beyin və onurğa beyni mayesi elektriki daha yaxşı keçirir. Quru dəri, sümüklər, piy toxuması elektrik cərəyanını nisbətən pis keçirir. Paltarların yaş olması, yorğunluq, zəiflik, yuxusuzluq və aclıq, əlavə mexaniki zədələnmələrin olması, psixi zədələnmələr (travmalar) orqanizmin elektrik cərəyanına həssaslığını artırır.

Elektrik cərəyanının canlı orqanizmə birbaşa və dolaylı təsiri məlumdur. Cərəyanın birbaşa təsiri elektrik cərəyanı insan bədənindən bilavasitə torpağa keçməsi ilə əlaqədardır. Bu zaman orqanizmdə bu və ya digər pozğunluqlar baş verir. Cərəyanın dolaylı təsirinə isə qısa qapanmalar zamanı əmələ gəlmiş alovun təsirindən termik yanıqların baş verməsi aiddir. Bu, bədənin açıq səthində müşahidə olunur. Elektrik qövsünün təsiri ilə əlaqədar olaraq, bir sıra hallarda yanq səthində qırıntı şəklində metal tozları da aşkar oluna bilər. Həmçinin paltarların elektrik qövsü alovundan alışıması da yanaşı termik zədələnmə ilə nəticələnə bilər. Bunlar çox vaxt dərin yanıqlar şəklində müşahidə olunur.

Elektriklə zədələnmələrdə orqanizmdə baş vermiş dəyişikliklər ümumi və yerli pozğunluqlar şəklində müşahidə olunur. Ümumi dəyişikliklər cərəyanın mərkəzi sinir sisteminə təsiri ilə xarakterizə olunur. Yüngül pozğunluqlarda bayılma baş verir, ağır hallarda isə huşun itməsi daha dərin olur və uzun çəkir. Huşun itməsi tənəffüsün və ürək fəaliyyətinin kəskin zəifləməsi fonunda təzahür edir. Bəzən xəsarət çəkmiş şəxs ilk baxışda adi meyiti xatırladır. Ölüm halı zədələnmə momentində, yaxud ondan bir neçə saat, hətta bir neçə gün sonra da baş verə bilər. Bunun dəqiqləşdirilməsi zərərçəkmişə vaxtında yardımın həyata keçirilməsini təmin edə bilər.

Cərəyanın təsirinin yerli əlamətlərinə toxumalarda baş vermiş pozğunluqlar və yanığın olması aiddir. Yerli təsirlər elektrik cərəyanının istilik enerjisinə çevrilməsi ilə əlaqədardır. Həmçinin cərəyanın elektromexaniki təsirinin də əhəmiyyəti vardır. Toxumalardan elektrik cərəyanının keçməsi hüceyrələrin ionlaşmasına, onun mikrostrukturunun pozulmasına, zədə nahiyəsində qazın və buxarın əmələ gəlməsinə

səbəb olur. Toxumalarda qazın olması ona torlu struktur verir və bu əlamət rentgen müayinəsində asanlıqla müşahidə olunur.



a)



b)



c)



d)

Şəkil 11.9 a, b, c, d) Elektrik qövsünün təsiri ilə əlaqədar baş vermiş termik yanıqlar (Şəxsi müşahidələrimizdən)

Elektrik yanıqları bir qayda olaraq dərin yanıqlara aiddir. Bu, cərəyanın giriş və çıxış nöqtələrində baş verir. Yanıqlar cərəyanın bədənə qısa ilgək boyunca keçdiyi hallarda, həmçinin torpaqla təmasda olduğu sahələrdə baş verir. Kontaktın xarakterindən asılı olaraq, elektrik yanıqları müxtəlif formalarda, xırda nöqtəvi zədələnmələrdən tutmuş, bəzən bütün bir ətrafın kömürləşməsi şəklində müşahidə oluna bilər. Yanıq sahəsi dərin quru nekrozla örtülür. Damarların spazmı və trombozu nəticəsində patoloji nahiyədə ikincili nekroz zonası da baş verə bilər.



Şəkil 11.10 Cərəyanın bədənə keçdiyi zaman toxumalarda verdiyi pozğunluq. Cərəyanın keçdiyi yol və çıxış nöqtəsi qeyd edilir. (Şəxsi müşahidələrimizdən)

Elektrik yanıqları zamanı toxumalarda dərin pozğunluqlar gedir. Bu zaman dəridə sarı-qonur, yaxud ağımtıl ləkələr və həmin sahədə mərkəzdən içəri basılmış kənarlardan isə qabarmış kündəşəkili infiltrat meydana çıxır. Zədə kənarında dəri hərəkətsiz olur. Zədələnmiş sahədə sinir keçiriciliyi pozulduğundan burada ağrı hissiyyatı itmiş olur, yaxud zəif dərəcədə müşahidə olunur. Bu əlamətlər cərəyanın giriş və çıxış nöqtələrində, eləcə də cərəyanın təsiri boyunca dəri büküşləri olan sahələrdə baş verir. Bəzən əzələlər, fassial qatlar, həmçinin sümük toxuması da nekroza məruz qala bilər. Yüksək gərginlikli elektrik cərəyanı bəzən toxumalarda laylanmalarla, hətta bütünlüklə bir ətrafın travmatik amputasiyasına da səbəb olur. Əzələlərin tonik qıcolmaları sümüklərdə kənarı qopma və kompression sınıqlar verə bilər. Damarların zədələnməsi bəzən 2-3 həftədən sonra, bir sıra hallarda isə daha gec müddətlərdə qanaxmalarla nəticələnə bilər. Bu, adətən demarkasion irinli zonada baş verir. Nekrotik sahənin kənar olması üçün uzun müddət vaxt tələb olunur. Bir sıra hallarda irinli fəsadlaşmalar: irinli toplaqlar, fleqmonalar və osteomyelitlər baş verir.

Elektrik zədələnmələri zamanı ümumi pozğunluq ürək-damar, tənəffüs sistemi və mərkəzi sinir sistemi tərəfindən baş verir. Ağır hallarda ürək əzələsinin fibrilyasiyası, səyrici aritmiya, koronar damarların spazmı baş verir. Qırtlaq və tənəffüs yollarının spazmı asfiksiya ilə fəsadlaşa bilər. Əzələlərdə tonik qıcolmaların baş verməsi huşun qısa və uzunmüddətli itməsi halları müşahidə olunur. Sianoz, hipotenziya, bəzən isə damarların spazmı nəticəsində arterial təzyiqin yüksəlməsi baş verir. Tənəffüs və ürək-damar sisteminin kəskin pozğunluğu bir sıra hallarda ani ölümü xatırladır. Huşun itməsi zərərçəkmişin elektrik sahəsindən ayrılmasına imkan vermir. Bəzən yüksəklikdən yığılmaqla əlavə mexaniki zədələnməyə məruz qalınması halları da mümkündür.



a)

b)

Şəkil 11.11 a-b) Cərəyanın bədəndən çıxma nöqtələri (Şəxsi təcrübəmizdən)

Elektrik zədələnmələrinin gec əlamətlərinə ifliclərin, parez və nevritlərin əmələ gəlməsi, göz büllurunun bulanıqlaşması, vestibulyar və vazomotor pozğunluqların baş verməsi aiddir. Bütün bunlara baxmayaraq, qeyd etmək lazımdır ki, elektrik yanıqları termik yanıqlara nisbətən müalicəyə daha asan tabe olur, istər kosmetik və istərsə də funksiyanın bərpası nəticə etibarilə daha ümidvericidir.

11.6.2 ELEKTRİK ZƏDƏLƏNMƏLƏRİ ZAMANI TİBBİ TƏXLIYƏ MƏRHƏLƏLƏRİNDƏ YARDIMIN HƏCMİ VƏ HƏYATA KEÇİRİLMƏSİ QAYDALARI

İlk- və həkiməqədərki tibbi yardım. Xəsarət çəkmiş şəxsə əzələlərin tonik qıcolmalarının baş verməsi onun cərəyanın təsirindən azad olmasına imkan vermir. Odur ki, cərəyanın təsiri kəsilməlidir. Bu məqsədlə elektrik naqilinin kənara çəkilməsi, elektrik cərəyanının kəsilməsinə çalışmaq lazımdır. Bu mümkün olmadıqda naqilin balta, bel, yaxud hər hansı bir alətlə kəsilməsi lazım gəlir. Bunlar da mümkün olmadıqda şəxsin quru paltarından tutub kənara çəkmək lazımdır. Bu məqsədlə quru kəndir, taxta parçasından da istifadə etmək olar. Bütün bu tədbirlərin yerinə yetirilməsi zamanı təhlükəsizlik texnikasına əməl edilməlidir. Hər şeydən əvvəl yardım göstərən şəxs özünü torpaqdan təcrid etməlidir. Bu məqsədlə ayaq altına rezin, yaxud quru taxta atılmalıdır. Zərərçəkmiş cərəyanın təsirindən azad olunan kimi, o, dərhal arxası üstə uzadılmalı, yaxalığı açılmalı, kəməri boşaldılmalı, dar paltarlar çıxarılmalıdır.

Ani ölüm hallarında reanimasiya tədbirləri süni tənəffüsün verilməsi və ürəyin qapalı masajından ibarət olmalıdır. Bu tədbirlər tənəffüsün və ürək fəaliyyətinin tam bərpasına qədər aparılmalıdır. Yanıq səthinə aseptik sarğı qoyulmalı, zərərçəkmişə analgetiklər yeridilməlidir. Onların daşınması xərəkdə uzanmış vəziyyətdə həyata keçirilməlidir. Çünki ürək tutmaları (koronarospazm) nəticəsində yolda ürəyin dayanması baş verə bilər.

İlk həkim yardımı. Lazım gəldikdə reanimasiya tədbirləri davam etdirilməlidir. Bu, ciyərlərin süni tənəffüsü və ürəyin qapalı masajının həyata keçirilməsindən ibarət olmalıdır. Zərərçəkmişə naşatır spirti iylədilməli, dəri və əzələ daxilinə 1-2 ml kofein məhlulu və kordiamin yeridilməlidir. Tənəffüs sistemində pozğunluq və böyük qan dövranında durğunluqla əlaqədar baş vermiş sianoz hallarında (“göy asfiksiya”) 200-400 ml qan buraxılması məsləhətdir. Süni tənəffüslə yanaşı, vaxtaşırı oksigen inhalyasiyası həyata keçirilməli, tənəffüs analeptikləri və ürək dərmanlarından istifadə edilməlidir. Ürəyin ani dayanmasında, kollaps, yaxud mədəciklərin fibrilyasiyası ilə əlaqədar baş vermiş “ağ” asfiksiyalarda ürək daxilinə 1 ml 0,1%-li adrenalin, yaxud atropin, 10%-li kalsium xlorid məhlulu və 10 ml 1%-li novokain yeridilməlidir.

Tənəffüs və ürək fəaliyyəti bərpa olduqdan sonra zərərçəkmişlərə bir neçə saat müddətində rahatlıq verilməli, onlar müşahidə altında saxlanılmalıdır. Çünki müvəqqəti yaxşılaşmadan sonra zərərçəkmişlərin vəziyyəti qəflətən pisləşə bilər.

İxtisaslı tibbi yardım. Əgər xəstə birdən-birə ixtisaslı tibbi yardım mərhələsinə gətirilmişsə, kəskin inkişaf etmiş kollaps və ürəkdayanma hallarında, ağ ciyərin aparatla ventilyasiyası, arteriyadaxili infuziya, ürəyin qapalı masajı, ürək daxilinə adrenalin, atropin və kalsium xloridin yeridilməsi həyata keçirilir. Şok əleyhinə tədbirlər kompleks şəkildə həyata keçirilməlidir. Döş qəfəsinin və ətrafların sirkulyar yanıqlarında profilaktik məqsədlə dekompressiv nekrotomiya yerinə yetirilir. Ürək-damar və tənəffüs sistemi orqanlarının funksiyası bərpa olmuş şəxslərin travmanın ilk saatlarında təxliyə olunması məsləhət deyildir. Çünki onların vəziyyəti qəflətən ağırlaşa bilər. Bu baxımdan xəstələrin müəyyən müddət nəzarət altında saxlanması daha münasibdir. Təxliyə uzanmış vəziyyətdə həyata keçirilməlidir.

Yanıqın diaqnozunun düzgün təyin olunmasının nəinki yardım prosesində, eyni zamanda müalicənin sonrakı mərhələlərinin də lazımcına idarə olunması üçün xüsusi əhəmiyyəti vardır. Burada əsasən yanığın növü, onun sahəsi göstərilməlidir (dərin yanıqların sahəsi mütərizədə ayrıca qeyd edilməlidir). Məxrəcdə yanıqların dərəcəsi göstərilir. Daha sonra yanığın lokalizasiyası, yanıq xəstəliyinin mərhələsi və yanaşı zədələnmələr (nəfəs yollarının yanığı, dəm qazından zəhərlənmə, istilikvurmanın olması) ayrıca qeyd edilməlidir. Məsələn: *napalm-la termik yanıq 25% (15%)/ bədənin və sol yuxarı ətrafın II-III dərəcəli yanığı, II dərəcəli yanıq şoku, nəfəs yollarının yanığı*. İşin asanlaşdırılması məqsədilə xəstəlik tarixində xüsusi ştampla insan siluetinin öndən və arxadan verilmiş təsviri üzərində yanığın sahəsinə və dərəcəsinə uyğun qeydlər aparılır.

İxtisaslaşdırılmış tibbi yardım. İxtisaslaşdırılmış yardım mərhələsində ümumi dezintoksikasion və antibakterial terapiyadan əlavə, yerli müalicə metodları da tətbiq edilir. Burada müalicə prinsipi termik yanıqlarda olduğu kimidir. Novokain blokadaları həyata keçirilir, yaralar antiseptik məhlullarla yuyulduqdan sonra məhləmlərlə sarınır. Xəstələrə antibiotiklər və vitamin preparatları yeridilir. Göstəriş olduqda qan, plazma və digər zülal preparatları köçürülür. Qəfləti arıziv qanaxmalar gözlənilməli hallarda ətrafa əvvəlcədən dartılmamış vəziyyətlə rezin turna qoyulmalıdır. Fəal cərrahi müdaxilə nekrotik toxumaların kəsilib götürülməsi və autodermoplastika yalnız 2-3 həftədən sonra nekrotik toxumaların sərhədləri dəqiq bilindikdən sonra və ikincili qanaxma təhlükəsi aradan qalxdıqdan sonra həyata keçirilməlidir. Burada adi dermoplastika üsullarından əlavə hind və italyan üsulu ilə dəri köçürülməsi tətbiq edilə bilər. Ətrafın tam sıradan çıxdığı hallarda ilkin amputasiya həyata keçirilməli, arıziv qanaxma təhlükəsi yarandıqda isə, damar Hünter üsulu ilə yaradan kənar sahədə bağlanılmalıdır.

11.7. YANIQ XƏSTƏLİYİ

Bədənin məhdud sahəsinin yanığı əsasən yerli əlamətlərlə keçir. Bir sıra hallarda bu, temperaturun yüksəlməsi, yanıq nahiyəsində ağrılar və yuxusuzluqla müşahidə olunsada, əslində buna yanıq xəstəliyi adı vermək olmaz. Çünki xəstəlik üçün təkə ümumi əlamətlərdən başqa, bunların dövrü xarakter daşması da başlıca şərtidir. Yəni xəstəliyin baş verməsinin prinsipial cəhəti patoloji prosesin mərhələlərlə keçməsi ilə izah olunmalıdır. Bir nozoloji vahid kimi xəstəliyin başlanğıc və son mərhələsi olmalıdır. Yanıq xəstəliyi adətən bədən səthinin 10%-dən çox dərindən və 20%-dən çox səthi yanıqlarında meydana çıxır və

kompleks klinik əlamətlərlə müşahidə olunur. Bu, orqanizmin ümumi reaksiyası şəklində davam edir və bu zaman 4 dövr ayırd edilir. Bura yanıq şoku, kəskin yanıq toksemiyası, yanıq septikotoksemiyası və rekonvalessensiya dövrləri daxildir.

Yanıq şoku. Yanıq şoku travmatik şokun bir forması olub orqanizmin termik zədələnmə nəticəsində baş vermiş güclü qıcığa qarşı cavab reaksiyası kimi başa döşülməlidir. Yanıq şokunun əmələ gəlməsində plazma itkisi də etioloji faktor kimi nəzərə alınmalı və patogenetik olaraq qiymətləndirilməlidir. Yanıq şoku II-IV dərəcəli yanıqlarda bədən səthinin 10%-dən çox hissəsini, I dərəcəli yanıqlarda isə yanıqın bədən səthinin 40-50%-ə qədər sahəsini tutduqda baş verir. Əgər tənəffüs yollarında yanıq baş vermişsə, bu halda yanıq şoku bədən səthinin kiçik ölçülü yanıqlarında da baş verir. Ümumiyyətlə daxili yanıqlar sahəsindən asılı olmayaraq, ağır yanıqlar kimi qiymətləndirilməlidir.

Yanıq şoku orta hesabla 24-48 saat davam edir. Şokun gedişində onun erektil və torpid fazaları müşahidə olunur. Eretil şok üçün ümumi oyancılıq, arterial təzyiğin yüksəlməsi, tənəffüsün və nəbz sayının (onun adi dolğunluq və gərginliyi fonunda) artması əlamətləri xasdır. Bir sıra hallarda uzanan erektil faza pərdələnmiş şəkildə keçərək, yalnız eyforiya ilə özünü göstərir. Bu zaman arterial təzyiq normal, yaxud cüzi enmiş olur. Belə müvəqqəti yaxşılaşma halı sözsüz ki, müalicə həkimini arxayın salmamalıdır.



Şəkil 11.12 Bədən səthinin 40%-dən çox hissəsinin II-III dərəcəli yanığı ilə olan xəstənin foto şəkli (Şəxsi müşahidələrimizdən).

Şokun torpid fazası əksər hallarda yalnız yanıq baş verdikdən bir neçə saat sonra baş verir. Bu, adətən arterial hipotoniya ilə müşayiətlənir; ağır vəziyyətlərdə hipotoniya kritik səviyyəyə qədər enə bilər. Yanıq şokunun torpid fazasının ən başlıca və daimi əlaməti oliquriyanın olmasıdır. Xəstənin vəziyyətinin ağırlıq dərəcəsindən asılı olaraq, oliquriya anuriyaya keçir. Yalnız vaxtında başlanılmış müalicə torpid fazanın gedişini zəiflətməklə bərabər, onun inkişafının qarşısını alınmasına imkan verir. Əksinə, yanmış şəxsin köçürülməsi zamanı, yaxud yaranın cərrahi işlənilməsi zamanı yanaşı zədələnmələr nəticəsində, eləcə də xəstənin soyuqlaması və vaxtında lazımı yardımın göstərilməməsi torpid şoku daha da dərinləşdirə bilər.

Şok zamanı damar tonusunun pozulması və kapilyarların keçiricilik qabiliyyətinin artması qanın plazma hissəsinin toxumalara yayılmasına və qanın qatılmasına gətirib çıxarır. Periferik qanda eritrositlərin və hemoqlobinin artması aşkarlanır. Yanıq şoku eyni zamanda sirkulyator hipoksiya ilə keçir. Bu, eritrositlərin qismən hemolizi ilə anemiya və qan dövranında müəyyən dərəcə pozğunluqla əlaqədardır. Toxumaların oksigeni mənimsəmə qabiliyyəti pozulduğundan bədən temperaturu enir. Xəstələrdə təkrari qusmaların olması orqanizmin susuzlaşmasına gətirib çıxarır. Ağırlığına görə yanıq şoku (torpid faza) 3 dərəcədə müşahidə olunur. Bu, yanıq səthinin genişliyindən, yanıqın dərəcəsindən və orqanizmin müqavimət qabiliyyətindən çox asılıdır.

I dərəcəli yanıq şokunda xəstənin ümumi vəziyyəti qənaətbəxş olur. Nəbz tezliyi 90-100, arterial təzyiq stabil olur. Sidik ifrazı periodik olaraq azalsa da, sutkalıq diurez normal həcmdən az fərqlənir.

Azotemiya və hemoqlobinuriya əlamətləri olmur. Həzm sistemində pozğunluq əlamətləri müşahidə olunur.

II dərəcəli yarıq şokunda yaralının ümumi vəziyyəti ağır olur. Nəbz vurğusu 100-130, arterial təzyiq qeyri-stabil olub, 90-95 mm c.s.-na enir. Venoz təzyiq 40-20 mm su sütununa bərabər olur. Oliquriya baş verir. Sutkalıq diurez 600-400 ml-ə enir. Qalıq azotu yüksəlir, sutkanın müəyyən müddətlərində fasilə şəklində hemoqlobinuriya baş verir, ürəkbulanma və qusma halları müşahidə olunur. Kompensə olunmayan metabolik asidoz (PH=7,35–7,25) baş verir.

CƏDVƏL 11.1

**YANIQ ŞOKUNUN KLİNİK ƏLAMƏTLƏRİNİN ONUN AĞIRLIQ DƏRƏCƏSİNDƏN
ASILI OLARAQ MÜŞAHİDƏ OLUNMASI**

GÖSTƏRİCİLƏR	YANIQ ŞOKUNUN AĞIRLIQ DƏRƏCƏLƏRİ		
	I (yüngül) dərəcə	II (ağır) dərəcə	III (daha ağır) dərəcə
Dəri örtüyünün xarakteri	Normal rəngli, yaxud vaxzımış	Avazımış, quru, soyuq	Avazımış, sianozlu, quru, soyuq
Bədən temperaturu	Subfebril	Normal, yaxud subfebril	Normal, çox vaxt aşağı olur
Nəbz tezliyi	90-100	100-130	>130
Maksimal təzyiq	Normal	Labil olub, vaxtaşırı 95 - 90-a enir	Uzun müddət 90 mm-dən aşağı olur
Venoz təzyiq	Normal, yaxud 50-40 mm su sütununa enir	40-20 mm arasında olur	20 mm su sütunundan aşağı olur
Diurez	Zəif oliquriya müşahidə olunur. Sutkalıq diurez normal olur	Oliquriya daimi xarakterli olur. Sutkalıq diurez 600-400 ml-ə enir	Oliquriya baş verir. Sutkalıq diurez 400 ml-dən az olur
Azotemiya (mmol/l-lə)	Olmur, nadir hallarda 30-35-ə çatır	Sutkanın axırında 30-40-a çatır	İlk sutkaların axırında 40-dan yuxarı olur
Hemoqlobinuriya	Olmur	İlk sutkalarda qısamüddətli olur	İlk saatlarda baş verir, sidik qara, çöküntülü və iyli olur.
Qusma	Az təsadüf edir	Çox olur, qusuntu materialında gizli qan olur	Bəzən arasıkəsilməz olur. Çox vaxt qusuntu qəhvə çöküntüsünü xatırladır
Bağırsaqların parezi	Olmur	Olmur	İlk saatlardan baş verir
Asidoz	Olmur, yaxud kompensasiya halında olur	Müvazinətsiz metabolik asidoz müşahidə olunur (PH 7,35–7,25)	Kəskin artan müvazinətsiz metabolik asidoz müşahidə edilir (PH < 7,25 olur)

III dərəcəli yanıq şokunda xəstənin ümumi vəziyyəti son dərəcə ağır olur. Dəri avazımsız, sianozlu və soyuq olur. Nəbz tezliyi 130, maksimal arterial təzyiq 90 mm c.s.-dan aşağı olur. Kəskin oliquriya baş verir. Sutkalıq diurez 400 ml-dən aşağı olur. Azotemiya, hemoqlobinuriya müşahidə olunur. Arasıkəsilməyən təkrari qusmalar və bağırsaqların parezi baş verir. Qusuntu materialı qəhvə xıltını xatırladır. Kəskin metabolik asidoz ($PH < 7,25$) müşahidə edilir (Cədvəl 11.1.).



Şəkil 11.13 Bədən səthinin 35%-dən çox hissəsinin termik yanığı olan 5 yaşlı uşağın foto şəkli (Şəxsi müşahidələrimizdən)

Şokun davam etmə müddəti bir neçə saatdan 2-3 sutkaya qədər ola bilər. Yüngül şok zamanı aparılan müalicə tədbirləri adətən birinci sutkanın axırında müsbət nəticə verir. Həddən artıq ağır vəziyyətlərdə müalicənin nəticəsi letallıqla başa çatır.

Kəskin yanıt toksemiyası. Yanıt xəstəliyinin ikinci dövrü kəskin yanıt toksemiyasıdır. Bu, bədən temperaturunun yüksəlməsi və yanıt sahəsinin irinləməsi ilə xarakterizə olunur. (Səthi yanıqlarda yaranın irinləməsi az müşahidə edilir və yanıt toksemiyası zəif təzahür edir; proses tədricən rekonvalesensiya fazasına keçir). Yanıt toksemiyası özündə antigen xüsusiyyətini daşıyan parçalanma məhsulları və əmələ gəlmiş toksemik məhsulların yenidən qana sorulması nəticəsində baş verir. Intoksikasiya prosesində bakterial toksinlər də xüsusi rol oynaya bilər. Bu oyancılıq, yuxusuzluq, narahatlıq, qıcolmalar, sayıqlama, yaxud tormozlanma, yuxululuq, soporoz vəziyyət və i.a. əlamətlərin üstünlüyü ilə keçir. Toksemiya dövründə bədən temperaturu yüksəlir, nəbz tezləşir, zəif dolğunluqlu və gərginlikli olur. İştah itir, təkrari qusmalar müşahidə oluna bilər. Oliquriya poliuriya ilə əvəz olunur, anemiyanın artması, leykositoz, hipoproteinemiya və disproteinemiya aşkar olunur.

Bronxopnevmoniya, hepatit, ikincili böyrək çatmamazlığı, mədə və 12 barmaq bağırsağın kəskin qanaxma verən xoralarının olması bu dövrün fəsadlaşmalarına aiddir. Daha ağır fəsadlaşmalara sepsisin baş verməsi aiddir. Bu, adətən yanıt sahəsinin yaş nekrozlaşmasında baş verir. Yanıt sahəsinin genişliyindən və dərinliyindən asılı olaraq, toksemiya dövrü 3-4 gündən 2 həftəyə qədər davam edə bilər.

Yanıt septikotoksemiyası. Yanıt xəstəliyinin üçüncü dövrü yanıt septikotoksemiyasıdır. Bu, əsasən dərin yanıqlar zamanı müşahidə olunur və termik zədələnmənin 3-5-ci həftələrinə təsadüf edir. Yanıt sahəsinin irinləməsi ilə əlaqədar nekrotik toxumaların kənar olması və yaranın uzun müddət qranulyasiyası zülal və elektrolitlər itgisinə səbəb olur; eyni zamanda parçalanma məhsullarının qana sorulması baş verir.

Bu dövr yarımkəskin fazaya keçmiş yanıt toksemiyasının irinli-rezorbktiv qızdırma ilə birlikdə təsadüf olması kimi qiymətləndirilməlidir. Yanıt septikotoksemiyası üçün xarakter əlamətlərə remittent tipli temperatur əyrisi, yuxusuzluq, iştahın itməsi halları aiddir. Xəstələrin ümumi vəziyyəti ağır olaraq qalır, dispeptik əlamətlər müşahidə edilir. Xüsusilə infeksiyanın yayılması zamanı septik fonda daxili orqanlarda irinli ocaqların əmələ gəlməsi və bunun yaxın və uzaq metastazı daha təhlükəlidir. Bu dövrdə həmçinin pnevmoniya, kəskin xolesistit, septik tromboflebitlər və i.a. müşahidə oluna bilər. Bəzən mədə-bağırsaq traktında eroziv dəyişikliklər və trofik xoralar aşkar olunur. Xoraların deşilməsi və güclü qanaxmalar baş verə bilər. Yanıt xəstəliyinin bu dövründə həmçinin xəstə həddən artıq zəifləyərək kaxeksiya vəziyyətinə düşə bilər. Bu, inkişaf etmiş neyro-distrofik pozğunluqlarla əlaqədardır. Xəstələrdə anemiya, hipoproteinemiya və disproteinemiya artır, arıqlama son həddə çatır. Yarada reparativ proseslər

tam kəsilir, toxumaların nekrozu daha da dərinləşir. Daxili orqanlarda pozğunluqlar hepatit, pielit, nefroz, böyrək daş xəstəliyinin əmələ gəlməsi şəklində müşahidə olunur. Ağciyər və rəmi kəskinləşir, spesifik və qeyri-spesifik irinli artritlər aşkar olunur.

Rekonvalessensiya (sağalma) dövrü: intoksikasiya əlamətləri tədricən aradan qalxır. Temperatur normallaşır, xəstənin bədən çəkisi bərpa olur, iştah yaxşılaşır, anemiya və hipoproteinemiya tədricən aradan qalxır, patoloji nahiyədə regenerativ proseslər güclənir. Bu mərhələdə fəsadlaşmaların qalıq əlamətləri hepatit, nefrit və i.a. şəklində davam edə bilər. Bəzən yanıq sahəsində kobud çapıq toxumasının əmələ gəlməsi bu dövrdə rekonstruktiv operativ müdaxilələrin həyata keçirilməsini tələb edir.

11.8. YANIQLARIN MÜALİCƏSİ

11.8.1. YANIQLAR ZAMANI ÜMUMİ MÜALİCƏ PRINSİPLƏRİ

Yanıq şoku dövründə şok əleyhinə müalicə kompleks şəkildə, mümkün qədər tez müddətlərdə həyata keçirilməlidir. Xüsusilə, novokain blokadalarının geniş surətdə istifadəsi və onun vena daxilinə yeridilməsi yaxşı nəticə verir. Bu, kapilyarların keçiricilik qabiliyyətini azaldır və spazmı aradan götürür. Aşağı ətrafların yanıqlarında ikitərəfli paranefral blokada, baş, boyun, döş qəfəsi və yuxarı ətraf yanıqlarında vaqo-simpatik blokada daha yaxşı təsir göstərir. Yanıq səthindəki ağrıları aradan götürmək məqsədilə 1%-li novokain, yaxud lidokain məhlulunun aerosol halında istifadəsi daha sərfəlidir.

Şok zamanı orqanizmə sutka ərzində orta hesabla 3,5-4,5 litrdən az olmayaraq maye köçürülməlidir. Bura kolloid və kristalloidlər, zülal preparatları, vitaminlər və i.a. daxildir. Mayenin həcmi və yeridilmə qaydası xəstənin ağırlıq dərəcəsi və asılı olaraq qanın qatılığına nəzarət və diurezin miqdarına əsasən təyin olunur. Məhlulun vena daxilinə yeridilməsi damcı üsulu ilə olmalıdır. Damcıların miqdarı orta hesabla dəqiqədə 35-40-dan artıq olmamalıdır. Anuriya və kəskin oliquriya hallarında mayenin yeridilmə tempi artırılmalıdır; fasiləsiz bir litr maye yeridildikdən sonra adəti üzrə sidik ifrazı yüksəlir. Mayenin fasiləsiz (axın şəklində) köçürülməsi kömək etmədikdə, onun yeridilməsi damcı üsulu ilə davam etdirilir. Çoxlu miqdar maye köçürülməsi nəticəsində ağciyər ödemi baş verə bilər. Hipotoniya ilə müşayiət olunan davamlı oliquriya hallarında vena daxilinə qlükokortikoidlərin yeridilməsi (hidrokortizon, sutkada 100-200 mq, yaxud prednizolon - 30-60 mq) məsləhətdir. Xəstəyə içmək üçün (əgər qusma əlamətləri yoxdursa) duz-qələvi məhlulu verilir. Bunun üçün standart paketlərdə olan toz (reqidron) bir litr suda həll olunur. Yaxud bir litr suya bir çay qaşığı xörək duzu və yarım çay qaşığı soda məhlulu əlavə olunmaqla hazırlanmış məhluldan istifadə edilir.

Yanıq şoku zamanı bütün dərman maddələri yalnız vena daxilinə yeridilməlidir. Çünki şok vəziyyətində mayenin toxumadan qana sorulması prosesi ləngiyir. Nəticə etibarilə dəri altına, yaxud əzələ daxilinə yeridilmiş dərman preparatları (ağrıkəsicilər, ürək preparatları və i.a.) toxumada depo halında yığılır, beləliklə orqanizm onu mənimsəyə bilmir. Şok aradan qalxdıqda həmin dərman maddələri tezliklə qana sorularaq intoksikasiya əlamətləri verə bilər. Yanıq şoku zamanı dəri altına, yaxud əzələ daxilinə yalnız tetanus əleyhinə zərdab yeridilə bilər. (Yanıqlar zamanı dərman maddələrinin dəri altına yeridilməsinə yalnız döyüş zonasında, yaxud hadisə yerində yol verilə bilər).

Yanıq xəstəliyinin toksemiya və septikotoksemiya dövründə ümumi müalicə intoksikasiyanın əmələ gəlməsinin və infeksiyanın qarşısının alınması, anemiya, hipoproteinemiyanın aradan qaldırılması, eləcə də müxtəlif fəsadlaşmaların profilaktikası istiqamətinə doğru yönəldilməlidir. Xəstələrə təkrarən qan, plazma, hidrolizat, qlükoza məhlulları, dekstranlar, duz məhlulları köçürülür, ürək dərmanları, vitamin preparatları təyin edilir. İlk əvvəllər antibiotiklərdən penisillin və streptomitsin, sonralar mikroorqanizmin həssaslığından asılı olaraq digər antibiotiklər istifadə olunur. Xəstələrin müalicəsində qidalanma və onlara qulluq da əsas məsələlərdəndir. Həddən artıq arıqlama hallarında müalicənin az səmərə verdiyi zaman xəstələrə qlükokortikoidlər (prednizolon, hidrokortizon) təyin olunur. Lakin preparatın təyini zamanı hipertoniya, xora xəstəliyi, şəkərli diabet, epilepsiya və psixoz halları istisna olunmalıdır. Ümumiyyətlə qlükokortikoidlər ciddi göstəriş əsasında təyin olunmalıdır. Qlükokortikoidlərin təyini zamanı xörək duzundan istifadə minimuma endirilməli, zülalın miqdarı sutkada 150-220 qrama çatdırılmalıdır. Eyni zamanda xəstələrə sutkada 1,5-2 qram kalium xlorid və antibiotiklər təyin olunur. Qlükokortikoid müalicəsi yara tam sağalana qədər aparılır.

Nəfəs yollarının yanıqlarında vaqosimpatik blokadalar aparılmalıdır. Bu, bronxospazmın və ağ ciyər ödeminin qarşısının alınmasına kömək edir və nəfəs yollarının başlanmaqda olan ödeminin qarşısını alır. Bundan əlavə vaqosimpatik blokada nəfəs yollarında əmələ gəlmiş iltihabi ocaqların müalicəsində də müsbət təsir göstərir. Eyni zamanda mütəmadi olaraq, gündə 2-3 dəfə 10-15 dəqiqə ərzində bronxolitik qarışıqla (soda, efedrin, eufillin) inhalyasiya məsləhət görülür; mikrobların həssaslığı yoxlanıldıqdan sonra daha geniş spektrli antibiotiklərdən və proteolitik fermentlərdən istifadə edilməlidir. Yuxarı tənəffüs yollarının, eləcə də ağ ciyər ödeminin qarşısının alınması konservativ yolla mümkün olmadıqda traxeostoma qoyulmalıdır. Infuzion-transfuzion terapiya ehtiyatla aparılmalıdır. Nəzarətsiz çoxlu maye köçürülməsi ağciyər ödeminin əmələ gəlməsinə, yaxud onun inkişafının sürətlənməsinə səbəb ola bilər. Yanığın radioaktiv zədələnmələrlə birlikdə təsadüf edildiyi hallarda şüa xəstəliyinə qarşı da müalicə tədbirləri yerinə yetirilməlidir.

11.8.2. YANIQLARIN YERLİ MÜALİCƏ PRİNSİPI

Yanmış sahədə (II-IV dərəcəli yanıqlarda) ilkin təmizləmə işləri aparılır; yanığın ətrafı sahədə tüklər qırılır, ətraf dəri 0,5%-li naşatır spirti ilə silinir. Dəri səthindən yanmış paltar qalıqları və i.a. kənar edilir. Nisbətən böyük suluqlar qayçı ilə kəsilir, xırda suluqlara toxunulmur. Irinlənmiş dəri suluqları tam kəsilib götürülür. Çirklənmiş sahələr hidrogen peroksid məhlulu ilə isladılmış tamponlarla təmizlənir. Yara antiseptiklərlə yuyulub qurudulduqdan sonra, yanığın sahəsi yanığın əleyhinə yağlı-balzamik emulsiya ilə sarınır. Bu məqsədlə digər müxtəlif tərkiblərdən də istifadə etmək olar.

Döyüş vəziyyətindən, tibbi təchizatdan və xəstələrin ümumi vəziyyətlərindən asılı olaraq yanığın sahəsinin təmizlənməsi bəzən təxirə salına bilər. Əgər xəstə şokdadırsa, yaxud onun şoka düşmə təhlükəsi varsa, yaranın cərrahi işlənməsi sonrakı sarğıya qədər təxirə salına bilər. Bu kimi hallarda yanığın səthi sadəcə olaraq məlhəm çəkilməmiş isti salftərlə örtülür. Əgər yanığın səthində radioaktiv çirklənmə varsa, yaranın ilkin təmizlənməsinin təxirə salınması məsləhət deyil. Yaddan çıxarılmamalıdır ki, hər bir yaranın sanitar işlənməsi yalnız xəstə şokdan çıxdıqdan sonra həyata keçirilə bilər.



Səkil 11.14 Termik yanıqdan sonra dermoplastikanın həyata keçirilməsi qaydası (Şəxsi təcrübəmizdən)

Döş qəfəsinin və ətrafın dərin sirkulyar yanıqlarında qan dövrəni pozğunluğunun qarşısının alınması, yaxud aradan qaldırılması məqsədilə nekroz sahəsində boylama kəsiklər (nekrotomiya) aparılmalıdır. Dərin, lakin məhdud sahənin yanıqlarında, əgər xəstənin vəziyyəti və mövcud döyüş şəraiti imkan verirsə nekrotik sərhəd aşkar olan kimi nekroz sahəsi tam kəsilib götürülür. Bu, irinləmə baş verənə qədər yanığın 4-7-ci günlərində həyata keçirilməlidir. Əmələ gəlmiş defekt sahəsi autodermoplastika olunmalıdır. Erkən nekrotomiya və dəri plastikası xüsusilə əlin və böyük oynaqlar sahəsindəki yanıqlarda daha faydalıdır. Kombin olunmuş radioaktiv zədələnmələr zamanı da, xüsusilə şüa xəstəliyinin gizli dövründə həmin metodun yerinə yetirilməsi sərfəlidir. Çünki yanığın sahəsinin şüa xəstəliyinin gizli dövründə sağalıb başa çatması mümkündür. Şüa xəstəliyinin qızmar dövründə nekrotomiya və dəri plastikasını həyata keçirmək olmaz.

Geniş sahəli dərin yanıqlar zaman (bədənin sahəsinin 10%-dən çox hallarında) erkən nekrektomiya və dəri plastikası təhlükəlidir. Belə hallarda qansız mərhələli nekrektomiya həyata keçirilməlidir. Bu, hər sarğı zamanı ayrılmış nekroz sahəsinin qansız şəkildə kəsilib götürülməsindən ibarətdir. Yara nekrotik toxumadan təmizləndikdən sonra ikincili dəri plastikası yerinə yetirilir. Defekt sahəsi geniş olduğu üçün dəri plastikası da mərhələlərlə bir neçə dəfəyə həyata keçirilir. Autoderma kifayət etmədikdə homotransplantasiya tətbiq olunmalıdır. Lakin autodermoplastika metodu daha etibarlı olduğu üçün, xüsusilə sifət, əllər və böyük oynaq sahəsində onun tətbiqi daha məqsədəuyğundur.

Homotransplantasiya məqsədilə digər şəxslərdən, xəstənin yaxın qohumlarından götürülmüş dəridən istifadə etmək olar. Bu məqsədlə meyit dərisindən istifadə olunması da nəzərdə tutulur. Köçürülmüş dəri yanıq sahəsindəki plazmoragiyanın qarşısını alır. Bu məqsədlə homotransplantat nekrotik toxumadan təmizlənmiş qranulyasiya sahəsinə şahmat üsulu ilə qoyulur.

Geniş-dərin yanıqlar zamanı operativ müdaxilələrin və sarğuların dəyişdirilməsinin ümumi ağrısızlaşdırma altında aparılması daha məqsədəuyğundur. Bütün dəri köçürülməsi tədbirləri ciddi müalicə rejimi və intensiv terapiya şəraitində aparılmalıdır; kəskin anemiya və hipoproteinemiya fonunda həyata keçirilən dəri plastikası çox vaxt müsbət nəticə verməyir.

11.9. YANIQLAR ZAMANI MƏRHƏLƏLİ YARDIMIN HƏYATA KEÇİRİLMƏSİ QAYDALARI

İlk tibbi yardım. Bura yanan şəxsin hadisə yerindən çıxarılması, paltarların söndürülməsi, yanmış şəxsin ədyal, yaxud şinelə bükülməsi, yanmış nahiyəyə soyuq su yaxud qış mövsümündə qar tokülməsi ilə termik prosesin davam etməsinin qarşısının alınması aiddir. Paltarların alındığı halda qaçmaq olmaz. Bu halda küləyin təsirindən yanma daha da sürətlənə bilər. Bir sıra hallarda yanan paltarların söndürülməsi məqsədilə torpaqda diyirlənmək də məsləhət görülür. Dəriyə və paltara düşmüş napalmin söndürülməsi məqsədilə yanan sahəyə qum, yaş torpaq və gil tökmək olar. Zədə nahiyəsini suyun altında saxlamaqla da napalm yanmasını söndürmək olar. İlk tibbi yardım yanğının söndürülməsi və zərərçəkmişin təhlükəli zonadan çıxarılmasından sonra mümkündür. Göz qapaqları yanmış və görmə qabiliyyətini müvəqqəti itirmiş şəxslərin təhlükəli zonadan çıxarılması üçün onların başqalarının köməyinə ehtiyacı vardır. Paltarların çıxarılması çətinlik törətdikdə axırıncılar kəsilməklə hissə-hissə çıxarılmalıdır. Yara xüsusi sarğı paketləri ilə aseptik sarınmalıdır. Steril material olmadıqda hər hansı təmiz parçadan, dəsmallardan, mələfdən istifadə etmək olar. Sarğı qoyulmamışdan əvvəl yanıq sahəsinin yapışmış paltar parçalarından təmizlənməsinə və suluqlanmaların dəşilməsinə yol verilməməlidir. Yanıq sahəsində tam yanmamış yandırıcı maddələr ehtiyatla kənar edilməlidir. Sifət yanıqlarında çeynəmə əzələlərinin kontrakturası baş verdiyindən ağız güc tətbiq edilməklə açılmalı, ağız boşluğu və udlaq selikdən təmizlənməli, udlağa hava borusu yeridilməlidir. Dəm qazı və digər zəhərli qazların təsirindən huşunu itirmiş şəxslərə sakitlik verilməli, sifətinə soyuq su çilənməli, yaxalığı və kəməri açılmalı, kəskin tənəffüs pozğunluğu hallarında onlara süni tənəffüs verilməli və analgetiklər yeridilməlidir. Orqanizmin ümumi qızmasında baş nahiyəsinə soyuq kompres, qar, yaxud buz qoyulmalıdır.

Ətraf sahənin qatı tüstü ilə örtüldüyü, yaxud radioaktiv maddələrlə çirkləndəyi hallarda yanmış şəxsə əleyhiqaz geydirilməli, bu mümkün olmadıqda burun və ağız boşluğu pambıqla doldurulmuş tənəffüs materialı ilə örtülməlidir. Əgər yanıq fosfor tərkibli yandırıcı maddələrin təsirindən baş vermişsə, təkrari alovlanmaların qarşısının alınması məqsədilə yanıq sahəsinə yaş sarğı qoyulmalıdır. Zərərçəkmiş şəxslər xərəkdə daşınılmalı, daşınılma zamanı onlar yanıq səthi üstə uzadılmamalıdır. Yaralının yumşaq material, şinel, buşlat və s. üzərində uzadılması daha münasibdir. Yanıqlar zamanı nəqliyyat hərəkətsizləşdirilməsinə ehtiyac qalmır. Huşunu itirmiş, tənəffüs çatmamazlığı müşahidə olunan şəxslər, sifət və görmə orqanının zədələnməsi olanlar ilk növbədə daşınılmalıdır. Yanmış şəxslərin daşınılması zamanı onların soyuqdəymədən qorunması da vacibdir. Çünki soyuq mövsümdə istilikvermə sürətləndiyindən xəstələr şok vəziyyətinə daha tez düşə bilərlər.

Həkiməqədərki yardım. Bu yardım hadisə yerinə yaxın ərazidə aparılır və bir növ ilk tibbi yardımı tamamlamış olur. Burada səhra-feldşer dəstində olan sarğı materialından istifadə edilir. Huşunu itirmiş, tənəffüs və ürək-damar çatmamazlığı olan şəxslərə yardım ilk növbədə həyata keçirilməlidir. Onlara analgetiklər, ürək qlükozidləri və tənəffüs analeptikləri vurulmalıdır. Yaralar sarınmalı, yaxud sarğılara

düzəlişlər aparılmalıdır. Zərəçəkmişlərə duz-qələvi məhlulu içirilməlidir. Bu məqsədlə bir litr qaynadılmış suya 1 çay qaşığı çay sodası və xörək duzu əlavə olunur.

İlk həkim yardımı. Bu yardım əsasən briqada tibb məntəqəsində ümumi ixtisaslı həkim tərəfindən yerinə yetirilir. Bura daha yüksək səviyyədə şok əleyhinə tədbirlərin yerinə yetirilməsi, ürək-damar preparatlarının yeridilməsi, oksigen inhalyasiyasının, lazım gəldikdə novokain blokadalarının, infuzion-transfuzion terapiyanın aparılması və i.a. bu kimi tədbirlər daxildir. Yanıq səthləri qəbul olunmuş qaydada sarınır, tənəffüs yollarının yanıqında vəqosimpatik blokada aparılır, asfikasiya hallarında traxeostoma qoyulur, dərin sirkulyar yanıqlarda nekrotomiya edilir, xəstələrə antibiotiklər, tetanus əleyhinə zərdab və anatoksin yeridilir. İstisna hallardan başqa, xəstələrin çeşidlənməsi sargılar açılmadan yerinə yetirilir. (Əgər sargı radioaktiv maddələrlə çirklənmişsə, yaxud yandırıcı qarışıqların qalıqlarını özündə saxlayırsa, axırını dəyişdirilməlidir. Yanıq səthi quru aseptik materialla sarınır). Çeşidlənmədə yanıqın baş vermə şəraiti, zərəçəkmişin ümumi vəziyyəti, huşun olub-olmaması, yanıq sahəsinin lokalizasiyası və genişliyi nəzərə alınmalıdır. Huşunu itirmiş, tənəffüs çatmamazlığı olan və qan təzyiqi enmiş ağır xəstələrə yardım ilk növbədə aparılmalıdır. Bunlar yerinə yetirilmədən yaralıların təxliyəsi təhlükəlidir. Bütün bu tədbirlər briqada tibb məntəqəsinin sargı otağında həyata keçirilir.

Ağır şok vəziyyətində xəstələrə 1,5-2 litr həcmində kristalloidlər və kolloidlər köçürülməlidir. Analgetiklər atropin və pipolfenlə (dimedrolla) birlikdə tətbiq edilməli, lazım gəldikdə ürək qlükozidlərindən istifadə edilməlidir. Bronxospazmın aradan götürülməsi və qırtlağın selikli qişasında ödem azaldılması məqsədlə kortikosteroidlər tətbiq edilməlidir. Bu məqsədlə vena daxilinə 30-60 mq prednizolon, yaxud 120-200mq hidrokortizon yeridilməlidir. Həmçinin eufillin və antihistamin preparatlarından da istifadə edilməlidir. Traxeostomiyaya göstəriş yuxarı tənəffüs yollarının obturasiyası və bronx keçiriciliyinin pozulmasıdır. Dəm qazı ilə zəhərləndikdə reopoliqlükin, C vitamini ilə 40%-li qlükoza məhlulu yeridilməli, oksigen inhalyasiyası tətbiq edilməlidir. Temperatur yüksəlmələrinin qan təzyiqinin enməsi ilə birlikdə təsadüf etdiyi hallarda vena daxilinə 5%-li qlükoza, fizioloji məhlul köçürülməli, antipiretiklərdən istifadə edilməlidir.

Göz qapaqlarının və göz almasının yanıqlarında qapaqlar əllə ehtiyatla aralanmalı və konyunktiva kisəsi daxilinə 2-3 damcı 0,1%-li dikain məhlulu damızdırılmalı və levomitsetin, yaxud sulfasil məlhəmi yeridilməlidir. Həmin məlhəmlər yüksək qatılıqda sifətin yanmış hissələrinə də çəkilə bilər. Təxliyə müddətində zədələnmiş göz steril sarınmalıdır. Təxirəsalınmaz yardım həyata keçirildikdən sonra ağır yaralılar ilk növbədə təxliyə olunmalıdır.

Yerdə qalan yaralılara yardım sargı otağından kənardə çeşidləmə-təxliyə şöbəsində də həyata keçirilə bilər. Bura reanimasiya yardımına ehtiyacı olmayan geniş yanıqları olanlar da daxildir. Ağrıkəsicilər, ürək dərmanları yeridildikdən və susuzluq aradan qaldırıldıqdan sonra, yaralar sarınmalı, yaxud qoyulmuş sargılara düzəlişlər aparılmalı və zərəçəkmişlər növbəti mərhələyə təxliyə olunmalıdırlar. Tetanus əleyhinə zərdab bütün xəstələrə, antibiotiklər isə yalnız ağır xəstələrə yeridilməlidir. Bu mərhələdə yalnız bədən səthinin 0,5-1%-dən çox olmayan I-II dərəcəli yanıq olan xəstələr saxlanıla bilər. Bunların təxliyəsinə ehtiyac qalmır.

İxtisaslı tibbi yardım. Təxliyənin bu mərhələsində əsas məqsəd ağır yanıqlara intensiv terapiya və şok əleyhinə tədbirlərin tam həcmdə həyata keçirilməsindən ibarətdir; zərəçəkmişlər ağırlıq dərəcəsinə görə çeşidlənməli və ilk növbədə təxirəsalınmaz tədbirlər həyata keçirilməlidir.

Tibbi çeşidlənmədə xəstələr aşağıdakı qruplara bölünürlər: 1) həmin mərhələdə təxirəsalınmaz tədbirlərə ehtiyacı olanlar. 2) Həmin mərhələdə ixtisaslı yardıma ehtiyacı olmayanlar; bunlar müvafiq hazırlıq işlərindən sonra növbəti təxliyə mərhələlərinə göndərilirlər. 3) Qısa müddət ərzində müalicəyə ehtiyacı olanlar; bunlar 10 günə qədər sağalmaqda olan komandanın tərkibinə daxil edilirlər.

Dəm qazı ilə zəhərlənmişlərin, geniş sahəli yanıqları olan şok vəziyyətli xəstələrin, yuxarı tənəffüs yollarının yanıqları və yandırıcı qarışıqların təsirindən zədələnmişlərin, yaxud yanğın nəticəsində bədəni həddən artıq qızmış şəxslərin təxirəsalınmaz yardıma ehtiyacı vardır. Bunlara yardım intensiv terapiya şöbəsində tam həcmdə həyata keçirilməlməlidir. Burada zərəçəkmişlərin ümumi vəziyyətləri, yanıqın sahəsi, dərinliyi və lokalizasiyası təyin edilməli, mərkəzi venalar kateterizə olunduqdan sonra intensiv terapiya həyata keçirilməlidir. Diurezin vəziyyətinin təyini məqsədlə sidik kisəsi kateterizə olunmalıdır. Sargısı olmayanlar sarınmalı, ətraflarda və döş qəfəsində qan dövranına və tənəffüsə çətinliklər törədən

sirkulyar yanıqlarda boylama nekrotomiyalar həyata keçirilməlidir. Xəstələr isidicilər (qrelkalar) və lampaların köməyi ilə qızdırılmalıdır. Palatada havanın temperaturu 23-25°C-dən aşağı olmamalıdır. Qusmanın olmadığı hallarda yaralılara isti çay, duzlu-qələvi qarışıqlar verilməlidir. Maye qəbulu kiçik porsiyalarla olmalıdır. Burun kateteri ilə vaxtaşırı oksigen inhalyasiyası aparılmalıdır. İntensiv terapiya dövrən edən qanın həcmnin bərpası, su-duz mübadiləsindəki pozğunluğun və zülal kəsinin aradan qaldırılması, eləcə də böyrəklərin funksional pozğunluqlarının qarşısının alınması istiqamətində aparılmalıdır. Müalicədə kristalloidlər, kolloidlər, nativ plazma, albumin, protein, həmçinin novokain və qlükoza məhlulundan istifadə edilməlidir. Yanıqlar zamanı qan qatılaşdığından qanköçürmə göstəriş əsasında ehtiyatla həyata keçirilməlidir.

İlk sutka ərzində köçürülən mayenin həcmi $V=(P \cdot S) \cdot 2-3$ ml düsturu ilə hesablanır. Burada P bədən çəkisi kiloqramlarla, S yanıt səthi faizlə götürülür. İlk sutka ərzində köçürülən mayenin həcmi 7-8 litrdən artıq olmamalıdır. Nəzərdə tutulmuş mayenin həcmnin 2/3 hissəsi günün birinci yarısında köçürülməlidir. 2-ci sutka köçürülən mayenin həcmi birinci sutkadakının 2/3-nə, 3-cü sutka 1/3-nə bərabər olmalıdır. Sonrakı müddətlərdə xəstələrə köçürülən mayenin həcmi onların ümumi vəziyyətlərindən asılı olaraq yerinə yetirilməlidir. Kristalloidlərin kolloidlərə olan nisbəti yüngül şok vəziyyətlərində 1:1; ağır şok vəziyyətlərində 1:2 olmalıdır. İlk 12 saat ərzində duz məhlullarının köçürülməsinə daha çox üstünlük verilməlidir. Belə olan hallarda sonrakı saatlarda zülal kəsiri daha asan aradan qaldırıla bilər.

Yanıt şokunda damardaraldıcı dərmanlardan (adrenalin, mezaton) istifadə olunması məsləhət görülmür. Çünki bunlar toxumaların qanla təchizini pozur və ürəyin işini artırır. Ağır hallarda hemodinamikanı stimulyasiya etmək və kapilyar keçiriciliyini azaltmaq məqsədilə kortikosteroidlər (sutka üzrə 250 mq-a qədər prednizolon, 1000mq-a qədər hidrokortizon) tətbiq edilə bilər.

Metabolik pozğunluqların (asidozun) aradan qaldırılması məqsədilə yüngül formalı şokda 200 ml, ağır formalı şokda 300-450 ml 5%-li natrium bikarbonat məhlulu köçürülməlidir. Dövrən edən qanın həcmi normallaşdıqdan sonra böyrək funksiyasının və diurezin qaydaya salınması məqsədilə mannitol, laziks, furosemid və 30%-li natrium tiosulfat məhlulundan (sutkada 3-4 dəfə 25-30 ml) istifadə edilməlidir. Natrium defisitinin ləğvi məqsədilə sutka ərzində 500-700 mmol natrium köçürülməlidir. Bu, eyni zamanda hiperkaliemiyanın aradan qaldırılmasına da imkan verir. Zülal kəsinin aradan qaldırılması məqsədilə plazma və albumin köçürülməlidir. Albumin eyni zamanda qanın reoloji qabiliyyətinin və toxuma perfuziyasının yaxşılaşmasına da imkan verir. Plazmaəvəzedicilərdən protein də albuminə yaxın təsir göstərir. Bu, util qanından hazırlanır. Ağır yanıt şoklarında zülal preparatları sutkada 1-1,5 litr həcmində köçürülməlidir. Energetik tələbatın ödənilməsi məqsədilə köçürülən qlükoza məhlulları insulinnə birlikdə istifadə edilməlidir. Hər 3-4 q qlükozaya 1 vahid insulin düşməlidir. İnfeksiyon fəsadlaşmalarının profilaktikası məqsədilə geniş spektrli təsirə malik antibakterial preparatlar vena daxilinə yeridilməlidir.

Yanaşı dəm qazı ilə zəhərlənmə hallarında oksigen inhalyasiyası, vena daxilinə 50-60 ml 0,25-0,5%-li novokain məhlulu, 150-200 ml 40%-li qlükoza, 20-30 ml 5%-li askorbin turşusu, 1-2 ml 5%-li tiamin məhlulu (vitamin B1) köçürülməlidir. Tənəffüs pozğunluğu hallarında venaya 10 ml 2,4%-li eufillin məhlulu yeridilməli, ağır hallarda aparatla oksigen inhalyasiyası aparılmalıdır.

Nəfəs yollarının inhalyasion pozğunluqlarında proteolitik fermentlərdən, antibiotiklərdən istifadə edilməli, ağciyər qan dövrənin yaxşılaşdırılması və stabilləşdirilməsi məqsədilə eufillin, kortikosteroidlər (prednizolon sutkada 3-4 dəfə 30-60 mq) istifadə edilməlidir. Kəskin ağciyər ödemi olanlara yarımoturaq vəziyyət verilməli, spirtdən keçirilməklə oksigen inhalyasiyası tətbiq edilməli, periferiyada venoz durğunluq yaratmaq məqsədilə ətraflara turna qoyulmalıdır. Asfiksiya hallarında traxeostoma qoyulmalı, irinli traxeobronxitlərdə mikrotraxeosentez tətbiq edilməli və traxeyaya vaxtaşırı antibiotiklər və proteolitik fermentlər yeridilməlidir.

Ağır yanıqlarda psixomotor oyanıqlığın qarşısının alınması məqsədilə vena daxilinə, yaxud əzələ daxilinə 0,25%-li 20 ml droperidol, vena daxilinə 10-20 ml 20%-li natrium oksibutirat məhlulu yeridilməlidir. Hipertermiya hallarında əzələ daxilinə 1-2 ml 50%-li analgin, 5 ml reopirin, yaxud pirabutol, 5000 vahid heparin yeridilməlidir.

Şok vəziyyətində olan xəstələrin təxliyəsinə yol verilməməlidir. Onların şokdan çıxmasının başlıca göstəricisi diurezin, arterial təzyiqin, bədən temperaturunun normallaşması və qusmanın dayanmasıdır.

Orta ağırlıqlı yanıqlarda təxirəsalınmaz tədbirlərə ehtiyac qalmır. Onlar göstəriş əsasında sağalmaqda olan komandanın tərkibinə daxil edilməklə, yaxud digər tibb müəssisələrinə köçürülməklə müalicə oluna bilərlər. Təxliyədən əvvəl onlara çeşidləmə-təxliyə şöbəsinə ilk həkim yardımını göstərməli, xəstələrə ağrıkəsicilər, ürək dərmanları yeridilməli, sarğılara düzəlişlər aparılmalı, soyuq mövsümdə xəstələr isidilməli, onlara su-qələvi məhlulları içirilməlidir. Sarğıların döşüdü (açıldığı) hallarda, yaxud sarğının üst qatının radioaktiv maddələrlə və yandırıcı tərkiblərin qalıqları ilə, xüsusilə fosfor birləşmələri ilə çirkləndiyi hallarda onlar dəyişdirilməlidir. Bu hallarda yanığ səthi ilıq su ilə çoxlu yuyulmalı, suluqlanmalar kəsilməli, yandırıcı qarışıqların qalıqları yarıdan kənar edilməlidir. Fosforla yanıqlarda yanığ nahiyəsi əlavə olaraq natrium bikarbonat, kalium permanqanat, 5%-li mis kuporosu (göydaş) məhlulu ilə yuyulmalı və bunların biri ilə kompress qoyulmalıdır.

Yüngül yanığı olanlar (bədən səthinin 2-3%-dən çox olmayan I-II dərəcəli yanığı olanlar) sağalmaqda olan komandanın tərkibinə daxil edilməli, 10%-ə qədər səthi, yaxud 1%-ə qədər dərin yanığı olanlar isə yüngül yaralılar hospitalına köçürülməlidirlər.

Orta ağırlıqlı və ağır yanıqları olanlar ixtisaslaşdırılmış hospitallara (yanıq hospitallarına, yaxud yanığ şöbələrinə köçürülməlidir. Ağır yanıqları olanlar toksemiya fazasına qədər təxliyə olunmalıdırlar. Yaralıların şokdan çıxması, hemodinamik göstəricilərin bərpası onların təxliyəsi üçün vacib olan şərtlərdəndir. Xəstələrdə kəskin anemiya, tənəffüs sistemində pozğunluqlar təxliyəyə nisbi əks göstərişdir.

Ixtisaslaşdırılmış tibbi yardım. Bu yardım müdafiə nazirliyinin arxa hospitalları və səhiyyə nazirliyinin klinika və xəstəxanalarında həyata keçirilir. Burada əvvəllər yardım almamışlara reanimasiya və şok əleyhinə tədbirlər tam həcmdə yerinə yetirilməlidir. Müalicənin düzgün təşkili üçün daxil olmuş yaralıların tibbi çeşidlənməsinin aparılması vacibdir. Lazım gəldikdə çeşidlənmə sarğı otağında sarğıların açılması ilə bir müddətdə yerinə yetirilir.

Yüngül yanığı olanların müalicəsi konservativ yolla aparılır. Bunun məqsədi infeksiyanın qarşısının alınması və yanığ səthində epitelizasiyanın sürətləndirilməsidir. Müalicə prosesində epidermisin qalıqları kənar edilir, suluqlar kəsilib götürülür. II-III dərəcəli yanıqlarda emulsiyalara, yaxud məlhəmlərə (0,5%-li furasilin məlhəmi, sintomitsin emulsiyası, fuzidin, flamazin və s.) üstünlük verilməlidir. III^a dərəcəli yanıqlarda sarğı zamanı antiseptik məhlullar (rivanol, furasilin, yodopiron, polimiksin) və suda həll olan məlhəmlər (levosin, dioksidin) tətbiq edilməlidir. Sifət yanıqları açıq üsulla müalicə olunmalıdır; yanığ səthi kalium permanqanat məhlulu ilə təmizlənməli, gündə 2-3 dəfə emulsiyalar, yaxud vazelin çəkilməlidir. Yüngül yanıqlarda döyüş qabiliyyətinin optimal müddətə bərpası üçün fizioterapevtik müalicə üsullarından, müalicəvi gimnastika və əmək terapiyası tətbiq edilməlidir. Bədən səthinin 10%-dən çox olan səthi yanıqlarda da yuxarıdakı qaydaya əməl olunmalı, müalicə infuzion terapiya və antibiotiklərin tətbiqi ilə tamamlanmalıdır.

İxtisaslaşdırılmış tibbi yardımın başlıca məqsədi səthi yanıqlarla bərabər bədənə 6-10%-nə qədər dərin yanıqlarında müalicənin səmərəsinin artırılması və hərbi qulluqçuların döyüş qabiliyyətinin bərpasına nail olunmasıdır. Nekrotik toxumalar tam kənar olduqdan 4-5 gün sonra qranulyasiya nahiyəsinə autodermoplastika həyata keçirilir. Nekroz toxumasının tez kənar olması üçün nekrolitik məlhəmlərdən salisil məlhəmi, yaxud benzoy turşulu məlhəminin istifadə edilməsi daha yaxşı səmərə verir. Dəri köçürülməsi üçün qranulyasiya toxuması adətən yanığın 3-cü həftəsinə hazır olur. Nekrolitik məlhəmlərin tətbiqi sağalma müddətinin 5-7 gün qısaldılmasına imkan verir. Qranulyasiya səthi xırdadanəli olmalı və qanamamalıdır. Dermoplastika tor, yaxud marka şəklində aparılmalıdır.

Operativ müdaxilə tətbiq edilmiş yaralılar yaraların sağalması, köçürülmüş dərinin tam bərkiməsi və oynaqalarda kontrakturaların aradan qaldırılması məqsədilə 3-4 həftə ərzində reabilitasiya kursu keçməlidirlər. Bura həmçinin fizioterapiya, müalicəvi gimnastika və masaj da daxildir.

Ağır yanıqlarda müalicə ciddi fəsadlaşmaların qarşısının alınması və onun aradan qaldırılması məqsədini daşıyır. Anemiya, hipoproteinemiya, su və elektrolit mübadiləsindəki pozğunluqlar vaxtında aradan qaldırılmalıdır. Göstəriş əsasında xəstələrə infuzion-transfuzion terapiya tətbiq edilməli, antibiotiklər və vitamin preparatlarından istifadə edilməlidir. Eyni zamanda onların qidalanması qayğısına

da qalınmalı; qida yüksək kalorili vitaminlərlə zəngin olmalı və asan mənimsənilməlidir. Xəstələrin müalicəsi hərbi həkim ekspertizası ilə başa çatmalıdır.

Beləliklə, hərbi zədələnmələr arasında termik zədələnmələr, o cümlədən termik yanıqlar özünə məxsus yer tutur. Bu zədələnmələr hərbi əməliyyatlar zamanı və həmçinin hərbi xidmətçilərin gündəlik fəaliyyəti müddətində baş verə bilər. Yanıqlar əsasən yanğınlar, partlayışlar, termokimyəvi silahların tətbiqi zamanı müşahidə olunur. Xüsusilə yandırıcı qarışıqların tətbiqi ilə əlaqədar olan zədələnmələr zamanı yanıqlar daha əhatəli və dərin olur. Kimyəvi silahların tətbiqi ilə olan zədələnmələr zamanı da yanıqlar baş verir. Bu yanıqlar zamanı ekzotermik reaksiyaların baş verməsi əlavə termik zədələnmələrin əmələ gəlməsinə səbəb olur. Radioloji silahların tətbiqi zamanı da yanıqlar baş verir. Nəticə etibarilə qazanılmış immunitet defisitinin meydana çıxması orqanizmin müqavimət qabiliyyətinin itməsinə və yanaşı termik zədələnmələrin çətin sağalmasına səbəb olur. Bir sıra hallarda odlu silah yaralanmalarının və digər başqa növ silahların tətbiqi ilə baş vermiş yaralanma və zədələnmələrin həmçinin termik zədələnmələrlə kombinə şəkildə müşahidə olunması yaralıların vəziyyətini daha da ağırlaşdırır. Bunlarda qarşılıqlı ağırlaşma sindromunun, poliorqan çatmamazlığın baş verməsi fəsadlaşma və ölüm hallarının da artmasına gətirib çıxarır. Qapalı yerdə baş vermiş yanıqlar zamanı nəfəs yollarının yanıqları həyat üçün daha qorxuludur. Bu zaman çox kiçik sahəli yanıqlar belə, bəzən müalicənin uğursuz keçməsinə səbəb olur.

Yanıqların ağırlıq dərəcəsi yanıt səthinin genişliyi və yanığın dərinliyindən daha çox asılıdır. Adı yanıqlardan fərqli olaraq, dərin və geniş sahəli yanıqlar zamanı proses mərhələlərlə inkişaf edir. Nəticə etibarilə yanıt xəstəliyi baş verir. Yanıt xəstəliyi adətən bədən səthinin 10%-dən çox dərin və 20%-dən çox sahəli yanıqlarında meydana çıxır və kompleks klinik əlamətlərlə müşahidə olunur. Bura yanıt şoku, yanıt toksemiyası, yanıt septikotoksemiyası daxildir. Hətta sağalma dövründə geniş və dərin yanıqlardan sonra ümumi zəiflik, ayrı-ayrı sistemlərdə ciddi pozğunluq əlamətləri baş verir. Bu özünü ikincili poliorqan çatmamazlıq şəklində göstərir.

Yanıqların və yanıt xəstəliyinin müalicəsi yanıt səthinin işlənməsindən və ümumi kompleks müalicənin aparılmasından ibarətdir. Müalicə zamanı orqanizmdə baş verən ümumi patologiyaya qarşı kompleks müalicə aparılmalı, ilk növbədə su-duz, zülal mübadiləsi, qanın laxtalanma sistemi, turşu-qələvi tarazlığı qaydasına salınmalı, həyati-vacib orqanların, xüsusilə böyrək və qaraciyərin funksiyasına nəzarət olunmalı, infuzion müalicə ilə bərabər, parenteral qidalanmaya üstünlük verilməli, xəstələrin qidalanması yüksək kalorili, zülal, karbohidratlar və vitaminlərlə zəngin olmalıdır. Köçürüləcək sutkalıq mayenin təyini yanıt səthinin genişliyi və dərinliyinə görə əsaslanmalıdır. (Yanıt səthi ovuc səthinə, yaxud Uollesin "9"-lar sistemində görə təyin edilir). Dərin yanıqlarda yanıt səthinin təyində Frank indeksindən istifadə olunmalıdır. Frank indeksinə (əmsalına) görə səthi yanıqlarda yanıt səthinin hər faizinin bir vahid, dərin yanıqlarda isə 3 vahid götürülməsi qəbul olunmuşdur. Yanıt xəstəliyinin ümumi müalicəsindən əlavə yerli müalicənin aparılması, yaraların vaxtaşırı cərrahi işlənilib nekrotik toxumalardan təmizlənməsi, eyni zamanda toksemiyanın aradan qaldırılmasına və yaraların irinləməsinin qarşısının alınmasına imkan verir. Yanıt xəstələrinin müalicəsində həmçinin yanaşı xəstəliklərin kəskinləşməsinin qarşısının alınması kimi profilaktik tədbirlərin də həyata keçirilməsi nəzərdə tutulmalıdır. Təsadüfi deyildir ki, məhz geniş yanıqlardan sonra, hətta xəstələrin sağalması dövründə yanaşı gizli keçən xəstəliklərin, o cümlədən ağıciyər vərəminin, mədə və 12 barmaq bağırsağın xora xəstəliyinin kəskinləşməsi, mədə-bağırsaq qanaxmaları və i.a. baş verir.

Yaralılara mərhələli tibbi yardım ümumi qaydada Hərbi Tibbi Doktrinanın göstərişlərinə uyğun şəkildə aparılmalı, hərbi-səhra cərrahiyyəsi hospitalında yaralının vəziyyəti stabilləşdikdən sonra onlar arxa cəbhə hospitallarına, yaxud yanıt mərkəzlərinə köçürülməli, müalicə tam axıra qədər başa çatdırılmalı, hərbi xidmətçilərin xidmətə yararlılıq qabiliyyəti təyin olunmalıdır.

FƏSİL XII

AŞAĞI TEMPERATURUN TƏSİRİNDƏN ZƏDƏLƏNMƏLƏR (DONMALAR)

TƏDRİS SUALLARI

12.1. Donmaların klinikası, simptomatologiyası və diaqnostikası

12.1.1. “Səngər ayağı”

12.1.2. İmmersion (islanmış) ayaq.

12.1.3. Kontakt donması.

12.2. Bədənin ümumi donması (soyuması)

12.3. Donmalar zamanı yardımın təşkili və müalicənin aparılması qaydası

12.4. Tibbi təxliyə mərhələlərində yardımın həcmi

12.1. DONMALARIN KLİNİKASI, SİMPATOMATOLOGİYASI VƏ DİAQNOSTİKASI

Birinci dünya müharibəsi illərində döyüşən orduda əsgərlər arasında donmalar 0,9%-dən 31,6%-ə qədər müşahidə olunmuşdur. Sovet-Fin müharibəsində bu göstərici 8,1%, İkinci dünya müharibəsində təxminən yaralanmaların 20%-nə bərabər olmuşdur. Donmalar əksər hallarda aşağı ətrafların distal hissələrində daha çox müşahidə olunur. Bu patologiya Qarabağ müharibəsində, xüsusilə Kəlbəcər və Murovdağ sahələrində xidmət edən əsgərlər arasında və Xocalı qacqınları arasında (qadın və uşaqlar arasında!) daha çox müşahidə olunmuşdur.

Aşağı temperaturun təsirindən bədənin yerli və ümumi donması məlumdur. Ətraf mühitin meteoroloji vəziyyəti, bir sıra mexaniki və fiziki amillər donmanın sürətlənməsinə səbəb olur. Yüksək rütubət, havanın küləkli olması, yüksək dağlıq şəraitində oksigenin parsial təzyiqinin aşağı düşməsi orqanizmin istilik sərfinin artmasına və soyumasına səbəb olur. Uzun müddətli məcburi-hərəkətsiz vəziyyət, dar ayaqqabı və paltarın geyilməsi də qan dövranının pozulmasına və donma prosesinin sürətlənməsinə gətirib çıxarır. Şok, qanaxma, psixi travma, yanaşı xəstəliklərin olması, avitaminoz, əvvəllər infeksiya xəstəliklərin keçirilməsi, sərxoşluq, zəhərlənmə, huşun itməsi orqanizmin soyuğa qarşı müqavimətini daha da azaldır. Əvvəllər donması olan şəxslər aşağı temperatura daha həssas olurlar. Donma soyuq havanın suyun, qarın, buzun, soyuq metalın və s. təsirindən də baş verir.

Donmanın patogenezinə başlıca rol toxumaların vaskulyarizasiyasının və innervasiyasının (mikrosirkulyasiyanın) pozulmasının baş verməsidir. Burada aşağı temperaturun toxumalara birbaşa təsiri də nəzərə alınmalıdır. Donmaların gedişində gizli və reaktiv dövr məlumdur. Gizli dövr hipotermiya, reaktiv dövr donmuş toxumanın isinməsi dövrüdür. Gizli dövrdə, adından məlum olduğu kimi, klinik əlamətlər konkret şəkildə meydana çıxmır. Yalnız donmaya məruz qalmış nahiyənin avazıması, yaxud göyerməsi, hissiyyatın itməsi (keyləşmə) müşahidə olunur. Bu dövrdə hətta donmuş sahədə toxumanın buzlaşması da mümkündür.

Gizli dövrdə donmanın dərəcəsini dəqiq təyin etmək mümkün olmur. Bu dövrdə donmanın dərinliyi ehtimalı dolaylı olaraq, soyumanın müddəti və intensivliyi ilə müəyyən edilə bilər. Reaktiv dövrdə isə

iltihab və nekrozun müəyyən əlamətlərinin meydana çıxması donmanın dərəcəsinin təyin olunmasına imkan verir. Dəqiq diaqnozun qoyulması adətən zədələnmədən yalnız 2-3 gün keçdikdən sonra mümkün olur.

Donmanın baş vermə şəraitindən və inkişaf mexanizmindən asılı olaraq aşağıdakı vəziyyətlər nəzərə alınmalıdır: soyuq hava təsirindən donma. Bu, şaxtalı günlərdə aparılan hərbi tədbirlər zamanı baş verir. Əksərən əl və ayaqların distal hissələri soyuğa məruz qalır. Müəyyən hallarda isə burun, qulaq seyvanı və sifətdə də donma əlamətləri müşahidə oluna bilər. Bundan əlavə hərbi xidmətçilər, əsgər və matroslar arasında aşağı temperaturdan zədələnmələrin digər formaları: “səngər ayağı”, “immersion ayaq”, kontakt donması və ümumi orqanizmin donması halları məlumdur. Bunların hər biri haqqında ətraflı məlumat veriləcəkdir.

Donmanın dərinliyi 4 dərəcədə aşkarlanır. I dərəcəli donmalarda toxumaların qanla təchizatı və innervasiyasındakı pozğunluqlar zəif getdiyindən nekroz halları baş vermir. Reaktiv dövrdə kəskin ağrılar, göynəmə hissiyyatı, qaşınma və paresteziya müşahidə olunur. Dəri sianozlaşır və ödem halı meydana çıxır. Bütün bu əlamətlər 3-7 gün davam edir. Dəriyə batırılmış sancağın yerindən al-qırmızı rəngli qan xaric olur. Sonralar patoloji nahiyədə epidermisdə kəpəklənmə baş verir. Sağalma başa çatdısa da, zədələnməmiş nahiyənin soyuğa qarşı həssaslığı müəyyən müddət saxlanılmış olur (Şəkil 12.1).



Şəkil 12.1 Ayaq pəncələrinin I dərəcəli donması

II dərəcəli donmalarda epidermis bazal qata qədər nekroza uğrayır. Tünd-qırmızı, bəzən göy rəngli şişkin deridə suluqlanmalar əmələ gəlir. Suluqların daxilində şəffaf maye olur. Ağrı hissiyyatı saxlanılmış olur. Dəriyə batırılmış sancağın yerindən kapilyar qanaxma baş verir. Ayrılmış epidermis qatı kənar edildikdən sonra fibrinlə örtülmüş ağrılı çəhrayı rəngli yara səthi görünür. Sağalma müddəti 2-3 həftədən 1 aya qədər davam edir. Donmuş barmaqlarda hərəkət məhdudluğu bir neçə ay davam edə bilər (Şəkil 12.2).



Şəkil 12.2 Hər iki əlin II dərəcəli donması. Suluqlanma nahiyəsində şəffaf maye qeyd edilir.

III dərəcəli donmalarda nekroz zonası bütünlüklə dərinini və dərialtı piy təbəqəsini də əhatə edir. Reaktiv dövrün başlanğıcında deridə içərisində hemorragik maye ilə dolu suluqlanmalar əmələ gəlir. Zədələnmənin 3-4-cü günlərindən başlayaraq, deridə donmanın aşkar əlamətləri meydana çıxır. Donmuş dəri tünd-qırmızı rəngli olur. Dəri hissiyyatı itir. Donmuş sahə sonralar quruyaraq qara qartmaq halında olur. Demarkasiya xətti əmələ gəldikdən sonra nekrotik toxumalar autolizə uğrayır və yarıdan kənar olur. Yarada qranulyasiya toxuması əmələ gəlir. Zədə nahiyəsindəki defekt sahəsi çapıqlaşma ilə başa çatır.

Sağalma 3-4 həftədən tutmuş, 2-3 aya qədər davam edir. Donma səthinin 1,5-2 sm-dən çox olduğu hallarda dəri plastikasının aparılması vacibdir (Şəkil 12.3).



Şəkil 12.3 Sol əlin III dərəcəli donması. Suluqlanma nahiyyəsində qanlı maye qeyd edilir.

IV dərəcəli donmalarda bütün dəri qatı, dərialtı təbəqələrlə yanaşı əzələlər, vətərlər və sümüklər də prosesə uğrayır. Ətraf qızdırıldıqda göyərir, daxilində tünd-hemorragik maye olan kiçik suluqlanmalar baş verir. Suluqlanma sahəsində epidermis asanlıqla kənar olur, onun altında tünd-albalı rəngli dəri qatı (derma) müşahidə olunur. Dəri hissiyyatı və kapilyar qanaxması müşahidə olunmur (dəriyə batırılmış sancağın yerindən qan gəlmir!). Patoloji dəyişikliklər yara nahiyyəsindən kənarlara doğru səthiləşir. Demarkasiya zonası 2-3 həftədən sonra əmələ gəlir. Nekrotik toxumaların özbaşına kənar olması aylarla davam edir və irinli fəsadlaşmalarla: yaş qanqrena, fleqmona, irinli tendovaginit, osteomyelitlərlə müşahidə olunur. Sağalma donmuş nahiyyədə çapıqlaşma və güdülün əmələ gəlməsi ilə başa çatır (Şəkil 12.4).



Şəkil 12.4 Sol əlin IV dərəcəli donması. Nekroz sahəsində demarkasiya xətti aşkarlanır.

12.1.1. "SƏNGƏR AYAĞI"

"Səngər ayağı" müharibə zamanı yaş səngərdə, xəndəklərdə, sulu qar üzərində uzun müddət (3-5 gündən az olmayaraq) məcburi vəziyyətdə qalmaq nəticəsində baş verir. Bu zaman ayaqqabının islanması, yaxud ayağın yaş olması başlıca şərtlərdəndir. "Səngər ayağı" ayağın IV dərəcəli donmasının bir forması olub, özünü gizli dövrü aydın olmayan kəskin trofik pozğunluqlar şəklində aparır. Patoloji proses o qədər də alçaq olmayan temperaturun (müsbət 3-5°C) uzun müddətli təsirindən baş verir. Bunun xarakter cəhəti hipotermiya vəziyyətinin vaxtaşırı qısamüddətli natamam isinmələrlə əvəz olunmasıdır. Pəncə oynaqlarında ağrılar, paresteziya və hissiyyatın itməsi "səngər ayağı"nın ilkin əlamətlərindəndir. Sonralar ayaqda kəskin ödem fonunda çoxsaylı hemorragik suluqlanmalar əmələ gəlir və bunlar nekrotik pərdə ilə nəhayətlənir. Ağır hallarda bunlar yaş qanqrenaya çevrilir. Yerli infeksiya fonunda ümumi intoksikasiya baş verir.

12.1.2. İMMERSİON (İSLANMIŞ) AYAQ

Ətrafların uzun müddət soyuq suda qalması ilə əlaqədar olaraq baş verir. Bu, daşqınlar və gəmilərin batması zamanı matroslar arasında daha çox müşahidə olunur. Uzun müddət suda, yaxud palçıqda qalma nəticəsində ayaq keyləşir, ayaqlarda hərəkət çətinləşir. Nəli əzələlərdə qıcolmalar, ətrafın distal hissələrində ödem baş verir. Soyuğun təsiri keçdikdən sonra dəri mərmər rəngi alır, şişkinlik artdığından

ayaqqabıların çıxarılması çətinləşir. Prosesin ağırlığı 2-5 saatdan sonra reaktiv mərhələdə aşkarlanır. Bunun üç klinik ağırlıq dərəcəsi qeyd edilir. I dərəcəli pozğunluqda patoloji proses: ödem, hiperemiya, ağrı 10-12 gün davam edir. II dərəcəli pozğunluqda şişkinlik diz oynaqlarına qədər qalxır. Göy-qırmızı rəngli dəridə çoxlu suluqlanmalar əmələ gəlir, əzələlərdə zəiflik qeyd edilir. Bu pozğunluqlar 2-5 ay davam edir. III dərəcəli pozğunluqda ətraflarda ödem daha davamlı olur. Dəri göy-yaşıla çalır, yaş nekroz meydana çıxır. Nekrotik prosesin dərinliyi demarkasiya xətti əmələ gəldikdən sonra aşkarlanır. Proses ümumi intoksikasiyanın, neyrovaskulit, əzələlərdə degenerativ çapıqlaşmanın əmələ gəlməsi ilə xarakterdir. Damarlarda endarteriit tipli pozğunluqlar baş verir.

İstər “səngər ayağı” və istərsə də “immersion ayaq” zamanı donmalarda olduğu kimi proses fazalarla inkişaf edir. Əvvəlcə zədələnmiş hissədə keyləşmə, sonra hiperemiya və kəskin ağrılar, daha sonra angiospastik reaksiyalar, şişmə və suluqlanmalar baş verir, ağır hallarda proses tromboangit və qanqrenanın əmələ gəlməsi ilə nəhayətlənir. Buna görə də təsadüfi deyildir ki, bir sıra xarici ədəbiyyatda (Lowrence M. et al. Current Medical Diagnosis & Treatment, 2001, p 1542) “immersion ayaq” termini “səngər ayağı” termini ilə eyniləşdirilir.

12.1.3. KONTAKT DONMASI

Həddən artıq şaxtalı günlərdə ($t < -40^{\circ}\text{C}$ temperaturda) yalın əllə metal əşyalara toxunma nəticəsində, xüsusilə şaxtalı günlərdə hərbi texnika ilə əlcəksiz davranma hallarında müşahidə edilir. Proses gizli dövr olmadan baş verir. Soyuğun təsiri kəsilən kimi toxumaların alt qatlarındakı normal temperaturun hesabına zədə nahiyəsində dəri qızır, əllərdə şişkinlik, göyərmə və həmin sahəni isitdikdə güclü qaşınmalar baş verir. Zədələnmənin dərinliyi müxtəlif ola bilər və bu çox vaxt özünü II-III dərəcəli donma əlamətləri ilə göstərir. Nekrotik toxumalar kənar olduqdan sonra yarada əmələ gəlmiş qranulyasiya toxuması çapıqlaşma ilə əvəz olunur. Daha ağır hallarda dəridə çatlar və xoralanmalar əmələ gəlir. Sonralar bu özünü əllərin və barmaqların xronik dermatiti kimi göstərir.

12.2. ORQANİZMİN ÜMUMİ DONMASI (SOYUMASI)

Bədənin ümumi donması (soyuması) müəyyən səbəblərdən hərbi xidmətçilərin (əsgərlərin) şaxtalı günlərdə açıq havada qalmaları nəticəsində aşağı temperaturun orqanizmə ümumi təsirindən baş verir. Qar uçqunlarının gözlənilməli sahələrdə döyüşçülərin daxili nizam-intizama riayət etmələri xüsusilə vacibdir. Bir sıra hallarda döyüşçülərin hərbi hissələri özbaşına tərک etməklə yolda azaraq bədənin ümumi donmasından tələf olma halları da məlumdur.

Bədənin ümumi donması (soyuması) özünü orqanizmin termorequlyasiyanı tənzim edən adaptasion fizioloji sistemin sıradan çıxması kimi göstərir. Soyuğun təsirindən əvvəlcə kompensator mexanizmlər işə düşür. Periferik damarlar sıxılır, tənəffüsdə dəyişiklik gedir, titrətmə (üşütmə) baş verir. Aşağı temperaturun təsiri gücləndikcə dekompensasiya fazası yaranır. Mərkəzi sinir sisteminin fəaliyyəti ləngiyir, ürək-damar və tənəffüs sistemlərində funksional pozğunluqlar baş verir.

Ümumi donmanın klinikası soyuqda qalmanın müddətindən, bədən temperaturunun enmə dərəcəsi və bunun nə müddət ərzində baş verməsindən çox asılıdır. Bədənin ümumi donması hallarında rektal temperatur daha düzgün məlumat əldə edilməsinə imkan verir. Bədənin ümumi donması yüngül, orta ağırlıqlı, ağır və daha ağır klinik şəkildə müşahidə oluna bilər:

Yüngül dərəcəli ümumi donmalarda bədən temperaturu $35-33^{\circ}\text{C}$ -yə enir. Dəri örtüyü avazıyır, titrətmə baş verir. Tüklər biz-biz olur (“qaz dərisi”). Bədənin yüngül formalı ümumi donması dinamik mərhələ də adlandırılır. Nitq qabiliyyəti ləngiyir, heca şəkilli olur (intonasiyalı nitq). Zəiflik, yuxulamağa meyillik qeyd edilir. Ürək vurğularının sayı azalır, arterial təzyiq normal, yaxud bir qədər azalmış olur. Tənəffüsdə obyektiv pozğunluq əlaməti qeyd edilmir.

Orta ağırlıqlı ümumi donmalarda (stupor mərhələsi) bədən temperaturu $29-27^{\circ}\text{C}$ -yə enir. Dəri örtüyü avazıyır-göyümtül, toxunduqda soyuq olur. Huşun zəifləməsi, kəskin yuxululuq, hərəkətin çətinləşməsi halları qeyd edilir. Nəbz tezliyi dəqiqədə $52-32$ -yə enir. Tənəffüsün sayı kəskin azalır, dəqiqədə $8-12$ -yə çatır, arterial təzyiq enir.

Ağır formalı donmalarda (qıcolma mərhələsi) huş itir, əzələlərdə rıqıdlıq, çeynəmə əzələlərində qıcolmalar (trizm) baş verir. Nəbz tezliyi dəqiqədə 34-32-yə enir, zəif dolğunluqlu olur. Arterial təzyiq kəskin enir, yaxud ölçülmür. Tənəffüsün tezliyi dəqiqədə 4-5-ə çatır, səthi olur. Bəbəklər daralır. Qusma və qeyri-iradi sidikburaxma halları müşahidə oluna bilər. Daha ağır formalarda beynin və ağciyərlərin ödəmi, böyrək çatmamazlığı, pnevmoniya və irinli iltihablaşmalara meyillilik müşahidə oluna bilər. Bu, orqanizmin ümumi müqavimət qabiliyyətinin itməsi ilə əlaqədardır. Bədənin ümumi donması (soyuması) yerli donma əlamətləri ilə birlikdə və onsuz keçə bilər.

12.3. DONMALAR ZAMANI YARDIMIN TƏŞKİLİ VƏ MÜALİCƏNİN APARILMASI QAYDASI

Xəstələr isti binada yerləşdirilməli, donmanın gizli dövründə patoloji nahiyədə qan dövrünün bərpası məqsədilə donmuş sahələr spirtlə silinməli və sarınmalıdır. Donmaların profilaktikasında xüsusilə ayaqqabıların ölçüyə görə seçilməsi, nəmişlik (rütubət) zamanı keçə ayaqqabıların dəri ayaqqabı ilə əvəz edilməsi, islanmış corabların və dolaqların dəyişdirilməsi, yaxud qurudulması, əsgərlərin isti çay və xörəklə təmin edilməsi, səngərlərin xəndək və zirzəmilərin (sığınacaqların) quru halda saxlanılmasının xüsusi əhəmiyyəti vardır. Ən başlıcası isə soyuğun təsirinin aradan götürülməsidir. Bədənin məcburi hərəkətsizlik vəziyyətlərində, xüsusilə soyuq havalarda yaralıların nəqliyyatla daşınması zamanı isidicilərdən istifadə olunması vacibdir. Tezyerimə, qaçış, yerində saymaqla hərəkətlər, eyni zamanda az dozada spirtli içkilərin qəbulu donmalar və soyuqlamaların qarşısının alınmasında xüsusi əhəmiyyətə malikdir. Həmçinin profilaktika məqsədilə müxtəlif məlhəmlərin, xüsusilə qaz yağının tətbiqi də məlumdur. Bu məqsədlə bədənin distal hissəsi yağla silinir. Bir sıra inkişaf etmiş ölkələrin hərbi arsenalında əsgər və zabitlərin xüsusi batareyalarla qızdırıcıları olan kostyumlarla təmin olunması nəzərdə tutulmuşdur. Lakin bunun iqtisadi cəhətdən yerinə yetirilməsi bir qədər çətinlik törədir.

Şərait imkan verərsə ətrafların donması zamanı isidilmiş ilıq vannalardan istifadə olunması məsləhətdir. Bu zaman suyun temperaturu 20 dərəcədən, tədricən 30-35 dərəcəyə qədər qaldırılmalı, eyni zamanda donmuş sahənin yüngül masajı davam etdirilməlidir. Dərinin qan dövrünü bərpa olunduqdan sonra zədələnmiş sahə yenidən spirtlə silinməli və quru aseptik sarğı qoyulmalıdır. Sifətin donmalarında zədə nahiyəsi qan dövrünü bərpa olunana qədər pambıq tamponla masaj olunmalı, zədələnmiş dəri sahələri vazelinlə silinməli və açıq saxlanılmalıdır (sarğının qoyulması məsləhət görülmür). Eyni zamanda xəstələrə isti çay, xörək və az dozada spirtli içki də verək olar. Donması olan bütün şəxslərə tetanus əleyhinə zərər yeridilməlidir. Xəstələrə analgetiklər, antibiotiklər və spazmolitiklər təyin olunmalı, zədələnmiş ətrafa qaldırılmış vəziyyət verilməklə sakitliyi təmin olunmalıdır. Müalicə ilə yanaşı bir qayda olaraq xəstələr papiros çəkməkdən imtina etməlidirlər.

I dərəcəli donmalar zamanı zədələnmiş sahə 5%-li tanin spirtli məhlulu ilə silinməli, xəstələrə analgetiklər verilməli, ilıq vannalar tətbiq edilməlidir. II-III dərəcəli donmalarda futlyar novokain blokadası tətbiq edilməli, patoloji sahədə suluqlar kəsilməli, müxtəlif tərkibli emulsiya, yaxud məlhəmlərlə sarğılar qoyulmalıdır. Antibakterial terapiya və imkan olduqca fizioterapevtik müalicə üsulları, o cümlədən solyuks, kvarts, ultrayüksək cərəyan (UYC–UVÇ) tətbiq edilməlidir. III dərəcəli donmalar zamanı həmçinin müalicə müddətinin azaldılması məqsədilə nekrotik toxumaların kəsilib-götürülməsi də vacibdir. Bu, yalnız nekroz sahənin kənarları aydınlaşdıqdan sonra (demarkasiya xətti əmələ gəldikdən sonra) həyata keçirilə bilər.

IV dərəcəli donmalarda nekrotik sahənin kənarları aydınlaşan kimi nekrotomiya həyata keçirilməlidir. Həmin sahədə sonralar əmələ gəlmiş qartmaq infeksiyanın qarşısının alınmasına və onun kənar toxumalara yayılmasına imkan vermir. İltihabi proses ləğv olduqdan sonra amputasiyalar yerinə yetirilir və dəri tikilir. Amputasiyadan əvvəl iltihabi prosesin ləğvinin sürətləndirilməsi məqsədilə fizioterapevtik müalicə üsullarının tətbiqi daha əhəmiyyətlidir. Bir sıra hallarda nekrotik toxumanın daha tez quruması məqsədilə əvvəlcə burada boylama istiqamətli kəsiklər aparılır (nekrotomiya). Patoloji sahə qurduqdan sonra o daha asan kənar edilir. Lakin anaerob və çürüntülü infeksiya zamanı toxumalarda iltihabi prosesin sönməsi, yaxud demarkasiya xəttinin əmələ gəlməsini gözləmək olmaz. Belə halda ətraf sağlam toxuma bərabərindən amputasiya olunmalıdır.

Bədənin ümumi donması hallarında xəsarətə uğramış şəxs isti otağa gətirilməli, paltarlar soyundurulmalı və şəxs rezin isidicilərlə (qrelkalarla) əhatə olunmalıdır. Isidicilərin temperaturu 40 dərəcədən yuxarı olmamalıdır. Göstəriş olduqda ağır xəstələrə süni tənəffüs verilməlidir. Köçürülən mayelər və qan əvvəlcədən otaq temperaturunda isidilməlidir. Xəstənin huşu bərpa olduqdan sonra ona tünd çay, yaxud qəhvə və isti xörək verilməlidir. Əgər əks göstəriş yoxdursa, xəstəyə az miqdar spirtli içkilər də vermək olar.

12.4. TİBBİ TƏXLYƏ MƏRHƏLƏLƏRİNDƏ YARDIMIN HƏCMİ

İlk- və həkimqədərki tibbi yardım. İlk növbədə soyuğun orqanizmə təsirinə son qoyulmalıdır. Zərərçəkmişlər isti otağa gətirilməli, yaş paltar və ayaqqabılar çıxarılmalı, donmuş şəxs yorğana bürüdülməli, ona isti yemək, çay, yaxud qəhvə verilməlidir. Paltar və ayaqqabılar ehtiyatla çıxarılmalıdır; çünki donmuş sahələrdə əlavə zədələnmələr baş verə bilər. Qan dövranının bərpası məqsədilə patoloji sahə spirtlə silinib, quru aseptik materialla sarınmalı, spirt olmadıqda donmuş sahə isti əllə ehtiyatla masaj edilməlidir. Burnun, qulaqların və yanağın donmalarında donmuş sahələr isti əllə, yaxud yumşaq materialla yüngül masaj olunmalı, qızartı əmələ gəldikdən sonra spirtlə silinməlidir. Zərərçəkmişlərə analgetiklər və antibiotiklərin yeridilməsi vacibdir.

Donmaya məruz qalmış ətraf isti materialla bürünməlidir. Bu məqsədlə pambıq və tənziədən hazırlanmış qalın sarğılar qoyulmalıdır. Bunlar termoizolasiya məqsədilə həyata keçirilir: beləliklə, donmuş sahəyə kənardan soyuğun təsiri kəsilir, ətrafın daxildən qızması qan dövranının bərpası ilə eyni müddətdə davam edir. Ətrafa qoyulmuş isti (qalın) sarğı orta hesabla 15-20 saat açılmamalıdır. Donmuş şəxslərə yardım göstərəkən patoloji nahiyənin qarlı ovuşdurulmasına, ətrafın soyuq suya salınmasına yol verilməməlidir. Çünki, bütün bunlar nəinki əhəmiyyətsizdir, hətta hipotermiyanın güclənməsinə və dəridə əlavə zədələnmələrin (suluqlanmaların) əmələ gəlməsinə səbəb ola bilər.

Bədənin ümumi donması (soyuması) baş verdiyi hallarda orqanizm soyuğun təsirindən dərhal təcrid olunmalıdır. Ümumi donmalarda başın soyuması daha qorxuludur. Əgər tənəffüsün dayanması, yaxud onun kəskin zəifləməsi baş vermişsə, ağciyərlərin süni ventilyasiyası həyata keçirilməlidir. Ağır ümumi hipotermiyalarda analgetiklərin yeridilməsi və spirtli içkilərin verilməsi əks göstərişdir. Zərərçəkmişlər yaxınlıqdakı tibb məntəqəsinə mümkün qədər tez çatdırılmalıdır.

İlk həkim yardımını. Burada zərərçəkmişlərə antibiotiklər, tetanus əleyhinə anatoksin (anatal), analgetiklər və antihistamin preparatları yeridilməlidir. Donmanın gizli dövründə zədə nahiyəsinə termoizolyasion sarğılar qoyulmalı, vena daxilinə damargenəldicilər (5-10 ml 2,4%-li eufillin, 10-20 ml 0,25%-li novokain, 2 ml 2%-li papaverin məhlulu) yeridilməlidir. Yaxşı olar ki, bu preparatlar (imkan daxilində) birbaşa arteriya yeridilsin. Xəstələrə 0,5-1 qram aspirin verilir. Dərin donmalara şübhə olduqda ətrafa futlyar novokain blokadası aparılır. Bu məqsəldə 0,25%-li 100-200 ml novokain, yaxud 25-30 ml 0,5%-li lidokain məhlulu istifadə edilməlidir. Əgər şərait imkan verirsə, donmuş ətraf ilıq suda 1 saata qədər isidilməlidir. Suyun temperaturu 40°C-dən yuxarı olmamalıdır. Eyni vaxtda ətraf periferiyadan mərkəzə doğru (qızarana qədər) yüngül masaj olunmalı, sonra spirtlə silinməli və aseptik sarınmalıdır.

Bədənin ümumi donmasında yardımın həcmi donmanın ağırlıq dərəcəsindən asılıdır. Yüngül formalı donmalarda (soyumalarda) zərərçəkmişlərin isti otağa gətirilməsi, yaş paltarların dəyişdirilməsi, onlara isti çay və yemək verilməsi kifayət edir. Ağır formalarda donmuş şəxs lampalar, yaxud isidicilərlə (qrelkalarla) isidilməlidirlər. İsidicilər ürəyin, qaraciyərin, böyük damarların proyeksiyası üzrə qoyulmalıdır. Vena daxilinə 40-60 ml 40%-li qlükoza, 5-10 ml 10%-li kalsium xlorid, 300-400 ml ilıq (normal) izotonik duz məhlulu, yaxud reopoliqlükün köçürülməli, aparatla ağciyərlərin ventilyasiyası aparılmalıdır. Tədbirlərin səmərəsi tənəffüsün və ürək fəaliyyətinin bərpası ilə aşkarlanır.

İxtisaslı tibbi yardım. Donmaların gizli dövründə aparılan tədbirlər briqada tibb məntəqəsində olduğu kimi yerinə yetirilir. Lakin nəzərə almaq lazımdır ki, bu yardım mərhələsinə qədər donmuş şəxslər əvvəlki mərhələlərdə müəyyən yardım almış olurlar. Artıq onların ətrafları isidilmiş, termoizolyasion sarğı qoyulmuşdur. Birbaşa ixtisaslı yardıma daxil olmuş şəxslərə bunların tam həcmdə həyata keçirilməsi vacibdir. İxtisaslı tibbi yardımın başlıca vəzifəsi donmanın reaktiv dövrünün başlanğıcında qan dövranı və innervasiya pozğunluğu ilə əlaqədar, toxuma zədələnmələrinin qarşısının alınmasıdır.

Ətrafın böyük bir seqmentinin dərin donması hallarında vena daxilinə 800 ml reopoliqlükin, 400-500 ml 5-10%-li qlükoza, 100-150 ml 0,25%-li novokain məhlulu köçürülməli, donmuş ətrafda arteriya daxilinə damargenəldici preparatlar (papaverin, eufillin və s.) yeridilməli, futlyar novokain blokadası həyata keçirilməlidir. Profilaktik məqsədlə antibiotiklər, sulfanilamid preparatları və sedativ dərman maddələri tətbiq edilməli, donmuş şəxslərə sutkada 1,5-2 qram aspirin verilməlidir. Yardımın tam həcmdə həyata keçirilməsindən sonra donmuş şəxslər termik patologiya ilə məşğul olan tibb müəssisəsinə, yaxud ümumi cərrahi hospitallara köçürülməlidir. I dərəcəli donması olanlar sağalmaqda olan komandanın tərkibinə daxil edilməli, II dərəcəli donması olanlar yüngül yaralılar hospitalına köçürülməlidir. Bədənin ümumi donmalarında (soyumasında) yüngül formalarda (adinamiya dərəcəsində) zərərçəkmişlər ilıq duş altında, yaxud lampalarla qızdırılmalı, onlara isti xörək və çay verilməli, və sağalmaqda olan komandanın tərkibinə daxil edilməlidirlər. Orta ağırlıqlı (stuporoz dərəcə) və ağır formalarda (qıcolma dərəcəsində) donmuş şəxslər vannaya salınmalı və tibb işçisinin nəzarəti altında isidilməlidir. Xəstələrə ürək dərmanları, vena daxilinə qlükoza, kalsium xlorid, natrium bikarbonat məhlulları yeridilməli, diuretiklər tətbiq edilməlidir. Ağır hallarda aparatla süni tənəffüs və ürəyin qapalı masajı həyata keçirilməlidir. Baş beynin və ağciyərlərin ödemi müşahidə edildiyi hallarda yardım tam həcmdə yerinə yetirilməlidir. Donmuş şəxslər növbəti təxliyə mərhələsinə yalnız vəziyyətdən çıxdıqdan sonra köçürülə bilirlər.

İxtisaslaşdırılmış tibbi yardım – əsasən hərbi hospitallarda cərrahi profil üzrə ayrılmış xüsusi şöbələrdə, termik zədələnmələr mərkəzində, mülki xəstəxanaların ümumi cərrahlik şöbələrində həyata keçirilir. Burada mümkün olan bütün cərrahi müalicə üsulları ilə bərabər, fizioterapiya, masaj, müalicəvi gimnastika və digər tədbirlər kompleks şəkildə tam həcmdə yerinə yetirilir. II və məhdud sahəli III dərəcəli donmalarda müalicə konservativ aparılmalıdır. Suluqların dəşilməsi, yaxud kəsilib götürülməsi yalnız irinləmə hallarında yerinə yetirilməlidir. Yerli müalicə məqsədilə adi məlhəmlərdən, emulsiyalardan və antiseptik preparatlardan istifadə edilməlidir. Ətrafların böyük bir seqmentinin dərin donmaları ilə daxil olmuş şəxslərə periferik qan dövranının fəaliyyətini və qanın reoloji qabiliyyətini yaxşılaşdırmaq məqsədilə 4-5 gün müddətində infuzion terapiya tətbiq edilməlidir. Bu məqsədlə xəstələrə reopoliqlükin, novokain, qlükoza və damargenəldici dərman preparatları yeridilməlidir.

IV dərəcəli donmaların müalicəsi uzunsürən və çoxmərhələlidir. Ətrafın böyük seqmentinin donmalarında, yaş qanqrenanın qarşısının alınması məqsədilə 4-7-ci günlərdə nekrotomiya həyata keçirilməlidir. Bu məqsədlə yumşaq toxumalar bütün nekroz zonasında optimal dərinlikdə yarılmalıdır. Nekrotomiyadan sonra ödem azalır, yaş qanqrena quru hala keçir, xəstələrin ümumi vəziyyətləri yaxşılaşır. 7-10 gündən sonra nekrektomiya həyata keçirilir; nekroz sahəsi demarkasiya sahəsindən kənar edilir. Sepsisin baş verdiyi hallarda isə ətrafın amputasiyası demarkasiya zonası əmələ gəlmədən yerinə yetirilməlidir. (Nekrotik toxumalar intoksikasiya mənbəyi olub yerli və ümumi infeksiyon fəsadlaşmalara səbəb olur). Dərin donmaların müalicəsinə güdüllərə dəri plastikasının aparılması, əllərin və ayaqların funksiyasının bərpası məqsədilə həyata keçirilən bir sıra operativ tədbirlər də daxildir.

Bədənin ümumi donması ilə olan şəxslər vəziyyətlərindən və zədələnmələrin xarakterindən asılı olaraq cərrahi və terapevtik profilli hospitallarda yerləşdirilməlidirlər. Müalicənin başlıca məqsədi fəsadlaşmaların nəticələrinin aradan qaldırılması və hərbi xidmətçilərin reabilitasiyasının təminindən ibarətdir. Hərbi qulluğa yararlılıq dərəcəsi nəzərdə tutulmuş şəxslərin arxa hərbi hospitallar şəraitində müalicə olunması daha məqsədəuyğundur. Hərbi qulluğa yararlı olmayanlar isə mülki xəstəxanaların ümumi cərrahiyyə şöbələrində də müalicə oluna bilirlər.

Donmalar ilin soyuq fəslində hərbi xidmətçilər arasında daha çox müşahidə olunan patologiyadır. Xüsusilə bədənin distal hissələri zədələnməyə daha çox məruz qalır. Bu, həmin sahələrin qanla təchizatının daha asan pozulması ilə əlaqədardır. Aşağı ətraflarda donmalar yuxarı ətrafdakına nisbətən daha çox müşahidə olunur. Donmanın baş verməsi həm xarici mühitin temperaturunun aşağı düşməsindən, havaların soyuması, rütubətin artması, ayaqqabıların yaş olması və s., həmçinin bədənin ümumi müqavimət qabiliyyətinin zəifləməsi, yorğunluq, aclıq və yuxusuzluqla da əlaqədardır.

Klinik olaraq donmalar iki: gizli və reaktiv fazalarda keçir. Gizli fazada donmuş sahədə hissiyyat itir. Reaktiv faza donmuş sahənin qızdırılması ilə başlayır. Donmuş sahədə göynəmələr, donmanın dərinliyindən asılı olaraq suluqlanmalar və i.a. baş verir. Donmaların baş verməsi üçün heç də ətraf mühitin aşağı (mənfə) temperaturu vacib deyil. Təcrübə göstərir ki, hətta müsbət temperaturla belə (2-4°C) donmaların baş verməsi mümkündür. Bu, həmin temperaturun (2-4°C) uzun müddət təsiri ilə əlaqədardır. Hərbi xidmətçilərin (əsgərlərin) uzun müddət hərəkətsizliyi nəticəsində ətrafda qan dövranının pozulması baş verir.

Bədən hissələrinin yerli donmalarından əlavə orqanizmin bütünlüklə donması (soyuması) da mümkündür. Bu, şaxtalı günlərdə hərbi xidmətçinin yolu azması, qar uçqununa düşməsi nəticəsində və i.a. səbəbdən bayırda qalmaları ilə əlaqədar olaraq baş verir. Bədənin ümumi donması (soyuması) özünü orqanizmin termorequlyasiyanı tənzim edən adaptasion sistemin sıradan çıxması kimi göstərir. Soyuğun təsirindən əvvəlcə kompensator mexanizmlər işə düşür, periferik damarlar sıxılır, tənəffüsdə dəyişiklik gedir, titrətmə (üşütmə) baş verir. Aşağı temperaturun təsiri gücləndikcə dekompensasiya fazası yaranır. Mərkəzi sinir sisteminin fəaliyyəti ləngiyir, ürək-damar və tənəffüs sistemlərində funksional pozğunluqlar baş verir. Ümumi donmanın klinikası soyuqda qalmanın müddətindən, bədən temperaturunun enmə dərəcəsi və bunun nə müddət ərzində baş verməsindən çox asılıdır.

Donmanın 4 dərəcəsi ayırd edilir: I dərəcəli donmalarda toxumaların qanla təchizatı və innervasiyasındakı pozğunluqlar yüngül keçdiyindən nekroz halları baş vermir. Reaktiv dövrdə kəskin ağrılar, göynəmə hissiyyatı, qaşınma və paresteziya müşahidə olunur. Dəri sianozlaşır və ödem meydana çıxır. Bütün bu əlamətlər 3-7 gün davam edir. Dəriyə batırılmış sancağın yerindən al-qırmızı rəngli qan xaric olur. Sonralar patoloji nahiyədə epidermisdə kəpəklənmə baş verir. Sağalma başa çatsa da, zədələnmiş nahiyənin soyuğa qarşı həssaslığı müəyyən müddət saxlanılmış olur. II dərəcəli donmalarda epidermis bazal qata qədər nekroza uğrayır. Tünd-qırmızı, bəzən göy rəngli şişkin dəridə suluqlanmalar əmələ gəlir. Suluqların daxilində şəffaf maye olur. Ağrı hissiyyatı saxlanılmış olur. Dəriyə batırılmış sancağın yerindən kapilyar qanaxma baş verir. Ayrılmış epidermis qatı kənar edildikdən sonra fibrinlə örtülmüş ağrılı çəhrayı rəngli yara səthi görünür. Sağalma müddəti 2-3 həftədən 1 aya qədər davam edir. III dərəcəli donmalarda nekroz zonası bütünlüklə dərinə və dərialtı piy təbəqəsini əhatə edir. Reaktiv dövrün başlanğıcında dəridə içərisində hemorragik maye ilə dolu suluqlanmalar əmələ gəlir. Zədələnmənin 3-4-cü günlərindən başlayaraq, dəridə donmanın aşkar əlamətləri meydana çıxır. IV dərəcəli donmalarda bütün dəri qatı, dərialtı təbəqələrlə yanaşı əzələlər, vətərlər və sümüklər də prosesə uğrayır.

Donmaların müalicəsinin nəticələri həyata keçirilmiş yardımın keyfiyyətindən və onun düzgün yerinə yetirilməsindən çox asılıdır. Donmuş xəstələr isti otağa gətirilməli, onlar ədyal, yaxud yorğana bürüdülməli, donmuş ətrafa teploizolyasion sarğılar qoyulmalı, donmuş ətrafların qızdırıcılarla isidilməsinə, yaxud soyuq suya salınmasına və qarla sürtülməsinə yol verilməməlidir. Ətrafa qoyulmuş teploizolyasion sarğı 10-15 saatdan sonra açılmalı, donmuş sahə spirtlə silinməli, aseptik, yaxud məlhəmlə sarınmalıdır. Donmuş sahənin cərrahi işlənilməsinə tələsilməməlidir. Donmuş sahədəki nekrotik toxumanın kəsilib götürülməsi demarkasiya xətti əmələ gəldikdən sonra yerinə yetirilməlidir. Yaş qanqrenanın əmələ gəldiyi hallarda isə demarkasiya xəttinin əmələ gəlməsini gözləmədən nekroz sahəsi kəsilib götürülməlidir. Bu, baş verməkdə olan intoksikasiyanın qarşısının alınması məqsədi ilə həyata keçirilir.

Donmalar zamanı mərhələli yardım klassik hərbi təbabətdə olduğu kimi aparılmalı, xəstələr həm yerli və həm də ümumi müalicə almalı, analgetiklər, antibiotiklər tətbiq edilməli, ümumi və yerli intoksikasiyaya qarşı kompleks müalicə tədbirləri yerinə yetirilməli, xəstələr vəziyyətdən çıxdıqdan sonra termik patologiyaya mərkəzlərinə, yaxud ümumi cərrahlıq şöbələrinə təxliyə olunmalı və burada müalicə axıra qədər davam etdirilməlidir.

FƏSİL XIII

KOMBİNƏOLUNMUŞ ZƏDƏLƏNMƏLƏR

TƏDRİS SUALLARI

- 13.1. Kombineolunmuş zədələnmələrin xarakteristikası
- 13.2. Kombineolunmuş radiasion zədələnmələr.
- 13.3. Kombineolunmuş kimyəvi zədələnmələr.
- 13.4. Kombineolunmuş termik və mexaniki zədələnmələr.
- 13.5. Kombineolunmuş zədələnmələrdə mərhələli müalicənin həyata keçirilməsi qaydaları

13.1. KOMBİNƏOLUNMUŞ ZƏDƏLƏNMƏLƏRİN ÜMUMİ XARAKTEKRİSTİKASI

Kombineolunmuş zədələnmələr orqanizmə eyni zamanda bir neçə amilin təsiri nəticəsində əmələ gəlir. Bu təsirlər eyni vaxtda, yaxud ardıcıl şəkildə müəyyən növ, yaxud müxtəlif silahların təsirindən baş verə bilər. Müasir müharibələrdə düşmənin atom silahı, odlu silah, kimyəvi, bakterioloji və s. silahların tətbiq edə biləcəyi şəraitində kombineolunmuş zədələnmələrin müşahidə olunması ehtimalı da artır. Burada nüvə terrorizmi ehtimalını da yaddan çıxarmaq olmaz. Bura atom elektrik stansiyalarının terrorçular tərəfindən partladılması, nüvə silahının ayrı-ayrı terrorçu qrup və təşkilatlarının əllinə keçməsi aid oluna bilər.

Bütün kombineolunmuş zədələnmələr təbiətindən asılı olmadan bir sıra ümumi xüsusiyyətlərə malikdir:

1. Orqanizmdə bir neçə müxtəlif zədələnmənin olması, bunun birinin digərinin təsirini güvvələndirməsi (qarşılıqlı ağırlaşma sindromu) baş verir. Təsadüfi deyildir ki, kombineolunmuş zədələnmələrdə travmatik şok, qanaxma və digər fəsadlaşmalar daha ağır keçir.

2. Kombineolunmuş yaralanmalar zamanı yardım metodları mürəkkəbləşir, müalicə prosesi daha ağır keçir. Müalicədə bir sıra çətinliklər meydana çıxır. Məsələn, eyni ətrafda həm dərin yanıq, həm də sınıq olduqda yaralıya bir neçə mütəxəssisin nəzarəti lazım gəlir.

3. Kombineolunmuş zədələnmələr zamanı tibbi təxliyə mərhələlərində yaralıların çeşidlənməsi çətinləşir.

4. Kombineolunmuş zədələnmələrdə müalicənin nəticəsi və zədələnmiş orqanın funksiyasının bərpası həmişə arzu olunan səviyyədə olmur. Bəzən həyatın saxlanılması naminə ətrafın amputasiyası, yaxud ekzartikulyasiyasının yerinə yetirilməsi məcburiyyəti yaranır.

Qeyd etmək lazımdır ki, yaralılar arasında yanaşı xəstəliklərin olduğu hallarda da mövcud patologiya praktik olaraq kombineolunmuş xarakterə malik olması kimi başa düşülməlidir. Bu, orqanizmin yaralanmaya qarşı müqavimət qabiliyyətinin azalmasına səbəb olmaqla bərabər, müalicənin

nəticələrinə də öz mənfi təsirini göstərir. Beləliklə, kombinəolunmuş zədələnmələrdə fəsadlaşma və ölüm halları adi halda olduğundan daha çox müşahidə olunur.

13.2. KOMBINƏOLUNMUŞ RADİASİON ZƏDƏLƏNMƏLƏR

Nüvə silahı partlayışı zamanı baş vermiş zədələnmələr içərisində kombinəolunmuş radioaktiv zədələnmələr xüsusi əhəmiyyət kəsb edir. Bu, orta hesabla yaralıların $\frac{3}{4}$ hissəsində təsadüf olunur. Zədələnmələr xüsusilə partlayış mərkəzindən 1,5-2,5 km məsafədə sığınacaq tapmamış şəxslərdə şüalanma, keçici radiasiya və silahın zərbə dalğası nəticəsində baş verir. Xəstəlik xüsusi gedişə malik olur.

Kombinəolunmuş radiasion zədələnmələr içərisində mexaniki zədələnmələrin və yanıqların şüa xəstəliyi ilə birlikdə müşahidə olunması, həmçinin yaraların və termik yanıqların radioaktiv maddələrlə çirklənməsinin xüsusi əhəmiyyəti vardır. Mexaniki zədələnmələrin və yanıqların radiasion zədələnmələrlə birlikdə müşahidə olunması hallarında şüa xəstəliyinin başlanğıc və gizli dövrü daha qısa olur, travmatik şok daha ağır keçir.

Orta və ağır dərəcəli şüa xəstəliyinin qızgın dövründə yaranın nekrotik toxumalardan təmizlənməsi ləngiyir, yeni nekroz ocaqları qansızma və hematomalar əmələ gəlir. Orqanizmin immun qabiliyyətinin aşağı səviyyədə olması iltihabi prosesin aradan qalxmasına imkan vermir. Yarada əlavə nekrotik toxumaların əmələ gəlməsi yara infeksiyasının daha ciddi şəkildə keçməsinə, anaerob infeksiya və sepsislə fəsadlaşmasına səbəb olur. Yaranın qranulyasiyası və çapıqlaşma fazası, olduqca ləng gedir, bəzən bu proses dayanır. Qranulyasiya toxuması avazımış və qanaxmaya meyilli olur, çapıqlaşma və epitelizasiya prosesi ləngiyir, yara səthində trofik xoralar əmələ gəlir. Yaraların infeksiyalaşması və orqanizmin mikroblara qarşı mübarizə qabiliyyətinin azalması ilə əlaqədar yaralar da adəti üzrə ikincili sağalır.

Xəstəliyin gizli dövründə yaranın düzgün cərrahi işlənilməsi və tikişlərin qoyulması, immun prosesi artıran maddələrin tətbiqi, antibiotik və vitaminoterapiya fonunda müsbət nəticə verir. Yüngül şüa xəstəliyində yaranın sağalma prosesindəki pozğunluq halları nisbətən zəif təzahür edir və yaralar adətən birincili sağalır.

Yaranın radioaktiv maddələrlə çirklənməsi zamanı zəhərli maddənin bir hissəsi yarıdan sorularaq, əsasən yerli təsir göstərir. Xəstəliyin gizli dövründə əlamətlər qismən aradan qalxır, xəstələrin vəziyyəti yaxşılaşır, qızmar dövrə isə, əsas əlamətlər daha qabarıq şəkildə təzahür etdiyindən diaqnozun təyin edilməsi çətinlik törətmir. Güclü radioaktiv şirklənmələrdə yarıda nekrotik və irinli proses sürətlə inkişaf edir, yaranın təmizlənməsi və regenerativ proseslər ləng gedir. Rezorbtiv təsir əsasən güclü radioaktiv çirklənmə hallarında müşahidə olunur.

Kombinəolunmuş radiasion zədələnmələr zamanı şüa xəstəliyinin diaqnozu fərdi dozimetrlərin, qoşun dozimetrik kəşfiyyatının məlumatlarına, anamnez və xəsarətə uğrayanların ümumi vəziyyətlərinə əsasən təyin edilir. Xəstəliyin başlanğıc dövründə sifətin hiperemiyası, ümumi zəiflik, ürəkbulanma, qusma, susuzluq, dəridə qaşınma, güclü tərləmə qeyd olunur. Periferik qanda leykositoz sonralar leykopeniya ilə əvəz olunur.

Ağır mexaniki zədələnmə və yanıqların radioaktiv zədələnmələrlə birgə müşahidəsi zamanı şüa xəstəliyinin qızgın dövrü 5-10 sutka tez baş verir. Pansitopenik sindrom, qanın laxtalanma prosesindəki pozğunluqlar və infeksiyon fəsadlaşmalar daha qabarıq şəkildə aşkar olunur. Bu zaman hətta birinci dərəcəli yanıqların olması prosesin ağır keçməsinə səbəb olur. Şüalanma fonunda səthi yanıqlarda, yaxud məhdud dərin yanıqlarda belə, yanıq xəstəliyi baş verir. İkiqat kombinasiyalar üçün (kəskin şüa xəstəliyi, yanıq, yaxud mexaniki zədələnmə) şüalanmanın minimal dozası 3,5 qrey, üçqat kombinasiyalarda isə (kəskin şüa xəstəliyi, yanıq və mexaniki zədələnmə) minimal şüalanma dozası 3 qreyə qədər ola bilər (1 qrey 100 rada bərabərdir).

Kombinəolunmuş radioaktiv zədələnmələr ağırlıq dərəcəsinə görə yüngül, orta ağırlıqlı, ağır və daha ağır formalarda təsadüf edilə bilər. Yüngül zədələnmələrdə şüalanma 2 qreydən artıq olmur. Xəstələrin vəziyyəti qənaətbəxş olur. Döyüş və əmək qabiliyyəti 2 aya bərpa olunur. Proqnoz ümidvericidir. Orta ağırlıqlı kombinəolunmuş radioaktiv zədələnmələrdə şüalanma dozası 2-3 qrey olur. Xəstələrin ümumi vəziyyəti adından məlum olduğu kimi, orta ağırlıqda olur. Müalicə müddəti təxminən 4

ay çəkir. Əmək və döyüş qabiliyyəti xəstələrin yalnız 50%-də bərpa olunur. Ağır formalı kombinə olunmuş radioaktiv zədələnmələrdə şüalanma dozası 3-4 qrey təşkil edir. Onların ümumi vəziyyətləri ağır olur. Proqnoz yaxşı deyil. Müalicə müddəti orta hesabla 6 ay çəkir. Döyüş qabiliyyətinin bərpası praktik olaraq mümkün olmur. Həddən artıq ağır vəziyyətlərdə isə şüalanma dozası 4,5 qreydən artıq olur. Proqnoz arzuolunmazdır.

Kombinə olunmuş radioaktiv zədələnmələr dörd inkişaf mərhələsinə malikdir. Xəstəliyin kəskin dövründə zədə və yanıt xəstəlikləri daha aşkar əlamətlərlə müşahidə olunur. Şüa xəstəliyinin ilkin reaksiyalar əlaməti 2-3 sutka davam edir. Ürəkbulanma, qusma, adinamiya, dərinin hiperemiyası və i.a. ağır mexaniki və termik zədələnmə (yanıt) fonunda ikinci plana keçir. Bu halda təxirəsalınmaz tibbi yardım asfiksiya, qanaxmanın qarşısının alınması, ürək-damar və tənəffüs sisteminin fəaliyyətinin tənzimlənməsi istiqamətində yerinə yetirilməlidir. Operativ müdaxilələr həyati göstəriş əsasında yerinə yetirilməlidir. Yaralar sarıncı, şüa xəstəliyinin ilkin reaksiyalarının qarşısının alınması məqsədilə yaralılara etaperazin, dimetkarb, atropin, dimetpramid, diksafen verilməlidir. Dezintoksikasion terapiya məqsədilə xəstələrə hemodez, qlükoza məhlulları köçürülməli, ürək qlükozidləri, dimedrol, fenozepam tətbiq edilməlidir.

Kombinə olunmuş radioaktiv zədələnmələrin 2-ci mərhələsində (2 sutkadan 3-4 həftəyə qədər) zədə və yanıt xəstəliklərinin nəticəsi olaraq, güclü intoksikasiya və infeksiyon fəsadlaşmalar meydana çıxır, anemiya və digər ağıqlaşma halları baş verir. Radiasion komponent burada əsasən hemotoloji dəyişiklik şəklində leykopeniya, limfositopeniya, retikulositlərin azalması və qanın formalı elementlərində keyfiyyət dəyişiklikləri ilə keçir. Bu mərhələdə ixtisaslı və ixtisaslaşdırılmış yardım tam həcmdə aparılmalıdır. Yaralar erkən cərrahi işlənməli, təxirəsalınmış və erkən ikincili tikişlər qoyulmalıdır. Yaranın sağalması üçün aparılan bütün tədbirlər şüa xəstəliyinin qızmar dövrünə qədər həyata keçirilməlidir. Sınıqlar zamanı fraqmentlərin repozisiyası vaxt itirilmədən yerinə yetirilməlidir. Kombinə olunmuş radiasion-termik zədələnmələrdə yüngül şüa xəstəliyi zamanı fəal cərrahi müdaxilə (məhdud dərin yanıqlarda-3-5% autodermostoplastika) yaxşı nəticə verir.

Kombinə olunmuş radioaktiv zədələnmələrin 3-cü mərhələsində (2 həftədən 6-8 həftəyə qədər müddətlərdə) şüa xəstəliyinin əlamətləri meydana çıxır. Xəstələrin ümumi vəziyyəti pisləşir, endotoksikoz əlamətləri inkişaf edir. Nekrotik angina, qinqivit, enterokolit, pnevmoniya, toxumalarda qansızmalar və qanaxmalar müşahidə olunur. Yara infeksiyası fəallaşır. Yara və yanıt nahiyəsində nekrotik dəyişikliklər zonası genişlənir, regenerasiya kəskin zəifləyir, polisitopeniya maksimal həddə çatır. Yaralı kritik vəziyyətdə olur, həyat üçün təhlükəli fəsadlaşmalar baş verir. Bu dövrdə şüa xəstəliyinə görə kompleks müalicə tədbirləri həyata keçirilməlidir. Hematoloji, hemorragik, gastrointestinal, asteno-nevrotik, toksemik sindromların profilaktikası və müalicəsi yerinə yetirilməli, infeksiyon fəsadlaşmalar, ürək-damar və tənəffüs sistemindəki pozğunluqlar nəzərə alınmalıdır. Bu mərhələdə cərrahi müdaxilələr yalnız həyati göstəriş əsasında yerinə yetirilməli, qanın laxtalanma sistemindəki pozğunluqların aradan qaldırılması məqsədilə yaralılara aminokapron turşusu məhlulu, fibrinogen, proteazanın inhibitorları tətbiq edilməli, təzə qan və eritrositar kütlə köçürülməlidir. Sümük fraqmentlərinin fiksasiyası məqsədilə kompression-distraksion aparatlar, gips sarğıları istifadə edilməlidir. Yaralara hər hansı tikişin qoyulması və autodermostoplastikanın həyata keçirilməsi mənasız və təhlükəlidir.

Kombinə olunmuş radioaktiv zədələnmələrin 4-cü dövrü bərpa dövrüdür. Bu dövr kombinasiyaların ağırlıq dərəcəsindən və fəsadlaşmalardan asılı olaraq, uzun müddət davam edə bilər. Həmin dövr kəskin şüa xəstəliyi və qeyri-şüa mənşəli zədələnmələrin qalıq əlamətləri dövrü kimi qiymətləndirilməlidir. Bunun üçün astenik sindrom, osteomielitlərin, trofik xoralar, kontraktura və çapıq deformasiyalarının müşahidə olunması xarakterdir. Qanyaradıcı sistemin və bütünlüklə orqanizmin immunobioloji vəziyyəti olduqca ləng bərpa olunur. Bütün yaralıların kompleks reabilitasiyası üçün operativ müdaxilələrin yerinə yetirilməsində bir sıra çətinliklər meydana çıxır. Zədələnmə və yanıqların qalıq əlamətlərinin eləcə də kontrakturaların aradan qaldırılması məqsədilə bu dövrdə dəri plastikası və digər müalicə tədbirləri həyata keçirilməlidir. Qidalanma yüksək kalorili, zülal və vitaminlərlə zəngin olmalı, müalicədə anabolik, ümumi tonusu qaldıran, hemopoezi qüvvələndirən dərman preparatları tətbiq edilməlidir. Reabilitasiya məqsədilə müalicəvi gimnastika və fiziki üsulla müalicə tədbirləri geniş istifadə olunmalıdır.

13.2.1. MƏRHƏLƏLİ MÜALİCƏNİN HƏYATA KEÇİRİLMƏSİ PRINSİPLƏRİ

Yaralanmalar və qapalı zədələnmələrin radioaktiv çirklənmələrlə birlikdə müşahidə olunduğu hallarda müalicə prinsipi ümumi qaydalara uyğun şəkildə həyata keçirilməlidir. Xəstəliyin kompleks müalicəsinə mümkün qədər tez başlanmalıdır. Bu, ixtisaslı yardıma qədərki müddətdə antibiotiklərin yeridilməsindən, infuzion terapiyanın aparılmasından ibarətdir. Yaranın güclü çirklənmələri zamanı yuxarıda qeyd edilənlər daha vacibdir. Antibiotiklər kombinə şəkildə istifadə olunmalıdır. Yəni adi təsirə malik antibiotik geniş təsirə malik antibakterial preparatlarla birlikdə istifadə olunmalı və onların uyuşma qaydası nəzərdə tutulmalıdır. Bu prinsip eyni zamanda çirklənmə dərəcəsiindən asılı olmayaraq qapalı zədələnmələrdə də gözlənilməlidir.

Şüa xəstəliyi zamanı mümkün və lazımi cərrahi müdaxilələr xəstəliyin gizli dövründə yerinə yetirilməlidir. Xüsusilə xəstəliyin yüngül və orta ağırlıqlı formalarında yaranın birincili sağalmasına ümid olduğunu nəzərə alaraq, yaraların cərrahi işlənməsi ciddi göstəriş əsasında birincili və təxirəsalınan tikişlərin qoyulması ilə həyata keçirilməlidir. Qızmar dövrdə cərrahi müdaxilələr yalnız həyati göstəriş əsasında yerinə yetirilməli, ümumi tədbirlər terapevtin nəzarəti altında aparılmalıdır.

İlk tibbi yardım. Kombinə olunmuş radioaktiv zədələnmələrdə ilk tibbi yardımın məzmunu adi zədələnmələrdə olduğundan bir o qədər də fərqlənir. Bu, ehtiyac olduqda qanqəsici turnaların qoyulması, əleyhiqazın geyindirilməsi və xəsarətçəkənlərin fəlakət zonasından mümkün qədər tez çıxarılmasından, yaraların sarınması və ətrafların fiksə olunmasından ibarətdir.

Həkiməqədərki tibbi yardım tabor tıbb məntəqəsində həyata keçirilir. Burada əvvəllər qoyulmuş turna və sarğılara nəzarət olunur, lazım gəldikdə onlara düzəlişlər aparılır. Əgər döyüş zonasında yaralıya ilk tibbi yardım göstərilməmişsə, bunlar yerinə yetirilir, xəstə və yaralılara şok, asfiksiya və qanaxma əleyhinə tədbirlər həyata keçirilir. Analgetiklər və antibiotiklərdən istifadə olunur. Qusmanın qarşısının alınması məqsədilə xəstələrə dimetkarb, metoklopramid, prometazin, ondansetron (zofran), dimetiramid, atropin sulfatdan istifadə edilməlidir.

İlk həkim yardımını yaralanmanın xarakteri və yaralının ümumi vəziyyətindən asılı olaraq, tam həcmdə yerinə yetirilir. Radioaktiv zədələnməyə məruz qalmış bütün şəxslər tam, yaxud qismən sanitar təmizlənmədən keçməlidir. Axırncıya dərinin açıq səthinin və görünən selikli qişaların radioaktiv çirklənmədən (tozdan) mexaniki təmizlənməsi aiddir. Bu məqsədlə bədənin açıq hissələrinin su ilə yuyulması, yaxud yaş dəsmalla silinməsi, gözlərin yuyulması, ağız boşluğunun yaxalanması və i.a. həyata keçirilməlidir. Tam sanitar təmizlənmədə isə yaralı duş altında çimizdirilir. Hər bir halda yaralılar xüsusi sanitar təmizləmə bölməsində (XSTB) dozimetrik nəzarətdən keçirilməlidir. Xəstə və yaralılara travma, yaxud yanıq şoku zamanı qanəvəzedicədən köçürülməlidir. Bütün həyata keçirilən tədbirlərlə yanaşı ilkin şüalanma reaksiyası zamanı daxilə dimetkarb, əzələ daxilinə dimetpramid, diksafen, atropin sulfat, dimedrol, fenozeepam yeridilməlidir.

İxtisaslı tibbi yardım korpusun əlahiddə tıbb taborunda, yaxud hərbi-səhra cərrahiyyəsi hospitallarında yerinə yetirilir. Yardım döyüş şəraitindən asılı olaraq, tam, yaxud ixtisarla həyata keçirilə bilər. Sanitar təmizlənmə zamanı yara adətən açılmır, sarğının yalnız üst qatının açılması ilə kifayətlənilir. Sanitar təmizlənmədən sonra xəstə və yaralılar çeşidləmə-təxliyə şöbəsinə ümumi qaydalar əsasında daxil olurlar.

Kombinə olunmuş radioaktiv zədələnmələr zamanı operativ müdaxilələr adi rejimlə yerinə yetirilir. Burada operativ müdaxilələrə göstəriş adi yaralanmalarda olduğu kimi olsa da, bunun geniş şəkildə aparılması və yad cismin çıxarılması daha məqsədəuyğundur. Antibiotiklər və immun prosesin sürətləndirilməsi məqsədilə müvafiq dərman preparatlarının (avtoveqin, interferon, levomizol və i.a.) istifadəsi vacibdir. Radioaktiv maddələrlə çirklənmiş sarğı materialı və kəsilib götürülmüş toxumalar ağız qapalı xüsusi qablara yığılmalı və torpağa basdırılmalıdır. İstifadə olunmuş alətlər dezaktivasiya məqsədilə qaynar su ilə iki qabda yuyulmalı və qurudulmalı, güclü çirklənmə hallarında isə 0,5%-li duz turşusu hopdurulmuş tənziqlə silinməli və axar su ilə yaxalanmalıdır. Əlcəklərin ikinci dəfə istifadə olunması məsləhət deyil. Bunlar bir dəfə istifadə olunduqdan sonra atılmalıdır. İstisna hallarda əlcəklərin ikinci dəfə istifadəsinə ehtiyac olduqda isti su və sabunla yuyulmalı və mexaniki təmizlənmədən keçirilməlidir.

İxtisaslaşdırılmış tibbi yardım çoxprofilli cərrahi hospitallarda həyata keçirilir. Burada müxtəlif ixtisas sahibli cərrahlar, radioloq, kombustioloq, transfuzioloq, anestezioloq-reanimatoloq fəaliyyət göstərir; adi müalicə tədbirləri ilə yanaşı detoksikasiya, hiperbarik oksigenasiya, hemo-limfosorbsiya, plazmaferez və i.a. yerinə yetirilir.

Kombinə olunmuş radioaktiv zədələnmələrdə yardım dozimetriyanın nəzarəti ilə həyata keçirilməlidir. Əməliyyat masası müşənbə ilə örtülməli, cərrahi briqada radiasiyadan qorunmalıdır. Operativ müdaxilənin yerinə yetirildiyi müddət tibb işçiləri müşənbə döşlük və ikiqat xatar geyinməlidirlər. Rezin çəkmə, əlcəklər, xüsusi eynəklərdən istifadə olunmalı, maskalar 8-qat tənziədən hazırlanmalıdır. Əgər yaranın cərrahi işlənməsi zamanı onun radioaktiv çirklənmədən tam təmizlənməsi mümkün olmasa, kontrol dozimetriya aparılmalı, yaralar nekrotik toxumalardan maksimal təmizlənməlidir. Əməliyyatdan sonrakı müddətlərdə yara açıq üsulla müalicə olunmalı, sorbentlərdən istifadə edilməlidir. İnfeksiya əlamətləri aradan qaldırıldıqdan sonra təxirəsalınmış birincili, yaxud erkən ikincili tikişlər qoyulmalıdır. İşlənmiş materiallar xüsusi qablara yığılıb, 1 metr dərinlikdən az olmayaraq torpağa basdırılmalıdır. Cərrahi alətlər isti su ilə iki ləyəndə yuyulmalı, 5%-li sirkə məhlulu, yaxud duz turşusu məhlulu hopdurulmuş tənziə parça ilə silinməli, təkrarən suda yuyulub qurudulmalı və sterilizasiyadan keçirilməlidir.

13.3. KOMBİNƏ OLUNMUŞ KİMYƏVİ ZƏDƏLƏNMƏLƏR

Kimyəvi silahlar aviasiya bombaları, artilleriya və raket mərmiləri, mina şəklində istifadə oluna bilər. Bu zədələnmələr adətən odlu silah yaralanmaları, mexaniki zədələnmələr və yanıqlarla kombinə şəkildə müşahidə olunur. Bütün hallarda kombinə olunmuş zədələnmələrə xas olan qarşılıqlı ağırlaşma sindromu baş verir. Bu zədələnmələrin xarakter cəhəti bir də ondan ibarətdir ki, bütün xəstələr həkimə eyni şikayətlə müraciət edirlər. Yara nahiyəsində sarğılarda və paltarlarda kimyəvi maddələrin izləri aşkar olunur.

Yaralar ümumi və yerli təsirli və həmçinin yalnız ümumi-rezorbktiv təsirə malik maddələrlə zədələne bilər. Zəhərli maddələrin yerli təsirinə iltihabi prosesin əmələ gəlməsi və yaranın nekrotik toxumalardan təmizlənməsinin, reparativ proseslərin müəyyən dərəcədə ləngiməsi aiddir; orqanizmin ümumi müqavimət qabiliyyətinin aşağı düşməsi, toxumaların trofikasının kəskin prozulmasına, infeksiyon fəsadlaşmaların meydana çıxmasına səbəb olur. Zəhərli maddələrin yaradan sorulması dəridə olduğundan daha sürətlə gedir. Yaradan qeyri-adi iyini (qoxunun) gəlməsi, yara ətrafında şişkinliyin olması kimyəvi zədələnmələrə olan şübhəni daha da artırır.

Yaralıların müayinəsi zamanı aşağıdakılara xüsusi diqqət yetirilməlidir: ipritlə zədələnmələrdə yara spesifik rezin yanığı, yaxud xardal, sarımsaq qoxusu verir. Yarada ipritin qara yağlı ləkəsi görünür. Əvvəlcə yara ətrafında ödem, sutkanın axırında hiperemiləmiş suluqlanmalar əmələ gəlir. Sonralar toxumaların nekrozu güclənir, yara infeksiyalaşır, onun təmizlənməsi və sağalması uzun çəkir. Zəhərli maddənin ümumi-rezorbktiv təsiri yaralanmadan az sonra mərkəzi sinir sistemində ümumi ləngimə, iştahsızlıq, ürəkbulanma, qusma, başağrıları və başgicəllənmələri şəklində müşahidə olunur. Daha ağır hallarda qıcolmalar və komatoz vəziyyət əmələ gəlir.

Zəhərli kimyəvi maddələrin yaraya düşməsi oxşar və fərqli əlamətlər verə bilər. Məsələn, yaraya lüizit və fosfor birləşmələri düşdükdə düzülməz göynədici ağrılar baş verir. Lüizitlə zədələnmələrdə yara ətirşah (sandal ağacı) iyi, sian birləşmələri ilə zəhərləndikdə acı badam qoxusu verir. İpritle çirklənmiş yaralar tünd mixəyi, lüizitlə çirklənmiş yaralar isə boz kül rəngli olur. Fosfor yarada dərin yanıqlar törədir. Yara sian turşusunun təsirindən al-qırmızı rəngə boyanır. Lüizit, dəm qazı və sianid turşusu ilə zədələnmələrdə yara qanaxmalara daha çox meyilli olur. Lüizitlə zədələnmələrdə yara ətrafındakı dəri buloz dermatiti xatırladır. İpritle zədələnmələrdə isə dəridə içərisi sarı ekssudatla dolu suluqlanmalar əmələ gəlir. Lüizit və ipritlə zədələnmələrin yüksək konsentrasiyalarında rezorbktiv təsirin nəticəsi olaraq ağciyər ödemi və mərkəzi sinir sistemində ciddi funksional pozğunluqlar baş verir.

Lüizitlə zədələnmənin ilk dəqiqələrində yara boz rəngə çalır, sonralar sarı-qonur rəngə boyanır. Zədə sahəsində kəskin iltihabi proses əmələ gəlir. 6-8 saatdan sonra yara kənarında nöqtəvi qansızmalar müşahidə olunur. Sutkanın axırında dəridə suluqlanmalar əmələ gəlir və bunlar böyüyərək bir-biri ilə

birləşirlər. Lüizitlə massiv zəhərlənmələrdə isə yara kənarı solğun-sarı rəngdə olur. Qanın laxtalanma prosesinin pozulması və kapilyarların parezi ilə əlaqədar olaraq, qanaxmalar baş verir, bəzən yaranın quru nekrotik pərdə ilə örtülməsi müşahidə olunur. Lüizitlə zəhərləndikdə ümumi intoksikasiya əlamətləri ipritlə zəhərlənmədə olduğundan daha tez baş verir və intensiv olur. Ümumi intoksikasiyanın əlaməti olaraq, zəiflik, təngnəfəslik, kollaps, ağır hallarda isə ağciyər ödemi baş verir.

Fosforla zəhərlənmələrdə dəri kənarı ütölmüş olur. Zədələnmiş toxumalar boz qartmaqla örtülür və tütülənir, hətta sarğı və paltar alovlanı bilər. Daha sonralar yaradan çoxlu seroz-irinli möhtəviyyat xaric olur. Zəhərli maddənin ümumi rezorbtiv təsiri nəticəsində 2-3 gün ərzində sarılıq inkişaf edir, dəri və selikli qişalarda qansızmalar, sidik yolları və mədə-bağırsaq traktında qanaxmalar müşahidə olunur və nəhayət qaraciyər çatmamazlığı baş verir. Komatoz halın əmələ gəlməsi ölümlə nəticələnir.

Yaranın zarınlə çirklənməsində ümumi rezorbtiv təsir əlaməti olaraq, yara ətrafında əzələlərin fibrilyasiyası, zəhərlənmənin ilk dəqiqələrində bronxların spazmı, tənəffüsün çətinləşməsi, ümumi narahatlıq müşahidə olunur. Ağır hallarda, əzələ qıcolmaları bütün orqanizmə yayılır və tezliklə ölüm baş verir.

Yaranın, yaxud qapalı zədələnmə sahəsinin zəhərli maddələrlə çirkləndiyi hallarda və eləcə də zəhərli maddənin nəfəs yollarına düşməsi qarşılıqlı ağırlaşma sindromunun baş verməsinə səbəb olur. Axırncı halda zəhərli maddələr hətta az dozada belə ölümlə nəticələnə bilər. Yaranın zəhərli maddələrlə çirklənməsi sağalma prosesini ləngidir, iltihabi-nekrotik proseslər güclənir.

13.3.1. KOMBİNƏOLUNMUŞ KİMYƏVİ ZƏDƏLƏNMƏLƏR ZAMANI YARDIMIN HƏYATA KEÇİRİLMƏSİNİN ÜMUMİ QAYDALARI

Kombinəolunmuş kimyəvi zədələnmələr zamanı müalicə prinsipi təkcə yara infeksiyasının profilaktikasından ibarət olmayıb, eyni zamanda zəhərin zərərsizləşdirilməsi və orqanizmdən kənar edilməsi məqsədini daşmalıdır. Yaradakı bütün yad cisimlər çıxarılmalıdır. Cərrahi müdaxilədən əvvəl yara ipritlə zəhərlənmələrdə xloraminin 10%-li spirtli məhlulu ilə, lüizitlə zəhərlənmələrdə 5%-li yod tinkurası ilə deqzasiya olunmalıdır. Hər iki halda yara 5%-li hidrogen peroksid məhlulu ilə yuyulmalıdır.

Əlcəklər, cərrahi alətlər, sarğı materialları əməliyyatın gedişi müddətində təkrarən dəyişdirilməlidir. Cərrahi əməliyyat zamanı əlcəklər hər 15-20 dəqiqədə xüsusi deqzasiya mayesi ilə yuyulmalı və izotonik məhlul hopdurulmuş tənziflə silinməlidir. İşlədilmiş cərrahi alətlər benzində silinməli və 20-30 dəqiqə ərzində 2%-li natrium bikarbonat (soda) məhlulunda qaynadılmalıdır. İstifadə olunmuş əlcəklər sarğı materialı deqzator olan qaba yığılmalı və məhv edilməlidir. Əlcəklərin ikinci dəfə istifadəsinə ehtiyac olduqda onlar isti sabunlu su ilə yuyulduqdan sonra 20-30 dəqiqə ərzində xloraminin 5%-li spirtli məhlulunda saxlanıldıqdan sonra adi suda (bikarbonatsız) 20-30 dəqiqə qaynadılmalıdır.

Cərrah operativ müdaxiləyə qədər kalpak, xüsusi eynək, 8-qatlı maska, müşənbə döşlük taxmalı, rezin çəkmə, ikiqat steril xalat və əlcək geyinməlidir. Yaranın cərrahi işlənməsi zamanı nekrotik toxumalar, xüsusilə dərialtı piy təbəqəsi diqqətlə kəsilib götürülməlidir. Çünki piy toxuması zəhərli maddəni özündə daha çox saxlamaq qabiliyyətinə malikdir. Zədələnmiş əzələ toxuması da radikal surətdə kəsilib götürülməlidir. Ona görə ki, təqəllüs etmiş əzələ lifləri zəhərli maddələri yaranın daha dərinliklərinə apara bilər. İkincili qanaxmalar baş verməsinə deyə, zədələnmiş damarlar yaradan kənar sahələrdə bağlanılmalıdır. Sümük fraqmentləri zədə nahiyəsində diqqətlə işlənilməlidir. Çünki xüsusilə dəri aşılایıcı zəhərli maddələr sümüyün süngəri qatı ilə yayılmaqla gələcəkdə osteomielitlərin əmələ gəlməsinə səbəb ola bilər. Əgər döyüş zəhərləyici maddələr yaraya keçməmişsə, təxliyə mərhələlərində yardım sanitariya-kimyəvi müdafiə və hərbi-səhra cərrahlığının ümumi qaydaları əsasında həyata keçirilməlidir. Yad cisimlər zəhərli maddələrlə çirkləndiyindən kor yaralanmalarda onlar maksimal çıxarılmalıdır. Yara kanalı drenaj olunmalı, toxumalara antibiotiklər yeridilməlidir. Yaralara ilkin tikişlərin qoyulmasına yol verilməməlidir. Vəziyyətdən asılı olaraq sonralar yaraya təxirəsalınmış, yaxud ikincili-erkən tikişlər qoyula bilər.

Kimyəvi zədələnmələr zamanı (xüsusilə dəri aşılایıcı maddələrlə: iprit və lüizitlə zəhərlənmələrdə) rentgen müayinəsinin xüsusi əhəmiyyəti vardır. Çünki bu maddələr rentgen şüasını əks etdirmək qabiliyyətinə malikdirlər.

Zəhərləyici maddələrlə zədələnmə hallarında yaranın cərrahi işlənməsi lokalizasiyasından asılı olaraq, adi halda olduğundan fərqlənir. Baş və beynin zədələnmələrində yara 5%-li hidrogen peroksid məhlulu ilə axın (şırınqa) şəklində yuyulmalı, bütün zədələnmiş toxumalar, hətta sümük qırıntıları da çıxarılmalıdır. Beynin sərt qişası yalnız yara deqazasiya mayesi ilə yuyulduqdan sonra açılmalı, hematoma çıxarılmalıdır. Yara kanalındakı detrit xüsusi balonla sorulmalı və ilıq izotonik məhlulla yuyulmalıdır. Dərində yerləşmiş yad cisimlərin uzun müddət axtarılmasına yol verilməməlidir. Manipulyasiyanın axırında yara təkrarən 5%-li hidrogen peroksid məhlulu ilə yuyulub drenaj edilməli və aseptik sarınmalıdır.

Döş qəfəsinin zəhərli maddələrlə çirklənmiş yarası diqqətlə işlənilməli, zəhərli maddələrlə təmasda olmuş toxumalar diqqətlə kəsilib götürülməli, zədələnmiş qabırğalar sağlam hissədən rezeksiya olunmalıdır. Ağciyər toxuması qənaətlə kəsilib götürülməlidir. (Nəzərə alınmalıdır ki, ağciyər toxuması zəhərli maddələrə daha çox davamlıdır). Plevra boşluğuna antibiotiklər yeridilməli və drenaj olunmalıdır.

Qarının zəhərli yaraları cərrahi işlənilməli, laparotomiya yaradan kənar sahədən həyata keçirilməlidir. Kənara çıxmış bağırsağ tünd qırmızı rəngdə olur. Onun saxlanması qorxuludur, peritonit verə bilər. Ona görə də belə hallarda bağırsaqlar sağlam toxumalar bərabərində rezeksiya olunmalı və uc-uca anastomoz qoyulmalıdır. Yoğun bağırsağ yaralanmalarında zədələnmiş bağırsağ segmenti kəsilib götürülməli və kolostoma qoyulmalıdır. Qarın boşluğuna peritoneal dializ qoyulmalı, antibiotiklər yeridilməlidir. Əgər zəhərli maddə yaraya keçməmişsə, müalicə-təxliyə mərhələlərində yardım sanitariyaya mühafizə və hərbi səhra cərrahlığının ümumi qaydaları əsasında həyata keçirilməlidir.

13.3.2. KOMBİNƏOLUNMUŞ KİMYƏVİ ZƏDƏLƏNMƏLƏRDƏ MƏRHƏLƏLİ YARDIMIN HƏYATA KEÇİRİLMƏSİ QAYDALARI

İlk tibbi yardım döyüş zonasında özü və yoldaşına kömək prinsipi əsasında əsgərlər, və sanitariya-təlimatçılar tərəfindən həyata keçirilir. Bu, əleyhiqazım geydirilməsindən, zədələnmiş dərinin fərdi kimyəvi paketdə olan maye ilə silinib-sarınması və bədənin açıq sahəsinin, eləcə də paltarların deqazasiyasından və yaralının zəhərli zonadan çıxarılmasından ibarətdir.

Həkiməqədərki yardım tabor tibb məntəqəsində tibb bacısı, yaxud feldşer tərəfindən həyata keçirilir. Bura yaralılara antidotun vurulması, sargılara, qankəsici turnalara, şinlərə nəzarət və düzəlişlər aparılması, sarınmamış yaraların antiseptik məhlullarla yuyulub sarınması, ehtiyac olduqda infuzion terapiyanın aparılması və i.a. daxildir. Dəri yuyularkən işlənmiş mayenin yaraya tökülməsinə yol verilməməlidir. Bütün bu tədbirlərlə yanaşı tələb olunduqda qanaxma, asfiksiya və şok əleyhinə lazımi tədbirlər də yerinə yetirilməli, zəhərli maddənin ümumi-toksik təsirinə qarşı antidotlardan istifadə edilməlidir.

İlk həkim yardımını mərhələsində yara sanitariya təmizlənməsindən keçirilməlidir, səthdə yerləşmiş yad cisimlər, yanmış paltar qırıqları və zəhərli maddələrin qalıqları yaradan kənar edilməlidir. Təmizlənmə işi yara və ətraf dərinin deqazasiyası ilə başa çatdırılmalıdır. İpritle zədələnmə zamanı dəri 10%-li xloraminin 70°-li spirtli məhlulu ilə silinməli, yara və yara kanalı xloraminin 2%-li sulu məhlulu ilə yuyulmalı və həmin məhlulla da sarınmalıdır. Lüizitlə zədələnmələrdə yara ətrafı yod tinkurası ilə silinməli, yara Lüqol məhlulu ilə yuyulmalıdır. Dərinin və yaranın fosforla zədələnmələrində 0,1%-li kalium permanqanat məhlulundan istifadə olunur. Yaranın yuyulması üçün 3%-li natrium bikarbonat məhlulundan, eləcə də zəif göydaş məhlulundan da istifadə etmək olar. Zərinlə zədələnmələrdə orqanizmə antidot yeridilməsi ilə bərabər zədə nəhiyyəsi 2%-li soda (natrium bikarbonat) məhlulu ilə deqazasiya olunmalıdır. Yaralılara antibiotik və tetanus əleyhinə zərdab yeridilməlidir.

Daxilə keçən yaralanmalarda yaranın təmizlənməsi və deqazasiyası ixtisaslı cərrahi yardım mərhələsində həyata keçirilməlidir. (İlk həkim yardımında yalnız yaralının paltarları dəyişdirilməlidir). Yaralılara fosfororqanik zəhərlərə qarşı antidotlar vurulmalıdır. Bu məqsədlə əzələ daxilinə 1-2 ml budaksim, 2-3 ml 15%-li dipiraksim məhlulu yeridilir. Yaranın fosfororqanik maddələrlə zəhərləndiyi hallarda yara kənarı 8%-li natrium bikarbonat və 5%-li hidrogen peroksid məhlullarının qarışığı ilə silinməli və yara 5%-li natrium bikarbonat məhlulu ilə yuyulmalıdır. İpritle zəhərlənmiş yaranın kənarları 10%-li xloramin məhlulu ilə silinməli, yara 5%-li hidrogen peroksid məhlulu ilə yuyulmalıdır. Lüizitlə zəhərlənmələrdə yara kənarı 5%-li yod məhlulu ilə silindikdən sonra yara 5%-li hidrogen peroksid məhlulu ilə yuyulmalıdır. Yara infeksiyasının profilaktikası məqsədilə antibiotiklər və tetanus əleyhinə

anatoksin (anatital) yeridilməlidir. Yaralanmalara, zədələnmələrə və yanıqlara görə ilk həkim yardımı yerinə yetirilməlidir. Qıcolmalar və psixomotor oyunculuq zamanı bədənə 1 ml 3%-li fenozepam məhlulu, yaxud 5 ml 5%-li barbamil məhlulu yeridilməlidir. Göstəriş əsasında ürək dərmanları və ağrıkəsicilərdən istifadə edilməlidir. Yadda saxlamaq lazımdır ki, fosfororqanik maddələrlə zəhərlənmə hallarında morfin preparatlarının tətbiqi əks göstərişdir.

Ixtisaslı cərrahi yardım mərhələsində bütün davamlı zəhərli maddələrlə zədələnmiş şəxslər əvvəlcə tam sanitar təmizlənmədən keçirilməli, paltarlar sarğılar açılmadan dəyişdirilməlidir. Davamsız kimyəvi maddələrlə zəhərlənmələr zamanı yaralılar ümumi binaya üst paltarları çıxarıldıqdan sonra keçirilirlər. Zəhərli maddələrlə çirklənmiş yaraların cərrahi işlənməsi mümkün qədər tez həyata keçirilməlidir. Axırını yalnız istisna hallarda təxirə salına bilər. Qapalı zədələnmələr və yanıqlar zamanı sarğılar və şinlər dəyişdirildikdə təkrari deqazasiya tətbiq edilməli və yenidən antidotlar yeridilməlidir.

Qeyd etmək lazımdır ki, yaranın döyüş kimyəvi zəhərlərilə (DKZ) çirklənməsi hallarından başqa, kimyəvi zəhərlərin yalnız dəri və paltarda olması, həmçinin zəhərlənmələrin qapalı zədələnmələrlə birlikdə müşahidə olunduğu hallarda da kimyəvi təmizlənmənin aparılması vacibdir. Əgər yaranın, yaxud yaraətrafı dərinin deqazasiyası əvvəllər yerinə yetirilməmişdirsə, bu, bilavasitə cərrahi müdaxiləyə qədər həyata keçirilməlidir. Daxilə keçən yaralanmaların cərrahi işlənməsində 0,1%-li rivanol, yaxud xloramin məhlulundan istifadə olunur.

Nəzərə almaq lazımdır ki, ağciyər ödemi, hipotoniya və mərkəzi sinir sisteminin tormozlanması hallarında, həmçinin sianidlərlə, dəm qazı və tabun tipli zəhərli maddələrlə zəhərlənmə hallarında inhalyasion narkoz qorxuludur. Bu kimi hallarda adrenalin əlavə olunmaqla yerli anesteziya və neyroleptoanalizezindən istifadə olunması məqsədəuyğundur. Əməliyyat nəhiyəsinin hazırlanmasında adi qəbul olunmuş qaydalardan əlavə, dəri müvafiq deqazatorlarla silinməlidir. Yaranın cərrahi işlənməsi və operativ müdaxilələr zamanı aşağıdakılar nəzərə alınmalıdır:

1. Kəsiklər mümkün qədər zədə nəhiyəsindən kənarında aparılmalıdır.
2. Əməliyyat müddətində çirklənmiş cərrahi alətlər dəyişdirilməlidir.
3. Təhlükəli arroviz qanaxmaların qarşısının alınması məqsədilə yara səthində hətta qanaxması olmayan damarlar belə bağlanılmalı, qəfləti arroviz qanaxmalara görə əvvəlcədən müvafiq profilaktik tədbirlər həyata keçirilməlidir.
4. Yad cisimlər cərrahi müdaxilə zamanı imkan daxilində maksimal çıxarılmalıdır.
5. Yaralara birincili tikişlərin qoyulmasına yalnız açıq pnevmotorakslar zamanı və laparotomiyalarda yol verilməlidir. Sifətin geniş yaralanmaları zamanı seyrək tikişlərin qoyulması ilə kifayətlənməlidir. Yerli təsir göstərməyən maddələrlə zəhərlənmələr zamanı yaraya təxirəsalınmış tikişlər qoyula bilər.
6. Ətraf yaralanmalarında yaraların zəhərli maddələrlə çirklənməsi zamanı hərəkətsizləşdirilmə şin və longetlərlə yerinə yetirilməlidir. Bu zaman sirkulyar gips sarğısının tətbiqi məqsədəuyğun deyildir. Çünki zədələnmənin ilk günlərində ətrafda həddən artıq şişkinlik (ödem) əmələ gəlməsi onun sıxılmasına səbəb ola bilər.
7. Ağır yaralanmalarda yaranın birincili cərrahi işlənməsi müvəqqəti olaraq təxirə salınmalı, cərrahi əməliyyat yalnız həyati göstəriş əsasında qanaxma və asfiksiyalar zamanı yerinə yetirilməlidir.
8. Kombinə olunmuş-kimyəvi zədələnmələr kütləvi xarakter halı aldıqda bu tipli yaralılar üçün ayrıca əməliyyat və sarğı otağı açılmalıdır. Yaralıların sayının çox olmadığı hallarda isə onlara yardım ümumi sarğı otağında həyata keçirilə bilər. Bu zaman ayrıca əməliyyat masasından və cərrahi alətlərdən istifadə edilməlidir.
9. Operativ müdaxilələr və sarğılar rezin əlcəklərlə həyata keçirilməli və bunlar vaxtaşırı dəyişdirilməli, yaxud xloramin məhlulu ilə silinməlidir. Zəhərli sarğı materialları kip bağlı qablara yığılmalı və yandırılmalıdır. Alətlər benzin hopdurulmuş pambıq, yaxud bint parçası ilə silindikdən sonra 20 dəqiqə müddətində 2%-li soda məhlulunda qaynadılmalıdır. Ehtiyac olduqda işlənmiş əlcəklər yalnız

sabunlu su ilə yuyulduqdan və 20 dəqiqə ərzində 2%-li xloramin məhlulunda saxlandıqdan sonra istifadə oluna bilər.

13.4. KOMBİNƏOLUNMUŞ TERMİK VƏ MEXANİKİ ZƏDƏLƏNMƏLƏR

Kombinəolunmuş termik və mexaniki zədələnmələrə müxtəlif mənşəli termik yanıqların mexaniki zədələnmələrlə birgə təsadüf olunması aiddir. Termik yanıqlar atom partlayışı zamanı şüalanma, yanğın zamanı alov təsirindən, yandırıcı qarışıqların təsirindən, mexaniki zədələnmələr isə zərbə dalğasının (məsələn, atom partlayışı, mina-partlayış zədələnmələri zamanı və i.a.) təsirindən baş verə bilər. Mexaniki zədələnmələrin ağırlıq dərəcəsi, onun lokalizasiyası, eləcə də yanığın genişliyi və dərinlik dərəcəsi termik və mexaniki zədələnmələrin patogenezinin və klinik gedişinin əsasını təşkil edir.



Şəkil 13.1 Geniş termik zədələnmə ilə kombinə olunmuş qəlpə yaralanması. Hər iki budun kömürləşməsi (şəxsi təcrübəmizdən)

Çoxsaylı və müstəqil mexaniki zədələnmələrin termik yanıqlarla kombinə olunması hallarında klinik əlamətlər bu və ya digər orqanın zədələnməsindən, yanığın səthinin genişliyindən və dərinliyindən asılı olaraq baş verir. Bu kimi hallarda yanığın şoku travmatik şokla birlikdə daha mürəkkəb şəkildə müşahidə olunur. Bu və ya digər orqanın zədələnməsi nəticəsində baş vermiş qanaxma eləcə də zədə və yanığın səthindən plazma və limfa itkisi hipovolemiyanın əmələ baş verməsinə, hemodinamikanın pozulmasına və oksigenin toxumalara çatdırılması prosesinin ləngiməsinə səbəb olur. Burada zədələnmiş orqanların yaxud yanığın səthinin funksiyasının pozulması xüsusi əhəmiyyət kəsb edir. Hipovolemiya nəticəsində zədələnmiş toxumaların və orqanların qanla təchizatının pozulması hipoksiyanın, asidozun və qanda toksik məhsulların əmələ gəlməsinə şərait yaradır. Toksinlərin zədə nahiyəsindən, yanığın səthindən və işemiyaya uğramış toxumalardan qana sorulması qaraciyər və böyrək funksiyasının pozğunluğu hallarında daha zərərli nəticələr verir. Ağır kombinəolunmuş zədələnmələr zamanı qarşılıqlı ağırlaşma sindromu xüsusilə zədələnmənin ilkin mərhələsində daha qabarıq şəkildə müşahidə olunur. Bu zaman şok (adi mexaniki və termik zədələnmələrə nisbətən) daha sürətlə inkişaf edir və ağır gedişə malik olur.



Şəkil 13.2 Termik yanığın ağır formalı kəllə-beyin zədələnməsi (şəxsi təcrübəmizdən)

Mexaniki zədələnmələr və yanıqlar birlikdə əlamətlərin daha ağır keçməsinə şərait yaratmış olur. Xüsusilə boşluqların və dayaq aparatının geniş şəkilliyində əvvəllər travmatik şokun üstünlüyü ilə keçən proses sonralar yanığın şokunun daha ağır və uzun sürməsinə gətirib çıxarır. Bu, yaralıların travmatik şokdan çıxdıqdan sonra belə, prosesin davam etməsinə səbəb olur.

13.4.1. KOMBİNƏOLUNMUŞ MEXANİKİ VƏ TERMİK ZƏDƏLƏNMƏLƏR ZAMANI YARDIMIN HƏYATA KEÇİRİLMƏSİNİN ÜMUMİ QAYDALARI

Kombinəolunmuş mexaniki və termik zədələnmələr zamanı yardımın həyata keçirilməsi zədələnmənin xarakterindən, onun hansı tərkib hissələrdən ibarət olmasından və hansı növ zədələnmənin daha çox üstünlük təşkil etməsindən çox asılıdır. Kombinəolunmuş mexaniki və termik zədələnmələr zamanı yardımın əvvəlində prinsip etibarilə mexaniki zədələnmələrin nəticələrinin aradan qaldırılması tədbirlərinə daha çox üstünlük verilməlidir. Bura kəllə-beyin zədələnmələri, döş qəfəsi, qarın və çanaq yaralanmaları zamanı həyati göstəriş əsasında qanaxma və anaerob infeksiyaya qarşı yerinə yetirilməsi nəzərdə tutulan operativ tədbirlər daxildir. Yanıq zədələnmələrində adəti üzrə erkən operativ müdaxilələrin yerinə yetirilməsinə ehtiyac qalmır; istisna hallarda yalnız ətraf, boyun və döş qəfəsinin sirkulyar dərin yanıqlarında boylama istiqamətli nekrotomiyaların aparılması lazım gəlir. Yanıq şoku və travmatik şoka qarşı müalicə tədbirləri operativ müdaxilədən əvvəl, operativ müdaxilə zamanı və ondan sonrakı müddətlərdə fasiləsiz şəkildə yerinə yetirilməlidir.

Kombinəolunmuş mexaniki və termik zədələnmələr zamanı şoka qarşı həyata keçirilən tədbirlər zədələnmənin lokalizasiyasından və dominantlığından asılı olaraq aşağıdakı qaydada aparılmalıdır:

–yanıq və massiv qanaxma ilə olan zədələnmələr zamanı konservləşdirilmiş eritrositar kütlə və qan köçürülməlidir;

–əgər yanıq ciddi kəllə-beyin zədələnməsi ilə müşayiətlənsə, infuzion terapiya dehidratasion tədbirlərlə birlikdə aparılmalıdır (mannitol, laziks, maqnezium sulfat və s.-dən istifadə edilməlidir);

–yanıq və qarının daxilə keçən zədələnmələrində orqanizmə maye yalnız parenteral yolla yeridilməlidir;

–tənəffüs yollarının zədələnməsi ilə müşayiətlənən yanıq şokları zamanı da infuzion terapiya yerinə yetirilməlidir. Nəfəs yollarının yanıqlarının döş qəfəsinin mexaniki zədələnmələri ilə müşayiətləndiyi hallarda zədələnmə olan tərəfdə vaqosimpatik novokain blokadası aparılmalı, kəskin tənəffüs çatmamazlığı hallarında traxeostoma qoyulmalı və nəfəs yolları sanasiya olunmalıdır;

– yanıqların ətraf sınıqları ilə müşayiətləndiyi hallarda da ətrafın fiksasiyası nəzərdən qaçırılmamalıdır. Bu, mexaniki zədələnmənin təsirini azaldır, yaralılara qulluğu, eləcə də yanığın müalicəsini asanlaşdırır.

Mexaniki zədələnmənin nəticələri aradan qaldırıldıqdan sonra dərin yanıqlarla əlaqədar sıradan çıxmış toxumaların bərpası məsələsi ön plana keçməli, müalicə kompleks şəkildə yerinə yetirilməlidir.

Reparativ proseslərin sürətləndirilməsi, zədə və yanıq xəstəliyinin qarşısının alınması, yaxud onun gedişinin yüngülləşdirilməsi məqsədilə antibakterial və infuzion-transfuzion terapiyanın aparılması vacibdir. Müalicədə kortikosteroidlərdən, anabolik hormonlardan və orqanizmin immun qabiliyyətini artıran dərman vasitələrindən geniş istifadə edilməlidir. Nekrotik toxumaların ayrılması (kənarlaşması) məqsədilə nekrolitik vasitələrdən (40%-li salisil məlhəmi, proteolitik fermentlər) istifadə edilməli, nekrektomiya tətbiq edilməli, yanıq, yaxud dərinin zədə nahiyəsi nekrotik toxumalardan tam təmizləndikdən sonra dəri plastikası həyata keçirilməlidir.

13.4.2. KOMBİNƏOLUNMUŞ MEXANİKİ VƏ TERMİK ZƏDƏLƏNMƏLƏR ZAMANI MƏRHƏLƏLİ YARDIMIN TƏŞKİLİ VƏ HƏYATA KEÇİRİLMƏSİ QAYDALARI

İlk və həkiməqədərki yardım. Bu, bilavasitə hadisə yerində yerinə yetirilməlidir. Bura aşağıdakılar daxildir:

- yanan paltarların söndürülməsi;
- xarici qanaxmaların saxlanması; yanıq səthinin sarınması;
- şpris-tubiklə analgetiklərin yeridilməsi;
- zədələnmiş ətrafa nəqliyyat şinlərinin qoyulması (ətrafların fiksasiyası);

–əks göstəriş olmadıqda susuzluğun aradan qaldırılması (yaralılara maye içirilməsi).

İlk həkim yardımı. Bura təxirəsalınmaz və təxirə salına bilən tədbirlər daxildir. Təxirəsalınmaz tədbirlər aşağıdakılardır:

- xarici qanaxmanın saxlanılması;
- ətraflara qoyulmuş turnalara nəzarət;
- şok əleyhinə tədbirlərin yerinə yetirilməsi;
- açıq pnevmotorakslarda okluzion sarğıların qoyulması;
- gərgin pnevmotorakslar zamanı plevra boşluğunun qalın iynə ilə punksiyası.

İlk həkim yardımının təxirə salına bilən tədbirlərinə daxildir:

- əks göstəriş olmadıqda yaralılara duz-qələvi mayelərin içirilməsi;
- qoyulmuş sarğılara və nəqliyyat fiksasiyasına düzəlişlər verilməsi; – əvvəlki mərhələlərin nöqsanların aradan qaldırılması;
- antibiotiklərin və tetanus əleyhinə zərədlərin yeridilməsi;
- novokain blokadalarının aparılması;

İxtisaslı cərrahi yardım. Bura həyat üçün təhlükəli nəticələrin aradan qaldırılması, fəsadlaşmaların qarşısının alınması istiqamətində aparılan kompleks cərrahi və reanimasiya tədbirləri, o cümlədən:

- qanaxmanın tam saxlanılması;
- asfiksiyanın aradan qaldırılması;
- beynin kompressiyasının ləğv edilməsi;
- gərgin pnevmotoraksların və hemotoraksların, ürəyin tamponadasının ləğv edilməsi, lazım gəldikdə torakotomiyanın həyata keçirilməsi;
- qarının daxilə keçən yaralanmalarında laparotomiyanın aparılması;
- anaerob infeksiyalar zamanı lampas kəsiklərin aparılması;
- ətrafın üzülməsi, yaxud tam sıradan çıxdığı hallarda amputasiyaların aparılması;
- travmatik və yanıq şokunun kompleks terapiyasının aparılması;
- boynun və döş qəfəsinin sirkulyar (dairəvi) yanıqlarında nəfəs çatmamazlığı hallarında və ətrafların sirkulyar yanıqlarında qan dövranının pozulması hallarında boylama istiqamətli nekrotomiyaların aparılması daxildir.

İxtisaslaşdırılmış cərrahi yardım. Bura kombinə olunmuş yanıqlar və mexaniki zədələnmə hallarında yaralı və xəstələrin ixtisasauyğun həyata keçirilən kompleks diaqnostik, cərrahi və reanimasiya tədbirləri daxildir. Müalicə yanığın, yaxud mexaniki zədələnmələrin dominantlığından asılı olaraq, profilə uyğun arxa cəbhə hospitallarında, yaxud klinikalarda tam axıra qədər həyata keçirilməli və hərbi-həkim ekspertizası ilə başa çatdırılmalıdır.

Beləliklə, kombinə olunmuş yaralanmalar eyni zamanda orqanizmə bir neçə amilin birgə təsiri nəticəsində baş verdiyindən yaralılarda vəziyyəti adi halda olduğundan daha ağır keçir. Qarşılıqlı ağırlaşma sindromu baş verir. Bu halda fəsadlaşmalar və ölüm halları daha çox təsadüf edir. Kombinə olunmuş yaralanmalar və zədələnmələr zamanı müalicə və təxliyə tədbirlərinin yerinə yetirilməsi çətinləşir. Yaralılarda müalicədə əlavə diaqnostik və müalicə vasitələrinin tətbiqi lazım gəlir. Yaralanmaların mürəkkəbliyi həmçinin eyni yaralıya bəzən bir neçə mütəxəssisin birgə nəzarətini tələb edir.

Kombinasiyaların xarakterindən asılı olaraq, həyata keçirilən müalicə tədbirləri Hərbi Tibbi Doktrinanın tələbatına uyğun şəkildə yerinə yetirilməli, müalicə-təxliyə tədbirləri hər bir mərhələdə tələbatına uyğun şəkildə təşkil olunmalıdır.

BAŞIN ODLU SİLAH YARALANMALARİ VƏ ZƏDƏLƏNMƏLƏRİ

TƏDRİS SUALLARI

- 14.1. Baş yaralanmaları və zədələnmələrinin təsnifatı
- 14.2. Açıq zədələnmələr
 - 14.2.1. Başın odlu silah yaralanmaları
 - 14.2.2. Başın qeyri-odlu silah yaralanmaları
- 14.3. Başın qapalı zədələnmələri (qapalı kəllə-beyin zədələnmələri)
- 14.4. Baş yaralanmaları və zədələnmələrinin (kəllə-beyin zədələnmələrinin) diaqnostikası və müalicəsinin təşkili
 - 14.4.1. Baş yaralanmalarında yaraların cərrahi işlənilməsi qaydaları
- 14.5. Kəllə-beyin yaralanmalarının (zədələnmələrinin) fəsadlaşmaları
 - 14.5.1. Kəllə-beyin zədələnmələri zamanı iltihabi fəsadlaşmaların profilaktikası və müalicəsi
- 14.6. Kəllə-beyin zədələnmələri zamanı mərhələli yardımın təşkili və həyata keçirilməsi qaydaları

14.1. BAŞ YARALANMALARİ VƏ ZƏDƏLƏNMƏLƏRİNİN TƏSNİFATI

Dünya hərbi-tibbi praktikasında kəllə-beyin zədələnmələrinə aid bir çox təsnifatlar məlum olsa da, bunlardan ən çox tətbiq olunanı 1) keçmiş Sovet və Varşava müqaviləsi blokunun hərbi-tibbi doktrinasının təsnifatı, 2) Amerikan və NATO sistemi hərbi tibbi doktrinasının təsnifatı və 3) Amerikan cərrahlar cəmiyyətinin təklif etdiyi təsnifat daha geniş şəkildə tətbiq olunur.

KEÇMİŞ SOVET VƏ VARŞAVA MÜQAVİLƏSİ HƏRBİ BLOKUNUN TİBBİ
DOKTRİNASININ TƏSNİFATI

KƏLLƏ-BEYİN ZƏDƏLƏNMƏLƏRİ

I. AÇIQ ZƏDƏLƏNMƏLƏR:

ODLU SİLAH YARALANMALARİ:

Yumşaq toxumaların zədələnməsi

Ekstradural zədələnmələr

İntradural (daxiləkeçən) yaralanmalar

MEXANİKİ ZƏDƏLƏNMƏLƏR:

Skalp yaralanmalar

Ekstradural zədələnmələr

İntradural zədələnmələr

II. QAPALI ZƏDƏLƏNMƏLƏR:

BEYİN SİLKƏLƏNMƏSİ:

Yüngül dərəcəli beyin silkələnməsi

Orta ağırlıqlı beyin silkələnməsi

BEYİN ƏZİLMƏSİ:

Yüngül dərəcəli beyin əzilməsi

Orta ağırlıqlı beyin əzilməsi

Ağır dərəcəli beyin əzilməsi
BEYİN SIXILMASI:
Ekstradural hematomalar
İntradural hematomalar
Beyindaxili hematomalar

AMERİKAN VƏ NATO HƏRBİ BLOKUNUN TİBBİ DOKTRİNASININ TƏSNİFATI

SKALP ZƏDƏLƏNMƏLƏR

AÇIQ:

Deşilmiş

Cırılmış

Parçalanmış

QAPALI:

Əzilmə

KƏLLƏ ZƏDƏLƏNMƏLƏRİ:

Basılmış sınıqlar

Qəlpəli sınıqlar

Xətti sınıqlar

BEYİN ZƏDƏLƏNMƏSİ:

AÇIQ:

Daxiləkeçən zədələnmə

QAPALI:

Diffuz parenximal zədələnmə

Fokal kəllədaxili hematomalar

a) ekstradural

b) subdural

c) beyindaxili hematomalar

AMERİKAN CƏRRAHLAR CƏMİYYƏTİ ASSOSİASİYASININ TƏSNİFATI

DAXİLƏ KEÇMƏSİNƏ GÖRƏ:

Daxilə keçən

Daxilə keçməyən

AĞIRLIQ DƏRƏCƏSİNƏ GÖRƏ:

Yüngül – QKŞ 14 –15

Orta ağırlıqlı – QKŞ 9 - 13

Ağır QKŞ 3 – 8

ZƏDƏLƏNMƏ NAHIYƏSİNƏ GÖRƏ:

Kəllə tağı zədələnməsi

Kəllə əsası zədələnməsi

İNTRAKRANİAL ZƏDƏLƏNMƏLƏR

FOKAL:

Epidural

Subdural

İntraserebral

DIFFUZ:

Yüngül beyin silkələnməsi

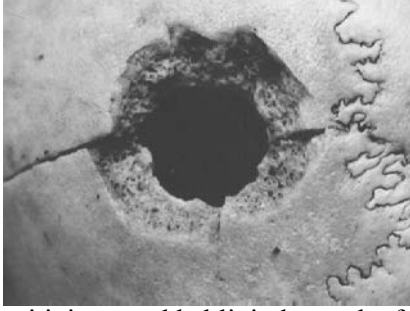
Klassik formalı beyin silkələnməsi

Diffuz aksonal zədələnmə

14.2. AÇIQ ZƏDƏLƏNMƏLƏR

14.2.1. BAŞIN ODLU SİLAH YARALANMALARINI

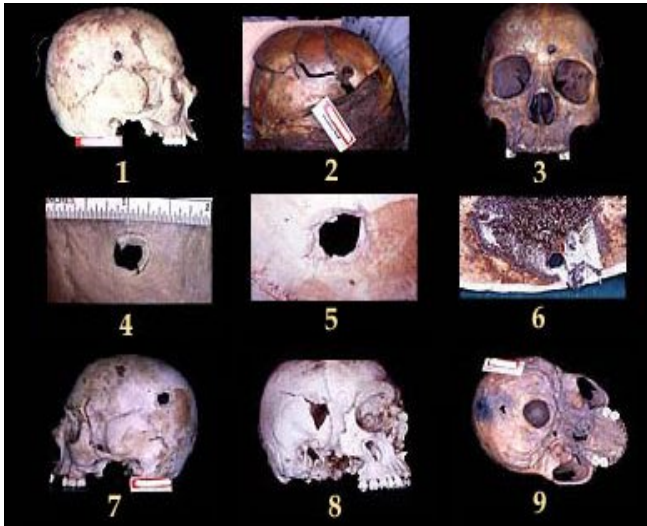
Başın odlu silah yaralanmaları və zədələnmələri İkinci Dünya müharibəsində 5,2-dən 7%-ə qədər, Vyetnam müharibəsində 11,8%, Əfqanıstan müharibəsində başın sifətlə birlikdə yaralanması 8,9%-dən 16,2%-ə qədər təsadüf edilmişdir. Qarabağ müharibəsində bu cür yaralanmalar bütün odlu silah yaralanmalarının 9,9%-nə bərabər olmuşdur.



Şəkil 14.1 Təpə sümüyünün deşikli sınığı

Odlu silahın getdikcə təkmilləşməsi baş yaralanmalarının da artmasına səbəb olmuşdur. Eyni zamanda yaralanmalar döyüş şəraitinin mürəkkəbliyindən, relyef, atmosfer şəraitindən və i.a. asılı olaraq müxtəlif şəkildə müşahidə oluna bilər. Qeyd etmək lazımdır ki, düşmənlər vacib yüksəklikləri aldıqdan sonra (1993/94-cü illərdə) relyef şəraitindən asılı olaraq başın güllə yaralanmaları daha çox təsadüf edilmişdir. Bu, həmçinin əsgərlərin başlarına dəbilqə taxmamaları ilə də əlaqədar idi.

Baş yaralanmaları aşağıdakı formalarda rast gəlinir: a) yumşaq toxumaların odlu silah yaralanması; b) kəllənin daxilə keçməyən (ekstradural) yaralanması; bu zaman sümüklərdə sınıq (zədə) olmasına baxmayaraq, beyin sərt qişası öz təmliğini saxlamış olur; c) intradural (daxiləkeçən) yaralanmalar –bu halda sümüklərlə bərabər beyin qişaları və beyin toxuması da zədələnir.



Şəkil 14.2 Başın odlu silah yaralanmaları zamanı kəllə sümüklərinin müxtəlif formalı zədələnmələri



Şəkil 14.3 Ağır formalı kəllə-beyin yaralanması (x/t 2401)



Şəkil 14.4 Sifət və ağır formalı kəllə-beyin yaralanması olan yaralı (x/t 2507)



Şəkil 14.5 Sifət və kəllə-beyin yaralanması olan yaralı (x/t 3296)

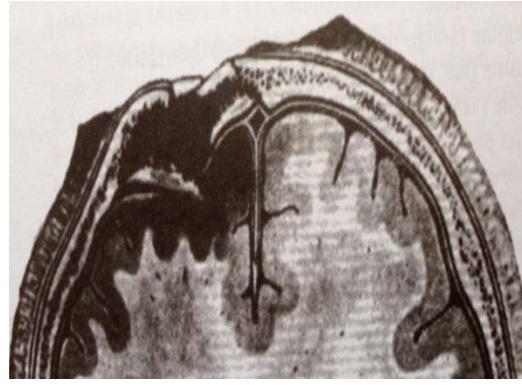
Kəllənin odlu silah yaralanmaları yara kanalının xarakterinə görə kor, toxunan, dəlib-keçən, dəyib-qayıdan (sərpən—rikoşet) ola bilər. Yara kanalının kəllə boşluğuna olan nisbətində görə yaralanmalar radiar, segmentar və diametral formada təsadüf edilir (Şəkil 14.6). Odlu silahın növünə görə baş yaralanmaları güllə, qəlpə; xaraktercə solitar (təksaylı) və çoxsaylı olur. Yaralanmalar nahiyəsinə görə alın, təpə, gicgah, ənsə və s. nahiyələrin zədələnməsi şəklində aşkarlanır. Yaralanma beynin sağ, yaxud sol yarısını, parasagittal sahəni, yaxud hər iki beyin yarımkürəsini əhatə edə bilər. Kəllə sümüklərinin sınığı formaca natamam, xətti, basılmış, dağılmış, deşilmiş və qəlpəli şəkildə ola bilər.

Kəllə daxilinə keçən odlu silah yaralanması başın yumşaq toxuması, kəllə sümükləri və beyin qişalarının da zədələnməsi hesabına baş verir. Yara kanalı odlu silahın növündən asılı olaraq müxtəlif formalı ola bilər. Yaralanma zamanı beynin müxtəlif sahələri bu və ya digər dərəcədə zədələnsə də, beyin kötüyü və beynin dərin qatlarının zədələnmələri daha ağır zədələnmələrə daxildir.

Kəllə-beyin zədələnmələri zamanı yaralıların ağırlıq dərəcəsi ilk növbədə odlu silahın birbaşa təsiri ilə əlaqədardır. İlk nekroz və qansızmalar və beynin patoloji reaksiyası —beyin ödem, qan və likvor dövründəki pozğunluq özünü mərkəzi sinir sistemində ləngimə şəklində göstərir.



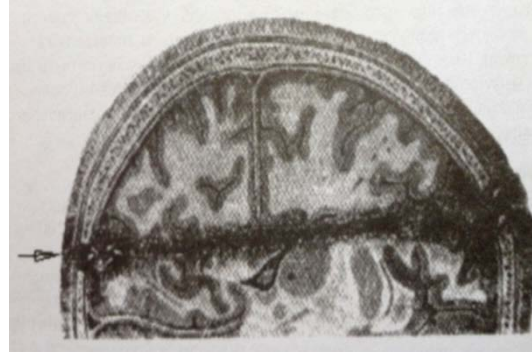
a)



b)



c)



d)

Şəkil 14.6 Kəllə-beyin odlu silah yaralanmalarının təsadüf edən formaları: a) Daxilə keçməyən sümük zədələnməsi, b) Toxunan istiqamətli zədələnmə, c) Seqmentar və d) Diametral tipli zədələnmə

Beyin hüceyrəsinin zədəyə qarşı reaksiyası nəinki beyin qabığında və qabıqaltı nahiyələrdə, eyni zamanda beyin kötüyündə də baş verir və bu, həyati vacib mərkəzlərin sıradan çıxmasına səbəb olur. Beynin ödemə beyin toxumasında su mübadiləsinin pozğunluğu ilə əlaqədardır. Bu əlamətlərin kəskin inkişafı zamanı dəyişikliklər beyin kötüyünə sirayət edərək, kəskin tənəffüs çatmamazlığı, ürək-damar fəaliyyətində ciddi pozğunluqlar və ifliclərin əmələ gəlməsilə təzahür edilir.

Qan dövranının pozğunluğu nəticəsində oksigenə daha həssas beyin hüceyrələrində oksigen açlığı baş verir, beyin toxumasının hipoksiya əlamətləri meydana çıxır. Beyin mədəciklərində və onurğa beyində likvorun artması və mayenin beyin qişaları vasitəsilə qan dövrəsinə sorulması nəticəsində ciddi pozğunluqlar baş verir; beyin hidropsu meydana çıxır. Beyindəxili təzyiq yüksəlir. Kəllə əsasının sınıqlarında likvorun bazal hissədən kənara axması nəticəsində beyindəxili təzyiqin kəskin azalması baş verir.

Kəllədəxili təzyiqin artması bir növ yaraya infeksiyanın döşməsinin qarşısını alsa da, yaranın birincili cərrahi işlənməsindən sonra beyində pulsasiyanın bərpası ilə əlaqədar subaraxnaldal sahənin açılması beyində infeksiyanın yayılması ehtimalını artırır. Kəllə daxilə keçən yaralanmaların klinikası ilk növbədə beyində gedən ləngimə və huşun itməsi ilə özünü göstərir. Huşun itməsi bir neçə dəqiqədən bir neçə sutkaya qədər davam edə bilər. Zədələnmənin ağırlıq dərəcəsi asılı olaraq bu, soparoz və dərin komatoz vəziyyətlərlə müşahidə oluna bilər. Yüngül hallarda beyin kötüyünün funksiyası bərpa olunur və proqnoz yaxşı olur. Huşun dərin pozğunluğu hallarında isə tənəffüs və udma aktının, ürək-damar fəaliyyətinin pozğunluğu baş verir. Bəbəklərin işığa qarşı reaksiyasının itməsi, gözün hərəkəti sinirinin iflici, sfinktorların sıradan çıxma halları müşahidə olunur. Proqnoz az ümidverici olur. Eyni zamanda qusma, psixomotor oyanma, getdikcə artan bradikardiya meydana çıxır.

Kəllə daxilə və beyinə keçən yaralanmaların klinik əlamətləri beyində baş verən patoloji prosesin dinamikasından asılı olaraq dəyişə bilər. Yaralanmanın ilk saatları və günündə ümumi beyin əlamətləri lokal əlamətlərə nisbətən üstünlük təşkil edir. Burada həkimin nəzəri huşun, tənəffüsün, ürək fəaliyyətinin vəziyyəti və udğunma aktının pozulma əlamətlərinə doğru yönəlməlidir. Yaralı ilə münasibət yaradılmasına cəhd göstərmək vacibdir. Onun harada olmasını dərk etməsi, yaralanmanın hansı şəraitdə baş verməsi, huşun itmə müddətinin uzun, yaxud qısa olması, qusmanın, qıcolmalar və iflicin

aşkarlanması xüsusi əhəmiyyət kəsb edir. Huşsuz vəziyyətdə olan yaralılarda yaranın müayinəsi zamanı qanaxma, yaxud likvorun xaric olmasına, yarada beyin toxumasının və iltihab əlamətinin olmasına xüsusi diqqət yetirilməlidir. Bəbəklərin genişliyi və işığa qarşı reaksiyası yoxlanılmalıdır. Buynuz refleksinin itməsi beyin kötüyündə ciddi dəyişikliyə sübutdur. Ağrı refleksinin vəziyyəti, udma aktının saxlanması, patoloji reflekslərin olub-olmamasının öyrənilməsi də vacib şərtlərdəndir.

Zədələnmənin ilk saatlarında yaralının huşunun olmadığı vəziyyətdə lokal əlamətlərin təyin edilməsi bəzən çətinlik törədir. Ətrafların iflic vəziyyəti, onun yuxarı qaldırılıb buraxılması ilə təyin edilir. Əgər ətraf iflicdirsə birdən-birə aşağı düşür, sağlam tərəfdə isə ətraf tədricən aşağı sallanılır. Habelə ağrı hissiyyatının təyini zamanı da qıcığa qarşı hərəkətin olmasını yoxlamaq mümkündür. Yaralının huşu bərpa olduqdan sonra (bu adətən 2-3 gündən sonra mümkün olur), lokal əlamətlər ön plana keçir və buradan beyin zədələnməsinin ikinci dövrü –ilkin reaksiyalar və fəsadlaşma dövrü başlayır. Bu dövr adətən 3 sutkadan 3-4 həftəyə qədər davam edir. Bu dövrdə hərəkət və hissiyyat pozğunluğunun, nitqin, görmə və eşitmə reflekslərin pozulma halı və i.a. aşkar olunur. Beyin qişalarının qıcıqlanma əlamətləri: ənsə əzələsinin riqidliyi, Kerniq, Brudzinski, Qiye əlamətləri yoxlanılmalıdır. Bunlar subaraxnoidal qansızma, yaxud meningitin olmasını göstərir. Meningit zədələnmədən 7-14 gün sonra beyində travmatik ödem azalması, subaraxnoidal sahənin açılması və infeksiyanın yayılması ilə daha çox əlaqədar olaraq baş verir. 3-4 həftədən sonra yara sahəsində çapıqlaşma prosesi gedir, infeksiya ocağı məhdudlaşır, beyində yara kanalı ətrafında bioloji baryer sahəsi əmələ gəlir. Prosesin qənaətbəxş keçirdiyi hallarda sağalma baş verir. Sağalmada başlıca şərt yaralıya yardımın vaxtında və düzgün həyata keçirilməsindən, eləcə də yaranın birincili cərrahi işlənməsinin düzgün həyata keçirilməsindən və operativ müdaxilədən sonrakı dövrün lazımı qaydada idarə olunmasından da çox asılıdır. Əks təqdirdə müalicənin yaxın və uzaq dövrlərində infeksiyanın baş qaldırması, beyin qişaları və toxumasında degenerativ proseslər baş verə bilər.

14.2.2. BAŞIN QEYRİ-ODLU SİLAH YARALANMALARINI

Başın qeyri-odlu silah mənşəli yaralanmaları digər mexaniki zədələnmələr nəticəsində baş verir. Bura kəsici və küt alətlərlə zədələnmələr, yol nəqliyyat hadisələri nəticəsində baş vermiş yaralanmalar və i.a. daxildir. Nüvə partlayışı zamanı zərbə dalğasının təsirindən də baş yaralanmalarının müşahidə olunması mümkündür. Axırncı hallarda baş yaralanmaları çox vaxt müştərək xarakterə malik olur. Baş yaralanmalarına başın kəsilmiş, cırılmış, əzilmiş yaralanmaları aiddir. Başın odlu silah yaralanmalarında olduğu kimi burada da baş yaralanmaları yalnız başın yumşaq toxumasının zədələnməsi, kəllə sümüklərinin zədələnməsi və beyin zədələnməsi şəklində müşahidə oluna bilər. Kəllə sümüklərinin sınıqları zamanı beyin zədələnmələri ehtimalı daha çox olur. Başın yumşaq toxumasının zədələnmələri başın kəsilmiş, çapılmış, cırılmış, parçalanmış, əzilmiş və i.a. yaralanmaları şəklində müşahidə olunur. Kəsilmiş və çapılmış yaralar kənarlarının hamar olması ilə fərqlənir. Bu, kəsici alətlər: balta, dəhrə, xəncər, bıçaq və i.a. alətlərlə törədilir. Keçmiş müharibələrdə soyuq silahlardan: qılınc, ox, əmud və s. geniş istifadə edildiyindən bu tipli yaralanmalar daha çox müşahidə olunurdu. Kəsilmiş və çapılmış dərin yaralanmalarda sümük toxuması ilə bərabər beyin də zədələnməsi mümkündür və bunlar ağır yaralanmalara daxildirlər. Əzilmiş və cırılmış yaralar isə adətən yüksəklikdən yıxılma və yol qəza hadisələri zamanı daha çox müşahidə olunur. Ağır hallarda yaralanmalar təkcə yumşaq toxumaların zədələnməsindən ibarət olmayıb, eyni zamanda daha dərinliklərə sirayət etməsi ilə fərqlənir. Həmin zədələnmələr sümük zədələnmələri ilə və onsuz müşahidə oluna bilər. Sümük zədələnmələrində bir qayda olaraq xəstələrin vəziyyəti daha ağır olur. Eyni zamanda beyin zədələnmələrinin ağırlığı sınıqlardan asılı olmaya da bilər. Yəni yaralanma beyin qapalı zədələnməsi ilə eyni vaxda baş verə bilər.



Şəkil 14.7 Yol-nəqliyyat hadisəsindən sonra başın çapılmış-cırılmış yaraları (Şəxsi müşahidələrimizdən)



Şəkil 14.8 Yol-nəqliyyat hadisəsi nəticəsində baş vermiş ağır formalı kəllə-beyin zədələnməsi

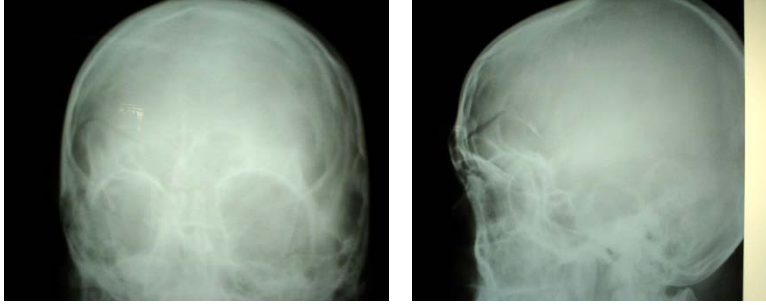
Başın qeyri odlu silah mənşəli yaralanmaları zamanı yaralıların müayinəsi və müalicəsi prinsipə odlu silah yaralanmalarında olduğundan bir o qədər də fərqlənir. Yaralılar hərtərəfli müayinədən keçirilməli, yaralanmaların xarakteri müəyyən olunmalı və müalicə taktikası təyin edilməlidir. Yaralılar ilk növbədə çeşidlənməli, kəllədaxili hematomaları olan yaralılar əməliyyat otağına təxirəsalınmadan verilməlidir. Ümitsiz yaralılara simptomatik müalicə aparılmalı, onlar ayrıca bokslarda yerləşdirilməlidirlər. Qismən yüngül yaralıların yaraları cərrahi işlənməli və onlar müşahidə altında saxlanılmalıdırlar. Xəstələrin təxliyəsi hemodinamik göstəricilər tam stabiləşdikdən sonra həyata keçirilməlidir. Ağır yaralıların təxliyəsində hava nəqliyyatından istifadə olunması daha vacibdir.



Şəkil 14.9 Yol-nəqliyyat hadisəsindən sonra zədə nahiyəsi cərrahi işlənmiş və drenaj edilmişdir

14.3. BAŞIN QAPALI ZƏDƏLƏNMƏLƏRİ (QAPALI KƏLLƏ-BEYİN ZƏDƏLƏNMƏLƏRİ)

Qapalı kəllə-beyin zədələnmələrində dəri tamlığı pozulmur. Bir sıra hallarda başın küt zədələnmələrində aponevrozaltı hematomalar nəticəsində kəllə aponevrozunun sümükdən bütünlüklə ayrılması baş verir. Bəzən aponevrozaltı sahəyə böyük həcmdə qansızmanın olması dövrən edən qanın həcmnin azalmasına (xüsusilə uşaqlarda) və yaralının vəziyyətinin ağırlaşmasına gətirib çıxarır. Bu kimi hallarda əvvəlcə zədə nahiyəsinə soyuq (buz) qoyulması məsləhətdir. Böyük hematoma sahələrində toplanmış qanın drenaj olunması lazım gəlir. Qapalı kəllə-beyin zədələnmələrində beyin, onun qişalarının, və kəllə sümüklərinin zədələnmələri dərinin tamlığı şəraitində baş verir. Qapalı kəllə-beyin zədələnmələri aşağıdakı klinik formalarda təsadüf edilir: 1. Beynin silkələnməsi (kommosiyası); 2. Beynin əzilməsi (kontuziyası); 3. Beynin kompressiyası (basılması).

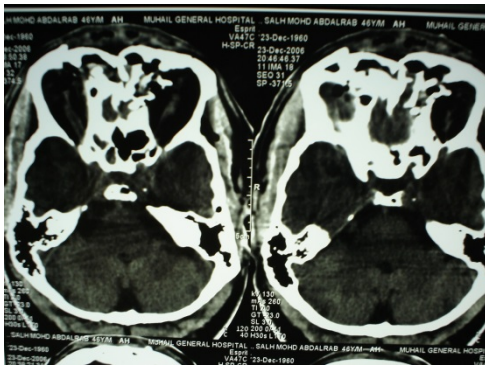


Şəkil 14.10 Alın sümüyünün sağtərəfli basılmış sınığı (şəxsi təcrübəmizdən)

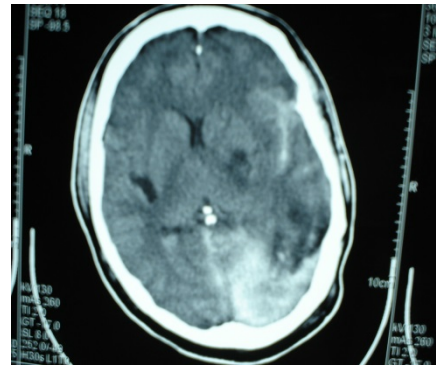
Beynin əzilməsi də öz növbəsində yüngül, orta ağırlıqlı və ağır dərəcələrdə müşahidə edilir. Beynin sıxılması da iki formada: beyin əzilməsi ilə birlikdə və onsuz müşahidə oluna bilər. Amerikan cərrahlar cəmiyyətinin fikrincə kəllədaxili zədələnmələr fokal və diffuz şəkildə müşahidə oluna bilər. Fokal zədələnmələrə epidural, subdural, beyindəxili hematomalar aiddir. Diffuz zədələnmələrə yüngül və orta dərəcəli beyin silkəlməsi və beyin əzilməsi aiddir. Beyin əzilməsi subdural hematomalarla birlikdə də müşahidə oluna bilər.

Beyin silkəlməsi – klinik olaraq huşun qısa müddət ərzində (bir neçə dəqiqə) itməsi ilə özünü göstərir. Retroqrad amneziya və qusma müşahidə olunur. Huş bərpa olduqdan sonra xəstələrin şikayəti adi başağrılarından, başgicəllənmədən, ümumi zəiflikdən, qulaqlarda küyün olmasından, yuxunun pozulması, tərləmədən və digər vegetativ dəyişikliklərdən ibarət olur. Gözün yanlara hərəkəti zamanı ağrılar, vestibulyar hissiyyatın artması qeyd edilir. Nevroloji müayinədə bəzən dəri və vətər reflekslərinin asimmetrik pozğunluğu və zəif müşahidə olunan nistaqm aşkar olunur. Spinal punksiyada likvorun təzyiqi adətən normal olur. Kəllə sümüklərinin tamlığı pozulmur. Sağalma 2-3 həftəyə funksiyaların tam bərpası ilə başa çatır.

Amerikan cərrahlar cəmiyyətinin fikrincə beyin silkəlməsi yüngül və klassik şəkildə müşahidə olunur. Yüngül beyin silkəlməsinin əlamətləri huşun müəyyən müddət itməsi və amnezianın olmasıdır. Beyin silkəlməsinin ağırlıq dərəcəsi huşun itmə müddətindən asılıdır. Huşun itməsi ötəri (transient) və davamlı ola bilər. Beyin silkəlmələri zamanı huşun itməsi 6 saatdan artıq olmur. Klassik şəkilli beyin silkəlməsi huşun itməsinin uzun çəkməsi (6 saata qədər) və amnezianın daha çox davam etməsi ilə fərqlənir. Zədələnmədən sonra yaddaş zəifliyi, başgicəllənmə, ürəkbulanma və qusmanın olması, qoxu hissiyyatının itməsi əlamətləri müşahidə oluna bilər. Bütün bunlar bəzən xəstələrin əmək və döyüş qabiliyyətinin müəyyən müddət itməsinə səbəb olur.



a)



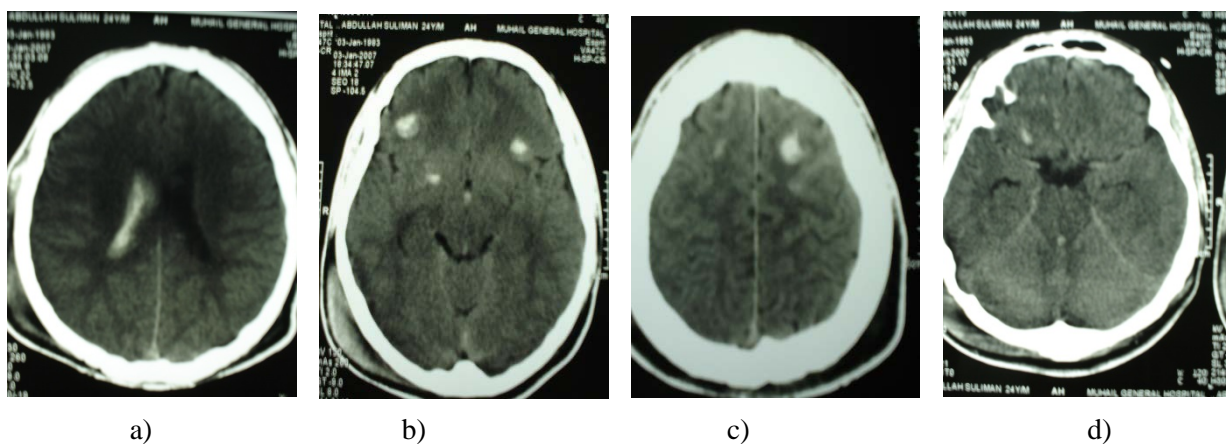
b)

Şəkil 14.11 a) Alın sümüyünün ikitərəfli sınığı və alın cibinin zədələnməsi olan xəstənin kompüter tomoqrafiyası ; b) Beynin ənsə payının geniş hemorragik kontuziyası (şəxsi təcrübəmizdən)

Beynin əzilməsi – silkəlmədən onunla fərqlənir ki, burada zədə nahiyəsində bu və ya digər dərəcədə makroskopik dəyişikliklər qeyd edilir. Əzilmələr əsasən alın və gigah paylarında müşahidə olunsa da, bu, bəzən beyin digər paylarında, beyində və beyin kötyündə də müşahidə oluna bilər. Bu dəyişikliklər beyin toxumasına kiçik qansızmalardan tutmuş, onun hissəvi parçalanması və nekrozuna qədər gətirib çıxara bilər. Əzilmə sahələri beyin zərbə və əks-zərbə hissələrində daha çox müşahidə

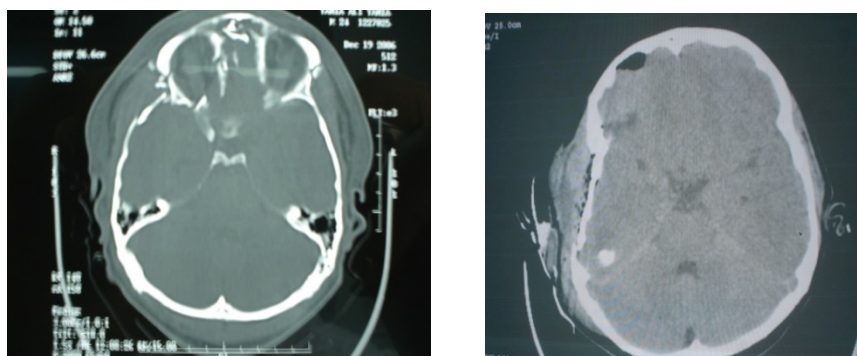
edilir. Əzilmə sahələrində müəyyən vaxtdan sonra hematomalar əmələ gələ bilər, yaxud əksinə, hematoma sahəsində əzilmə ocaqları aşkar oluna bilər.

Beynin yüngül dərəcəli əzilmələrində huşun itməsi bir neçə dəqiqədən bir saata qədər olur. Huş bərpa olduqdan sonra xəstənin şikayəti beynin silkələnməsində olduğu kimidir. Yəni başağrılar, ürəkbulanma, qusma və i.a. müşahidə olunur. Bir qayda olaraq retroqrad amneziya baş verir, qusmalar nisbətən çox olur. Həyati (vital) funksiyalar pozulmur. Tənəffüs pozğunluğu olmur, bədən temperaturunda ciddi dəyişiklik qeyd edilmir. Nəbzın ləngiməsi, yaxud tezləşməsi, zəif arterial hipertenziya müşahidə oluna bilər. Ciddi xarakter daşımayan nevroloji ocaqlı dəyişikliklər, o cümlədən klonik nistaqm, yüngül anizokariya, ətrafların zəif parezi, ənsə əzələsinin gərginləşməsi, Kerniq əlaməti zədələnmənin 2-3-cü həftələrində zəifləyir, yaxud aradan qalxır. Beynin yüngül əzilməsi hallarında kəllə tağında sınıqlar və zəif subaraxnoidal qansızmalar müşahidə oluna bilər.



Şəkil 14.12 Ağır kəllə-beyin zədələnməsi olan xəstənin kompüter tomoqramması. a) Sağ mədəcikdaxili qansızma; b-c) Beynin çoxsaylı kontuziyası (əzilməsi); d) Subaraxnoidal qansızma (Şəxsi təcrübəmizdən)

Beynin orta dərəcəli əzilməsində huşun itməsi 50-60 dəqiqədən tutmuş, 4-6 saata qədər davam edə bilər. Bu zaman uzun çəkən retroqrad və antraqrad amneziya baş verir. Başağrılar kəskin və davamlı, qusmalar olur. Psixi pozğunluqlar aşkarlanır. Həyati funksiyaların pozulması bradikardiya (dəqiqədə 45-50 vuruğu), yaxud taxikardiya (dəqiqədə 110-120 vuruğu), maksimal arterial təzyiqin 170-180 mm c.s.-na qədər yüksəlməsi, tənəffüsün tezləşməsi (dəqiqədə 30-a qədər) şəklində müşahidə olunur. Tənəffüs ritmində və nəfəs yollarının keçiriciliyində pozğunluq halları qeyd edilmir. Bədən temperaturu adətən subfebril olur. Meningial əlamətlər aydın şəkildə aşkar olunur. Beynin əzilmə nahiyəsindən asılı olaraq, bəbək reflekslərində və gözün hərəkəti funksiyasında pozğunluqlar, ətrafların parezi, hissiyyat və nitq pozğunluqları müşahidə olunur. Yerli nevroloji əlamətlər 3-5 həftə ərzində zəifləyərək tədricən aradan qalxır. Bəzən bu əlamətlər xeyli müddət davam edə bilər. Beynin orta dərəcəli əzilmələrində kəllə tağının, yaxud kəllə əsasının sınıqları və subaraxnoidal qansızmalar müşahidə oluna bilər. Onurğa beyni mayesinin təzyiqi 210-300 mm su sütününə qədər yüksəlir. Qeyd etmək lazımdır ki, bu tipli zədələnmələr xarici ədəbiyyatda diffuz aksonal zədələnmələr başlığı altında verilir.

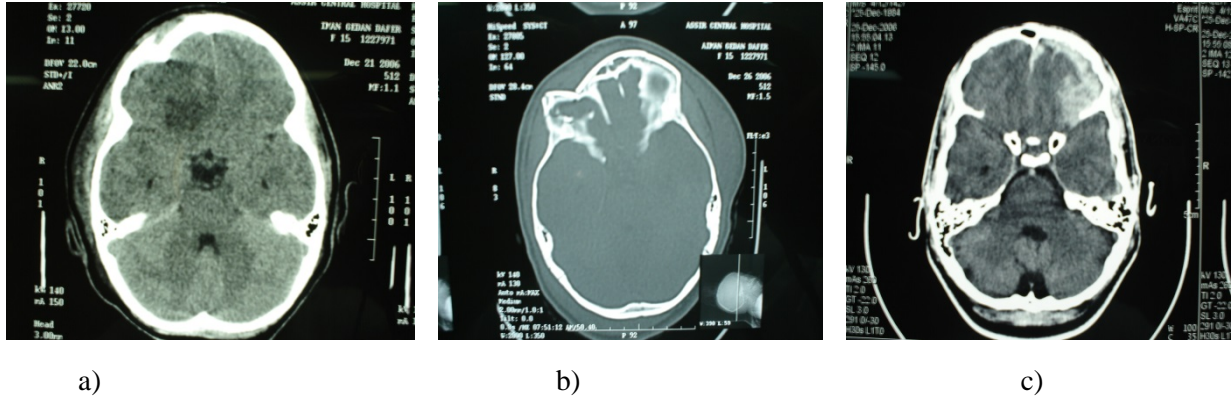


Şəkil 14.13 Ağır kəllə-beyin zədələnməsi olan xəstənin kompüter tomoqramması. Sağ gicgah sümüyünün sınığı və beynin əzilmə əlamətləri qeyd edilir (Şəxsi təcrübəmizdən)

Beynin ağır dərəcəli əzilməsi zamanı huşun itməsi bir neçə saatdan bir neçə sutkaya kimi və daha artıq müddətlərdə müşahidə oluna bilər. Çox vaxt hərəkətə oyancılıq qeyd edilir. Həyati (vital) funksiyaların ağır pozulması halları müşahidə olunur. Bura kəskin bradikardiya (nəbz sayı 40-dan aşağı olur), yaxud taxikardiyanın (ürək vuruqlarının sayı 120-dən yuxarı olur) olması aiddir. Eyni zamanda arterial təzyiğin yüksəlməsi və aritmiya qeyd edilir. Tənəffüs pozğunluqları özünü taxipnoe (tənəffüsün sayı dəqiqədə 30-40-a çatır), yaxud bradipnoe (tənəffüsün sayı dəqiqədə 8-10 olur) və tənəffüs ritmi və nəfəs yollarının keçiriciliyinin pozğunluğu şəklində özünü göstərir. Bədənin temperaturu xeyli yüksəlmiş olur. Beyin kötüyü əlamətləri özünü göz almalarının üzücü hərəkətləri, diqqətin yayınması, nistaqmin olması, udğunma aktının pozğunluğu, bəbəklərin genişlənməsi, yaxud daralması, vertikal və horizontal çəpgözlük, əzələ tonusunun itməsi, vətər tonusunun yayılmış şəkili pozğunluğu və patoloji reflekslərin meydana çıxması şəklində göstərir. Yayılmış, yaxud lokal qıcolmalar baş verir. Bütün bunlar beyin mədəciklərinə qansızma və qabıqaltı nüvələrin sıradan çıxması ilə əlaqədar olaraq baş verir. Göz almasının aşağı və yanlara üzücü hərəkəti "Down and out position of the eye" III cüt beyin siniri mərkəzinin zədələnməsini göstərir. Bəbəyin işığa qarşı reaksiyası həmin gözdə deyil, əks tərəfdə müşahidə olunması görmə sinirinin zədələndiyini göstərir (Moncus-Gunn pupil)

Kəllə-beyin zədələnmələrində bəbəyin genişlənməsi gözün hərəkət siniri mərkəzinin (n. oculomotorius) təzyiqlə məruz qalması nəticəsində baş verir. Təzyiğin artması III sinirin tam iflici ilə nəticələnə bilər. Bu zaman göz alması aşağı və yana meyl edir ("down and out"). Zədə tərəfdə anizokariya, əks tərəfdə hemiplegiya baş verir. Bu kontralateral hemiplegiya adlanır və likvor itgisi ilə əlaqədar beyin aşağı enməsi nəticəsində baş verir. İntrakranial hematomalarda hemiplegiya olmaya da bilər. Bəzi hallarda hematoma orta beyin əks tərəfinə yayıla bilər. Bu halda hemiplegiya bəbəyin genişləndiyi tərəfdə müşahidə olunur. Bu, xarici ədəbiyyatda Kernohan əlaməti adlanır.

Qeyd etmək lazımdır ki, amerikalı cərrahlər cəmiyyətinin təsnifatında ağır formalı diffuz beyin zədələnməsi diffuz aksonal zədələnmələr başlığı altında verilmişdir. Bu, özünü posttravmatik koma əlamətləri ilə göstərir. Beynin ağır dərəcəli silkələnməsindən fərqli olaraq, bu zaman huşun itməsi və yaddaş pozğunluğu nəinki uzun çəkir, hətta proses bəzən beyin dekortikasiyası ilə sona yetir. Xəstələrin qan təzyiqinin özbaşına yüksəlməsi, toxuma hiperhidratasiyası və yüksək hərərin olması beyin kötüyündə olan funksional pozğunluqlara aiddir. Bu pozğunluqlar hipoksiya ilə əlaqədar olaraq daha da dərinləşir.

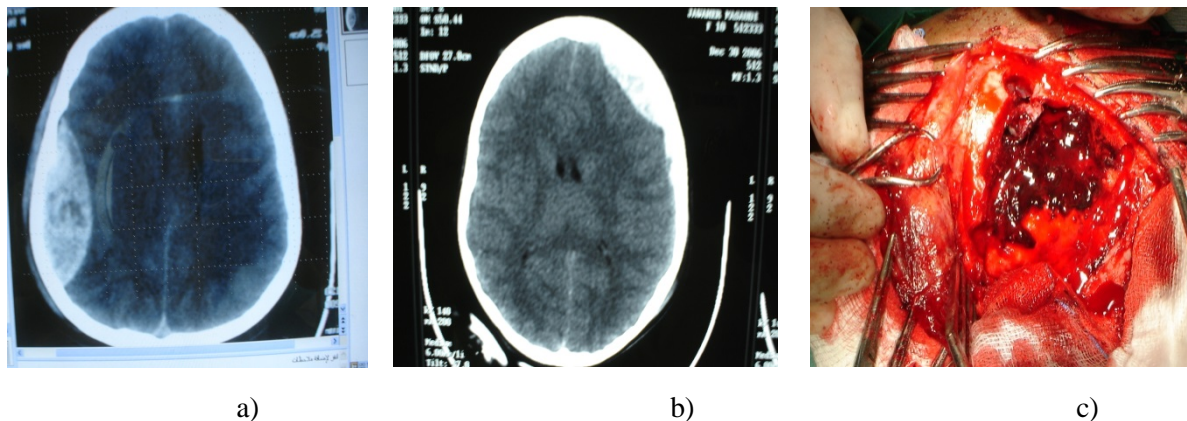


Şəkil 14.14 Ağır kəllə-beyin zədələnməsi; a) Sağ alın payının kontuziyası; b) Alın sümüyünün, göz yuvasının üst tağının sınığı; c) Sol alın payının travmatik kontuziyası (Şəxsi təcrübəmizdən)

Ağır dərəcəli beyin əzilmələrində ümumi beyin əlamətləri və yerli əlamətlər birdən-birə keçmir və çox vaxt hərəkət və psixi sferada kobud şəkili qalın əlamətləri müşahidə olunur. Ağır dərəcəli beyin əzilməsi bir qayda olaraq özünü kəllə tağının, yaxud onun əsasının zədələnməsi və massiv subaraxnoidal qansızmalar şəklində göstərir. Onurğa beyni mayesinin təzyiqi bu halda bir qayda olaraq 250-400 mm su sütununa qədər yüksəlir.

Beynin sıxılması (kompresiyası). Beyin sıxılmasının baş verməsinin əsas səbəbi epidural, subdural və beyindaxili hematomaların olması, yaxud beyin sümük fraqmentləri tərəfindən basılması nəticəsində zədə nahiyəsində perifokal ödemə gəlməsidir. Beynin sıxılması (kompresiyası) özünü ümumi beyin əlamətlərinin və beyin kötüyü funksiyasının pozğunluq əlamətləri ilə göstərir. Ümumi beyin

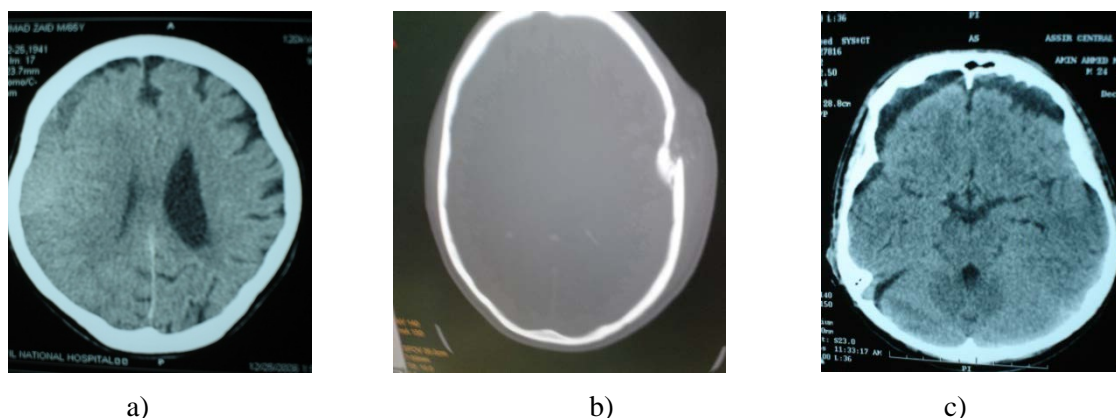
əlamətlərinə huşun itməsi, kəskin başağrıları, təkrari qusmalar və psixomotor oyancılığın olması; yerli əlamətlərə hemiparez, yaxud iflic, birtərəfli midriaz (bəbəyin genişlənməsi) və epileptik tutmalar şəklində göstərir. Beyin kötüyü əlamətlərinə getdikcə artan bradikardiya, arterial təzyiqin yüksəlməsi, diqqətin səmaya dikilməsi, tonik spontan nistaqmin və patoloji reflekslərin əmələ gəlməsi və i.a. aiddir. Beynin travmatik sıxılması (kompresiyası) zamanı sıxılmanın əmələgəlmə şəraitindən asılı olaraq “ışıqlı dövr” bəzən müşahidə olunmaya da bilər, yaxud zəif şəkildə meydana çıxma bilər.



Şəkil 14.15 EPİDURAL HEMATOMA a-b) Epidural hematoması olan xəstələrin kompüter tomografiyası c) Epidural hematoma operativ müdaxilə zamanı (Şəxsi təcrübəmizdən)

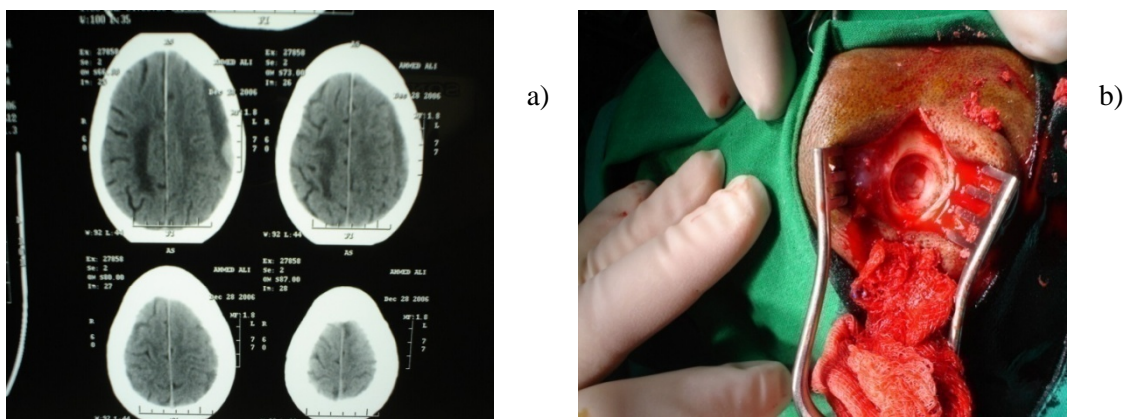
Epidural hematomalar çox vaxt gicgah-alın nahiyəsində yerləşir, yerli və yayılmış şəkildə müşahidə olunur. Bu, sərt qişa ilə kəllənin daxili səthi arasında yerləşir. Epidural hematomalar adətən gicgah, yaxud gicgah-təpə nahiyəsində sınıqlar zamanı a. meninqea media-nın, yaxud onun şaxələrinin zədələnməsi nəticəsində baş verir. Adından görüldüyü kimi, hematoma arterial mənşəli olur, sürətlə inkişaf edir və təbiidir ki, beyin sıxılmaya daha tez məruz qalır. Epidural hematoma parito-okspital nahiyədə, yaxud arxa-kəllə çuxuru nahiyəsində venoz ciblərin zədələnməsi ilə də əlaqədar ola bilər. Epidural hematomalar zamanı xəstələrdə “ışıqlı dövr” müşahidə oluna bilər və xəstələr qəflətən “danışa-danışa” ölə bilərlər (talk and die).

Subdural hematomalar epidural hematomalara nisbətən daha ağır gedişə malikdir. Subdural hematomalar adətən baş beynin əzilməsi ilə birlikdə müşahidə olunduğundan, daha ağır klinik gedişə malikdir. Proqnoz daha az ümidverici olur. Bu, ağır xəstələrin təxminən 30%-də təsadüf edilir. Subdural hematomalar əksərən alın-gicgah və parasagittal nahiyələrdə aşkar olunur və adətən beyin səthində olan venalarla venoz cibləri birləşdirən damarların zədələnməsi nəticəsində baş verir. Bu, həmçinin beyin səthi arteriyalarının zədələnməsi ilə əlaqədar ola bilər. Subdural hematomalar adətən beyin yarımkürəsinin bütün səthini əhatə edir. Buna görə də diaqnoz təyin edildikdən sonra operativ müdaxilə təxirə salınmamalı və intensiv müalicə vaxtında həyata keçirilməlidir.



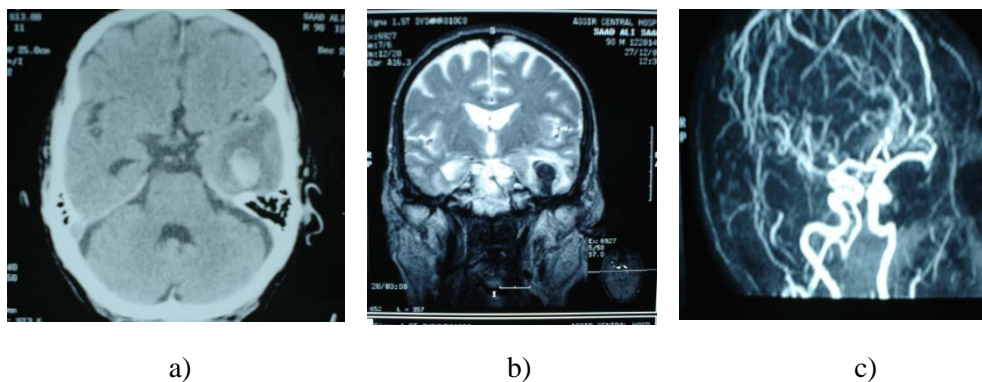
Şəkil 14.16 a) Subdural hematoması olan xəstənin kompüter tomogramması. Sağ-yan mədəcik sıxılmış, orta xətt əks tərəfə basılmışdır. b) Digər xəstənin kompüter tomogrammasında sol gicgah sümüyünün sınığı qeyd edilir. c) Alın payında sorulmaqda olan hiqroma qeyd edilir (Şəxsi təcrübəmizdən).

Beyindəxili hematomalar beynin zədələnmiş kütləsində qanaxmalarla əlaqədar olaraq baş verir. Bunlar çox vaxt alın payının arxa hissələrində müşahidə olunur və ağır klinik gedişə malikdir. Kəllə tağının sınıqları, xüsusilə basılmış və qəlpəli sınıqlar, adətən beynin kontuziyası və beyin toxumasının əzilməsi ilə müşahidə olunur. Sümük qəlpələri beyin qişalarının damarlarını, venoz cibləri və beyin toxumasını zədələyərək kəllədəxili qanaxmaya və beynin sıxılmasına səbəb olur. Qapalı kəllə-beyin zədələnmələrində hematoma, yerli ağrıların və sümüyün basıldığı nahiyədə deformasiyanın olması kəllə sümüklərinin sınığının olmasına əsas verir. Kəllə tağının sınıqları rentgenoloji müayinədə daha asan aşkarlanır.



Şəkil 14.17 SUBDURAL HEMATOMA. a) 57 yaşlı xəstənin zədələnmədən sonra tomoqramması. b) Həmin xəstəyə trepanasiyanın aparılması (Şəxsi təcrübəmizdən)

Travmatik intrakranial hematomalar bilavasitə zədələnmədən sonra baş versə də, bunun klinik əlamətləri zədələnmənin birinci həftəsi ərzində və bəzən daha gec müddətlərdə aşkar olunur. Bunlar adətən qeyri homogen toxumalar arasında (sərt-fibroz toxuma ilə yumşaq toxuma arasındakı sahələrdə) baş verir. Xırda beyindəxili hematomalar klinik olaraq beyin əzilməsi əlamətləri ilə təzahür edir və kompüter tomoqrammasında xaşxaş danələri şəklində aşkarlanır. Travmatik intrakranial zədələnmələrə aid olan mədəcikdəxili hematomalar daha ağır beyin zədələnməsi olub, parenximatöz qanaxmalarla müşayiətlənir. Adi halda qansızmalar bir neçə həftə ərzində sorulur. Mədəcikdəxili hematomalar zamanı kəllədəxili təzyiqtin artması hallarında beyin mədəciklərinin punksiyası və drenajı yerinə yetirilməlidir.

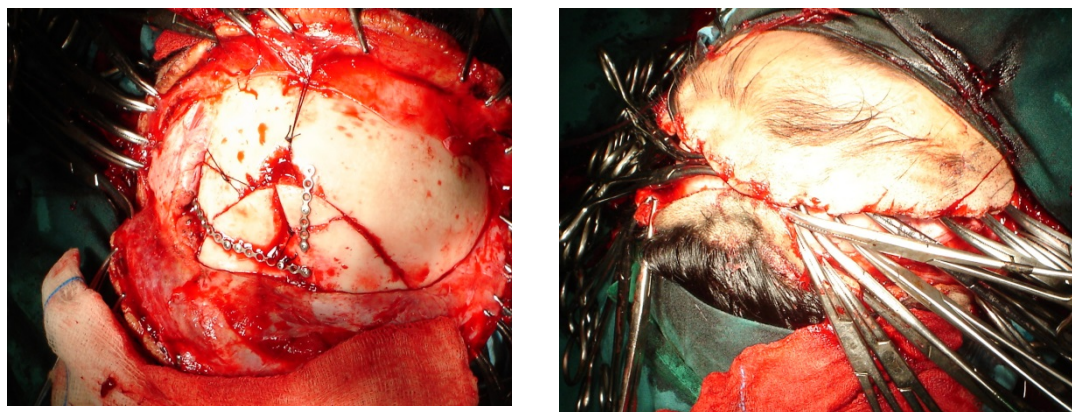


Şəkil 14.18 Beyindəxili qansızması olan xəstənin beyninin rentgen müayinəsi: a) Kompüter tomoqramması b) Beynin maqnit-rezonans müayinəsi c) Həmin xəstənin maqnit-rezonans angiogramması (Şəxsi təcrübəmizdən)

Kəllə-beyin zədələnmələrinin ağırlığı kəllə sümüklərinin sınığı və beyindəxili qansızmaların olması ilə xarakterizə olunur. Sınıqlar kəllənin tağında və əsasında ola bilər. Bunlar xətti, ulduzvari, deşilmiş, dağınıq formalı ola bilər. Kəllə əsasının sınıqları üçün periorbital qansızmaların daha xarakteridir. Bir sıra hallarda retroaurikulyar qansızmalar və üz sinirinin iflici olur. Ağır mürəkkəb sınıqlar zamanı zədələnmələr adətən daxilə keçən olur. Burundan və qulaqdan qanaxma və likvorun xaric olması kəllə əsasının sınıqlarının patognomonik əlamətidir.

Kəllə tağının zədələnməsi onun əsasının zədələnməsindən təqribən üç dəfə çox müşahidə olunur. Kəllə əsasının sınıqları ilkin rentgen şəklində aşkarlanmaya da bilər. Bunun başlıca klinik əlamətlərinə periorbital qansızmalar, burundan və qulaqlardan beyin mayesinin (likvorun) və qanın xaric olması aiddir. Buna görə də kəllə-beyin zədələnməsi olan xəstələr müşahidə altında saxlanılmalıdır.

Kəllə əsasının sınıqları əsasən orta və ön kəllə çuxurlarında aşkarlanır. Bunlar gicgah sümüyünün piramid hissəsinin sınıqları təbil pərdəsinin zədələnməsi, qanaxma, eşitmənin tam, yaxud qismən pozulması, mimiki əzələlərin parezi və iflici ilə müşayiətlənir. Qulaqdan likvorun xaric olması (otorreya) zədələnmənin açıq kəllə-beyin travması kimi qiymətləndirilməsinə əsas verir.



Şəkil 14.19 Yol-nəqliyyat hadisəsi nəticəsində alın və təpə sümüklərinin qəlpəli-basılmış sınığı; cərrahi əməliyyat zamanı (Şəxsi təcrübəmizdən)

Ön kəllə çuxurunun sınıqları əksərən burun qanaxmaları və göz yuvasında qansızmaların olması ilə müşayiətlənir. Orbital qansızmalar birtərəfli və ikitərəfli ola bilər (qara eynək əlaməti). Əgər burundan qanaxma ilə bərabər likvorreya da müşahidə olunursa, bu tipli zədələnmələr açıq kəllə-beyin zədələnmələri kimi qiymətləndirilməlidir. Bu zaman adətən qoxu siniri, görmə və gözün hərəkəti siniri də zədələnməmiş olur.

14.4. BAŞ YARALANMALARİ VƏ ZƏDƏLƏNMƏLƏRİNİN (KƏLLƏ-BEYİN ZƏDƏLƏNMƏLƏRİNİN) DİAQNOSTİKASI VƏ MÜALİCƏSİNİN TƏŞKİLİ

Kəllə-beyin zədələnmələri zamanı yaralıların ağırlıq dərəcəsinin qiymətləndirilməsində klinik əlamətlərlə bərabər tibbi-təxliyə mərhələlərində huşun pozulma dərəcəsinin təyininin xüsusi əhəmiyyəti vardır. Bunlar ilk tibbi vərəqədə (forma 100) dəqiq göstərilməlidir. Kəllə-beyin zədələnmələrində huşun aşağıdakı pozğunluq halları qeyd edilir:

1. Stupor. Stupor halında xəstənin ətrafa qarşı oriyentasiyası tam, yaxud qismən itmiş olur, yuxululuq halı qeyd edilir. Nitq əlaqəsi saxlanılsa da, bəzən lazımi cavab əldə edilməsi üçün sualların təkrarən verilməsi lazım gəlir. Verilmiş tapşırıqlar ləng, lakin düzgün yerinə yetirilir. Dərin stupor hallarında yuxululuqla yanaşı hərəkəti və psixi oyancılıq halları qeyd edilir, nitq əlaqələri çətinləşir; alınmış cavablar “hə”, yaxud “yox” kəlmələrindən ibarət olur. Suallara gec cavab versə də, adi elementar tapşırıqları məsələn, gözlərini açmağı, əlini qaldırmağı, əli ilə burnunu göstərməyi bacarır.

2. Sopor, yaxud soporoz hal. Sopor xəstənin ağrıya qarşı koordinasiya müdafiə reflekslərinin saxlanılması ilə xarakterizə olunur. Bu zaman nitq əlaqələrinin yaranması qeyri mümkündür. Yəni sözlə əməllərin yerinə yetirilməsi mümkün olmur. Sopor halı üçün ağrıya və qüvvətli səsə qarşı xəstənin qısa müddət ərzində gözlərini açması və yaxud ağrı qıcığına qarşı inilti, yaxud yataqda yana çevrilməklə cavab verməsi xarakterdir. Bəbək, buynuz və udma refleksləri və dərin reflekslər qaydasında olur. Həyati funksiyalar saxlanılır. Sfinktorlara qarşı nəzarət pozulduğundan qeyri-iradi defekasiya aktı, yaxud sidik ifrazı müşahidə edilir.

Koma. Koma huşun daha dərin pozğunluq halıdır. Nevroloji və vegetativ pozğunluq əlamətlərinə görə koma şərti olaraq 3 dərəcədə müşahidə olunur:

I dərəcəli koma –burada huşun pozulması hər hansı xarici qıcığa qarşı reaksiyanın itməsi şəklində müşahidə olunur. Xəstə yalnız ağrı qıcığına qarşı əlləri ilə hərəkəti müdafiə cəhdləri göstərsə də, ağrıya qarşı gözlərini açma bilmir. Bəbəklər və buynuz (korneal) refleksləri adətən saxlanılmış olur. Udğunma və öskürək refleksləri çətinləşir. Tənəffüs və ürək-damar refleksləri qismən stabil olur.

II dərəcəli koma –burada bütün xarici qıcıqlarla yanaşı güclü ağrı qıcığına qarşı reaksiyalar da itməmiş olur. Bütün reflekslər (vətər, korneal, bəbək refleksləri) itir. Əzələ tonusundakı müxtəlif formalı pozğunluqlar özünü yayılmış əzələ hipertonusu, yaxud diffuz hipotoniya şəklində göstərir. Spontan tənəffüs və ürək-damar fəaliyyəti saxlanılsa da, bunlar xeyli zəifləmiş olur.

III dərəcəli koma –bu, huşun tam itməsi, bəbəklərin genişlənməsi, göz almalarının hərəkətsizliyi, arefleksiya, əzələlə atoniyası ilə xarakterizə olunur. Həyati funksiyaların pozğunluğu son həddə çatır. Stupor, sopor və koma arasındakı klinik əlamətlərin fərqi 14.1 S-1 cədvəldə verilmişdir.

Şok zamanı damar tonusunun pozulması və kapilyarların keçiricilik qabiliyyətinin artması qanın plazma hissəsinin toxumalara yayılmasına və qanın qatılmasına gətirib çıxarır. Periferik qanda eritrositlərin və hemoqlobinin artması aşkarlanır. Yanıq şoku eyni zamanda sirkulyator hipoksiya ilə keçir. Bu, eritrositlərin qismən hemolizi ilə anemiya və qan dövranında müəyyən dərəcə pozğunluqla əlaqədardır. Toxumaların oksigeni mənimsəmə qabiliyyəti pozulduğundan bədən temperaturu enir. Xəstələrdə təkrari qusmaların olması orqanizmin susuzlaşmasına gətirib çıxarır. Ağırılığına görə yanıq şoku (torpid faza) 3 dərəcədə müşahidə olunur. Bu, yanıq səthinin genişliyindən, yanıqın dərəcəsiindən və orqanizmin müqavimət qabiliyyətindən çox asılıdır.

Müasir ədəbiyyatda kəllə-beyin zədələnmələrin zamanı xəstənin ümumi vəziyyəti, huşunun olub-olmaması, huşun nə dərəcədə pozulması Qlazqo koma şkalası qaydası ilə öyrənilir. Bu, gözün açıq olması, verbal (söz) və motor (hərəkət) funksiyalarının vəziyyəti ilə öyrənilir. Qlazqo koma şkalasının normal əmsalı 15 hesab olunur. Bunun 4-ü gözün, 5-i verbal (söz) funksiyasının, 6-sı motor (hərəkət) funksiyasının hesabına düşür. Əgər gözün açılması sərbəstdirsə əmsal şərti olaraq 4-ə bərabər olur. Gözün açılması səs hesabınadırsa, bu əmsal 3-ə, göz ağrının təsirindən açılırsa 2-yə, gözün açılması mümkün olursa əmsal 1-ə bərabər olur.

CƏDVƏL 14.1.

KƏLLƏ-BEYİN ZƏDƏLƏNMƏLƏRİ ZAMANI HUŞUN POZĞUNLUQ HALLARI

STUPOR	SOPOR	K O M A		
		I	II	III
Ətrafa qarşı laqeyd olur, yuxululuq qeyd edilir. Əmrləri düzgün lakin ləng yerinə yetirir. Verilmiş suallara könülsüz və qısa cavab verir. Stupor dərinləşdikcə hərəkət və psixi oyancılıq halları qeyd edilir.	Nitq əlaqələrinin yaranması qeyri mümkündür. Qüvvətli qıcığa qarşı gözlərini açmaqla, inilti, yaxud yataqda yana çevrilməklə cavab verirlər. Qeyri-iradi defekasiya, yaxud sidikburaxma halları müşahidə edilir.	Ağrı qıcığına qarşı əlləri ilə qeyri-mütənasib hərəkət müdafiə refleksi ilə cavab verir. Ağrıya qarşı gözlərini açma bilmir, adətən bəbək və buynuz (korneal) refleksləri saxlanılmış olur. Udğunma və öskürək refleksləri çətinləşir.	Güclü ağrı qıcığına qarşı reaksiyalar, vətər, korneal, bəbək refleksləri itir. Yayılmış əzələlə tonusunun yüksəlməsi diffuz hipotoniya ilə əvəz olunur. Spontan tənəffüs və ürək-damar fəaliyyəti zəifləmiş olur.	Bəbəklərin ikitərəfli genişlənməsi, göz almalarının hərəkətsizliyi, arefleksiya, əzələlərin atoniyası müşahidə olunur. Həyati funksiyalar katastrofik vəziyyətdə olur.

Verbal funksiya verilmiş suallarla aşkarlanır. Əgər xəstənin huşu tam aydındırsa və ətrafı düzgün qavrayırsa, əmsal 5-ə bərabər olur. Əgər xəstənin huşu alaqaranlıqdırsa, suallara tam dəqiq cavab verə

bilmirsə, verbal funksiya 4-ə bərabər olur. Xəstənin cavabları həqiqətə uyğun deyilsə, əmsal 3-ə, cavablar anlaşsızdırsa 2-yə, xəstə suallara heç cavab verə bilmirsə əmsal 1-ə bərabər olur.

Motor funksiya: əgər xəstə bütün tapşırıqlara tam əməl edə bilirsə motor funksiya 6-ya bərabər götürülür. Əgər xəstə qıcığa (ağrıya) qarşı reaksiyanı bilavasitə həmin nahiyəyə əlini uzatmaqla ə i.a. cavab verirsə, əmsal 5-ə bərabər götürülür. Əgər xəstə qıcığın səbəbini kənarlaşdırmağa cəhd göstərsə, əmsal 4-ə bərabər götürülür. Ağrı qıcığına qarşı xəstə ətrafı bükməklə cavab verilirə, əmsal 3-ə bərabər olur. Əgər yaralı qıcığa qarşı ətrafın açılması ilə cavab verilirə 2-yə, qıcığa qarşı heç bir cavab yoxdursa əmsal 1-ə bərabər götürülür.

Yüngül dərəcəli kəllə-beyin zədələnmələrində Qlazqo Koma Şkalasının (QKŞ) qiyməti 15-lə 14 arasında olur. Bu, stupor halına uyğundur. Qlazqo Koma Şkalasının 9-la 13 arasında olması zədələnmənin orta ağırlıqda olmasını göstərir. Bu, soporoz hala daha uyğundur. Qlazqo Koma Şkalasının 3-lə 8 arasında olması isə zədələnmənin ağır olduğunu göstərir. Bu halda xəstə koma vəziyyətində olur. 5-7 –səthi komaya, 3-4 –dərin komaya aiddir.

Yüngül dərəcəli kəllə-beyin zədələnmələrinin müayinəsi və müalicəsi. Diaqnozun təyin edilməsində anamnestik məlumatların və zədələnmənin mexanizminin nəzərə alınması vacibdir. Huşun itməsi və amneziya ilə keçən ağır kəllə-beyin zədələnmələri zamanı diaqnozun təyini xeyli çətinləşir və əlavə müayinə metodlarının həyata keçirilməsini tələb edir. Müasirlik baxımından beynin kompüter tomoqrafiyasının həyata keçirilməsi daha əlverişlidir. Alkoqol sərxoşluğunun olması da diaqnozun təyini çətinləşdirir. Hətta yüngül alkoqol sərxoşluğu olan xəstələr ilə də diqqətli olmaq lazımdır. Çünki bu zaman məlum beyin əlamətləri atipik şəkildə keçdiyindən diaqnozun təyini çətinləşir, klinik əlamətlər qarışdırıla bilər. Ona görə də xəstələrin dinamik müşahidəsi vacibdir. Hətta bəzən normal kompüter tomoqrafiyası olan xəstələrdə belə, az müddət ərzində (bir neçə saatdan sonra) zədələnmənin müəyyən klinik əlamətləri müşahidə oluna bilər. Rentgen müayinəsində kəllə sınıqları sahəsində sümüklərin basılma nahiyəsinə, türk yəhəri sahəsinə, beyin mədəcikləri daxilindəki mayenin üzərində horizontal səviyyəyə, kəllə daxilində havanın, yaxud yad cisimlərin olub-olmamasına xüsusi diqqət yetirilməlidir. Bir sıra hallarda ağır kəllə-beyin zədələnmələri ilk baxışda klinik əlamətlərin tam aşkarlanmadığından səhvən yüngül zədələnmə kimi qiymətləndirilə bilər. Belə "yüngül" xəstə və yaralıların hospitalizasiya olunmaması onlara nəzarətin itməsinə və nəticə etibarilə ağır fəsadlaşma və ölüm hallarına gətirib çıxara bilər. Ona görə də, kəllə-beyin zədələnməsi olan hər bir xəstənin bir sutka ərzində hospitalda müşahidə altında saxlanması daha məqsədəuyğundur:

Sırası əsgər H. A., 1971-ci il təvəllüdü, 22.02.94-cü il tarixdə saat 13.10 radələrində yaralandıqdan 30 dəqiqə sonra hərbi-səhra cərrahlığı hospitalına çatdırılmışdır. Daxil olarkən yaralının vəziyyəti qənaətbəxşdir, huşu aydın, nəbzi ritmik, dəqiqədə 70, arterial təzyiqi 110/75 mm c.s., şikayəti ümumi zəiflikdəndir. Başın təpə nahiyəsində bir-birindən 2 santimetr aralı 0,6x0,7 santimetr ölçülü, ilk baxışda "səthi" görünən qəlpə yaraları qeyd edilir (x/t 3562). Yaralının vəziyyətinin "yaxşı" olmasını və daxil olan ağır yaralıların çoxluğunu nəzərə alaraq, yara təftiş olunmadan sarınmış (!) və yaralı cərrahiyyə şöbəsinə keçirilmişdir. 30 dəqiqədən sonra yaralıda qusma müşahidə olunmuş, obyektiv müayinədə anizokariya qeyd edilir. Yaranın təftişi zamanı təpə sümüynün sınığı qeyd edilir. Hospitala daxil olduqdan 55 dəqiqə sonra (!) yaralı təkrarən cərrahi əməliyyat otağına götürülməklə, intubasion narkoz şəraitində rezeksion trepanasiya həyata keçirilmiş, beyin toxumasına keçən şiş uclu sümük qəlpələri çıxarılmış, sərt qişanın açılması, subdural hematoma ləğv edilmişdir. Operativ müdaxilədən 3 saat sonra yaralının huşu bərpa olunmuş, anizokariya əlamətləri keçmiş, 3 gün sonra isə yaralı neyro-cərrahiyyə mərkəzinə köçürülmüşdür.



Şəkil 14.20 Başın tangensial (toxunan istiqamətli) güllə yaralanması (x/t 3562)

QAPALI KƏLLƏ-BEYİN ZƏDƏLƏNMƏLƏRİNİN DİFERENSİAL DİAQNOSTİKASI

Başlıca əlamətlər	Beyin silkələnməsi (kommosiya)	BEYİN ƏZİLMƏLƏRİ			BEYİNİN SIXILMASI (KOMPRESSİYASI)	
		Yüngül	Orta ağırlıqlı	Ağır	Beynin əzilməsilə	Beyin əzilməsi olmadan
Huşun itməsi	Qısa müddət itir	Bir saata qədər itir	50-60 dəqiqədən 4-6 saata qədər baş verir	Bir neçə saatdan bir neçə sutkaya kimi və bəzən daha çox	Beynin əzilməsi və sıxılmanın dərəcəsindən asılı olur.	Olur
Beyində makroskopik dəyişikliklər	Olmur	Olur	Olur	Dərin şəkildə olur	Zədənin dərəcəsindən asılı olaraq müxtəlif şəkildə olur	Olur
Qusma	Müşahidə olur	Nisbətən çox olur	Çoxsaylı olur	Çoxsaylı olur	Çoxsaylı olur	Olur
Amneziya	Retroqrad amneziya olur.	Retroqrad amneziya olur.	Antraqrad və retroqrad amneziya olur	Antraqrad və retroqrad amneziya olur	Antraqrad və retroqrad amneziya olur	Olmur
Ocaqlı əlamətlər	Ötəri şəkildə olur	2-3 həftə ərzində keçir	3-5 həftəyə keçir, bəzən daha uzun çəkir	Daha çox davam edir və tam keçmir	Əzilmənin və sıxılmanın dərəcəsindən asılıdır	Sıxılma nahiyəsindən və sahəsindən asılı olaraq müşahidə olunur
Psixi pozğunluq	Olmur	Olmur	Olur	Olur	Olur	Olur
Tənəffüs fəaliyyəti	Pozulmur	Pozulmur	Taxipnoe <30	Taxipnoe 31-40	Əzilmənin dərəcəsindən asılıdır	Sıxılmanın dərəcəsindən asılıdır
Ürək fəaliyyəti	Pozulmur	Pozulmur	Bradikardiya (45-50), taxikardiya ~ 120	Bradikardiya <40, taxikardiya >120	Əzilmənin və sıxılmanın dərəcəsindən asılıdır	Sıxılmanın dərəcəsindən asılıdır
Bədən temperaturu	Dəyişmir	Cüzi dəyişir	Subfebril olur	Hipertermiya müşahidə olunur	Hipertermiya müşahidə olunur	Sıxılma dərəcəsindən asılıdır
Likvor təzyiqi	Adətən dəyişmir	Az dəyişir	210-300 mm	250-400 mm	Yüksək olur	Yüksək olur
Subaraxnoidal qansız-malar	Olmur	Ola bilər	Müxtəlif intensivlikdə olur	Massiv şəkildə müşahidə olunur	Müxtəlif intensivlikdə olur	Müxtəlif intensivlikdə olur
Sınıqlar	Kəllə sümüklərində dəyişiklik olmur	Kəllə tağının sınığı müşahidə oluna bilər	Kəllə tağının və əsasının sınıqları olur	Kəllə tağının və əsasının sınıqları olur	Zədənin xarakterindən asılı olaraq müşahidə edilir.	Olmur
Müalicə müddəti	2-3 həftə	1-2 ay	Bir neçə ay	Uzun müddət	Uzun çəkir	Patoloji prosesin xarakterindən asılı olur
Funksiyaların bərpası	Tam bərpa olur	Qismən bərpa olur	Qismən bərpa olur.	Bərpa olmur	Patoloji prosesin xarakterindən asılıdır	Patoloji prosesin xarakterindən asılıdır

Bu misaldan aydın olur ki, ilk baxışda yüngül yaralı kimi görünən əsgərin yaraları tam müayinə olunmamış, rentgen müayinəsi həyata keçirilməmiş, bu səbəbdən diaqnostik və taktiki səhvlərə yol verilmiş, bütün bunlar yaralının vəziyyətinin daha da ağırlaşmasına və yardımın vaxtında yerinə

yetirilməməsinə səbəb olmuşdur. Təxminən bir saatdan sonra yaralıda komatoz vəziyyət əmələ gəlmişdir. Bu kimi səhvlər bizim təcrübəmizdə 4 halda müşahidə edilmişdir.

Buraxılmış səhvlərdən digəri cərrahi taktikanın bəlli olduğu təqdirdə ağır yaralının lüzumsuz yerə yardımçı kabinetlərdə: rentgen kabinetində, laboratoriyada və i.a. ləngidilməsidir. Baş zədələnmələri zamanı təxminən 25-30% hallarda boyun zədələnmələri də birlikdə müşahidə olunur. Odur ki, müayinələr zamanı xəstələrlə diqqətli olmalı başla birlikdə boyun fəqərələri də iki proyeksiya üzrə rentgen müayinəsindən keçirilməlidirlər.

Orta ağırlıqlı xəstələrin müayinəsi və müalicəsi. Bunlar bütün kəllə-beyin zədələnmələrinin təqribən 10%-ni təşkil edir. Xəstələr adi tapşırıqları yerinə yetirə bilsələr də, onlarda çaşqınlıq və yuxululuq, bəzən isə fokal nevroloji əlamətlər, məsələn hemiparez müşahidə olunur. Bu qrup yaralılarının təxminən 10%-də ağırlaşmalar müşahidə olunur. Bunlar koma vəziyyətinə döşə bilirlər. Bunlar ağır yaralılar qrupuna daxil edilməli və lazımı diaqnostik tədbirlər həyata keçirilməlidir. Yardım prosesində yaralının anamnezi və zədələnmənin mexanizmi nəzərə alınmalı, zədələnmələrin xarakterindən asılı olmayaraq, nevroloji əlamətlərin öyrənilməsi ilə bərabər kardiopulmonoloji stabilliyin bərpaasına çalışılmalıdır. Ürək-damar və tənəffüs sistemi fəaliyyəti nəzarət altında olmalıdır. Bütün zədələnmələrdə kompüter tomoqrafiyasının yerinə yetirilməsi vacibdir. Hətta kompüter tomoqrafiyasının normal göstəriciləri zamanı belə yaralılar stasionara qəbul edilməli və nəzarət altında saxlanılmalıdır. Qapalı kəllə-beyin zədələnmələrinin differensial diaqnostikası 14.2 cədvəlində verilmişdir.

Ağır zədələnmələrin müayinəsi və müalicəsinin təşkili. Bu qrup xəstələr hətta kardiopulmonoloji stabillik bərpa olunduqda belə, adi tapşırıqları yerinə yetirmək qabiliyyətinə malik olmurlar. Burada “wait and see” prinsipinə əməl olunmalıdır. Aşkar olunan bu və ya digər əlamətlərə əsasən diaqnozun təyini asanlaşır. Bu qrup yaralılara yardım göstərilməsində başlıca prinsip tənəffüs sistemi funksiyasının bərpaından ibarətdir. Tədbirlər mümkün qədər tez yerinə yetirilməlidir. Çünki ani ölüm halı baş verə bilər. Traxeya intubasiya olunmalı, oksigen terapiyası həyata keçirilməlidir. nəfəs yolları fasiləsiz ventilyasiya olunmalı, asidoz aradan qaldırılmalı, kəllədaxili təzyiqin artmasının qarşısı alınmalıdır. Qlazqo koma şkalasının dərinləşdiyi hallarda ventilyasiya qanda olan karbon qazının 25-35 mm civə sütunu səviyyəsində aparılmalıdır. (Qanda karbon qazının səviyyəsinin həddən artıq aşağı enməsi beyin damarlarının daralmasına və beləliklə beyin qan dövranında pozğunluğa səbəb olur). Hipotenziya və hipoksiya vəziyyəti kəllə-beyin zədələnmələrində beyin toxumasının ikincili zədələnməsinə səbəb olduğundan, tezliklə bunların aradan qaldırılmasına çalışılmalıdır. Hipotenzianın səbəbi aşkarlanmalı, buna səbəb ola biləcək böyük həcmli qanıtırmələr, ürəyin əzilməsi, yaxud tamponadası, gərgin pnevmotorakslar vaxtında aşkar edilməli və nəticələri aradan qaldırılmalıdır. Hipotenziya vəziyyəti onurğa beyni zədələnmələri ilə də əlaqədar ola bilər. Bu zaman müvafiq olaraq tetraplegiya və paraplegiya halları müşahidə olunur.

Hipotenzianın səbəbinin vaxtında aşkarlanması və aradan qaldırılması məqsədlə itirilmiş qanın həcmi bərpa olunmalı, daxili qanaxmaların təyini məqsədlə laparosentez, yaxud torakosentez həyata keçirilməlidir. Kəllə-beyin zədələnmələrində qarın refleksi itdiyindən adi fizikal müayinə üsulları ilə daxili orqanların zədələnməsinin aşkarlanması çətinləşir. Bu kimi hallarda qeyri-invaziv (ultrasonoqrammanın) və invaziv müayinə metodlarının (laparosentez) yerinə yetirilməsi vacibdir. Diaqnoz və müalicə taktikasının aydın olduğu hallarda yaralılarının qəbul şəbəsində, yaxud rentgen otağında lüzumsuz yerə saxlanılmasına yol verilməməlidir. Bu bəzən səmərəli vaxtın itirilməsinə, yaralılarının vəziyyətinin ağırlaşmasına, fəsadlaşmaların və ölüm hallarının artmasına səbəb olur:

Sıravı əsgər R.Y. 1971-ci il təvəllüdü, 10.07.93-cü il saat 18.30 radələrində yaralandıqdan 40 dəqiqə sonra hospitala kəllə daxilinə keçən qəlpə yarası, kəllədaxili qanaxma, sağ baldır sümüklərinin açıq qəlpəli odlu silah sınığı, ayaq daraq sümüklərinin dağılmış açıq sınığı, III dərəcəli travmatik şok diaqnozu ilə daxil olmuşdur (x/t 3413). Rentgen müayinəsi həyata keçirildikdən sonra diaqnoz təsdiq olunmuş və reanimasiya tədbirləri fonunda yaralıya 1 saat 10 dəqiqə sonra (!) təpə nahiyəsindən trepanasiya həyata keçirilmiş, epi-və subdural hematoma ləğv edilmiş, yara sümüklə qəlpələri və detritdən təmizlənmiş, antiseptik məhlullarda yuyulub drenaj edilmişdir. Bədənin digər nahiyələrindəki yaralar da cərrahi işlənmiş, aseptik sarğı qoyulmaqla ətraf şünlərlə fiksə olunmuşdur. 4 gündən sonra yaralı helikopterlə təxliyə olunmuşdur.

-Burada cərrahi taktikanın aydın olmasına baxmayaraq, yaralı rentgen şöbəsində lüzumsuz yerə ləngidilmiş və nəticədə koma vəziyyətinə düşmüşdür. Bu kimi səhvlərə bizim təcrübəmizdə 8 halda yol verilmişdir!

Nəzərə almaq lazımdır ki, hipotenziyanın aradan qaldırılması nevroloji diaqnostikanın da asanlaşmasına səbəb olur. Bir sıra hallarda hipotenziyanın ləğvi ilə əlaqədar müəyyən nevroloji əlamətlər də aradan qalxır, yaxud bunlar zəif şəkildə təzahür edilir. Həmçinin təcrübə göstərir ki, ağır kəllə-beyin zədələnmələri zamanı 40-45% halda zədələnmələr digər sistemlərin də zədələnməsi ilə müştərəklik təşkil edir və bu, qarşılıqlı ağırlaşma sindromunun meydana çıxmasına səbəb olur.

Kəllə-beyin zədələnmələrində oksigenlə hiperventilyasiyanın aparılması (dəqiqədə 14-16 litr) vacibdir. Hiperventilyasiyanın vazokonstriktiv təsiri beyin ödemini azaldır. Lakin bu zaman qanda karbon qazının parsial təzyiqi 25mm civə sütunundan aşağı enməməlidir. Əks təqdirdə həddən artıq vazokonstriktiv təsir beyində işemiya və qan dövranı pozğunluğuna gətirib çıxara bilər.

Mannitol 20%-li məhlulu hər kiloqram bədən çəkisinə sutqada 1 qram hesabla köçürülməlidir. Lazımi nəticə alınması üçün mannitol sürətlə köçürülməlidir. Hipotenziv xəstələrə mannitol köçürülməsi məsləhət deyil. Mannitolla müalicə zamanı kəllədaxili təzyiqin daha çox azaldılmasına ehtiyac olduğu hallarda vena daxilinə laziks (furosemid) yeridilməsi müsbət təsir göstərir. Laziks vena daxilinə hər kiloqram çəkiyə 0,3-0,5mq hesabı ilə köçürülməlidir.

Keçmiş Sovet ədəbiyyatında kəllə-beyin zədələnmələrində hipertonic qlükoza məhlulunun istifadə olunmasına daha çox üstünlük verilirdi. Lakin amerikan cərrahlar assosiasiyasının fikrincə kəllə-beyin zədələnmələrində qlükoza məhlullarından istifadə edilməsi məsləhət görülmür. Bu hiperqlikemiya verdiyindən, toxumalar üçün zərərli hesab olunur. Bu məqsədlə normal duz məhlulu, yaxud Ringer-laktat məhlulundan istifadə edilməsi məsləhət görülür. Həmçinin qanda natriumun azlığı da beyin ödemi ilə nəticələnə bilər. Bizim fikrimizcə hipertonic qlükoza məhlulunun istifadəsi mannitol təsirinə malikdir. Qlükozanın insulinlə birlikdə istifadəsi onun hiperqlikemik təsirini aradan qaldırır. Hər 3-4 qram şəkərə 1 vahid insulin istifadə edilməlidir.

Kəllə-beyin zədələnmələrində steroidlərdən istifadə olunması bir qədər mübahisəlidir. Zədələnmənin kəskin fazasında bu qrup dərman preparatlarının istifadəsi məsləhət görülmür. Barbituratlar kəllədaxili təzyiqin azalmasına imkan verir. Lakin bu dərman preparatları hipotenziya hallarında istifadə olunmamalıdır. Ümumiyyətlə bu təsiri nəzərə alaraq, kəllə-beyin zədələnmələrinin kəskin fazasında reanimasiya tədbirlərinin yerinə yetirildiyi hallarda barbituratların istifadəsi məsləhət görülmür.

Antikonvulsantlar. Qapalı zədələnmələrin 5%-də, açıq kəllə-beyin zədələnmələrinin 15%-də (kəllədaxili hematomalar və kəllənin basılmış sınıqları zamanı) epileptik tutmalar müşahidə olunduğundan, kəskin epileptik tutmalarda bu preparatların (fenobarbital, fenitoin, diazepam, dantrolen, tizanidin) tətbiq olunmasını tələb edir. Bunlar yalnız zədələnmənin birinci həftəsində (kəskin fazada) yalnız təhlükəli hallarda tətbiq edilməlidir.

14.4.1. BAŞ YARALANMALARINDA YARALARIN CƏRRAHİ İŞLƏNİLMƏSİ QAYDALARI

Cərrahi əməliyyatdan əvvəl baş ülgüclə təmiz qırılmalı, başın dərisi qan və ətraf çirklənmələrdən mexaniki surətdə təmizləndikdən sonra zəif naşatır spirti, hidrogen peroksid məhlulu və benzinlə silinməlidir. Benzin dəridən piyin kənar edilməsi məqsədilə tətbiq edilir. Sonra yara kənarı yodla və spirtlə silinir. Başın yumşaq toxumasının daxilə keçməyən yaralanmalarında yaranın yerli anesteziya şəraitində işlənilməsi məsləhətdir. Novokainə geniş spektrli antibiotikin qatılması infeksiyanın profilaktikası məqsədilə əlverişlidir. Kəllə daxilinə keçən yaralanmalarda əməliyyat ümumi anesteziya şəraitində yerinə yetirilməlidir.

Həyati qabiliyyəti olmayan yumşaq toxumalar qənaətlə kəsilib götürüldükdən sonra hemostaz həyata keçirilməlidir. Trepanasiya sahəsi kifayət qədər geniş açılmalı, (5x5sm diametrdən kiçik olmamalıdır). Trepanasiya dəliyi dairəvi və kənarları hamar olmalıdır. Sümükdən qanaxma mütləq saxlanılmalı, venoz ciblərin zədələnmələrində zədə nahiyəsi tamponada edilməlidir. Yumşaq toxumalar kənara çəkildikdən sonra sümük toxuması periferiyadan mərkəzə doğru rezeksiya olunmalıdır. Qanaxmanın dayandırılması məqsədilə defekt nahiyəsi kifayət qədər geniş açılmalıdır. Venoz ciblərin zədələnmiş hissəsinin hüdudları aşkarlandıqdan sonra defekt sahələri tikilməlidir. Bu mümkün olmadıqda qanaxma ətraf əzələ-aponevroz qatının plastikası hesabına aradan qaldırılmalıdır. Çətin vəziyyətlərdə

budun enli fassiyasından da plastika məqsədilə istifadə edilə bilər. Üst sagittal cibin zədələnmələrində cibin bağlanması yalnız onun ön 1/3 hissəsində yerinə yetirilə bilər. Arxa 2/3 hissədə isə bu, beynin işemiyası ilə nəticələnə bildiyindən təhlükəlidir. Əməliyyat zamanı qan axan sahə müvəqqəti tamponada olunmalı, yaxud zədələnməmiş damar qansaxlayıcı sıxıcılarla alınmalı, diffuz qanaxmalar zamanı hemostatik süngərdən istifadə edilməlidir.

Zədələnməmiş sümük toxuması kəsilib götürüldükdən sonra beynin sərt qişası vizual müayinədən keçirilməli, epidural hematoma kənar edilməlidir. Nəzərə almaq lazımdır ki, qan laxtaları sümük altında daha uzaqlarda yerləşə bilər. Belə hallarda xüsusi zond və əyri şpatellərdən istifadə edilməlidir. Nisbətən böyük damarlardan qanaxma damarın tikilməsi hesabına saxlanılmalıdır. Kəllənin basılmış sınıqlarında sınımış sümük fraqmentinin qaldırılması məqsədilə yumşaq toxumalarda əlavə kəsiklərin aparılması da lazım gəlir. Sümük fraqmentləri qaldırıldıqdan sonra defekt nahiyəsinin kənarlarına hamar vəziyyət verilməlidir.

Daxilə keçməyən kəllə-beyin yaralanmalarında (sərt qişanın zədələnməsi olmadıqda, kəllədaxili hematoma və geniş kontuzion sahə aşkar edilmədikdə) yaranın cərrahi işlənməsi başa çatdırılmalı, yara kənarları antibiotik-novokain qarışığı ilə infiltrasiya edildikdən sonra dəri tikilməlidir. Lazım gəldikdə əməliyyat sahəsi drenaj edilməlidir. Çıxırılmış yaraların vaxtaşırı yuyulması üçün irriqasiya metodundan istifadə edilməsi lazım gəlir. Bu məqsədlə yarada gətirici və aparıcı rezin borular saxlanılmaqla onun sirkulyar yuyulması təmin edilməlidir. Bu məqsədlə Kanşin-Lavrinoviç aparatından istifadə edilməsi daha münasibdir.

Beynin sərt qişasının açılması yalnız müəyyən göstəriş əsasında həyata keçirilməlidir. Subdural hematoma, beyində təzyiqin artması, sərt qişanın çadra rəngli olması və beyində pulsasiyanın olmaması sərt qişanın açılmasına göstərişdir. Sümüyün trepanasiyasından sonra yara kanalı möhtəviyyatdan təmizlənməli, qalmış sümük toxuması və defekt sahəsinə yığılmış yumşaq toxuma kütləsi ehtiyatla kənar edilməli, yara kanalındakı maneə aradan qaldırılmaqla onun keçiriciliyi bərpa olunmalıdır. Yara kanalı ilıq fizioloji məhlulla yuyulmaqla laxtalardan və beyin detritindən təmizlənməlidir. Lazım gələrsə, (yara kanalında qalmış yad cisimlər, metal qəlpələrin yara səthinə yaxınlaşdırılması məqsədilə) kəllədaxili təzyiqin artırılması üçün yaralının vidacı venaları qısa müddət ərzində sıxılmalıdır. Qeyd etmək lazımdır ki, beyinə keçmiş sümük qəlpələri adətən 4-5 santimetrdən dərinədə yerləşmir və onların çıxarılması bir o qədər çətinlik törətmir. Dərinədə yerləşmiş kiçik metal qəlpələrinin çıxarılması isə təhlükəli olduğundan, yalnız böyük qəlpələrin çıxarılması məsləhət görülür. Metal qəlpələr beyindən xüsusi maqnitin köməyiylə də çıxarıla bilər. Beyindən metal qəlpələrinin çıxarılması məqsədilə M. Topçubaşov metodu bu gün də öz əhəmiyyətini itirməmişdir.

Yad cisimlər çıxarıldıqdan sonra yara antiseptik məhlullarla təkrarən yuyulmalı, qanaxmanın saxlanması məqsədilə yara kanalına 3%-li hidrogen peroksid məhlulu hopdurulmuş turunda yeridilməli, bu məqsədlə fibrinogen-trombin qarışıqlı tərkibdən də istifadə edilməlidir. Güclü arterial qanaxmalarda klipslərdən, elektrokoagulyatordan və hemostatik süngərdən də istifadə oluna bilər. Süngərə kanamitsin, yaxud gentamitsin məhlulunun hopdurulması daha əlverişlidir. Cərrahi əməliyyatın sonunda sərt qişanın kənarları elə kəsilib götürülməlidir ki, axırıncı defekt nahiyəsinin üstünü örtə bilsin. Açıq kəllə-beyin yaralanmalarında sərt qişanın defekt hissəsi cərrahi əməliyyatın əvvəlində də kəsilib götürülə bilər. Sərt qişanın bərpasına çətinlik törənməməsi üçün onun xaçvari deyil, qövs şəklində açılması daha məqsədəuyğundur. Bir sıra hallarda defekt nahiyəsi sərt qişanın üst qatının soyulması hesabına bərpa oluna bilər. Bu məqsədlə konservantlardan (konservləşdirilmiş sərt qişa toxumasından) konservant olmadıqda isə gicgah-ənsə fassiyasından, yaxud budun enli fassiyasından da istifadə edilə bilər.

Əməliyyatın nəticəsi yaralının ümumi vəziyyətindən, yaranın cərrahi işlənmə müddətindən və aparılmış cərrahi əməliyyatın radikalıq dərəcəsindən çox asılıdır. Geniş spektə malik antibiotiklərin tətbiqi yaraların tikilib bağlanması üçün daha yaxşı şərait yaratmışdır. Operativ müdaxilənin vaxtında və radikal aparılması, yaranın iltihabının qarşısının alınmasına imkan verir. Infeksiyaya şübhə olduqda tikişlər arasında rezin buraxıcı qoyulması yaxud yaranın Mikuliç üsulu ilə tamponadasi məsləhət görülür. Tikişlərin sökülməsinə qədər yaralının eyni tibb müəssisəsində saxlanması daha məqsədəuyğundur.

Kəllənin zədələnməsinin burunətrafi cəlbər və qulağın zədələnməsi ilə müştərəklik təşkil etdiyi hallarda yaranın cərrahi işlənməsi bir qədər fərqli şəkildə aparılmalıdır. Alın cibinə keçən zədələnmələr

zamanı əgər cibin arxa divarı salamatdırsa, cib sümük qırıntılarından və qan laxtasından təmizlənməli və boşluq burundan drenaj olunmalıdır. Zədə nahiyəsində dəri tikilməli, drenaj boru 3-4 gündən sonra çıxarılmalıdır. Alın cibinin beyinə keçən yaralanmalarda isə əvvəlcə cib cərrahi işlənməli, daxildə olan möhtəviyyət kənar edilməlidir. Sümük kənarları kəsilib götürülməli, boşluq dezinfeksiya edici məhlullarla yuyulduqdan sonra 3%-li hidrogen peroksid məhlulu hopdurulmuş təzə parçası ilə tamponada edilməlidir. Cərrahi əməliyyat zamanı alın cibinin arxa divarının tamlığının yoxlanılması yaddan çıxarılmamalıdır. Əgər alın cibinin arxa divarının tamlığı pozulmuşsa cibin dibi (beyin tərəfi) yuxarıda şərh edilmiş qaydada işlənməli, əməliyyatın axırında sərt qişa tamlığı bərpa olunmalı və burun yolu ilə drenaj olunmalıdır.

Orbito-nazo-otokranial yaralanmalarda sərt qişanın tamlığının bərpası xüsusilə vacibdir. Kəllə zədələnməsinin daxili qulağın zədələnməsi ilə müştərəklik təşkil etdiyi hallarda əvvəlcə qulaqda radikal operativ müdaxilə həyata keçirilməlidir. Eşitmə sümüklərinin ciddi zədələnmələrində onun saxlanması mümkün olmadığı hallarda axırıncılar kənar edilməlidir. Əməliyyat beyin sərt qişasının tamlığının bərpası ilə başa çatdırılmalıdır. Yara kanalı drenaj olunmalı, yumşaq toxumalar və dəri tikilməlidir. Yara kanalının iki ədəd drenaj boru (gətirici və aparıcı), yaxud ikimənfəzli rezin boru ilə drenaj edilməsi (M.M.Kanşin) daha məqsədəuyğundur. Bu, yaranın vaxtaşırı, yaxud sirkulyar yuyulması məqsədilə həyata keçirilir. Rezin borular 3-5 gündən sonra çıxarılmalıdır. Epitelizasiyanın yaxşı getməsi üçün yara sargı altında müalicə olunmalıdır.

Yaranın erkən cərrahi işlənməsinin yaralanmanın ilk saatlarında aparılması daha yaxşı nəticə verir. Cərrahi işlənmənin müddəti 1 sutkadan artıq yubadılmamalıdır. Bu müddət nə qədər qısa olarsa, əməliyyatın nəticəsi də bir o qədər yaxşı olar. Yaranın cərrahi işlənməsi üçün optimal müddət 2-6 saat hesab olmalıdır. Qarabağ müharibəsində ixtisaslı tibbi yardımın (hərbi-səhra cərrahiyyəsi hospitalının) döyüş zonasına maksimal yaxınlaşdırılması kəllə-beyin yaralanmalarında yaranın cərrahi işlənməsi müddətinin 2 saata qədər qısaldılmasına və müalicə işində daha yaxşı nəticələrin əldə edilməsinə imkan vermişdir.

Yaralıların müəyyən səbəblərdən ixtisaslı yardıma gec çatdırılması hallarında kəllə-beyin yaraları təxirəsalınmış qaydada işlənməli, yara drenaj olunmalı və açıq saxlanılmalıdır; dəri tikilməməlidir. Yaraların gec müddətlərdə (yaralandıqdan 48 saat sonra) cərrahi işlənməsi zamanı infeksiyanın kənar toxumalara yayılmaması məqsədilə dərin qatların instrumental müayinəsindən çəkinmək lazımdır. Yara kanalından möhtəviyyət ehtiyatla kənar edilməli, sümük qırıntıları, qan laxtaları, beyin detriti və səthdə yerləşmiş metal yad cisimləri götürülməlidir. Yara kanalının barmaqla, maqnitlə və i.a. müayinəsinə yol verilməməlidir. Bu meninqoensefalitin əmələ gəlməsinə səbəb ola bilər. Yara ilk günlər hipertoniya duz məhlulu, yaxud dioksidin hopdurulmuş steril materialla tamponada olunmalı, sonrakı müddətlərdə sorbentlər tətbiq edilməlidir. Əgər yaranın birincili cərrahi işlənməsi kifayət deyilsə, təkrari cərrahi işlənmə həyata keçirilməlidir.

Ağır kəllə-beyin zədələnmələrinin digər nahiyələrin də zədələnmələri ilə birlikdə müştərək şəkildə təsadüf olduğu hallarda yaraların cərrahi işlənməsinin iki həkim briqadası ilə həyata keçirilməsi daha məqsədəuyğundur. Bu, operativ müdaxilənin daha tez başa çatmasına və narkozun müddətinin azaldılmasına imkan verir:

Sırası əsgər A.E., 1970-ci il təvəllüdü, (x/t 2379) 16.06.93-cü il saat 13.40 radələrində hərbi-səhra cərrahlığı hospitalına başın sol yarısının kor, kəllə daxilinə keçən qəlpə yaralanması, kəllə əsasının sınığı, sağ budun, sağ baldırın və sol budun çoxsaylı qəlpə yaralanması, baldır sümüklərinin sınığı, III dərəcəli travmatik şok diaqnozu ilə daxil olmuşdur. Obyektiv müayinədə sol təpə nahiyəsində 1,0 x 1,0 sm ölçüdə kor qəlpə yarası ayırd edilir. Sol bəbək genişlənmişdir. Yaralının huşu aydın deyildir. Nəbzi dəqiqədə 55, aritmik, A/T-105/70 mm c.s., hər iki bud nahiyəsində və sağ baldırda çoxsaylı qəlpə yaraları və həmin tərəfdə baldırın deformasiyası aşkar edilir. Lazımi reanimasiya tədbirləri ilə birlikdə iki həkim briqadasının iştirakilə dekompression trepanasiya həyata keçirildi, subdural hematoma çıxarıldı, ətraf yaraları birincili cərrahi işləndi, sağ baldıra skelet dartması qoyuldu. Yaralı reanimasiya şöbəsində intensiv müalicə almış, 3 gündən sonra arxa hospital bazaya təxliyə olunmuşdur.

Kəllə-beyin yaraları cərrahi işləndikdən sonra antibiotiklərin endolumbal yeridilməsi də göstərişdir. Bu məqsədlə penisillinin natrium duzu məhlulundan istifadə edilir (50.000 v 2 dəfə destillə olunmuş suda məhlulu tədriclə yeridilir). Infeksiyanın qarşısının alınması üçün əməliyyatdan dərhal sonra antibiotiklərin endolumbal olaraq sutkada 2-3 dəfə olmaqla 5-7 gün müddətinə istifadə olunması məsləhət görülür. Penisillinnə bərabər streptomitsindən (100000 v), daha ağır hallarda kanamitsindən (25000-50000 v) istifadə edilə bilər. Antibiotiklər bidestillə olunmuş suda həll olunmalıdır. (Xarici ədəbiyyatda antibiotiklərin dozası vahidlə deyil, milliqramla göstərilir). Antibiotikin konsentrasiyası penisillin üçün 1 millilitr mayeyə 5000 vahid, digər antibiotiklər üçün 10000 vahid hesab olunur. Endolumbal istifadə ilə bərabər pensillin venaya yüksək dozada (sutkada 100-150 milyon vahid) yeridilməlidir. Bu məqsədlə tetrasiklin qrupu antibiotiklərindən də istifadə etmək olar. Antibiotiklərin sulfanilamid preparatları ilə kombinə şəkildə istifadə edilməsi də məqsədəuyğundur. Disbakteriozun qarşısının alınması məqsədilə levorin və nistatindən istifadə olunmalıdır.

Operativ müdaxilədən sonra yaralılara lazımi qulluğun və nəzarətin təşkili vacibdir. Yaralılar sakit şəraitdə saxlanılmalıdır. Pnevmoniya baş verməsin dəyə profilaktik tədbirlər görülməli, yuxarı tənəffüs yolları selikdən və bəlgəmdən təmizlənməli, proteolitik fermentlərlə yuyulmalıdır. Beyin toxuması xaricə çıxmış yaralılara görə xüsusilə diqqətli olmalı, xaricə çıxmış beyin toxuması zədələnməsin dəyə (beyin protruziyası zamanı) axırını yumşaq sarğı ilə əhatələnməli, yaraların sarınması ehtiyatla aparılmalıdır. Psixi pozulmuş hallarında yaralı sarğını qopara bilər, açıq beyin toxumasını zədələyərək özünə xəsarət yetirə bilər. Fəsadlaşma olmadıqda üç həftəlik hospitalizasiya müddətində yara kənarında qoruyucu örtük –qranulyasiya zonası əmələ gəlir, beyin qişaları arasında bitişmələr gedir, bütün bunlar infeksiyanın generalizasiyasının qarşısını alır.

Kəllə-beyin zədələnməsi olan yaralıların qidalanması yüksək kalorili olmalı, qida az porsiyalarla tez-tez verilməlidir. Bu, qusmanın qarşısının alınmasına və qidanın yaxşı mənimsənilməsinə imkan verir. Orqanizmin müdafiə qabiliyyətinin artırılması məqsədilə vena daxilinə qlükoza (insulinlə birlikdə), vitamin preparatları yeridilməli, immunaktivatorlardan istifadə edilməli və qan köçürülməlidir.

14.5. KƏLLƏ-BEYİN YARALANMALARININ (ZƏDƏLƏNMƏLƏRİNİN) FƏSADLAŞMALARI

Bir sıra hallarda kəllə-beyin yaralanmalarında operativ müdaxilədən sonrakı dövrdə infeksiyon fəsadlaşmalar –meningit, ensefalit və beyin abssesi müşahidə olunur. Bu, əsasən yaranın birincili cərrahi işlənməsinin gec və radikal şəkildə həyata keçirilməməsi hallarında baş verir. Sümük qırıntılarının, beyin detritinin tam götürülməməsi, yaranın pis drenaj olunması, sərt qişanın və dərinin lazımlıca tikilməməsi nəticə etibarilə likvor fistulaları və ikincili infeksiyanın baş verməsinə səbəb olur. Fəsadlaşmalar beyin toxumasının zədələnmə sahəsindən də çox asılıdır. Kəllə-beyin zədələnmələri zamanı müşahidə olunan fəsadlaşmalara meningitlər, ensefalit və beyin abscessləri aiddir.

Meningit – beyin qişalarının iltihabı ilə xarakterizə olunur. Meningit birincili və ikincili ola bilər. Birincili meningit bilavasitə yaralanma zamanı baş vermiş infeksiya ilə əlaqədardır. İkincili meningit isə ensefalit və beyin abssesi ilə əlaqədar inkişaf edir. İltihabi proses beyin qişalarını üst tərəfdən, yaxud bazal hissədən əhatə edə bilər. Kəskin meningit adətən yaralanmadan 7-15 gün sonra beyinin travmatik ödeminin azalması dövründə infeksiyanın daxilə keçməsi ilə əlaqədar olur. Xronik meningitlər isə daha çox residiv verməsi ilə fərqlənir. Bu əsasən ensefalit, yaxud beyin abssesi sahəsindən infeksiyanın beyin qişalarına keçməsi ilə əlaqədardır. Odlu silah yaralanmalarında müşahidə olunan meningit yaralıların vəziyyətinin kəskin pisləşməsi ilə təzahür olunur. Bu zaman başın dəri örtüyünün hissiyyəti artır, hiperesteziyalar, bəzən isə psixomotor oyanıqlıq baş verir. Xəstənin başı arxaya doğru çevrilmiş, dizləri isə qarınına doğru çəkilmiş olur. (Klassik ədəbiyyatda buna “it yatışı”-da deyilir). Ənsə əzələsinin rigidliyi, Kerniq, Brudzinski, Qiyen əlamətləri kəskin müsbət olsa da, areaktiv xəstələrdə bunlar zəif müşahidə olunur, bəzən isə müşahidə olunmaya da bilər. Axırını hal “əlamətsiz meningit” adlanır.

Diaqnoz xəstəliyin klinik gedişi, qanın və onurğa beyin mayesinin laborator müayinəsi ilə dəqiqləşdirilir. Xəstədə yüksək temperatur (38-39°C və daha yüksək), kəskin başağrıları, huşun itməsi, periodik oyanıqlıq halları, ümumi və yerli beyin əlamətləri müşahidə olunur. Qanda neytrofiloz leykositoz, yüksək EÇS müşahidə olunur. Lumbal punksiya zamanı onurğa beyni mayesi yüksək təzyiqlə

xaric olur. Axırınıcı beyin ödemi ilə əlaqədardır. Onurğa beyni mayesi bulanıq bəzən isə qanlı ola bilər. Bu, prosesin subaraxnoidal qansızma fonunda baş verdiyini göstərir; mayədə hüceyrələrin və zülalın miqdarının artması aşkar olunur.

Müalicə məqsədilə antibiotiklərin endolumbal və böyük dozada vena daxilinə yeridilməsi məsləhət görülür. Antibiotiklərin birbaşa yuxu arteriyasına yeridilməsi daha əlverişlidir. Həmçinin uzunmüddətli təsirə malik sulfanilamid preparatlarından, hemotransfuziya və immunoaktivatorlardan (stimulyatorlardan) da istifadə edilməsi məsləhət görülür. Beyin protruziyası olan meningitli, ensefalitli və beyin abssesi ilə olan yaralıların təxliyəsi arzuolunmaz hal kimi qiymətləndirilməlidir və bu, yalnız çətin döyüş şəraitində həyata keçirilə bilər.

Ensefalit (beynin iltihabı) –infeksiya prosesinin yara kanalından beyin toxumasına keçməsi nəticəsində baş verir. Ensefalitlər məhdud və diffuz şəkildə müşahidə olunur. Məhdud ensefalitlər adətən yara kanalı ətrafındakı sahəni əhatə edir. Bu, çox da kəskin olmayan başağrıları, yarada iltihabi əlamətlər və beyin protruziyası ilə özünü göstərir. EÇS yüksəlir, qanda leykositlər artır. Onurğa beyni mayesində iltihabi əlamətlər bir o qədər də kəskin müşahidə olunmur (pleositoz 50-70, zülal 660-999 q/l intervalında olur. Diffuz ensefalitlər beyinin daha çox sahəsini, bəzən bütünlüklə beyin yarımkürəsini əhatə edir. Xəstələrin vəziyyəti çox ağır olur, kəskin başağrıları, bəzən huşun itməsi və psixomotor oyanıqlıq, kəskin arıqlama, əzələlərin səyriməsi, barmaqların qeyri-requlyar hərəkəti müşahidə olunur. Yüksək hərarət, patoloji yuxululuq və kaxeksiya xəstəliyin proqnozunun pisləşdiyini göstərir. İltihabi prosesin beyin kötüyünün həyati mühüm sahələrinə, III mədəcikə yayılması və beyin qişalarına sirayət etməsi ikincili meningit verə bilər. Bu kimi hallarda beyinin protruziyası baş verir. Beyin mədəciyinin deşilməsi likvor fistulası əmələ gətirir.

Ensefalitlər müalicəyə daha pis tabe olur. Antibiotiklər vena daxilinə, endolumbal yeridilməklə bərabər yuxu arteriyasına da yeridilməli, vitaminlərdən, biogen stimulyatorlardan geniş istifadə olunmalıdır. Bayıra çıxan beyin toxumasının boğulması hallarında trepanasiya deşiyi sümük və sərt qişanın hesabına radial istiqamətlərdə genişləndirilməlidir.

Beyin abssesi – yara kanalında qalmış sümük, yaxud metal qırıntıları ətrafında əmələ gəlir. Xüsusilə səhərlər davamlı kəskin başağrıları, yuxululuq müşahidə olunur. Xəstələrdə süstlük, ətrafa qarşı laqeydlik hiss olunur, suallara könlüzsüz cavab verir. Bradikardiya, göz dibində durğunluq müşahidə edilir. Beynin protruziyası baş verir. Beyin pulsasiya etmir. Qanda xarakter dəyişikliklər: yüksək EÇS, normal leykositoz fonunda neytrofiloz (leykoformulanın sola meyilliliyi) aşkar olunur. Onurğa beyni mayesində ciddi dəyişikliklər müşahidə olmaya da bilər.

Kəskin obstruktiv hidrosefaliya kəllə-beyin zədələnmələrinin erkən və gec müddətlərində müşahidə olunan fəsadlaşmalardandır. Bu, arxa kəllə çuxurunun hematomalarında likvor dövrünün pozulması ilə əlaqədar baş verir. Müalicənin prinsipi likvor dövrününündəki maneənin və onun nəticələrinin aradan qaldırılmasından ibarət olmalıdır.

14.5.1. KƏLLƏ-BEYİN ZƏDƏLƏNMƏLƏRİ ZAMANI İLTİHABİ FƏSADLAŞMALARIN PROFİLAKTİKASI VƏ MÜALİCƏSİ

İrinli fəsadlaşmalar aşkar edildikdə terapevtik dozada antibiotiklər təyin edilməli, stasionar müalicənin (ixtisaslaşdırılmış yardımın) ilk günündə yara materialından, beyin mayesindən və i.a. bakterioloji müayinə götürülməli, sonrakı müddətlərdə müalicədə dərman preparatlarının həssaslıq qabiliyyətinə uyğun düzəlişlər aparılmalıdır.

Xəstəliyin progressiv gedişi ümumi beyin əlamətləri simptomokompleksi, xəstənin psixikasında baş verən dəyişiklik, anamnezdə odlu silah yaralanmasının olması beyin abssesinə şübhə yaranmasına əsas verir və lazımi təcili tədbirlər görülməsini tələb edir. İlk növbədə kəllənin trepanasiyasının həyata keçirilməsi, abssesin açılması və yaranın drenajı ön planda durmalıdır. Beyin abssesinin kapsula ilə birlikdə total surətdə götürülməsi üsulu (N.N.Burdenko) abssesin ilkin mərhələlərində çox vaxt mümkün olmur. Çünki bu mərhələdə abssesin kapsulası hələ tam formalaşmamış olur. Abssesin beyin mədəciklərinə penetrasiyası ağır fəsadlaşmalardandır və diaqnoz aydın olduqda operativ müdaxilə təxirə

salınmamalıdır. Abssesin beyin toxumasının dərinliyində yerləşdiyi hallarda irinliyin punksiyası antiseptik preparatlarla yuyulması və drenajı ilə kifayətlənməlidir.

Irinin aspirasiyası və irin sahəsinə antibiotiklərin yeridilməsi müalicə işinin xeyli sürətləndirilməsi üçün zəmin yaratmış olur. Punksiya momentində boşluğa hava yeridib kəllənin rentgenoqrafiyasını həyata keçirmək olar. Bu zaman retgen şəklində beyin abssesi, onun konturu, forma və ölçüsü aşkar olacaqdır. Düzgün diaqnozun təyini müalicə taktikasının aşkarlanmasında xüsusi rol oynayır. Müasir müayinə üsullarından beyin kompüter tomoqrafiyası daha qiymətli diaqnostik əhəmiyyətə malikdir.

Beynin protruziyası zədələnmənin erkən və gec dövrlərində təsadüf oluna bilər. Erkən beyin protruziyası zədələnmənin 7-10-cu günü baş verir. Bu, beyin qan dövrəsinin pozulması və beyin toxumasının ödemə ilə əlaqədardır. Beynin protruziyası gedişinə görə “xoş və bədxassəli” ola bilər. “Xoşgedişli” protruziyalar beyin zədə nahiyəsində olan səthi infeksiyalarla, “bədxassəli” beyin protruziyaları isə beyin dərin qatlarında absses, hematoma, yaxud nekrotik toxumaların olması ilə əlaqədardır. Bu, qısa müddətdə kəllədaxili təzyiğin artmasına səbəb olur. Dehidratasion terapiyanın aparılması kəllədaxili təzyiğin azalmasına, beyin protruziyasının tədricən aradan qaldırılmasına imkan verir. Gec müddətlərdə baş vermiş protruziyalar, əsasən iltihabi proseslərlə əlaqədardır. İltihabi proseslər məhdud və yayılmış şəkildə müşahidə olunur; məhdud yaxud yayılmış ensefalitlər, beyin abssesi və i.a.

Kəllədaxili təzyiq (KDT): normada 10 mm civə sütununa bərabərdir. $KDT > 20$ mm c.s. patologiya sayılır. $KDT > 40$ mm c.s. olması zədələnmənin ciddi xarakterə malik olduğunu göstərir. Normada beyin hər 100 qram kütləsi üçün dəqiqədə 50 ml arterial qan tələb olunur. Bu həcm 20-25ml-ə endikdə beyin elektrik fəallığı itir. Həmin həcm 5 ml-ə endiyi halda beyin toxumasında (hüceyrələrdə) geriyə dönməz proses baş verir. Beyin qan dövrəsinin reqlulyasiyası 50-160 mm civə sütunu arasında mümkündür. Təzyiğin həmin göstəricidən aşağı və yuxarı olduğu hallarda bu reqlulyasiya pozulur, işemiyə ilə əlaqədar beyin toxumasında ikincili zədələnmələr hipotoniya vəziyyətində olan yaralılarda daha çox müşahidə edilir.

Xoşgedişli beyin protruziyaları zamanı kəllədaxili təzyiq bir o qədər də yüksək olmur və adətən yerli müalicə, antibiotik terapiyası və spinal punksiyalar fonunda aradan qalxır. İltihabi zonada yaranan qranulyasiyası əmələ gəlir. Bədxassəli beyin protruziyalarında isə kəllədaxili təzyiğin əmələgəlmə səbəbi (absses, hematoma və nekrotik toxumalar) aradan qaldırılmayınca konservativ tədbirlər lazımı nəticə vermir. Bu məqsədlə yara nahiyəsində yumşaq toxumalar geniş açılmalı, beyin sıxılma sahəsindəki sümük toxuması kənarı rezeksiya olunmalı, beyin sərt qişası açılmalı və dərin qatlarda yerləşmiş absses, hematoma, yaxud həyati qabiliyyəti olmayan nekrotik toxumalar kənar edilməlidir.

Dərinde yerləşmiş absseslər punksiya edildikdən sonra drenaj olunmalı və irinlik sahəsinə geniş spektrli antibiotiklər yeridilməli, yara nahiyəsinə hipertonic duz məhlulu, yaxud dioksidinlə sarğı qoyulmalıdır. Sarğılar lazım gələrsə gündə bir neçə dəfə dəyişdirilməlidir. Antibiotiklər vəziyyətdən asılı olaraq yerli, əzələ daxilinə, intravenoz, endolumbal və intrakarotid yolla yeridilə bilər. Antibiotiklərin seçilməsində etioloji faktor əsas götürülməlidir. Dərman preparatının birdəfəlik və sutkalıq dozaları, tətbiq olunma metodu, bu və ya digər dərman maddəsinin (antibiotikin) hematoensefal baryerdən keçmək qabiliyyəti də nəzərə alınmalıdır. Əgər antibiotiklərin adi yolla yeridilməsi qanda, beyin mayesində (likvorda) və beyin toxumasında lazımı konsentrasiya yaratmırsa, axırıncı orqanizmə endolumbal, yaxud intrakarotid yolla yeridilməlidir. Antibiotiklərin yerli (bilavasitə beyin toxumasına), yaxud endolumbal yolla yeridilməsi zamanı həmçinin dərman preparatının neyrotoksik (və epilepsiya törətmək) qabiliyyəti də nəzərdə tutulmalıdır.

Antibiotiklərin orqanizmə yeridilmə üsulundan asılı olaraq, birdəfəlik doza aşağıdakı qaydada təyin olunur: terapevtik məqsədlə hər bir antibiotikin endolumbal, intraventrikulyar və bilavasitə patoloji nahiyəyə (absses nahiyəsinə) yeridilmə dozası həmin antibiotikin əzələ daxilinə yeridilmə dozasının 1/10-nə bərabər olmalıdır. Antibiotik profilaktik məqsədlə istifadə edildikdə, göstərilən doza 2 dəfə az olmalıdır. Beləliklə, kanamitsin, qentamitsin, levomitsetin suksinat (xloramfenikol), linkomitsetinin terapevtik endolumbal, intraventrikulyar və intravulnar birdəfəlik yeridilmə dozası 50000-100000 vahid, neomitsetin, oleandomitsin, morfosiklinin dozası 20000-25000 vahid, oksasillin, ampisillin, karbenisillinin dozası 20000-40000 vahid, həmin dərman maddələrinin profilaktik dozası göstərilən miqdarın yarısına bərabər olmalıdır.

Eyni zamanda antibiotiklərin intrakarotid yeridilmə dozası endolumbal dozadan təqribən 2-4 dəfə çox olmalıdır. Belə ki, birdəfəlik intrakarotid terapevtik doza kanamitsin, gentamitsin, monomitsin, neomitsin, levomitsetin, polimiksin üçün 250000 vahid, oleandomitsin, linkomitsin, morfosiklin, oksasillin, ampisillin, karbenisillin üçün 100000 vahid olacaqdır.

14.6. KƏLLƏ-BEYİN ZƏDƏLƏNMƏLƏRİ ZAMANI MƏRHƏLƏLİ YARDIMIN TƏŞKİLİ VƏ HƏYATA KEÇİRİLMƏSİ QAYDALARI

İlk- və həkiməqədərki tibbi yardım. Xarici qanaxmanın saxlanması və yaraların irinləməsinin qarşısının alınması məqsədilə zədə nahiyəsi aseptik sarınmalıdır. Qusma və burun-udlaq qanaxması baş veridikdə qan və qusuntu materialının nəfəs yollarına getməməsi üçün profilaktik tədbirlər həyata keçirilməlidir. Bunlar ağız boşluğunun selikdən təmizlənməsi, "S"-vari borunun udlağa, yaxud nəfəs borusuna keçirilməsi ilə süni tənəffüsün verilməsindən ibarətdir. Huşunu itirmiş yaralılar böyrü üstə daşılmalıdır. Yaralılara narkotik dərman preparatlarının yeridilməsi əks göstərişdir. Bu, tənəffüsün ləngiməsinə səbəb ola bilər.

İlk həkim yardımı. Burada yaralılar şərti olaraq 3 çeşidləmə qrupuna bölünür. I qrupa aqoniya vəziyyətində olan yaralılar aiddir. Bunların təxliyəsinə ehtiyac yoxdur və onlar həmin mərhələdə simptomatik müalicə almalıdırlar. II qrupa həmin mərhələdə yardıma ehtiyacı olan yaralılar aiddir. Bunlara tənəffüs çatmamazlığı olan, arterial təzyiqi stabil olmayan, psixomotor pozğunluğu, qıcolması və xarici qanaxması olan yaralılar aiddir. Həmin yaralılara yardım göstərildikdən sonra onlar ilk növbədə təxliyə olunmalıdırlar. III qrupa hemodinamikası stabil olan və fəsadlaşması olmayan yaralılar aiddir. Bunların ilk həkim yardımına ehtiyacı olmasa da, sonrakı mərhələyə təxliyəsi vacibdir.

Bu mərhələdə yaralıların çeşidlənməsi adətən sarğılar açılmadan həyata keçirilir. İlk həkim yardımına sarğılara düzəlişlərin aparılması əzələ daxilinə antibiotiklərin və tetanus əleyhinə anatoksin yeridilməsi də aiddir. Sarğılarda dəyişdirilməsi yalnız xarici qanaxma olduqda həyata keçirilməlidir. Xarici qanaxmanın saxlanması məqsədilə yarada olan damarlar sıxıcıya alınıb bağlanıla bilər.

Huşu olmayan yaralıların ağız boşluğu və udlağı selikdən təmizlənməli, udlağa rezin boru keçirilməli, lazım gəldikdə dil yaxalığa tikilməlidir. Asfiksiya ilə müşahidə olunan beyin əsası sınıqlarında nazo-traxeal intubasiyanın və nazoqastral borunun yeridilməsi əks göstərişdir. Bu zaman krikotiroidotomiyanın aparılması, yaxud traxeostomanın qoyulması vacibdir. Arterial təzyiqin endiyi halarda venaya qlükokortikoidlər və simpatomimetiklər yeridilməlidir. Psixomotor pozğunluq hallarında əzələ daxilinə litik qarışıqlar (maqnezium sulfat, dimedrol, aminazin) yeridilməlidir. Bu məqsədlə yuxu dərmanlarından da istifadə oluna bilər. Tənəffüs və ürək-damar fəaliyyətində pozğunluq olduqda tənəffüs analeptikləri və ürək dərmanlarından istifadə olunmalıdır. Yaralıların ixtisaslı yardım mərhələsinə təxliyəsi ləngidilməməlidir. Köçürülmə zamanı nəqliyyatda silkələnmənin qarşısının alınması, yaxud onun azaldılması məqsədilə yaralının başı altına yastıq, yaxud yumşaq material qoyulmalıdır. Yaralının daşılması imkan daxilində sanitar nəqliyyatı ilə həyata keçirilməlidir.

Ixtisaslı tibbi yardım. Bu mərhələdə yaralıların çeşidlənməsi üç istiqamətdə aparılmalıdır. Çeşidlənmə zamanı sarğılarda açılmasına ehtiyac qalmır. I qrupa reanimasiya və təcili operativ müdaxiləyə ehtiyacı olan yaralılar aiddir. Bu qrupa kəllədaxili qanaxması, likvorreyası və xarici qanaxması olan yaralılar daxildir və onlara yardım həyati göstəriş əsasında yerinə yetirilməlidir. Kəllədaxili qanaxmalar zamanı yaralının vəziyyətinin progressiv şəkildə pisləşməsi, kəskin başağrıları, psixomotor oyanıcılığın tormozlanma ilə əvəz olunması, kəskin bradikardiya, qusma, ümumi beyin əlmlərinin artması, hematoma tərəfdə bəbəyin genişlənməsi və i.a. müşahidə olunur. Kəllədaxili hematomalar zamanı operativ müdaxilənin məzmunu yumşaq toxumada yara kənarlarının kəsilib götürülməsi, sümük defektinin trepanasiyası, epudural, subdural, eləcə də beyindaxili hematomaların çıxarılması və qanaxmanın saxlanması ibarət olmalıdır. Bu məqsədlə zədələnmiş beyin qışası damarları tikilməli, yaxud klipslə tutulmalıdır. Qanaxmanın saxlanılmasında 3%-li hidrogen peroksid məhlulu, hemostatik süngər və ilıq fizioloji məhlul da kömək edir.

Digər təxirəsalınmaz operativ tədbirlər likvorun axması zamanı tətbiq edilir. Bu, beyin mədəciklərinin zədələnməsi zamanı baş verir. Sarğının likvorla (beyin mayesi ilə) islanması nəticəsində bədən çoxlu maye itirir. Likvorreyanın qarşısı vaxtında alınmazsa beyin mədəciklərinin kollapsı baş verir

və yaralı ölüm təhlükəsi altında qalır. Qeyd etmək lazımdır ki, likvorreya zamanı mikrobların yara kanalına daxil olması, beynin daha dərin qatlarına keçməsi və infeksiyon prosesin yayılması üçün daha əlverişli şərait yaranmış olur.

II qrup yaralıları ixtisaslı yardım mərhələsində təcili operativ müdaxiləyə və reanimasiya yardımına ehtiyacı olmayan yaralıları daxildir. Bunlar sonrakı müalicə mərhələsinə mümkün qədər tez çatdırılmalıdırlar. Xəstələrə antibiotiklər yeridilməli, göstəriş əsasında tənəffüs analeptikləri, ürək dərmanları və ağrıkəsicilərdən istifadə olunmalıdır.

III qrupa aqonal və preaqonal vəziyyətdə olan ümitsiz yaralıları daxildir. Bunların təxliyə olunması əks göstərişdir. Onları ayrıca bokslarda yerləşdirilməklə simptomatik müalicə aparılmalıdır. Bu qrupa ağrı qıcığına qarşı reaksiyası olmayan, reflekslərin tam itməsi, ikitərəfli midriaz müşahidə olunan beyin toxuması geniş şəkildə zədələnmiş dərin koma vəziyyətində olan yaralıları daxildirlər. Bunlarda mərkəzi tipli dərin tənəffüs pozğunluğu (Çeyn-Stoks, Biot, Kusmaul tipli tənəffüs) qeyd edilir. Nəbz zəif dolğunluqlu olur, arterial təzyiq çətin təyin olunur.

Kəllə daxilinə keçmiş bütün yaralanmalarda təxliyə rahat nəqliyyatda uzanmış vəziyyətdə aparılmalıdır. Huşu aydın olmayan yaralıları ürək fəaliyyətinin və tənəffüs pozğunluğunun müşahidə edilmədiyi hallarda sərbəst köçürülə bilərlər. Təxliyə zamanı yaralıların yolda müşahidəsi təmin edilməli, mümkün ola biləcək asfiksiya və qusuntu materialının yuxarı tənəffüs yollarına aspirasiyasının qarşısı vaxtında alınmalıdır.

Ixtisaslaşdırılmış yardım hospital bazada neyrocərrahi, oftalmoloji, üz-çənə, burun-qulaq-boğaz və rentgenoloji xidmətin birgə fəaliyyət göstərdiyi xüsusi hospitallarda həyata keçirilir. Lazım gəldikdə burada yaralıya spinal puksiya edilir, təkrari rentgen müayinəsi (kranioqrafiya), exoensefaloskopiya, kəllədaxili hematomanın dəqiqləşdirilməsi məqsədilə karotid angiografiya və beynin kompüter tomoqrafiyası həyata keçirilir. Burada sümük fraqmentlərinin, yad cisimlərin lokalizasiyası bir daha dəqiqləşdirilir, kəllə boşluğunda havanın olması (pnevmocefaliya) və i.a. aşkar edilir. Başın yumşaq toxumasının zədələnməsi olan bütün yaralıları diaqnoz dəqiqləşdirildikdən sonra sarğı otağına gətirilməli və yaralar cərrahi işlənilməlidir.

Başın dərisi kəllə aponevrozu ilə birbaşa fibroz telərlə bağlıdır. Lakin aponevroz kəllə ilə zəif əlaqəli olduğundan, başın yumşaq toxumasının yaralanmalarında (skalp yaralanmalarında) zədələnmiş damarlar açıq qalır və bunlar özbaşına bağlanmadığından qanıtirmələrə səbəb ola bilər. Qanaxmanın saxlanılması üçün lazımı tədbirlərin yerinə yetirilməsi lazım gəlir. Çox vaxt baş yaralanmalarının infeksiyalaşması məhz aseptik qaydalara düzgün əməl olunmaması nəticəsində baş verir. Baş yaralanmaları zamanı qanıtirmə nəzərə alınmalıdır. Başın zədələnmiş sahəsi qırılmalı, dərin cırılmış yaralanmalarda qanaxma yaraya birbaşa təzyiqlə saxlanılmalı, böyük damarlar kauterlə yandırılmalı, yaxud tikilməlidir. Yara dibi vizual və palpator müayinədən keçirilməli, yad cisimlər aşkarlanmalı və çıxarılmalıdır. Yaradan beyin mayesinin gəlməsi sərt qişanın zədələndiyini göstərir.

Kəllə daxilinə keçən və keçməyən sümük zədələnməsi olan bütün yaralıları rentgen müayinəsindən keçirildikdən sonra cərrahi əməliyyat otağına verilməlidir. Kəllənin və beynin bütün odlu silah yaraları müddətindən asılı olmayaraq, birmomentli radikal cərrahi işlənilməlidir. Bunun məqsədi infeksiyalaşmış və həyat qabiliyyəti olmayan toxumaların yara kanalından kənar edilməsi və qanaxmanın saxlanılmasından ibarətdir. Kəllənin basılmış sınıqlarında təcni dekompressiya ilə kifayətlənməməli, həmçinin yanaşı intrakranial hematoma və beyin əzilməsi halları da nəzərdən keçirilməli və aşkarlanmalıdır.

Kəllə-beyin yaralanmalarında yaranan birincili cərrahi işlənilməsinə əks göstərişlər mütləq və nisbi ola bilər. Preaqonal vəziyyətdə, yaxud koma halında olan, tənəffüsündə və ürək-qan dövrəsində kəskin pozğunluq aşkar olunan, udğunma aktı pozulmuş, həyatla uyuşmayan geniş həcmli kəllə-beyin zədələnmələrində operativ müdaxilənin həyata keçirilməsi münasib hesab olunmur. Kəskin meningit, pnevmoniya, döş qəfəsinin ağır müştərək zədələnmələri və yaralıda yanaşı ağır xəstəliklərin olması, operativ müdaxiləyə nisbi əks göstəriş sayılır. Belə hallarda yaralı yalnız vəziyyətdən çıxdıqdan sonra operativ müdaxiləyə götürülə bilər.

Beyin silkələnməsi olan yaralılar 10-15 gün müddətində yataq rejimində sedativ müalicə almalı, sutkalıq normal yuxu təmin olunmalıdır. Eyni zamanda bərpa məqsədilə qlütamin turşusu, aminolon (sutkada 0,5 qramdan 3 dəfə) istifadə edilməlidir. Bunlara 2-3 həftəlik stasionar müalicəsi kifayət edir.

Beynin yüngül və orta dərəcəli əzilmələrində damar spazmının aradan götürülməsi məqsədilə terapeutik dozada komplamin, sermion, eufillin, desensibilizasion və hemostatik müalicə tətbiq edilməlidir. Kəllədaxili təzyiqdən asılı olaraq dehidratasion terapiya məqsədilə sidikqovucular tətbiq edilməli, vena daxilinə mannitol yeridilməlidir. Damar divarının keçiriciliyinin azaldılması məqsədilə proteazanın inhibitorlarından istifadə olunmalı, həmçinin vena daxilinə sutkada 400 ml 1%-li qlütamin turşusu, 5 ml 20%-li pirasetam yeridilməlidir.

Ağır formalı beyin əzilməsilə daxil olmuş yaralılara ağciyərlərin aparatla ventilyasiyası tətbiq edilməli, lazım gəldikdə traxeostoma qoyulmalıdır. Dehidratasion terapiya məqsədilə diuretiklərdən istifadə edilməli, bu, sutkalıq diurez və likvor təzyiqinin nəzarəti altında aparılmalıdır. Eyni zamanda bu qrup yaralılara beyin mikrosirkulyasiyasının yaxşılaşdırılması məqsədilə vena daxilinə 400 ml reopoliqlükün, heparin, terapeutik dozada proteazanın inhibitorları və antihipoksantlar istifadə edilməli, ağır xəstələrdə hipostatik pnevmoniya, yataq yaraları və s. fəsadlaşmalara qarşı profilaktik tədbirlər həyata keçirilməlidir.

Hərbi şəraitdə kəllə-beyin zədələnmələri odlu silah yaralanmaları, partlayış zədələnmələri şəklində müşahidə olunur. Zədələnmələr açıq və qapalı, təksaylı, çoxsaylı və müştərək halda müşahidə oluna bilər. Başın daxilə keçən zədələnmələri daha ağır gedişə malikdir. Diaqnozun vaxtında qoyulması və lazımı tədbirlərin həyata keçirilməsi daha vacibdir. Zədələnmənin daxilə keçməsi beyin sərt qişasının tamlığının pozulmasından asılı olaraq qiymətləndirilməlidir. Lakin daxilə keçməyən zədələnmələrdə də kəllədaxili zədələnmələrin baş verməsi mümkündür.

Kəllə-beyin zədələnmələrinin ağırlıq dərəcəsinin qiymətləndirilməsində xəstənin huşunun qiymətləndirilməsi xüsusi əhəmiyyətə malikdir. Huş pozğunluğu stupor, sopor və koma şəklində müşahidə oluna bilər. Bu, Qlazqo Koma Şkalası ilə daha asan təyin olunur. Stupor halında Qlazqo Koma Şkalası 13 ilə 14 arasında, sopor halında 9-12 arasında, koma vəziyyətində isə 8-3 arasında olur. Bütün komatoz yaralılar sərbəst nəfəs ala bilmədiklərindən, traxeya intubasiya olunmalıdır.

Xəstə və yaralılara yardım döyüş zonasından başlanılmalı, onlara qanaxma, şok və asfiksiyaya qarşı kompleks tədbirlər həyata keçirilməlidir. Yardım ardıcıl, daimi və bir-birini tamamlama şəkildə yerinə yetirilməlidir. Bütün mərhələlərdə yardım yaralı və xəstələrin çeşidlənməsindən başlanılmalıdır. Kəllədaxili qanaxması olan yaralılar cərrahi əməliyyata ilk növbədə götürülməlidir. Tənəffüs yollarının hiperventilyasiyası müəyyən səviyyədə aparılmalı, qanda karbon qazının parsial təzyiqi 20-30 mm civə sütunundan aşağı enməməlidir. Şok əleyhinə müalicə intensiv surətdə aparılmalı, itirilmiş qanın həcmi bərpa olunmalıdır. Hipovolemiya aradan qaldırılmalı, lakin hiperhidratasiyaya yol verilməməlidir. Adi nevroloji müayinələr qan təzyiqi qaydasına düşdükdən sonra və iflic halı baş verənə qədər aparılmalı, zədələnmənin xarakteri və xəstənin nevroloji statusu öyrənilməlidir. Fəqərə sütunu zədələnmələri rentgenoloji və klinik əlamətlər əsasında təyin edilməli, lazım gəldikdə əlavə müayinə metodları tətbiq edilməlidir. Reanimasiya tədbirləri normal duz məhlulu, Ringer-laktat və digər izotonik məhlulların istifadəsi ilə aparılmalıdır. Hipotonik məhlullar və dekstroza, eləcə də qlükoza məhlullarından istifadə olunmamalı, uzun müddət təsir edən kurare preparatları tətbiq edilməməlidir.

GÖRMƏ ORQANININ ODLU SILAH YARALANMALARİ VƏ ZƏDƏLƏNMƏLƏRİ

TƏDRİS SUALLARI

15. 1. Görmə orqanının odlu silah yaralanmaları və zədələnmələrinin təsnifatı
- 15.2. Görmə orqanının odlu silah yaralanmaları və zədələnmələrinin diaqnostikası
- 15.2.1. Cərrahi əməliyyatdan əvvəlki diaqnostika.
- 15.2.2. İntraoperasion diaqnostika.
- 15.2.3. Cərrahi əməliyyatdan sonrakı diaqnostika
- 15.3. Görmə orqanının odlu silah yaralanmaları və zədələnmələri zamanı müalicə taktikası
15. 4. Tibbi təxliyə mərhələlərində yardımın həcmi və onun həyata keçirilməsi qaydaları

15. 1. GÖRMƏ ORQANININ ODLU SILAH YARALANMALARİ

VƏ ZƏDƏLƏNMƏLƏRİNİN TƏSNİFATI

Görmə orqanının zədələnmələri yüngül, orta ağırlıqlı və ağır formalarda müşahidə olunur. Zədələnmənin ağırlıq dərəcəsi əsasən görmə orqanının funksiyasının pozulması ilə təyin edilir. Yüngül zədələnmələrə göz qapaqlarını dəlib keçməyən səthi yaralanmalar aiddir. Gözün orta ağırlıqlı zədələnmələrinə göz qapağının kiçik ölçüdə yırtılması, göz almasının daxilə keçməyən yaralanmaları, göz qapağının, konyunktivanın və buynuz qişasının II–IIIa dərəcəli yanıqları aiddir.

Ağır zədələnmələrə isə göz alması daxilinə keçən yaralanmalar, göz yuvası və onu təşkil edən sümüklərin zədələnməsi, gözün görmə qabiliyyətinin zəifləməsi ilə keçən kontuziyası, göz qapaqlarının, konyunktivanın, buynuz qişasının və skleranın IIIb–IY dərəcəli yanıqları, göz dibinin şüa yanığı və göz qapağının geniş defekti ilə zədələnmələri aiddir.

Eyni zamanda göz yaralanmaları təksaylı çoxsaylı, müştərək və kombinə şəkildə müşahidə oluna bilər. Müasir odlu silahlar, atom, lazer, kimyəvi və bakterioloji silahların tətbiqi ilə əlaqədar olaraq, gözün çoxsaylı, müştərək və kombinə olunmuş yaralanmaları daha çox müşahidə olunur.

15.2. GÖRMƏ ORQANININ ODLU SILAH YARALANMALARİ

VƏ ZƏDƏLƏNMƏLƏRİNİN DİAQNOSTİKASI

STATİSTİK MƏLUMAT: Görmə orqanının odlu silah yaralanmaları və zədələnmələri döyüşən orduda sanitariya itgilərin 5-10%-ni təşkil edir. İkinci dünya müharibəsi illərində görmə orqanının zədələnməsi 2%, Əfqanıstan müharibəsində 3,3% təsadüf edilmişdir. Müasir müharibələr şəraitində gözün zədələnməsi yanıqlar hesabına 10%-ə qədər yüksəlmişdir. Qarabağ müharibəsində bu patologiya bütün yaralanmaların 2,3%-ni təşkil etmişdir. Yaralanmalar 11,9% halda təksaylı, 69% müştərək xarakterə malik olmuş, 19,1% halda isə yanıqlarla kombinə şəkildə müşahidə olunmuşdur.



a)

b)

c)



d)



e)



Şəkil 15.1 Göz almasının və sifətin müxtəlif formalı zədələnmələri. a, b,c) Göz almasının müxtəlif dərəcəli kontuziyası və subkonyunktival hematoması. d) Soltərəfli periorbital hematoma. i-f) Üst göz qapaqlarının daxil keçməyən cırılmış yaralanması (Şəxsi müşahidələrimizdən).

Müəyyən hallarda gözün yaralanmaları eyni vaxtda bir neçə xəstədə, xüsusilə mina partlayışları zamanı partlayış yerindən eyni məsafə və yüksəklikdə dayanmış şəxslərdə baş verir. Bu, bizim təcrübədə dəfələrlə müşahidə edilmişdir. Buna Ağdam istiqamətində gedən döyüşlərdə 6 avqust 1994-cü il baş vermiş mina partlayışı zamanı yaralanmalar misal gətirilə bilər (x/t 4212, 4213, 4214, 4215). 3 halda hər iki gözün çıxması aşkar edilmiş, yalnız bir halda bir gözün işığa qarşı həssaslığı saxlanılmış, bütün hallarda şok əleyhinə müvafiq tədbirlərlə bərabər yaralar cərrahi işlənilmiş vəziyyətdən çıxdıqdan sonra onlar lazımı müalicə müəssisələrinə təxliyə olunmuşlar:

Ə.R., 1971-ci il təvəllüdü, 06.08.94-cü il tarixdə, saat 13.15 radələrində bədənin çoxsaylı qəlpə yaraları, hər iki gözün zədələnməsi, II-III dərəcəli travmatik şok diaqnozu ilə hərbi-səhra cərrahiyyəsi hospitalına daxil olmuşdur (x/t 4212). Şok əleyhinə kompleks müalicə tədbirləri həyata keçirilmiş, yaralar birincili cərrahi işlənilmişdir. Sol göz alması dağılmış, sağ gözün isə işığa qarşı həssaslığı saxlanılmışdır. Dağılmış göz alması çıxarılmış, həssaslığı saxlanılmış gözün konyunktiva kəsəsi novokain-penisillin məhlulu ilə yuyulub aseptik sarınmış və yaralı həmin gün ixtisaslaşdırılmış müalicə müəssisəsinə təxliyə olunmuşdur.

Statistik məlumatlar göstərir ki, göz zədələnmələri 60% halda mina partlayışı, 38,6% halda qəlpə zədələnmələri və 1,4% halda güllə zədələnməsi nəticəsində baş verir. Hər iki gözün zədələnməsi 33,8% halda müşahidə olunur. 57,9% halda göz zədələnmələri müştərək xarakterə malik olur. Bu, 6,9%-dən 20%-ə qədər kəllə-beyin zədələnmələri ilə, 36,6% halda üz-çənə, 4,1% halda döş-qarın, 10,3% halda ətraf zədələnmələri ilə müştərəklik təşkil edir. Üz-çənə praktikasında bütün zədələnmələrin 25%-də göz yuvası da zədələnməmiş olur. Göz yaralanmalarının təxminən yarısı göz almasının zədələnməsi ilə nəticələnir. 25% halda isə yalnız göz qapaqları zədələnir. Gözün çoxsaylı və daxilə keçən zədələnmələrində 72,4% halda

görmə orqanik sıradın çıxmış olur. Zədələnmələr zamanı gözün kontuziyası 80% halda müşahidə olunur. Gözdaxili qəlpələrin aşkarlanması 80% halda onun infeksiyalaşması ehtimalını artırır.

Göz zədələnmələrində başlıca problem ən adi zədələnmələrdə belə hərbi xidmətçilərin döyüş qabiliyyətinin itirilməsidir. Bir sıra hallarda gözün hətta ağır zədələnmələri həyat üçün qorxulu olmasa da onun funksional pozğunluğu döyüş və əmək qabiliyyətinin itməsinə, ağır dərəcəli əlilliyə səbəb ola bilər. Bəzən davam edən qanaxmalar nəticəsində zədələnmiş gözün sıradan çıxması baş verir və bu məqsədlə göz almasının enukleasiyasının həyata keçirilməsi lazım gəlir.

Görmə orqanının zədələnmələrinin diaqnostikası briqada tibb məntəqəsində, əlahiddə tibb taborlarında, hərbi-səhra cərrahiyyəsi hospitallarında və ixtisaslaşdırılmış yüksək profilli hospitallarda həyata keçirilə bilər. Briqada tibb məntəqəsində yardım ümumi ixtisaslı həkim tərəfindən həyata keçirilir. Əvvəllər qoyulmuş sarğılar açılmalı, ağrını aradan götürmək məqsədilə gözə 0,25%-li dikain, 1%-li lidokain, yaxud 2%-li novokain məhlulu damızdırıldıqdan sonra fokal (yandan) işıqlanma fonunda gözün köməkçi aparatı müayinədən keçirilir. Göz almasına keçən yaralanma aşkar edildiyi halda müayinə dayandırılmalı, göz dezinfeksiyaedici məhlullarla yuyulduqdan sonra aseptik sarınmalıdır. Gözlərin hərəkəti sinxron olduğu üçün hər iki gözün sarınması (binokulyar sarğı) məsləhət görülür. Sarğılar həddən artıq kip olmamalı, göz almasını basmamalıdır.

Gözün ətraflı müayinəsi əlahiddə tibb taborlarında, yaxud hərbi-səhra cərrahiyyəsi hospitallarında oftalmoloq tərəfindən həyata keçirilməlidir. Göz alması, göz qapaqlarının dərisi, konyunktiva və göz yuvası divarı ətraflı müayinədən keçirilməli, göz almasının göz yuvasındakı vəziyyəti (ekzoftalm, yaxud enoftalm) aşkarlanmalı, gözün buynuz qişası, bəbəklər və onun işığa həssaslığı yoxlanılmalıdır. Oftalmoskopiya aparılmalı, görmə itiliyi, görmə sahəsi təyin olunmalı, gözün işığı dərk etmə qabiliyyəti təyin edilməlidir.

Göz yanıqlarında gözə rəngli boya –fluressein damızdırılmalı və yanıqın dərinliyi yoxlanılmalıdır. I dərəcəli yanıqlarda zədələnmiş buynuz qişası epiteli nöqtəvi boyanır. II dərəcəli yanıqlarda buynuz qişanın epitelinin 50%-dən çoxunun sıradan çıxması aşkarlanır. III dərəcəli yanıqlarda buynuz qişası epiteli tam sıradan çıxmış olur, buynuz qişası ağ şüşəni xatırladır. IV dərəcəli yanıqlarda isə buynuz qişası forfor lövhəni xatırladır.

İxtisaslı yardım mərhələsində gözün müayinəsi ilə eyni zamanda adi cərrahi əməliyyatlar da yerinə yetirilir. Məsələn, göz qapaqlarının daxilə keçməyən yaraları tikilir. Burada xəstələrə məntəqədaxili çəşidlənməsi aşağıdakı qaydada həyata keçirilir:

–müvəqqəti korluq və fosfor-orqanik birləşmələrin təsirindən miotik pozğunluqlar müşahidə olunan xəstələr. Bunlar 7-10 gün müddətində sağalmaqda olan komandaya daxil edirlər.

–yüngül və orta ağırlıqlı yaralılar, bura göz almasının kontuziyası olan yaralılar, yanıq və zəhərli maddələrlə zədələnmiş xəstələr daxildirlər. Bunlar çoxprofilli yüngül yaralılar hospitalına köçürürlər. Belə xəstələrin müalicəsi üçün orta hesabla 2 ay vaxt tələb olunur.

–gözün ağır yanıqları ilə olan yaralılar. Bu qrup yaralılarda adətən bədənin digər sahələrinin də yanıqları aşkarlanır və onlar yanıq şöbəsinə köçürürlər.

– göz alması daxilə keçən yaralanmalar, göz almasının dərin kontuziyası və görmə orqanının kombinə olunmuş zədələnmələri olan yaralılar. Bunlar baş, boyun və fəqərə sütunu zədələnmələri şöbəsinə köçürürlər.

–gözün kimyəvi (toksik), radiasion zədələnməsi olan yaralılar. Bunlar terapevtik hospitallara köçürürlər.

–görmə sinirinin pozğunluğu olan xəstələr. Bunlar nevroloji şöbələrə köçürürlər.

Neyrocərrahi hospitallarda, eləcə də çoxprofilli hərbi-səhra hospitallarında göz zədələnmələrinə ixtisaslaşdırılmış yardım mərhələsində zədələnmənin diaqnostikası cərrahi əməliyyatdan əvvəl, əməliyyat zamanı və ondan sonrakı müddətlərdə mütəmadi olaraq yerinə yetirilməlidir.

15.2.1. CƏRRAHİ ƏMƏLİYYATDAN ƏVVƏLKİ DİAQNOSTİKA

Cərrahi əməliyyatdan əvvəlki diaqnostika yaralanmalar, ağır kontuziyalar zamanı (mikro)cərrahi əməliyyatın müddətinin, həcmnin və müalicənin harada aparılmasının təyini məqsədilə yerinə yetirilir. Diaqnostika qəbul şöbəsində, rentgen şöbəsində və oftalmoloji şöbədə yerinə yetirilir.

Qəbul şöbəsində cörmə itiliyi, işığa və rəncə olan həssaslıq, gözün anatomik strukturu, infeksiyanın olub-olmaması və onun xarakteri öyrənilir. Portativ oftalmoskopla yerinə yetirilir. Lazım gəldikdə yarıdan yaxma götürülür.

Rentgen şöbəsində göz yuvasının və kəllənin 2 proyeksiya üzrə obzor rengenografiyası həyata keçirilir, gözdaxili qəlpələrin yeri və yerdəyişməsi təyin olunur. Frontal proyeksiya burun-alın proyeksiyası ilə deyil, burun-çənəaltı istiqamətində aparılmalıdır. Çünki, burun-alın vəziyyətində göz yuvasının əksi gicgah sümüyü piramidasının üstünə düşdüyündən bu zaman rentgen şəklinin keyfiyyəti bir o qədər yaxşı olmur. Bu vəziyyətdə göz yuvası zədələnmələri, yaxud onun yad cisimləri, eləcə də göz alması zədələnməsi üçün lazımı nəticə əldə edilməsi çətinləşir.

Göz şöbəsində görmə itiliyi və refraktometrik göstəricilər subyektiv və obyektiv metodlarla dəqiqləşdirilir. Görmə orqanının anatomik strukturu oftalmoskopiya, diafanobiomikroskopiya, fosfenometriya və i.a. yerinə yetirilməklə öyrənilir.

Göz zədələnmələrinin diaqnostikasında əldə edilmiş məlumatlar əsasında yaranın mikrocərrahi işlənmə həcmi, gözün ağır kontuziyaları və göz yuvası zədələnmələri təyin edilməklə bərabər cərrahi müdaxilənin həyata keçirilməsi üçün əvvəlcədən lazımı avadanlığın, alətlərin, transplantatların, ferment və antibiotiklərin hazırlanmasına imkan verir.

15.2.2. İNTRAOPERASİON DİAQNOSTİKA

İntraoperasiya diaqnostika adi cərrahi və mikrocərrahi əməliyyatların həcmnin təyin edilməsinə imkan verir. Bura aşağıdakılar daxildir:

– gözdaxili strukturların və göz yuvası sümük zədələnmələrinin xarakterinin dəqiqləşdirilməsi məqsədilə görmə orqanının mikroskopik müayinədən keçirilməsi, diafanoskopiya, transilluminasiya, stereooftalmoskopiyanın aparılması və yara kanalının təftişi;

– yad cisimlərin transorbital yolla çıxarılması məqsədilə görmə sinirinin sümük kanalının vəziyyətinin rentgenoloji təyini;

– sklerada yerləşmiş yad cisimlərin lokalizasiyasının və onun maqnit xarakterinin öyrənilməsi və kənar edilməsi üsulunun təyini;

– çıxarılmış yad cisimlərin və görmə orqanının strukturlarının bakterioloji müayinədən keçirilməsi.

15.2.3. CƏRRAHİ ƏMƏLİYYATDAN SONRAKI DİAQNOSTİKA

Cərrahi əməliyyatdan sonrakı diaqnostika əməliyyatın adekvatlığı, təkrari cərrahi əməliyyatın zəruriliyi, vaxtı və həcmi, aparılan medikamentoz müalicənin səmərəliliyi, müddəti, fəsadlaşma və müalicənin nəticəsinin proqnozlaşdırılması və hərbi xidmətə yararlılığın təyini məqsədilə həyata keçirilir. Bu, görmə orqanının funksiyasının, onun strukturlarının anatomik vəziyyətinin öyrənilməsindən, reparativ və iltihabi proseslərin gedişinin dinamikasına nəzarətdən ibarətdir. Göz yanıqlarının dərəcəsi və buynuz qişası hissiyyatının təyini məqsədilə digər müayinə metodlarının da yerinə yetirilməsi nəzərdə tutulmalıdır.

15.3. GÖRMƏ ORQANININ ODLU SILAH YARALANMALARINI VƏ ZƏDƏLƏNMƏLƏRİ ZAMANI MÜALİCƏ TAKTİKASI

Görmə orqanının müasir odlu silah zədələnmələrinin daha mürəkkəb və çoxkomponentli olması, yaralanmaların çoxsaylı və müştərək halda müşahidə olunması çox vaxt orqanın funksiyasının itməsinə səbəb olur. Hər iki gözün zədələnməsi döyüş qabiliyyətinin itməsinə və tam əlilliyə səbəb olur. Bu, 33,8% halda müşahidə olunur. Zədələnmələr zamanı gözün kontuziyasının 80% halda müşahidə olunması və 75-80% halda gözdaxili qəlpələrin aşkarlanması infeksiyalaşma ehtimalını daha da artırır. Bundan əlavə gözün yaralanmalarında billurun zədələnməsi gözün sensibilizasiyasına, şüşəvari mayenin xaric olması isə göz almasının elastikliyinə itməsinə səbəb olur. Görmə orqanının massiv zədələnməsi onun hemo- və hidrodinamikasındakı pozğunluğa gətirib çıxarır. Görmə orqanının radiasion zədələnmələri zamanı adətən üzrə onun funksiyası ilk günlər ərzində nəzərə çarpacaq dərəcədə pozulmasa da, nüvə partlayışından 1-2 həftə sonra şəxsi heyətin qismən 10-12% sıradan çıxmasına səbəb olur. Bütün bu deyilənlər göz zədələnmələrinin müalicəsinin daha ciddi şəkildə aparılmasını tələb edir.

Göz zədələnmələrinin müalicəsi vəziyyətdən və yaralanmanın xarakterindən asılı olaraq, yüngül yaralılar hospitalında, ümumi cərrahi profilli hospitalarda və terapevtik hospitalarda aparıla bilər. Yalnız 2-3% halda gözün dərin müştərək yanıqları, mexaniki və radiasion zədələnmələri zamanı yaralılar xüsusi ixtisaslaşdırılmış hospitalarda müalicə almalıdırlar. Bunların müalicə müddəti orta hesabla 2-3 ay və daha çox çəkir.

Gözün zəhərli maddələrlə zədələnməsi orta hesabla 10% halda ehtimal olunur. Bunlar toksiko-terapevtik hospitalarda müalicə almalıdırlar. Dərin zədələnmələrə görə həmin xəstələr yanıq şöbələrində oftalmoloqun nəzarəti altında müalicə almalıdırlar. Gözün termomexaniki və termoradiasion zədələnmələri adətən bütün zədələnmələrin 1%-dən yuxarı olmur və bunlar vəziyyətdən asılı olaraq yanıq mərkəzində, yaxud neyrocərrahi mərkəzdə oftalmoloqun nəzarəti altında müalicə almalıdırlar.

Beləliklə, müasir müharibələrdə zədələnmələrin ağır gedişə malik olması, yaralanmaların çoxsaylı, müştərək və kombinə olunmuş xarakteri ilə əlaqədar göz zədələnmələrinin də xüsusi çəkisinin çoxalması və bununla əlaqədar döyüşün orduda sanitariya itgisinin də artması ehtimal olunur. Döş və qarın zədələnmələrində görmə orqanının zədələnmələri təxminən bütün zədələnmələrin yarısında təsadüf olunur.

15. 4. TİBBİ TƏXLIYƏ MƏRHƏLƏLƏRİNDƏ YARDIMIN HƏCMİ VƏ ONUN HƏYATA KEÇİRİLMƏSİ QAYDALARI

Hətta ən adi göz zədələnmələri zamanı xəstələr görmə qabiliyyətini itirə bildiklərindən, onlar tezliklə döyüş zonasından çıxarılmalıdırlar. Göz zədələnmələrində yardım aşağıdakı prinsiplərə əsaslanmalıdır. Zədəni törədən səbəblər qısa müddət ərzində aradan qaldırılmalı, infeksiyaya qarşı mübarizə məqsədilə patoloji nahiyə aseptik sarınmalı, xəstələrə tetanus əleyhinə zərdab, anatoksin və antibiotiklər yeridilməli, göz qapaqları və konyuktiva defektləri tikilməli, sarğı qoyulmalı və xəstələr uzanmış vəziyyətdə təxliyə olunmalıdırlar. Hətta adi göz zədələnmələri bəzən əlilliklə nəticələnə bildiyindən, yaralılar ixtisaslaşdırılmış hospitalarda müalicə almalıdırlar. Onlar müalicə müəssisəsinə mümkün qədər tez çatdırılmalıdırlar.

İlk və həkiməqədərki tibbi yardım. Gözü zədələnmiş yaralı döyüş zonasından tez müddətdə çıxarılmalıdır. Zədə nahiyəsinə fərdi paketdən istifadə etməklə mono- və binokulyar sarğı qoyulmalıdır. Sarğı kip olmamalıdır. Bu mərhələdə gözün yuyulmasına ehtiyac qalmır. Yalnız kimyəvi yanıqlarda göz çoxlu su ilə yuyulmalıdır. Gözə quru əhəng (CaO) döşükdə isə onu su ilə yumaq olmaz. Əvvəlcə əhəng vazelin hopdurulmuş tənziplə kənar edilməlidir.

İlk həkim yardımı. Konyuktiva kisəsinə və göz qapaqları daxilinə dikain anesteziyası aparılmalı, konyuktiva kisəsi diqqətlə yuyulduqdan sonra ora şüşə çubuqla 5%-li levomitsetin (xloramfenikol) məhləmi qoyulmalıdır. Gözün fosforla yanağında göz çoxlu su ilə (axın şəklində) yuyulmalı və konyuktiva kisəsinə zəif mis sulfat məhlulu damızdırılmalıdır. Göz qapağı və üzün fosfor yanıqlarında da yanıq sahəsinə 5%-li mis kuporosu məhlulu ilə kompres qoyulmalıdır. Bütün yanıqlarda antibiotiklər, tetanus əleyhinə zərdab və anatoksin yeridilməli, bir, yaxud hər iki gözə sarğı qoyulmalıdır. Ağır yaralılara şok əleyhinə tədbirlər həyata keçirilməli, müayinə zamanı göz almasına keçən yaralanma aşkar

edilərsə, yaralının müayinəsi dayandırılmalı, göz dezinfeksiyaedici məhlullarla yuyulmalı və aseptik sarınmalı, binokulyar sarğı qoyulub, xəstə uzadılmış vəziyyətdə təxliyə olunmalıdır.

Göz qapaqlarının, buynuz qişasının, yaş apararı və göz yuvasının zədələnmələrində, yara su ilə yuyulmalı, toz-torpaq və yad cisimlər ehtiyatla pinset və yaş tamponlarla kənar edilməli və antibiotik məhlulları ilə sarğı qoyulmalıdır. Göz yuvası zədələnmələrində və göz almasının kontuziyası hallarında yaralı vaxt itirilmədən uzadılmış vəziyyətdə təxliyə olunmalıdır.

Ixtisaslı tibbi yardım mərhələsi. Burada yaralılar məntəqədaxili və nəqliyyat-təxliyə çeşidlənmədən keçirilməlidirlər. Gözün ağır yanıqları yanıq mərkəzinə orta ağırlıqlı və yüngül yanıqları isə yüngül yaralılar hospitalına köçürülməli və müalicə oftalmoloqun nəzarəti altında yerinə yetirilməlidir. Gözün yaralanmaları eləcə də göz alması ağır kontuziyaya uğramış kombinə olunmuş zədələnmələri olan xəstələr baş yaralanmaları üçün ayrılmış hospitallara köçürülməlidirlər. Göz yaralılarının çeşidlənməsi zamanı sarğılar açılmalı, yaralanmanın xarakteri və dərinlik dərəcəsi dəqiqləşdirilməlidir. Müayinə zamanı gözə 2-3 damcı 0,25%-li dikain məhlulu tökülməli və yenidən sarınmalıdır.

Çeşidlənmə zamanı ilk həkim yardımını tam həcmdə başa çatdırılmalıdır, yəni əvvəllər yardım almamış yaralılara yardım tam şəkildə yerinə yetirilməlidir. Bu mərhələdə bəzi təxirəsalınmaz oftalmoloji cərrahi əməliyyatlar yerinə yetirilə bilər. Buynuz qişanın səthi yad cisimləri kənar edilməlidir. Əgər buynuz qişanın yad cisimləri çoxluq təşkil edərsə, onların yalnız səthdə yerləşənləri çıxarılmalıdır. Yad cisim çıxarılmazdan əvvəl və sonra gözə dikain məhlulu damızdırılmalı və 5%-li levomitsetin (xloramfenikol) məlhəmi ilə sarğı qoyulmalıdır.

Göz almasının tam zədələnmələri zamanı gözün enukleasiyasının həyata keçirilməsi yalnız saxlanılması mümkün olmayan qanaxmalar zamanı yerinə yetirilməlidir. Bu ümumi və yerli anesteziya şəraitində aparıla bilər. Hər iki halda konyunktiva kisəsinə 0,25%-li dikain məhlulu və retrobulbar sahəyə (3 sm dərinliyə) 3-5 ml 0,5%-li novokain məhlulu yeridilməlidir. Buynuz qişanın kənarı boyunca kəsik aparılmaqla göz alması onun ekvatoruna qədər ayrılmalı, göz əzələləri vətərləri xüsusi sıxıcılara alınmalı və kəsilməlidir. Bundan sonra skleraya toxunmaqla əyri qayçı göz almasının arxa qütübünə doğru yönəldilməli və görmə siniri kəsilməlidir. Göz alması çıxarıldıqdan sonra onun əzələləri cərrahi işlənməli, yara hidrogen peroksid məhlulu ilə yuyulmalı, qanaxma tamponada üsulu ilə saxlanılmalı və kip sarğı qoyulmalıdır. Xəstələrə sutka ərzində yataq rejimi təyin edilməli və onlar növbəti mərhələyə təxliyə olunmalıdırlar.

Qeyt etmək lazımdır ki, profuz qanaxmalar olmadığı hallarda göz almasının çıxarılması (enukleasiyası) yalnız oftalmoloqun nəzarəti ilə yerinə yetirilməlidir. Çünki əksər hallarda qeyri düzgün enukleasiyadan sonra gözün protezləşdirilməsi çətinləşir. Odur ki, səhra hospitalı şəraitində enukleasiya yerinə evisserasiyanın aparılması daha məqsədəuyğundur. Bu zaman qalmış sklera protezləşmənin daha kosmetik aparılmasına imkan verir.

Gözün enukleasiyası həmçinin işığa qarşı həssaslığını itirmiş və iridosiklit əlaməti getdikcə artan yaralılara da tətbiq edilməlidir. Bu, sağlam gözün simpatik oftalmiyasının qarşısının alınması məqsədilə həyata keçirilir. Həmin əməliyyat təcili hallarda adi hospitallarda, əksər hallarda isə ixtisaslaşdırılmış hospitallarda yerinə yetirilməlidir. Görmə orqanının müştərək yaralanmalarında göz almasının sıradan çıxması eyni zamanda beyin zədələnməsi və kəllədaxili təzyiqin artması ilə müşahidə olunduğu hallarda enukleasiyadan sonra kəllədaxili dekompressiyanın və yad cismin çıxarılmasının transorbital yolla həyata keçirilməsi daha əlverişlidir. Bu kimi hallarda bəzən kəllənin trepanasiyasına ehtiyac qalmır. Enukleasiyadan sonra göz yuvasının drenajı bizim təcrübəmizdə 7 halda eyni zamanda kəllədaxili kompressiyanın profilaktikası kimi də tətbiq edilmişdir. Buna aşağıdakı xəstəlik tarixini misal gətirmək olar:

1969-cu il təvəllüdlü sırası əsgər H.H., 16.02.94-cü il tarixdə saat 8.30 radələrində sol gicgah nahiyəsindən girib sol göz yuvasından çıxan qəlpə yarası, II dərəcəli travmatik şok diaqnozu ilə hərbi-səhra cərrahiyyəsi hospitalına daxil olmuşdur (x/t 3546). Göz alması dağılmışdır. Şok əleyhinə tədbirlərlə yanaşı yaralı cərrahi əməliyyat otağına götürüldü, yaralar birincili cərrahi işləndi, göz alması dağıldığından, həyati qabiliyyətini və funksiyasını itirdiyindən enukleasiya olundu, göz yuvası drenaj və

tamponada edildi, yaralar aseptik sarındı. Yaralı 18.02.94 il tarixdə arxa cəbhə hospital bazasına təxliyə olundu.

Başqa bir misal:

Sırası əsgər I.Ş., 1961-ci il təvəllüdü, 11.02.94-cü il tarixdə, saat 10.30 radələrində hərbi-səhra cərrahiyyəsi hospitalına ağır kəllə-beyin travması, sol alın-gicgah nahiyəsindən kəllə boşluğuna keçib, göz yuvasına girmiş qəlpə yarası, III dərəcəli koma, davam edən kəllədaxili qanaxma diaqnozu ilə daxil olmuşdur (x/t 3478). Endotraxeal narkoz şəraitində dağılmış göz alması çıxarılmış, kəllədaxili qanaxma orbital yoldan damarların koaqulyasiyası ilə aradan qaldırılmış, yad cisim çıxarılmış və patoloji nahiyə drenaj olunmuşdur. Beləliklə, dekompression trepanasiyaya ehtiyac qalmamışdır. Operativ müdaxilədən sonrakı müddət yaralı intensiv müalicə almış və 4 gündən sonra mərkəzə təxliyə olunmuşdur.

İxtisaslaşdırılmış tibbi yardım mərhələsi. Bu mərhələdə yardım tam həcmdə yerinə yetirilir. İlk növbədə təxirəsalınmaz oftalmoloji-cərrahi yardım göstərilməlidir. Cırılmış göz qapaqlarına tikiş qoyulmaqla göz daxilinə keçən yaralar bağlanılmalı, yad cisimlər çıxarılmalı, göz yuvasının yaraları cərrahi işlənilməlidir. Buynuz qişaya və skleraya keçən yaralanmalarda mikrocərrahi üsullardan istifadə olunmalıdır. Dərin yanıqlar zamanı nekrektomiya həyata keçirilməlidir. Göz qapağı və konyuktivanın defektlərində gözün quruması və xoralanmasının qarşısını almaq məqsədilə əlavə qoruyucu tikişlərin qoyulması ilə gözün “açıq qalmasının” qarşısı alınmalıdır.

İxtisaslaşdırılmış yardım mərhələsində ağır göz yaralanmaları, kontuziyası və göz yuvası zədələnmələri zamanı ilkin mikrocərrahi əməliyyatlara aşağıdakılar daxildir:

- toxuma defektleri zamanı gözün xarici kapsulasının hermetizasiyası məqsədilə keroto-skleroplastikanın həyata keçirilməsi,
- gözün ön kamerasının bərpası,
- qüzehli qişanın dağılmış toxumalarının bərpası məqsədilə iridoplastika və bəbəyin sentralizasiyasının yerinə yetirilməsi,
- kiprik cisminin soyulması hallarında siklosklerorafiya əməliyyatının yerinə yetirilməsi,
- billurun yuyulması və zədələnmiş billurun fraqmentasiyası,
- şüşəvari cismin boşalması (çökməsi) zamanı ön vitrektomiyanın aparılması,
- hemoftalm zamanı vitrektomiyanın və endoftalmitlər zamanı vitreopusektomiyanın aparılması,
- gözdaxili yad cisimlərin pinsetlə, yaxud maqnitin köməyiylə çıxarılması,
- soyulmuş torlu qişanın fiksə olunması,
- göz alması həcmnin bərpası,
- kosmetik protezləşdirmə məqsədilə sıradan çıxmış gözün güdülünün əldə edilməsi,
- göz qapaqlarından, göz yuvasından, periorbital sahədən yad cisimlərin, xüsusilə toz-torpağın kənar edilməsi,
- göz qapaqlarının və gözün yaş aparatının tamlığının bərpası,
- cöz yuvası sınıqları zamanı yerdəyişmənin aradan qaldırılması ilə göz yuvasının tamlığının bərpası,

–cərrahi əməliyyatdan sonrakı dövrdə irinli fəsadlaşmaların qarşısının alınması məqsədilə bakterioloji müayinədən sonra antibakterial dərman preparatlarının, daha ağır hallarda isə kortikosteroidlərin intravitreal, yaxud parabolbar yolla yeridilməsi.

Buynuz qişasının və skleranın yaralarının tikilməsi 2 sutka ərzində həyata keçirilməlidir. Bu müddət nə qədər qısa olarsa, daha yaxşı nəticə əldə edilə bilər. Bu məqsədlə 8/0, yaxud 10/0 nömrəli saplardan istifadə edilməlidir. Yaralar fasiləsiz, düyünlü və kiset şəklində tikilə bilər. Yaraların tikilməsi zamanı daxili qişaların yarada boğulması və tikişlərin kəsilməsi və aralanması hallarına yol verilməməlidir. Tikişlərin aralandığı hallarda defekt nahiyəsi təkrarən tikilməlidir. Buynuz qişaya qoyulmuş tikişlər 3-4 həftədən sonra sökülməlidir. Skleraya qoyulmuş tikişlər isə onların kəsilməsi hallarında çıxarılmalıdır.

Ağır yanıqlar zamanı nekrektomiya, konyunktivektomiya, buynuz qişanın və selikli qişanın transplantasiyası yerinə yetirilməlidir. Bu əməliyyat dodaq və ağız boşluğu selikli qişasından transplantat kimi istifadə edilməsi yolu ilə həyata keçirilir. Bundan əlavə göz almasının saxlanması və fəsadlaşmaların qarşısının alınması məqsədilə qlaukoma əleyhinə və göz alması damar sisteminin funksiyasının yaxşılaşdırılması istiqamətində optiko-rekonstruktiv müalicə də həyata keçirilməlidir. Kobinəolunmuş radiasion zədələnmələr zamanı cərrahi müdaxilə yalnız xəstəliyin qızmar dövrünə qədər yerinə yetirilməlidir.

Göz yaralanmalarına ixtisaslaşdırılmış cərrahi yardım ümumi anesteziya şəraitində aparılmalıdır. Bu, müştərək yaralanmalar zamanı eyni müddətdə bir neçə mütəxəssisin birgə işləməsinə imkan verir. Belə ki, yaralanmalar zamanı göz yuvası sümüklərinin sınığı, burunətrafi ciblərin yad cisimləri və çənə sümüklərinin sınıqları zamanı eyni zamanda xəstəyə bir neçə mütəxəssisin yardımı lazım gəlir. Bəzən bir mütəxəssis cərrahi əməliyyatı başa vurduqdan sonra digər mütəxəssis cərrahi əməliyyatı davam etdirməli olur. Yaxud göz cərrahi ilə bir vaxtda digər mütəxəssislərin də yardımı lazım gəlir.

Yaralıların hospitala kütləvi şəkildə daxil olduğu halda gözdən yad cisimlərin çıxarılması yalnız təxirəsalınmaz əməliyyatlar başa çatdırıldıqdan sonra həyata keçirilməlidir. Çünki yad cismin lokalizasiyasının təyini üçün bəzən mürəkkəb müayinə üsulları, rentgen, ultrasəs, transilluminasiya üsulları və s. tələb olunur. Mürəkkəb müştərək yaralanmalar zamanı yaranın cərrahi işlənməsi oftalmoloq neyrocərrah, stomatoloq və burun-qulaq-boğaz mütəxəssisinin iştirakı ilə birlikdə həyata keçirilməlidir.

Göz zədələnmələri zamanı yaralıların təxliyəsinə əks göstəriş yoxdur. Bunlar ixtisaslaşdırılmış müalicə müəssisəsinə mümkün qədər daha tez çatdırılmalıdırlar. Bu müddət 2 sutkadan çox olmamalıdır.

Müştərək göz yaralanmaları olan hərbi xidmətçilərə həyati vacib orqanların yaralanmasına görə göstəriş əsasında əvvəlcə ixtisaslı yardımın həyata keçirilməsi lazım gəlir. Bu, bəzən xəstələrin ixtisaslaşdırılmış müalicə müəssisəsinə köçürülməsini yubada bilər. Lakin hər halda bu müddət 2 sutkadan artıq uzanmamalıdır. Təxliyənin gecikdiyi hallarda alt göz qapağı dərinliyinə antibiotiklər və kortikosteroidlər yeridilməlidir. Bu, gözün yaralanmasının cərrahi işlənməsi müddətinin uzadılmasına imkan verir.

Müasir müharibələrdə daha təkmilləşmiş silahların tətbiqi ilə əlaqədar, göz yaralanmaları da ağır şəkildə müşahidə olunur. Yaralanmaların çoxsaylı, müştərək və kombinə şəkildə müşahidə olunması müalicə işinin çətinləşməsinə və bir sıra hallarda proqnoz az ümidverici olmasına gətirib çıxarır. Görmə orqanının hətta ağır zədələnmələri belə həyat üçün qorxulu olmasa da, ən yüngül zədələnmələr bəzən görmə qabiliyyətinin itirilməsinə və əlilliyə səbəb olur. Bütün bunlar göz yaralanmaları zamanı yardımın vaxtında və keyfiyyətlə yerinə yetirilməsini tələb edir.

Yaralanmış döyüşçülərə ilk tibbi yardım göstərildikdən sonra, xüsusilə görmə qabiliyyətini itirmiş yaralılar tezliklə döyüş zonasından çıxarılmalı, onlar ixtisaslı və ixtisaslaşdırılmış tibbi yardım mərhələsinə mümkün qədər tez çatdırılmalıdırlar. Yaralıların müştərək zədələnmələrə görə ixtisaslı yardım mərhələsində ləngidiyi hallarda onlara antibiotik terapiyası aparılmalı, lazım gəldikdə qlükokortikoidlərdən istifadə edilməlidir. Yaralıların ixtisaslaşdırılmış yardım mərhələsinə çatdırılması 2 sutkadan artıq gecikdirilməməlidir.

LOR ORQANLARININ ODLU SİLAH YARALANMALARİ VƏ ZƏDƏLƏNMƏLƏRİ

TƏDRİS SUALLARI:

- 16.1. LOR orqanlarının zədələnmələrinin təsnifatı
- 16.2. LOR zədələnmələrinin simptomatologiyası və diaqnostikası
- 16.3. Tibbi təxliyə mərhələlərində yardımın həcmi və yerinə yetirilmə qaydaları

LOR orqanlarının yaralanmaları döyüş şəraitindən asılı olaraq əzilmə kontuziya, yanıq, donma, radioaktiv, kimyəvi və bakterioloji zədələnmələrlə kombinə şəkildə müşahidə edilə bilər. LOR orqanlarının odlu silah yaralanmaları və zədələnmələri Böyük Vətən müharibəsində orta hesabla 3,5-4%, kontuziyası 2% halda, o cümlədən qulaq zədələnmələri (xarici, orta və daxili) 42,4%, burun və burunətrafi ciblərin zədələnməsi 43,8%, boğaz zədələnmələri 13,8% təsadüf etmişdir. Odlu silahın növünə görə: güllə yaralanmaları 30%, qəlpə yaralanmaları 68,7%, digər zədələnmələr 1,3% təşkil etmişdir.

Qeyd etmək lazımdır ki, tətbiq olunan silahın növündən, döyüş taktikasından asılı olaraq, bu göstəricilər müxtəlif şəkildə təsadüf oluna bilər. Məsələn, Əfqanıstan müharibəsində tək-cə partlayış zədələnmələri 76,2%, qəlpə yaralanması 21,9%, güllə yaralanması 1,9% təsadüf edilmişdir. O cümlədən burun və burunətrafi ciblərin zədələnməsi 14,3% halda, qulaq zədələnmələri 80,5% halda, boğaz zədələnməsi 5,2% halda müşahidə olunmuşdur. Eşitmə analizatorunun daha çox zədələnməsi mina partlayış zədələnmələri ilə əlaqədar baş vermişdir.

Xaraktercə LOR orqanları zədələnmələri əsas və yanaşı şəkildə təsadüf edilir. Əsas zədələnmələrə odlu silahın, yaxud mexaniki amilin təsiri ilə əlaqədar LOR orqanlarının funksional və morfoloji pozğunluqları aiddir. Burada LOR orqanlarının zədələnməsi dominantlıq təşkil edir. Termik yanıq, donma, radioaktiv, kimyəvi və bakterioloji zədələnmələr zamanı LOR orqanları zədələnmələri yanaşı xarakterə malik olur.

16.1. LOR ORQANLARI ZƏDƏLƏNMƏLƏRİNİN TƏSNİFATI

LOR orqanlarının odlu silah yaralanmaları və zədələnmələrinə dair muasir təsnifat aşağıdakı qaydadadır:

I— LOR ORQANLARI YARALANMALARİ

1. Burun yaralanmaları:

a) sümük zədələnməsi olmadan;

b) sümük zədələnmələri ilə.

2. Burunətrafi ciblərin yaralanması

(bura alın, əng cibləri, xəlbir sümüyü labirinti və əsas cib daxildir).

3. Xarici qulaq və məməvari çıxıntının yaralanması:

a) gicgah sümüyü zədələnmədən;

b) gicgah sümüyünün zədələnməsi ilə.

4. Boyun (boğaz) yaralanması:

a) daxilə keçməyən;

b) daxilə keçən (udlağın, qırtlağın, traxeyanın, qida borusunun boyun hissəsinin zədələnmələri ilə).

II— LOR ORQANLARININ ƏZİLMƏLƏRİ

1. Burun əzilmələri:

a) sümük zədələnməsi olmadan;

b) sümük zədələnməsi ilə.

2. Qulağın məməcikvari çıxıntı nahiyəsində zədələnməsi:

a) gicgah sümüyünün zədələnməsi olmadan;

b) gicgah sümüyünün zədələnməsi ilə.

3. Boyun əzilmələri:

a) dilaltı sümüyün, qırtlaq qığırdaqlarının və traxeyanın sınıqları olmadan;

b) dilaltı sümüyün, qırtlaq qığırdaqlarının və traxeyanın sınıqları ilə

III— LOR ORQANLARI KONTUZİYALARI

(bu halda eşitmə və nitq pozğunluğu müşahidə olunur)

1. Kontuziyanın orta qulağın zədələnməsi olmadan baş verməsi

2. Kontuziyanın orta qulağın barotravması ilə birlikdə müşahidə olunması

16.2. LOR ZƏDƏLƏNMƏLƏRİNİN SİMPATOMATOLOGİYASI VƏ DİAQNOSTİKASI

Klinik gedişinə görə LOR orqanları yaralanmaları və zədələnmələri yüngül, orta ağırlıqlı və ağır formada təsadüf olunur. Yüngül zədələnmələrə burunun, qulağın və boğazın (boyunun) səthi zədələnmələri aiddir. Orta ağırlıqlı yaralanmalar və zədələnmələrə alın və əng (Haymor) ciblərinin, xəlbir sümüyü labirintinin, orta qulağın və eləcə də yumşaq toxumaların geniş zədələnmələri aiddir. Ağır yaralanma və zədələnmələrə daxili qulağın, alın və əsas cibin, qırtlağın, traxeyanın, udlağın, qida borusunun, boyunun sinir və damar dəstəsinin zədələnmələri aiddir. Bu zaman tənəffüs aktının, udğunmanın, eşitmənin və nitqin pozğunluğu müşahidə edilir. LOR orqanları zədələnmələri zamanı yuxarı tənəffüs yollarının stenozu, orqanların profuz qanaxmaları və şok həyat üçün təhlükəlidir.

LOR orqanları zədələnmələrinin simptomatologiyası zədələnmənin xarakteri və lokalizasiyasından asılı olaraq müxtəlif əlamətlərlə təzahür oluna bilər. Burun, udlaq və qırtlaq zədələnmələri özünü əsasən qanaxmalar və asfiksiyalar şəklində göstərir. Daxili qulağın zədələnməsi isə eşitmənin zəifləməsi, yaxud tam karlıqla, eləcə də müvazinətin pozulması əlamətləri ilə müşahidə olunur. LOR orqanları zədələnmələri zamanı müşahidə olunan asfiksiyalar obturasion, stenotik, aspirasion, qapaqlı xarakterə malikdir. Yaralıların qida qəbulunun mümkün olmaması yardım prosesində əlavə çətinliklərin meydana çıxmasına səbəb olur.

Zədələnmələrin üz-çənə nahiyəsinin, divararalığı orqanlarının, eləcə də fəqərə sütununun boyun hissəsinin zədələnmələri ilə birlikdə müştərək şəkildə müşahidə edildiyi hallarda klinik əlamətlər müxtəlif formalarda keçə bilər. Bu, yardımın həyata keçirilməsi zamanı bir sıra çətinliklərə səbəb olur və yardım prosesində bir neçə mütəxəssisin birlikdə iştirakını tələb edir.

Böyük damarlarının zədələnməsi həyat üçün qorxulu qanaxmalar verir. Bu səbəbdən yaralıların bir hissəsi döyüş zonasında tələf olurlar; onların hərbi tibb müəssisələrinə çatdırılması mümkün olmur. Boyun venalarının zədələnməsi hava emboliyası ilə fəsadlaşa bilər. Yaralanmalar özünü həm xarici, həm də daxili qanaxmalar şəklində göstərir. Bəzən qanaxmalar qarışıq şəkildə müşahidə oluna bilər.

Əzələ və fassial qatların zədələnməsi hallarında hematomalar əmələ gəlir və bu, yumşaq toxumalar boyunca asanlıqla yayıla bilər. Bəzən isə hematomalar yuxarı tənəffüs yollarına təzyiq edərək asfiksiya verir.

Qırtlağa və traxeyaya keçən yaralanma qanhayxırma, nəfəs aktının, fonasiyanın və udğunmanın pozulmasına səbəb olur. Qırtlağın yaralanması zamanı, nəfəsvermə zamanı xüsusilə öskürdükdə yaranan hava xaric olması, bir sıra hallarda yara nahiyəsində dərialtı emfizema müşahidə olunur. Müəyyən hallarda yara nahiyəsində “qapaq” əmələ gəldiyi üçün dərialtı emfizema artaraq divararalığı boyunca yayılır. Bu isə öz növbəsində traxeya, böyük damar və sinirlərin əks tərəfə basılmasına, nəfəs yollarının travmatik və iltihabi ödeminə gətirib çıxarır və bəzən yayılmış selikaltı hematomalar meydana çıxır.

Yaralanmalar bir sıra hallarda yara kanalı boyunca irinləmə ilə əlaqədar absses və fleqmonaların əmələ gəlməsinə gətirib çıxarır. Bu, irinli mediastinitlə fəsadlaşa bilər. Habelə ağız suyunun, qan və irinin, eləcə də qidanın nəfəs yollarına keçməsi nəticəsində aspirasion pnevmoniya baş verir. Udlağın zədələnməsi adətən udma aktının pozğunluğu ilə keçir. Yara ağız suyu və qida məhsulları ilə çirkəlinir. Fonasiyanın pozulması, səsin tutulması, burunda danışma və afoniya halları müşahidə oluna bilər. Udlağın aşağı və orta hissəsinin zədələnmələri zamanı qırtlağın selikli qişasında şişkinlik (ödem) nəticəsində, asfiksiya əlamətləri baş verir. Dilaltı sümüyün zədələnməsində dilin qatlanması asfiksiya törədir. Udlaqdaxili qanaxmalar zamanı qırtlaq qapağında parez olduqda da asfiksiya baş verir.

Qida borusunun boyun hissəsinin yaralanması əksərən müştərək xarakter daşıyır. Bu zaman udğunma aktı ağırlı olur, yaraya ağız suyu və qida qalıqları düşür və tənəffüs pozğunluğu müşahidə edilir. Udlaq və qida borusunun zədələnməsi zamanı dərialtı və toxumalararası emfizema da müşahidə edilə bilər. Udlaq və qida borusunun boyun hissəsinin zədələnmələri gecikmiş hallarda stenozun və irinli fistulaların əmələ gəlməsi ilə nəticələnə bilər. Bu, özünü udğunma aktının və nitqin pozulması, irinli ifrazatların müşahidə olunması şəklində göstərir. Bütün hallarda diaqnozun qoyulması üçün fiziki və instrumental müayinə üsulları tətbiq edilməlidir.

16.3. TİBBİ TƏXLIYƏ MƏRHƏLƏLƏRİNDƏ YARDIMIN HƏCMİ VƏ YERİNƏ YETİRİLMƏ QAYDALARI

İlk- və həkiməqədərki yardım. Sifətin, boyunun və qulağın zədələnmələrində fərdi paketdən istifadə edilməklə basıcı sargı qoyulmalı, yaralıya yarımoturaq vəziyyət verilməlidir. Ağır yaralanma və zədələnmələr zamanı yaralını böyrü üstə, yaxud üzü üstə uzatmaq lazımdır. Bu zaman xəstələrin tənəffüsünə nəzarət olunmalıdır ki, axan qan yuxarı tənəffüs yollarına aspirasiya olmasın. Qulaq seyvanı və burunun total və hissəvi üzülməsi hallarında zədələnmiş toxuma orqanın bərpası məqsədilə saxlanılmalıdır.

Tənəffüs pozğunluğunun (asfiksiyanın) qarşısının alınması, yaxud onun aradan qaldırılması üçün ağız boşluğu və udlaq qan laxtasından, torpaqdan, qumdan və digər yad cisimlərdən surətdə

təmizlənməlidir. Dil bayıra çıxarılmalı və fərdi paketdə olan sancaq vasitəsilə boylama qoyulmuş sarğıya, yaxud yaxalığa bərkidilməlidir. Yaralılara fərdi aptekçədən. ağırkəsicilər vurulmalıdır. Eşitmə yollarının qanaxmaları zamanı qulaq keçəcəyi tamponada olunmalı və steril sarğı qoyulmalıdır.

Boyun yaralanmaları olan şəxslərə qida və maye qəbulu qadağan olunmalıdır.

Həkiməqədərki yardım zamanı yaralılara göstərilmiş ilk tibbi yardıma nəzarət olunmaqla bərabər müəyyən müalicəvi tədbirlər də həyata keçirilməlidir. Bunlara aşağıdakılar daxildir:

–burun qanaxmalarında burun boşluğuna 3%-li hidrogen peroksid məhlulu ilə islanmış pambıq tampon yeridilməli;

–əgər yaralıya əvvəl ağırkəsici yeridilməmişsə, yaxud onun vurulduğu vaxtdan 4 saatdan artıq müddət keçmişsə, narkotik maddə göstəriş əsasında təkrarən yeridilməlidir. Boyun və udlaq yaralanmalarında selik və tüpürək ifrazının azaldılması məqsədilə dəri altına 1 ml 0,1%-li atropin məhlulu yeridilməlidir ;

–dilin qatlandığı hallarda dil sancaqla alt dodağa tikilməli, yaxud udlağa hava borusu keçirilməlidir;

–boyun damarlarından profuz qanaxmalar zamanı əks tərəfə taxta şin qoymaqla, yaxud yaralının əks tərəfdəki qolunun yuxarı qaldırılması ilə boylama kip sarğı qoyulmalıdır;

–təxliyəsinin ləngidiyi və növbəti tibb müəssisəsinin daha uzaq məsafədə yerləşdiyi hallarda ağır və orta ağırlıqlı yaralılara infuzion terapiya aparılmalıdır.

–yaralıların daşınması zamanı onda vestibulyar pozğunluq əlaməti olaraq öyümə və qusma, spontan nistaqm (xüsusilə qulaq zədələnmələrində, məməcikvari çıxıntının zədələnmələrində, kontuzion zədələnmələrdə) dəri altına 0,1%-li atropin məhlulu yeridilməlidir.

İlk həkim yardımı. LOR orqanları zədələnmələrində ilk həkim yardımı yalnız həyati göstəriş əsasında qanaxma, asfiksiya və şokun aradan qaldırılması istiqamətində həyata keçirilməlidir. Bu məqsədlə briqada tibb məntəqəsində burun qanaxmalarının saxlanması üçün steril tamponlar, steril traxeostomik dəstlər hazır vəziyyətdə olmalı, mexaniki və elektrik vakuüm sorucusu rezin balonlar (qruşa) olmalıdır. Briqada tibb məntəqəsinin sarğı otağında həyata keçirilən tədbirlər ilk həkim yardımının əsas məzmununu təşkil edir və buna aşağıdakılar daxildir:

–LOR orqanlarının qanaxmalarının saxlanması, o cümlədən burun boşluğunun ön və arxa tamponadasının aparılması;

–tənəffüs yollarının keçiriciliyinin bərpası məqlədilə udlağa hava borusunun yeridilməsi, dilin fiksasiyası, traxeyanın intubasiyası, krikotireoidotomiyanın, konikotomiyanın aparılması, yaxud traxeostomanın qoyulması.

–şok ələhinə tədbirlərin həyata keçirilməsi.

Burun qanaxmaları burun boşluğunun ön və arxa tamponadasının həyata keçirilməsi yolu ilə saxlanılmalıdır. Burun boşluğunun ön tamponadasının texnikası aşağıdakıdan ibarətdir: burun güzgüsünün köməyi ilə boşluq müayinədən keçirilir, burun kornsanqının köməyi ilə güzgünün branşlarının arası ilə boşluğa 10%-li sintomitsin, yaxud steril vazelin hopdurulmuş tampon yeridilir. Güzgü çıxarıldıqdan sonra sapandvari sarğı qoyulur. Tamponun saxlanılma müddəti 48 saatdan artıq olmamalıdır.

Ön tamponada ilə qanaxmanın saxlanması mümkün olmadıqda burnun arxa tamponadası yerinə yetirilməlidir. Bunun üçün buruna nazik kateter yeridilməli, onun ucu ağız boşluğundan kənara çıxarıldıqdan sonra əvvəlcədən 3x2x2sm ölçüdə hazırlanmış tampon ortadan qalın steril sapla ikiqat bağlanılmalı, sapın iki ucu kateterə bağlanılaraq geri çəkilməlidir. Beləliklə tampon burun boşluğunun arxa dəliyini bağlayır və qanaxmanın qarşısı alınmış olur. Kateter kənar edildikdən sonra burun boşluğundan kənara çıxarılmış saplar arasına əlavə tampon keçirilməli, saplar bir birinə bağlanılmalıdır. Arxa tampona bağlanmış 3-cü sap ağız boşluğundan kənara çıxarılarq yanağa yapışdırılmalıdır. (Bu,

sonralar tamponun kənar edilməsi üçündür). Tamponada sapandvari sarğının qoyulması ilə başa çatdırılır. Arxa tamponadanın düzgün yerinə yetirildiyinə əmin olmaq üçün udlaq ağız boşluğundan güzgü ilə müayinə olunmalıdır.

Tamponun burun boşluğunda saxlanılma müddəti 4 sutkadan artıq olmamalıdır. Yaralıların təxliyəsinin gecikdiyi hallarda qurumasının qarşısının alınması üçün tampon vaxtaşırı antibiotik məhlulları ilə isladılmalıdır.

LOR orqanlarının zədələnməsi nəticəsində baş vermiş asfiksiyanın aradan qaldırılması üçün onun əmələgəlmə mexanizmi dəqiqləşdirilməlidir. Yuxarı tənəffüs yollarının yad cisimlə, yaxud qan laxtası ilə tıxandığı hallarda (obturation asfiksiya) axırıncılar ağız boşluğundan mexaniki olaraq kənar edilməli, bunun mümkün olmadığı hallarda krikotireoidotomiya aparılmalı, yaxud traxeostoma qoyulmalıdır.

Qanın, yaxud qusuntu materialının nəfəs yollarına aspirasiyası zamanı (aspirasion asfiksiya) traxeya və bronxlar mexaniki, yaxud elektrik vakuüm sorucusu ilə kənar edilməlidir. Bundan əlavə yaralanmalar (zədələnmələr) nəticəsində qırtlaq və traxeya hematoma, yaxud yad cisimlər tərəfindən xaricdən daxilə doğru basıla bilər (stenotik asfiksiya). Bu halda da traxeostomiyanın qoyulması vacibdir. Traxeostomiyanın vertikal-horizontal (Byork-Voyaçek) üsulla aparılması münasibdir. Çünki bu üsul daha kosmetikdir; dəri qalxanvari qığırdaqdan aşağı 1-1,5sm ölçüdə kəsilməli, traxeya vertikal deyil, qığırdaq həlqələri arasından horizontal istiqamətdə açılmalıdır. Bu zaman traxeyanın travmatizasiyasına (qığırdaq həlqəsinin kəsilməsinə) yol verilmir. Traxeostoma borusu qoyulduqdan sonra axırıncı etibarlı fiksasiya olunmalı, onun keçiriciliyi yoxlanılmalıdır.

Qeyd etmək lazımdır ki, NATO bloku qoşunlarına tibbi yardım prosesində ilk həkim yardımında krikotireoidotomiyaya daha çox üstünlük verilir.

Yardım göstərilmiş yaralılar ilk növbədə təxliyə olunmalıdırlar. Xüsusi yardıma ehtiyacı olmayan yaralıların yalnız sarğılarına nəzarət olunmalı, lazım gəldikdə onlara düzəlişlər verilməlidir. Yaralılara ağrıkəsicilər, tetanus əleyhinə zərdab və anatoksin, eləcə də antibiotiklər yeridilməli, onlar göstəriş əsasında ixtisaslı, yaxud ixtisaslaşdırılmış yardım mərhələsinə təxliyə olunmalıdırlar.

İxtisaslı tibbi yardım. Burada davamedən qanaxması və asfiksiyası olan yaralıların yarası ilkin cərrahi işlənir. Burun qanaxmaları ön, yaxud arxa tamponada üsulu ilə saxlanılır.

Udlaq və qırtlağın yuxarı hissəsinin yaralanmalarında güclü qanaxmalar baş verdikdə traxeostoma qoyulmalı və həmin orqanlar ağızdan kip tamponada olunmalıdır.



Şəkil 16.1 Xarici burnun dərin çapılmış yarası olan xəstələr (Şəxsi təcrübəmizdən)

LOR orqanları zədələnmələri həmçinin boyun zədələnmələri şəklində xarici və daxili qanaxmalarla müşahidə oluna bilər. Bu zaman böyük damarlar, sinirlər (azan sinir, simpatik kötük), boşluqlu orqanlar (qida borusu, traxeya), qalxanvari vəz və fəqərə sütununun boyun hissəsi də zədələnə bilər. Qanaxma damarın yarada, yaxud ondan kənar yerdə bağlanması yolu ilə saxlanılmalıdır. Qırtlaq yaralanmalarında qanaxmanın saxlanılmasına çətinlik törəndiyi hallarda yuxarı qalxanvari vəz arteriyası bağlanılmalıdır.

Yuxu arteriyası və onun şaxələrinin zədələnməsi zamanı (daxili yuxu arteriyasından başqa) damarlar bağlanılmalıdır. Daxili yuxu arteriyasının zədələnmələri beyin işemiyasını verə bildiyindən arteriyanın zədələnməmiş hissəsinin tikilməsi daha məqsədəuyğundur.

Xarici yuxu arteriyasının zədələnməsində onun bağlanması bir o qədər çətinlik törətmir. Bunun üçün xəstə arxası üstə uzadılmalı, onun kürəyi altına yastıqca qoyulmalı, baş arxaya və əks tərəfə yönəldilməlidir. Cərrahi əməliyyat ümumi anesteziya altında aparılmalıdır. Kəsik döş-körpücük-məməvari əzələnin medial tərəfində çənə bucağından qalxanvari qığırdağın aşağı kənarına qədər aparılmalı, dərialtı piy təbəqəsi və səthi əzələ (platizma) kəsildikdən sonra xarici vidaci vena kənara çəkilməli, yaxud bağlanılmalıdır. Daha sonra döş-körpücük-məməvari əzələ yatağı açılmalı, əzələ kənara çəkilməli, onun arxa yatağı açıldıqdan sonra əllə yuxu arteriyasının pulsasiyasını hiss etməli, daxili yuxu arteriyasını küt surətdə kənara çəkməli, qalxanvari qığırdağın yuxarı kənarı səviyyəsində yuxu arteriyasının bifurkasiyası aşkarlanmalıdır. Xarici yuxu arteriyasını şaxə verməsi ilə daxili yuxu arteriyasından fərqləndirmək mümkündür. Yuxu arteriyasını vidaci vena və azan sinirdən ayırdıqdan sonra (axırıncılar kənara çəkilir) xarici yuxu arteriyası liqaturaya alınmalı, dil arteriyası və qalxanvari vəz arteriyası arasında bağlanılmalı və kəsilməlidir.

Daxili yuxu arteriyasının zədələnmələrində döş-körpücük-məməvari əzələnin yuxarı 1/3-i bərabərində onun medial hissəsində kəsik aparılmaqla küt surətdə alt çənəyə yaxınlaşmalı, bizvari çıxıntını tapdıqdan sonra əzələ dəstələri altında pulsasiya edən daxili yuxu arteriyası tapılır. Həmin sahədə əmələ gəlmiş boşluq tamponada edilməli və qanaxma saxlanılmalıdır.

Xarici qulağın yaralanmaları zamanı bəzən qulaq seyvanından və xarici qulaq keçəcəyindən güclü qanaxmalar baş verə bilər. Bunlar zədələnməmiş damarın tikilməsi və xarici qulaq keçəcəyinin tamponadası yolu ilə aradan qaldırılır. Tamponlar əvvəlcədən antibiotik məhlulları ilə isladılmalıdır.

Məməvari çıxıntının və "S"-vari (venoz) cibin zədələnmələri zamanı qanaxmalarda cibin sümük kənarı raspator, yaxud iti sümük qaşığı ilə açılmalı venoz ciblə sümük toxuması arasına tampon yeridilməlidir. Bu mümkün olmadıqda venoz cibin mənfəzi tamponada edilməlidir. Asfiksiya hallarında traxeostoma qoyulmalıdır.

Udğunma aktının pozulmasını yaralılar daha pis keçirirlər. Belə hallarda vaqosimpatik blokada olunmalı, qida borusuna zond keçirilməli, yaralılara antibiotiklər təyin edilməlidir.

Sifətin yumşaq toxumalarının, qulaq seyvanının zədələnmələrində göstəriş əsasında yaranın cərrahi işlənməsi zamanı aşağıdakılara əməl edilməlidir:

–həyati qabiliyyəti olmayan toxumalar qənaətlə kəsilib götürülməlidir;

–tikişlər qoyulan sahədə gərginlik olmamalıdır;

–burunun və qulaq seyvanının üzülmüş hissələri öz əvvəlki yerinə bərkidilməlidir;

–xarici qulaq keçəcəyinin zədələnmələri zamanı atreziyanın əmələ gəlməməsi üçün keçəcəyə rezin boru keçirilməlidir

LOR orqanlarının zədələnməsi ilə olan yaralılar ixtisaslaşdırılmış yardım mərhələsinə təxliyə olunmalıdırlar. Yumşaq toxumalarında zədələnmə olan yaralıların isə köçürülməsinə ehtiyac qalmır. Bunların müalicəsi sağalana qədər həmin mərhələdə davam etdirilməlidir.

İxtisaslaşdırılmış cərrahi yardım. İxtisaslaşdırılmış cərrahi yardım xüsusi hospitallarda həyata keçirilir. Davamedən qanaxması, asfiksiyası və udğunma aktı pozulmuş yaralılar cərrahi əməliyyat otağına ilk növbədə verilməlidir. Cərrahi yardım yalnız həyat üçün təhlükəli fəsadlaşmaların aradan qaldırılmasından ibarət olmayıb, eyni zamanda tamamlama xarakterinə də malik olmalıdır. Geniş zədələnmə hallarında yaranın cərrahi işlənməsi ümumi anesteziya şəraitində aparılmalıdır. Sifətin və boynun yaralarının cərrahi işlənməsində toxumalar qənaətlə kəsilib götürülməlidir.

Udlağın, qida borusunun, qırtlağın və traxeyanın daxilə keçən yaralanmalarında zədə nahiyəsi etibarlı drenaj olunmalıdır. Bu, bir növ infeksiyanın qarşısının alınmasına imkan verir. Boyn yaraları yerli

anesteziya şəraitində işlənilə bilər. Lakin bu məqsədlə əvvəlcədən vaqo-simpatik novokain blokadası aparılmalıdır. Yara kanalı boyunca toxumalar açılmalı, zədələnmiş boşluqlu orqanlara stoma qoyulmalıdır.

Əgər qırtlağın zədələnməsi perixondritlə fəsadlaşmışsa, larinqotomiya aparılmalı, zədələnmiş qığırdaq selikaltı rezeksiya olunmalı, fistulalar açılmalı, irinli ocaqlar drenaj olunmalıdır. Belə yaralanmalar zamanı dərinin tikilməsi əks göstərişdir.

Qırtlağın və traxeyanın stenozunun əmələ gəlməsinin qarşısının alınması üçün bu mərhələdə erkən plastik cərrahi əməliyyatların: larinqotomiya, həyati qabiliyyəti olmayan toxumaların qənaətlə kəsilib götürülməsi, sınımış qırtlaq fraqmentlərinin repozisiyası, qırtlaq və traxeyanın yaralarına tikişlərin qoyulması, qırtlaq, udlaq və qida borusunun girəcəyinin zədələnmiş selik qişasının bərpası və s. tədbirlər yerinə yetirməlidir.

Qida borusunun boyun hissəsinin odlu silah yaralanmalarının müalicəsi ilk növbədə mediastinitin qarşısının alınması istiqamətinə doğru yönəldilməlidir. Yaralıların yedizdirilməsi nazoqastral zondla yerinə yetirilməli, antibiotik terapiyası aparılmalıdır. Operativ müdaxilənin məzmunu boyun mediastinotomiyasının aparılması, zədələnmiş orqanın tamlığının bərpası, yaxud irinliklərin drenajından ibarət olmalıdır. Qida borusunun zədələnmələrində zədə nahiyəsi ikiqat tikilməlidir. Ədəbiyyatda qida borusunun zədələnmələri zamanı hərbi-səhra hospitalı şəraitində ezofaqostomanın qoyulması da məsləhət görülür. (Lakin bizə belə gəlir ki, bu zaman divararalığının drenaj olunması və qida borusuna zondun keçirilməsi daha münasibdir. Ezofaqostomanın qoyulması qida borusunun zədələnmiş hissəsinin daha da genişlənməsinə və orada qranulyasion toxumanın və nəticə etibarilə sonralar fistulanın əmələ gəlməsinə səbəb ola bilər). Yaralının qidalanması 7-10 gün müddətində zondla yerinə yetirilməlidir. Əməliyyatdan sonrakı müddətin fəsadlaşmasız keçdiyi hallarda qidalanma adi qaydada yerinə yetirilə bilər.

Gicgah sümüyünün zədələnməsi ilə olan yaraların cərrahi işlənməsi orta qulaqda radikal əməliyyatla birlikdə aparılmalıdır. Bu halda orta qulağın anatomik strukturları və funksional imkanları gözlənilməlidir. Daxili qulağın zədələnmələrinin kəllədaxili fəsadlaşmalarla və üz sinirinin zədələnməsi ilə birlikdə müşahidə olunduğu hallarda qulaqda radikal cərrahi müdaxilənin həyata keçirilməsi məsləhət görülmür.

Xarici burunun və qulaq seyvanının yaralarının cərrahi işlənməsi kosmetik tələbata uyğun şəkildə yerinə yetirilməlidir.

Burunətrafi ciblərin zədələnməsi hallarında boşluğun yarılməsi tipik şəkildə yerinə yetirilməli və boşluqla (ciblə) burun keçəcəyi arasında əlaqə bərpa olunmalıdır. Haymor cibinin zədələnmələrində yaranan birincili cərrahi işlənməsinin nəqli anesteziya şəraitində aparılması daha münasibdir. Bu məqsədlə üçlü sinirin 2-ci şaxəsinin blokadası aşağıdakı qaydada aparılmalıdır: Yaralanma tərəfdə iynə göz yuvasının tıx tərəfi ilə qulaq keçəcəyinin başlanğıc nöqtəsi arasına sancılmalı, sümüyə toxunana qədər (təxminən 4-4,5sm) dərinliyə yeridildikdən sonra iynə yeridilmiş məsafənin təqribən yarısı qədər kənara çıxarılmalı, şpris arxaya yönəldilməli və əvvəlki məsafəyə qədər toxumaya yeridilməlidir. Bu zaman iynənin ucu qanadvari-damaq sahəsində üçlü sinirin 2-ci şaxəsinin yanında olur. Həmin sahəyə 2-4 ml anestetik (2%-li lidokain, yaxud novokain məhlulu) yeridilməklə sinirin blokadasına nail olunur. Gözün, xəlbir labirintinin və Haymor cibinin müştərək zədələnmələri zamanı üçlü sinirin 2-ci şaxəsinin blokadası bilavasitə aşağı göz yuvası yarığından aparılmalıdır.

Fəsadlaşmaların profilaktikası məqsədlə antibiotiklər bilavasitə yaraya (əzələlərə) infiltrasiya edilməlidir. Bu zaman uzunmüddətli təsirə malik penisillin qrupu preparatları (6-10 milyon dozada) istifadə olunmalıdır.

Qeyd etmək lazımdır ki, yaralanmanın əvvəlində qrammüsbət flora üstünlük təşkil etdiyi halda, birinci həftəsinin axırında üstünlük qrammənfi mikrobların (protey, göy irin çöpləri, klipsella və i.a.) hesabına keçir. Axırınıcı qrup mikroblar penisillin preparatlarına, sefalosporinlərə rezistent (davamlı) olduqları üçün bunların daha geniş spektrli antibiotiklərlə əvəz edilməsi məqsədəuyğundur.

Kontuzion zədələnmələrin ilk günlərində surdomutizm və ikitərəfli karlıq müşahidə olunur. Təbil pərdəsinin zədələnməsi zamanı göstəriş əsasında erkən plastik cərrahi əməliyyatlar yerinə yetirilə bilər.

LOR orqanlarının kontuzion zədələnmələrində kompleks müalicə aşağıdakı qaydada yerinə yetirilməlidir:

–yaralılara tam sakitlik verilməli, psixoterapiya və əmək terapiyası aparılmalı, sedativ terapiya (sibazon, fenozepam, elenium və s.) və stress əleyhinə müalicə (pirroksan, pirasetam), antidepressantlar (amitriptilin) tətbiq edilməlidir. Dehidratasion-dekompresion terapiya məqsədilə vena daxilinə qlükoza, maqnezium sulfat, laziks və s. dərman preparatları yeridilməli, fizioterapevtik müalicə: boyunun lokal qalvanizasiyası, boyun fəqərələrinin və qulağın diatermiyası aparılmalı, müalicəvi gimnastika yerinə yetirilməlidir.

Koxlear pozğunluq hallarında müalicə mümkün qədər tez başlanılmalıdır. Təcrübə göstərir ki, eşitmə sinirində aşkar olunan degenerativ proses qan dövranının pozğunluğu nəticəsində baş vermiş ödemlə əlaqədardır. Bu pozğunluq orta hesabla 6-7 gün ərzində yekunlaşır. Odur ki, müalicə eşitmə sinirində gedən qan dövranı pozğunluğunun aradan qaldırılması istiqamətinə doğru yönəldilməli və müalicə mümkün qədər erkən müddətlərdən başlanılmalıdır. Müalicə sidikqovucuların, qlükoza ilə askorbin turşusunun, vena daxilinə poliqlükün yeridilməsi və vitaminoterapiyanın aparılmasından ibarət olmalıdır. Müalicəyə biogen stimulyatorların da əlavə olunması yaxşı təsir göstərir.

LOR orqanlarının termik zədələnmələri adətən yuxarı tərəffüs yollarının yanıqı ilə birlikdə müşahidə olunduğundan bu qrup xəstələr xüsusi müalicə müəssisələrində müalicə almalıdırlar. Qırtlağın yanıqlarında konservativ müalicəyə üstünlük verilməlidir. Qırtlağın dekompenzasiyalı stenozlarnın əmələ gəldiyi zamanı isə traxeostomiya həyata keçirilməlidir.

Burunətrafi ciblərin odlu silah yaralanmalarının cərrahi işlənməsindən sonra kəllədaxili infeksiyon fəsadlaşmalar baş verdikdə (irinli meningitlər, epidural və subdural abscesslər, kavernoza və “S”-vari ciblərin trombozu və i.a.) uzunmüddətli intrakorotid infuzion terapiya aparılmalıdır. Bu məqsədlə səthi gicgah arteriyası kateterizasiya olunmalıdır. İrinli fəsadlaşmalar zamanı təkrari cərrahi əməliyyatlara ehtiyacı olan yaralılar reanimasiya və intensiv terapiya şöbəsində neyrocərrahın nəzarəti altında müalicə almalıdırlar.

LOR orqanlarının kombinə olunmuş zədələnmələrinin sonrakı müalicəsi zədələnməni törədən amillərdən, zədələnmənin xarakterindən və həyata keçirilmiş cərrahi əməliyyatın həcmindən asılı olaraq yerinə yetirilməlidir.

LOR orqanlarının odlu silah yaralanmaları və zədələnmələri adəti üzrə kəllə-beyin və üz-çənə zədələnmələri ilə, bir çox hallarda isə bədənin digər nahiyələrinin də zədələnmələri ilə müştərək şəkildə müşahidə edilir. İlk- və həkiməqədərki yardım mərhələsində yaralılara yardım həyati göstəriş əsasında yerinə yetirilməli, asfiksiya, şok və qanaxmaya qarşı tədbirlər həyata keçirilməlidir. Yaralıların ümumi vəziyyəti imkan verirsə, onlar birbaşa ixtisaslı, yaxud ixtisaslaşdırılmış yardım mərhələsinə təxliyə olunmalıdırlar. Yaralılarda davamedən qanaxmalar, asfiksiya və şok əlamətləri, yaxud müştərək zədələnmələrə görə yardıma ehtiyac olduğu hallarda onlara ilk həkim yardımını həyata keçirilməli, burun qanaxmaları ön, yaxud arxa tamponada üsulları ilə saxlanılmalı, asfiksiya hallarında konikotomiya, krikotireoidotomiya, yaxud traxeostomiya həyata keçirilməli, yaralanmaların xarakterindən asılı olaraq, onlar ixtisaslı, yaxud ixtisaslaşdırılmış yardım mərhələsinə təxliyə olunmalıdırlar.

İxtisaslı yardım mərhələsində əlavə müştərək zədələnmələrə görə yardım həyata keçirilməli, bu mərhələdə yaralılar çox saxlanılmamalı, vəziyyətdən çıxdıqdan sonra onlar birbaşa ixtisaslaşdırılmış yardım mərhələsinə köçürülməli və tələb olunan müalicəni almalıdırlar.

Müharibə şəraitində müşahidə olunan LOR orqanları yaralanmalardan fərqli olaraq, dinc dövrdə baş vermiş zədələnmələr və yaralanmalar zamanı yaralılara ilk yardım göstərildikdən sonra onlar birbaşa ixtisaslı və ixtisaslaşdırılmış tibbi yardım mərhələsinə çatdırılmalıdırlar. LOR orqanlarının zədələnmələri nəticəsində funksional pozğunluq və kosmetik defektlərin aradan qaldırılması məqsədilə həyata keçirilən operativ müdaxilələr lazım gəldikdə bir neçə mütəxəssisin: üz-çənə cərrahi, oftalmoloq və neyrocərrahın iştirakı ilə həyata keçirilməlidir.

ÜZ-ÇƏNƏ NAHIYƏSİNİN ODLU SILAH YARALANMALARI VƏ ZƏDƏLƏNMƏLƏRİ

TƏDRİS SUALLARI

17. 1. Üz-çənə nahiyəsinin odlu silah yaralanmaları və zədələnmələrinin təsnifatı
17. 2. Üz-çənə nahiyəsinin zədələnmələrinin diaqnostikası
17. 3. Üz-çənə nahiyəsinin zədələnmələrində müalicə taktikasının xüsusiyyətləri
17. 4. Tibbi-təxliyə mərhələlərində yardımın həyata keçirilməsi qaydası

Üz-çənə nahiyəsinin odlu silah yaralanması Böyük Vətən müharibəsi illərində 3,5% təşkil etmişdir. Bunların 30%-də üz skletinin zədələnməsi təsadüf olunmuş, sınıqların 54,5%-də alt çənənin 26,9%-də üst çənənin, 11,6% hər iki çənənin zədələnməsi müşahidə edilmişdir. Hər 10 yaralıdan 2-də beyin silkələnməsi aşkar olunmuşdur.

Ermənistan respublikasının Azərbaycana təcavüzü nəticəsində baş vermiş Qarabağ müharibəsində üz-çənə zədələnmələri 3,6% halda təsadüf olunmuşdur. Bütün yaralanmaların 31,8%-də üz skletinin zədələnməsi aşkar edilmişdir. Çənə sümüklərinin adi sınıqlarından fərqli olaraq odlu silah sınıqları əsasən qəlpəli və dağılmış şəkildə müşahidə olunmuşdur.

17.1. ÜZ-ÇƏNƏ NAHIYƏSİ ZƏDƏLƏNMƏLƏRİNİN TƏSNİFATI

Üz-çənə nahiyəsinin döyüş zədələnmələri odlu silah yaralanmaları və adi zədələnmələr şəklində təsadüf edilir. Bu zədələnmələr xaraktercə tək saylı, çox saylı, müstəqil və kombinasiya halında yumşaq toxumaların və üz skeletinin zədələnməsi şəklində müşahidə olunur. Yara kanalının formasına görə üz-çənə zədələnmələri dəlib-keçən, kor və toxunan istiqamətli olurlar. Odlu silahın növünə görə zədələnmələr güllə, qəlpə və partlayış zədələnmələri formasında təsadüf olunur.



Şəkil 17.1 Alt çənənin qəlpə yaralanması (x/t 2512)

Mina-partlayış zədələnmələrində açıq yaralanmalardan əlavə toxumaların kontuziyası da müşahidə olunur. Bu halda üz-çənə zədələnmələri həmçinin çox vaxt kəllə-beyin zədələnmələri, görmə orqanının və LOR orqanlarının zədələnmələri ilə müstəqillik təşkil edir. Şübhəsiz ki, bütün bunlar müalicənin nəticələrinə mənfi təsir etməklə bərabər əlavə müayinə metodlarının həyata keçirilməsini tələb edir.

Ağız və burun boşluğuna, eləcə də burunətrafı ciblərə sirayət edən yaralanmalar daxilə keçən yaralanmalar adlandırılır. Ağız boşluğuna keçən odlu silah yaralanmaları çox hallarda dilçəyin, damağın, çənənin zədələnməsi ilə birlikdə təsadüf olunur və bunlar ağır zədələnmələr qrupuna daxildirlər. Sümük qəlpələri və yerindən oynamış dişlər bir sıra hallarda ikincili silah rolunu oynayaraq, yumşaq toxumalarda iltihab ocağı törədirlər. Bu tipli yaralanmalarda yara patogen flora ilə zəngin olur. Xüsusilə xəstə dişlərin olması zamanı iltihablaşma ehtimalı daha çox olur. Bəzən yaralanmanın ilk saatlarında, zədə nahiyəsində şişkinlik və üfunətli irinli ifrazat müşahidə oluna bilər.

Ağız dibinin və dilin kökünün yaralanması zamanı çox vaxt dilaltı sinir də zədələnir. Axırıncının ikitərəfli zədələnməsi zamanı dil tam iflic olur. Bu kimi hallarda qida qəbulu və danışmaq mümkün olmadığından yaralı bunu daha ağır keçirir. Ağız boşluğuna keçən yaralanmalarda tüpürcək ifrazı artır, ağızda çoxlu selik və tüpürcək toplanır, ağız boşluğunun requlyar sanasiyası pozulur. Ağız suyunun fasiləsiz axması orqanizmi bir növ susuzlaşdırır.

Üz-çənə nahiyəsinin yaralanmaları da şok, qanaxma, asfiksiya və huşun itməsi ilə fəsadlaşa bilər. Bunlar ağır müştərək yaralanmalar zamanı daha çox müşahidə olunur. Üz-çənə nahiyəsinin odlu silah yaralanmaları zamanı xarici yuxu arteriyasının zədələnmiş kiçik şaxələrindən baş vermiş qanaxmalar adətən bir neçə dəqiqə ərzində öz-özünə dayanır. Güclü qanaxma isə çənə arteriyası yaxud daxili yuxu arteriyasının zədələnməsi zamanı baş verir. Yuxu arteriyası və daxili vidacı venaların yaralanması yardım göstərilmədikdə ölümlə nəticələnə bilər.

Klinik gedişi və ağırlıq dərəcəsinə görə üz-çənə zədələnmələri yüngül, orta dərəcəli və ağır klinik gedişli olmaqla üç yerə bölünür: 1) Yumşaq toxumaların adi təcrid olunmuş yaralanmaları, alveolyar çıxıntının, yaxud tək-tək dişlərin zədələnməsi, tək saylı və çox saylı səthi qəlpə yaralanmaları, sifətin əzilməsi, yaxud sıyrıqları, yumşaq toxumaların kontuziyası üz-çənə nahiyəsinin yüngül zədələnmələrinə aiddir. Yüngül zədələnmələr zamanı sınıqlar olmur, burunətrafı ciblərin tamlığı pozulmur, zədələnmə nahiyələri magistral damar və sinir dəstələrindən, dildən, tüpürcək vəzlərindən uzaqda yerləşmiş olur. 2) Orta ağırlıqlı zədələnmələrə yumşaq toxumaların orqan və sümük defekti olmayan geniş zədələnmələri, üz sümüklərinin adi sınıqları, burunətrafı ciblərə keçən yaralanmalar, həyati-vacib orqanlar yerləşmiş nahiyələrin kiçik kor yaralanmaları aiddir. Yara daxilində yad cismin olması onun infeksiyalaşmasına, güclü qanaxmalara və orqanın funksiyasının pozulmasına səbəb ola bilər. 3) Ağır zədələnmələrə yumşaq toxumaların geniş zədələnməsi ilə bərabər burun, göz qapaqları, dodaqlar, yumşaq damağın zədələnməsi; üz skeletinin defekti ilə müşahidə olunan zədələnmələr; üz skeletinin çoxqəlpəli sınıqları və yumşaq toxumaların üz sinirinin zədələnməsi ilə birgə müşahidə olunan yaralanmaları aiddir.



Şəkil 17.2 a Sifətin deformasiyası ilə müşahidə olunan dərin çapılmış yarası (Şəxsi müşahidələrimizdən).



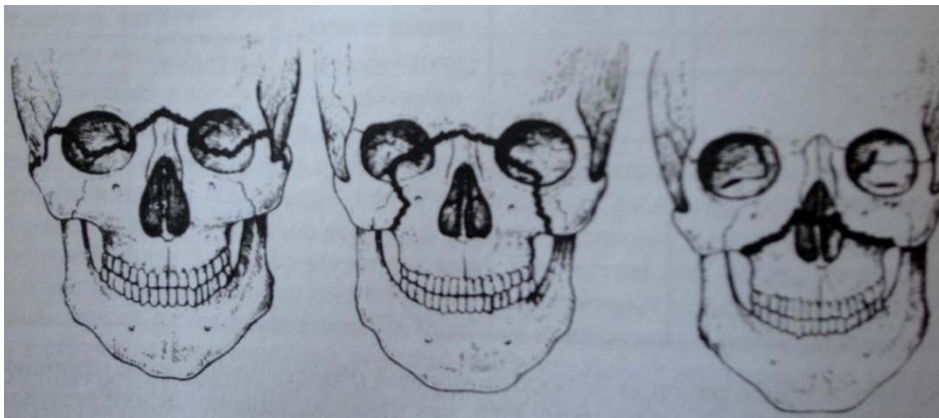
Şəkil 17-2 b-c) Sifətin, qulaq seyvanının və ənsə-boyun nahiyyəsinin geniş və dərin cırılmış yarası, yaranın cərrahi işlənməsindən əvvəl və sonra

Üz-çənə yaralanmalarının ağırlıq dərəcəsi təkcə yaranın genişliyindən asılı olmayıb, eyni zamanda vacib anatomik törəmələrin və orqanların (böyük damarlar, dil, sinirlər, udlaq, traxeya və i.a.) zədələnməsi və onların funksiyasının pozulmasından çox asılıdır.

17.2. ÜZ-ÇƏNƏ ZƏDƏLƏNMƏLƏRİNİN DİAQNOSTİKASI

Üz-çənə zədələnmələrinin diaqnostikası yaralanmaların klinik şəklinə; vizual, palpator və instrumental müayinə metodlarına əsasən müəyyən edilir. Sifətin konturundakı dəyişiklik, asimmetriyanın və sınıq nahiyyəsində patoloji hərəkətliliyin olması və yerdəyişmənin birbaşa və dolaylı əlamətləri ilə təyin edilir. Yerdəyişmənin birbaşa əlamətlərinə dişləmə aktının pozulması, ağız boşluğunun selikli qişasında defektin olması, dişlərin laxlaması, sifətin asimmetriyası; dolaylı əlamətlərinə sifətin müəyyən hissələrində anesteziya, yaxud hiposteziyanın, “qara eynək” əlamətinin aşkarlanması, alt çənənin hərəkətinin məhdudlaşması, burun qanaxmaları, diplopiyanın müşahidə olması və i.a. aiddir.

Sümük zədələnmələri yaranın təftişi və cərrahi işlənməsi zamanı, zədələnmələrinə dair son məlumatlar və sınıqların xarakteri, eləcə də yad cisimlərin yerləşmə sahəsi və ikincili silah rolunu oynayan sümük qəlpələri və yerindən oynamış dişlər rentgen müayinəsinin köməyi ilə dəqiqləşdirilir.



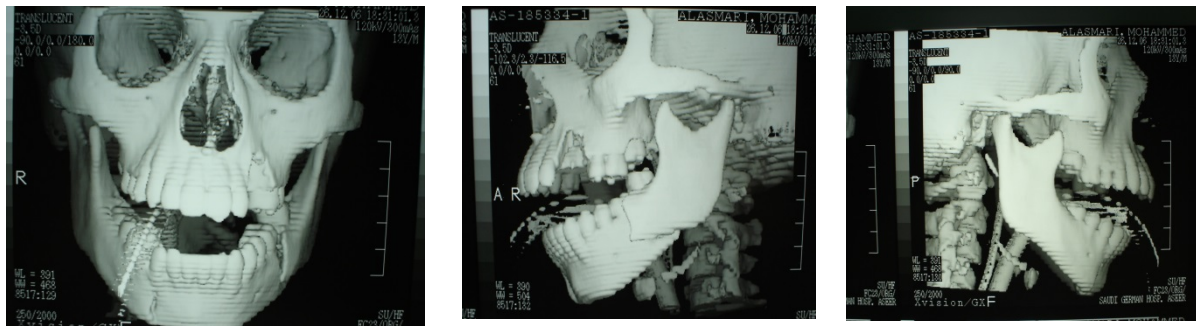
Şəkil 17.3 Lefor tipli sınıqlar (sxematik təsviri).

Yüksək sürətə malik odlu silahlarla: 5.45 tipli avtomat güllələri, oxvari elementlərlə törənmiş kor və dəlib keçən yaraların təftişi xüsusilə vacibdir. Bu zaman yara kanalı burulğan xarakterə malik olur. Partlayış zədələnmələrində yaralanmadan əlavə çox vaxt yumşaq toxumaların, eləcə də tüpürcək vəzlərinin kontuziyası da baş verir.

Üz-çənə zədələnmələrində dişlərin zədələnməsinin təyini və selik qişasının tamlığının pozulmasının aşkarlanması məqsədilə ağız boşluğunun diqqətli müayinəsi də vacibdir. Müayinə zamanı ağız boşluğu orqanlarının anatomik və funksional vəziyyəti: dil, yumşaq və sərt damaq, tüpürcək vəzləri və onların axacaqları, magistral damarlar, sinir dəstəsi, udlaq, traxeya ətraflı müayinədən keçirilməlidir. Yaralıların

müayinəsi zamanı həmçinin qonşu nahiyələrin müştərək və kombinə olunmuş zədələnmələri də təyin edilməlidir. Bu, müalicə taktikasının və yaralıların hansı tibb müəssisəsinə təxliyəsinin dəqiqləşdirilməsi məqsədi ilə aparılmalıdır.

Diagnostika prosesində yaralanmanın ilkin fəsadlaşmaları –qanitmə, şok və asfiksiyanın baş verməsi təhlükəsi qabaqcadan müəyyən edilməli və yaxın saatlar ərzində zəruri tədbirlərin həyata keçirilməsinə nail olunmalıdır. Eyni zamanda yaralanmanın proqnozu, müalicə müddəti, yaralının döyüş qabiliyyətinin (reabilitasiyanın) nə dərəcədə bərpa olması barədə məlumatlar dəqiqləşdirilməli və buna görə həyata keçirilməsi nəzərdə tutulan tədbirlər planlaşdırılmalıdır (Şəkil173; 174).

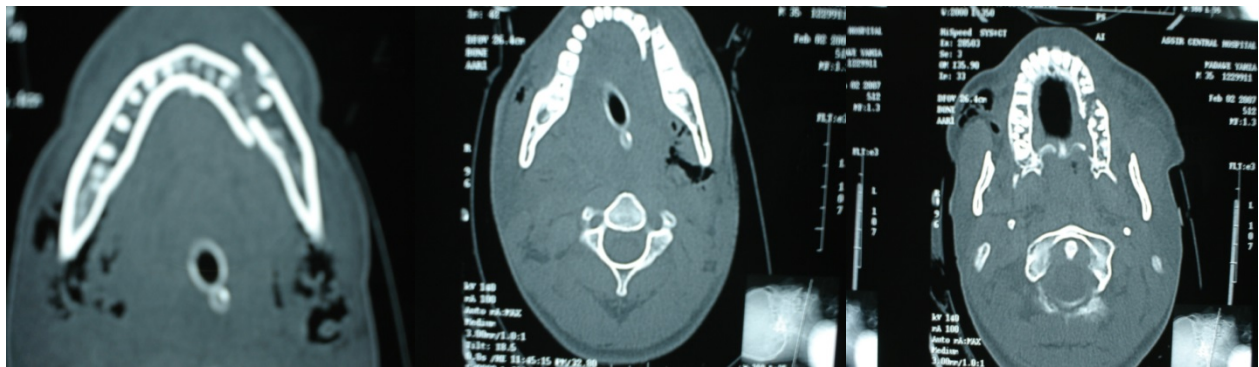


a)

b)

c)

Şəkil 17.4 Müştərək kəllə-beyin zədələnməsi olan xəstənin üz skeletinin stereo kompüter tomogramması

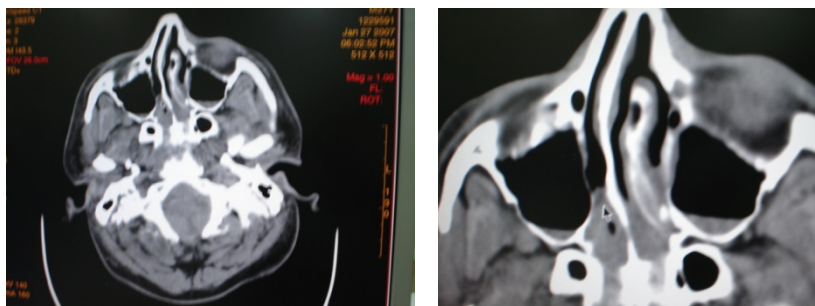


a)

b)

c)

Şəkil 17.5 a-b) Alt çənənin sağtərəfli sınığı. c) Üst çənənin sınığı



a)

b)

Şəkil 17.6 Ağır dərəcəli kəllə-beyin zədələnməsi almış xəstənin kəllə əsasının kompüter tomografiyası. Hər iki tərəfdə Haymor cibinə qansızma aşkar olunur (Şəxsi təcrübəmizdən).

17.3. ÜZ-ÇƏNƏ ZƏDƏLƏNMƏLƏRİNDƏ MÜALİCƏ TAKTİKASININ XÜSUSİYYƏTLƏRİ

Yardımanın həyata keçirilməsi zamanı toxumaların anatomo-fizioloji xüsusiyyətləri nəzərə alınmalıdır. Sifətin vaskulyarizasiyası və innervasiyasının zəngin olması yaraların sağlamlığı üçün

əlverişli şərait yaratmış olur. Lakin tüpürçək vəzlərinin zədələnməsi, yarada yerindən oynamış dişlərin olması, ağız boşluğunun tənəffüslə, nitqlə, çeynəmə və udğunma aktı ilə bilavasitə əlaqədar olması, həmçinin müəyyən hallarda zədələnmələrin kəllə-beyin, görmə orqanı, LOR orqanları zədələnmələri ilə müştərəklik təşkil etməsi müalicə işini çətinləşdirir. Üz-çənə zədələnmələri zamanı asfiksiya daha çox müşahidə olunur və qanaxmanın saxlanması bir sıra çətinliklərə səbəb olur.

Üz-çənə zədələnmələri zamanı asfiksiya müxtəlif səbəbli ola bilər. Bunlara aşağıdakılar daxildir:

1. Alt çənənin ikitərəfli sınıqları zamanı çənə fraqmentinin və dilin arxaya doğru yerini dəyişməsi nəticəsində asfiksiya –dislokasion asfiksiya;
2. Nəfəs yollarının qan laxtası, yaxud yad cisimlərlə tutulması nəticəsində asfiksiya –obturation asfiksiya;
3. Traxeyanın selikli qişasının ödemləşməsi, hematoma, yaxud emfizema nəticəsində sıxılması ilə əlaqədar olan asfiksiya –stenotik asfiksiya;
4. Yumşaq damağın dilimli zədələnmələri, yaxud damaq qövslərinin qismən qırılması ilə əlaqədar olan asfiksiya –qapaqlı asfiksiya;
5. Qan və qusuntu materiallarının nəfəs yollarına keçməsi nəticəsində –aspiration asfiksiya.

Bəzən huşun olmaması, yaxud sifətin yaralanma ilə əlaqədar eybəcər hala düşməsi və psixi pozğunluqların əmələ gəlməsi, yaralıların qida qəbulunun çətinləşməsi, lazım gəldikdə yaralıya əleyhiqazın geydirilməsinin mümkün olmaması yardım prosesində əlavə çətinliklərə səbəb olur. Buna görə də tibbi təxliyə mərhələlərində yardımın lazımlıca yerinə yetirilməsi üçün üz-çənə zədələnmələrinin yuxarıda qeyd edilmiş xüsusiyyətlərinin nəzərə alınması olduqca vacibdir.

17.4. TİBBİ TƏXLİYƏ MƏRHƏLƏLƏRİNDƏ YARDIMIN HƏCMİ

İlk- və həkiməqədərki tibbi yardım. Üz-çənə nahiyəsinin odlu silah yaralanmaları zamanı ilk-və həkiməqədərki tibbi yardım məzmunca yaranın sarınmasından, zədə nahiyəsinin fiksasiya olunmasından, güclü qanaxma hallarında yaranın steril materialla tamponadasından ibarət olmalıdır. Qeyri odlu silah yaralanmalarında qoyulan sarğılar eyni zamanda alt və üst çənənin sınıq olan nahiyələrinin müvəqqəti fiksasiyası əhəmiyyətinə malik olub həmçinin dislokasion asfiksiyanın qarşısının alınması məqsədini də daşıyır. Belə ki, alt çənənin ikitərəfli sınıqları zamanı dilin kökü proksimal fraqment hesabına arxaya və aşağı dartılmaqla asfiksiya təhlükəsi yaradır. Sarğı steril fərdi paketlərdən istifadə etməklə qoyulmalı, dil kəsici dişlərin bərabərində sancaqla yaxalığa, yaxud boyun nahiyəsinə qoyulmuş sarğıya bərkidilməlidir.

Davam edən qanaxmalar, yaxud damaq və onun qövsünün sınıqları zamanı, eləcə də zədələnmələri zamanı, xüsusilə huşu özündə olmayan yaralılarda, udlağın arxaya çəkilməsi ilə əlaqədar olaraq aspiration və qapaqlı asfiksiyanın qarşısının alınması məqsədilə yaralılar üzüaşağı, yaxud böyrü üstə çevrilməklə daşınılmalıdırlar. Baş yaralanma tərəfə çevrilməlidir. Əks təqdirdə axan qan traxeya və bronxlara dolaraq yaralının boğulmasına səbəb ola bilər — aspiration asfiksiya.

Güclü qanaxmalar zamanı yuxu arteriyası əllə boyun fəqərlərinin köndələn çıxıntılılarına basılmalı və qoruyucu şin ilə bərkidilməlidir.

Üz-çənə zədələnməsi olan əksər yaralılar döyüş zonasından özbaşına sərbəst çıxıb bilirlər. İmkanı olmayan yaralılar isə müəyyən qaydalara əməl edilməklə döyüş zonasından çıxarılmalıdırlar; huşu olan yaralıya su içizdirilməli, ehtiyac olduqda yaralıya əleyhiqaz geydirilməlidir.

İlk həkim yardımı. Bunun əsasını yaralanmalar zamanı baş vermiş ilkin fəsadlaşmalarının qarşısının alınması istiqamətində həyata keçirilən tədbirlər təşkil edir. Bura qanaxmaların, müxtəlif növ asfiksiyaların (dislokasion, obturation, stenotik, qapaqlı, aspiration) qarşısının alınması və travmatik şokun aradan qaldırılması tədbirləri daxildir. Davamedən qanaxmalar damarın yarada bağlanması, yaxud damara qankəsici sıxıcıların qoyulması, yaranın kip tamponadası üsulu ilə saxlanılmalıdır. Alt çənənin massiv qanaxmasının saxlanması çətinlik törətdiyi hallarda yara tamponada olunmalı və kənarları kip tikilməlidir. Ağız boşluğundan profuz qanaxmalar zamanı əvvəlcə traxeostoma qoyulmalı,

mədəyə zond keçirilməli, ağız boşluğu, udlaq, lazım gəldikdə burun və burunətrafi ciblər də kip tamponada olunmalıdır.

Dislokasion asfiksiya qorxusu olduğu hallarda dil ipək sapla kəsici dişlər bərabərində boyuna qoyulmuş sarğıya bərkidilməlidir. Ağızda, yaxud burunda qan laxtası, yad cisimlər, sərbəst sümük qəlpələri, yaxud yerindən oynamış dişlərin asfiksiya törətmək təhlükəsi aradan qaldırılmalı, burunətrafi boşluqların sanasiya edilməlidir.

Traxeyanın mənfəzində selikaltı sahədə odem, hematoma və emfizema nəticəsində baş vermiş stenotik asfiksiyalar zamanı təcili traxeostoma qoyulmalı, nəfəs yolları sanasiya olunmalıdır. Qapaqlı asfiksiyaların baş verdiyi hallarda yumşaq damaq və udlağın dilimli zədələnmələri tikilib bərpa olunmalı, həmin toxumaların həyati qabiliyyəti olmadığı hallarda isə axırıncılar qənaətlə kəsilib götürülməlidir. Alt çənənin yerdəyişmiş sınıqlarında çənə standart şinlərlə fiksə olunmalıdır.

Yaralılara antibiotiklər, tetanus əleyhinə zərəb və anatoksin yeridilməli, düzgün qoyulmamış sarğılara düzəlişlər aparılmalı, qanla islanmış sarğılar dəyişdirilməlidir. Susuzluğun qarşısı alınmalı, maye qəbulunun çətinləşdiyi hallarda xüsusi rezin borudan istifadə edilməlidir. Yaralıların təxliyəsi zamanı asfiksiya gözlənilə bilən hallarda onlara nəzarət və profilaktik tədbirlər həyata keçirilməlidir.

Ixtisaslı tibbi yardım. Bunun məzmunu qanaxmanın tam saxlanılmasından, kəskin qanitmənin nəticələrinin aradan qaldırılmasından, şok və asfiksiyanın qarşısının alınması və onun profilaktikasından, sınıq nahiyəsinin hərəkətsizləşdirilməsindən həmçinin yaralıların təyinatına görə təxliyəsinin təşkili və onun həyata keçirilməsindən ibarətdir.

Burada ilk növbədə həyati göstəriş əsasında tədbirlər yerinə yetirilməlidir. Qanaxmanın tam saxlanılması zədələnmiş damarın bilavasitə yarada tikilməsi, yaxud yaradankənar sahədə bağlanılması yolu ilə həyata keçirilməlidir. Xarici yuxu arteriyası və onun şaxələrinin bağlanılmasının yaradankənar sahədə yerinə yetirilməsi daha məqsədəuyğundur. Dislokasion asfiksiya təhlükəsi alt çənənin repozisiyası və müvəqqəti fiksasiyası yolu ilə aradan qaldırılmalıdır. Alt çənənin nəqliyyat hərəkətsizləşdirilməsi dişlərin liqatur, yaxud məftillə fiksasiyası yolu ilə həyata keçirilməlidir. Bu, sınıq nahiyəsində qonşu və antaqonist tərəfdəki dişlərin hesabına aparılmalıdır. Belə fiksasiya xüsusilə alt çənənin ikitərəfli sınıqlarında daha əlverişlidir. Lakin nəzərdən qaçırmaq olmaz ki, axırıncı müvəqqəti xarakter daşıyır və 3-4 gün müddətinə qoyulmalıdır. Əks təqdirdə dişlər alveollardan çıxıb bilər. Sınıq nahiyəsi əlavə standart şinlərlə də fiksə oluna bilər. Bu, yumşaq "papaq" və bərk çənəaltı "sapandan" ibarətdir. Belə sarğılar çənə sınıqlarını ikincili yerdəyişmədən mühafizə edir. Bu tipli sarğı həmçinin qeyri-odlu silah mənşəli çənə sınıqlarında da istifadə edilə bilər. Sifətin yumşaq toxumalarının dilimli yaraları tikişlə bərpa olunmalıdır.

Ağır və orta ağırlıqlı üz-çənə nahiyəsi yaralarının cərrahi işlənməsi bir qayda olaraq ixtisaslı cərrahi yardımın funksiyasına daxil edilmir. Lakin müəyyən səbəbdən yaralıların ixtisaslaşdırılmış yardım mərhələsinə təxliyəsinin gecikdiyi hallarda (nəqliyyatın olmaması, hospitalın müdafiə vəziyyətində olması, hərbi gəmilərdə, yaxud quruda fəlakətlərlə əlaqədar olaraq) ixtisaslı yardımın həcmi artırılmalı, yaralar cərrahi işlənməlidir. Bu, infeksiya fəsadlaşmalarının qarşısının alınması məqsədilə yerinə yetirilir.

Yaralılara qulluq prosesində gigiyenik qaydalara əməl edilməlidir. Tibbi yardımın göstərilməsində ağız boşluğuna düzgün qulluğun və yaralıların qidalandırılmasının xüsusi əhəmiyyəti vardır; ağız boşluğu vaxtaşırı sanasiya olunmalı, yaralıların qidaları yüksək kalorili və vitaminlərlə zəngin olmalıdır. Ağız boşluğu gündə bir neçə dəfə, xüsusilə qida dən sonra yaxalanmalıdır. Ağzın yuyulması uzun rezin borusu və şüşə ucluğu olan Esmarx parçısı ilə 1/1000 nisbətində hazırlanmış kalium permanqanat, yaxud 1/5000 furasilin məhlulu ilə olmalıdır. Paltarlar islanmasın deyər yaralıya müşənbə önlük (döşlük) geydirilməlidir.

Orqanizmin susuzlaşmasının qarşısının alınması üçün əgər əks göstəriş yoxdursa, yaralıya tez-tez maye içirmək lazımdır. Bu məqsədlə xüsusi qablardan istifadə edilir. Ağız suyu ifrazının azalması üçün dəri altına 0,1%-li 0,5-1 ml atropin yeridilməlidir. Yaralıların yedizdirilməsi üçün qaynar suda həll edilmiş xüsusi konsentratlardan, yaxud ət maşınından və tordan keçirilmiş ərzaqdan istifadə edilməlidir. Qidalanma 0,8-1 sm diametrində olan rezin boru vasitəsilə həyata keçirilir. Borunun bir ucu ağız boşluğuna, digər ucu maye qida olan qaba salınır. Qida duru olmalı və borudan asan keçməlidir.

Yardım başa çatdıqdan sonra yaralıların təyinat üzrə təxliyəsi təşkil olunmalıdır. Yaralıların vəziyyəti stabilləşdikdən sonra onlar (əgər yanaşı ciddi zədələnmələr yoxdursa) istənilən nəqliyyat vasitəsilə təxliyə oluna bilərlər. Lakin bu məqsədlə hava nəqliyyatı, yaxud sanitariya maşınlarından istifadə olunması daha məqsədəuyğundur.

İxtisaslaşdırılmış tibbi yardım. Bunun məzmunu yaralı və xəstələrin ixtisasa uyğun diaqnostikası və müalicəsində həyata keçirilən kompleks diaqnostik, cərrahi və reanimatoloji tədbirlərin həyata keçirilməsindən ibarətdir. Həmin yardım qarnizon və arxa cəbhə hospitallarında, ixtisaslaşdırılmış klinika və xəstəxanalarda yüksək ixtisaslı mütəxəssislər tərəfində həyata keçirilir. Məqsədi xəstə və yaralıların ixtisasa uyğun müalicəsinin tam axıra çatdırılması və onların döyüş qabiliyyətlərinin bərpa olunmasından ibarətdir. Bura aşağıdakılar daxildir:

– yaraların cərrahi işlənməsi;

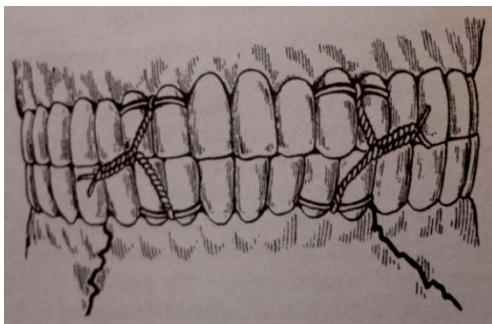
–ilkin fəsadlaşmaların nəticələrinin aradan qaldırılması, yaxın və uzaq fəsadlaşmaların profilaktikası və müalicəsi;

–medikamentoz, fizioterapevtik müalicə, müalicəvi gimnastikanın həyata keçirilməsi;

–terapevtik və ortopedik stomatoloji yardımın həyata keçirilməsi.

Yardım yaralıların məntəqədaxili çeşidlənməsindən başlanılmalıdır. Bununla yaralılara yardımın hansı növbədə, harada və nə zaman həyata keçirilməsi planlaşdırılır. Yaralılar şokdan çıxarılır, qanaxma saxlanılır, kəskin qanıtirmənin nəticələri aradan qaldırılır, asfiksiya ləğv olunur, yaxud onun qarşısının alınması tədbirləri yerinə yetirilir.

Yaralılar rentgen müayinəsindən keçirilməli, ehtiyac olduqda onlar neyrocərrah, oftalmoloq, LOR mütəxəssisinə göstərilməlidir. Qanaxma tam saxlanılmalı, yara cərrahi işlənməli, yad cisimlər kənar edilməli, sümük fraqmentləri qanlı və qansız üsullarla repozisiya olunmalıdır.



Şəkil 17.7 Çənə sınıqları zamanı sağlam dişlər vasitəsilə fiksasiya

Dişləmə funksiyasının gözlənməsi şərtilə çənə xüsusi şinlərə alınmalı, yaxud osteosintez həyata keçirilməlidir. Alt çənənin defekti zamanı yara prosesinin normal gedişi şəraitində defekt nahiyəsi plastika olunmalıdır.

Üst çənənin odlu silah sınıqları çox vaxt Haymor ciblərinin zədələnməsi ilə birgə rast gəlir. Bura yad cisimlər sümük qırıntıları, yerindən oynamış dişlər düşə bilər. Boşluq qan laxtaları selik və qida qırıntıları ilə dola bilər. Haymor cibinin zədələnməsi zamanı axırncı cərrahi işlənmə prosesində təmizlənməli, burun boşluğu ilə optimal olaraq əlaqələndirilməli və ağız boşluğundan izolə olunmalıdır. Buna aşağıdakı xəstəlik tarixlərini misal götürmək olar:

Yaralı əsgər B.I. (x/t 3207) 28.12.93-cü il tarixdə 23.45 radələrində sifətin sağ yarısının minamyot partlayışı ilə əlaqədar olan dağılmış yarası, qanaxma, III dərəcəli travmatik şok diaqnozu ilə hospitala daxil olmuşdur. Klinik, rentgenoloji olaraq alt çənənin sağ yarısı və sağ əng sümüyünün dağılmış sınığı, Haymor cibinin dağılması aşkar olunmuşdur. Təcili traxeostomiya həyata keçirilmiş, həyati qabiliyyəti olmayan toxumalar kənar edildikdən sonra yara antiseptik məhlullarla yuyulmuş, sifətin tamlığı bərpa edilmişdir. Operativ müdaxilədən sonrakı dövr ağır keçmiş, ümumi vəziyyəti stabilləşdikdən sonra (5 gündən sonra) yaralı mərkəzi hərbi hospitala köçürülmüşdür.

Başqa bir misal:

1971-ci il təvəllüdü yaralı əsgər Ə. A., (x/t 3364) 20.12.1993-cü il tarixdə sifətin sağ yarısının geniş qəlpə yarası, alt çənənin sağ yarısının dağılmış qəlpəli sınığı, sağ əngin və Haymor boşluğunun dağılmış sınığı, divararalığının emfizeması, sağtərəfli gərgin pnevmotoraks, döş qəfəsinin sağ yarısının kor qəlpə yarası, III dərəcəli travmatik şok diaqnozu ilə hospitala daxil olmuşdur. Təcili olaraq yaralıya sağtərəfli torakosentez həyata keçirilmiş, traxeostoma qoyulmuş, şok əleyhinə tədbirlərlə yanaşı plevra boşluğundan alınmış 500 ml qan reinfuziya olunmuş, sifətin sağ yarısının yarası sağlam toxumaların hesabına bərpa edilmişdir. Hemodinamik göstəricilər stabilləşdikdən sonra yaralı 26.12.93 tarixdə mərkəzi hərbi hospitala təxliyə olunmuşdur.

Almacıq sümüyü və onun qövsünün sınığı zamanı fraqmentlər repozisiya olunmalıdır. Əgər fraqmentlər yerini dəyişibsə, onlar düzgün vəziyyətdə fiksə olunmalıdır. Dərinin dilimli zədələnmələrində zədə nahiyəsi tikilməlidir.

Üz-çənə zədələnmələrində sümük toxuması ilə işlədikdə raspatorlardan istifadə edilməsindən çəkinmək lazımdır. Çünki sümüklüylünün ayrılması çox vaxt sümüyün regenerasiyasına maneçilik törədir. Yumşaq toxumalarının defekti olduqda iltihabi prosesə şübhə olmadığı hallarda lazımi plastik cərrahi müdaxilələr həyata keçirilməlidir. Yumşaq toxumaların geniş zədələnmələrində, eləcə də odlu silah sınıqlarında anaerob və çürüntülü infeksiyanın əmələ gəlməsinin qarşısının alınması məqsədilə profilaktik tədbirlər də nəzərdə tutulmalıdır.

Davamedən qanaxması və asfiksiyası olan yaralılara yardım ilk növbədə yerinə yetirilməlidir. Bunlar reanimasiya və intensiv terapiya şöbəsində müalicə almalıdırlar. İkincili qanaxması və yuxarı tənəffüs yollarının stenozu olan yaralılar da burada müalicə almalıdırlar.

Ağır yaralılara yardım ilk növbədə həyata keçirilməlidir. Bədənin digər nahiyələrinin də müştərək zədələnmələri zamanı yardımın bir neçə mütəxəssisin iştirakı ilə həyata keçirilməsi daha münasibdir. Bu, cərrahi əməliyyatın daha tez başa çatmasına, yaraların infeksiyalaşmasının və bronxopulmonal fəsadlaşmaların qarşısının alınmasına imkan verir.

Yaralarının cərrahi işlənməsindən əvvəl rentgen müayinəsi aparılmalı, sümük zədələnmələrinin xarakteri və yad cisimlərin, sümük qəlpələrinin lokalizasiyası aşkarlanmalıdır. Ağır yaralılarda yaraların cərrahi işlənməsi ümumi anesteziya şəraitində həyata keçirilməlidir. Digər hallarda ağrısızlaşdırma metodu fərdi olaraq təyin edilməlidir.

Yaraların cərrahi işlənməsi birmomentli və tamamlama xarakteri daşmalıdır. Yaraların xüsusilə təbii dəliklər sahəsində (ağız, burun, göz yuvası, qulaq seyvanı) cərrahi işlənməsi dərinin tikilməsi ilə başa çatdırılmalıdır. Üz-çənə nahiyəsinin anatomik və fizioloji xüsusiyyətləri, onun güclü vaskulyarizasiyası və innervasiyası yaraların cərrahi işlənməsi zamanı zədələnmiş toxumaların qənaətlə kəsilib götürülməsini tələb edir. Lakin qeyd etmək lazımdır ki, müasir yüksək sürətli qeyri-stabil odlu silahların istifadəsi ilə əlaqədar olaraq zədələnmələr daha əhatəli və yayılmış şəkildə müşahidə olunur. Bu, yaraların cərrahi işlənməsini çətinləşdirir, onun nəticələrinin qeyri-qənaəətəxş olmasına və proqnozun pisləşməsinə gətirib çıxarır.

Üz-çənə zədələnmələrində yaraların cərrahi işlənməsi zamanı dəridə kəsiklərin aparılması toxumaların regenerativ qabiliyyətinin bərpası və kosmetik tələblərə, həmin nahiyənin anatomik və fizioloji vəziyyətinə uyğun olaraq aparılmalıdır. Bu zaman üz siniri və onun şaxələri, tüpürçək vəzlərinin strukturu, xüsusilə qulaqaltı vəzin axacağıının topoqrafiyası və dəri büküşlərinin vəziyyəti və i.a. nəzərə alınmalı, plastik cərrahiyyənin prinsipləri gözlənilməlidir. Yumşaq toxumaların dəlib-keçən güllə və qəlpə yaralanmalarında yara nahiyəsində toxumalar qənaətlə kəsildikdən sonra yara kanalı təftiş olunmalı, nekrotik toxumalar kəsilib götürülməli və yara bütün kanal boyunca drenaj olunmalıdır. Kor yaraların ilkin cərrahi işlənməsi zamanı yad cismin çıxarılması yalnız onun həyati vacib orqanlara, sinir şaxələrinə və böyük damarlara yaxın yerləşdiyi hallarda həyata keçirilməlidir.

Yara kanalının təftişi zamanı sərbəst sümük qəlpələri, yad cisimlər, eləcə də yerindən oynamış dişlər, qan laxtaları və toxuma qırıntıları kənar edilməli, həyat qabiliyyətini saxlamış toxumalar, eləcə də fiksə olunmuş sümük fraqmentləri yerinə qoyulmalı və yumşaq toxumalarla örtülməlidir. Yaranın cərrahi işlənməsi zamanı anatomik törəmələrin və fizioloji funksiyaların bərpasından əlavə yara kanalının,

yaxud boşluğun drenaj funksiyası da nəzərdə tutulmalıdır. Dəriyə seyrək tikişlər qoyulmalıdır. Tikişlər qoyularkən yaranın drenaj funksiyası nəzərə alınmalıdır. Ağız, burun, göz yuvası, qulaq seyvanı zədələnmələrində tikişlər kosmetik tələbata uyğun şəkildə qoyulmalıdır. Tikiş materialları suyu adsorbsiya etməyən sintetik-atravmatik xarakterli olmalıdır. Böyük defektli dəlib-keçən yaralanmalarda çapıq toxumasının və kontrakturaların əmələ gəlməsinin qarşısının alınması məqsədilə defekt nahiyəsində selikli qişa birbaşa dəriyə tikilməlidir.

Yumşaq toxumaların geniş kontuziyaları zamanı bəzən dəridə dekompressiv kəsiklərin aparılması lazım gəlir. Kəsiklər aparılarkən üz sinirinin proyeksiyası və dəri büküşlərinin istiqaməti nəzərə alınmalıdır.

Yaralanmalar zamanı alveolyar çıxıntı və dişlərin zədələndiyi halda dişlər çıxarılmalıdır. Alveolyar çıxıntının sümük fraqmentinin ətraf toxumalarla əlaqəli olduğu hallarda ona repozisiya verilməlidir.

Alt çənənin sınıqlarında ortopedik-stomatoloji metodlar tətbiq edilməli, sınıq nahiyəsi xüsusi paslanmayan metal məfillərlə, yaxud yarıdan kənar osteosintez üsulu ilə fiksə olunmalıdır. Bu məqsədlə xüsusi şinlərdən və aparatlardan istifadə edilməlidir. Fraqmentlərinin cərrahi işlənməsi zamanı sümük kənarları qənaətlə kəsilməli, cərrahi işlənməsi zamanı mikrosirkulyasiyanın pozulmaması qayğısına qalınmalı sümüküstlüyü soyulmamalıdır (raspatordan istifadə edilməməlidir). Kanalı (kökü) sınıq sahəsinə döşən diş yaranın cərrahi işlənməsi zamanı çıxarılmalıdır.

Üz-çənə yaralanmalarında sınıqların osteosintezi (metal tellərlə fiksasiya) yara kanalından kənarı aparılmalıdır. Alt çənənin odlu silah yaralanmalarında sümük defektinin 2 santimetrdən çox olduğu hallarda yaraların cərrahi işlənməsi zamanı sümük plastikasının aparılacağı nəzərdə tutulmalı, fraqmentlərinin ucları elə kəsilməlidir ki, sonralar sümük plastikası zamanı çətinlik törənməsin. Üst çənənin (əngin) burun boşluğuna və burunətrafi ciblərə keçən təcrid olunmuş yaralanmaları zamanı boşluqlar təftiş olunmalı, qan laxtaları, yad cisimlər, sümük qəlpələri kənar edilməli, selikli qişanın zədələnmiş və patoloji dəyişikliyə uğramış sahələrinin burun boşluğundan optimal drenajı təmin edilməlidir. Haymor cibinə və ağız boşluğuna keçən odlu silah yaralanmaları zamanı boşluqlar bir-biri ilə əlaqələndirilməli (patoloji ciblər ləğv edilməli), defekt sahəsi yerli ətraf toxuma hesabına plastika olunmalıdır.

Üst çənənin (əngin) qeyri-odlu silah sınıqlarının repozisiyası ortopedik, ortopedo-cərrahi və cərrahi metodlarla yerinə yetirilməli, hər bir halda ortopedik metoda üstünlük verilməlidir.

Almacıq sümüyü və onun qövsünün yerdəyişmiş sınıqlarında bir qayda olaraq görmə qabiliyyəti pozulur; diplopiya baş verir, üst çənənin innervasiyası pozulur. Bu kimi hallarda sümük fraqmentlərinin repozisiyası vacibdir. Haymor cibinin zədələnmələrində yaranın təftişi və cərrahi işlənməsindən sonra boşluğun yodofom tamponadası aparılmalıdır.

Burun sümüklərinin zədələnmələrində fraqmentlər repozisiya olunmalı, burun keçəcəyinə rezin boru keçirilməli, yodofom və vazelinlə hopdurulmuş tənzip parça ilə tamponada olunmalıdır.

Müştərək yaralanmalarda yaraların cərrahi işlənməsi eyni zamanda bir neçə mütəxəssisin iştirakı ilə həyata keçirilməlidir.

Üz-çənə yaralanmalarının termik yanıqlarla kombinə şəkilli təsadüflərində əvvəlcə odlu silah yarası, sonra yanq sahəsi cərrahi işlənməli, üz yanıqları açıq üsulla müalicə olunmalıdır. Yanq sahələri nekrotik toxumalardan təmizləndikdən sonra dərin yanq sahələrinə dermoplastika həyata keçirilməlidir.

Üz-çənə nahiyəsinin radiasion zədələnmələrlə kombinə hallarında yaranın cərrahi işlənməsi şüa xəstəliyinin gizli dövründə həyata keçirilməlidir. Cərrahi əməliyyat şüalanma əleyhinə xüsusi medikamentoz müalicə fonunda yerinə yetirilməlidir.

Üz-çənə yaralanmalarının müalicəsi müddətində bəzən təkrari operativ müdaxilələr, yaxud yaranın təftişinin aparılması lazım gəlir. Yaranın təkrari cərrahi işlənməsi, yaxud onun təftişi 2 məqsədlə yerinə

yetirilməlidir: 1) Yaranın cərrahi işlənməsi kifayət qədər yerinə yetirilmədikdə; 2) Yaranın irinləməsi və ikincili qanaxmaların olması hallarında.

İrinli fəsadlaşmaların medikamentoz müalicəsi geniş spektrli antibakterial preparatların tətbiqi ilə həyata keçirilməlidir. Nəzərə almaq lazımdır ki, antibiotiklərin və digər antibakterial dərman preparatlarının yerli və parenteral tətbiqi irinli iltihabi proseslərin qarşısının tam deyil, qismən alınmasına qadirdir. Bir sıra hallarda ağız boşluğunun və yara sahəsinin anaerob və çürüntülü infeksiyası və geniş nekrozu məhz adi gigiyenik qaydalara riayət edilməməsi və xəstələrin ətraflı müayinədən keçirilməməsi nəticəsində baş verir.

Üz-çənə zədələnmələrinin müalicəsində ağız boşluğunun gigiyenası da kompleks müalicəyə daxildir. Ağız boşluğu vaxtaşırı antiseptik məhlullarla yaxalanmalı, yaralıların qidalanması yüksək kalorili və vitaminlərlə zəngin olmalıdır. Müalicə hərbi-həkim ekspertizası ilə başa çatdırılmalı, hərbi xidmətçilərin döyüş və əmək qabiliyyəti, onların reabilitasiyası mediko-taktiki şəraitdən asılı olaraq təyin edilməlidir. Döyüş qabiliyyəti bərpa olmuş əsgər və zabitlər yenidən öz hərbi hissələrinə göndərilməli, döyüş və əmək qabiliyyətini itirmiş şəxslərin sosial təminatı bərpa olunmalıdır.

Beləliklə, üz çənə nahiyəsinin odlu silah yaralanmaları və zədələnmələri klinik gedişi və yardımın xüsusiyyətinə görə orqanizmin digər nahiyələrinin zədələnmələrində olduğundan bir qədər fərqlidir. Yaralanmalar və zədələnmələr təcrid olunmuş, çoxsaylı, müştərək və kombinə şəkildə müşahidə oluna bilər. Yaralanmaların xarakterindən asılı olaraq, onların vəziyyəti yüngül, orta ağırlıqlı və ağır ola bilər. Çoxsaylı, müştərək və kombinə olunmuş yaralanmalar daha ağır gedişə malik olması ilə fərqlənir.

Yaralılara ilk- və həkimə qədərki tibbi yardım göstərilməli, onlar döyüş zonasından çıxarılmalı, asfiksiyası, davamedən qanaxması olan və şok vəziyyətində olan yaralılara ilk həkim yardımını göstərilməli və onlar ixtisaslı yardım mərhələsinə təxliyə olunmalıdırlar.

İxtisaslı tibbi yardım mərhələsində yardımın məzmunu həyati göstəriş olaraq asfiksiya, qanaxma və şoka qarşı kompleks tədbirlərdən ibarət olmalıdır. Görmə orqanı və LOR orqanları odlu silah yaralanmalarında və zədələnmələrində olduğu kimi üz-çənə yaralanmaları və zədələnmələrində də ciddi yaralanmaların və zədələnmələrin cərrahi işlənməsi yalnız ixtisaslaşdırılmış yardım mərhələsində həkim-stomatoloq tərəfindən yerinə yetirilməlidir.

Mediko-taktiki şəraitdən asılı olaraq xəstə və yaralıların təxliyəsinin gecikdiyi hallarda ixtisaslı yardımın həcmi genişləndirilməli, ağır yaralanmaların cərrahi işlənməsi həyata keçirilməlidir. Cərrahi işlənmə zamanı anatomik strukturlar və funksiyanın bərpasından əlavə yaranın effektiv drenajı təmin edilməli, yardım hərbi-həkim ekspertizası ilə başa çatdırılmalıdır.

BOYUN NAHIYƏSİNİN ODLU SİLAH YARALANMALARI VƏ ZƏDƏLƏNMƏLƏRİ

TƏDRİS SUALLARI

18. 1. Boyun zədələnmələrinin təsnifatı
18. 2. Boyun zədələnmələrinin klinikası, simptomatologiyası və diaqnostikası
18. 3. Tibbi təxliyə mərhələlərində yardımın həyata keçirilməsi qaydaları

Boynun odlu silah yaralanmaları və zədələnmələri İkinci Dünya müharibəsi illərində 0,5-1,5%, Əfqanıstan müharibəsində 1,2-1,5% təsadüf edilmişdir. Qarabağ müharibəsində boyun yaralanmaları bütün yaralanmaların 1,4%-ni təşkil etmişdir. Boyun yaralanmaları da digər yaralanmalar kimi güllə və qəlpə mənşəli, yara kanalının formasına görə dəlib-keçən, kor və toxunan istiqamətli olurlar. Yara kanalının istiqamətinə görə yaralar sagittal, çəp və frontal istiqamətli olurlar. Boyun yaralanmaları əksərən sifətin, döş qəfəsinin və fəqərə sütununun yaralanmaları ilə müştərəklik təşkil edir. Boyun yaralanmaları zamanı damarlar sinirlər, udlaq, qida borusu, qırtlaq, traxeya, qalxanvari vəz, döş limfa axacağı, fəqərələr də zədələnmə bilər. Bu və ya digər orqanın müştərək zədələnmələrində diaqnozun təyini xeyli çətinləşir. Boyunun daxilə keçən yaralanması dedikdə ilk növbədə boşluqlu orqanların zədələnməsi nəzərdə tutulur.

Boyun anatomik cəhətcə bədənin nisbətən kiçik hissəsini əhatə etsə də, yerləşdiyi sahəyə görə daha mühüm əhəmiyyətə malikdir. Boynun hətta adi yaralanmaları və zədələnmələri çox vaxt müştərək xarakterə malik olur. Bu zaman təkcə bir neçə orqanın deyil, bəzən bir neçə sistemin birlikdə zədələnməsi müşahidə edilir. Məsələn, qırtlağın, yaxud traxeyanın zədələnmələrinin qida borusunun da zədələnməsi ilə birlikdə müşahidə olunması, eyni zamanda iki sistemin: tənəffüs və həzm sistemi orqanlarının birgə zədələnməsi baş verir. Əlavə olaraq, boyun fəqərələrinin də zədələnməsi həm dayaq sisteminin, həm də mərkəzi sinir sisteminin birgə zədələnməsi deməkdir. Məhz bu səbəbdən boyun zədələnmələrinin diaqnostikası və müalicəsi daha çətin, yaralanmaların proqnozu arzuolunmaz xarakterə malik olur. Zədələnmələrin termik, kimyəvi, radiasion və i.a. kombinə şəkildə müşahidə olunması, (məsələn nəfəs yollarının yanıqları) bəzən ən adi zədələnmələrin müalicəsinin çətinləşməsinə, fəsadlaşmaların və ölüm faizinin artmasına səbəb olur.

Boynun daxilə keçən zədələnmələrinin bir sıra hallarda LOR orqanları zədələnmələri, üz-çənə nahiyəsinin zədələnmələri, döş qəfəsi (divararalığı orqanlarının), eləcə də fəqərə sütununun boyun hissəsinin zədələnmələri ilə birlikdə müştərək vəziyyətdə təsadüf edilməsi yardımın həyata keçirilməsi zamanı eyni zamanda bir neçə mütəxəssisin birlikdə iştirakını tələb edir.

18.1. BOYUN ZƏDƏLƏNMƏLƏRİNİN TƏSNİFATI

I. YARALANMANIN (ZƏDƏLƏNMƏNİN) MƏNŞƏYİNƏ GÖRƏ:

1) ODLU SİLAH YARALANMALARI

- a) Güllə yaralanmaları
- b) Qəlpə yaralanmaları
- c) Partlayış zədələnmələri

2) QEYRİ-ODLU (SOYUQ) SİLAH YARALANMALARI

- a) kəsilmiş yaralar
- b) çapılmış yaralar
- c) deşilmiş yaralar

3) MEXANİKİ ZƏDƏLƏNMƏLƏR

- a) qapalı zədələnmələr
- b) açıq zədələnmələr

II. YARALANMANIN XARAKTERİNƏ GÖRƏ:

- 1) Təcrid olunmuş yaralanmalar
- 2) Çoxsaylı yaralanmalar
- 3) Müştərək yaralanmalar
- 4) Kombinə olunmuş yaralanmalar

III. YARA KANALININ FORMASINA GÖRƏ:

- 1) Toxunan istiqamətli yaralanmalar
- 2) Kor yaralanmalar
- 3) Dəlib-keçən yaralanmalar

IV. BOŞLUĞA OLAN MÜNASİBƏTİNƏ GÖRƏ:

- 1) Daxilə keçən
- 2) Daxilə keçməyən

V. YARALANMANIN AĞIRLIQ DƏRƏCƏSİNƏ GÖRƏ:

- 1) Yüngül yaralanmalar
- 2) Orta ağırlıqlı yaralanmalar
- 3) Ağır yaralanmalar

18. 2. BOYUN ZƏDƏLƏNMƏLƏRİNİN KLİNİKASI, SİMPATOMATOLOGİYASI VƏ DİAQNOSTİKASI

Boyun yaralanmaları və zədələnmələrinin klinikası zədələnmələrin xarakterindən asılı olaraq bu və ya digər əlamətlərlə müşahidə olunur. Boynun hətta səthi yaralanmaları, yaxud zədələnmələri belə bəzən həyat üçün təhlükəli ola bilər. Məsələn, boynun və döş qəfəsinin yuxarı hissəsinin səthi venalarının zədələnmələri zamanı hava emboliyası baş verə bilər. Bundan əlavə boyun zədələnmələri zamanı yuxu arteriyası və onun şaxələrinin zədələnməsi ölümcül qanaxma verdiyindən həyat üçün qorxuludur. Eyni zamanda boyun refleksogen zonadır. Buradan həm onurğa beyin sinirləri və azan sinir keçidi üçün, eləcə də boyun kələfinin yerləşməsi zədələnmələr zamanı neyroreflektor pozğunluqların baş verməsinə səbəb olur. Bütün bunlar hətta ən adi səthi zədələnmələrdə belə ehtimal olunsada, boynun çoxsaylı və müştərək zədələnmələrində daha ciddi xarakter daşıyır.

Yaralanmalar zamanı qırtlağın və traxeyanın, yaxud qida borusunun boyun hissəsinin zədələnməsi xüsusi simptomokompleks şəklində keçir. Qırtlaq və traxeyanın zədələnmələrində boyun hissədə güclü dərialtı emfizema müşahidə olunur. Emfizema bəzən bütünlüklə sifəti tutur və gözlərin örtülməsinə səbəb olur. Ağciyərin ventilyasiya funksiyası pozulur, xəstədə sianoz baş verir, onlar təngnəfəslikdən şikayət edirlər.



Şəkil 18.1 Boyun daxilə keçən qəlpə yaralanması (x/t 3260)

Qida borusu zədələnmələri bir sıra hallarda müvafiq klinik əlamətlər olmadan gizli keçə bilər. Sonrakı müddətlərdə bu, irinli mediastinitin əmələ gəlməsi əlamətləri ilə özünü göstərə bilər. Yaralıda yüksək hərarət və udma aktının pozulması halları qeyd edilir.

Boyun yaralanmalarının fəqərə sütununun zədələnməsi ilə birgə müşahidə olunması ağır patologiyadır. Bu, fəqərələrin sınıqları ilə və onsuz, onurğa beyin zədələnməsi əlamətləri ilə və onsuz müşahidə oluna bilər. Ağır hallarda xəstələrdə tetraparez və tetraplegiya fonunda mərkəzi tipli tənəffüs pozğunluğu müşahidə olunur.

Beləliklə, ağır müştərək boyun yaralanmaları və zədələnmələri üçün qanaxma, asfiksiya və travmatik şokun müşahidə olunması daha xarakterdir. Yaralanmanın sonrakı müddətlərində irinli-septik proseslərin inkişafı ilə əlaqədar olaraq, hərarətin yüksəlməsi, mediastinit əlamətləri və yaraların irinləməsi halları inkişaf edə bilər.

Yaralıların müayinəsi olduqca ehtiyatla aparılmalı, ətraflarda hərəkətin və hissiyyatın saxlanması yoxlanılmalı və bu məqsədlə funksional müayinələr vaxtaşırı təkrar olunmalıdır. Çünki neyrojen pozğunluqlar dinamik şəkildə inkişaf edə bilər. Xəstələrin rentgen müayinəsi ehtiyatla aparılmalı, boyun fəqərələrinin tamlığının pozulması dəqiqləşənə qədər boynun fiksasiyası gözlənilməlidir. Müayinə zamanı orqanizmin digər nahiyələrinin də zədələnmələri nəzərə alınmalıdır. Yaralıda spinal şok əlamətləri vaxtında aşkarlanmalı və buna görə müvafiq tədbirlər həyata keçirilməlidir.

Bütün tədbirlər asfiksiya, qanaxma və travmatik şokun aradan qaldırılması istiqamətində aparılmalıdır. Müalicəyə infeksiyanın aradan qaldırılması, yaxud onun qarşısının alınması tədbirləri də əlavə edilməlidir. Qanaxma və asfiksiyası olan yaralılar cərrahi əməliyyat otağına ilk növbədə verilməli, nəfəs yollarının keçiriciliyi bərpa olunmalı, qanaxmanın qarşısı alınmalı və onun nəticələri aradan qaldırılmalıdır. Şok vəziyyətində olan yaralılar kompleks şok əleyhinə müalicə almalıdırlar. Vəziyyətdən çıxmış ağır yaralılar yalnız hemodinamik göstəricilər stabilləşdikdən sonra təxliyə olunmalıdırlar.

Boyun zədələnmələrində yara kanalı çox vaxt dar və dolanbac istiqamətli olur. Əzələ və fassial qatların zədələnməsi hallarında hematomalar əmələ gəlir və bu yumşaq toxumalar boyunca asanlıqla yayılır. Bəzən isə hematomalar yuxarı tənəffüs yollarına təzyiq edərək asfiksiya verə bilər. Asfiksiyalar həmçinin qırtlaq və traxeyanın müştərək zədələnmələrində (yaralanmalarında) nəfəs yollarına qanaxma ilə də əlaqədar olur. Pulsasiya edən hematoma sonralar damarın anevrizmasına çevrilə bilər. Hematoma (anevrizma) sahəsində xarakter küy eşidilir; bu zaman yuxu arteriyasının pulsasiyası zəifləyir. Bəzi

hallarda hematoma daha dərində yerləşir və yalnız xüsusi müayinələr zamanı aşkarlanır. Ən qorxulu hal odur ki, hemotoma öz-özünə partlayıb massiv qanaxma verə bilər və bu, öz növbəsində ölümlə nəticələnə bilər.



Şəkil 18.2 3-4-cü boyun fəqərələrinin sınığı və çıxığı (Həşqmən sınığı) (Şəxsi təcrübəmizdən).

Yuxarı arteriyasının zədələnməsi həmçinin beyin qan dövranında pozğunluq yaradır. Damarların trombozu və spazmı zamanı da beyin qan dövranı pozula bilər. Hematomanın irinləməsi ikincili-gec (arroziv) qanaxmalar verir. Belə hallarda arroziv qanaxmaların hətta mexaniki zədələnməyə məruz qalmamış damarlardan da baş verməsi mümkündür.

Azad sinirin zədələnməsi onun əzilməsi, parçalanması, deşilməsi, həmçinin hematoma və yad cisimlə basılması şəklində müşahidə olunur. Bütün hallarda tənəffüs pozğunluğu və ürək fəaliyyətində reflektor pozğunluqlar baş verir. Sinirin ikitərəfli zədələnməsində pozğunluq daha qabarıq şəkildə müşahidə olunur və həyat üçün təhlükəli olur.

Qırtlağa və traxeyaya keçən yaralanma qanhayxırma, nəfəs aktının, fonasiyanın və udğunmanın pozulmasına səbəb olur. Qırtlaq yaralanmalarında nəfəsvermə zamanı, xüsusilə öskürdükdə yaranan hava çıxması, bir sıra hallarda yara nahiyəsində dərialtı emfizema müşahidə olunur. Bəzən yara nahiyəsində “qapaq” əmələ gəldiyi üçün dərialtı emfizema artaraq divararalığı boyunca yayılır. Bu isə öz növbəsində traxeya, böyük damar və sinirlərin basılmasına, nəfəs yollarının travmatik və iltihabi ödeməsinə gətirib çıxarır, bəzən isə yayılmış selikaltı hematomalar meydana çıxır.

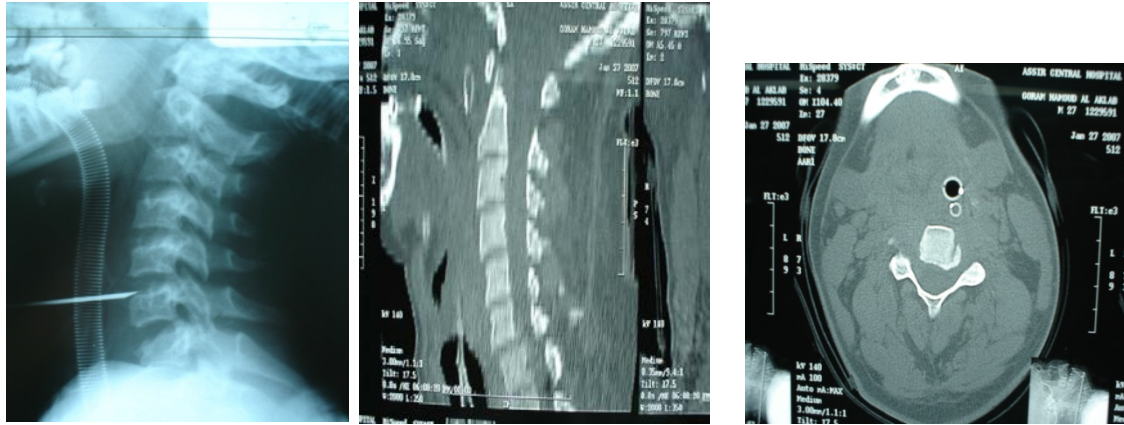


Şəkil 18.3 1-ci boyun fəqərəsinin ön laminar sınığı (Şəxsi təcrübəmizdən).

Qırtlaq və traxeyanın yaralanması bir sıra hallarda yara kanalı boyunca irinləmə ilə əlaqədar abscess və fleqmonanın əmələ gəlməsinə gətirib çıxarır. Bu, irinli mediastinitlə fəsadlaşa bilər. Habelə ağız suyunun, qan və irinin, eləcə də qidanın nəfəs yollarına keçməsi nəticəsində aspirasion pnevmoniya baş verir. Yaralanmanın gec dövrlərində nəfəs yollarının stenozu müşahidə olunur. Yuxarı tənəffüs yollarının məhdud zədələnmələri müəyyən hallarda fəsadsız da keçə bilər.

Udlağın zədələnməsi adətən udma aktının pozğunluğu ilə keçir. Yara ağız suyu və qida məhsulları ilə çirklənir. Fonasiyanın pozulması səsin tutulması, burunda danışma və afoniya halları müşahidə oluna bilər. Udlağın aşağı və orta hissəsinin zədələnmələri zamanı qırtlağın selikli qişasında şişkinlik (ödem) əmələ gəldiyindən asfiksiya əlamətləri baş verir. Dilaltı sümüyün zədələnməsində dilin qatlanması asfiksiya törədir. Udlaq daxili qanaxmalar zamanı, qırtlaq qapağında parez olduqda da asfiksiya baş verir.

Qida borusunun boyun hissəsinin yaralanması əksərən müştərək xarakter daşıyır. Bu zaman udğunma ağrılı olur, yaraya ağız suyu və qida qalıqları düşür və tənəffüs pozğunluğu müşahidə edilir. Udlaq və qida borusunun zədələnməsi zamanı dərialtı və toxumalararası emfizema da müşahidə edilə bilər.



a)

b)

c)

Səkil 18.4 6-7-ci boyun fəqərələrinin sınığı və çıxığı: a) Adi rentgen şəkli. b-c) Həmin xəstənin kompüter tomoqramması (Şəxsi təcrübəmizdən).

Bir çox müəlliflər qeyd edirlər ki, bəzən qida borusu və udlağın dəlib-keçən kiçik (avtomat) güllə yaraları bir növ yapışaraq özü-özünə sağala bilər(!). Lakin bu həmişə belə olmur. Bu tipli zədələnmələr vaxtında aşkarlanmadıqda əksərən irinli mediastinitlə fəsadlaşma halları müşahidə edilir, sepsis və pnevmoniya baş verir. Udlaq və qida borusunun boyun hissəsinin gec fəsadlaşmalarına onların stenozu və qida borusunun fistulalarının əmələ gəlməsi aiddir. Udma aktının və nitqin uzunmüddətli pozulması sinir liflərinin zədələnməsi, yaxud onların çapıq toxuması ilə sıxılması nəticəsində müşahidə edilə bilər.

Yuxarıda qeyd edilənlərdən aydın olur ki, boyun zədələnmələri və yaralanmaları əksər halda eyni zamanda bir neçə sistemin müştərək zədələnməsi şəklində baş verir. Buna görə də yaralıların müayinəsi və müalicəsində bir neçə mütəxəssisin iştirakı vacibdir.

18.3. TİBBİ TƏXLIYƏ MƏRHƏLƏLƏRİNDƏ YARDIMIN HƏYATA KEÇİRİLMƏSİ QAYDALARI

İlk tibbi yardım döyüş zonasında özünə və yoldaşına yardım prinsipi əsasında yerinə yetirilir. Bura asfiksiyanın qarşısının alınması, qanaxmanın saxlanması, şok əleyhinə tədbirlərin həyata keçirilməsi aiddir. Ağız boşluğu və udlaq yad cisimlərdən, qan laxtalarından və i.a. təmizlənməli, nəfəs yollarının keçiriciliyi bərpa olunmalıdır. Yaralar sarınmalı, şok vəziyyətində olan yaralılara ağrıkəsicilər yeridilməlidir. Boyun venalarının yaralanmalarında hava emboliasının qarşısının alınması məqsədilə yaraların sarınması daha vacibdir. Arterial qanaxmalar damarın yarada, yaxud onun proyeksiyası boyunca sıxılması yolu ilə saxlanılmalıdır.

Həkiməqədərki yardımda da həyati göstəriş olaraq asfiksiya, qanaxma və şok əleyhinə tədbirlər yerinə yetirilir. Burada ilk tibbi yardım bir növ tamamlanır, əvvəllər yardımda yol verilmiş nöqsanlar aradan qaldırılır; sarğılara düzəlişlər aparılır, sarınmamış yaralar sarınır. Ağız boşluğu, udlaq və yuxarı tənəffüs yolları selikdən və qan laxtasından mexaniki surətdə təmizlənir, ağız su ilə yaxalanır, dilin arxaya qatlanma təhlükəsi yarandıqda dil kəsici diş bərabərində sancaqla yaxalığa, yaxud boyuna qoyulmuş sarğıya bərkidilir. Tənəffüs fəaliyyətinin yaxşılaşdırılması üçün portativ inhalyatorlardan və mexaniki vakuüm soruculardan istifadə olunur. Lazım gəldikdə konikotomiya, yaxud krikotireoidotomiya tətbiq olunur. Şok vəziyyətində olan yaralılara ağrıkəsicilər, tənəffüs analeptikləri və ürək dərmanları yeridilir, ehtiyac olduqda vena daxilinə mayelər köçürülür.

İlk həkim yardımı –Bunun məzmunu həyat üçün təhlükəli yaralanmaların (zədələnmələrin) fəsadlaşmalarının aradan qaldırılması, yaxud qarşısının alınması istiqamətində kompleks həkim tədbirlərinin aparılması və yaralıların sonrakı mərhələyə təxliyəsindən ibarətdir. Bu, briqada tibb məntəqəsində ümumi praktikaya malik (adi ixtisaslı) həkim tərəfindən yerinə yetirilir. Döyüş şəraitindən asılı olaraq yardım tam, yaxud ixtisarla yerinə yetirilə bilər. Həyati göstəriş əsasında yerinə yetirilə bilən tədbirlər ixtisara oluna bilməz. Bura asfiksiya, qanaxma və şok əleyhinə nəzərdə tutulan tədbirlər daxildir. Asfiksiya hallarında onu törədə bilən səbəblər dəqiqləşdirilməli və nəticələri aradan qaldırılmalıdır. İlk

növbədə nəfəs yollarının keçiriciliyinin təmin olunması məqsədilə traxeostoma qoyulmalıdır. Şəraitdən asılı olaraq traxeostoma konikotomiya, yaxud kriko-tireoidostomiya ilə əvəz edilə bilər. Boyun qanaxmalarında qanaxma zədələnmiş damarın yarada tikilməsi, onun sıxıcıya alınması, yaxud yaranın tamponadası yolu ilə (müvəqqəti olaraq) dayandırılır.

Şok əleyhinə tədbirlərə yaralılara ağrıkəsicilərin, tənəffüs analeptiklərinin və ürək dərmanlarının yeridilməsi, itirilmiş qanın həcmnin bərpası istiqamətində aparılan tədbirlər daxildir. Ağır yaralılara şok əleyhinə tədbirlər intravenoz yolla aparılmalı, lazım gələn hallarda novokain blokadaları həyata keçirilməlidir.

Mediko-taktiki şəraitdən asılı olaraq orta ağırlıqlı yaralılara yardımın göstərilməsi, sargılara düzülüşlərin aparılması, yaralılara profilaktik zərədlərin və antibiotklərin yeridilməsi növbəti mərhələyə qədər ixtisara salına bilər. Yardım göstərilmiş yaralılar ixtisaslı, yaxud birbaşa ixtisaslaşdırılmış yardım mərhələsinə təxliyə olunmalıdır. Asfiksiyası olan yaralılar yarımoturaq vəziyyətdə (Fovler vəziyyətində) daşınmalıdır.

Ixtisaslı tibbi yardım. Bunun məzmunu yaralı və xəstələrin həyatı üçün təhlükəli nəticələrin aradan qaldırılması, fəsadlaşmaların qarşısının alınması istiqamətində aparılan kompleks cərrahi və reanimasiya tədbirləri və təyinat üzrə təxliyəsinin həyata keçirilməsindən ibarətdir. Bunlara təxirəsalınmaz və təxirə salına bilən tədbirlər daxildir. Təxirəsalınmaz tədbirlərə həyati göstəriş əsasında asfiksiya, qanaxma və şok əleyhinə yerinə yetirilən tədbirlər daxildir. Asfiksiya hallarında onun səbəbi aşkarlanmalı, nəfəs yolları qan laxtasından və selikdən təmizlənməli, traxeya intubasiya olunmalı, yaxud traxeostoma qoyulmalıdır.

Qırtlaq və traxeyanın zədələnmələrində traxeostomik boru nəfəs yollarına bilavasitə yarıdan (qırtlaq və traxeyaya) yeridilə bilər. Lakin bu həmişə mümkün olmur. Traxeostomiya yerli anesteziya altında həyata keçirilməlidir. Traxeostomiyanın qoyulma texnikası əksər dərslərdə və monoqrafialarda müfəssəl surətdə verilmişdir. Qalxanvari qığırdaqdan aşağı dəriyə 1,5-2 sm uzunluqda boylama kəsik aparılır. Fassial qatlar yarı-kəskin, yarı-küt üsulla açılıb kənara çəkilir. Üzüyəbəzər qığırdağın aşağı kənarı səviyyəsində üzük-qalxanabəzər bağ köndələn kəsilməklə traxeyanın ön divarı açılır və traxeostomik boru həlqələrarası sahədən traxeyaya yeridilir. Borunun keçiriciliyi yoxlanıldıqdan sonra axırıncı dəriyə tikilir və yara kənarına aseptik sargı qoyulur. Bir sıra hallarda traxeostoma zamanı traxeya həlqəsi də kəsilir. Lakin traxeya həlqəsinin kəsilməməsi ilə aparılan traxeostoma daha kosmetikdir.

Udlaq və qida borusunun zədələnmələrinə şübhə olduqda yaralılarda qida qəbuluna və su içməsinə yol verilməməlidir. Qidalanma nazogastral zondla həyata keçirilməlidir. (Zondun yarada ilişməməsi üçün axırıncı yaranın cərrahi işlənməsi zamanı gözün nəzarəti altında yeridilməlidir. Əks təqdirdə zond yara sahəsində ilişib qala bilər). Mədəyə zond keçirildikdən sonra yemlənmə ilə bərabər venaya qlükoza, elektrolitlər və zülal preparatları da köçürülməlidir.

Boyunun odlu silah yaralanmaları zamanı yaranın birincili cərrahi işlənməsi ümumi qaydalar üzrə həyata keçirilir. Udlaq və qida borusunun zədələnməsinə şübhə olduğu hallarda yara kanalı kənarlardan kəsilməli, zədə nahiyəsinə qədər genişləndirilməli və tamponada olunmalıdır. Bütün bunlar mədəyə zondun yeridilməsi ilə birlikdə həyata keçirilməlidir. Qanaxma saxlanıldıqdan sonra döş körpücük-məməvari əzələnin ön tərəfindən geniş kəsik aparılmalı, qanaxan damarlar sıxıcıya alınmalı və zədələnmənin dəqiq yeri aşkarlanmalıdır. Ümumi və daxili yuxu arteriyasının zədələnməsi zamanı yara travmatik saplarla tikilməlidir. Bu mümkün olmadıqda yalnız istisna hallarda zədələnmiş damar liqaturaya alınmalıdır.

Müasirlik baxımından boyun yaralanmaları zamanı LOR orqanları və üz-çənə nahiyəsinin ciddi zədələnmələri halında yaraların cərrahi işlənməsi üçün xəstələrin birbaşa ixtisaslaşdırılmış yardım mərhələsinə köçürülməsi daha münasib sayılır. Təxliyənin müəyyən səbəbdən gecikdiyi hallarda isə yaraların cərrahi işlənməsi ümumi cərrah tərəfindən yerinə yetirilə bilər. Bu, ilk növbədə irinli fəsadlaşmaların qarşısının alınması məqsədini daşıyır. Qeyd etmək lazımdır ki, Azərbaycan Milli Ordusunun tibb xidmətində əlahiddə tibb taborları, yaxud hərbi-səhra cərrahiyyəsi hospitallarının ştatında üz-çənə cərrahi və LOR mütəxəssisi olduğundan bu tipli zədələnmələrin cərrahi işlənməsinin məhz ixtisaslı yardım mərhələsində həyata keçirilməsi zəruri sayılır. Bundan əlavə bu tədbirlər həmin hərbi-tibb

müəssisələrində əlavə gücləndirmə qruplarının hesabına da yerinə yetirilə bilər. Bunu Qarabağ müharibəsinin təcrübəsi bir daha təsdiq edir.

Qırtlaq və traxeyanın zədələnmələri zamanı traxeostomiyanın qoyulması vacibdir. Qan və seliyan divararalığına yayılmaması üçün yaralının başı yuxarı qaldırılmamalıdır. İrinləmənin qarşısının alınması üçün antibiotiklərdən istifadə edilməli, abscess və fleqmonalar drenaj edilməlidir. Mediastinit əlamətləri baş verdikdə divararalığı açılmalı və irinlik drenaj edilməlidir. Döş limfa axacağıının zədələnməsində axırncı hər iki tərəfdən tikilib bağlanılmalıdır. Kəskin birincili və ikincili qanaxmalar tam dayandırılmalı, qida qəbulu mümkün olmayan yaralılar arxa hospital bazaya ilk növbədə köçürülməlidirlər.

Boyun yaralanmalarında ixtisaslı yardımın təxirə salına bilən tədbirlərinə adi yaraların cərrahi işlənməsi, yüngül və orta ağırlıqlı yaralanmalar zamanı medikamentoz tədbirlərin aparılmasından ibarətdir. Döyüş şəraitindən asılı olaraq bunlar növbəti təxliyə mərhələsənə qədər təxirə salına bilər.

Ixtisaslaşdırılmış cərrahi yardım. Bu, arxa hospitallarda və klinik xəstəxanalarda yerinə yetirilir. Məzmunu yaralı və xəstələrin ixtisasa uyğun diaqnostikası və müalicəsində həyata keçirilən kompleks diaqnostik, cərrahi və reanimatoloji tədbirlərin yerinə yetirilməsindən ibarətdir. Bu mərhələdə yaraların ixtisasa uyğun cərrahi işlənməsindən əlavə qanıtırmələrin nəticələrinin aradan qaldırılması, zədələnmiş orqanın tamlığının və funksiyasının bərpası istiqamətində kompleks tədbirlər yerinə yetirilir; yaralılar əlavə olaraq müalicəvi gimnastika və fizioterapevtik müalicə alırlar. Müalicə tam həcmdə axıra qədər davam etdirilməli və hərbi-həkim ekspertizası ilə başa çatdırılmalıdır.

Boyun orqanizmin nisbətən kiçik sahəsini əhatə etməsinə baxmayaraq, son dərəcə mühüm lokalizasiyaya malikdir. Təsadüfi deyildir ki, yaralanmalar əksərən bir neçə sistemin birgə zədələnməsi ilə müşayiətlənir. Boyun zədələnmələri zamanı qırtlaq, traxeya, udlaq, qida borusunun yuxarı hissəsinin, eləcə də üz-çənə nahiyəsinin zədələnməsi, həmçinin yaralanmaların böyük damarların və sinirlərin, fəqərə sütununun boyun hissəsinin müştərək zədələnmələri ilə müşahidə olunduğu üçün bunların diaqnostikası və düzgün müalicəsinin təşkili bir sıra çətinliklərin meydana çıxmasına səbəb olur. Buna görə də boyun yaralanmalarında da kəllə-beyin, üz-çənə, görmə orqanı və LOR orqanları zədələnmələrində olduğu kimi, diaqnostika və müalicə məqsədilə bir neçə mütəxəssisin (LOR mütəxəssisi, stomatoloq, ortoped-travmatoloq və neyrocərrahın) birgə iştirakını tələb edir.

Yaralılara mərhələli yardım döyüş zonasından başlanılmalı, ilk növbədə həyati göstəriş əsasında asfiksiya, qanaxma və şoka qarşı tədbirlər həyata keçirilməli, yardım bir-birini tamamlama xarakterinə malik olmalıdır. Üz-çənə və LOR orqanları, eləcə də fəqərə sütunu və onurğa beynin zədələnmələri zamanı yaraların cərrahi işlənməsi mütəxəssis tərəfindən yerinə yetirilməlidir. Bu məqsədlə yaralılar ilk yardım aldıqdan sonra (əgər onların vəziyyəti imkan verirsə) birbaşa ixtisaslaşdırılmış yardım mərhələsinə təxliyə olunmalıdırlar. Təxliyənin müəyyən səbəbdən gecikdiyi hallarda ixtisaslı cərrahi yardım istisna hallarda ümumi cərrah tərəfindən də yerinə yetirilə bilər. Bu zaman yaraların cərrahi işlənməsi yalnız yara infeksiyasının qarşısının alınması məqsədini daşmalıdır. Cərrahi işlənmə zamanı, əsasən həyati qabiliyyəti olmayan toxumalar kəsilib götürülməlidir. Müasir müharibələrdə mediko-taktiki şəraitdən asılı olaraq, tələb olunduğu hallarda xüsusi gücləndirici qrupların hesabına hərbi-səhra cərrahiyyəsi hospitallarında da ixtisaslaşdırılmış yardımın müəyyən elementlərinin yerinə yetirilməsi mümkündür.

DÖŞ QƏFƏSİNİN ODLU SİLAH YARALANMALARİ VƏ ZƏDƏLƏNMƏLƏRİ

TƏDRİS SUALLARI

- 19.1. Döş qəfəsi yaralanmaları və zədələnmələrinin təsnifatı
- 19.2. Döş qəfəsinin odlu silah yaralanmaları
- 19.3. Döş qəfəsinin qapalı zədələnmələri
- 19.4. Döş qəfəsi yaralanmaları və zədələnmələri zamanı yardımın həcmi və tibbi təxliyə mərhələlərində yerinə yetirilməsi qaydaları

Döş qəfəsi yaralanmaları və zədələnmələri istər müharibə və istərsə də dinc dövrdə ağır zədələnmə sayılır. Bu zədələnmədən hadisə yerində və döyüş zonasında daha çox ölüm halları baş verir. Müalicənin nəticələri zərər çəkmiş şəxslərin hospitallara vaxtında çatdırılmasından çox asılıdır. Böyük Vətən müharibəsində döş qəfəsi yaralanmalarının müalicəsi zamanı letallıq 13% təşkil etmişdir. İkinci dünya müharibəsində döş qəfəsinin odlu silah yaralanması 7-12%, Vyetnam müharibəsində 12,2%, Əfqanıstan müharibəsində 7,8-dən 13,7%-ə qədər müşahidə olunmuşdur. Qarabağ müharibəsində döş qəfəsinin odlu silah yaralanması bütün yaralanmaların 10,6%-ni təşkil etmişdir. Odlu silahların daha da təkmilləşməsi ilə əlaqədar, döş qəfəsi yaralanmalarında da ağır yaralılar faiz hesabla daha çox müşahidə edilir.

19.1. DÖŞ QƏFƏSİ YARALANMALARİ VƏ ZƏDƏLƏNMƏLƏRİNİN TƏSNİFATI

Böyük Vətən müharibəsi illərində döş qəfəsinin zədələnmələrində tibb xidməti general-leytenantı P.A.Kupriyanovun təsnifatından istifadə edilmişdir. Lakin bu təsnifatda döş qəfəsinin qapalı zədələnmələri qeyd edilməmişdir. Nəzərə alındıqda ki, müasir döyüş (mina-partlayış) zədələnmələrində döş qəfəsinin qapalı zədələnmələri daha çox müşahidə olunur, bu baxımdan həmin təsnifata bəzi düzəlişlərin aparılması lazım gəlir. Döş qəfəsi zədələnmələrinin təqribən aşağıdakı təsnifat üzrə verilməsi daha münasib sayıla bilər:

DÖŞ QƏFƏSİNİN ZƏDƏLƏNMƏLƏRİNİN TƏSNİFATI

I— DÖŞ QƏFƏSİNİN YARALANMALARİ:

1) YARALANMANIN MƏNŞƏYİNƏ GÖRƏ:

- odlu silah yaralanmaları:
 - a) güllə yaralanmaları
 - b) qəlpə yaralanmaları,
 - c) partlayış zədələnmələri,
 - d) oxvari elementlərlə zədələnmə,
- soyuq silah yaralanmaları,
- digər mənşəli yaralanmalar.

2) BOŞLUĞA OLAN MÜNASİBƏTİNƏ GÖRƏ:

- daxilə keçən yaralanmalar;
- daxilə keçməyən yaralanmalar;

3) YARA KANALININ FORMASINA GÖRƏ:

- toxunan istiqamətli yaralanmalar;
- dəlib keçən yaralanmalar;
- kor yaralanmalar.

4) YARALANMANIN XARAKTERİNƏ GÖRƏ:

- təcrid olunmuş yaralanmalar;
- çoxsaylı yaralanmalar;
- müştərək yaralanmalar;
- kombinə olunmuş yaralanmalar.

5) FƏSADLAŞMALARIN OLMASI İLƏ:

- hemotoraksların olması ilə və onsuz;
- pnevmotoraksların olması ilə və onsuz;
- pnevmotorakslar hemotorakslarla birlikdə və əksinə;
- zədələnmələrin qabırğa sınıqları ilə birlikdə müşahidə olunması ilə və onsuz;

II— DÖŞ QƏFƏSİNİN QAPALI ZƏDƏLƏNMƏLƏRİ:

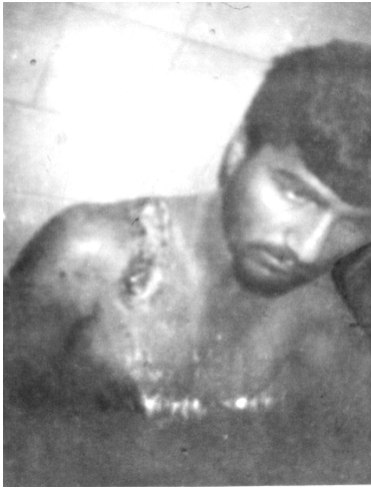
- qabırğaların sınığı ilə,
- daxili orqanların zədələnməsi ilə,
- hematoraksın olması ilə,

- pnevmotoraksın olması ilə,
- hemotoraks pnevmotoraks ilə birlikdə və əksinə

19.2. DÖŞ QƏFƏSİNİN ODLU SİLƏH YARALANMALARI

Hospitala daxil olmuş hər bir yaralı cərrah tərəfindən diqqətlə yoxlanılmalı və lazım gələrsə rentgen müayinəsindən keçirilməlidir. Müalicə konservativ və operativ ola bilər. Döş qəfəsinin daxilə keçməyən kiçik ölçülü səthi yaralarının cərrahi işlənməsinə ümumiyyətlə ehtiyac yoxdur. Yaralar spirt və yod məhlulu ilə silinməli və aseptik sarğı qoyulmalıdır.

Qalan digər hallarda yaralar cərrahi işlənilməlidir. Kürək sümüyünün zədələnməsi ilə olan, lakin döş qəfəsi daxilinə keçməyən yaraların birincili cərrahi işlənməsi rentgen müayinəsindən sonra aydınlaşdırılır. Çiyin qurşağı sümüklərinin zədələnməsində yara birincili cərrahi işlənilməli və ətraf hərəkətsizləşdirilməlidir.



Şəkil 19.1 Çiyin qurşağının odlu silah yaralanması (x/t 3827)

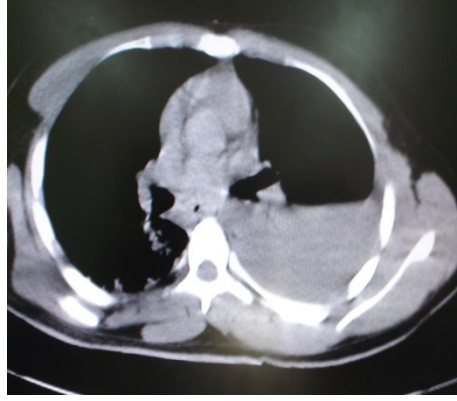
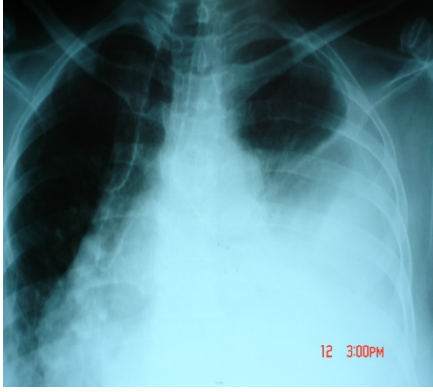
Döş qəfəsini dəlib keçən kor nöqtəvi kiçik odlu silah yaraları ciddi daxili qanaxma və pnevmotoraks əlamətləri olmadıqda cərrahi işlənilməməli, əksinə, əzələlərin, sümüklərin ciddi zədələnmə hallarında və plevradaxili qanaxmalarda cərrahi müdaxilə yerinə yetirilməlidir.

Döş qəfəsi yaralıları nəzərdə tutulan müalicə taktikasına görə üç qrupa bölünməlidirlər:

1. Yalnız konservativ müalicəyə ehtiyacı olan yaralılar.
2. Yaraların cərrahi işlənməsinə ehtiyacı olub, dinamik müşahidənin vacib olduğu və ağırlaşma hallarında torakotomiyaya ehtiyacı olan yaralılar.
3. Təcili operativ müdaxiləyə və şok əleyhinə müalicəyə ehtiyacı olan yaralılar.

Hemotorakslar kiçik, orta, böyük və total şəkildə müşahidə oluna bilər. Kiçik hemotorakslarda qan yalnız sinuslara yığılır. Orta hemotorakslarda plevra boşluğuna yığılan qan kürək sümüyünün ortasına kimi qalxır. Böyük hemotorakslarda yığılmış qanın səviyyəsi kürəyin üst bucağı səviyyəsində olur. Total hemotorakslarda isə plevra boşluğu bütünlüklə qanla dolur.

Plevra boşluğunda toplanmış qan qismən laxtalanır, lakin müəyyən müddətdən sonra yenə mayeləşir. Bir sıra hallarda isə mayeləşmə getmir və "laxtalanmış hemotoraks" müşahidə olunur. Plevra daxilinə yığılan qan bir tərəfdən ağ ciyəri basaraq nəfəsalmaya maneçilik törədir, digər tərəfdən isə divararalığı orqanlarını, o cümlədən ürəyi əks tərəfə basır. Bu isə öz növbəsində artan anemiya, hipovelemiya fonunda ürək-damar və tənəffüs çatmamazlığı verir.



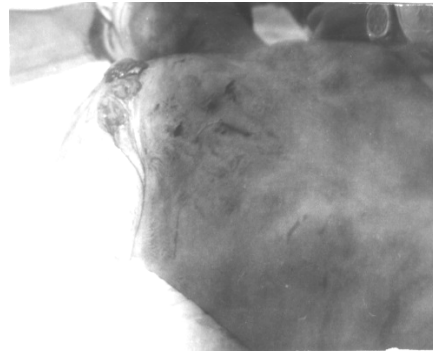
Şəkil19.2 Soltərəfli böyük hemotoraksı olan yaralının rentgen şəkli. Solda həmin yaralının kompüter tomoqramması verilmişdir (Şəxsi təcrübəmizdən)

Plevra boşluğuna daxil olan hava ağ ciyərin kollapsına (büzüşməsinə) və divararalığının əks tərəfə basılmasına səbəb olur. Divararalığının yerini dəyişməsi hər bir nəfəsalma və nəfəsvermə aktında təkrar olunur. Bu, ağ ciyərlərin ventilyasiyasını və ürəyə normal qan axınını pozur, həmçinin reflektor sahələrin qıcıqlanmasına səbəb olur. Nəfəsalma aktında traxeya ilə hava sağlam ağ ciyəərə daxil olur, eyni zamanda bu vaxt zədələnmiş ağ ciyərdən də bura hava sorulur, ağ ciyər bir qədər də sıxılır (büzüşür). Nəfəsvermə fazasında zədələnmiş ağ ciyər bir qədər açılır; sağlam ağ ciyərdən zədələnmiş bronx vasitəsilə bura hava dolur. Beləliklə, nəfəsalma aktının ayrı-ayrı fazalarında karbon qazı ilə zəngin havanın bir ağ ciyərdən digərinə və əksinə keçməsi baş verir. Buna paradoksal tənəffüs deyilir. Paradoksal tənəffüsə eyni zamanda diafraqmanın da müvafiq hərəkətləri aiddir. Bu, rentgen müayinəsində daha aşkar müşahidə olunur; nəfəsalma fazasında zədələnmiş tərəfdə diafraqma yuxarı qalxır, nəfəsvermə fazasında isə əksinə, aşağı enir (Bax: Şəkil 19.9).



Şəkil19.3 Kürək nahiyəsinin toxunan istiqamətli güllə yaralanması x/t 2823)

Şəkil 19.4 Döş qəfəsinin sağ yarısının çoxsaylı qəlpə yaralanması (x/t 3225)



Şəkil19.5 Döş qəfəsinin daxiləkeçən kor torakoabdominal güllə yaralanması (x/t 2542)

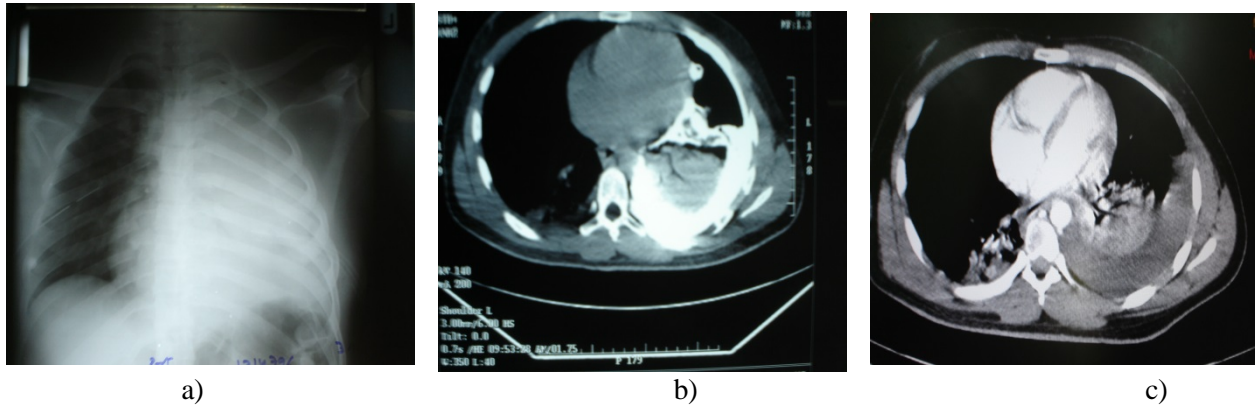
Irinlmiş daxilə keçməyən yaralar cərrahi yolla müalicə olunmalı, irinlik yarılmalı, boşluq sanasiya və drenaj olunmalıdır.

Döş qəfəsinin daxilə keçən yaralanmaları çox vaxt ağ ciyərlərin zədələnməsi ilə birlikdə baş verir. Bu, adətən özünü qanhayxırma, dərialtı emfizema və hemotoraksın olması ilə göstərir. Emfizema zədələnmiş bronxlardan nəfəs aktı zamanı havanın plevra boşluğuna keçməsi ilə əlaqədardır. Plevra boşluğunda havanın artmaması pnevmotoraksın qapalı xarakterə malik olduğunu göstərir. Qeyd etmək lazımdır ki, bəzən daxilə keçməyən yaralanmalarda belə, yara nahiyəsində məhdud dərialtı emfizema müşahidə oluna bilər. Bu, xaricdən havanın yara kanalına sorulması nəticəsində baş verir.

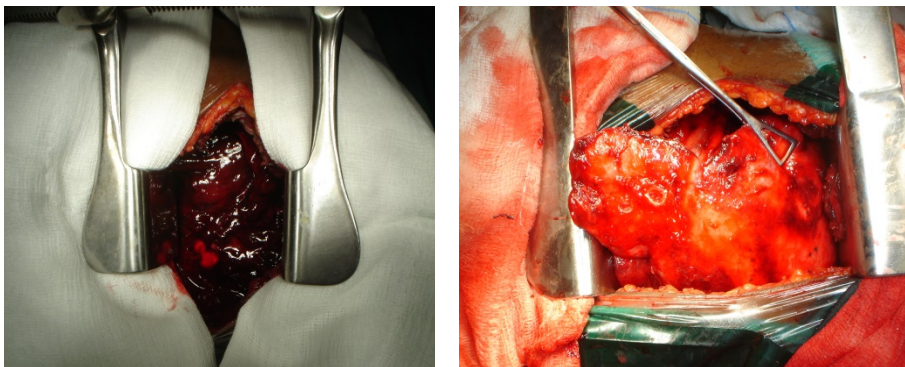
Plevra boşluğuna yığılmış qan təzə halda alınıb, reinfuziya edilməlidir. Köhnə qan isə bəzən iltihablaşmış olur. Bu kimi hallarda yaralıda yüksək hərarət, əhval-ruhiyyənin pisləşməsi müşahidə olunur. Hemotoraksın irinləməsi zamanı N.N.Petrov və F.Ə.Əfəndiyev sınaqları müsbət olur. N.N.Petrov sınağı: sınaq şüşəsinə 2 ml punktat tökülür və destillə su ilə 5 dəfə durulaşdırılır, 3-4 dəqiqə ərzində qarışdırılır. Irinləmə əlamətləri olmadıqda şəffaf, homogen maye alınır. Mayədə bulanıqlığın olması irinləməni göstərir. F.Ə.Əfəndiyev sınağı: sınaq şüşəsinə 3-5 ml punktat tökülür və 2 saat müddətində saxlanılır, yaxud sentrafuqada qarışdırılır. Irinləmə olmadıqda qanın maye hissəsi ilə çöküntü 1/1-ə nisbətində olur. Infeksiyalaşmış hemotoraksda bu nisbət 3/1 və daha çox olur, plazmanın rəngi dəyişir.

Ağ ciyər zədələnməsində həmçinin döş qəfəsinin eyni tərəfində ağrılar baş verir, öskürək, nəfəs çatmamazlığı və sianoz müşahidə olunur, bir sıra hallarda qanhayxırmalar olur.

Hava plevra boşluğuna döş qəfəsindəki yaradan başqa, yaralanmış bronxlardan da daxil ola bilər. Bir sıra hallarda yaralanmanın ilk anlarında hava zədələnmiş hissədən plevra boşluğuna daxil olur, lakin sonralar yara kanalı tutulur. Beləliklə qapalı pnevmotoraks meydana çıxır. Qapalı pnevmotorakslarda hava öz-özünə sorulur, yaralının vəziyyəti qismən yaxşılaşır.

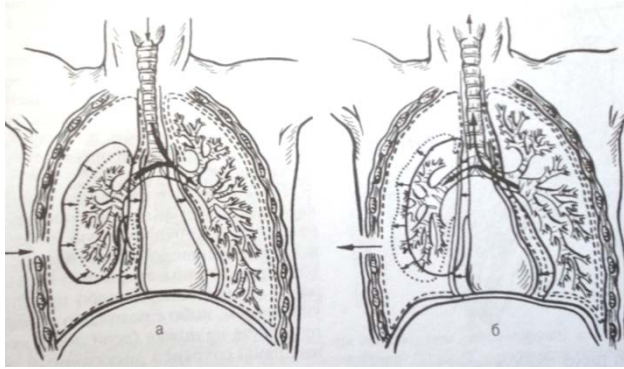


Şəkil 19.6 Laxtalanmış hemotoraks: a) Yaralının döş qəfəsinin rentgen şəklində göstərilən sol tərəfli total kölgəlik müşahidə olunur. Divararalığı sağa doğru basılmışdır. b-c) Həmin yaralının kompüter tomoqrafiyası (Şəxsi təcrübəmizdən).

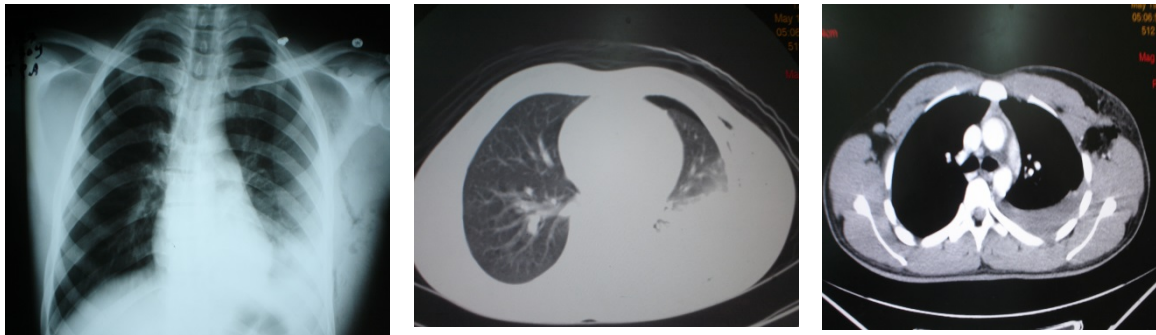


Şəkil 19.7 LAXTALANMIŞ HEMOTORAKS a) Cərrahi əməliyyat zamanı laxtalanmış total hemotoraks qeyd edilir. b) Qan laxtası kənar edilmiş, ağciyər tam açılmışdır (Şəxsi təcrübəmizdən).

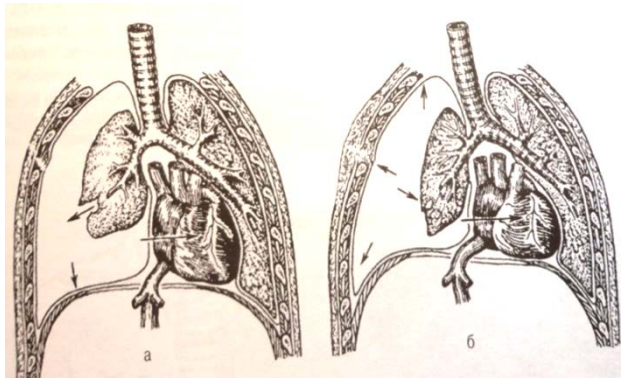
Açıq pnevmotoraksla müşahidə olunan döş qəfəsi yaralanmaları zamanı hava nəfəsalma aktında xaricdən daxilə, plevra boşluğuna, nəfəsvermə zamanı isə daxildən xaricə keçir.



Şəkil 19.8 Açıq pnevmotoraksın sxematik təsviri (izahatı mətndə verilmişdir).



Şəkil 19.9 Soltərəfli hemo-pnevmtoraks, dərialtı emfizema qeyd edilir. Solda həmin xəstənin kompüter tomoqramması (Şəxsi təcrübəmizdən)



Şəkil 19.10 Gərgin pnevmotoraksın sxematik təsviri (izahatı mətndə verilmişdir).

Şəkil 19.11 Soltərəfli gərgin pnevmotoraksı olan xəstənin rəntgen şəkli. Divararalığı sağa basılmışdır.



Beləliklə, döş qəfəsinin pnevmotoraks və hemotoraks ilə fəsadlaşmış yaralanmalarında tənəffüs və ürək-damar çatmamazlığı, qanıtırmə fonunda kəskin hipoksemiya əlamətləri baş verir. Arterial təzyiq enir, nəbz və tənəffüs tezleşir. Bütün bunlar boğulma, öskürək, döş qəfəsində ağrıların əmələ gəlməsi və yaralının vəziyyətinin ağırlaşmasına səbəb olur.

Pnevmotoraksların ən ağırı və qorxulusu qapaqlı pnevmotorakslardır. Bu, zədə nahiyəsində "qapağın" əmələ gəlməsi nəticəsində baş verir. Nəfəsalma momentində xarici atmosfer havası plevra boşluğuna daxil olur. Qapağın əmələ gəlməsi havanın kənara çıxmasına imkan vermir. Qapaq xarici və daxili ola bilər. Xarici qapaq döş qəfəsinin yarası, yaxud yara kanalı nahiyəsində əmələ gəlir. Daxili qapaq rolunu isə zədələnmiş bronx divarı, yaxud ağciyər toxuması oynaya bilər. Plevra daxilində havanın progressiv şəkildə toplanması boşluqda gərginlik yaradır, divararalığı və diafraqma əks tərəfə basılır. Bu növ pnevmotorakslar gərgin pnevmotorakslar da adlanır.



Şəkil 19.12 Döş qəfəsinin sağ yarısının yaralanmasından sonra gərgin pnevmotorakslı yaralının fotosəkli. Kəskin dərialtı emfizema müşahidə olunur (x/t 2555)

Şəkil 19.13 Sol bazunun və döş qəfəsinin müştərək güllə yaralanması (Şəxsi müşahidələrimizdən)

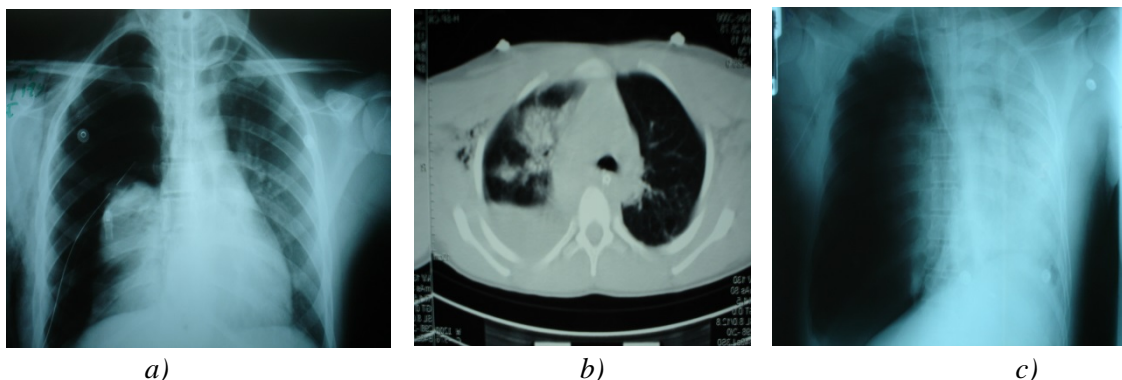


Şəkil 19.14 Döş qəfəsinin sol yarısının daxilə keçən güllə yaralanması ilə olan yaralının fotosəkli (x/t 2554)

Bütün bu patofizioloji mexanizmlər qan itgisi ilə birlikdə oksigen açlığı, qanda asidoz və şokun əmələ gəlməsinə səbəb olur. Dövran edən qanın həcmnin azalması nəticəsində yaranmış transport hipoksemiyasından əlavə ventilyasion hipoksemiyanın baş verməsi yaralının vəziyyətinin daha da ağırlaşmasına gətirib çıxarır. Hava divararalığına da toplanma bilər. Bu, adətən böyük bronxların zədələnmələri zamanı daha çox baş verir. Ürək və böyük damarlar divararalığının emfizeması şəraitində sıxılmaya məruz qalır, ürəyin normal işi pisləşir. Bu vəziyyət ürəyin ekstraperikardial tamponadası da adlanır. (E.A.Vaqner).

Qapaqlı pnevmotorakslarda plevradaxili gərginlik son həddə çıtdıqda artıq xaricdən hava daxil olması kəsilir. Əgər xəstə sağ qalarsa (!), sonradan havanın qismən sorulması nəticəsində plevra boşluğundakı gərginlik bir qədər azalır və hava yenidən daxilə (plevra boşluğuna) keçir. Buna fasiləli qapaqlı pnevmotoraks da deyilir.

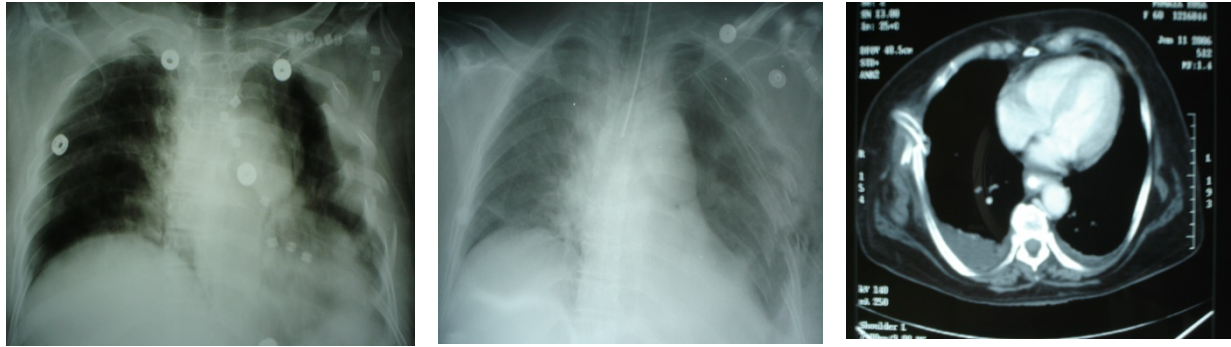
Döş qəfəsinin mina-partlayış zədələnmələri güllə yaralanmalarına nisbətən daha ağır klinik gedişə malik olması ilə fərqlənir. Bu, kontuzion zonanın daha geniş və zədələnmələrin çoxamilli olması ilə əlaqədardır. Mina-partlayış zədələnmələri zamanı orqanizmin digər anatomik nahiyələri və sistemləri də zədələnməyə məruz qalır. Bundan əlavə, mina-partlayış zədələnmələri zamanı hətta daxilə keçməyən yaralanmalarda belə, partlayışın zərbə dalğası ilə əlaqədar olaraq, daxili orqanların zədələnməsi mümkündür. Bu, döş qəfəsi zədələnmələrində özünü travmatik pulmonit və travmatik miokard infarktı kimi aparır. Təbiidir ki, bu tipli zədələnmələrin klinik gedişi daha ağır keçir, müalicənin proqnozu həmişə arzuolunan nəticəni vermir, fəsadlaşma və ölüm halları daha yüksək olur.



Şəkil 19.15 a) Sağtərəfli gərgin pnevmotoraksı olan yaralının rentgen şəkli. Divararalığı sol tərəfə, diafraqma aşağı basılmışdır. b) Sağtərəfli gərgin pnevmotoraksı olan digər yaralının rentgen şəkli. Sağ ağciyər tam kollaps şəklindədir. Divararalığı sol tərəfə basılmışdır. c) Sağ ağciyərin kontuziyası, sağtərəfli hemotoraks (Şəxsi təcrübəmizdən).

19.3. DÖŞ QƏFƏSİNİN QAPALI ZƏDƏLƏNMƏLƏRİ

Hərbi qulluqçular arasında mexaniki zədələnmələr hərbi xidmət müddətində yol-qəza hadisələri, yüksəklikdən düşmə (yıxılma), hərbi qurğuların və istehkamların istismarı zamanı və bəzən isə fəlakətlər nəticəsində baş verə bilər. Döş qəfəsinin mexaniki zədələnmələri öz növbəsində qapalı, bəzən isə açıq zədələnmələr şəklində, eyni zamanda bir neçə sistem və anatomik nahiyənin də müştərək zədələnməsi ilə müşahidə oluna bilər. Bu zaman qabırğaların çoxsaylı sınıqları, fəqərələrin və onurğa beynin zədələnməsi, divararalığı orqanlarının və ürəyin əzilməsi, ağciyərlərin əzilməsi, partlaması, diafraqmanın yırtılması (xüsusilə yüksəklikdən düşmə zamanı) mümkündür. Bunlar ağır zədələnmələr qrupuna daxildir.



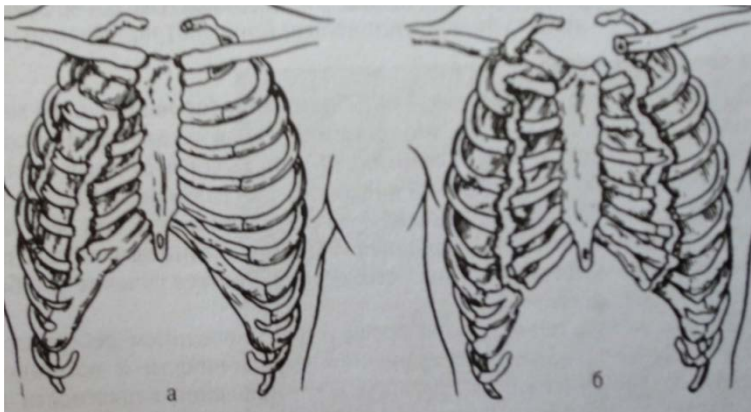
a)

b)

c)

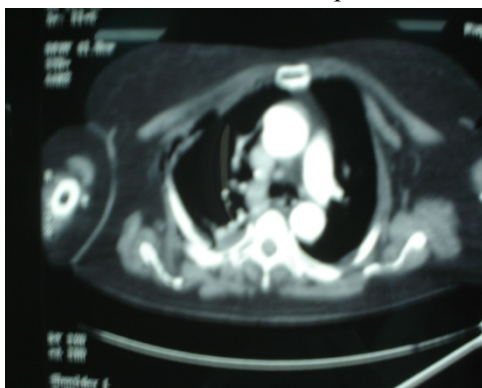
Şəkil 19.16 Döş qəfəsinin ikitərəfli zədələnməsi. a) Hər iki tərəfdə qabırğaların çoxsaylı sınığı qeyd edilir. Sol tərəfdə döş qəfəsinin flotasiyası qeyd edilir. b) Hər iki plevra boşluğu drenaj olunmuşdur. Sol tərəfdə dərialtı emfizema müşahidə olunur. c) Həmin xəstənin kompüter tomoqramması; ikitərəfli hemotoraks, döş qəfəsinin deformasiyası qeyd edilir. (Şəxsi təcrübəmizdən)

Döş qəfəsinin ağır mexaniki zədələnmələri zamanı qabırğaların çoxsaylı sınıqları, sınıqlar nahiyəsində flotasiyasının olması daha çox müşahidə olunur. Zədələnmiş şəxslər şok vəziyyətinə daha tez düşürlər. Əlavə tənəffüs çatmamazlığının olması və ürək-damar sistemindəki pozğunluq onların vəziyyətinin daha da ağırlaşmasına gətirib çıxarır. Bir sıra hallarda daxili orqanların zədələnməsi, pnevmotoraks və hemotoraks müşahidə olunur. Gərgin pnevmotoraks və hemotoraksın olması xəstələrin kritik vəziyyətə düşmələrinə səbəb olur. Anemiya, travmatik, hipovolemik və sirkulyator şok fonunda zərərçəkmişlərin vəziyyəti daha da ağırlaşır, tənəffüs və ürək çatmamazlığı, metabolik pozğunluqlar, hipoproteinemiya fonunda orqanizmin immunobioloji funksiyaları pozulur. Qanın laxtalanma sistemindəki pozğunluq yayılmış damardaxili laxtalanma sindromunun əmələ gəlməsinə səbəb olur, metabolik və respirator asidoz inkişaf edir.



Şəkil 19.17 Qabırğaların çoxsaylı sınıqları nəticəsində flotasiya və əlavə qapaq əmələ gəlir.

Klinik olaraq zədələnmə tərəfdə döş qəfəsinin nəfəs aktından qalması, tənəffüsün tezləşməsi, dərinin rənginin avazıması, akrosianoz əlamətlərinin, zədə nahiyəsində ağrının və bəzən deformasiyanın və şişkinliyin olması aşkar edilir. Auskultasiya zamanı zədələnmiş tərəfdə tənəffüsün olmaması, yaxud zəifləməsi müşahidə edilir, perkussiya zamanı həmin sahədə kütlük, yaxud timpanik səs eşidilir. Dərialtı emfizemalar zamanı barmaq altında xarakter krepitasiyaların olması aşkarlanır.



Şəkil 19.18 Qapalı döş qəfəsi zədələnməsi olan xəstənin kompüter tomoqramması. Sol qabırğaların çoxsaylı, iki- və üçqat sınıqları ilə əlaqədar döş qəfəsinin flotasiyası qeyd edilir. (Şəxsi təcrübəmizdən)

Bir sıra hallarda xəstələrdə öskürək, qanhayırma və qanlı bəlgəm ifrazının olması müşahidə edilir. Xüsusilə qabırğaların çoxsaylı ikiqat və üçqat sınıqları zamanı zədə nahiyəsində flotasiya və paradoksəl tənəffüsün olması aşkarlanır. Zədələnmə zamanı bəzən batıcı, məsələn paya; deşici, kəsici əşyalarla dərinin və döş qəfəsi divarının tamlığının pozulması nəticəsində açıq pnevmotoraksların da baş verməsi müşahidə oluna bilər. Zədələnmənin kəllə-beyin travması ilə müştərəkliyi hallarında xəsarətə uğramış şəxs adətən komatoz vəziyyətdə olur. Fəqərə sütununun zədələnmələri zamanı spinal şok, ətrafların iflici, qarın zədələnmələri müştərəkliyində qarında gərginlik və daxili qanaxma əlamətləri müşahidə edilir. Döş qəfəsinin aşağı hissələrinin zədələnmələri zamanı proses torakoabdominal xarakterə malik ola bilər. Sağtərəfli zədələnmələrdə qaraciyərin, soltərəfli zədələnmələrdə isə dalağın zədələnməsi və diafraqmanın partlaması halları müşahidə olunur.

Döş qəfəsinin qapalı zədələnmələrinin diaqnostikası rentgen müayinəsi ilə dəqiqləşdirilir. Rentgenoloji olaraq zədələnmə tərəfdə pnevmotoraks və hemotoraks əlamətləri aşkarlanır. Hemotorakslar kiçik, orta, böyük və total xarakterə malik olur. Pnevmtorakslar hemotorakslarla birlikdə, yaxud ayrıca müşahidə oluna bilər. Xüsusilə ağciyərin geniş zədələnmələrində və böyük bronxların zədələnmələrində pnevmotorakslar gərgin xarakterə malik olur. Bu kimi hallarda xəstələrin rentgen otağında ləngidilməsinə yol verilməməlidir.

Döş qəfəsinin qapalı zədələnmələrində də odlu silah yaralanmalarında olduğu kimi, yaralıya hadisə yerində yardım göstərilməli: zərərçəkmişlər təhlükəli zonadan çıxarılmalı, onlara ağrıkəsicilər, ürək dərmanları və tənəffüs analeptikləri yeridilməli, döş qəfəsinin açıq (nəfəsəlan) yaraları bağlanılmalı, yaralılar rahat nəqliyyat vasitəsilə ixtisaslı, yaxud ixtisaslaşdırılmış yardım mərhələsinə çatdırılmalıdır.

Gərgin pnevmotoraksı olan xəstələr vaxt itirilmədən (diaqnoza şübhə olunmadığı hallarda hətta rentgen müayinəsi olunmadan) sargı otağına verilməli, plevra boşluğu qalın iynə ilə punksiya olunmalı, plevradaxili gərginlik aradan götürülməlidir. Hemotoraks hallarında plevra boşluğu iki ədəd standart rezin boru ilə drenaj olunmalı, alınmış qan (diafraqmanın zədələnməsi olmadığı hallarda) reinfuziya olunmalıdır. Bundan sonra plevra boşluğunda davamedən qanaxmanın olub-olmaması yoxlanılmalıdır. Plevra boşluğuna qoyulmuş rezin borudan saatda 300 ml-dən artıq qan gəlsə və alınmış qan laxtalanırsa, (Rivulua-Qrekar sınağı) bu, davamedən qanaxmanın olmasını göstərir. Belə hallarda təcili torakotomiya həyata keçirilməlidir. Torakotomiya standart şəkildə 4-cü, yaxud 5-ci qabırğaarası sahədən aparılmalıdır. Cərrahi əməliyyatın həcmi orqan zədələnməsinin xarakterindən asılı olaraq artıb-azala bilər. Lakin nəzərə almaq lazımdır ki, bu tipli zədələnmələrdə yaralıların vəziyyətinin ağır olduğu üçün cərrahi əməliyyatın vaxtının lüzumsuz yerə uzadılmasına yol verilməməlidir.

Cərrahi əməliyyat zamanı və ondan sonrakı dövrlərdə qanıtirmənin nəticələri aradan qaldırılmalı, dövrən edən qanın həcmi bərpa olunmalıdır. Ağrı hissiyyatı aradan qaldırılmalı, xəstələrin adekvat yuxusu bərpa olunmalı, sidik ifrazına nəzarət olunmalı, qanın turşu-qələvi, su-duz tarazlığı bərpa olunmalı, zülal defisiti aradan qaldırılmalıdır. Həzm sistemi orqanlarının zədələnmədiyi hallarda xəstələrin qidalanması keyfiyyətli olmalı, qida asan həzm olunmalı, yüksək kalorili və vitaminlərlə zəngin olmalıdır. Həzm sistemi orqanlarının zədələnməsi olduğu hallarda parenteral qidalanma tətbiq edilməlidir.

19.4. DÖŞ QƏFƏSİ YARALANMALARİ VƏ ZƏDƏLƏNMƏLƏRİ ZAMANI YARDIMİN HƏCMİ VƏ TİBBİ TƏXLİYƏ MƏRHƏLƏLƏRİNDƏ YERİNƏ YETİRİLMƏSİ QAYDALARI

İlk- və həkiməqədərki tibbi yardım. Yara kənarları antiseptik məhlullarla silinib, aseptik sarınmalıdır. Xüsusilə açıq və qapaqlı pnevmotoraklarda “nəfəs alan yaralar” okluzion sargılarınla kəp bağlanılmalıdır. Bu məqsədlə fərdi sargı paketinin qabığının iç steril səthindən də istifadə edilməsi məsləhət görülür. Tənəffüs çatmamazlığı zamanı ağız boşluğu və udlaq yad cisimlərdən, qan laxtaları və selikdən təmizlənməli, udlağa “S”-vari boru keçirilməli, adi üsullarla və portativ aparatlarla süni tənəffüs verilməlidir. Göstəriş əsasında yaralılara analgetiklər, tənəffüs analeptikləri və ürək dərmanları yeridilməli və onlar döyüş zonasından çıxarılmalıdırlar. Tənəffüs çatmamazlığı olanlar yarımoturaq vəziyyətində daşılmalıdır.

İlk həkim yardımı. Burada əvvəllər qoyulmuş sargılara nəzarət olunur, onun kiçikliyi yoxlanılır. Yaralılara analgetiklər, tetanus əleyhinə zərdab, yaxud anatoksin, antibiotiklər, göstəriş əsasında ürək dərmanları və tənəffüs analeptikləri yeridilməli, asfiksiya hallarında nəfəs yollarının keçiriciliyi təmin olunmalıdır.

Gərgin pnevmotorakslar zamanı plevra boşluğu II qabırğağarası sahədən (medioklavikulyar xətt boyunca) punksiya olunmalı və iynə leykoplastırla dəriyə fiksə olunmalıdır. Punksiya məqsədilə qalın iynələrdən istifadə olunmalıdır ki, onun mənfəzi tutulması. Qapaq məqsədilə iynənin arxasına rezin əlcəkdən kəsilmiş barmaq, yaxud şar keçirilməlidir. Göstəriş əsasında ağciyərlər ventilyasiya olunmalıdır.

Soyuq mövsümdə yaralılar soyuqlamadan, isti mövsümdə isə günvurmadan qorunmalıdır. Massiv qanıtırməsi olan yaralılara qan və qanəvəzedicilər köçürülməlidir. Bütün bunlar vaxt itirilmədən həyata keçirilməli, ağır yaralıların ilk həkim yardımını mərhələsində ləngidilməsinə yol verilməməlidir. Təkcə aqoniya vəziyyətində olan yaralılarından başqa, bütün yaralılar vaxt itirilmədən sonrakı mərhələyə köçürülməlidirlər.

İxtisaslı yardım mərhələsi. Burada yardımın məzmunu plevra boşluğunun drenajının həyata keçirilməsindən, dövrən edən qanın həcmnin bərpaşından, tənəffüs və ürək-damar sistemləri funksiyasının yaxşılaşdırılması, eləcə də şok əleyhinə kompleks tədbirlərin həyata keçirilməsindən ibarətdir. Yaralılara yardım onların çeşidlənməsindən başlanılmalıdır. Yaralıların çeşidlənməsi çeşidləmə meydançasında, yaxud çeşidləmə palatalarında həyata keçirilir. Burada ixtisaslı yardıma ehtiyacı olan və olmayan yaralılar aşkarlanırlar.

İxtisaslı yardıma ehtiyacı olmayan yaralılara adi yaralanmalar aiddir. Bunlarda hemotoraks və pnevmotoraks əlamətləri olmayır, yaralıların ümumi vəziyyəti nisbətən yüngül olur. Bir qayda olaraq onların hemodinamikası stabil olur. Həmin yaralılara qəbul şöbəsinə ilk həkim yardımını göstərdikdən sonra vəziyyətlərindən asılı olaraq sağalmaqda olan komandaya daxil edilir, yaxud yüngül yaralılar hospitalına təxliyə olunurlar.

Kiçik hemotorakslar zamanı fəal cərrahi müdaxilə tələb olunmur və qanaxma davam etmirsə, plevral qansızmalar sonralar asanlıqla sorulur. Orta hemotorakslar isə, öz-özünə sorulmur, sonrakı müddətlərdə bu, fibrinoz bitişmələr verə bilər, yaxud da boşluğa yığılmış qan irinləyə bilər. Ona görə də bu kimi hallarda toraksentez olunmalı və alınıb qanın reinfuziyası təşkil edilməlidir.

Nəzərdən qaçırılmamalıdır ki, yaralanmalar zamanı təcili rentgen müayinələr nəticəsində bəzən kiçik hemotoraksların aşkarlanması davam edən plevradaxili qanaxmalarda aldadıcı xarakter daşıya bilər. Çünki hospitala daxil olma momentində kiçik hemotoraksı olan yaralanmalarda müəyyən müddətdən sonra orta, böyük və hətta total hemotoraksların müşahidə olunması belə mümkündür. Ona görə də hərbi-səhra cərrahiyyəsi hospitallarında kiçik hemotorakslara münasibət nisbi xarakter daşmalı, lazım gəldikdə yaralılara təkrari rentgen müayinəsi və plevra boşluğunun punksiyası, həmçinin drenajı həyata keçirilməlidir. Bu, hospitala nisbətən tez çatdırılmış yaralılar arasında daha çox müşahidə oluna bilər.

Bir sıra müəlliflər qapalı pnevmotoraksla daxil olmuş xəstələrin müalicəsində təkrari plevral punksiyalara və onun kömək etmədiyi hallarda 2 sutkadan sonra torakosentez həyata keçirməyi məsləhət görürlər. Ola bilər ki, bu fikir dinc şəraitdə özünü doğrultsun, lakin müharibə şəraitində bu prinsip məqsədəuyğun sayılmır. Çünki yaralıların hospitala kütləvi şəkildə daxil olduğu hallarda təkrari plevral punksiyalar həm çoxlu vaxt aparır, həm də bu zaman yaralılara nəzarət kifayət qədər olmur. Digər tərəfdən isə qapalı pnevmotoraks müəyyən hallarda ağciyərin zədə nəhiyyəsinin açılması ilə gərgin pnevmotoraksa keçə bilər. Ona görə də bu kimi hallarda yaralılara əvvəlcədən torakosentezin tətbiq edilməsi daha məqsədəuyğundur.

Digər qrup müəlliflər isə (A.Reşetnikov, 1984) orta hemotorakslar zamanı plevra boşluğuna yığılmış qanı 2-3 sutkadan sonra punksiyon yolla evakuasiya etməyi məsləhət görürlər. Əlbəttə, bu fikir də müasir baxımdan məqsədəuyğun deyildir. Ona görə ki, 2-3 sutkadan sonra plevra boşluğundan alınmış qanın reinfuziya olunması praktik baxımdan məsləhət görülmür. Beləliklə, nisbətən gec dövrdə plevra boşluğundan alınmış mayenin istifadə oluna bilməməsi yaralılarda qan və zülal itgisinə səbəb olması ilə nəticələnir. Unutmamalıdır ki, müharibə şəraitində hər damla qan belə qənaətlə işlədilməlidir.

Təcili operativ müdaxiləyə ehtiyacı olan yaralılar (profuz plevradaxili qanaxması və asfiksiya vəziyyətində olan yaralılar) cərrahi əməliyyat otağına ilk növbədə, yaxud növbədənənar verilməlidirlər. Təcili olaraq mərkəzi venalar kateterizə olunmalı, traxeya intubasiya olunmalı, asfiksiya aradan qaldırılmalıdır. Aşkar pnevmotoraksı və hemotoraksı olan yaralılara torakosentez həyata keçirilməli, plevra boşluğundan alınmış qan reinfuziya olunmalıdır. Profuz plevradaxili qanaxmalarda (ürəyin və böyük damarların zədələnməsində və perikardın tamponadasında) təcili torakotomiya yerinə

yetirilməlidir. Torakosentez borusundan saatda 300 ml-dən artıq qan gəlməsi torakotomiyaya birbaşa göstərişdir. Operativ müalicənin vacibliyi ön plana keçdiyi konkret hallarda konservativ müalicəyə vaxt itirmək olmaz (!).

Ürəyin və böyük damarların aşkar zədələnmə əlamətlərinin müşahidə olunduğu bütün hallarda ixtisaslı cərrahi yardım torakotomiyadan başlanılmalıdır. Şübhəli hallarda plevra boşluğu hər iki tərəfdən punksiya olunmalıdır. Qan təzyiqinin ölçülməməsi, periferik nəbzın olmaması, yara kanalının ürəyin proyeksiyasına uyğun olması ürəyin yaralanması ehtimalını daha da artırır. Bəzən ürək yaralanmaları zamanı huşun itməsi halları da müşahidə olunur, tənəffüs və ürək-damar çatmamazlığı ön plana keçir.

Ürəyin tamponadası zamanı onun sərhəddi kəskin genişlənir, ürək tonları itir, nəbz kiçik olur, rentgen müayinəsində ürək vurğusu demək olar ki, hiss olunmur. EKQ müayinəsində voltaj aşağı olur. Ürəyin zədələnmələrinin bütün hallarında təcili torakotomiya həyata keçirilməli, orqanın tamlığı bərpa olunmalı, plevra boşluğuna yığılmış qan reünfuziya olunmalıdır. Diaqnozun dəqiqləşdirilməsi məqsədilə bu qrup yaralıların müayinəsi rentgen, laborator, EKQ və i.a. müayinə metodları ilə başa çatdırılmalıdır.

Döş qəfəsi yaralanmalarının səviyyəsindən (lokalizasiyasından) asılı olmayaraq, torakotomiya IV, yaxud V qabırğaarası sahədən həyata keçirilməlidir. Yaralı arxası üstə, yaxud bir qədər böyrü üstə çevrilmiş vəziyyətdə uzadılmalı, dəri və dərialtı piy təbəqəsi kəsildikdən sonra, əzələ-fassial qatlar küt, yaxud yarımkəskin şəkildə açılmalı, plevra boşluğu açıldıqdan sonra ağciyər, onun payları, divararalığı və döş qəfəsinin daxili divarı vizual müayinə olunmalı və yaralanma sahəsi aşkarlanmalıdır. Qan laxtaları və yad cisimlər kənar edildikdən sonra ağ ciyərin kökü və qabırğaarası sahələr (refleksogen zonalər) paravertebral hissəyə qədər novokainlə blokada olunmalıdır.

Perikardın tamponadası zamanı ürək pərdəsi kürə şəklində genişlənmiş olur. Bu zaman ürək vurğuları qeyd olunmur, yaxud güclə hiss edilir. Perikardın tamponadası hallarında perikard diafraqma sinirinin önündən, yaxud arxasından liqatur tutuculara alınmalı və açılmalıdır. Perikard daxilinə yığılmış qan kənar edildikdən sonra ürəyin zədələnmiş hissəsi aşkarlanmalı və tikilməlidir. Ürək zədələnmələri zamanı onun arxa divarı mütləq nəzərdən keçirilməlidir. Bu məqsədlə perikard daha geniş açılmalı ürəyin arxa divarı yoxlanılmalıdır. Ürəyin arxa divarının zədələnmələrində zədə nahiyəsi sol əlin baş barmağı ilə tutulmalı və "II"-vari tikişlərlə tikilməlidir. Tikişlər (saplar) miokardı kəsməsin deyə, bəzən fassiyadan yaxud perikard toxumasından yara nahiyəsinə əlavə lövhənin bərkidilməsi (tikilməsi) məsləhət görülür. Cərrahi əməliyyat zamanı ürəyin reflektor dayanması hallarında orqan birbaşa masaj edilməli, sol mədəcik daxilinə 0,1%-li 1 ml atropin, yaxud adrenalin məhlulu və 10%-li 5 ml CaCl₂ məhlulu yeridilməlidir. Əməliyyatın axırında perikard boşluğu ilıq antiseptik məhlulla yuyulmalı, perikardın tamlığı seyrək tikişlərlə bərpa olunmalıdır.

Yeri gəlmişkən qeyd etmək lazımdır ki, ürəyin yaralanması dəlib keçən, toxunan, ürək boşluğuna keçən və keçməyən ola bilər. Bəzən tək-cə perikardın zədələnməsi müşahidə edilir. Ürək daxilinə keçən yaralanmalar ölümcül qanaxmalarla nəticələnir. Ürək daxilinə keçməyən yaralanmalar isə əgər tac damarlar zədələnməmişsə yaxşı nəticə ilə qurtarır. Ürəyin səthi yaralanmaları və perikardın kiçik yaralanmaları bəzən qanın perikard boşluğuna yığılmasına və ürəyin tamponadasına səbəb ola bilər. Perikardın böyük ölçülü zədələnmələrində isə xaric olan qan perikard boşluğunda qalmayıb plevra boşluğuna tökülür və ürəyin tamponadası təhlükəsi aradan qalxmış olur. Bu zaman klinik əlamətlər əsasən qanıtirmənin miqdarından (həcmindən) asılı olur.

Ağciyərin, yaxud böyük bronxların geniş zədələnmələrində plevra boşluğuna çoxlu miqdar havanın daxil olması və güclü qanaxmanın baş verməsi aşkarlanır. Güclü qanaxmalar eyni zamanda daxili döş arteriyasının, qabırğaarası arteriyaların, yaxud venaların zədələnməsi zamanı da müşahidə olunur. Bütün hallarda zədələnmiş damarlar tikilməli, qanaxmanın qarşısı alınmalıdır. Daxili döş arteriyasının zədələnmələrində damarın daha etibarlı bağlanması üçün bəzən qabırğa qığırdağı və döş sümüyünün kənarının da kəsilməsi lazım gəlir. Zədələnmənin ölçüsündən asılı olaraq həyata keçirilən cərrahi əməliyyatın həcmi damarın tikilməsindən başlayıb, bronxların plastikası və s. ilə başa çatdırılmalıdır.

Tək-cə yad cisimlərin çıxarılması xatirinə torakotomiyaya yol verilməməlidir(!). Torakotomiya və operativ müdaxilənin həcmi zədələnmə nahiyəsindən asılı olaraq damarların bağlanılmasından tutmuş, ağ ciyər defektlərinin tikilməsi, zədələnmiş paycıq, pay və bəzən tam bir ciyərin kəsilib götürülməsi, zədələnmiş bronxların bərpası (plastikası) və s.-dən ibarət ola bilər. Təcili operativ müdaxilədən əvvəl,

kiçik həcmdə də olsa, şok əleyhinə tədbirlər həyata keçirilməlidir. Infizion-transfizion tədbirlərlə bərabər zədələnmə olan tərəfdə vaqosimpatik novokain blokadasının aparılması da məsləhət görülür. Ciddi yaralanmalar zamanı şok əleyhinə tədbirlər eyni zamanda cərrahi əməliyyat prosesində və ondan sonrakı müddətlərdə də davam etdirilməlidir.

Ağciyərin böyük olmayan defektləri atravmatik saplarla tikilib bərpa olunmalı, geniş zədələnmələrdə zədələnmiş paycıq, yaxud bütünlüklə bir yaxud iki pay kəsilib götürülməlidir. Həyati qabiliyyəti olmayan toxumalar kəsilib götürüldükdən sonra ağ ciyər yarası tikilib başa çətdirilməli, orqanın tamlığı bərpa olunmalıdır. Bu məqsədlə tikiş aparatlarından istifadə olunması işi bir qədər asanlaşdırır. Lakin praktik cərrah tikiş aparatı olmadıqda da vəziyyətdən çıxmağı bacarmalıdır. Ağciyər toxuması və xırda bronxlar adi üsulla tikilib bağlanılmalıdır. Böyük bronxların zədələnmələrində axırcı plastika olunmalı, mürəkkəb zədələnmələrdə bronxun tamlığının bərpası mümkün olmadığı hallarda lobektomiya, yaxud pulmonektomiya həyata keçirilməlidir. Qida borusunun zədələnmə sahələri ikiqat tikişlə tikilməli və gastrostoma qoyulmalıdır. Təbii yolla qidalanma müsbət klinik və rentgenoloji nəticə alındıqdan sonra tətbiq edilməlidir.

Xarici qapaqlı pnevmotoraks döş qəfəsi yarasının tikilməsi ilə ləğv olunmalıdır. Daxili qapaqlı pnevmotoraks zamanı plevra boşluğu 2-3 gün ərzində aspirasiya olunmalı, Bülau-Petrov üsulu ilə drenaj, yaxud aktiv aspirasiya edilməlidir. Bu üsul kömək etmədikdə torakotomiya həyata keçirilməli, zədə nahiyəsi tikilib bərpa olunmalı, operativ müdaxilə plevra boşluğunun drenajı ilə başa çətdirilməlidir. Divararalığının emfizeması hallarında ön divararalığı vidaci çuxurdan drenaj edilməlidir.

Açıq pnevmotoraks zamanı döş qəfəsi yarası cərrahi işlənməli, plevra boşluğu drenaj olunmalıdır. Burada əsas prinsip açıq pnevmotoraksın qapalı hala keçirilməsindən ibarətdir. Bunun üçün döş qəfəsi yarası cərrahi işlənməli, sümük qəlpələri və həyati qabiliyyəti olmayan yumşaq toxumalar kəsilib götürülməli, plevra boşluğu təftiş olunmalı, qan laxtaları və yad cisimlər kənar edilməlidir. Yara IV-VI qabırğalar arasında yerləşərsə defekt nahiyəsi hər iki tərəfə genişləndirilməklə torakotomiya həyata keçirilməlidir.

Yaralanmanın digər lokalizasiyalı vəziyyətlərində isə yara birincili cərrahi işlənməli, lazım gəldikdə göstəriş əsasında tipik torakotomiya həyata keçirilməlidir. Döş qəfəsinin geniş yaralarında plevra boşluğunun bağlanması çətinlik törədərsə (məsələn, mina-partlayış yaralanmalarında) plastika məqsədilə yaraətrafı əzələ toxumasından istifadə edilməlidir. Mobilizə olunmuş əzələ toxuması ilə döş qəfəsinin kip bağlanması mümkündür (Limberq). Bütün bunların mümkün olmadığı hallarda (yaranın döş qəfəsinin aşağı sahələrində olduğu hallarda) döş qəfəsinin hermetikliyi diafraqmanın yaraya tikilməsi ilə təmin olunur. Bu da mümkün olmadıqda pnevmopeksiya tətbiq edilməli, ağ ciyər toxuması bilavasitə defekt kənarına tikilməlidir.

Döş qəfəsi yarası qatlarla tikilməli, dəri açıq saxlanılmalıdır. Xüsusilə partlayış zədələnmələrində yara açıq saxlanılmalı və aseptik sarınmalıdır. Döş qəfəsinin daxilə keçən kiçik yaralanmalarında plevra boşluğunun təftişi yalnız qorxulu qanaxmalarda həyata keçirilməlidir; torakotomiya olunmalı, qanaxma mənbəyi tapılıb ləğv edilməlidir. Qalan digər hallarda isə yara birinci cərrahi işlənməli, plevra boşluğunun drenajı ilə kifayətlənməlidir.

Operativ müdaxilədən sonrakı dövrdə ağ ciyərlərin funksiyasına nəzarət fizikal və rentgenoloji üsullarla həyata keçirilməli, traxeobronxial sahənin sanasiyası üçün kompleks tədbirlər görülməlidir. Traxeya və bronxlar proteolitik fermentlərin və bronxolitik dərman preparatlarının tətbiq olunması (vaxtaşırı) yuyulmalı və sanasiya olunmalıdır. Geniş spektrli antibiotiklər, vitamin preparatlarının istifadəsi, nəfəs gimnastikasının aparılması, müxtəlif fizioterapevtik müalicə üsullarının tətbiqi və xəstələrin fəallaşdırılması və i.a. operativ müdaxilədən sonrakı dövrdə vacib müalicə tədbirləri kimi qiymətləndirilməlidir. Drenaj boru plevra boşluğunda orta hesabla 3-4 gün saxlanılmalıdır.

Ağır şok vəziyyətində olan yaralılar yalnız şokdan tam çıxdıqdan sonra operativ müdaxiləyə götürülməlidirlər. Əks təqdirdə operativ müdaxilə əlavə travma kimi qiymətləndirilməlidir. Reanimasiya və intensiv terapiya şöbəsinə belə yaralılara kompleks şok əleyhinə müalicə tədbirləri həyata keçirilməli, dövrən edən qanın həcmi bərpa olunmalı, bütün refleksogen zonalar blokada olunmalı, ağrı hissiyyatı aradan qaldırılmalıdır. Yalnız davamedən daxili qanaxmalarda yaralılar vəziyyətindən asılı olmayaraq təcili operativ müdaxiləyə götürülməli, onlara şok əleyhinə bütün tədbirlər operativ müdaxilə ilə eyni müddətdə yerinə yetirilməlidir. Müdaxilədən sonrakı dövr qəbul olunmuş qayda üzrə idarə olunmalıdır.



Şəkil 19.19 Cərrahi əməliyyatdan sonra insentiv spirometriyanın (tənəffüs gimnastikasının) aparılması

Təcili operativ müdaxiləyə ehtiyacı olmayan yaralılara orta ağırlıqlı və yaralarının cərrahi işlənməsinə ehtiyac olan yüngül yaralılar aiddir. Bunlar müvəqqəti olaraq hospital palatada yerləşdirilməli və planlı surətdə əməliyyat, yaxud sarğı otağına verilməlidirlər. Yaralar adi qaydada cərrahi işlənməli, ağrısızlaşdırma vəziyyətdən asılı olaraq yerli və ümumi qaydada aparılmalıdır. Döyüş şəraitindən asılı olaraq, məsələn, əlverişsiz döyüş şəraitində bu qrup yaralılara yardım növbəti mərhələyə qədər təxirə salına bilər. İlk həkim yardımı göstərildikdən sonra (əgər əvvəlki mərhələdə yaralı bu yardımı almamışsa) onlar birbaşa ixtisaslaşdırılmış yardım mərhələsinə təxliyə olunmalıdırlar.

İxtisaslaşdırılmış tibbi yardım mərhələsi. Bu yardım ixtisaslaşdırılmış hərbi və mülki müalicə müəssisələrində yerinə yetirilir. Burada yaralılara yaralanma və onun fəsadlaşmalarına görə tədbirlər tam həcmdə həyata keçirilir. Ehtiyac olduqda yaralılar təkrarən hərtərəfli klinik, rentgenoloji, laborator müayinəsindən keçirilməli, onlara kompleks müalicə tətbiq olunmalıdır. İrinli fəsadlaşmaların qarşısının alınması, yaxud onların aradan qaldırılması məqsədilə tək-cə antibakterial müalicənin aparılması kifayət deyildir. Antibiotiklər mikroorqanizmlərin həssaslığından asılı olaraq tətbiq edilməli, yaralanma və iltihabi proses fonunda baş vermiş metabolik pozğunluqlar sisteməlik şəkildə aradan qaldırılmalıdır. Orqanizmdə baş vermiş zülal defisiti, su-duz, turşu-qələvi mübadiləsindəki pozğunluqlar aradan qaldırılmalı, qanın laxtalanma sistemindəki pozğunluqlar ləğv edilməli, immun proseslər bərpa olunmalıdır.

Döş qəfəsinin daxilə keçən yaralanmalarında həmçinin iltihabi fəsadlaşmalar: pnevmoniya, ağ ciyərin absessi, qanqrenası, plevranın empieması və sepsis baş verə bilər. Bu kimi hallarda iltihab nahiyəsində ağır arroviz qanaxmaların da müşahidə olunması mümkündür. Ona görə də operativ müdaxilədən sonrakı dövrün idarə olunmasında həmçinin irinləmənin profilaktikası əleyhinə planlı tədbirlərin həyata keçirilməsi də nəzərdə tutulmalıdır.

Yeri gəlmişkən qeyd etmək lazımdır ki, döş qəfəsinin yaralanmalarında üç cür pnevmaniya müşahidə olunur (N.S.Molçanov). 1) Travmatik pnevmoniya, (pulmonit) –zədələnmiş ağ ciyərdə, yaxud payda baş verir; 2) İkincili sinir-reflektor pnevmaniya –zədələnmiş ağ ciyərin sağlam paylarında baş verir; 3) Interkurrent pnevmaniya –əks tərəfdəki ağ ciyərdə orqanizmin müqavimət qabiliyyətinin itməsi nəticəsində əmələ gəlir.

Ağ ciyərlərdəki irinli proses adətən özünü orqanın absessi, qanqrenası və plevra boşluğunun empieması şəklində göstərir. Bunların müalicəsi zamanı antibakterial preparatlar vena daxilinə böyük dozada tətbiq olunmalıdır. Həmçinin vitaminlərdən və immun prosesi stimule edən dərman

preparatlarından da geniş istifadə edilməli, orqanizmin zülal, elektrolit, turşu-qələvi müvazinətinin tənzimlənməsi istiqamətində müvafiq tədbirlər həyata keçirilməlidir. Irinli boşluqlar vaxtında aşkar edilməli, drenaj olunmalı və vaxtaşırı antiseptik məhlullarla yuyulmalıdır. Mikrobların antibiotiklərə həssaslığı yoxlanılmalıdır. Bütün bu tədbirlər kömək etmədikdə və plevra daxilində funksiya etməyən boşluqlar olduqda təkrari operativ müdaxilələr planlaşdırılmalı və həyata keçirilməlidir. Parietal plevrada və ağ ciyərin səthində irinli toplaqlar (ciblər), irin yolları operativ ləğv edilməli, plevra boşluğu sanasiya edilməli, lazım gəldikdə ağ ciyərin dekorativasiyası və plevrektomiya, qalıq boşluqları olduğu halda torakoplastika həyata keçirilməlidir.

Irinli proses fonunda açıq pnevmotoraks baş verərsə ağciyər yarası sanasiya edilib tikilməli, plevra boşluğunun sirkulyar drenajı tətbiq edilməli və boşluq mütəmadi olaraq yuyulmalıdır (N.N.Kanşin). Qabırğanın, döş sümüyünün və kürəyin osteomieliti zamanı irinlənmiş sümük toxuması rezeksiya olunmalı, yara sanasiya edilməlidir. Bütün bu tədbirlər kompleks medikamentoz və fizioterapevtik müalicə üsulları ilə birlikdə həyata keçirilməlidir.

Yaralılara qan, zülal məhsulları, elektrolitlər, köçürülməli, bərpa müalicə tədbirləri yerinə yetirilməli, irinliklər vaxtında aşkar edilməli və drenaj olunmalıdır. Yaralıların qidalanması yüksək kalorili, vitaminlər, karbohidratlar və zülallarla zəngin olmalıdır. Bu mərhələdə həmçinin əlavə bərpa və plastik cərrahi əməliyyatları da həyata keçirilə bilər. Müalicə başa çatdıqdan sonra yaralılar döyüş qabiliyyətinin təyini məqsədilə hərbi həkim komissiyasından keçirilməlidirlər.

Hərbi xidmətçilər arasında döş qəfəsi zədələnmələri yaralanmalar və qapalı zədələnmələr şəklində təsadüf edilir. Xaraktericə yaralanmalar təksaylı, çoxsaylı, müstəqil və kombinasiya şəklində müşahidə olunur. Yara kanalının formasına görə yaralanmalar dəlib-keçən, kor və toxunan istiqamətli, yaralanmanın boşluqlara olan münasibətinə görə daxilə keçən və daxilə keçməyən, ağırlıq dərəcəsinə görə yüngül, orta ağırlıqlı, ağır və daha ağır formalı olurlar. Toxunan istiqamətli və daxilə keçməyən yaralanmalar arasında yüngül yaralılar, daxilə keçən çoxsaylı və müstəqil yaralanmalar arasında isə ağır yaralılar əksəriyyət təşkil edir.

Mina-partlayış zədələnmələri eyni zamanda mexaniki, termik və bəzən kimyəvi zədələnmələrlə müstəqillik təşkil etdiyindən, bu tipli yaralanmalar daha ağır zədələnmələr qrupuna daxildir. Mina-partlayış zədələnmələrində hətta daxilə keçməyən zədələnmələrdə belə, daxili orqanların: ağciyərlərin, ürəyin və böyük damarların kontuzion zədələnmələri də mümkündür. Bu, özünü travmatik pulmonit və travmatik miokard infarktı şəklində göstərir, yaralıların vəziyyəti daha ağır olur, qarşılıqlı ağırlaşma sindromu meydana çıxır.

Hərbi xidmətçilər arasında mexaniki zədələnmələr hərbi əməliyyatlar (manevrlər) zamanı, yol-qəza hadisələri, yüksəklikdən düşmə, bəzən təbii fəlakətlər nəticəsində baş verə bilər. Bu halda da zədələnmələr qapalı və açıq şəkildə təsadüf edilə bilər. Zədələnmələr zamanı çoxsaylı qabırğa sınıqları, fəqərələrin və döş qəfəsinin digər sümüklərinin də sınıqları, daxili orqanların zədələnmələri və i.a. müşahidə oluna bilər. Bunlar ağır zədələnmələr qrupuna daxildir.

Döş qəfəsi yaralanmaları və zədələnmələrinin diaqnostikası fiziki müayinə üsulları və klinik əlamətlər əsasında təyin edilməli, diaqnozun dəqiqləşdirilməsi məqsədilə rentgen, laborator və digər yardımçı müayinə metodları tətbiq olunmalıdır.

Yaralılara yardım döyüş zonasından başlanmalı, döş qəfəsinin açıq yaraları (açıq pnevmotoraks zamanı) kəpəklə bağlanılmalı, şok və asfiksiya əleyhinə tədbirlər görülməli, yaralılar döyüş zonasından çıxarılmalıdır. Sonrakı mərhələlərdə pnevmotoraks, hemotoraks və qabırğaların çoxsaylı sınıqlarına görə müvafiq tədbirlər yerinə yetirilməli, hemotoraks və pnevmotoraks zamanı döş qəfəsi iki ədəd standart plastik (rezin) borularla drenaj olunmalı, sınıq nahiyələri leykoplastıqla fiksə olunmalı, zədələnmə olan tərəfdə vaqosimpatik blokadalar yerinə yetirilməli, lazım gəldikdə traxeostoma qoyulmalıdır. Davam edən daxili qanaxmalar və qarşısının alınması mümkün olmayan gərgin pnevmotoraks zamanı operativ müdaxilə yerinə yetirilməlidir. Vəziyyətləri stabilləşdikdən sonra yaralılar arxa hospital bazaya, yaxud klinikalara köçürülməli və burada müalicə axıra qədər davam etdirilməlidir. Yaralıların köçürülməsində hava nəqliyyatından geniş istifadə olunmalı, müalicə hərbi-həkim ekspertizası ilə başa çatdırılmalıdır.

TORAKOABDOMİNAL YARALANMALAR VƏ ZƏDƏLƏNMƏLƏR

TƏDRİS SUALLARI

20.1. Torakoabdominal yaralanmaların və zədələnmələrin təsnifatı.

20.2. Torakoabdominal yaralanmaların və zədələnmələrin klinikası, simptomatologiyası və diaqnostikası.

20.3. Torakoabdominal yaralanmaların və zədələnmələrin müalicəsi.

20.4. Tibbi təxliyə mərhələlərində yardımın həyata keçirilməsi qaydaları.

20.1. TORAKOABDOMİNAL YARALANMALARIN VƏ ZƏDƏLƏNMƏLƏRİN TƏSNİFATI

Torakoabdominal yaralanmalar da digər yaralanmalar kimi odlu silahın növünə görə, yaralanmanın xarakterinə görə, yara kanalının forması, istiqaməti və yaralanmanın boşluğa olan münasibətinə görə təsnif olunurlar:

TORAKOABDOMİNAL YARALANMALARIN VƏ ZƏDƏLƏNMƏLƏRİN TƏSNİFATI II.

I— TORAKOABDOMİNAL YARALANMALAR

1) YARALANMALARIN MƏNŞƏYİNƏ GÖRƏ

a) ODLU SİLAH YARALANMALARI:

–güllə yaralanması,

–qəlpə yaralanması,

–partlayış zədələnmələri,

–oxvari elementlərlə zədələnmələr.

b) SOYUQ SİLAH YARALANMALARI

c) DİGƏR SƏBƏBLİ YARALANMALAR

2) YARALANMANIN XARAKTERİNƏ GÖRƏ:

–təksaylı yaralanmalar,

–çoxsaylı yaralanmalar,

–kombinə olunmuş yaralanmalar.

3) YARA KANALININ FORMASINA GÖRƏ:

- dəlib-keçən yaralanma,
- kor yaralanma,
- toxunan istiqamətli (tangensial) yaralanma.

4) KANALININ BOŞLUĞA OLAN MÜNASİBƏTİNƏ GÖRƏ:

- torakoabdominal yaralanma,
- abdominotorakal yaralanma,
- torako-abdomino-spinal yaralanma.

5) YARA KANALININ İSTİQAMƏTİNƏ GÖRƏ:

- frontal istiqamətli yaralanma,
- sagittal istiqamətli yaralanma,
- çəp istiqamətli yaralanma.

6) KLİNİK GEDİŞİNƏ GÖRƏ:

- döş qəfəsi orqanlarının zədələnməsinin klinik əlamətləri ilə
- qarın zədələnmələrinin klinik əlamətləri ilə
- qarışıq formalı klinik əlamətlərlə

II— TORAKOABDOMİNAL ZƏDƏLƏNMƏLƏR

1) ZƏDƏLƏNMƏLƏRİN MƏNŞƏYİNƏ GÖRƏ:

- yol-nəqliyyat hadisələri
- istehsalat (xidməti) zədələmələri
- təbii fəlakətlərlə əlaqədar zədələnmələr və s.

2) ZƏDƏLƏNMƏLƏRİN XARAKTERİNƏ GÖRƏ:

- A) açıq zədələnmələr
- B) qapalı zədələnmələr

3) ZƏDƏLƏNMƏLƏRİN KLİNİK GEDİŞİNƏ GÖRƏ:

- döş qəfəsi orqanlarının zədələnməsinin üstünlüyü ilə
- qarın zədələnmələrinin üstünlüyü ilə
- qarışıq formalı klinik əlamətlərlə

20.2. TORAKOABDOMİNAL YARALANMALARIN VƏ ZƏDƏLƏNMƏLƏRİN KLİNİKASI, SİMPATOMATOLOGİYASI VƏ DİAQNOSTİKASI

Əksər müəlliflərin fikrincə torakoabdominal yaralanmalar bütün döş və qarın yaralanmalarının 4%-dən 20%-nə qədərini təşkil edir. Statistik məlumatlar göstərir ki, soltərəfli yaralanmalar daha ağır gedişə

malik olub, yüksək ölüm verir. İkinci dünya müharibəsində torakoabdominal yaralanmalardan ölənlər 80% təşkil etmişdir. Torakoabdominal yaralanmalar bizim təcrübədə bütün döş qəfəsi yaralanmalarının 11,4%-ni təşkil etmişdir. Bu zaman fəsadlaşmalar döş qəfəsinin adi yaralanmalarında olduğundan iki dəfə artıq (34%) olmuşdur. Döş qəfəsinin adi yaralanmalarında ölüm halı orta hesabla 5% təşkil etdiyi halda, torakoabdominal yaralanmalarda 16,2% təşkil etmişdir. Soltərəfli fə frontal istiqamətli torakoabdominal yaralanmalar daha ağır klinik gedişə malik olmuşdur. Birinci halda ürək, ikinci halda isə hər iki plevra boşluğu zədələnməyə daha çox məruz qalmışdır. Bundan əlavə torako-abdomino-spinal xarakterli yaralanmalar da məlumdur ki, bu zaman əlavə olaraq fəqərə sütunu və onurğa beyni də zədələndiyindən bunlar daha ağır yaralanmalar qrupuna daxildir. Yaralanmaların ağırlıq dərəcəsi yara kanalının formasından əlavə odlu silahın növündən də çox asılıdır. Belə ki, kor güllə və dəlib-keçən qəlpə yaralanmaları daha ağır klinik gedişə malik olurlar. Müasir qeyri-stabil güllə yaralanmaları zamanı daha çox orqan zədələnməsi aşkar olunur.

Yaralanmaların orta hesabla 40%-ni abdominatorakal yaralanmalar təşkil edir, yəni yara kanalının giriş nöqtəsi qarında, çıxış nöqtəsi isə döş qəfəsində yerləşir, yaxud ümumiyyətlə yara kanalının çıxış nöqtəsi olmur (kor yaralanmalar). Abdominatorakal yaralanmanın da klinik gedişi və müalicə taktikası eyni olduğundan, bunlar da torakoabdominal yaralanma başlığı altında verilmişdir. Bizim təcrübədə abdominatorakal yaralanmalar 44,3% təşkil etmişdir.

Torakoabdominal yaralanmaların əlamətləri döş, qarın və qarışıq simptomokompleks şəklində keçə bilər. Yara proyeksiyasının döş qəfəsinin nisbətən aşağı hissələrini tutduğu hallarda torakoabdominal yaralanmalara şübhə daha çox olur. Qeyri-stabil odlu silahların istifadəsi (5,45 avtomat güllələri, oxvari elementlər və i.a.) müştərək yaralanmalar kimi torakoabdominal zədələnmələrin də artmasına şərait yaratmışdır.

Torakoabdominal yaralanmalarda klinik əlamətlər ya döş, ya da qarın əlamətlərinin üstünlüyü ilə keçə bilər. Bir sıra hallarda isə həm qarın, həm də döş qəfəsi orqanları zədələnməsi əlamətləri eynilə qabarıq şəkildə müşahidə olunur. Bu qrup yaralıların vəziyyəti daha ağır olur.

Döş qəfəsi orqanlarının zədələnməsi əlamətlərinin üstünlüyü zamanı yaralılarda kəskin tənəffüslik, ürəkdöyünmə, plevraxili qanaxma əlamətləri, qanhayırmalar, öskürək, kəskin zəiflik, auskultasiya zamanı yaralanma tərəfdə tənəffüsün zəifləməsi, yaxud olmaması, perkutor müayinədə həmin sahədə kütlük, yaxud timpanit əlamətləri qeyd edilir. Bəzi hallarda qarın boşluğu orqanları zədələnməsi əlamətləri aşkar olunmaya da bilər. Laparosentez, laparoskopiya, yaxud torakoskopiyanın aparılması diaqnozun asanlaşmasına imkan verir.

Qarın əlamətlərinin üstünlüyü hallarında boşluqlu və parenximatoz orqanların zədələnməsinin aşkar əlamətləri, daxili qanaxma və şok əlamətləri müşahidə olunur. Obyektiv müayinələrdə döş qəfəsi orqanlarının zədələnməsi əlamətləri bir o qədər də aşkar müşahidə olunmur. Yaranın VI-X qabırğalar arasında yerləşməsi diafraqmanın zədələnməsinə şübhəni artırır. Bu hallarda diafraqmanın defekti kiçik olur və daxili orqanların plevra boşluğuna yerdəyişməsi halları müşahidə olunmur.

3-cü qrup yaralanmalarda həm döş, həm də qarın orqanlarının yaralanma əlamətləri birlikdə müşahidə olunur. Bunlarda kəskin tənəffüs və ürək-damar çatmamazlığı, peritonit, kəskin qanıtırmə şok əlamətləri ilə birlikdə keçir. Zədələnmələrin soltərəfli lokalizasiyaları daha ağır gedişə malik olur. Bu zaman bir neçə boşluqlu və parenximatoz orqanların birlikdə zədələnmə halları aşkarlanır.

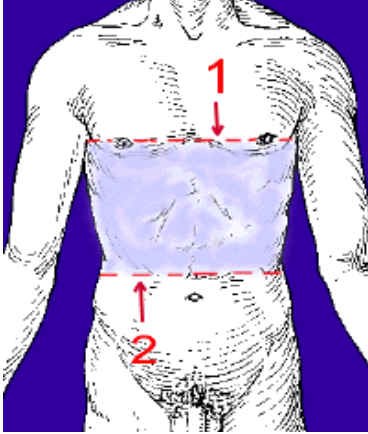
V.D.Kolesnikova və başqalarının (1981) fikrincə torakoabdominal yaralanmalar üç simptomokompleks şəklində müşahidə olunur.

1. Ürək-damar çatmamazlığının üstünlüyü ilə - 25%
2. Hipovelemiya əlamətlərinin üstünlüyü ilə - 35%
3. Peritonit əlamətlərilə - 39%

Birinci qrup yaralılarda müalicə açıq və qapaqlı pnevmotoraksların ləğvi, qanaxmanın dayandırılması, hematoperikardın ləğvi istiqamətində aparılmalıdır. İkinci qrup yaralılarda qanaxma 2 litr

və daha artıq ola bilər. Qanaxma təcili olaraq dayandırılmalı, hipovelemya və mübadilə pozğunluqları aradan götürülməlidir. Üçüncü qrup yaralıları isə əsas vəzifə qarın boşluğu orqanlarının zədələnməsinə görə operativ müdaxilələrin aparılması və peritonitlərin effektiv müalicəsinin həyata keçirilməsindən ibarət olmalıdır.

Əgər yara öndən-sağdan IV, soldan V qabırğaarasında, arxadan VIII-XI qabırğalararası sahədə yerləşibse, plevra boşluğu ilə bərabər qarın boşluğu orqanlarının da zədələnməsinə şübhə artır. Sağdan zədələndikdə qara ciyər, soldan zədələndikdə dalaq, yoğun bağırsağın dalaq ayrılığı, mədə yaralanması üstünlük təşkil edir. Yadda saxlamaq lazımdır ki, qəlpə yaralanmaları və qeyri-stabil güllə yaralarının (5,45 avtomat güllələri) keçdiyi kanal müxtəlif istiqamətli olduğundan orqanların zədələnməsi də bir-birindən fərqli variantlarda gedə bilər.



Şəkil 20.1 Torakoabdominal yaralanmalar üçün xas olan sahə

Torakoabdominal yaralanmalar zamanı bəzən yaranın xaricdən müayinəsi çox şey deyə bilər. Döş qəfəsi yarısından böyük piyliyin xaric olması, rentgen müayinəsində mədənin, yaxud bağırsağ ilgəyinin plevra boşluğunda olması torakoabdominal yaralanmaların təkzibolunmaz əlamətlərindəndir.



Şək. 20.2 Ağır formalı torakoabdominal yaralanma. Nazik bağırsağ döş qəfəsi yarısından kənara çıxmışdır.

Bir sıra hallarda (25% halda) yaralanmalarda döş əlamətləri üstünlük təşkil etdiyindən, bu zaman qarın zədələnməsi əlamətləri kölgədə qalır, yaxud zədələnmələr daha gec aşkar olunur. Belə hallarda laparosentez, yaxud laparoskopiyanın aparılması vacibdir. Ehtiyac olduqda diaqnostik laparotomiyadan də çəkinmək lazım deyildir.

Qarın orqanlarının zədələnməsi əlamətlərinin üstünlüyü orta hesabla 40% təşkil edir. Yaralanmanın torakoabdominal xarakteri çox vaxt operativ müdaxilə zamanı aşkar olunur. Cərrahi əməliyyat zamanı diafraqma yarısının tikilməsi yaddan çıxarılmamalıdır. Bir sıra hallarda torakoabdominal yaralanmalar zamanı, xüsusilə giriş nöqtəsi qarında olan kor abdominotorakal yaralanmalarda diafraqmanın zədələnməsi nəzərdən qaçırılır. Bu səbəbdən diafraqmanın yarası açıq qalır, plevra boşluğu drenaj olunmur. Nəticə etibarilə operativ müdaxilədən sonrakı müddətdə qarın boşluğuna qoyulmuş drenaj borularından hava diafraqma yarısından plevra boşluğuna sorularaq, gərgin pnevmotoraksların əmələ gəlməsinə səbəb olur. Bundan əlavə plevra boşluğunun drenaj olunmaması sonralar laxtalanmış

hemotoraksların, plevradaxili qanaxmaların və hemotoraksın irinləməsi əlamətlərinin müşahidə olunmasına səbəb ola bilər.

Torakoabdominal yaralanmaların gedişi yalnız yaralanmanın böyüklüyündən asılı olmayıb, həmçinin hər iki seroz boşluğun, eləcə də yara nahiyəsinin boşluqlu orqanların möhtəviyyəti ilə çirklənmə dərəcəsiindən də çox asılıdır. Buna görə də torakoabdominal yaralanmalar zamanı plevra boşluğunun iltihabi fəsadlaşmaları daha çox müşahidə edilir. Bura plevranın empieması, pnevmoniya ilə fəsadlaşma və s. aiddir. Bu və ya digər orqanın zədələnməsindən asılı olaraq torakoabdominal yaralanmalar zamanı peritonitlər müxtəlif gedişdə müşahidə oluna bilər.

Sağtərəfli zədələnmələrdə adətən qaraciyər prosesə daha çox məruz qalır. Qaraciyərin dəlib-keçən yaralanmalarında bir sıra hallarda sağ böyrəyin və yoğun bağırsağın dalaq əyriliyi, yaxud köndələn çənbər bağırsağ prosesə daha çox uğrayır. Soltərəfli yaralanmalarda çox vaxt prosesə mədə, dalaq, yoğun bağırsağın dalaq əyriliyi və s. uğrayır. Bu zaman qarın boşluğu orqanları plevra boşluğuna keçə bilər. Axırını xüsusi diaqnostik əhəmiyyətə malikdir.

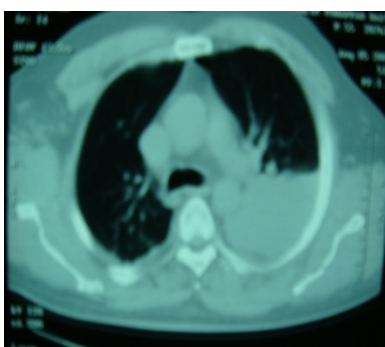


Şəkil 20.3 Totakoabdominal güllə yaralanması. Döş qəfəsi yarısından böyük piylik kənara çıxmışdır. (Şəxsi təcrübəmizdən x/t 1239)

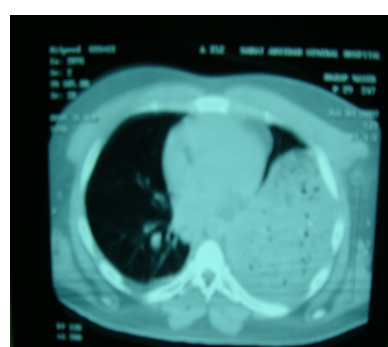
Mürəkkəb politravmatik zədələnmələr zamanı (Xüsusilə yol-nəqliyyat hadisələri zamanı) müştərək döş-qarın zədələnmələrində dəri tamlığı pozulmasa da, bu zaman qabırğaların çoxsaylı sınıqları ilə əlaqədar olaraq, döş qəfəsinin flotasiyası, dəridə geniş qansızmalar və i.a. əlamətlər də müşahidə olunur. Belə hallarda diafraqmanın zədələnməsi kompüter tomoqrafiyası ilə təyin etmək mümkündür (Şəkil 20.4).



a)



b)



c)

Şəkil 20.4 Yol-nəqliyyat hadisəsi nəticəsində zədə almış xəstənin döş qəfəsinin kompüter tomoqramması. Sol kürək sümüyünün sınığı qabırğaların soldan çoxsaylı sınığı, mədənin bütünlüklə plevra boşluğunda olması, divararalığın əks tərəfə basılması qeyd edilir. (Şəxsi təcrübəmizdən)

Əksər tədqiqatçıların fikrincə torakoabdominal yaralanmalarda diafraqmanın zədələnməsi mütləq hal kimi qiymətləndirilir. Lakin Qarabağ müharibəsinin təcrübəsi göstərmişdir ki, torakoabdominal odlu silah yaralanmalarında diafraqma zədələnməyə də bilər. Bu yaralanmalar döş və

qarın nahiyələrinin toxunan istiqamətli müştərək yaralanmalarında odlu silahın "yan zərbəsi" nəticəsində baş verir. Belə yaralanmalar bizim təcrübəmizdə dəfələrlə təsadüf edilmişdir. Bütün hallarda döş-qarın sahəsində tangensial (toxunan) istiqamətli zolaqşəkilli yaralar aşkar edilmiş, yaraların daxilə keçməməsi sübuta yetirilmişdir. İlk baxışdan belə təsəvvür yarana bilər ki, daxili orqanlar zədələnməmişdir. Lakin yaralanmanın klinik gedişi və obyektiv müayinələr nəticəsində aydın olmuşdur ki, yaralılarda həm döş qəfəsi, həm də qarın boşluğu orqanları zədələnməmiş, hemotoraks və pnevmotoraks, daxili qanaxmalar müşahidə edilmişdir. Biz öz təcrübəmizdə bu tipli nadir yaralanmaya 7 halda rast gəlmişik. Bütün yaralılar təcili olaraq cərrahi əməliyyat otağına götürülmüş, mərkəzi venalar kavofikslə kateterizə edilmiş, travmatik odlu silah şoku əleyhinə intensiv terapiya həyata keçirilmiş, plevra boşluğu standart drenaj edildikdən sonra laparotomiya həyata keçirilmiş, intraoperasion tapıntıdan asılı olaraq bu və ya digər cərrahi yardım yerinə yetirilmişdir. Cərrahi əməliyyat qarın boşluğunun adekvat drenajı və yaranın cərrahi işlənməsi ilə başa çatdırılmışdır.

Yaralı əsgər M.Z., 1960-cı il təvəllüdü, 10.01.94-cü il tarixdə saat 18.30 radələrində döş qəfəsinin, qarın və qasıq nahiyəsinin boylama-toxunan istiqamətli güllə yarası, soldan-öndən VII, VIII və IX qabırğaların açıq sınığı, III dərəcəli travmatik şok, davam edən daxili qanaxma diaqnozu ilə hərbi-səhra cərrahiyyəsi hospitalına daxil olmuşdur (x/t 3235). Ümumi vəziyyəti ağırdır. Döş qəfəsinin sağ yarısı nəfəs aktında zəif iştirak edir. Qarın gərgin və ağrıdır. Döş qəfəsinin sağ yarısından başlayıb, döş sümüyündən 4-5 sm kənara boylama istiqamətində toxunub keçən, dərialtı piy təbəqəsini və qismən əzələ və fassial qatları zədələyən güllənin açdığı "yol" sağ qasıq nahiyəsində qurtarır. Nəbzi dəqiqədə 120-125, ritmik, zəif dolğunluqlu, arterial təzyiqi 75-80/40 mm c.s.-dur.

Yaralının sol plevra boşluğu qəbul olunmuş qaydada iki rezin boru ilə drenaj olundu. Laparosentez borusunda qan olduğunu nəzərə alaraq, intubasion narkoz şəraitində laparotomiya olundu. Daxili orqanların təftişi zamanı mədənin ön divarının deşilməsi aşkar olundu. Mədənin arxa divarının tamlığı pozulmamışdır. Mədənin yarası tikildi. Qarın boşluğu yuyulub drenaj edildikdən və bağlandıqdan sonra yaralanmış cinsi orqanın kavernoza hissəsinə tikişlər qoyuldu. Yaralar birincili cərrahi işləndi və aseptik sarıdı.

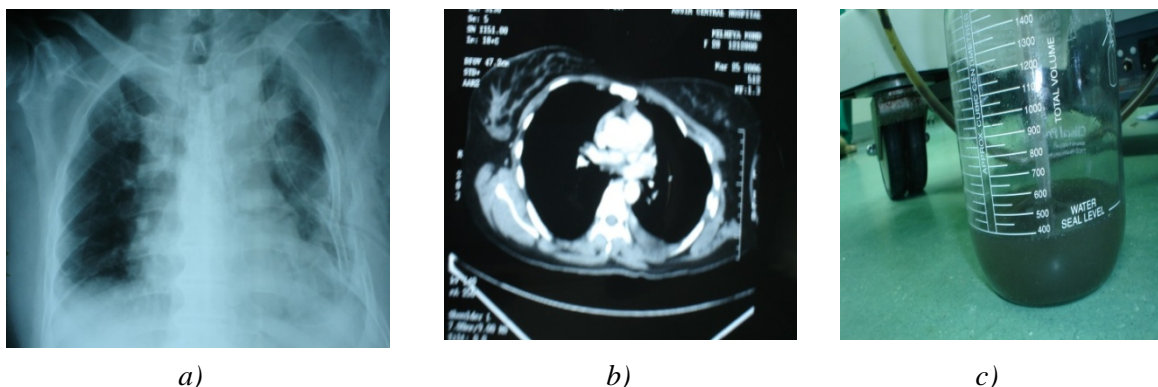
20.3. TORAKOABDOMİNAL YARALANMALARIN VƏ ZƏDƏLƏNMƏLƏRİN MÜALİCƏSİ

Yaralanmalar ciddi olduğu üçün yaralılar operativ müdaxiləyə xüsusi olaraq hazırlanmalı, şok və qanıtırmələrə qarşı əvvəlcədən müvafiq tədbirlər həyata keçirilməlidir. Yaralıya vəqosimpatik blokada olunmalı, çarpayının baş tərəfi qaldırılmalı, venaya qlükoza məhlulu, poliqlükin, ringer-laktat məhlulu və göstəriş olduqda qan köçürülməli, ürək dərmanları, ağrıkəsicilər vurulmalıdır. Lazım gələrsə qabırğaarası novakain blokadaları da həyata keçirilməlidir. Bütün hallarda torakoabdominal yaralanmalarda müalicə plevra boşluğunun drenajından başlanılmalı, yalnız bundan sonra laparotomiya həyata keçirilməlidir.

Əvvəlcə plevra boşluğu iki rezin boru ilə drenaj olunmalıdır. Alınmış qanın reinfuziyasına tələsmək lazım deyil. Bu, yalnız boşluqlu orqanların zədələnməsinə şübhə olmadıqda yerinə yetirilməlidir. Plevra boşluğundan güclü qanaxma baş verdikdə təcili torakotomiya olunmalıdır. Torakotomiyaya ehtiyac olmadıqda şübhəli hallarda laparosentez olunmalı, aşkar peritondaxili qanaxma əlamətləri olduqda birbaşa laparotomiya həyata keçirilməlidir.

Torakoabdominal yaralanmalarda hansı operativ müdaxilənin tətbiqinə gəldikdə isə, buna fərdi yanaşılmalıdır. Döş qəfəsi orqanlarının zədələnmə əlamətləri üstünlük təşkil etdikdə əvvəlcə torakotomiya aparılmalı, qanaxma və plevra boşluğundakı gərginliyin səbəbi aradan qaldırıqdan sonra diafraqma yarası tikilməli, plevra boşluğu drenaj olunmalı, torakotomiya yarası bağlanılmalı, operativ müdaxilə laparotomiya və qarın boşluğu orqanlarının təftişi ilə başa çatdırılmalıdır. Operativ müdaxilə zamanı ağ ciyər yarasının cərrahi işlənməsi diqqətlə yerinə yetirilməli və toxumaların kəsilib götürülməsi qənaətlə aparılmalıdır. Yalnız tam həyatı qabiliyyəti olmayan toxumalar kəsilib götürülməlidir.

Bir sıra hallarda torakoabdominal yaralanmaların (zədələnmələrin) diaqnostikası zədələnmənin mürəkkəbliyi ilə əlaqədar olaraq hətta ən ixtisaslaşdırılmış klinikalarda belə nəzərdən qazırıla bilər, yaxud yaxud təsadüf nəticəsində təyin oluna bilər. Bunu aşağıdakı xəstəlik tarixindən güzmək olar:



Şəkil 20.5 a-b) Torakoabdominal zədələnməsi olan xəstənin döş qəfəsinin rentgenoqramması və kompüter tomoqramması. c) Mədə zondundan yeridilmiş kontrast plevra boşluğuna yeridilmiş borudan xaric olur. İzahi tekstdə verilmişdir (Şəxsi təcrübəmizdən).

56 yaşlı xəstə S.M. yol-nəqliyyat hadisəsindən sonra təcili yardım maşını ilə periferik xəstəxanadan ağır kəllə-beyin zədələnməsi, döş qəfəsinin sol yarısının və qarının kütlə travması, sol qabırğaların çoxsaylı sınığı diaqnozu ilə N saylı Regionar Mərkəzi xəstəxanaya gətirilmişdir. Huşu aydın deyil; koma vəziyyətindədir. Qlazqo koma şkalası 4/15-dir. Sol tərəfdə qabırğaların çoxsaylı sınıqları ilə əlaqədar döş qəfəsi flotasiya edir. Qarın yumşaqdır. Gərginlik qeyd edilməyir(!). Döş qəfəsinin rentgen şəklində və kompüter tomoqrammasında soltərəfli hemotoraks və qabırğaların çoxsaylı və ikiqat sınıqları qeyd edilir. Qarının kompüter tomoqrafiya müayinəsində patologiya aşkar edilmədi. Döş qəfəsinin flotasiyasını nəzərə alaraq toxumaların oksigenlə təchizatını yaxşılaşdırmaq, asidozun qarşısının alınması məqsədilə traxeya intubasiya olundu və avtomatik ventilyasiya sistemə keçirildi. Sol plevra boşluğu drenaj edildi. Aparılan kompleks müalicəyə baxmayaraq xəstənin vəziyyətində yaxşılaşma əlaməti qeyd edilmədi. Sol ağciyərdə konsolidasiya əlamətləri qeyd edilir.

Hospitalizasiyanın 3-cü günü plevra boşluğundan bulanıq seroz mayenin xaric olması qeyd edildi. Mayenin pH-ı turşudur(!). Mədə zondundan 50 ml metilen abısı yeridildikdən 40 dəqiqə sonra plevra boşluğundan xaric olan mayenin göy rəngə boyanması aşkarlandı (Şəkil 20.6). Xəstəyə kontrast kompüter tomoqrafiyası həyata keçirildi. Diafraqmanın soltərəfli zədələnməsi və mədə zondunun ucunun plevra boşluğunda olması aşkarlandı Xəstə təcili olaraq torakoabdominal zədələnməyə görə əməliyyat otağına gətirildi. 8-ci qabırğaarasından soltərəfli ön-yan torakotomiya həyata keçirildi. Təftiş zamanı diafraqmanın sınımış qabırğa ucları ilə zədələnməsi, mədənin zədələnməsi, mədə zondunun ucunun plevra boşluğunda olması aşkarlandı. (Şəkil 20.7a). Mədənin defekti diafraqma tərəfdən bərpa olundu. Diafraqmanın defekti ikiqat tikilməklə duplikatura edildi. (Şəkil 20.7b). Plevra boşluğu drenaj olundu və torakotom yara qatlarla tikildi.

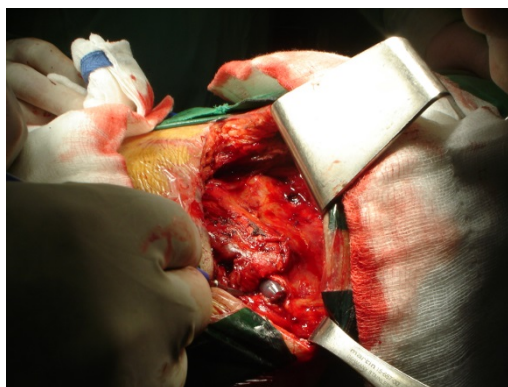
Yaralanma zamanı qarın əlamətləri üstünlük təşkil etdiyi hallarda əməliyyat laparotomiyadan başlanılmalıdır. Torakotomiya olunmadan laparotomiya və qarın boşluğunda cərrahi əməliyyatlardan sonra plevra boşluğundan qanaxmanın gücləndiyi hallarda isə (bu, qan təzyiqinin normallaşması ilə əlaqədar olur) laparotom yarası bağlanılmalı, yalnız bundan sonra torakotomiya olunmalıdır. Freniko-laparotorakotom kəsiklə cərrahi əməliyyat travmatik olduğu üçün bundan istifadə olunması məsləhət görülmür. Eyni zamanda həm torakotomiya və həm də laparotomiyanın aparılmasından çəkinmək lazımdır. Çünki bu metod daha travmatik olduğu üçün ağır yaralılara məsləhət görülmür. [Torako-freniko-laparotom kəsik (M.A.Topçubaşov-E.Berqmann-J.A.Israeli kəsiyi) daha travmatik olduğu üçün bu, ağır yaralılara tətbiq edilməməlidir].

Torakoabdominal yaralanmalar zamanı əsas (dominant) əlamətlər qarın orqanları tərəfdən müşahidə olunarsa, plevra boşluğu qəbul olunmuş qaydada drenaj olunduqdan sonra laparotomiya həyata keçirilməlidir. Boşluqlu orqanlarda zədələnmə yoxdursa, plevra boşluğundan alınmış qan reinfuziya

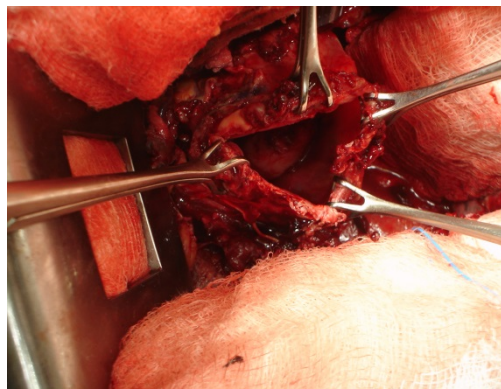
oluna bilər. Qarın boşluğuna keçən bütün yaralanmalar laparotomiyaya göstərişdir. Xüsusilə daxili qanaxma və peritonit əlamətləri zamanı operativ müdaxilə təxirə salınmadan həyata keçirilməlidir. Unutmamalıdır ki, bəzən ağır şok vəziyyətlərində yaralanmaların əsas əlamətləri pərdələyə bilər.



Səkil 20.6 Kontrast kompüter tomoqrammada diafraqmanın sol tərəfli zədələnməsi və mədə zondunun ucunun plevra boşluğunda olması aşkarlanır (Şəxsi təcrübəmizdən).



a)



b)

Şəkil 20.7 TORAKOABDOMINAL YARALANMA. a) Mədə zondunun ucu plevra boşluğundadır. b) Diafraqma defektinin mobilizasiyası (Şəxsi təcrübəmizdən).

Digər hallarda laparosentez olunmalı, qarındaxili orqanların zədələnməsinə şübhə olduqda laparotomiya yenə də ön planda durmalıdır. Laparotomiya zamanı tam hemostaz həyata keçirilməli, boşluqlu orqanların zədələnmə dərəcəsi və zədələnmənin xüsusiyyəti, diafraqma yarasının vəziyyəti təyin edilməlidir. Diafraqma yarasının abdominal yolla, xüsusilə sağdan tikilməsi çətinlik törətdikdə qara ciyərin asılan bağı kəsilməklə orqanə mobil vəziyyət verilməli, həm diafraqma, həm də qara ciyərin yarası tikilməli, cərrahi müdaxilənin axırında qaraciyərin asılan bağı (oraqvari bağı) bərpa olunmalıdır. (Qeyd etmək lazımdır ki, bir sıra müəlliflər (M.A.Topçubaşov) qara ciyərin diafraqma səthinin yarasının və diafraqma defektinin tikilməsi məqsədilə qabırğaların rezeksiyasını məsləhət görürdülər. Lakin bu üsul hazırda tətbiq olunmayıb, yalnız tarixi əhəmiyyətə malikdir.

Qaraciyərin odlu silah yaralarının cərrahi işlənməsi diqqətlə yerinə yetirilməlidir. Çünki yara şərti olaraq infeksiyalaşmış olur, bəzən yara kanalında qəlpələr, paltar parçaları, torpaq və s. ola bilər. Həyati qabiliyyəti olmayan toxumalar, qan laxtaları, yad cisimlər kənar edilməlidir. Qaraciyərin geniş yaraları tikildikdən sonra xolesistostoma həyata keçirilməli və qarın boşluğu drenaj olunmalıdır. Drenaj borusunun mənfəzi kifayət qədər geniş olmalıdır.

Operativ müdaxilədən sonrakı müddət ərzində ağciyərlərin normal ventilyasiyasının təmin edilməsi, traxeya və bronxlarda yığılmış ifrazatın vaxtaşırı təmizlənməsi və sanasiyası da vacib məsələlərdəndir. İlk sutka ərzində oksigen terapiyasının həyata keçirilməsi vacibdir. Traxeya və bronxlar vaxtaşırı selikdən təmizlənməli, nəfəs yoluna bronxolitiklər, proteolitiklər yeridilməli, inhalyasion və fizioterapevtik müalicə üsullarından istifadə edilməlidir. Mayelərin köçürülməsi zamanı su-elektrolit tarazlığının tənzimlənməsinə nəzarət edilməli, kiçik qan dövranındakı durğunluğun artmasına (ağciyər hipertenziyasına) yol verilməməlidir. Ağ ciyərin ödemli təhlükəsi yarandıqda kalium defisitinin nəzərə alınması ilə diuretiklərdən istifadə olunmalıdır. Travmatik və istərsə də durğunluq pnevmaniyanın aradan qaldırılması məqsədilə lazımi profilaktik tədbirlər həyata keçirilməlidir.

Bizim təcrübədə torakoabdominal zədələnmələr zamanı bütün hallarda patoloji prosesin dominantlığından asılı olaraq, operativ müdaxilə döş, yaxud qarın boşluğundan başlanılmış, əvvəlcədən plevra boşluğu müvafiq qaydada drenaj olunmuş, mədə-bağısaq sistemi orqanlarının zədələnməsi hallarında alınmış qanın reinfuziyasından imtina edilmişdir.

Torakoabdominal yaralanmalar zamanı daxili orqanların zədələnmələri əksərən müştərək şəkildə müşahidə edilir. Qarabağ müharibəsində torakoabdominal zədələnmələr zamanı orqan zədələnməsi 69,6% halda müştərək şəkildə müşahidə edilmiş, yalnız 30,4% halda zədələnmələr təcrid olunmuş xarakterə malik olmuşdur:

M.S., 1975-ci il təvəllüdü, 04.07.93-cü il tarixdə saat 14.40 radələrində hərbi-səhra cərrahiyyəsi hospitalına sağtərəfli torakoabdominal qəlpə yarası, III dərəcəli travmatik şok, daxili qanaxma diaqnozu ilə daxil olmuşdur (x/t 2492). Təcili olaraq sağ plevra boşluğu iki rezin boru ilə drenaj olunmuşdur. Plevra boşluğundan 550 ml qan və hava xaric olunması aşkar edildi. Laparosentez borusundan qan xaric olduğu üçün laparotomiya həyata keçirildi. Qarın boşluğunda 1 litrə qədər qan vardır. Təftiş zamanı diafraqmanın və qara ciyərin sağ payının kənarı yaralanması aşkar olundu. Yaralar tikildi, qarın boşluğu drenaj olundu. Döş və qarın boşluğundan alınmış qan reinfuziya olundu. Operativ müdaxilədən sonrakı dövr yaralanma və həyata keçirilmiş operativ müdaxilənin ağırlıq dərəcəsinə uyğundur. Hemodinamik göstəricilər stabilləşdikdən sonra yaralı 3 gündən sonra helikopterlə Bakı şəhərinə təxliyə olundu.

Başqa bir misal:

M.Q., 1951-ci il təvəllüdü, 10.07.93-cü il tarixdə saat 10.30 radələrində yaralandıqdan 1 saat 40 dəqiqə sonra hospitala bədənin çoxsaylı qəlpə yaraları, torakoabdominal yaralanma, soltərəfli hemopnevotoraks, III dərəcəli travmatik şok diaqnozu ilə daxil olmuşdur (x/t 2528). Sol plevra boşluğu qəbul olunmuş qayda üzrə drenaj olundu, qarın gərgin olduğu üçün laparotomiya həyata keçirildi. Diafraqmanın və nazik bağırsağın dörd yerdən yaraları tapılıb tikildi, metal qəlpə qarının ön divarından çıxarıldı. Qarın boşluğu yuyuldu və drenaj olundu. Operativ müdaxilədən sonrakı dövr xəstənin vəziyyəti yaralanma və keçirilmiş operativ müdaxilənin ağırlıq dərəcəsinə uyğundur. Hemodinamik göstəricilər stabilləşdikdən sonra 14.07.93 tarixdə yaralı helikopterlə Bakı şəhərinə təxliyə olundu.

İki orqanın zədələnməsi (qarın boşluğuna görə) 38 yaralıda müşahidə olunmuşdur:

T.P., 1970-ci il təvəllüdü sırası əsgər, 22.07.93-cü il tarixdə saat 8.10 radələrində hospitala yaralandıqdan bir saat 20 dəqiqə sonra bədənin çoxsaylı qəlpə yaraları, soltərəfli torakoabdominal yaralanma, soltərəfli hemopnevotoraks, III dərəcəli travmatik şok, daxili qanaxma diaqnozu ilə daxil olmuşdur (x/t 2585). Yaralı təcili olaraq cərrahi əməliyyat otağına götürüldü, sol plevra boşluğu qəbul olunmuş qayda üzrə drenaj olundu. Qarın ağırlı və gərgin olduğu üçün laparotomiya həyata keçirildi. Qarın boşluğunda bir litrə qədər qan vardır. Təftiş zamanı qaraciyərin sağ payının, diafraqmanın və köndələn çənbər bağırsağın yaralanması aşkar olundu. Yaralar tikildi, yoğun bağırsağın zədələnməsi hissəsi kənara çıxarıldı (kolostoma qoyuldu), qarın boşluğu antiseptik məhlullarla yuyuldu və drenaj olundu. Operativ müdaxilədən sonrakı dövr yaralanma və keçirilmiş operativ müdaxilənin ağırlıq dərəcəsinə uyğundur. Plevra və qarın boşluqlarındakı drenajlar yaxşı funksiya edir. Əməliyyatın 3-cü günü yaralı müalicənin sonrakı mərhələsi üçün Bakı şəhərinə təxliyə olundu.

Başqa bir misal:

Naməlum əsgər (x/t 2573), 20.07.93-cü il tarixdə 12.15 radələrində hərbi-səhra cərrahiyyəsi hospitalına sağtərəfli torakoabdominal güllə yarası, sağtərəfli hemopnevotoraks, daxili qanaxma, III dərəcəli travmatik şok, diaqnozu ilə daxil olmuşdur. Yaralının vəziyyəti son dərəcə ağırdır. Yaralı cərrahi əməliyyat otağına gətirildi, sağ plevra boşluğu qəbul olunmuş qayda üzrə drenaj olundu. Palpator müayinədə qarın gərgindir. Laparotomiya həyata keçirildi, təftiş zamanı diafraqmanın, qara ciyərin, sağ böyrəyin dağılmış yarası aşkar olundu. Plevra boşluğundan alınmış 800 ml və qarın boşluğundan alınmış 1300 ml qan reinfuziya olundu, qaraciyərin sağ payı atipik rezeksiya olundu, sağ böyrək çıxarıldı,

diafraqmanın yarası tikildi, xolesistostoma qoyuldu, omento-hepatopeksiya həyata keçirildi, qarın boşluğu antiseptik məhlullarla yuyuldu və drenaj olundu. Əməliyyatdan sonrakı dövr ağır keçmiş, intensiv müalicənin davam etdirilməsinə baxmayaraq, operativ müdaxilədən 7 saat sonra ölüm halı qeyd edildi. Ölümün səbəbi massiv qanıtırmə və ağır travmatik şok fonunda orqanizmdə baş vermiş geriyə dönməz proseslər olmuşdur.

Üç orqanın zədələnməsi halı 15 yaralıda müşahidə olunmuşdur:

Z.I., 1973-cü il təvəllüdü (x/t 1831), 12.03.93-cü il tarixdə saat 21.10 radələrində hospitala soltərəfli dəlib-keçən torakoabdominal güllə yarası, soltərəfli hemopnevmotoraks, daxili qanaxma, III dərəcəli travmatik şok, diaqnozu ilə daxil olmuşdur. Şok əleyhinə kompleks tədbirlər yerinə yetirilməklə yaralı cərrahi əməliyyat otağına gətirildi, soltərəfli torakosentez həyata keçirildi; qarın gərgin olduğu üçün laparotomiya olundu, qarın boşluğunda 1500 ml-dən artıq qan vardır. Təftiş zamanı dalağın, mədənin, qaraciyərin və diafraqmanın iki yerdən yaralanması aşkar olundu. Dalaq dağıldığı üçün çıxarıldı, diafraqmanın, qaraciyərin və mədənin yarası tikildi, dalaq toxuması böyük piyliyə implantasiya olundu, qarın boşluğu antiseptik məhlullarla yuyuldu və drenaj olundu. Cərrahi əməliyyatdan sonrakı dövr yaralanmanın və həyata keçirilmiş operativ müdaxilənin ağırlıq dərəcəsinə uyğundur. Hemodinamik göstəriciləri stabilləşdikdən sonra yaralı 4 gündən sonra Bakı şəhərinə təxliyə olundu.



Şəkil 20.8 Torakoabdominal yaralanmaya görə həyata keçirilmiş cərrahi əməliyyatdan sonrakı vəziyyət (x/t 1831)

4 orqanın zədələnməsi: Yoğun bağırsağ, nazik bağırsağ, qaraciyər və mədənin yaralanması 3 nəfərdə müşahidə olunmuşdur:

Q.M., 1974-cü il təvəllüdü, 25.12.93-cü il tarixdə saat 15.50 radələrində frontal istiqamətli torakoabdominal kor güllə yarası, soltərəfli pnevmotoraks, sağtərəfli hemopnevmotoraks, daxili qanaxma, III dərəcəli travmatik şok diaqnozu ilə yaralandıqdan 2 saat sonra hospitala çatdırılmışdır. Şok əleyhinə tədbirlərlə yanaşı, yaralı təcili olaraq cərrahi əməliyyat otağına gətirildi, hər iki plevra boşluğu qəbul olunmuş qayda üzrə drenaj olundu, laparotomiya həyata keçirildi. Qarın boşluğu orqanlarının təftişi zamanı diafraqmanın hər iki gümbəzinin iki yerdən deşilmiş yarası, mədənin kiçik əyriliyinin dəlib-keçən yarası, qara ciyərin sağ və sol paylarının massiv yaralanması, köndələn çənbər bağırsağın və nazik bağırsağın yaralanması aşkar olundu. Qarın boşluğunda 1,5 litrə qədər qan vardır. Sol plevra boşluğundan təkə hava, sağdan isə hava ilə bərabər 600 ml qan xaric oldu. Qaraciyərin yarası "P" vari tikişlərlə tikildi, xolesistostoma qoyuldu, diafraqmanın yaraları tikildi, nazik bağırsağ Treys bağına 20 sm qalmış 1 m 25 sm məsafədə rezeksiya olundu, köndələn çənbər bağırsağın zədələnmiş hissəsi peritondan kənara çıxarıldı (kolostoma qoyuldu), mədə-bağırsağ traktı qismən intubasiya olundu. Qarın boşluğu antiseptik məhlullarla yuyuldu, drenaj olundu və laparotomiya yarası qatlarla tikildi. Cərrahi əməliyyatdan sonrakı dövr yaralının vəziyyəti, yaralanmanın və həyata keçirilmiş operativ müdaxilənin ağırlıq dərəcəsinə uyğundur. Hemodinamik göstəriciləri stabilləşdikdən sonra yaralı 4 gündən sonra Bakı şəhərinə təxliyə olundu.

Qarabağ müharibəsində bizim təcrübəmizə əsasən torakoabdominal yaralanmalar zamanı bütün hallarda cərrahi əməliyyat torakosentezin həyata keçirilməsindən başlanılmışdır. Döş simptomokompleksi üstünlük təşkil etmiş 6 yaralıda isə ilk növbədə torakotomiya həyata keçirilmişdir. Bu zaman 4 halda ürək yaralanması və 2 halda qabırğaarası arteriyanın yaralanması nəticəsində baş vermiş qanaxmanın qarşısı alınmış, 3 yaralıda ağ ciyərin payı rezeksiya olunmuşdur. Yerdə qalan 72 halda operativ müdaxilə laparotomiyadan başlanılmış, qarın boşluğu orqanlarında müvafiq əməliyyatlar yerinə yetirilmişdir. 3 yaralıda laparotomiyadan sonra plevradaxili qanaxma gücləndiyindən operativ müdaxilə torakotomiyanın həyata keçirilməsi ilə başa çatdırılmış; 2 halda qabırğaarası arteriyanın zədələnməsi, 1 halda ürəyin zədələnməsi (perikarddaxili qansızma) aşkar edilmiş, qanaxmanın qarşısı alınmışdır.

Şübhəli hallarda, xüsusilə frontal istiqamətli torakoabdominal yaralanmalarda digər plevra boşluğu da punksiya olunmuş, qan alındığı hallarda boşluq müvafiq qaydada drenaj edilmişdir. Boşluqlu orqanların yaralanması aşkar edilmədiyi hallarda plevra boşluğundan alınmış qan reinfuziya olunmuş, 10 halda yalnız parenximatoz orqanların zədələnməsində qarın boşluğundan alınmış qan köçürülmüşdür. [Ədəbiyyatda hətta infeksiyalaşmış qanın belə köçürülməsi faktı məlumdur. Bu, hər halda ekstremal vəziyyətlərlə əlaqələndirilməlidir və bizim təcrübəmizdə tətbiq olunmamışdır].

20.4. TİBBİ TƏXLYƏ MƏRHƏLƏLƏRİNDƏ YARDIMIN HƏYATA KEÇİRİLMƏSİ QAYDALARI

Torakoabdominal yaralanmalar ağır yaralanmalara aid olduğundan, bu qrup yaralılar vaxt itirilmədən ixtisaslı yardım mərhələsinə çatdırılmalıdır. Hospitalaqədərkə mərhələnin vəzifəsi yaralılara şok və qanitmələrə qarşı tədbirlərin həyata keçirilməsi və yaralıların ixtisaslı yardıma mümkün qədər tez çatdırılmasından ibarət olmalıdır.

İlk- və həkiməqədərkə tibbi yardım –yara nahiyəsi aseptik sarınmalı, açıq pnevmotorakslar zamanı okluzion (qapayıcı) sarğılar qoyulmalıdır. (Axırncının həyata keçirilməsi üçün hər bir əsgərdə fərdi sarğı paketi olur.) Kənara çıxmış bağırsağ ilgəkləri, yaxud piylik içəri salınmamalı, steril materialla örtülməli və kip olmadan sarınmalıdır. Asfiksiya zamanı ağız boşluğu və udlaq qan laxtaları, selik və yad cisimlərdən (qum və torpaqdan) təmizlənməlidir. Xarici qanaxmalar basıcı sarğı ilə saxlanılmalıdır. Bütün yaralılara analgetiklər və ürək dərmanları vurulmalı və onların xərəklə daşınması təmin edilməlidir. Daşınılarkən yaralılara yarımoturaq vəziyyətinin verilməsi daha məqsədəuyğundur. Bununçün yaralının başı altına şinel, yaxud əşya kisəsi qoyulur.

İlk həkim yardımı. İlk həkim yardımı mərhələsində əvvəllər qoyulmuş sarğılar yoxlanılmalı, açıq pnevmotoraksı olanlara etibarlı qapayıcı sarğılar qoyulmalıdır. Kiçik yaralara steril material qoyulmalı və leykopləstrlə bərkidilməlidir. Geniş yaralar olduqda isə yara tamponada olunmalı, yaranın atmosferlə əlaqəsi kəsilməlidir. Qapaqlı pnevmotorakslar zamanı plevra boşluğu qalın iynə ilə punksiya edilməli və mənfi təzyiq yaranana qədər boşluqdan hava kənar edilməlidir. Bu mümkün olmadıqda iynə çıxarılmadan dəriyə bərkidilməli və yaralı sonrakı müalicə mərhələsinə köçürülməlidir. Bu mərhələdə torakosentez də həyata keçirilə bilər.

Lazım gəldikdə yaralılara təkrarən ürək dərmanları və ağrıkəsicilər vurulmalı, oksigen inhalyasiyası həyata keçirilməlidir. Ağır şok zamanı yaralı isidilməli, vaqosimpatik novokain blokadası həyata keçirilməlidir. Qanaxma əlamətləri olanlara qan və plazmaəvəzedicilər köçürülməlidir.

Qabırğaların qapalı sınıqlarında patoloji nahiyə leykopləstrlə fiksə olunmalıdır. Bir sıra müəlliflərin qeyd etdikləri kimi, bu məqsədlə döş qəfəsinə kip sarğıların qoyulması məsləhət görülmür. Güclü qanaxması olan yaralılar ilk növbədə təxliyə olunmalıdırlar.

Ixtisaslı tibbi yardım. Ağır yaralıların körpücükaltı venası kateterizasiya olunmalı, onlar ilk növbədə əməliyyat otağına verilməlidirlər. Göstəriş olduqda torakotomiya həyata keçirilməlidir. Torakotomiyaya göstəriş olmadıqda döş qəfəsi zədələnməsinə görə konservativ üsula üstünlük verilməli, plevra boşluğu drenaj olunmalıdır. Alınmış qan konservləşdirilməli, laparotomiya olunmalıdır. Qarın boşluğu açılmalı, daxili orqanların zədələnməsindən asılı olaraq, bu və ya digər operativ müdaxilə həyata keçirilməlidir. Boşluqlu orqanların zədələnməsi olmadığı halda plevra boşluğundan alınmış qan köçürülə bilər. Əks təqdirdə həmin qanın köçürülməsinə yol verilməməlidir.

Ağır yaralılar qanaxma və şok vəziyyətində olduqları üçün görülən bütün tədbirlər qanaxma, şok və asfiksiyanın aradan qaldırılmasına doğru yönəldilməlidir. Burada əsas prinsip yaralının şokdan çıxması, hipovolemiyanın aradan qaldırılması və dövran edən qanın həcminin bərpa olunmasından ibarət olmalıdır. Qanaxması dayandırıldıqdan, şok və asfiksiyaya qarşı tədbirlər və lazımi operativ müdaxilələr həyata keçirildikdən 3-4 gün sonra, ən gec isə 8-10 gün müddətində yaralılar arxa cəbhə hospitallarına təxliyə olunmalıdırlar. Təxliyənin aviasiya xətti ilə həyata keçirilməsi daha məqsədəuyğundur. Göstəriş əsasında yaralılarla narkotiklər, ürək dərmanları yeridilməlidir. Lazım gəldikdə infuzion-transfuzion terapiya bütün təxliyə müddətlərində (köçürülmə müddətində də) davam etdirilməlidir.

Ixtisaslı yardım mərhələsində həmçinin yaraların ikincili cərrahi işənilməsi də həyata keçirilə bilər. Daxilə keçməyən döş qəfəsi yaralanması və adi qapalı zədələnməsi olanlar yüngül yaralılar hospitallarına köçürülməlidir.

Ixtisaslaşdırılmış yardım mərhələsində yaralı təkrarən hərtərəfli müayinədən keçirilməli, qarın və döş qəfəsi orqanlarının funksiyasının bərpa olunması və fəsadlaşmaların vaxtında aradan qaldırılması məqsədilə kompleks müalicə tədbirləri həyata keçirilməlidir. Burada antibakterial terapiya yaralılarda anemiya, hipoproteinemiya, avitaminoz, su-elektrolit və turşu-qələvi tarazlığının tənzimlənməsi ilə eyni müddətdə aparılmalıdır. Həyata keçirilən kompleks müalicə tədbirləri yaralılardan hərbi-tibbi ekspertizası ilə başa çatdırılmalıdır.

Torakoabdominal yaralanmalar və zədələnmələr adi yaralanmalardan və zədələnmələrdən daha ağır klinik gedişə malik olması ilə fərqlənir. Bu zaman fəsadlaşmalar və ölüm halı bir neçə dəfə çox olur. Bir sıra hallarda yaralanmalar torako-abdomino-spinal xarakterə malik ola bilər. Belə hallarda yaralılardan vəziyyəti xüsusilə ağır olur.

Yaralanmaların (zədələnmələrin) diaqnozu yerli və ümumi klinik əlamətlər və yardımçı müayinə metodları əsasında qoyulur. Yaralanmaların lokalizasiyası və yara kanalının müayinəsi diaqnozun təyin olunması üçün çox şey deyə bilər. Yaralanmanın döş qəfəsinin aşağı hissələrini əhatə etməsi və yara kanalının istiqaməti çox vaxt düzgün diaqnozun təyin edilməsinə imkan verir. Döş qəfəsində yerləşmiş yaradan piyliyin, bağırsağ ilgəyinin kənara çıxması, yaxud davamı qarın nahiyəsində başa çatan yaradan havanın xaric olması (yaranın nəfəs alması) torakoabdominal yaralanmaların təkzibolunmaz əlamətlərindəndir.

Soltərəfli və frontal istiqamətli torakoabdominal yaralanmalar daha ağır klinik gedişi ilə fərqlənir. Bu zaman ürəyin və hər iki plevra boşluğunun zədələnmələri müşahidə olunduğundan yaralılardan vəziyyəti daha ağır olur. Bəzən, xüsusilə kor yaralanmalar zamanı diaqnozun vaxtında qoyulmasını çətinləşir və bunlar bir sıra diaqnostik səhvlərin buraxılması ilə nəticələnir.

Torakoabdominal yaralanmalar zamanı yardım başlıca olaraq daxili qanaxmalar, tənəffüs çatmamazlığı və hipovolemik şokun aradan götürülməsi istiqamətində aparılmalıdır. Yaralılardan vəziyyətinin xüsusilə ağır olması onlara yardımın vaxt itirilmədən yerinə yetirilməsini tələb edir. Belə yaralılardan müayinə məqsədilə laboratoriyada və rentgen kabinetində ləngidilməsinə yol verilməməli, mərkəzi venalar təcili olaraq kateterizə olunmalı və yaralılar birbaşa cərrahi əməliyyat otağına verilməlidir. Yardım plevra boşluğunun drenajından başlanılmalıdır. Zədələnmələrin xarakterindən asılı olmayaraq, plevra boşluğu iki ədəd standart rezin boru ilə drenaj olunmalıdır. Yuxarı drenaj havanın çıxması, aşağı drenaj plevra boşluğuna toplanmış qanın xaric olması məqsədilə qoyulur.

Plevra boşluğundan alınmış qan konservləşdirilməli, lakin onun köçürülməsinə tələsməməlidir. Əgər plevra boşluğundan profuz qanaxma əlamətləri yoxdursa, laparotomiya olunmalı, qarın boşluğu orqanları təftiş olunmalı və zədələnmənin xarakterindən asılı olaraq bu və ya digər operativ müdaxilə yerinə yetirilməlidir. Qarın boşluğu orqanlarının zədələnməsinə, ümumiyyətlə yaralanmanın torakoabdominal xarakterinə şübhə olduğu hallarda əvvəlcə laparosentez olunmalıdır. Boşluqlu orqanların zədələnmə əlamətləri yoxdursa, nəinki plevra boşluğundan alınmış qanın, eləcə də qarın

boşluğuna toplanmış qanın da reinfuziyasına çalışmaq lazımdır. Operativ müdaxilə qarın boşluğunun drenajı ilə başa çatdırılmalıdır. Cərrahi əməliyyat zamanı diafraqmanın defektinin tikilməsi yaddan çıxarılmamalıdır. Plevra boşluğundan profuz qanaxmalar zamanı isə operativ müdaxilə torakotomiyadan başlanılmalı, profuz qanaxmanın qarşısı alındıqdan sonra torakotom yara bağlanılmalı, sonra laparotomiya həyata keçirilməlidir. Laparotomiyadan sonra plevra boşluğundan qanaxmanın gücləndiyi hallarda laparotom yarası bağlanılmalı və operativ müdaxilə torakotomiya ilə başa çatdırılmalıdır.

Torakoabdominal yaralanmalar zamanı bütün reanimasiya tədbirləri körpücükaltı venanın kavofikslə kateterizasiyasından və plevra boşluğunun drenajından başlanılmalıdır. Döş simptomokompleksi üstünlük təşkil etdikdə cərrahi əməliyyat torakotomiyadan başlanmalı, qarın simptomokompleksi üstünlük təşkil etdikdə isə laparotomiya həyata keçirilməlidir. Laparotomiyanın axırında döş yaralanması simptomokompleksi gücləndiyi hallarda yalnız laparotomiya yarası bağlandıqdan sonra torakotomiya həyata keçirilməli, operativ müdaxilə plevra boşluğunun təftişi və drenajı ilə başa çatdırılmalıdır. Torakofrenikolaparotomiya üsulu daha travmatik olduğundan bu üsul geniş tətbiq edilməməlidir.

QARININ ODLU SİLAH YARALANMALARI VƏ ZƏDƏLƏNMƏLƏRİ

TƏDRİS SUALLARI

21. 1. Qarının odlu silah yaralanmaları və zədələnmələrinin təsnifatı
21. 2. Qarın yaralanmaları və zədələnmələrinin klinikası, simptomatologiyası və diaqnostikası
21. 3. Qarın yaralanmalarının müalicəsi
- 21.4. Qarın yaralanmaları və zədələnmələri zamanı mərhələli yardımın həyata keçirilməsi qaydaları

Odlu silahlar təkmilləşdikcə qarın yaralanmalarının da sayının arması və bu yaralanmaların daha ağır xarakterə malik olması müşahidə olunur. II Dünya müharibəsində qarın yaralanmaları bütün yaralanmaların 2,4%-ni təşkil etdiyi halda, Vyetnam müharibəsində bu göstərici 7,1%, Əfqanıstan müharibəsində 4,2%-dən 9%-ə qədər yüksəlmişdir.

Qarabağ müharibəsində qarının odlu silah yaralanmaları bütün yaralanmaların 9,6%-ni təşkil etmişdir. Yaralıların 37,2%-i yüngül, 27,7%-i orta ağırlıqlı, 22,1%-i ağır, 13%-i (82) daha ağır yaralanmalar qrupuna daxildir. Yaralanmaların 43,4%-i tək saylı, 24,6%-i çoxsaylı, 32%-i müstəqil xarakterə malik olmuşdur. Tək saylı və müstəqil yaralanmalar arasında güllə yaralanması üstünlük təşkil etmişdir. Çoxsaylı yaralanmalar arasında isə qəlpə yaralanmaları əksəriyyət təşkil etmişdir. Bütün qarın yaralanmalarının 61,4%-i daxilə keçən, 38,6%-i daxilə keçməyən olmuşdur. Xatırladıq ki, I dünya müharibəsində qarın yaralanmalarının yalnız 22%-i daxilə keçən olmuşdur. Ümumiyyətlə qarın yaralanmalarında orqan zədələnməsi 27,3% halda təcrid olunmuş xarakterə malik olmuş, 72,7% halda isə müstəqil xarakterli olmuşdur. Boşluqlu orqanların zədələnməsi 65%, parenxitamoz orqanların zədələnməsi 35% təsadüf edilmişdir. O cümlədən mədə yaralanması 12,2%, 12 barmaq bağırsağ yaralanması 1,5%, nazik bağırsağ zədələnməsi 22%, yoğun bağırsağ zədələnməsi 29,4%; qaraciyər zədələnməsi 16,5%, dalaq zədələnməsi 7,6%, böyrəklərin zədələnməsi 10,1%, mədəaltı vəzin zədələnməsi 0,9% halda müşahidə olunmuşdur. Beləliklə, boşluqlu orqanlardan yoğun və nazik bağırsağ zədələnmələri, parenxitamoz orqanlardan qaraciyər və böyrəklərin zədələnməsi daha çox üstünlük təşkil etmişdir.

21.1. QARININ ODLU SİLAH YARALANMALARININ TƏSNİFATI

Böyük Vətən müharibəsi illərində qarın yaralanmalarına görə S.İ.Banaytis və A.A.Boçarovun təsnifatından istifadə edilmişdir. Hazırda qarın yaralanmalarına görə təsnifatın təxminən aşağıdakı şəkildə verilməsi daha məqsədəuyğundur.

I. QARININ QAPALI ZƏDƏLƏNMƏLƏRİ:

- daxili orqanların zədələnməməsilə;
- daxili orqanların zədələnməsilə;
- torakoabdominal xarakterli zədələnmələr.

II. QARININ ODLU SİLAH YARALANMALARİ:

1) ODLU SİLAHIN NÖVÜNƏ GÖRƏ:

- qəlpə yaralanmaları;
- güllə yaralanmaları;
- oxvari elementlərlə və i.a. vasitələrlə zədələnmə.

2) BOŞLUQLARA OLAN MÜNASİBƏTİNƏ GÖRƏ:

daxilə keçməyən yaralanmalar:

- daxili orqanların zədələnməsilə;
- daxili orqanlar zədələnmədən.

daxilə keçən yaralanmalar:

- daxili orqanların zədələnməsilə,
- daxili orqanlar zədələnmədən

3) YARA KANALININ FORMASINA GÖRƏ:

- dəlib-keçən yaralanmalar;
- kor yaralanmalar;
- toxunan istiqamətli yaralanmalar.

4) YARALANMANIN XARAKTERİNƏ GÖRƏ:

- qarının təcrid olunmuş yaralanmaları;
- qarının çoxsaylı yaralanmaları;
- qarının müştərək yaralanmaları
- qarının kombinə olunmuş yaralanmaları.

III. QARININ QEYRİ-ODLU SİLAH YARALANMALARİ

1) BOŞLUQLARA OLAN MÜNASİBƏTİNƏ GÖRƏ:

a) daxilə keçməyən yaralanmalar

b) daxilə keçən yaralanmalar:

– daxili orqanların zədələnməsilə,

– daxili orqanlar zədələnmədən

2) YARALANMANIN FORMASINA GÖRƏ:

– kəsilmiş,

– çapılmış,

– deşilmiş, və i.a.

3) YARALANMANIN XARAKTERİNƏ GÖRƏ:

– təcrid olunmuş,

– çoxsaylı,

– müstəqil,

– kombinə olunmuş.

Dinc dövrdə qarının qapalı zədələnmələri açıq zədələnmələrdən təqribən 2 dəfə çox müşahidə olunur. Lakin son dövrlərdə mühərribələrdə partlayış zədələnmələrinin artması ilə əlaqədar olaraq, qapalı zədələnmələrinin də sayı artmışdır. Bu, partlayış zamanı zərbə dalğasının əmələ gəlməsi ilə əlaqədardır. Ağır yaralanmalarda periton boşluğu ilə bərabər peritonarxası sahə də zədələnməyə məruz qalır.

Daxilə keçən yaralanmalar üçün başlıca şərt parietal peritonun zədələnməsidir. Daxilə keçməyən yaralanmalarda parietal peritonun tamlığı pozulmur.

Qarının odlu silah yaralanmaları aşağıdakı xüsusiyyətlərə malikdir:

–daxili orqanların zədələnmələri odlu silahın birbaşa təsirindən əlavə, yan zərbə təsirindən də baş verə bilər;

–daxili orqanların zədələnmələrində hidrodinamik təsirin əhəmiyyəti də nəzərə alınmalıdır; daxilə maye ilə dolu olan boşluqlu orqanlar və doluqanlı parenximatoz orqanlar zədələnməyə daha çox məruz qalır.

–yara kanalının dolanbac olması zədələnməyə daha çox orqanların məruz qalmasına səbəb olur.

–odlu silah yaralanmaları zamanı orqanlarda baş vermiş birincili və ikincili nekrotik zonalar daha geniş sahəni əhatə etdiyindən (mikrosirkulyasiyanın pozulması ilə əlaqədar) yaralanmalar zamanı irinli-septik fəsadlaşmalar daha çox müşahidə edilir.

–orqanların zədələnmələrinin əksərən müstəqil şəkildə müşahidə olunması müasir odlu silah yaralanmaları üçün daha xarakterdir.

Qarının odlu silah yaralanmaları yara kanalının formasına görə toxunan, kor, dəlib-keçən istiqamətli, güllə və qəlpə mənşəli olur. Yaralanmalar daxilə keçən və daxilə keçməyən olur. Qarın zədələnmələrinin orta hesabla 80%-i daxilə keçən olur. Bu zaman əksər hallarda boşluqlu və parenximatoz orqanların zədələnməsi aşkar olur. Təcrid olunmuş zədələnmələrdə boşluqlu orqanların yaralanması 81,6%, parenximatoz orqanların zədələnməsi isə 18,4% aşkar edilmişdir.

Daxilə keçən zədələnmələrdə çox az hallarda orqanlarda zədələnmə olmur. Böyük Vətən Müharibəsi illərində 83,8% halda boşluqlu orqanların zədələnməsi müşahidə olunmuşdur ki, bunların 49,5%-i müştərəklik təşkil etmişdir. Bu zaman letallıq 63%-ə çatmışdır. Qarın yaralılarının xeyli hissəsi yaralanmanın ilk müddətlərində tələf olmuşdur.

Son onilliklərdə məhəlli münaqişələr zamanı daxilə keçən qarın yaralanmalarının 61,5%-də boşluqlu orqanların, 11,2%-də parenximatoz, 27,3%-də isə həm boşluqlu, həm də parenximatoz orqanlarda zədələnmə müşahidə edilmişdir. Qarının daxilə keçən yaralanmaları çanağ, döş qəfəsi, fəqərə sütunu və i.a. sahələrin də yaralanması ilə müşayiətlənə bilər.

Müsarıqenin zədələnməsi əksərən bu və ya digər dərəcəli qansızmalara səbəb olur və bu öz növbəsində infeksiyanın yayılması üçün şərait yaradır. Bağırsağın ayrı-ayrı siqmentləri nekrozlaşdığından peritonitin əmələ gəlməsi üçün daha əlverişli şərait yaranmış olur. Boşluqlu orqanların zədələnmələrində vaxtında yardım göstərilməməsi yayılmış peritonitin meydana çıxmasına səbəb olur. Yalnız çox az hallarda zədələnmə sahənin piyliklə tutulması və həmin yerdə bitişmələrin əmələ gəlməsi irinli prosesin kənara yayılmasının qarşısını alır və proses məhdud xarakter daşıyır.

Təcrübə göstərir ki, bir sıra hallarda bağırsağ divarının zədələnməsi seroz qişa altında qansızmalar şəklində müşahidə edilir. Sonralar selikli qişa destruktiv dəyişikliklərə uğrayaraq, həmin sahədə bağırsağın deşilməsinə və peritonitin əmələ gəlməsinə səbəb olur.

Mədə yaralanmaları əksərən digər orqanların da zədələnməsi ilə birlikdə təsadüf edir. Böyük Vətən müharibəsi illərində bu müştərəklik 13,2%, son onilliklər ərzindəki məhəlli silahlı münaqişələrdə isə artaraq 15,9%-ə çatmışdır.

Nazik bağırsağ zədələnmələri qarın boşluğunun təcrid olunmuş yaralanmalarında 43% təsadüf edir. Böyük Vətən müharibəsi illərində nazik bağırsağ zədələnmələri qarının təcrid olunmuş yaralanmalarında 45,1% olmuşdur. Nazik bağırsağın yaralanmaları adətən çoxsaylı olub, bağırsağın hər iki divarını əhatə edir. İkinci dünya müharibəsi illərində nazik bağırsağ zədələnmələrinin 53,8%-i çoxsaylı, 13,7%-i təcrid olunmuş xarakterə malik olmuşdur. Son məhəlli münaqişələrdə nazik bağırsağ zədələnmələri 54,4% halda təsadüf edilmişdir. Müasir silahların tətbiqi ilə əlaqədar zədələnmələr çoxsaylı, müştərək və geniş olması ilə fərqlənir.

Yoğun bağırsağın zədələnməsi Böyük Vətən müharibəsi illərində başqa orqanların zədələnməsi ilə 41,5%, təcrid olunmuş şəkildə 44,5% halda müşahidə olunmuşdur. Bu kimi hallarda cərrahi taktika da dəyişir, bağırsağın rezeksiyası, yaxud zədə nahiyəsinin kənara çıxarılması təsadüfləri xeyli artmışdır. Son dövrlük məhəlli münaqişələrdə yoğun bağırsağın zədələnməsi artaraq boşluqlu orqanların zədələnməsinə görə birinci yerə keçmiş, orta hesabla 61,9%-ə çatmışdır. Bunların 75%-də yoğun bağırsağın zədələnməsi parenximatoz orqanlarla birlikdə baş vermişdir. Yoğun bağırsağın yaralanması qarın boşluğunun bakterial çirklənməsi ilə təsadüf edildiyindən əksərən çətin sağalır və fəsadlaşmalarla keçir. Bu, xüsusilə özünü parenximatoz orqanların da birlikdə zədələnməsi hallarında daha qabarıq şəkildə göstərir. Bütün ölənlərin 80%-də yoğun bağırsağ zədələnmələri təsdiq edilmişdir.

Odlu silah yaralanmalarında qaraciyər zədələnməsi 13,2%-dan, 17,8%-ə qədər müşahidə olunmuşdur. Bu, qarın boşluğu orqanları zədələnmələri arasında 3-cü yeri tutur. Böyük Vətən müharibəsi illərində qaraciyərin təcrid olunmuş zədələnmələri 6,1%, müştərək zədələnmələri 19,8% müşahidə olunmuş, ümumiyyətlə 25,9% təşkil etmişdir.

Dalaq zədələnmələri 6,3% rast gəlməmiş və yalnız 1,1% hallarda zədələnmə müştərəklik təşkil etmişdir. Zədələnmə dalağın hematomasından tutmuş, orqanın səthi, kənari zədələnməsi, partlaması, parçalanması, damar ayağcığının zədələnməsi şəklində müşahidə olunmuşdur. Dalaq zədələnmələri də qaraciyər zədələnməsi kimi əksərən şokla müşahidə olunur və güclü daxili qanaxma verir.

Mədəaltı vəzin zədələnməsi adətən digər orqanların zədələnmələri ilə birlikdə müşahidə edilir. Əksər yaralılar ilk saatlarda şok və qanaxmadan tələf olurlar. Sonrakı müddətlərdə isə vəzin nekrozu və damarlarının trombozu müşahidə olunur.

Böyrəklərin və sidik axarlarının zədələnməsi daxilə keçən və daxilə keçməyən qarın yaralanmalarında müşahidə oluna bilər. Bu növ zədələnmə bəzən döş qəfəsinin və fəqərə sütununun zədələnməsi ilə müştərək şəkildə təsadüf edir. Böyrəklərin zədələnməsi əksərən boşluqlu və digər parenximatoz orqanların zədələnmələri ilə birlikdə müşahidə olunduğundan ağır yaralılar qrupuna daxildir. Son onilliklər müddətində baş vermiş məhəlli münaqişələrdə qarının odlu silah yaralanmalarında böyrək zədələnməsi 10,2% sidik kisəsinin zədələnməsi 7,4% halda müşahidə edilmişdir. Böyrək zədələnmələrinin yarısı və sidik kisəsi zədələnmələrinin 3/4 hissəsi davamedən qanaxma və ağır şok əlamətləri ilə keçir.

21.2. QARIN YARALANMALARINI VƏ ZƏDƏLƏNMƏLƏRİNİN KLİNİKASI, SİMPATOMATOLOGİYASI VƏ DİAQNOSTİKASI

Qarın zədələnmələrinin diaqnostikası cərrah üçün olduqca məsuliyyətlidir. Zədələnmənin başlıca əlamətlərinin aşkarlanması təkcə onun əmələ gəlmə mexanizmindən asılı olmayıb, eyni zamanda zədələnmədən keçən müddət və fəsadlaşmaların baş verməsindən də çox asılıdır.

Yaralılar adətən qarında ağrılardan şikayət edirlər. Nəbzın tezləşməsi, zəif dolğunluqlu olması, arterial təzyiğin enməsi, dərinin rənginin avzınması qarın boşluğunda ciddi dəyişikliyin olmasının başlıca əlamətlərindəndir. Zədələnmələr zamanı dil adətən quru olur, qarın nəfəs aktında iştirak etmir. Palpasiya zamanı qarında yayılmış, yaxud yerli ağrıların və gərginliyin olması qarın zədələnmələri üçün xarakterdir. Perkussiya zamanı qarında yayılmış ağrılar olur (Mendel əlaməti), qara ciyər kütlüyü itir, bədənin vəziyyətini dəyişdikdə perkutor səsin də dəyişməsi (Coys əlaməti) müşahidə olunur. Sidikdə qanın olması da qarın yaralanmalarında daxili orqanların zədələnməsini göstərən əlamətlərdəndir.

Qarının daxilə keçməyən zədələnmələrində ümumi əlamətlər zədələnmənin xarakterindən, onun əhatə dairəsindən, yaralının ümumi vəziyyətindən asılı olaraq qiymətləndirilməlidir. Zədələnmələr özünü yerli və ümumi əlamətlərlə göstərir. Yerli əlamətlərə zədə nahiyəsində şişkinliyin, qarında gərginliyin və ağrının olması xarakterdir. Daxilə keçməyən yaralanmalarda periton üzərində hematomanın olması onun qıçıqlanma əlamətlərinin meydana çıxmasını səbəb olur. Yaddan çıxarmaq olmaz ki, bir sıra hallarda daxilə keçməyən yaralanmalarda da odlu silahın yan zərbəsi təsirindən daxili orqanların zədələnmələri müşahidə oluna bilər.

Qarının odlu silah yaralanmalarının əlamətləri mütləq və nisbi, erkən və gecikmiş ola bilər. Qarının daxilə keçən yaralanmalarının daimi əlamətlərinə qarında yayılmış ağrılar, dilin quruması, susuzluq, nəbzın tezləşməsi və dolğunluğunun azalması, qarın əzələlərinin gərginləşməsi, palpasiya zamanı qarının ağrılı olması, Blumberq-Şotkin əlamətinin müsbət olması, bağırsaqların peristaltikasının zəifləməsi yaxud olmaması, qazın çıxmaması, köpün olması və i.a. aiddir. Daxili qanaxmalar zamanı qarının ayrı-ayrı yerlərində dəyişən perkutor kütlük və rektal müayinə zamanı düz bağırsaqda qanın olması müşahidə olunur. Sonralar inkişaf etməklə olan peritonit əlamətləri ön plana keçir. Bədəndə mayenin itməsi və bağırsaqların parezi ilə yanaşı nəbzda müvafiq dəyişikliklər meydana çıxır.

Qarın boşluğuna keçən yaralanmalarının yuxarıda haqqında qeyd etdiyimiz əlamətlərinin bu və ya digərinin mühüm diaqnostik əhəmiyyəti olsa da, yaraya bağırsaq ilkəklərinin, piyliyin çıxması, yaxud yarıdan bağırsaq möhtəviyyətinin, eləcə də ödə, xaric olması daxili orqanları zədələnməsinin birbaşa və təkzibolunmaz əlamətlərindəndir.

Böyrəklərin və sidik axarlarının zədələnməsinin başlıca əlaməti yarıdan sidiyin xaric olmasıdır. Lakin bu əlamət bəzən gec aşkar olunur, bəzən isə heç müşahidə olunmaya da bilər. İlk əlamətlərdən ən vacibi hematuriyanın olmasıdır. Axırncının intensiv olub-olmaması hələ böyrəyin zədələnməsinin ağırlıq dərəcəsini təyin etmir. Belə ki, böyrəyin əzilməsində hematuriya adətən davamlı və güclü olur. Böyrəyin sidik axarından qırıldığı (kəsildiyi) hallarda isə hematuriya müşahidə olunmaya da bilər. Böyrəyin ciddi zədələnmələrində qarın boşluğuna və paranefral sahəyə çoxlu qansızmalar ola bilər, lakin bu zaman hematuriya müşahidə olunmaya da bilər. Peritonarxası (retroperitoneal) hematomanın əmələ gəldiyi hallarda bel nahiyəsində konturların hamarlaşması müşahidə olunur və perkussiya zamanı burada kütlük meydana çıxır. Böyrək zədələnmələri çox hallarda şokla müşayiətlənir.



Şəkil 21.1 Qarının sol yan divarının kor güllə yarası (Şəxsi müşahidələrimizdən)

Şəkil 21.2 Nadir hadisə: metal armatur qarının sağ yarısından keçərək kənara çıxmışdır.



Şəkil 21.3 Sol böyrün bıçaq yarası. Yaralı bıçaqla birlikdə xəstəxanaya gətirilmişdir (Şəxsi təcrübəmizdən).

Sidik axarlarının zədələnməsi klinik olaraq dərhal aşkar olunmur. Bu o vaxt mümkün olur ki, yaradan sidik xaric olur və toxumalarda sidik infiltratı meydana çıxır.

Torakoabdominal yaralanmalar zamanı bir sıra hallarda mədə, bağırsağ ilgəkləri və piylik plevra boşluğuna keçir və diafraqma yarasında boğulur. Bu növ yaralanmalar ağır şok və çoxlu qanaxmalarla müşayiətlənir. Bu tipli yaralanmalarda əlamətlər həm döş, həm də qarın boşluğu zədələnmələrinə xas olur. Bir sıra hallarda qarın, digər hallarda isə döş əlamətləri daha üstünlük təşkil edir. Dəlib keçən yaralanmalarda yara kanalının müayinəsi diaqnostikanı asanlaşdırır. Qarının kor yaralanmalarında döş qəfəsinin diqqətli müayinəsi bir sıra hallarda diaqnozu asanlaşdırır və səhvlərin buraxılmasının qarşısını alır. Bu məqsədlə qarın boşluğunun açılması və açıq pnevmotoraksların tikilməsi zamanı xüsusilə kor yaralanmalarda diafraqmanın müayinəsi vacibdir. Döş qəfəsinə piylik, bağırsağ ilgəyinin keçməsi, yaxud yaradan mədə-bağırsağ möhtəviyyatının, ödün və sidiyin xaric olması torakoabdominal yaralanmanın

tənzibolunmaz əlaməti sayılır (bu barədə torakoabdominal yaralanmalar bəhsində daha ətraflı məlumat verilmişdir).

Yaralının rentgen müayinəsindən keçirilməsi daha qiymətli diaqnostik əhəmiyyətə malikdir. Bir sıra hallarda torakoabdominal yaralanmalar zamanı döşdən keçən yaralanma qarın boşluğuna deyil, retroperitoneal sahəyə keçərək peritonarxası orqanları (böyrəklər, sidik axarları və s.) zədələyir. Bəzi hallarda isə torako-abdomino-spinal yaralanmalar da müşahidə olunur. Burada fəqərə sütunu və onurğa beyni də zədələnməyə məruz qalır.

Nəzərə almaq lazımdır ki, bəzən qarının daxilə keçməyən odlu silah yaralanmaları zamanı da (parietal peritonun tamlığı pozulmadan) daxili orqanlar zədələnmə bilər (yan zərbə fenomeni). Böyük Vətən müharibəsi illərində daxilə keçməyən odlu silah yaralanması zamanı boşluqlu orqanların zədələnməsi 0,55% təşkil etmişdir. Bunların 95%-i yoğun bağırsağın, 5%-i 12 barmaq bağırsağın hesabına olmuşdur.

Döyüş şəraitində qarının qapalı zədələnmələri də müşahidə olunur. Bu, ən çox partlayış nəticəsində dalğa zərbəsi, torpaq altında qalma, binaların uçulması və avtomobil qəzaları zamanı baş verir. Belə hallarda qarın divarının əzilməsi daxili orqanların zədələnməsi ilə, yaxud onsuz müşahidə oluna bilər. Orqanların zədələnməsi zamanı yuxarıda haqqında bəhs etdiyimiz simptomokompleks meydana çıxır. Travmatik şok fonunda daxili orqanların zədələnmə əlamətləri bəzən atipik şəkildə keçir və bu, bir sıra diaqnostik çətinliklər törədir. Bu çətinlik həmçinin şokun olmadığı hallarda belə, zədələnmədən dərhal sonra müayinələr zamanı meydana çıxır. Travma ilə əlaqədar qarın divarında, peritonarxası sahədə, eləcə də döş qəfəsinin aşağı hissəsinin zədələnmələrində də kəskin qarın əlamətləri baş verə bilər. Müayinə zamanı bütün bunların nəzərə alınması əhəmiyyətlidir.

21.3. QARIN YARALANMALARININ MÜALICƏSİ

Qarın divarının təcrid olunmuş şəkilli yaralanmalarında diaqnozun dəqiqliyinə şübhə olmadıqda yaranın birincili cərrahi işlənməsinə göstəriş və əks göstəriş ümumi qaydalar əsasında təyin edilməlidir. Diaqnozun dəqiqliyinə əminlik olmadığı hallarda isə yaranın daxilə keçib-keçmədiyini yoxlamaq üçün diaqnostik laparotomiya, yaxud laporasentez həyata keçirilməlidir. Kəllə-beyin zədələnməsi fonunda qarın əlamətləri zəif aşkar olunur:

40 yaşlı yaralı M.A. (x/t 2759) hərbi-səhra cərrahiyyəsi hospitalına bədənin çoxsaylı qəlpə yaralanması, mina partlayışı ilə əlaqədar avtomobil qəzası, kəllə-beyin yaralanması, sifətin skalp yaralanması ilə daxil olmuşdur. Qlazqo koma şkalası 12-dir. Bəbəklər eyni ölçüdədir, işığa qarşı reaksiya saxlanılmışdır. Qarında gərginlik hiss edilmir(!). Kəllə-beyin zədələnməsi fonunda qarın əlamətləri zəif aşkar olunur. Peritonun qıcıqlanma əlamətləri şübhəlidir. Laparosentez olundu: qarın boşluğuna yeridilmiş borudan qan gəlir(!). Laparotomiya olundu, periton boşluğunda 1 litrdən artıq qan vardır. Təftiş zamanı dalağın dağılmış zədələnməsi, davamedən daxili qanaxma aşkar olundu. Splenektomiya həyata keçirildi. Digər qarın boşluğu orqanlarında dəyişiklik yoxdur. Qarın boşluğu drenaj olundu, laparotom yarası bağlandıqdan sonra bədənin digər nahiyələrindəki yaralar cərrahi işləndi. Operativ müdaxilədən sonra yaralıya eyni zamanda kəllə-beyin zədələnməsinə görə konservativ müalicə tətbiq edildi, ümumi vəziyyəti stabilləşdikdən sonra yaralanmanın 5-ci günü yaralı növbəti müalicə mərhələsinə təxliyə olundu.

Yaranın daxilə keçməsinə az şübhə olduğu bəzi hallarda yaralı müəyyən müddət dinamik müşahidə altında qalmalıdır. Daxilə keçən yaralanmalarda isə laparotomiya mümkün qədər tez həyata keçirilməlidir. Daxili qanaxma əlamətləri olduqda yaralı təxirə salınmadan operativ müdaxiləyə götürülməli və itirilmiş qanın həcmi bərpa olunmalıdır. Daxili qanaxma əlaməti olmadığı hallarda əvvəlcə yaralıya şok əleyhinə kompleks tədbirlər həyata keçirilməlidir; şok əleyhinə müalicə lazımı səmərə vermirsə, operativ müdaxilə yenə ön plana keçməlidir.

Əgər yaralı müalicə müəssisəsinə bir sutka və daha gec müddətdən sonra çatdırılıbsa, ümumi vəziyyəti qənaətbəxşdirsə və peritonit əlamətləri inkişaf etmirsə, yaralı planlı şəkildə müayinə olunmalı, konservativ müalicə: antibiotiklər, aclıq dietası və parenteral qidalanma tətbiq olunmalıdır.

Operativ müdaxilə orta laparotom kəsiklə aparılmalıdır. Kəsik kifayət qədər geniş olmalıdır ki, daxili orqanların təftişində çətinlik yaranmasın. Transrektal və pararektal kəsiklərin aparılması məsləhət

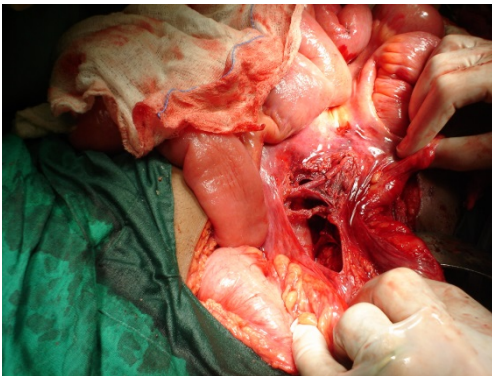
görülür. Qarın boşluğunun təftişi zamanı əvvəlcə parenximatoz orqanlar yoxlanılmalı, qanaxma saxlanılmalı, daha sonra boşluqlu orqanlar, parietal peritonun arxa səthi, çanaq dibi və diafraqma nəzərdən keçirilməlidir. Nazik bağırsağ Treys bağından başlayaraq ileosekal sahəyə qədər, yoğun bağırsağ ileosekal sahədən saat əqrəbi istiqamətində terminal (rektosiqmoidal) sahəyə qədər müayinədən keçirilməlidir. Hemotoma sahələri (xüsusilə 12 barmaq bağırsağın və yoğun bağırsağın ekstraperitoneal sahələrində) diqqətli müayinədən keçirilməli, hematomaların əsası (dibi) yoxlanılmalıdır.

Qarın boşluğunda qan olarsa, qanaxma mənbəyi tapılmalı və saxlanılmalıdır. Qanaxma əsasən parenximatoz orqanların: qara ciyər, dalaq, böyrəklər, az hallarda mədəaltı vəzin və müsarğənin zədələnmələrində müşahidə olunur. Boşluğa yığılmış qan xaric edildikdən sonra qarın boşluğu tam təftiş olunmalıdır. Əvvəlcə köndələn çənbər bağırsağın və nazik bağırsağın müsarğə kökünə 80-100 ml 0,25%-li ilıq novokain məhlulu yeridilməlidir. Təftiş zamanı mədə və bağırsaqlarda aşkar olunmuş zədə nəhiyələri salfetlərlə örtülüb müvəqqəti olaraq yumşaq sıxıcılara alınmalıdır.

Mədənin ön divarının və 12 barmaq bağırsağın başlanğıc hissəsinin zədələnməsi zamanı mədə-köndələn çənbər bağırsağ bağı (*liq. gastrocolica*) açılmalı və orqanların arxa divarı, eləcə də mədəaltı vəz nəzərdən keçirilməli, böyük və kiçik piylik müayinə olunmalıdır. Əgər qansızmalar periton səhifələri arasında, yaxud piyliyən birləşdiyi hissələrdə yerləşib, bu sahələr açılıb təftiş olunmalıdır. Nazik bağırsağın və yoğun bağırsağın müsarğəli hissələrinin yoxlanması zamanı bağırsağın müsarğə kənarının müayinəsi yaddan çıxarılmamalıdır. Mədənin və bağırsaqların subseroz səthi hematomaları açılmalı və nəzərdən keçirilməlidir. Çünki hematoma altında orqanın divarının deşilməsi baş verə bilər.

Bizim təcrübədə 12 barmaq bağırsağın zədələnməsi təsadüf olunan bütün hallarda axırıncı mobilizə olunduqdan sonra onun arxa divarı yoxlanılmış, yaralar tikilmiş, mədənin çıxacağı bağlandıqdan sonra gastroenteroanastomoz qoyulmuş, pankreatoduodenal zona və qarın boşluğu drenaj olunmuş, operativ müdaxilə xolesistostomanın qoyulması ilə başa çatdırılmışdır.

Z.S., 1971-ci il təvəllüdü, 24.01.94-cü il tarixdə saat 10.30 radələrində səhra hospitalına qarının sağ yarısına arxadan girib, sol qabırğaaltı sahədən çıxan güllə yarası, daxili qanaxma, III dərəcəli travmatik şok, diaqnozu ilə daxil olmuşdur (x/t 3436). Intensiv terapiya fonunda yaralıya laparotomiya həyata keçirildi. Təftiş zamanı mədənin böyük ayrılığının və arxa divarının, qaraciyərin, nazik bağırsağ və onun müsarğəsinin, 12 barmaq bağırsağın peritonarxası hissəsinin zədələnmələri aşkar olundu. Qarın boşluğunda bir litrə qədər qan vardır. İlk növbədə qaraciyərin yarası və nazik bağırsağ müsariqəsi tikildi, qanaxmanın qarşısı alındı. Mədənin ön və arxa divarındakı yaralar tikildi. Nazik bağırsağ Treys bağından distal hissədə 80 sm məsafədə rezeksiya olundu. 12 barmaq bağırsağ mobilizə olunduqdan sonra bağırsağın yaraları tikildi, retroperitoneal və pankreatoduodenal sahə drenaj olundu. Qidanın 12 barmaq bağırsağa daxil olmaması üçün mədə çıxacağı liqaturaya alındı, Ru üsulu ilə "Y"-vari gastroenteroanastomoz qoyuldu və xolesistostoma həyata keçirildi. Qarın boşluğu 10 litrdən artıq antiseptik maye ilə (furasilin məhlulu ilə) yuyuldu. Peritonun arxa divarı bərpa olunduqdan sonra köndələn nazik bağırsağ kökünə 150 ml 0,25%-li novokain məhlulu yeridildi, qarın boşluğu drenaj olundu və laparotomiya yarası qatlarla tikildi. Operativ müdaxilədən sonrakı dövr fəsadsız keçmiş, 7-8-ci günlər tikişlər sökülmüş; sağalması birincilidir. Sonrakı müalicə üçün yaralı Bakı şəhərinə köçürüldü.



Şəkil 21.4 Nazik bağırsağın müsariqəsinin zədələnməsi zamanı peritonun arxa divarının açılması və zədələnmiş damarın bərpası (Şəxsi müşahidələrimizdən)

Mədənin və nazik bağırsağın yaralarının tikilməsi ikiqat tikişlə boylama istiqamətdə aparılmalıdır. Müsarğanın, yaxud onun damarlarının zədələnməsi nəticəsində qan təchizatı pozulmuş bağırsağ hissəsi reaksiya olunmalı və anastomoz qoyulmalıdır. Bağırsağın bir-birinə yaxın çoxsaylı yaralanmaları və çəp istiqamətli geniş yaralanmaları da bağırsağın rezeksiyasına göstərişdir. Əgər bağırsağın rezeksiyası yaralının ağırlığına görə həyata keçirilə bilmirsə, onun zədələnmiş hissəsi kənara çıxarılmalı, gətirici və aparıcı uclara anastomoz qoyulmalıdır. Bağırsağ divarının tamlığına şübhə olduğu sahələr, eləcə də əzilmiş və seroz qişanın deserozasiyaya uğramış hissələri tikilib peritonizə olunmalıdır.

Nazik bağırsağ yaralanmaları II dünya müharibəsində Sovet əsgərləri arasında qarının təcrid olunmuş yaralanmaları zamanı 45,1% təsadüf edilmişdir. 53,8% halda yaralanma çoxsaylı olmuş, 13,7% halda isə bağırsağ divarı bir yerdən tam, yaxud qismən zədələnmişdir. Bizim təcrübədə nazik bağırsağ bütün qarın boşluğu orqanları zədələnməsinin 21,3%-ni, boşluqlu orqanların zədələnməsinin 34%-ni təşkil etmişdir. Bu, (36,5%) təcrid olunmuş, qalan hallarda (63,5%) müstəqil şəkildə müşahidə olunmuşdur. 28,4% halda az saylı, kiçik, yaxud yaraların bir-birindən uzaq yerləşdiyi təsadüflərində yaralar tikilmiş, 71,6% halda bağırsağ rezeksiya edilmiş və uc-uca anastomoz qoyulmuşdur. Bu, yaraların çoxsaylı, bir-birinə yaxın yerləşdiyi və defektlərin bağırsağ mənfəzinin 2/3 hissəsindən böyük olduğu hallarda, eyni zamanda müsarğın damarlarının zədələnmələrində həyata keçirilmişdir.

M.H., 1970-ci il təvəllüdü, 02.02.94-cü il tarixdə saat 5.00 radələrində qarını dəlib-keçən, sol budun yuxarı 1/3-ni dəlib-keçən çoxsaylı güllə yarası, qalça sümüyünün sınığı, III dərəcəli travmatik şok diaqnozu ilə hərbi-səhra cərrahiyyəsi hospitalına yaralandıqdan 40 dəqiqə sonra daxil olmuşdur (x/t 3482). Daxili qanaxma əlamətləri olduğu üçün yaralı təcili olaraq əməliyyat otağına götürüldü, mərkəzi venalar kateterizasiya olunduqdan sonra şok əleyhinə tədbirlərlə yanaşı intubasion narkoz şəraitində laparotomiya olundu. Qarın boşluğu orqanlarının təftişi zamanı nazik bağırsağın iki yerdən 0,7x0,8 sm ölçüdə yaralanması aşkar olundu. Yaralar Treys bağından 50 sm aşağı bir-birindən 35 sm aralıda yerləşmişdir. Geniş peritonarxası hematoma qeyd edilir. Sidik təmizdir, peritonarxası hematoma sol qalça sümüyünün sınığı hesabına baş vermişdir. Nazik bağırsağın yaraları tikildi, qarın boşluğu yuyuldu və drenaj olundu, yaralar birincili cərrahi işləndi, yara kanalı drenaj olundu. Operativ müdaxilədən sonrakı dövr yaralının vəziyyəti yaralanmanın və həyata keçirilmiş operativ müdaxilənin ağırlıq dərəcəsinə uyğundur. Üç gün müddətində aparılan intensiv müalicədən sonra hemodinamik göstəricilər sabitləşmiş, yaralı Bakı şəhərinə – mərkəzi hospitala köçürülmüşdür.

Başqa bir misal:

Ə.S. 1975-ci il təvəllüdü, 18.06.93-cü il tarixdə hospitala qarının öndən dəlib-keçən kor güllə yarası, daxili qanaxma, III dərəcəli travmatik şok diaqnozu ilə daxil olmuşdur (x/t 2390). Yaralı təcili olaraq cərrahi əməliyyat otağına gətirildi, mərkəzi venalar katetirizə olundu, intubasion narkoz şəraitində laparotomiya həyata keçirildi. Qarın boşluğunda 2 litrdən artıq qan vardır. Təftiş zamanı nazik bağırsaqda Treys bağından 25 sm distal hissədən 2 m 40 sm məsafədə çoxsaylı müxtəlif ölçülü yaralar aşkar olundu. Müsariqə iki yerdən geniş zədələnmiş və qanaxma davam etməkdədir. Nazik bağırsağ zədə nahiyəsinə müvafiq hissədə mobilizə olundu və 2,6 m məsafədə rezeksiya olunaraq, uc-uca anastomoz qoyuldu. Əməliyyatdan sonrakı dövr ağır keçmiş, 4 gün müddətində aparılan intensiv müalicə nəticəsində hemodinamik göstəricilər sabitləşmiş və yaralı Bakı şəhərinə təxliyə olunmuşdur.

Göründüyü kimi 2-ci yaralının vəziyyəti daha ağır olmuş və yaralar geniş və çoxsaylı olduğundan onların tikilməsi qeyri-mümkün olmuş və nazik bağırsağ geniş sahədə rezeksiya olunmuşdur.

Nazik bağırsağın müsariqəsinin və onun damarlarının zədələnmələrində də bağırsağın rezeksiyası göstərişdir. Buna aşağıdakı xəstəlik tarixi misal ola bilər:

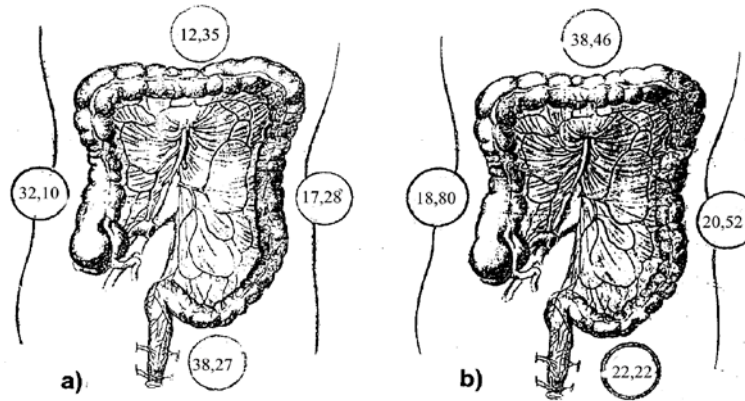
O.N., 1972-ci il təvəllüdü, 14.04.94-cü il tarixdə saat 00.30 radələrində hərbi-səhra cərrahiyyəsi hospitalına qarın boşluğunu dəlib-keçən güllə yarası, daxili qanaxma, III-IV dərəcəli travmatik şok diaqnozu ilə daxil olmuşdur (x/t 3758). Yaralı təcili olaraq cərrahi əməliyyat otağına götürüldü, mərkəzi venalar katetirizə olundu, intubasion narkoz şəraitində laparotomiya həyata keçirildi. Qarın boşluğunda

1,5 litrə qədər qan vardır. Təftiş zamanı nazik bağırsağın 5 yerdən, onun müsarğiasinin 2 yerdən yaralanması eyni zamanda "S"-vari bağırsağın və düz bağırsağın intraperitoneal hissəsinin yaralanması aşkar olundu. Nazik bağırsağın yaralanmalarının geniş və bir-birinə yaxın olmasını və onun müsariqəsinin də yaralandığını nəzərə alaraq, bağırsağ 1 m 10 sm məsafədə rezeksiya olundu və uc-uca (Piroqov-Mateşşuk üsulu ilə) anastomoz qoyuldu. Düz bağırsağın intraperitoneal yarası tikildi, "S"-vari bağırsağın zədələnmiş hissəsi kənara çıxarıldı –sigmastoma qoyuldu. Qarın boşluğu maye tam şəffaflanana qədər antiseptik məhlullarla yuyuldu, drenaj olundu və laparotomiya yarası qatlarla tikildi. Operativ müdaxilədən sonrakı dövr yaralının ağırlığı, yaralanmanın və keçirilmiş cərrahi əməliyyatın ağırlıq dərəcəsinə uyğundur. 4 gün müddətində aparılan intensiv müalicədən sonra hemodinamik göstəricilər stabilləşmiş və yaralı sonrakı müalicə üçün Bakı şəhərinə təxliyə olundu.

Bağırsaqların rezeksiyasından, yaxud çoxsaylı yaraların tikilməsindən sonra həzm traktı xüsusi zondlarla intubasiya olunmalıdır. Bir sıra hallarda sifətin və boynun müştərək yaralanmalarında nazo-gastrointestinal zondun yeridilməsinə çətinlik törəndikdə həzm traktının dekompressiyası qastrostoma üsulu ilə (Ö.M.Diderer) həyata keçirilir. Bu məqsədlə sekostomanın da qoyulması mümkündür.

Kor-qalxan çənbər bağırsağ seqmentində geniş yaralanmaların müşahidə olunduğu halda sağtərəfli hemikolektomiya edilməli, ilio-transverzoanastomoz qoyulmalıdır. Köndələn çənbər bağırsağın dağılmış və çoxsaylı yaralanmalarında ikilüləli, tək geniş yaralanmalarında isə birlüləli kolostoma qoyulmalıdır. Enən çənbər bağırsağın çoxsaylı və geniş dağılmış yaralanmalarında bağırsağ rezeksiya edilməli, ikilüləli stoma qoyulmalıdır. Bağırsağın adi yaralanmalarında isə yaralar bağırsağ rezeksiya olunmadan təklüləli kolostoma qoyulmalıdır. Rektosiqmoidal yaralanmalarda bağırsağın zədələnmə səviyyəsinin nisbətən yuxarı olduğu hallarda adi sigmastoma qoyulmalı, zədələnmənin aşağı lokalizasiyalarında bağırsağ Qartman üsulu ilə rezeksiya edilməlidir; bağırsağın distal hissəsi bağlanılıb qarın boşluğunda saxlanılmalı, proksimal hissə isə stoma şəklində kənara çıxarılmalıdır.

Yoğun bağırsağın müsarğiasi olmayan hissələrinin (qalxan və enən çənbər bağırsağ) tək yaralarında parietal peritonun axra divarı açılmalı, orqan nəzərdən keçirilməli və bağırsağın ekstraperitoneal yarası tapılıb tikilməlidir.



Şəkil 21.5 Qarının odlu silah yaralanması zamanı yoğun bağırsağın zədələnmə təsadüfləri: a) təcrid olunmuş zədələnmələr, b) müştərək zədələnmələr (%)

Yoğun bağırsağ zədələnmələri bizim təcrübədə bütün qarın boşluğu orqanlarının zədələnməsinin 29,4%-ni, boşluqlu orqanların zədələnmələrinin 45,2%-ni təşkil etmişdir. Bu, nazik bağırsağ zədələnmələrindən daha çoxdur. [Qeyd etmək lazımdır ki, II dünya müharibəsi illərində yoğun bağırsağ yaralanmaları qarın boşluğu orqanlarının zədələnmələrinə görə nazik bağırsağ zədələnmələrindən sonra ikinci yerdə dururdu]. Bütün hallarda operativ müdaxilələr zamanı qarın boşluğu orqanları, eləcə də yoğun bağırsağ müayinə olunmuş, xüsusilə bağırsağın hematoma olan sahələri və onun mezoperitoneal hissələri diqqətlə yoxlanılmış və cərrahi taktika müəyyən edilmişdir. Yoğun bağırsağın geniş, çoxsaylı və dağılmış yaralanmalarında orqanın rezeksiyası həyata keçirilmiş və onun ucları kənara çıxarılmışdır:

30 yaşlı A.F. (x/t 1833)12.03.93. tarixdə hərbi-səhra cərrahiyyəsi hospitalına qarın boşluğuna dəlib keçən güllə yaralanması III dərəcəli travmatik şok diaqnozu ilə daxil olmuşdur. Şok əleyhinə tədbirlərlə bir müddətdə laparotomiya həyata keçirildi. Qarın boşluğunun təftişi zamanı sol böyrəyin və enən çənbər bağırsağın zədələnməsi aşkar edildi. Sol böyrək dağıldığı üçün nefrektomiya yerinə yetirildi. Retroperitoneal sahə drenaj olunduqdan sonra peritonun arxa divarı bərpa olundu, yoğun bağırsağın zədələnmiş hissəsi kənarı çıxarılaqla kolostoma qoyuldu. Operativ müdaxilənin 6-cı günü yaralı mərkəzi hərbi hospitala təxliyə olundu.

Yalnız istisna hallarda yoğun bağırsağın 0,2-0,5 santimetr diametrindən kiçik birər yaralanmalarında yaralar tikilərək ekstraperitonizə edilmişdir:

20 yaşlı S.A., 28.12.93. tarixdə saat 19.40 radələrində qarın boşluğuna soldan dəlib-keçən güllə yarası, III dərəcəli travmatik şok diaqnozu ilə hərbi-səhra cərrahiyyəsi hospitalına daxil olmuşdur (x/t 3212). Peritonun qıcıqlanma əlamətləri şübhəlidir. Laparosentez olundu, qarın boşluğundan qan alındığı üçün yaralı cərrahi əməliyyat otağına götürüldü. Qarın boşluğunun təftişi zamanı enən çənbər bağırsağın ekstraperitoneal zədələnməsi aşkar edildi. 0,4 sm diametrlə yara üçqat tikildi və böyür tərəfdən ayrıca kəsiklə ekstraperitonizə olundu. Yaralı vəziyyəti tam stabilləşənə qədər hospitalda saxlanıldı və 10 gündən sonra növbəti təxliyə mərhələsinə köçürüldü.

Parenximatoz orqanların zədələnməsi bütün qarın boşluğu orqanlarının zədələnməsinin 35%-ni təşkil etmişdir. 17,8% halda zədələnmə təcrid olunmuş, 82,2% halda müştərək xarakterə malik olmuşdur. Qaraciyər zədələnmələri qarın boşluğu orqanlarının zədələnməsinin 16,5%-ni, parenximatoz orqanların zədələnmələrinin 47%-ni təşkil etmişdir. Qaraciyərin dağılmış yaralanmalarında 4 halda sağ pay, 3 halda sol pay və 2 halda hər iki pay atipik rezeksiya olunmuş, omentohepatopeksiya əməliyyatı yerinə yetirilmiş və öd yolları drenaj edilmişdir:

19 yaşlı R.A., (x/t 2658) qarını sağdan-axadan dəlib-keçən güllə yarası, daxili qanaxma, III dərəcəli travmatik şok diaqnozu ilə hərbi-səhra cərrahiyyəsi hospitalına daxil olmuşdur. Şok əleyhinə tədbirlərin həyata keçirilməsi ilə bir vaxtda yaralı cərrahi əməliyyat otağına verildi. Orta laparotom kəsiklə qarın boşluğu açıldı. Qarın boşluğunda 1,5 litrdən artıq qan vardır. Qaraciyərin sağ payının dağılmış yarası, yoğun bağırsağın qara ciyəriyiliyinin ekstraperitoneal zədələnməsi, sağ paranefral sahənin yaralanması, peritonarxası hematoma qeyd edilir. Qaraciyərin sağ payı atipik rezeksiya olunduqdan sonra omentohepatopeksiya yerinə yetirildi, retroperitoneal sahə açıldı, dağılmış sağ böyrək kəsilib götürüldü, retroperitoneal sahə kənarından (axadan) drenaj edildikdən sonra peritonun arxa səhifəsinin tamlığı bərpa olundu. Yoğun bağırsağının qara ciyər ayrılıyndəki yara kənarı çıxarılaqla ikilüləli kolostoma qoyuldu. Qarın boşluğu 10 litr antiseptik məhlulla yuyulduqdan sonra 6 ədəd rezin boru ilə drenaj olundu. Operativ müdaxilədən sonrakı müddət ərzində yaralıya intensiv müalicə davam etdirilmiş, əməliyyatdan bir həftə sonra arxa cəbhə hospital bazasına təxliyə olunmuşdur.

Qalan hallarda qara ciyərin yarası tikilmişdir. Kor yaralanmaların 12-də yad cisim çıxarılmış, 4 halda isə bunun çıxarılması orqanın daha çox zədələnməsinə səbəb ola bildiyindən yad cismin kənar edilməsindən imtina edilmişdir. Yaralar tikilmiş, hemostaz həyata keçirilmiş, əməliyyat sahəsi drenaj edilmişdir. Qaraciyərin diafraqma səthinin zədələnməsi 24 halda təsadüf edilmiş və bütün hallarda qaraciyərin asılan bağıının, yaxud oraqvari bağıın (*Lig.falciforme heratis*) kəsilməsilə orqan mobil vəziyyətə gətirilmiş və defekt nahiyəsi tikilmişdir. [Keçmişlərə nəzər salsaq məlum olar ki, bəzi müəlliflər) bu tipli yaralanmalarda qabırğaların kəsilməsilə operativ müdaxilənin daha asan yerinə yetirilməsini tövsiyə etmişlər (M.A.Topçubaşov). Hazırda bu üsul yalnız tarixi əhəmiyyət kəsb edir və daha travmatik olduğundan bizim təcrübəmizdə tətbiq edilməmişdir].

Bizim təcrübədə dalaq zədələnmələri bütün qarın boşluğu orqanlarının zədələnməsinin 7,6%-ni, parenximatoz orqanların zədələnməsinin 21,6%-ni təşkil etmişdir. Yaralanma 13,7% halda təcrid olunmuş, 86,3% halda müştərək xarakterə malik olmuşdur. Bütün dalaq yaralanmalarında yalnız 3 halda onun

kənari zədələnməsi aşkar olunmuş, qalan hallarda dalaq parçalanmış, 8 halda isə (15,69%) dalağın qapısının zədələnməsi aşkar olmuşdur.

Kənari yaralanmalarda dalağın yarası atravmatik saplarla tikilmiş və zədə nahiyəsinə ayaqcıqlı piylik əlavə edilmişdir. Qalan bütün hallarda isə orqanın saxlanması mümkün olmamış splenektomiya həyata keçirilmişdir. Splenektomiyadan sonra orqanın immun pozğunluğunun qarşısının alınması məqsədilə dalaq toxumasının implantasiyası həyata keçirilmişdir.

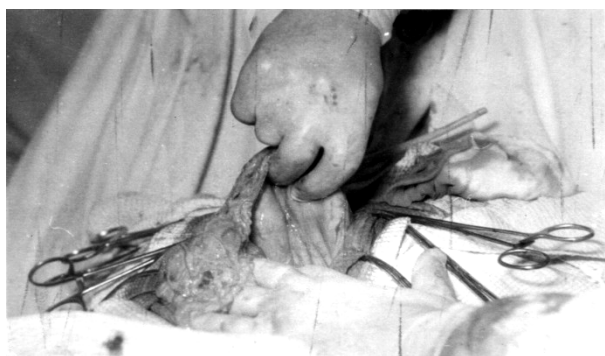
Böyrək qütbləri, böyrək ləyəni və kasacıqlarının məhdud səthi yaralanmalarında orqanın saxlanılmasına çalışmalıdır. Vəziyyətdən asılı olaraq yara tamponada edilməli, tikilməli, yaxud böyrək qütbü, rezeksiya olunmalıdır. Böyrəyin daha dərin zədələnmələrində nefrektomiyanın həyata keçirilməsi lazım gəlir. Nefrektomiyadan əvvəl digər böyrəyin vəziyyəti yoxlanılmalıdır.

Əgər sidik axarının yanaşı zədələnməsi bilavasitə əməliyyat zamanı təyin olunubsa, axırını tikilməlidir. Bu mümkün olmadıqda yenə də nefrektomiya əməliyyatı həyata keçirilməlidir. Böyrək və sidik axarlarında bütün operativ müdaxilələr zamanı peritonarxası sahə drenaj olunmalıdır. Drenaj yaxud tampon böyürdən ayrıca kəsiklə kənara çıxarılmalı və peritonun defekti tikilməlidir.

Böyrək zədələnmələri bizim təcrübədə bütün qarın boşluğu orqanlarının zədələnməsinin 10,1%-ni, ilizasparenxitamoz orqanların zədələnməsinin 28,8%-ni təşkil etmişdir. [Xatırladıq ki, II dünya müharibəsi illərində sovet əsgərləri arasında bu patologiya 14,2%, Əfqanıstan müharibəsində 9,7% halda təsadüf edilmişdir]. Yaralanma 13,2% halda təcrid olunmuş, 86,8% halda müstəqil xarakterə malik olmuşdur. Bunların hər birində böyrək parenximası parçalandığından və onun qapısı və damar ayaqcığı zədələndiyi üçün nefrektomiya əməliyyatı həyata keçirilmiş (92,6%), qalan hallarda (7,4%) böyrək rezeksiya edilmişdir. Bütün böyrək zədələnmələrində orta laparotom kəsikdən istifadə edilmişdir.

Mədəaltı vəzin zədələnmələri bizim təcrübədə 6 halda təsadüf edilmişdir. Bu, bütün qarın boşluğu orqanlarının 0,9%-ni, parenxitamoz orqanların zədələnməsinin 2,5%-ni təşkil etmişdir. Bütün hallarda zədələnmə digər orqanların da yaralanması ilə müstəqillik təşkil etmişdir. Müşahidə etdiyimiz yaralıların birində vəzin baş hissəsinin səthi yaralanması, ikisində vəzin cisminin, üçündə isə quyruq hissənin yaralanması aşkar edilmişdir. İki halda pankreasın quyruğu rezeksiya edilmiş, qalan hallarda zədə nahiyəsi tikilmiş, qanaxma saxlanılmışdır. Hər bir hallarda operativ müdaxilə öd yollarının drenajı ilə başa çatdırılmışdır.

Bütün geniş cərrahi əməliyyatların axırında qarın boşluğu antiseptik məhlullarla yuyulmalı, 4-6 rezin boru ilə drenaj olunmalıdır. Drenajlar diafraqma altında, qara ciyər qapısında, yan kanallarda və kiçik canaq boşluğunda yerləşdirilməli, ehtiyac olduqda borulardan qarın boşluğuna antibiotiklər yeridilməlidir.



Şəkil 21.6 Cərrahi əməliyyat zamanı qarın boşluğu orqanlarının təftişi (x/t 3806)

Peritonit əlamətləri olarsa damcı, yaxud fraksion üsulla peritonial dializ həyata keçirilməlidir. Dializ zamanı istifadə olunan mayenin ümumi həcmi sutkada 6 litrdən artıq olmamalıdır. Dializ zamanı xaric olan mayenin miqdarına diqqət yetirmək lazımdır. Yeridilən və xaric olan maye arasındakı kəsir 300-400 ml-dən çox olmamalıdır. Müalicənin səmərəli keçdiyi hallarda yaralının ümumi vəziyyəti yaxşılaşır, nəbz seyrəlik, bədən temperaturu aşağı düşür, qanın ümumi analizində yaxşılaşma qeyd edilir.

Qeyd etmək lazımdır ki, son zamanlar peritoneal dializin tətbiq edilməsini tənqid edənlər də az deyildir. Hər halda bu və ya digər müalicə üsulundan istifadə edildikdə fərdi yanaşma da yaddan çıxarılmamalıdır. Lazım gəldikdə qarın boşluğuna üst drenajlardan 3-4 gün müddətində antibiotiklər yeridilməlidir. Antibiotiklər həmçinin yüksək dozada venaya da yeridilməlidir.

Qarın boşluğunda cərrahi əməliyyatlardan sonra tamponun saxlanması məsələsi bir qədər mübahisəlidir. Gecikmiş peritonitlərdə, qara ciyərin və öd yollarının geniş yaralanmalarında, qanaxmanın tam dayandırılmasına, yaxud boşluqlu orqanlara qoyulmuş tikişlərin hermetikliyinə əminlik olmadığı və qarın boşluğunun həddən artıq çirkləndiyi hallarda tamponun qoyulması daha məqsədəuyğun sayılmalıdır. Tamponun drenajla birlikdə rezin əlcəkdən keçirilmək şərti qoyulması (Penrouss üsulu) daha məqsədəuyğundur. Operativ müdaxilənin axırında dəridəki yaralar birincili cərrahi işlənilməlidir.



Şəkil 21.7 Qarın boşluğu orqanlarının təftişi və nazik bağırsağın rezeksiyası (x/t 3482)

Cərrahi əməliyyatdan sonrakı dövrdə müalicə tədbirləri və yaralılara qulluq xüsusi əhəmiyyət kəsb edir. Bütün tədbirlər əsasən şok və qanaxma əleyhinə, peritonit və pnevmoniyanın qarşısının alınması istiqamətinə doğru yönəldilməlidir. Yaralıya sutkada 4-5 litr həcmində parenteral yolla maye yeridilməli, elektrolitlər, plazma əvəzedicilər köçürülməlidir. Qarın boşluğuna, əzələ daxilinə, venaya antibiotiklər yeridilməlidir. Ürək preparatlarından, tənəffüs analeptiklərindən, ağrıkəsicilərdən istifadə olunmalı, tələb olunduqda oksigen inhalyasiyası tətbiq edilməlidir.

İlk sutka ərzində yaralıya ağızdan heç bir şey verilmir. 2-ci sutkanın axırında yaralıya az miqdar (qurtum-qurtum) isti çay və su vermək olar. 3-cü sutka yaralıya qatı bulyon, kisel, boş bişirilmiş 1-2 yumurta, 25-30 qram kərə yaği verilir. Əgər peritonit əlaməti keçirsə, qusma əlamətləri yoxdursa, 4-cü sutkadan etibarən parenteral yeridilən maye qismən azaldılmalı, yaralıya süzgəcdən keçirilmiş şorba, ətli püre verilməlidir. 5-ci sutkada yeməyə ağ suxarı əlavə olunmalı, və kərə yağının miqdarı 50 qrama qədər artırılmalıdır. Peritonitin aşkar əlamətləri olduğu halda isə əsas diqqət parenteral qidalanmaya verilməli, qan, plazma və zülal preparatları və qlükoza köçürülməlidir.



Şəkil 21.8 Qarının daxilə keçən güllə yaralanmasına görə həyata keçirilmiş operativ müdaxilədən sonrakı vəziyyət (x/t 1833)

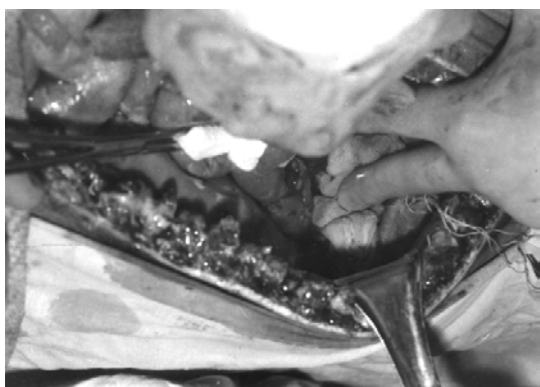
Konservativ tədbirlər lazımi effekt vermədikdə relaparotomiya həyata keçirilməlidir. Relaparotomiyaya göstəriş bağırsağ keçməməzliyinin olmasıdır. Bu, bağırsaqların parezi və bitişmələrin əmələ gəlməsi ilə əlaqədar olaraq baş verir. Relaparotomiyanın səmərəsinə şübhə yarandığı hallarda yara kənarına provizor tikişlər qoyulmaqla laparostomiya yerinə yetirilməli, qarın boşluğu vaxtaşırı sanasiya olunmalıdır. Cərrahi əməliyyatdan sonrakı müddət ərzində antibiotiklər yerli və intravenoz, intraarterial və limfatik yolla tətbiq edilməli, parenteral zülal preparatlarından (albumin, plazma protein və s.) istifadə edilməlidir.

Lazım gəldikdə laparotomiyadan sonra yaralıda bağırsaqların atoniyası ilə mübarizə məqsədilə ikitərəfli paranefral blokada həyata keçirilməli, mədə möhtəviyyəti zondla vaxtaşırı sorulub çıxarılmalı, rektosiqmoidal hissəyə yoğun havaçıxarıcı boru keçirilməli, ilıq yağlı imalə tətbiq edilməlidir.

Cərrahi əməliyyatdan sonra pnevmoniyanın qarşısının alınması məqsədilə nəfəs gimnastikası, inhalyasiya, döş qəfəsinin masajı və xardal yaxmasından istifadə olunmalı, yaralıya yarımoturaq vəziyyət verilməlidir.

Əməliyyatdan sonrakı dövrdə bəzən qarının ön divarına qoyulmuş tikişlərin açılması və yara kənarlarının aralanması halı da müşahidə oluna bilər. Bu, adətən bronxit və pnevmoniya nəticəsində arasıksilməz öskürək tutmaları, yaxud yaranın irinləməsi ilə əlaqədar olur. Belə hallarda bağırsaqların eventrasiyasının qarşısının alınması üçün profilaktik tədbirlər həyata keçirilməlidir. Bu məqsədlə kifayət qədər qalın sarğı bağlanılmalı, dəsmal və mələfdən tikilmiş bandajlardan istifadə edilməlidir. Eventrasiyanın baş verdiyi hallarda endotraxeal narkoz şəraitində kənara çıxmış bağırsağ ilgəkləri sanasiya olunmalı və qarın boşluğuna keçirilməlidir. Qarının bütün qatları qalın ipək sapla Spasokukotski, yaxud Donati tikişi ilə tikilməlidir.

Qarın yaralanmalarının gec fasadlaşmalarına qarın boşluğunda irinliklərin əmələ gəlməsi bağırsağ, nəcis və öd fistulalarının və bağırsağ keçməməzliyinin meydana çıxması aiddir. Əmələ gəlmiş irinliklər operativ yolla, bağırsağ və öd fistulları eləcə də dinamik bağırsağ keçməməzliyi konservativ yolla müalicə olunmalıdır. Konservativ müalicənin səmərə vermədiyi hallarda operativ üsul yenə də ön plana keçməlidir. Sidik fistulaları çox vaxt öz-özünə bağlanır, əks təqdirdə isə operativ üsul tətbiq olunmalıdır. Cərrahi müdaxilənin xarakteri fistulanın əmələ gəlmə səbəbindən də çox asılıdır. Paranefral, sahədə irinli ocaqların adekvat drenajı məqsədilə operativ üsul daha geniş tətbiq olunmalıdır.



Şəkil 21.9 Operativ müdaxilədən sonra irinləməyə görə qarın yaralanmasının açıq üsulla müalicəsi (x/t 6505)

Qarın yaralanmalarının müalicəsində qidalanmanın xüsusi əhəmiyyəti vardır. Bunun düzgün idarə olunması su-elektrolit və zülal tarazlığının tənziminə imkan verir. İlk sutka ərzində yaralı ac qalmalı, 2-ci sutka ərzində 2 stəkan tünd çay (qurtum-qurtum) verilməli, 3-cü sutka yaralıya bulyon, kisel, boş bişirilmiş 2 ədəd yumurta, 25 qram kərə yağı, şirinçay və su vermək olar. 4-cü sutka pəhrizə sup, püre, manni sıyığı və kompot əlavə olunur. 5-7-ci sutkalarda xəstəyə əlavə olaraq 50 qram kərə yağı ilə suxarı verilməlidir.

Torakoabdominal yaralanmalarda cərrahi taktika müəyyən şərtlərdən asılı olaraq həyata keçirilir. Davam edən qanaxmalarda təcili operativ müdaxilə birbaşa göstərişdir. Cərrahi əməliyyat müddətində eyni vaxtda infuzion-transfuzion tədbirlər yerinə yetirilməlidir. Əgər qanaxma əlamətləri müşahidə

olunmursa və yaralı şok vəziyyətindədirsə, əvvəlcə şok əleyhinə tədbirlər həyata keçirilməlidir. Həmçinin bu məqsədlə zədələnmə olan tərəfdə vaqo-simpatik novokain blokadasının tətbiqi də yaxşı nəticə verir.

Operativ müdaxilənin xarakteri hər bir vəziyyətdə döş yaxud qarın orqanlarının zədələnmə dərəcəsinə asılı olaraq həyata keçirilməlidir. Xüsusilə açıq pnevmotorakslarda, yaxud massiv plevral qanaxmaları zamanı operativ müdaxilə torakotomiyadan başlanılmalıdır.



Şəkil 21.10 Operativ müdaxilədən sonrakı dövrdə irinliklərin drenajı və bu dövrün idarə olunması (x/t 2938)

Əgər torakotomiyaya xüsusi göstəriş yoxdursa və qarın boşluğu orqanlarında zədələnmə üstünlük təşkil edirsə laparotomiya həyata keçirilir. Bir sıra müəlliflər (A.A.Vişnevski, M.I.Şrayber, 1975, 1980) qeyd edirlər ki, laparotomiyaya yolla diafraqmanın tikilməsi bir sıra çətinliklər törədir. Belə hallarda diafraqma yarasına piyliyin tikilməsi məsləhət görülür. Lakin təcrübə göstərir ki, qaraciyərin oraqları bağını kəsməklə bu əməliyyat xeyli asanlaşır. Hətta bu üsulla diafraqmanın böyük defektlərinin daha asanlıqla tikilməsi də mümkündür. Torakoabdominal yaralanmalar zamanı cərrahi əməliyyatdan sonrakı fəsadlaşmalara qarşı mübarizə, bu dövrün idarə olunması və xəstələrə qulluq döş və qarın yaralanmalarında olduğu kimidir.

21.4. QARIN YARALANMALARINI VƏ ZƏDƏLƏNMƏLƏRİNİ ZAMANI MƏRHƏLƏLİ YARDIMIN HƏYATA KEÇİRİLMƏSİNİ QAYDALARI

İlk- və həkiməqədəki tibbi yardım – bura yaranın aseptik sarınması, ağrı kəsicilərin vurulması və yaralıların döyüş zonasından çıxarılması daxildir. Yaralının sarınması üçün fərdi steril paketlərdən istifadə edilməlidir. Daxili orqanların: bağırsağ ilgəkləri, piylik və s. bayıra çıxdığı hallarda axırıncıların içəri salınmasına cəhd göstərilməməlidir. İlk sarğının düzgün qoyulmasından çox şey asılıdır. Lazımı qaydada qoyulmuş sarğı nəinki yaranı mikrob çirklənməsindən qoruyur, həmçinin müalicənin nəticələri bundan çox asılıdır.

İlk həkim yardımını mərhələsində sarğılar nəzərdən keçirilməli, düşmüş yaxud düz qoyulmamış sarğılar yenidən qoyulmalıdır. Bu zaman daxili orqanların içəri salınmasına cəhd göstərilməməlidir. Qida qəbulu qadağan olunur. Göstəriş olduqda yaralılara ürək dərmanları, tənəffüs analeptikləri və analgetiklər verilməli, antibiotiklər, tetanus əleyhinə anatoksin və zərərli maddələrdən istifadə edilməli, qan və qanəvəzəedicilər köçürülməlidir. Burada kəskin qanaxması olanlara qan qrupu təyin edilmədən birdəfəlik 500 ml 0 (I) qruplu mənfi rezuslu qan köçürülə bilər.

Daxili qanaxması olan yaralıların qan təzyiqinin normallaşmasına çox cəhd göstərilməməlidir. Unutmamalıdır ki, davam edən qanaxmalarda arterial təzyiqin yüksəlməsi qanaxmanın daha da sürətlənməsinə səbəb ola bilər. Yardım göstərilmiş yaralılar təcili hospitala çatdırılmalıdır. Aqoniyə vəziyyətində olan yaralıların təxliyə olunması əks göstərişdir.

Ixtisaslı tibbi yardım mərhələsində yaralılar göstəriləcək yardımın həcminə və növbəliliyinə uyğun olaraq çeşidlənilir. Şərti olaraq yaralılar aşağıdakı çeşidlənmə qruplarına ayrılırlar:

–təxirəsalınmaz cərrahi müdaxiləyə ehtiyacı olan yaralılar. Bura daxili qanaxması olan bütün yaralılar aiddir.

–daxili orqanların zədələnməsi olan və şok əlaməti olmayan, yaxud yüngül formalı şoku olan yaralılar. Bunlar əməliyyat otağına ikinci növbədə verilir.

–daxili orqanları zədələnmiş, qanaxma əlaməti olmayan II-III dərəcəli şok vəziyyətində olan yaralılar. Bunlar şok əleyhinə şöbəyə keçirilir, şokdan çıxdıqdan sonra əməliyyat otağına verilir.

–qısa müddətli dinamik müşahidəyə ehtiyacı olan yaralılar. Bura diaqnozu dəqiqləşməmiş yaralılar aiddir. Bunlar müşahidə üçün cərrahi şöbəyə, şokun olduğu halda isə şok əleyhinə şöbəyə keçirilir.

–hospitala gec gətirilmiş və klinik olaraq yaxşılaşmaya meyilli qənatbəxş vəziyyətli yaralılar dinamik müşahidə və konservativ müalicə üçün cərrahi şöbəyə keçirilir.

–aqoniya vəziyyətində olan həyatla uyuşmayan ağır zədələnməsi olan yaralılar simptomatik müalicə üçün ayrıca bokslara keçirilir.

–daxilə keçməyən, yaxud daxili orqanların zədələnməsi olmadan qarın divarının əzilməsi olan yaralılar sağalmağa olan komandanın tərkibində saxlanılmalı, yaxud yüngül yaralılar hospitallarına köçürülməlidirlər.

Yaralıların təxliyəsi və onun yerinə yetirilmə vaxtı müəyyən şəraitdən asılı olaraq təyin edilməlidir. Bu, əsasən yaralının ümumi vəziyyətindən, həyata keçirilmiş cərrahi müdaxilənin xarakterindən, fəsaləşmənin baş verməsindən, habelə tibbi və operativ-taktiki şəraitindən asılıdır.

Qarabağ müharibəsinin təcrübəsi göstərir ki, qarın yaralanmalarında yaralıların təxliyə müddəti maksimum bir həftə ərzində mümkündür. Bunun üçün hemodinamik göstəricilər stabil olmalı, yaralı şokdan çıxmalı, itirilmiş qanın həcmi bərpa olunmalıdır. Təxliyə üçün ən yaxşı vasitə hava yolu və dəmiryol nəqliyyatı hesab olunur.

Ixtisaslaşdırılmış tibbi yardım mərhələsi – bu mərhələdə yaralının müalicəsi tam başa çatdırılır. Müalicə prosesində gec fəsadlaşmalara qarşı mübarizə aparılır. Bir sıra hallarda bərpa operativ müdaxilələri həyata keçirilir, döyüş qabiliyyəti bərpa olunanlar yenidən hərbi hissələrə göndərilirlər. İntensiv terapiya adekvat ağrısızlaşdırma, simpatikoadrenal sistemin fəallığının artması və hipovolemiyanın aradan qaldırılması istiqamətində aparılmalıdır. Qanın reoloji qabiliyyəti bərpa olunmalı, anemiya aradan götürülməlidir. Kompleks müalicənin həyata keçirilməsi operativ müdaxilə başlanmamışdan preventiv antibiotikoterapiya, operativ müdaxilənin müvafiq həcmdə aparılması, qarın boşluğunun sanasiyası, mədə-bağırsaq traktının intubasiyası, uzunmüddətli peridural anesteziyanın, yaxud müsariqə kökünün daimi novokain blokadasının aparılması, elektrolit, zülal, karbohidrat kəsinin aradan qaldırılması qarın yaralanmaları, həmçinin onun küt travmalarında visseral fəsadlaşmaların qarşısının alınmasına imkan verir.

Odlu silahların təkmilləşməsi qarın yaralanmalarının da sayının artmasına və bu yaralanmaların daha ağır xarakterə malik olmasına gətirib çıxarmışdır. II dünya müharibəsində qarın yaralanmaları bütün yaralanmaların 2,4%-ni təşkil etdiyi halda, Vyetnam müharibəsində bu göstərici 7,1%, Əfqanıstan müharibəsində 4,2%-dən 9%-ə qədər yüksəlmişdir. Yaralanmalar daha çox müstəzək və çoxsaylı olmaları ilə fərqlənir. Bu zaman daxilə keçən yaralanmalar əksəriyyət təşkil edir. Daxili orqanların zədələnmələri çox vaxt müstəzəklik təşkil etdiyi üçün ağır yaralıların da sayı artır. Odlu silahın yüksək energetik qabiliyyətə malik olması hətta daxilə keçməyən yaralanmalarda da orqan zədələnməsinin baş verməsinə

səbəb olur. Partlayış zədələnmələrində yaralanmalar mexaniki və termik, bir sıra hallarda isə kimyəvi zədələnmələrlə kombinə şəkildə müşahidə olunur. Bütün bunlar yaralanmaların diaqnostikasının və müalicəsinin çətinləşməsinə və proqnozun pisləşməsinə gətirib çıxarır.

Yaralanmaların diaqnostikası fizikal müayinələrdən başlanılmalı və digər yardımçı müayinə metodları ilə tamamlanmalıdır. Ağır yaralıların müayinəsi zamanı diaqnozun dəqiqləşdirilməsinə ehtiyac yoxdursa, onlar qəbul şöbəsində, rentgen otağında lüzumsuz yerə yubadılmamalıdır. Bu, qiymətli vaxtın itirilməsinə səbəb ola bilər. Yaralılar təcili olaraq cərrahi əməliyyat otağına verilməlidir.

Daxili orqanların zədələnməsi ilə olan bütün qarın yaralanmalarında və zədələnmələrində laparotomiya standart orta kəsiklə həyata keçirilməlidir. Bu yolla daxili orqanların təftişi və operativ müdaxilənin yerinə yetirilməsi asan olur. Qanaxma mənbəyi tapılmalı, əvvəlcə parenximatoz, sonra isə boşluqlu orqanlar təftiş olunmalıdır. Daxili orqanların təftişi zamanı mədənin arxa divarının, 12 barmaq bağırsağın və yoğun bağırsağın müsariqəsiz hissələri yoxlanılmalı, eləcə də peritonarxası sahənin, çanaq dibinin və diafraqmanın tamlığına nəzarət olunmalıdır. Mədənin yaraları tikilməli, 12 barmaq bağırsaq mobilizə olunmalı, onun ekstraperitoneal yaraları tikilməli, retroperitoneal sahə drenaj olunduqdan sonra peritonun arxa divarının tamlığı bərpa olunmalıdır. Operativ müdaxilə hepatoduodenal sahənin və ümumiyyətlə qarın boşluğunun qəbul olunmuş qaydada drenajı ilə başa çatdırılmalıdır. Qaraciyərin geniş yaralanmalarında, mədəaltı vəz və 12 barmaq bağırsaq zədələnmələrində öd yollarının drenajı yaddan çıxarılmamalıdır. Nazik bağırsaq Treys bağından başlanıb iliosekal küncə kimi, yoğun bağırsaq həmin sahədən saat əqrəbi istiqamətində rekto-siqmoidal hissəyə kimi müayinə olunmalı, müsariqə nəzərdən keçirilməli, yoğun bağırsağın ekstraperitoneal sahələrinin (müsariqəsiz hissələrdə) yaralanmasına şübhə olduqda həmin sahələr açılıb vizual yoxlanılmalıdır. Daxilə keçməyən qarın yaralanmalarında peritonun tamlığının pozulmaması hələ daxili orqanların zədələnməsini inkar edən fakt deyildir. Periton üzərində qansızma və hematomaların olması daxili orqanların təftişini tələb edir.

Nazik bağırsağın tək-tək yaraları tikilməli, geniş və çoxsaylı yaralanmalarında isə orqan rezeksiya olunmalı, uc-uca anastomoz qoyulmalıdır. Bağırsağın rezeksiyasından sonra mədə-bağırsaq traktının intubasiyası yaddan çıxarılmamalıdır. Yoğun bağırsağın zədələnmələrində zədələnmiş sahə kənara çıxarılaqla kolostoma qoyulmalıdır. Müstəsna hallarda yoğun bağırsağın məhdud kiçik yaralanmalarında zədə nahiyəsi şərti olaraq tikilib ekstraperitonizə oluna bilər. Düz bağırsağın bütün yaralanmalarında sigmastoma qoyulmalıdır. Orqanın intraperitoneal yaraları tikilməli, ekstraperitoneal yaralanmalar zamanı pararektal sahə drenaj olunmalıdır.

Qaraciyərin adi yaraları tikilməli, geniş yaralanmalarında isə orqan rezeksiya olunmalı və öd yolları drenaj olunmalıdır. Öd kisəsinin zədələnmələrində xolesistektomiya həyata keçirilməlidir. Qara ciyərin kor yaralanmalarında yad cismin çıxarılması çətinlik törədirsə və bu, orqanın bir növ dağılmasına səbəb olursa, yad cismin çıxarılmasına cəhd göstərilməməlidir. Qaraciyərin diafraqma səthinin yaralanmalarında yaranın tikilməsinin asanlaşdırılması məqsədilə oraqvari bağ kəsilməklə qara ciyər mobil vəziyyətə gətirilməli, yara tikildikdən sonra oraqvari bağ bərpa olunmalıdır.

Dalağın dağılmış yaralanmalarında, yaxud onun damar ayaqcığının sıradan çıxdığı hallarda splenektomiya həyata keçirilməli, orqanizmin immun qabiliyyətinin saxlanması məqsədilə dalaq toxuması böyük piyliyə implantasiya olunmalıdır. Bu məqsədlə güdül nahiyəsində kiçik dalaq toxuması da saxlanıla bilər. Dalaq kapsulunun səthi yaralanmalarında kapsula tikilib, omentosplenopeksiya həyata keçirilə bilər. Qanaxma olmasın deyər, zədə nahiyəsi atravmatik saplarla tikilməlidir.

Böyrəyin bütün odlu silah yaralanmalarında zədələnmənin müstərək xarakterini nəzərə alaraq, operativ müdaxilə lumbotom yolla deyil, orta laparotom kəsiklə həyata keçirilməlidir. Böyrəyin dağılmış yaralanmalarında və damar ayaqcığının sıradan çıxdığı bütün hallarda nefrektomiya yeganə operativ üsul sayılmalıdır. Məhdud yaralanmalarda orqan rezeksiya oluna bilər.

Mədəaltı vəzin səthi yaraları tikilməli, quyruq hissəsinin dərin yaralanmalarında həmin hissə rezeksiya olunmalı, vəz axacağı bağlanılmalıdır. Mədəaltı vəzin cisminin dərin zədələnmələrində orqan rezeksiya olunmalı, pankreato-yeyunoanastomoz qoyulmalıdır. Pankreasın başının ciddi zədələnmələrində vəzin zədələnmiş hissəsi rezeksiya olunmalı, cisim ilə nazik bağırsağa anastomoz qoyulmalıdır. Mədəaltı vəzin başı eyni zamanda 12 barmaq bağırsaqla birlikdə zədələnmişdirsə (bu çox zaman belə olur), 12 barmaq bağırsaqla pankreasın başı ilə birlikdə rezeksiya olunmalı, öd yolları və mədəaltı vəzin axacağı ilə nazik bağırsaqlar arasında anastomozlar qoyulmalıdır. Pankreasın hətta adi zədələnmələrində belə, öd yollarının drenaj olunması yaddan çıxarılmamalıdır.

Cərrahi müdaxilədən sonra itirilmiş qanın həcmi bərpa olunmalı, həyati vacib orqanların funksiyasının bərpası istiqamətində intensiv terapiya həyata keçirilməlidir. Yalnız yaralıların hemodinamik göstəriciləri stabilləşdikdən sonra onlar növbəti təxliyə mərhələsinə köçürülə bilər.

ÇANAQ VƏ ÇANAQ ORQANLARININ ODLU SILAH YARALANMALARİ VƏ ZƏDƏLƏNMƏLƏRİ

TƏDRİS SUALLARI

22. 1. Çanaq yaralanmaları və zədələnmələrinin təsnifatı.
22. 2. Çanaq və çanaq orqanlarının odlu silah yaralanmaları və zədələnmələrinin klinikası, simptomatologiyası və diaqnostikası..
22. 3. Çanaq zədələnmələrinin müalicəsi və mərhələli yardımın həyata keçirilməsi qaydaları.

22. 1. ÇANAQ YARALANMALARİ VƏ ZƏDƏLƏNMƏLƏRİNİN TƏSNİFATI

I. ÇANAQ YARALANMALARİ

A). ÇANAĞIN ODLU SILAH YARALANMALARİ:

- 1) Yaralanmanın mənşəyinə görə:
 - Güllə yaralanmaları
 - Qəlpə yaralanmaları
 - Oxvari elementlərlə zədələnmələr
 - Partlayış zədələnmələri
- 2) Yaralanmanın ağırlıq dərəcəsinə görə:
 - Yüngül yaralanmalar,
 - Orta ağırlıqlı yaralanmalar,
 - Ağır yaralanmalar.
- 3) Yaralanmanın xarakterinə görə:
 - Təcrid olunmuş yaralanmalar,
 - Çoxsaylı yaralanmalar,
 - Müştərək yaralanmalar,
 - Kombinə olunmuş yaralanmalar.
- 4) Yara kanalının formasına görə:
 - Toxunan istiqamətli yaralanmalar,
 - Kor yaralanmalar,
 - Dəlib-keçən yaralanmalar,
 - Sərpən (rikoşet) yaralanmalar
- 5) Yara kanalının boşluğa olan münasibətinə görə:
 - a) Daxilə keçən:
 - Orqan zədələnməsi ilə,
 - Çanaq sümüklərinin sınıqları ilə birlikdə,
 - Orqan zədələnməsi və sınıqlarla birlikdə,
 - Daxili orqanların zədələnməsi olmadan.
 - b) Daxilə keçməyən:
 - Daxili orqanlar zədələnmədən,
 - Daxili orqanların zədələnməsi ilə,
 - Sınıqla birlikdə,
 - Sınıqsız.

B) QEYRİ-ODLU SİLAH YARALANMALARİ:

- 1) Yaralanmanın formasını görə:
 - kəsilmiş yaralar,
 - deşilmiş yaralar,
 - çapılmış yaralar.
- 2) Yaralanmanın ağırlıq dərəcəsinə görə:
 - Yüngül yaralanmalar,
 - Orta ağırlıqlı yaralanmalar,
 - Ağır yaralanmalar.
- 3) Yaralanmanın xarakterinə görə:
 - Təksaylı yaralanmalar,
 - Çoxsaylı yaralanmalar,
 - Müştərək yaralanmalar.
- 4) Yara kanalının formasına görə:
 - Toxunan istiqamətli yaralanmalar,
 - Kor yaralanmalar,
 - Dəlib-keçən yaralanmalar.

II ÇANAQ ZƏDƏLƏNMƏLƏRİ

A) ÇANAĞIN QAPALI ZƏDƏLƏNMƏLƏRİ:

- Yumşaq toxumaların zədələnmələri ilə,
- Sınıqların olması ilə,
- Daxili orqanların zədələnməsi ilə,
- Sınıqlar və daxili orqanların zədələnməsi ilə.

B) ÇANAĞIN AÇIQ ZƏDƏLƏNMƏLƏRİ:

- Yumşaq toxumaların zədələnməsi ilə,
- Açıq sınıqlarla,
- Açıq sınıqlar və orqan zədələnmələri ilə.

22.2. ÇANAQ VƏ ÇANAQ ORQANLARININ ODLU SİLAH YARALANMALARİ VƏ ZƏDƏLƏNMƏLƏRİNİN KLİNİKASI, SİMPTOMATOLOGİYASI VƏ DİAQNOSTİKASI

Çanağın odlu silah yaralanmaları. Çanağın odlu silah yaralanmaları ikinci dünya müharibəsi illərində 3,5%-dən 4,5%-qədər, Vyetnam müharibəsində 3,9%, Əfqanıstan müharibəsində 2,8%-dən 4,%-ə qədər təsadüf edilmişdir. Bizim təcrübədə çanaq yaralanmaları bütün yaralanmaların 4,9%-ni təşkil etmişdir. Çanaq yaralanmalarının əksərən müştərək və politravmatik xarakterə malik olması bir sıra hallarda əsas əlamətlərin nəzərdən qaçırılmasına və ciddi fəsadlaşmaların baş verməsinə səbəb olur. Çanaq yaralanmaları da digər nahiyələrin yaralanmalarında olduğu kimi toxunan istiqamətli, kor və dəlib-keçən formalı yara kanalına malik olur. Çanağın kor yaralanmalarının diaqnostikası bir qədər mürəkkəbdir. Bəzən sağrının, bel nahiyəsinin və budun yuxarı hissəsinin ilk baxışda səthi görünən kor yaraları çanaq boşluğuna keçməklə ciddi fəsadlaşmalar verə bilər. Bundan əlavə çanaq sferik səthə malik olduğundan, yaralanmalar sərpən (dəlib-qayıdan) xarakterə də malik ola bilər. Yəni güllə, yaxud qəlpə çanağın sferik səthinə toxunmaqla, kəllə-beyin zədələnmələrində olduğu kimi, eyni giriş nöqtəsindən xaric ola bilər. Bu tipli zədələnmələrə biz çanağın odlu silah yaralanmaları zamanı qeyri-stabil 5,45 avtomat güllələri ilə yaralanmalarda təsadüf etmişik. Həmçinin döş qəfəsi və qarın yaralanmalarında olduğu kimi çanaq yaralanmalarında da hətta daxilə keçməyən odlu silah yaralanmalarında belə, daxili orqanların zədələnməsi mümkündür. Bu, odlu silahın yan zərbəsi nəticəsində baş verir:

Ş.I. 1968-ci il təvəllüdlü, 10.06.94-cü il tarixdə saat 21.50 radələrində hərbi-səhra cərrahiyyəsi hospitalına yaralandıqdan 1 saat 10 dəqiqə sonra çanaq nahiyəsinin kor güllə yarası, sağ qalça sümüyünün deşikli sınığı, II dərəcəli travmatik şok diaqnozu ilə daxil olmuşdur (x/t 4016). Şok əleyhinə müvafiq tədbirlər həyata keçirildikdən sonra yaralı cərrahi əməliyyat otağına gətirildi. Yara kanalı təftiş olundu. Peritonun tamlığı pozulmamışdır. Yaralanma sahəsində periton üzərində hematomanın olması və

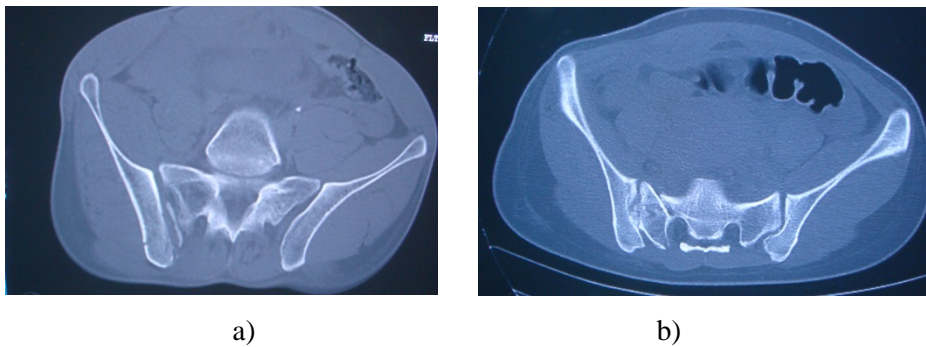
laparosentez borusundan qanlı möhtəviyyatın alınması daxili orqanların yaralanmasına şübhəni artırır. Intubasion narkoz şəraitində laparotomiya olundu. Təftiş zamanı kor bağırsağın ön səthində qansızmalar qeyd edilir. Hematoma nahiyəsində bağırsağın seroz qişası açıldı və kor bağırsağın məhdud sahədə subseroz zədələnməsi (deşilməsi) aşkar edildi. Yara nahiyəsi tikildi və ekstraperitonizə edildi. Təftiş zamanı peritonarxası hematomadan əlavə digər patologiya aşkar edilmədi. Qarın boşluğu antiseptik məhlullarda yuyuldu və drenaj edildi. Bağırsaq kökünə 300 ml 0,5%-li novokain məhlulu yeridildi və laparotomiya yarası qatlarla tikilib bağlandı. Operativ müdaxilə yaranın birincili cərrahi işlənməsi ilə başa çatdırıldı.

Həmin misaldan görünür ki, güllə qarın boşluğuna keçmədən daxili orqanları zədələmişdir. Bu, qeyd etdiyimiz kimi güllənin "yan zərbəsi" təsirindən baş vermişdir. Başqa bir misal:

Ə. Ş., 1974-cü il təvəllüdü, 11.05.94-cü il tarixdə saat 10.15 radələrində hərbi-səhra cərrahiyyəsi hospitalına çanağın sol yarısının kor güllə yarası, çanaq sümüklərinin sınığı, II-III dərəcəli travmatik şok diaqnozu ilə daxil olmuşdur (x/t 3916). Şok əleyhinə müvafiq tədbirlər həyata keçirildikdən sonra yaralı əməliyyat otağına götürüldü, yara kanalı təftiş olundu, periton səthində hematoma olsa da, onun tamlığı pozulmamışdır. Yara birincili cərrahi işləndi, laparosentez olundu. Laparosentez borusundan möhtəviyyat gəlmədiyindən yaralı cərrahi palataya keçirildi. 2 saat müddətində müşahidə zamanı qarında ağrıların artması və köpün olması aşkar edildi. Peritonun qıcıqlanma əlaməti şübhəlidir. Laparosentez borusundan zəif hemorragik maye xaric olmuşdur. Bütün bunları nəzərə alaraq, yaralı təkrarən cərrahi əməliyyat otağına gətirildi, intubasion narkoz şəraitində laparotomiya olundu. Təftiş zamanı qalça bağırsağın terminal hissəsində lokal qansızma və bağırsağın deşilməsi aşkar edildi. Geniş peritonarxası hematoma vardır. Bağırsaq yarası kənarları kəsilib götürüldükdən sonra müvafiq qaydada tikildi. Qarın boşluğu antiseptik məhlullarla yuyuldu və drenaj olundu. Nazik bağırsaq və köndələn çənbər bağırsağın müsarğiasinə 0,5%-li 90 ml novokain məhlulu yeridildi, laparotomiya yarası qatlarla tikildi, yaralı reanimasiya və intensiv terapiya şöbəsinə köçürüldü. Cərrahi əməliyyatdan sonrakı dövr operativ müdaxilənin ağırlıq dərəcəsinə uyğundur. Hemodinamik göstəricilər tam stabilləşdikdən sonra 16.05.94 tarixdə yaralı Bakı şəhərinə köçürüldü.

Çanağın geniş venoz kələfinin və magistral damarların zədələnməsi, çanaq sümüklərinin sınığı geniş qansızmaya, yayılmış retroperitoneal hematomaların əmələ gəlməsinə səbəb olur. Prosesə böyrəklər, böyrəküstü vəz və sidik kisəsi də cəlb olunur. Ağır travmatik şok və kəskin qanaxma əlamətlərinin olması yaralının ölümü ilə nəticələnə bilər.

Çanaq sümüklərinin müştərək zədələnmələrində 24,5%-dən 35%-ə qədər şok və qanaxma əlamətləri, 10% halda isə aqonal vəziyyət müşahidə olunur. Həddən artıq ağır yaralıların vəziyyətdən çıxarılması üçün 2 litrə qədər, III dərəcəli şokda 1,5 litr, II dərəcəli şokda 0,5-1 litr qan və bir o qədər də qanəvəzədicilərin məhlulları tələb olunur.



Şəkil 22.1 Yol-nəqliyyat hadisəsi nəticəsində çanaq və aralıq nahiyəsindən zədə almış xəstənin çanağının kompüter tomoqramması. Sağ qalça sümüyünün və oma sümüyünün sağ yarısının sınığı qeyd edilir (Şəxsi müşahidələrimizdən)

Çanağın yumşaq toxumalarının yaralanması zamanı böyük qan damarlarının zədələnməsi təhlükəli xarici və daxili qanaxmalarla nəticələnə bilər. Bir sıra hallarda pulsasiya edən hematomalar sonralar

travmatik anevrizmalara çevrilə bilər. Bəzən oturaq sinirinin zədələnməsi şokdan əlavə ətrafda parez və ifliclərin əmələ gəlməsinə gətirib çıxarır. Yaraların anal dəliyə yaxın yerləşməsinin xüsusilə əzələ toxumasının geniş şəkilli zədələnmələri zamanı yaranın fekal kütlə ilə çirklənməsi çox vaxt yaraların irinləməsinə, eləcə də anaerob infeksiyanın meydana çıxmasına səbəb olur.



Şəkil 22.2 Sağ sağrı nahiyyəsini dəlib-keçən güllə yaralanması (x/t 1380)

Bir sıra hallarda sağrı, aralıq və hətta bud nahiyyəsində kiçik nöqtəvi yaralanmalar zamanı güllə, yaxud kiçik qəlpələr çanaq daxilinə və qarın boşluğuna keçərək, daxili orqanların təhlükəli zədələnməsini törədirlər. Belə yaralıların səthi müayinəsi bəzən yaralanmanın xarakterinin təyində səhvlərlə nəticələnə bilər və yaralanmanın daxilə keçməsi nəzərdən qaçırıla bilər. Müasir odlu silahların tətbiqi ilə əlaqədar olaraq, çanaq yaralanmalarında eyni zamanda döş və qarın boşluğu orqanları da zədələnə bilər. Müalicə prosesində bütün bunların nəzərə alınması vacibdir:

O.R., 1975-ci il təvəllüdü, 13.08.93-cü il tarixdə saat 10.05 radələrində hospitala sağ sağrı nahiyyəsinin kor güllə yarası, III dərəcəli travmatik şok, daxili qanaxma diaqnozu ilə daxil olmuşdur (x/t 2659). Təcili olaraq mərkəzi venalar kavofikslə kateterizə olunmuş, qanaxma və şok əleyhinə müvafiq tədbirlərin həyata keçirilməsilə bir müddətdə yaralı cərrahi əməliyyat otağına götürüldü. Intubasion narkoz şəraitində laparotomiya həyata keçirildi. Qarın boşluğunda 2 litrə qədər qan vardır. Təftiş zamanı qara ciyərin, qalxan çənbər bağırsağın yaralanması, sağ qalça sümüyünün sınığı, geniş peritonarxası hematoma aşkar olundu. Qaraciyərin yarası tikildi, qalxan çənbər bağırsağın yarası geniş olduğundan sağtərəfli hemikolektomiya həyata keçirildi, qarın boşluğu antiseptik məhlullarla yuyulub drenaj olundu, laparotomiya yarası qatlarla tikildi. Operativ müdaxilə yaranın cərrahi işlənməsi ilə başa çatdırıldı. Müdaxilədən sonrakı dövr yaralanmanın və həyata keçirilmiş cərrahi əməliyyatın ağırlıq dərəcəsinə uyğundur. 4 gün müddətində intensiv müalicədən sonra yaralı Bakı şəhərinə təxliyə olundu.

Başqa bir misal:

S.F., 1970-ci il təvəllüdü, 28.11.92-ci il tarixdə saat 11.15 radələrində hospitala qarın boşluğunun və kiçik çanağın kor və dəlib-keçən çoxsaylı güllə yarası, III dərəcəli travmatik şok, daxili qanaxma əlamətləri ilə daxil olmuşdur (x/t 1380). Şok və qanaxmaya görə kompleks tədbirlərlə yanaşı yaralı təcili cərrahi əməliyyat otağına götürülmüş, laparotomiya həyata keçirilmişdir. Qarın boşluğunda 1 litrdən artıq qan vardır. Təftiş zamanı çanaq dibinin, sidik kisəsi boynunun yaralanması, nazik bağırsağın, yoğun bağırsağın çoxsaylı yaralanmaları aşkar olundu. Nazik bağırsağ distal hissədən 90 sm uzunluqda rezeksiya olunub uc-uca anastomoz qoyuldu. Yoğun bağırsağ qismən rezeksiya olunaraq kolostoma qoyuldu. Sidik kisəsinin yaralarının kənarları qənaətlə kəsilib götürüldükdən sonra ikiqat tikildi, episistostoma qoyuldu. Əməliyyatdan sonrakı dövr intensiv müalicə davam etdirilmiş, yaralı şokdan çıxdıqdan və hemodinamik göstəricilər tam bərpa olunduqdan sonra 02.12.92-ci il tarixdə Bakı şəhərinə təxliyə olundu.

Həmin misallardan görünür ki, çanağın odlu silah yaralanmalarında heç də təkcə çanaq orqanları deyil, eyni zamanda qarın boşluğunun digər orqanları da zədələnə bilər.



a)



b)

Şəkil 22.3 Sağrı nahiyəsinin kor güllə yarası a) Sağ sağrı nahiyəsinin güllə yarası. b) Həmin yaralının rentgen şəkli odlu silah toxumalar arasında parçalanmışdır.



Şəkil 22.4 Aralıq nahiyəsinin kor güllə yaralanması (x/t 2659)

Çanaq zədələnmələrində diafraqmanın zədələnməsi istina olunmur. Buna aşağıdakı xəstəlik tarixini misal göstərmək olar:

Q.F., 1972-ci il təvəllüdü, 04.10.94-cü il tarixdə saat 15.15 radələrində hərbi-səhra cərrahiyyəsi hospitalına çanağın sol tərəfli kor və sağ tərəfli frontal istiqamətli torakoabdominal dəlib-keçən güllə yaraları, III dərəcəli travmatik şok, daxili qanaxma əlamətləri ilə daxil olmuşdur (x/t 3256). Şok və qanaxma əleyhinə kompleks tədbirlərlə yanaşı yaralı təcili olaraq əməliyyat otağına götürüldü. Mərkəzi venalar kavofikslə kateterizə olundu, hər iki plevra boşluğu punksiya edildi. Soldan qan alındığı üçün plevra boşluğu iki rezin boru ilə torakosentez olundu. Intubasion narkoz şəraitində laparotomiya həyata keçirildi. Qarın boşluğunda 2 litrdən artıq təzə qan vardır. Təftiş zamanı qaraciyərin, köndələn çənbər bağırsağın, diafraqmanın sol gümbəzinin yaralanması aşkar edildi. Bundan əlavə qasıq sümükləri sınmış, sidik kisəsinin ekstraperitoneal hissəsində və boynunda zədələnmə vardır. Sidik kisəsinə qoyulmuş kateterdən qan gəlir. Qara ciyərin və diafraqmanın yarası tikildi, piylik kisəsi, mədənin ön və arxa divarı, 12 barmaq bağırsağ yoxlanıldı. Köndələn çənbər bağırsağın yarası dağılmış vəziyyətdə olduğu üçün axırncı hissəvi rezeksiya olundu və bağırsağın hər iki ucu kənara çıxarıldı, qarın boşluğu yuyuldu və drenaj olundu. Sidik kisəsi ekstraperitoneal hissədən müayinə olundu, onun boynundakı yara tikildi, episistostoma qoyuldu və laparotomiya yarası qatlarla tikildi. Operativ müdaxilə paravezikal sahənin drenajı və yaraların cərrahi işlənməsi ilə başa çatdırıldı. Müdaxilədən sonrakı dövrdə üç gün müddətində intensiv müalicə davam etdirildi və yaralı Bakı şəhərinə təxliyə olundu.

Çanaq sümüklərinin odlu silah sınıqları daxili orqanların zədələnməsi ilə və zədələnmə olmadan müşahidə oluna bilər. Xaraktercə sınıqlar qəlpəli, dağılmış, deşikli, kənarı qorpa, çatlaqlar şəklində

müşahidə olunur. Yerləşməsinə görə qalça sümüyünün, qasıq və oturaq sümüklərinin, sirkə kasasının, omanın, oma-qalça birləşməsinin və büzdümün sınıqları ayırd edilir. Odlu silah yaralanmaları zamanı çoxqəlpəli və dağılmış sınıqlara daha çox rast gəlinir.

Ümumiyyətlə çanağın odlu silah sınıqları ağır zədələnmələr qrupuna daxildir və əksərən şok və qanaxmalarla fəsadlaşır. Bu tipli sınıqlarda zədələnmiş sümük kütləsində və yarada geniş nekrotik proseslər xeyli tez inkişaf edərək, daha geniş sahəyə yayıla bilər. Proses irinli, üfunətli və anaerob xarakterə malik olur. Yumşaq toxumalarda abses, əzələdaxili fleqmonalar, çanaq toxumasının fleqmonası və irinli toplaqlar bəzən dərinədə, hətta sağrı əzələləri altında, pararektal toxumada və digər sahələrdə təsadüf edilir.

Çanaq sümüklərinin osteomyeliti davamlılığı və daha ağır gedişi ilə fərqlənir. Qalça sümüyünün qanadı və onun cisminin sınığı zamanı peritonarxası hematomanın əmələ gəlməsi öz növbəsində daxili orqanların zədələnməsinin yalançı əlamətlərini verir. Sonralar hematoma irinləyə bilər. Sirkə kasasının sınıqları irinli koksitə, omanın zədələnməsi çanaq orqanlarının funksiyasının pozulmasına gətirib çıxarır. Bir sıra hallarda çanağın odlu silah sınıqlarından sonra septik proseslər baş verir. Sidik kisəsi düz bağırsağın və sidik kanalının yaralanmaları sümük zədələnmələri və yumşaq toxumaların zədələnmələrinin infeksiyalaşması daha ağır klinik gedişə malik olur.

Çanaq sümüklərinin odlu silah sınıqları, yaranın müayinəsi, yara kanalının proyeksiyasına, habelə sümük çıxıntıları sahəsində çanağın ehtiyatla basılması və döyüclənməsi zamanı ağrıların meydana çıxmasına əsaslanır. Sirkə kasasının zədələnməsi zamanı böyük burma istiqamətində basarkən və döyücləmə zamanı kəskin ağrılar baş verir. Diaqnoz rengen müayinəsi əsasında dəqiqləşdirilir.

Çanaq sümüklərinin sınığı çox vaxt sidik kisəsinin, düz bağırsağın, sidik kanalının arxa hissəsinin, prostatın zədələnməsi ilə müşayiətlənir. Bu zaman sidik axarının zədələnmələri də istisna olunmur.

Sidik kisəsinin zədələnməsi peritondaxili və peritondan xaric, təcrid olunmuş və digər daxili orqanların zədələnməsi ilə birlikdə müşahidə edilir. Sidik kisəsi tam dolu olduqda zədələnmələr daha geniş xarakterə malik olur. İstər peritondaxili və istərsə də peritondanxaric zədələnmələrdə sidik ifrazatının ləngiməsi və sidik kisəsi boş olduqda tez-tez və ağrılı sidiyə getmək meylinin olması müşahidə olunur, hematuriya baş verir. Dəridəki yaradan sidiyin xaric olması sidik kisəsinin zədələnməsinin təkzib olunmaz əlamətidir. Şübhəli hallarda venaya 5 ml 0,4%-li indikokarmin məhlulunun yeridilməsi ilə, yaxud kontrast rentgen müayinəsi vasitəsilə diaqnozun dəqiqləşdirilməsi mümkündür.

Sidik kisəsinin peritondaxili zədələnməsi çox vaxt şok və qanaxma ilə fəsadlaşır. Daxili orqanların zədələnmə əlamətləri müşahidə olunur. Sidiyin qarın boşluğuna yayılması tezliklə peritonitin əmələ gəlməsinə səbəb olur.

Orqanın peritondanxaric zədələnmələrində sidiyin kisətrafi toxumalara hopması nəticəsində sidik infiltrasiyası əmələ gəlir. Infiltrasiya kiçik çanağın bütün toxumalarına, qasıq nahiyəsinə, xayalığa, buda, peritonarxası və peritonönu sahələrə yayılaraq toxumaların nekrozunu və ağır sidik fleqmonası törədir. Sidik fleqmonası hətta paranefral sahəyə yayılaraq, toxumaların nekrozuna və venoz kələfin trombozuna səbəb ola bilər. Sidiyin sümük toxumasına keçməsi ağır keçən osteomyelitlərlə fəsadlaşır.

Sidik infiltrasiyası və fleqmonası zamanı hərərin yüksəlməsi, infiltrasiya nahiyəsində şişkinlik və ağrının olması ilə müşayiətlənir. Kisəönü infiltrasiyalarda qasıq nahiyəsində perkutor kütlük meydana çıxır. Çanaqdaxili toxumanın infiltrasiyası rektal müayinə zamanı daha asan təyin olunur. Sidik fleqmonası zamanı hərəret hektik xarakterli olur və tezliklə intoksikasiya inkişaf edir. Prosesə anaerob infeksiyanın əlavə olunması yaralının vəziyyətinin daha da ağırlaşmasına gətirib çıxarır. Çanaq toxumasının fleqmonasında çanağın venoz kələflərinin və böyük venaların trombozu baş verə bilər. Bütün hallarda paravezikal sahə drenaj olunmalıdır.

Sidik kanalının yaralanması çox vaxt qonşu orqanların: sidik kisəsinin, düz bağırsağın zədələnməsi, çanaq sümüklərinin sınığı ilə birlikdə, bəzən isə xarici qanaxmalarla müşayiətlənir. Yara kanalının dar olduğu hallarda sidik kisəsinin peritondanxaric zədələnmələrində infiltrasiya yumşaq toxumalar boyunca yayılır. Sidik kanalının ön hissəsinin yaralanmalarında qanaxma və sidik toplaqları aralıqda, simfiz və qasıq nahiyətlərində də aşkar oluna bilər.

Sidik kanalının yaralanması qanaxma, sidik ifrazının ləngiməsi, bəzi hallarda yaranan sidiyin xaric olması və kəskin göynəmə əlamətlərinin baş verməsi ilə müşahidə olunur. Sidik kanalının çapıqlı daralması bu növ yaralanmanın gecikmiş fəsadlaşmalarındandır.

Düz bağırsağ zədələnmələri peritondaxili və peritondan xaric yaralanmalar şəklində bəzən isə həm peritondaxili, həm də peritondanxaric zədələnmələrin birlikdə müşahidəsi halında təsadüf olunur. Düz bağırsağın peritondanxaric yaralanmaları onun ampulyar hissəsinin, yaxud aralıq hissəsinin yaralanmaları şəklində müşahidə olunur. Ampulyar hissənin zədələnmələri daha ağır klinik gedişə malikdir. Əksərən düz bağırsağ yaralanmaları sidik kisəsinin, sidik kanalının, çanaq sümüklərinin və həzm sisteminin digər şöbələrinin də zədələnmələri ilə birlikdə təsadüf edilir. Bu zədələnmələr əsasən ağır şokla müşayiətlənir.

Düz bağırsağ yaralanmalarının aşkarlanmasında (xüsusilə dəlib keçən yaralanmalarda) yaranın proyeksiyası, yaranan nəcisin xaric olması diaqnozun dəqiqliyinə təminat verir. Rektal müayinə xüsusi əhəmiyyətə malikdir; peritondanxaric zədələnmələr zamanı əksər hallarda yaranı barmaqla hiss etmək və görmək mümkündür. Bir sıra hallarda düz bağırsağda təzə qan və qan laxtaları olur.

Düz bağırsağın peritondaxili yaralanmalarında isə bağırsağ daxilində qan az hallarda müşahidə olunur. Yaralılar düz bağırsağ nahiyəsində ağrılardan şikayət edirlər. Bağırsağın sidik kisəsi ilə müştərək yaralanmalarında tez-tez peşava getmək istəyi meydana çıxır və bu vaxt sidiklə birlikdə qanlı duru nəcis ifraz olunur.

Düz bağırsağın intraperitoneal yaralanmaları peritonitlə fəsadlaşır. Ekstraperitoneal yaralanmalarda isə çanaq toxumasında anaerob infeksiya müşahidə oluna bilər. Axırncı halda pararektal sahə geniş drenaj olunmalıdır.

Çanağın qapalı zədələnmələri. Çanağın qapalı zədələnmələri partlayış zamanı zərbə dalğasının birbaşa və dolaylı təsiri, avtomobil qəzası və s. nəticəsində meydana çıxır. Bura çanağın əzilməsi, çanaq sümüklərinin, daxili orqanların və sidik kanalının zədələnmələri ilə, yaxud onsuz baş verən sınıqları aiddir. Çanağın əzilməsi dərialtı hematomaların əmələ gəlməsi, aralığın əzilmələri, sidik kanalının deşilməsi ilə birlikdə təsadüf edilə bilər.

Çanaq sümüklərinin qapalı sınıqları çoxformalı olduğundan şərti olaraq 4 qrupa bölünür. 1-ci qrupa çanağın çanaq həlqəsində iştirak etməyən hissələrinin (qalça sümüyü qanadının, büzdümün, omanın, oma-qalça bitişməsindən kənar hissəsinin sınığı (kənarı sınıqları) aiddir. 2-ci qrupa çanaq həlqəsində iştirak edən lakin onun tamlığına xələl gətirməyən sınıqlar (qasıq, yaxud oturaq sümüklərinin yalnız bir şəxsinin sınığı aiddir. 3-cü qrupa çanaq həlqəsinin tamlığının pozulmasına səbəb olan sınıqlar, məsələn Malgen tipli sınıqlar, qasıq sümüyünün hər iki şəxsinin sınığı və s. daxildir. 4-cü qrup sınıqlara sirkə kasasının fraqmentlərinin yerdəyişməsi ilə və onsuz rast gəlin sınıqları aiddir.



Şəkil 22.5 Sağ bud sümüyünün boynunun sınığı və ağır formalı çanaq zədələnməsi olan xəstənin rentgen şəkli

Çanağın açıq sınıqları kimi qapalı sınıqları da sümük çıxıntılarının basılması, sümüklərin döyüclənməsi, rektal (vaginal) müayinələr əsasında və s. təyin edilir. Diaqnozun dəqiqləşdirilməsində rentgenoloji üsul başlıca rol oynayır. Geniş peritonarxası hematomanın olması bəzən daxili orqanların zədələnməsinin yalançı əlamətlərini verə bilər (peritonitə simulyasiya).

Çanaq sınıqları çox vaxt şok və bəzən piy emboliyası ilə fəsadlaşır, bir sıra hallarda sidik kisəsi və sidik kanalının zədələnməsi ilə birlikdə təsadüf olunur.

Sidik kisəsinin qapalı dərialtı zədələnməsi odlu silah yaralanmalarında olduğu kimi peritondaxili və ekstraperitoneal ola bilər. Ekstraperitoneal zədələnmələr çanaq sümüyü sınıqlarında müşahidə olunur. Intraperitoneal zədələnmələr zərbə momentində dolu sidik kisəsinin partlanmasının çanaq sümüklərinin sınıqları ilə birlikdə təsadüf etməsi halıdır. Ağır zədələnmələr zamanı sidik kisəsinin peritondaxili və ekstraperitoneal zədələnmələri əsasən birlikdə təsadüf edilir.

Sidik kanalının qapalı zədələnməsi çanaq sümüklərinin sınığı və aralığa birbaşa zərbə nəticəsində baş verir. Çanaq sümüklərinin sınığı zamanı ədatən sidik kanalının zərli hissəsi az halda isə prostat hissəsi zədələnir. Aralıq əzilmələrində əsasən sidik kanalının soğanaq hissəsi zədələnir. Sidik kanalının asılan hərəkətli hissəsi qapalı zədələnmələr zamanı çox az hallarda zədələnir. Sidik kisəsinin əzilmələri ötəri xarakterli hematuriya ilə müşahidə olunur. Bu halda adətən sidik ifrazında pozğunluq qeyd edilməyir.

Sidik kisəsi və sidik kanalının qapalı zədələnmələrinin əlamətləri demək olar ki, bu orqanların yaralanmalarında olduğu kimi eyniyyət təşkil edir. Sidik kisəsi və sidik kanalının dərialtı partlaması zamanı sidik infiltrasiyası və fleqmona daha çox müşahidə edilir.

22. 3. ÇANAQ ZƏDƏLƏNMƏLƏRİNİN MÜALİCƏSİ VƏ MƏRHƏLƏLİ YARDIMIN HƏYATA KEÇİRİLMƏSİ QAYDALARI

Çanaq zədələnmələrinin müalicə prinsipləri. Yumşaq toxumaların yaralanmaları adi qayda üzrə müalicə olunur. Sağrı yaralanmalarında cərrahi işlənmə mümkün qədər radikal aparılmalıdır. Sağrı arteriyasının yaralanması zamanı damar yarada tapılıb bağlanılmalıdır. Qanaxmanın saxlanması bu yolla mümkün olmadıqda daxili qalça arteriyası bağlanılmalıdır. Vəziyyətdən asılı olaraq bu ekstraperitoneal yolla, yaxud laparotom kəsiklə həyata keçirilməlidir.

Çanağın odlu silah sınıqları zamanı yara birincili cərrahi işlənməlidir. Radikal cərrahi müdaxilə əsasən rentgen müayinəsindən sonra aparılır. Fizikal müayinədə qalça sümüyünün sınıqlarında onun qanadı nahiyəsindən basarkən ağrı baş verir. Eyni zamanda qasıq sümüyünün sınıqlarında qasıq nahiyəsində palpator ağrılar baş verir. “Yapışq daban əlaməti” qasıq sümüklərinin sınığı üçün xarakterdir. Həmçinin bu zaman yaralılar “qurbağa vəziyyəti” almağa çalışırlar. Oturmaq sümüyünün sınıqlarında sınıq nahiyəsindən basarkən xarakter ağrılar əmələ gəlir. Böyük burma nahiyəsindən basarkən və həmçinin daban nahiyəsindən vurarkən ağrının olması sirkə kəsəsinin sınığı üçün xarakterdir. Rentgen müayinəsi daha dəqiq məlumatların əldə edilməsinə imkan verir.



Şəkil 22.7 Oma-büzdüm nahiyəsinin geniş yataq yarası (x/t 3886)

Cərrahi əməliyyatın məzmunu həyati qabiliyyəti olmayan toxumaların kəsilib götürülməsi və yad cisimlərin çıxarılmasından ibarətdir. Yaralanmanın xarakterindən asılı olaraq, qalça sümüyü qanadı, oma sümüyü, bud-çanaq oynaqı və oma-qalça bitişmələri rezeksiya olunur. Zədələnmiş sümüklərə yanaşılması üçün bəzən yaradan kənar yerlərdə dəridə əlavə kəsiklərin aparılması lazım gəlir. Yaranın dərin qatlarına yaxınlaşdırıcı tikişlər qoyulmaqla tampon və drenajlardan istifadə olunmalıdır. Böyük dozalarda antibiotiklər, xüsusilə tetrasiklin qrupu antibiotiklərin sümük toxumasında toplanmasını nəzərə alaraq, digər qrup antibiotiklərlə birlikdə geniş tətbiq olunmalıdır.

Çanaq sümüklərinin osteomyeliti, fleqmonalar, abses və irinli toplaqlar əmələ gəldikdə yaranın təkrari, yaxud gec işlənməsi həyata keçirilməlidir. Zədələnmiş sümük sahələri rezeksiya olunmalı, irinli toplaqlar yarılmalı və yara tələb olunan qaydada drenaj olunmalıdır. Bütün bunlarla bərabər antibiotiklər, plazma və qan köçürülməsi, elektrolitlər, vitamin preparatları geniş şəkildə tətbiq edilməlidir.

Çanağın odlu silah sınıqlarında əksərən çanaq həlqəsinin tamlığı pozulmadığından patoloji sahənin hərəkətsizləşdirilməsinə ehtiyac qalmır. Çanaq həlqəsinin tamlığının pozulması, yaxud sirkə kasasının sınıqları zamanı hərəkətsizləşdirmə məqsədilə skelet dartmasından və gips sargısından istifadə olunmalıdır.

Sidik kisəsinin zədələnməsi ilə olan yaralanmalarda təxirəsalınmaz cərrahi müdaxilə zəruridir. Əgər yaralı şok vəziyyətindədirsə və qanaxma əlamətləri müşahidə olunmursa, şok əleyhinə kompleks tədbirlər həyata keçirilməlidir. Sidik kisəsinin peritondaxili zədələnmələrində peritonitin qarşısı alınmalıdır. Bunun üçün aşağı orta laporatoriya həyata keçirilir. Qarın boşluğunun təftişindən sonra zədələnmənin xarakterinə uyğun şəkildə bu və ya digər operativ müdaxilələr: bağırsağın yaralarının tikilməsi, bağırsağın rezeksiyası və s. yerinə yetirilir. Sidik kisəsi yarasının kənarları kəsildikdən sonra axırncı selik qişanın götürülməməsi şərti ilə ikiqat tikilir. Qarın boşluğu yuyulub qurudulduqdan sonra drenaj edilir və bağlanılır. Cərrahi əməliyyat episistostomanın qoyulması ilə başa çatdırılır.

Sidik kisəsinin ekstraperitoneal zədələnmələrində başlıca vəzifə sidik toplaqlarının əmələ gəlməsinin qarşısını almaqdır. Bu məqsədlə sidik kisəsi yaraları tapılıb tikilməlidir. Bu zaman toxumalarda gərginlik yaranmamalıdır, əks təqdirdə yara açıq saxlanılmalıdır. Sidiyin xaric olması üçün episistostoma həyata keçirilməli, drenaj boru dəriyə bərkidilməlidir. Sidik kisəsi önü toxumalar drenaj, yaxud tamponada edilməlidir. Cərrahi əməliyyatdan sonra sidiyin optimal xaric olması məqsədilə, xüsusilə sidik kisəsinin arxa divarının zədələnmələrində yaranının üzü üstə uzadılması daha münasibdir. Bu, sidiyin daha asan xaric olmasına imkan verir. Xəstənin döşü və budu altına yastıq qoyulmalıdır.

Sidik kisəsinin ekstraperitoneal zədələnmələri çox vaxt çanaq sınıqları ilə birlikdə müşahidə olunur. Bu kimi hallarda cərrahi əməliyyatdan sonra çanağa hər iki budun yuxarı hissəsini tutan gips sargısı qoyulur, sonra yaralını üzü üstə çevirirlər. 3-4 gündən sonra onu arxası üstə çevirmək olar. Bütün müddətlərdə sidiyin daim xaric olması (aspirisiyası) aparatla, yaxud mexaniki yolla təmin edilməlidir.

Sidik toplaqlarının əmələ gəldiyi hallarda ətraf sahənin kifayət qədər geniş drenaj olunması məsləhət görülür. Bu üsullardan ən əlverişlisi Buyalski-Mak Uorter üsuludur. Bu məqsədlə yaralı arxası üstə, qıçlar aralanmış və dizlər bükülmüş vəziyyətdə uzadılır. Kəsik 7-8 sm uzunluqda bud büküşündən bir barmaq eni distal hissədən bud büküşünə paralel istiqamətdə aparılır. Dəri və bud fassiyası kəsilir. Budu yaxınlaşdırıcı əzələlər küt sürətdə aralandıqdan sonra qapayıcı əzələyə çatıb, onu kornsanqla aralamaqla işiorektal çuxura daxil olur, daha sonra anusu qaldıran əzələ lifləri aralanmaqla paravezikal birləşdirici toxumaya daxil olunmaqla həmin sahə drenaj olunmalıdır.

Sidik kanalı yaralanmalarının müalicəsi ilk növbədə episistoma qoyulmasından başlanılmalıdır. Eyni zamanda parauretral hematoma boşaldılmalı və həmin sahə drenaj edilməlidir. Uretranın arxa hissəsinin zədələnməsində drenaj aralıqdan kəsik aparılması (P.A.Kupriyanov üsulu) ilə, çanaq fleqmonalarında isə Buyalski-Mak Uorter üsulu ilə həyata keçirilməlidir. Sidik kanalının ön hissəsinin xüsusilə təcrid olunmuş yaralanmalarında yaranının vəziyyətinin qənaətbəxş olduğu halda defekt nahiyəsinə ilkin tikişlər qoyula bilər. Bu halda yara kənarları bir-birinə asanlıqla yaxınlaşmalıdır; tikişlər nahiyəsində gərginlik yaranmamalıdır. Operativ müdaxilə episistostomanın qoyulması ilə başa çatdırılmalıdır.

Sidik kanalının ön hissəsinin yaralanmalarında iltihabi prosesin olmadığı hallarda bəzən qranulyasiya fonunda kanala erkən ikincili tikişlər qoyula bilər. Sidik kanalının fistulaları və digər törəmələri vəziyyətdən asılı olaraq konservativ və operativ yolla müalicə olunma bilər.

Düz bağırsağın peritondaxili yaralanmalarında laporatoriya olunmalı və yara üçqat tikilməli, operativ müdaxilə sigmastomanın qoyulması ilə başa çatdırılmalıdır.

Düz bağırsağın ekstraperitoneal yaralanmalarında əməliyyat sigmastomanın qoyulmasından başlanılmalıdır. Laporatoriya zamanı digər orqanların da təftişi həyata keçirilməlidir. Qarın boşluğu bağlandıqdan sonra aralıq nahiyəsindən (bütünlüklə düz bağırsağ boyunca) pararektal sahə drenaj olunmalıdır. Lazım gəldikdə optimal drenaj məqsədilə büzdüm və qismən oma sümüyünün kənarı da

rezeksiya oluna bilər. Əgər xarici yara aralıqdan kənarında yerləşibsə, pararektal sahənin drenajı üçün tipik kəsiklər aparılmalıdır. Bu məqsədlə anal dəliklə bütüm arasındakı sahədə istiqaməti önə olan qövsvari kəsik aparılır, bütüm-anus bağı kəsildikdən, bütümün, lazım gəldikdə omanın da bir hissəsinin rezeksiyasından sonra oturaq-düz bağırsağ çıxuruna daxil olunur və düz bağırsağ yarasına çatmaqla patoloji sahə drenaj olunur. Bu zaman bağırsağ yarasının tikilməsi məsləhət görülmür. Çünki adətən tikişlər tutmur və defekt nahiyəsi daha da böyüyə bilər. Hər halda, yaranın tikilməsi çətinlik törədirsə, bunun üçün əlavə cəhdlər edilməməlidir.

Operativ müdaxilədən sonra düz bağırsağ nəcis kütləsindən təmizlənməli, onun boşluğu antiseptik məhlullarla yuyulmalı və drenaj olunmalı, antibiotiklərdən istifadə edilməlidir. Düz bağırsağ yaralanmalarında aydın qanaxma əlamətləri olmadıqda operativ müdaxilə şok əleyhinə tədbirlərdən sonra həyata keçirilməlidir.

H.V., 1972-ci il təvəllüdü, 12.04.94-cü il tarixdə saat 14.10 radələrində hospitala hər iki sağrının çanaq boşluğuna keçən kor qəlpə yarası, II-III dərəcəli travmatik şok, daxili qanaxma diaqnozu ilə daxil olmuşdur. Şok və qanaxma əleyhinə tədbirlərin yerinə yetirilməsilə eyni vaxtda yaralı cərrahi əməliyyat otağına götürülmüş, mərkəzi venalar kavofikslə kateterizə olunmuşdur. Sidik kisəsinə qoyulmuş kateterdən təmiz sidik gəlir. Intubasion narkoz şəraitində laparotomiya olundu. Pararektal və paravezikal sahənin geniş hematması, düz bağırsağın ekstraperitoneal hissəsinin yaralanması aşkar edildi. Qarın boşluğunda qan yoxdur, peritondaxili orqanlarda patologiya qeyd edilməyir (x/t 3733). "S"-vari bağırsağ kənara çıxarıldı, sigmastoma qoyuldu, qarın boşluğu drenaj olundu və laparotomiya yarası qatlarla tikildi. Operativ müdaxilə pararektal sahənin drenajı ilə başa çatdırıldı. Bu məqsədlə anal dəliklə bütüm arasında 6 sm uzunluqda istiqamətli önə baxan qövsvari kəsik aparıldı, bütüm-anus bağı kəsildikdən sonra işiorektal sahəyə daxil olundu və bağırsağın zədə nahiyəsinin sanasiyası və drenajı həyata keçirildi. Operativ müdaxilədən sonrakı dövr intensiv müalicə davam etdirilmiş, hemodinamik göstəricilər stabilləşdikdən sonra 15.04.94-cü il tarixdə yaralı Bakı şəhərinə təxliyə olundu.

Beləliklə, düz bağırsağın bütün ekstraperitoneal və qarışıq formalı yaralanmalarında pararektal sahə drenaj olunmalıdır. Bir sıra hallarda düz bağırsağ yaralanmaları, ümumiyyətlə çanaq yaralanmaları böyük magistral damarların da zədələnməsi ilə müşayiət olunduğundan, belə yaralılar hospitala daha ağır vəziyyətdə daxil olurlar. Buna aşağıdakı xəstəlik tarixini misal göstərmək olar:

V.Ç., 1971-ci il təvəllüdü, 09.01.94-cü il tarixdə saat 13.40 radələrində bədənin çoxsaylı qəlpə yaraları, sol qoltuqaltı nahiyənin kor qəlpə yarası, sol böyürdən keçib aralığı və düz bağırsağı dağıdan qəlpə yarası, terminal vəziyyətdə daxili qanaxma diaqnozu ilə yaralandıqdan 3 saat sonra hərbi-səhra cərrahiyyəsi hospitalına daxil olmuşdur (forma 100). Şok və qanaxma əleyhinə kompleks tədbirlərin yerinə yetirilməsilə yaralı cərrahi əməliyyat otağına gətirildi. Sidik kisəsi kateterizə olundu. Sidik təmizdir. Intubasion narkoz şəraitində laparotomiya həyata keçirildi. Qarın boşluğunda 2 litrdən artıq qan vardır. Sol ümumi qalça arteriyası və venası zədələnməmişdir. Axırncılar turniketə alındı, təftiş davam etdirildi. Düz bağırsağın ekstra- və intraperitoneal hissəsinin geniş yaralanması aşkar edildi. Ümumi qalça arteriyası autovenoz plastika olundu, ümumi qalça venası bağlandı. Düz bağırsağ yaraları tikildi, sigmastoma qoyuldu, qarın boşluğu yuyulub drenaj olundu. Operativ müdaxilə pararektal sahənin drenajı ilə başa çatdırıldı və yaralar birincili cərrahi işləndi. Əməliyyatdan sonrakı dövr ağır keçmiş, şok və qanaxma əleyhinə müalicə davam etdirilmiş, görülən bütün tədbirlər müsbət nəticə vermədiyindən operativ müdaxilədən 4 saat sonra ölüm halı qeyd edildi. Ölümün səbəbi yaralanmanın ağırlığı, yaralının hospitala gec çatdırılması, geriyə dönməz şok və massiv qanıtırmənin olmasıdır.

Çanaq əzilmələrində zədə nahiyəsinə soyuq qoyulmalı, lazım gəldikdə hematoma boşaldılmalı, yaralıya rahatlıq verilməlidir. Çanağın qapalı sınıqlarında müalicə üsulu sınığın lokalizasiyası və xarakterindən asılı olur. Çanaq həlqəsinin tamlığının pozulmadığı hallarda skelet dartması tətbiq edilmir. Çanaq həlqəsinin tamlığının pozulması və sümük fraqmentlərinin yerdəyişməsi zamanı skelet dartması qoyulmalı, xəstəyə rahatlıq verilməlidir.

Sidik kisəsinin və sidik kanalının qapalı zədələnmələrində də müalicə prinsipi həmin orqanların yaralanmalarında olduğundan fərqlənir. Orqanların əzilməsi operativ müalicəyə göstəriş deyildir. Bu halda zadə nahiyəsinə soyuq (buz kisəsi) qoyulur və konservativ müalicə davam etdirilir.

Xarici tənəsül orqanlarının zədələnmələri. Kişi cinsi orqanının yaralanmasına onun 1) səthi, 2) toxunan, 3) mağaralı cismin səthi və 4) dərin yaralanmaları aiddir. Axırcı halda orqan tam, yaxud natamam şəkildə amputasiya vəziyyətində olur və sidik kanalı da zədələnmiş olur. Cinsi orqanın yaralanması qüvvətli qanaxmalar və xayalığa doğru yayılan geniş hematomalarla müşayiətlənir.

Cinsi orqanın yaralanmasında yaranın birincilili cərrahi işlənməsi yara kənarlarının qənaətlə kəsilməsi və qanaxmanın saxlanılma prinsipinə əsaslanmalıdır. Kavernoz cisimlərin xüsusilə dərin zədələnmələrində ağıl qişanın götürülməsi ilə boylama istiqamətli tikişlər qoyulmalıdır. Əgər tikişin qoyulması orqanın deformasiyasına səbəb olursa, bu halda dəriyə tikişlərin qoyulması məsləhət görülmür.

Xayalığın və xaya qişalarının yaralanması da həmçinin qanaxma və hematomanın əmələ gəlməsi ilə müşayiətlənir. Yaralanma qonşu orqanların da zədələnməsi ilə müştərəklik təşkil edə bilər. Əgər xayanın xüsusi yataq qişasının tamlığı pozulmuşsa, xaya yaraya düşə bilər və toxum ciyəsinin yaralanması zamanı nekrozlaşa bilər. Təcrid olunmuş yaralanmalarda yara birincili cərrahi işlənməli və hemostaz həyata keçirilməlidir. Kənara çıxmış xaya ilıq fizioloji məhlulla yuyulub xayalığa salınır. Dəriyə birincili tikiş qoyulmalı və yara drenaj edilməlidir. Kosmetik məqsədlə xayalığın hətta geniş yaralarında belə dəriyə seyrək də olsa tikişlərin qoyulması məsləhət görülür. Xayanın zədələnmələrində həyati qabiliyyəti olmayan toxumalar kəsilib götürülməli və etibarlı hemostaz aparılmalıdır. Xayanın kəsilib götürülməsi yalnız onun damarlarının tam zədələndiyi və nekroza uğradığı hallarda həyata keçirilməlidir.

Cinsi orqanın və xayalığın əzilmələrində əsasən geniş dərialtı qansızmalar baş verir. Küt zədələnmiş xaya qasıq kanalı, aralıq, dəri altına və qarın boşluğuna yerini dəyişə bilər. Xayanın əzilməsi ağır şok əlamətləri ilə müşahidə olunur. Bu zaman müalicə şok əleyhinə tədbirlərin həyata keçirilməsindən başlanılmalıdır. Zədə nahiyəsinə ilk saatlarda soyuq, sonra isti kompreslər qoyulur. Güclü qanaxmalarda toxum ciyəsi damarları müayinə olunur, xayalığın böyük hematomaları dəridə əlavə kəsiklər aparılmaqla ləğv edilir, sonra yara tikilir. Xayanın yerdəyişmələri zamanı onun yerinə salınması qansız üsulla, bu mümkün olmadıqda operativ üsulla həyata keçirilməlidir:

Z.R., 1971-ci il təvəllüdü, 06.01.94-cü il tarixdə saat 12.10 radələrində hospitala bədənən çoxsaylı qəlpə yaraları, aralıq və xayalığın cırılmış yarası, II-III dərəcəli travmatik şok diaqnozu ilə daxil olmuşdur (x/t 3279). Obyektiv müayinədə bədənən müxtəlif nahiyələrində çoxsaylı qəlpə yaraları, aralıq və xayalığın cırılmış yarası qeyd edilir. Sol xaya yaradan kənara (xaricə) çıxmışdır. Zədə nahiyəsində qanaxma və hematoma qeyd edilir. Yaralar birincili cərrahi işləndi, qanaxma dayandırıldı, yayılmış hematomalar boşaldıldı. Kənara çıxmış xaya antiseptik məhlullarla yuyuldu və xayalığa salındı. Xayalığa seyrək tikişlər və nazik rezin buraxıcılar qoyuldu. Operativ müdaxilədən sonra geniş spektrli təsirə malik antibiotiklərdən, analgetik və vitamin preparatlarından istifadə olundu və 5 gündən sonra yaralı mərkəzi hərbi hospitala köçürüldü.

Başqa bir misal:

D.R., 1974-cü il təvəllüdü, 12.03.94-cü il tarixdə saat 18.40 radələrində hospitala sağ sağırının, qasıq бүküşünün, xayalığın və xarici cinsiyyət orqanının yaralanması, sağ budun başının sınığı, III dərəcəli travmatik şok diaqnozu ilə daxil olmuşdur (x/t 1832). Şok əleyhinə müvafiq tədbirlər həyata keçirildikdən sonra yaralı cərrahi əməliyyat otağına gətirilmiş, yaralar birincili cərrahi işlənilmiş, həyati qabiliyyəti olmayan xayalar kəsilib götürülmüşdür. Xarici cinsiyyət orqanının kavernoz cismi tikilmiş, ətrafa skelet dartması qoyulmuşdur. Cərrahi müdaxilədən sonrakı dövr həyata keçirilmiş əməliyyatın və yaralanmanın ağırlıq dərəcəsinə uyğun olmuş, üç gün müddətində aparılan intensiv müalicədən sonra yaralı növbəti yardım mərhələsinə təxliyə olunmuşdur.

ÇANAQ ZƏDƏLƏNMƏLƏRİNDƏ MƏRHƏLƏLİ YARDIMIN HƏYATA KEÇİRİLMƏSİ QAYDALARI.

İlk- və həkiməqədərki tibbi yardım – yara sarınır, yaxud sarğı materialı ilə örtülür, analgetiklər yeridilir. Yaralıların daşınması zamanı onlar xərəkdə arxası üstə uzadılmalı, nun dizlər altına şinel, yaxud kisə qoyulmalı, aşağı ətraflar yolda həddən çox aralanmasın deyə, bint parçası ilə diz bərabərində biri-birinə bərkidilməlidir.

İlk həkim yardımı –mərhələsində ağır yaralılara analgetiklər və ürək dərmanları verilməli, antibiotiklərdən və tetanus əleyhinə zərəbdən istifadə edilməlidir. Sağrı nahiyəsinin yaranmalarında güclü qanaxmalar zamanı yara tamponoda olunmalı və zədə nahiyəsinə basıcı sarğı qoyulmalıdır.

Sidik ifrazının ləngidiyi və sidik kisəsinin dolu olduğu hallarda axırncı punksiya olunmalıdır. Bu halda kateterizasiya məsləhət görülmür. Sidik kisəsi simfizdən bir barmaq eni yuxarıdan yoğun iynə ilə punksiya olunmalı və sidik xaric edilməlidir. Qanaxması, şok və daxili orqanların zədələnməsi olan yaralıların təxliyəsi ilk növbədə aparılmalıdır.

Çanaq sınıqlarında yaralı arxası üstə bud çanaq və diz oynaqları bükülmüş və bir qədər aralanmış vəziyyətində (qurbağa vəziyyətində) köçürülməlidir. Bu məqsədlə yaralının dizi altında yastıq, şinel, kisə və s. qoyulur. Diz oynaqları optimal vəziyyətdə bint parçası ilə biri-birinə bağlanılır ki, aşağı ətraflar yolda həddən artıq aralanıb əziyyət verməsin.

Ixtisaslı tibbi yardım. Ixtisaslı tibbi yardım mərhələsində yaralıların çeşidlənməsində aşağıdakı prinsiplər əsas götürülür:

1. Qanaxması olan yaralılar təxirəsalınmadan cərrahi əməliyyata götürülməlidir. Laporatomiya olunmalı, ilk növbədə qanaxma saxlanılmalıdır. Zədələnmiş damarların tapılıb bağlanması mümkün olmadıqda daxili qalça arteriyaları liqaturaya alınmalıdır. Qanıtirmə nəticəsində preaqonal vəziyyətlərdə 2 litr və daha artıq, III dərəcəli şokda 1-1,5 litr, II dərəcəli şokda 500 ml-dən 1 litrə qədər qan və bir o qədər də plazmaəvəzedicilər köçürülməlidir.

2. Qanaxması olmayan lakin şok vəziyyətində olan yaralılar şok əleyhinə müalicə almalıdırlar. Şok əleyhinə bütün tədbirlərlə yanaşı Şkolnikov üsulu ilə çanaqdaxili novakoin blokadası həyata keçirilməlidir.

3. Sidik kisəsi və düz bağırsağın paritondaxili yaranmalarında şok əleyhinə tədbirlərdən sonra yaralılar cərrahiyyə otağına verilir. Əgər zədələnmələr çanaq sümüklərinin sınıqları ilə birlikdə təsadüf edilirsə, cərrahi yardım tam həcmdə aparılmalıdır.

4. Düz bağırsağın, sidik kisəsinin və sidik kanalının arxa hissəsinin çanaq sınıqları ilə birlikdə, yaxud onsuz təsadüf edilən yaranmalarında şok əleyhinə yardımdan sonra cərrahi əməliyyat episistostomanın qoyulması ilə başa çatdırılmalı və yaralılar ixtisaslaşdırılmış yardım mərhələsinə təxliyə olunmalıdırlar. İstisna hallarda yaralıların hospitala axın şəklində daxil olduğu vəziyyətlərdə orqanların ekstrapitoneal zədələnmələrinə görə operativ müdaxilələr növbəti mərhələyə qədər təxirə salına bilər. Çanaq sümüklərinin sınıqlarında yaralıların təxliyəsi sınıq nahiyəsinin novokain blokadası ilə tamamlanmalıdır.

5. Daxili orqanlar zədələnmədən baş vermiş çanaq sınıqlarında həmçinin sidik kanalının ön hissəsinin və xarici tənəsül orqanlarının zədələnmələrində yaralılar ixtisaslaşdırılmış yardım müəssisəsinə təxliyə olunmazdan əvvəl onlara antibiotiklər yeridilməlidir.

6. Yüngül əzilmə və səthi yaranmalarla özünə qulluqetmə imkanı olan yaralılar 7-10 gün müddətində sağalmağa olan komandanın tərkibində müalicə almalıdırlar.

Ixtisaslaşdırılmış yardım. Ixtisaslaşdırılmış yardım mərhələsində yaralılar ağırlaşma hallarında lazımi operativ və konservativ müalicə alırlar. Göstəriş əsasında yaralılara rentgenoloji, uroloji müayinələr, lazım gələrsə retroqrad uroqrafiya həyata keçirilir. Böyrək zədələnmələrinə şübhə olduqda intravenoz uroqrafiya, yaxud ultrasəs müayinəsi məsləhət görülür.

Uroqrafiya kontrast maddə yeridildikdən 1, 2, 10, 20, 30 dəqiqə sonra aparılır. Böyrək parenximasının həddən artıq zədələnmələrində onun konturunun böyüməsi kasacıqların basılması və deformasiya əlamətləri aşkar olunur. Böyrək kasacıqları və ləyəninin zədələnməsi hallarında kontrast maddə böyrəktrafi toxumalara da siyarət edir. Çanaq zədələnmələrində qanıtirmənin miqdarının təyin edilməsi çətinidir və məlum olan üsullar onun təyini üçün tam yaramır. Bu kimi hallarda sümük daxili fleboqrafiyanın, radioizotop müayinələrin həyata keçirilməsi məsləhət görülür. Bunlar çanaqın damar şəbəkəsinin zədələnməsinin kifayət qədər dəqiq aşkar edilməsinə imkan verir.

Kontrast, yaxud radioaktiv maddənin hematoma sahəsinə daxil olması onun yayılma dərəcəsi haqda obyektiv təssürat, təkrari müayinədə isə hematomanın artması, yaxud azalması haqda məlumatlar əldə edilməsinə imkan verir. Beləliklə, qanaxmanın davam etməsi dolayısı yolla təyin edilmiş olur.

Geniş hematomalar bütün çanaq zədələnmələrinin 15%-də təsadüf edilir. Peritonarxası geniş hematomalar həmçinin böyrəklər, böyrəküstü vəzlər və sidik axarlarının da zədələnməsilə müşahidə olunur. Cərrahi əməliyyat zamanı hematomalar boşaldılmalı, böyrək nəzərdən keçirilməli, böyrəklərdə dərin zədələnmə yoxdursa zədə nahiyəsi tikilməlidir. Zədələnmənin dərin olduğu və funksiyanın itdiyi hallarda böyrək çıxarılmalıdır. Sidik kanalının zədələnməsinə şübhə olduqda kontrast urosistografiya həyata keçirilir. Çanağın müştərək zədələnmələrində düz bağırsağın istər peritondaxili və istərsə də ekstraperitoneal yaralanmalarında diaqnostik çətinliklər olduqda kontrast vulneqrafiya üsulundan da istifadə edilməlidir.

Beləliklə, çanaq zədələnmələri də qarın zədələnmələri kimi mürəkkəb klinik gedişə malikdir. Odlu silahların təkmilləşməsi ilə əlaqədar olaraq, çanaq zədələnmələri əsasən çoxsaylı və müştərək yaralanmalar və zədələnmələr şəklində müşahidə olunur. Zədələnmələrin diaqnozunun qoyulması və müalicəsinin təşkili baxımından çanaq zədələnmələri ikili xarakter daşıyır. Bura çanaq boşluğu orqanlarının zədələnməsi və sınıqların baş verməsi aiddir. Yəni burada cərrahi yardımla birlikdə travmatoloji yardım paralellik təşkil edir. Orqan zədələnmələrinin çanaq sümüklərinin sınıqları ilə birlikdə müşahidə olunması, bəzən isə prosesə qarın, hətta döş qəfəsi orqanlarının da gəlb olunması, daxili qanaxmaların baş verməsi, yaralıların vəziyyətinin daha da ağırlaşmasına, əksərən onların ağır şok vəziyyətində olmalarına səbəb olur. Hətta orqan zədələnmələrinin olmadığı hallarda belə çanaq sümüklərinin sınıqları ilə əlaqədar geniş peritonarxası hematomaların baş verməsi, xəstələrin vəziyyətinin ağırlaşması ilə bərabər, diaqnozun təyini və yardımın həyata keçirilməsi işini çətinləşdirir. Belə ki, çanağın adi sınıqları zamanı geniş peritonarxası hematomaların əmələ gəlməsi bəzən dövrən edən qanın həcmnin 25-30% azalmasına səbəb olur. Bunlar peritonun arxa səhifəsinin qıcıqlanmasına və daxili orqanların zədələnməsinə şübhəni artırır. Diaqnostik səhvlərin buraxılması xəstələrin vəziyyətinin daha da ağırlaşmasına gətirib çıxarır, bunlar bir sıra ciddi fəsadlaşmaların və ölüm hallarını baş verməsinə səbəb olur.

Bəzən çanaq yaralanmaları zamanı sağrının, bel nahiyəsinin və budun yuxarı hissələrinin kor, hətta dəlib-keçən odlu silah yaralanmalarında diaqnozun düzgün qoyulmaması nəticəsində daxili qanaxmalar və peritonit əlamətləri vaxtında aşkarlanmaya bilər. Bunlar yaralılar üçün əhəmiyyətsiz olmayıb, yaralanmalar zamanı fəsadlaşmaların və ölüm hallarının daha da artmasına səbəb olur. Ona görə də çanaq yaralanmaları və zədələnmələrinin diaqnostikası və yardımın təşkili məsələlərində bunların nəzərə alınması vacibdir. Yaralıların kompleks müayinəsi və yardımın vaxtında və düzgün yerinə yetirilməsindən çox şey asılıdır.

Həm hospitalaqədərkə mərhələdə, həm də hospital daxilində yardım ardıcıl şəkildə, bir-birini tamamlama prinsipi əsasında yerinə yetirilməli, ixtisaslı cərrahi yardım yaralıların çeşidlənməsindən başlanılmalıdır. Sınıq sahələri etibarlı fiksə olunmalı, daxili qanaxması və asfiksiyası olan yaralılar cərrahi əməliyyata ilk növbədə götürülməli, şok əleyhinə kompleks tədbirlər yerinə yetirilməlidir. Orqan zədələnməsinin lokalizasiyası və zədələnmənin xarakterindən asılı olaraq, həyata keçirilən bu və ya digər cərrahi əməliyyatlar Hərbi Tibbi Doktrinanın göstərişlərinə əsaslanmalı, yaralı və xəstələrin müalicəsi hərbi-həkim ekspertizası ilə başa çatdırılmalıdır.

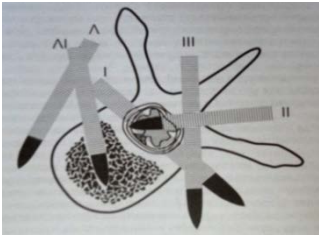
FƏQƏRƏ SÜTUNUNUN ODLU SILAH YARALANMALARI VƏ ZƏDƏLƏNMƏLƏRİ

TƏDRİS SUALLARI

23. 1. Fəqərə sütununun odlu silah yaralanmaları
23. 1. 2. Fəqərə sütununun odlu silah yaralanmaları və zədələnmələrinin təsnifatı
23. 1. 3. Fəqərə sütununun odlu silah yaralanmaları və zədələnmələrinin klinikası, simptomatologiyası və diaqnostikası
23. 2. Fəqərə sütunu və onurğa beynin qapalı zədələnmələri
23. 3. Onurğa beyni zədələnmələrinin klinikası
23. 4. Fəqərə sütunu və onurğa beyni zədələnmələrinin diaqnostikası
23. 5. Fəqərə sütunu və onurğa beyni zədələnmələri zamanı mərhələli yardımın həyata keçirilməsi qaydası və müalicənin təşkili

23.1. FƏQƏRƏ SÜTUNUNUN ODLU SILAH YARALANMALARI

Fəqərə sütununun yaralanmaları ağır zədələnmələr qrupuna daxil olduğu üçün bunun diaqnostikası və müalicəsi xüsusilə diqqətli olmağı tələb edir. Fəqərə sütunu yaralanmaları və zədələnmələri əksərən digər zədələnmələrlə müştərək halda təsadüf olunur. İkinci dünya müharibəsi illərində bu patologiya 0,5-dən 2%-ə qədər, Əfqanıstan müharibəsində 1,4%-dən 1,8%-ə qədər təsadüf etmişdir. Qarabağ müharibəsində fəqərə sütununun yaralanmaları bütün odlu silah yaralanmalarının təqribən 1%-ni təşkil etmişdir. Yaralıların ağırlıq dərəcəsi yaralanmanın ağırlığı ilə bərabər, onların hospitala vaxtında çatdırılmasından da çox asılı olmuşdur. Onurğa kanalına keçən yaralanmalar ağır, kanala keçməyən yaralanmalar nisbətən yüngül gedişə malik olmuşdur. Kanala keçməyən yaralanmalara paravertebral sahənin yaralanması 35,4% və fəqərə çıxıntılarının sınığı 27,7% təsadüf etmişdir. Birinci halda yaralıların ümumi vəziyyəti nisbətən yüngül, ikinci halda isə orta ağırlıqlı olmuşdur.



Şəkil 23.1 Fəqərə sütununun müxtəlif tipli odlu silah yaralanmalarının sxematik təsviri



a)



b)



c)

Şəkil 23.2. Fəqərə sütununun kompüter tomoqramması. İkinci bel fəqərəsinin kompression-fleksion sınığı: a) Frontal aspektdə, b) Sagittal aspektdə, c) Köndələn kəsikdə fəqərə cisminin və çıxıntılarının zədələnməsi aşkar olunur (Şəxsi təcrübəmizdən).

Bütün neyrocərrahi zədələnmələr arasında fəqərə sütunu yaralanmaları orta hesabla 7,4% təşkil edir. Təxminən 20-25% halda boyun, 40-45% halda döş fəqərələrinin, 20-25% bel fəqərələrinin zədələnmələri, 10-15% halda sakral nahiyənin zədələnmələri müşahidə olunur. Kəllə-beyin zədələnmələri 5% halda məhz fəqərə sütunu zədələnmələri ilə müştərəklik təşkil edir. 25% halda fəqərə sütunu zədələnmələri zamanı kəllə-beyin zədələnmələri müşahidə olunur. Fəqərə sütunu zədələnmələri zamanı yaralılarla düzgün davranış qaydalarına əməl edilməməsi nəticəsində (xüsusilə boyun fəqərələrinin rentgen müayinəsi zamanı, xəstələrin xəərəyə qoyulması və düşürülməsində) yaralıların vəziyyəti ağırlaşma bilər.

23.1.2. FƏQƏRƏ SÜTUNUNUN ODLU SILAH YARALANMALARINI VƏ ZƏDƏLƏNMƏLƏRİNİN TƏSNİFATI

Bədənin digər nahiyələrinin yaralanmaları kimi fəqərə sütunu və onurğa beyni zədələnmələri də odlu silahın növünə görə qəlpə və güllə, yara kanalının formasına görə dəlib keçən, kor və toxunan istiqamətli, yaralanmanın onurğa kanalına münasibətinə görə kanala keçən, keçməyən və paravertebral formalarda təsadüf edilir. Xaraktercə fəqərə sütunu yaralanmaları təcrid olunmuş, çoxsaylı, müştərək və kombinə olunmuş ola bilər. Yaralanma boyun, döş, qarın, oma və buzdüm lokalizasiyalı olub, onurğa kanalına keçən və keçməyən formalarda təsadüf edilir.

23.1.3. FƏQƏRƏ SÜTUNUNUN ODLU SILAH YARALANMALARINI VƏ ZƏDƏLƏNMƏLƏRİNİN KLİNİKASI, SİMPATOMATOLOGİYASI VƏ DİAQNOSTİKASI

Fəqərə sütununun odlu silah yaralanmaları və zədələnmələrinin klinik gedişi zədələnmənin nahiyəsindən və xarakterindən asılı olaraq müxtəlif formalarda müşahidə olunur. Zədələnmə səviyyəsi yuxarı olduqca klinik gediş daha ağır formada təzahür edilir. Onurğa kanalına keçən yaralanmalar daha ağır, paravertebral yaralanmalar nisbətən yüngül klinik gedişə malikdir. Müştərək və kombinə olunmuş yaralanmalarda qarşılıqlı ağırlaşma sindromu baş verdiyindən, bu tipli yaralanmalar daha ağır zədələnmələrə daxildir.

M.R., 1970-ci il təvəllüdü, 19.07.93-cü il tarixdə saat 16.20 radələrində hospitala qarın boşluğunu dəlib-keçən güllə yarası, XII döş və I-II bel fəqərələrinin və onurğa beyninin zədələnməsi, daxili qanaxma, III dərəcəli travmatik şok diaqnozu ilə daxil olmuşdur (x/t 2566). Sidikdə qan vardır, laparosentez borusundan qan gəlir. Yaralının mərkəzi venaları kateterizə olundu, onurğa nahiyəsindəki yara tamponada olunmaqla qanaxma saxlanıldı. Intubasion narkoz şəraitində laparotomiya olundu. Qarın boşluğunda 1,5 litrə qədər qan vardır, geniş peritonarxası hematoma və nazik bağırsağın 4 yerdən yaralanması qeyd edilir. Təftiş zamanı sol böyrəyin parçalandığı aşkar olundu. Əvvəlcə sol böyrək çıxarıldı, retroperitoneal sahə drenaj olundu. Peritonun arxa səhifəsi bərpa olunduqdan sonra nazik bağırsağın yaraları tikildi, qarın boşluğu antiseptik məhlullarla yuyuldu və sanasiya edildi. Fəqərə cisimlərinin zədələndiyini nəzərə alaraq, sınımış fəqərə parçaları (qarın boşluğundan) çıxarmaqla atipik laminektomiya əməliyyatı həyata keçirildi. Qarın boşluğu və peritonarxası sahə drenaj olundu. Cərrahi əməliyyatdan sonrakı dövr ağır keçmiş, şok və qanaxmanın nəticələrinin aradan qaldırılması məqsədilə kompleks reanimasiya tədbirləri həyata keçirildi. Hemodinamik göstəricilər stabilləşdikdən sonra 23.07.93 tarixdə yaralı arxa cəbhə hospitalına təxliyə olundu.

Boyun fəqərələrinin zədələnməsi orta hesabla 20-25% təsadüf edilir. Bu, digər anatomik sahələrin də zədələnməsi ilə müştərəklik təşkil edir. Onurğa beynin boyun hissəsinin zədələnmələri kəskin tənəffüs çatmamazlığı, ürək-damar sistemi fəaliyyətinin pisləşməsi, huşun itməsi, udqunma aktının pozulması əlamətləri ilə keçir. Tetraplegiya (kvadriplegiya), körpücük nahiyəsindən aşağı hissələrdə hissiyyatın pozulması halları müşahidə edilir. Bəbəklər və göz yarığı daralır, üst göz almasının sallanması (ptozu) müşahidə olunur və göz alması arxaya batır (Qorner əlaməti).

Fəqərə sütununun döş hissəsinin zədələnmələri 40-45% hallarda müşahidə olunur. Bunun klinikası aşağı paraplegiyanın baş verməsi, çanaq orqanları funksiyasının pozulması və zədə nahiyəsindən aşağıda hissiyyatın itməsi şəklində aşkarlanır.

V.F., 1973-cü il təvəllüdü, 02.04.94-cü il tarixdə saat 7.50 radələrində hospitala döş qəfəsinin kor güllə yarası, IX-X döş fəqərələrinin zədələnməsi, III dərəcəli travmatik şok diaqnozu ilə daxil olmuşdur (x/t 3694). Aşağı paraplegiya əlamətləri qeyd edilir. Təcili olaraq yaralının mərkəzi venaları kavofikslə kateterizə olundu, transfuzion terapiya həyata keçirildi. Hemodinamik göstəriciləri stabilləşdikdən sonra saat 9.10 radələrində yaralı cərrahi əməliyyata götürüldü və laminektomiya həyata keçirildi; IX-X döş fəqərələrinin qövsləri rezeksiya olunmaqla onurğa beyninin sıxılması aradan qaldırıldı. Cərrahi əməliyyatdan sonrakı dövr intensiv müalicə davam etdirilmiş, aşağı ətraflarda zəif hərəkətlər meydana çıxmışdır. 3 gündən sonra gövdənin yaxşı fiksə olunması şəraitində yaralı respublika neyroçərrahiyyə mərkəzinə təxliyə olundu.

Fəqərə sütununun bel (qarın) hissəsinin zədələnmələri təqribən 20-25% müşahidə edilir. Burada da aşağı paraplegiya əlamətləri, çanaq orqanları funksiyasının pozulması və qasıq бүküşündən aşağı hissələrdə hissiyyatın itməsi halları müşahidə olunur.

Fəqərə sütununun beldən aşağı hissəsinin (at quyruğu – epikonus hissəsinin) zədələnmələrində aşağı ətraflarda süst ifliclər və hissiyyatın itməsi halları meydana çıxır, kökcük ağırları, sidiyi saxlaya bilməmək əlamətləri, yaxud sidik ifrazının və defekasiya aktının çətinləşməsi meydana çıxır.

Onurğa kanalına keçməyən yaralanmalarda əsasən fəqərə çıxıntıları və cismi zədələnilir. Bu halda onurğa beynin zədələnməsi qansızma və müxtəlif dərəcəli əzilmə ilə müşahidə oluna bilər. Kanala keçən yaralanmalar zamanı çox vaxt onurğa beyni və onun qişaları müəyyən dərəcədə zədələnməyə məruz qalır. Onurğa kanalını dəlib-keçən yaralanmalar daha ağır yaralanmalar qrupuna daxildir. Bu zaman onurğa beyni praktik olaraq tam qırılmış olur. Onurğa kanalının kor yaralanmasında kanal bir tərəfdən zədələnməyə məruz qalır. Onurğa beyninin zədələnmə dərəcəsi yad cismin ölçüsündən çox asılıdır. Toxunan yaralarda güllə, yaxud qəlpə onurğa kanalını bir tərəfdən sürtüb keçir. Bu halda onurğa beynində zədələnmə ilə bərabər kanal divarını təşkil edən zədələnməmiş sümük qəlpələrinin daxilə (kanala doğru) yerdəyişməsi müşahidə olunur.

Fəqərə sütununun paravertebral tipli zədələnmələrində fəqərələr zədələnməsə də bu, fəqərə sütununun funksiyasına dolayı təsir göstərir. Belə zədələnmələrdə onurğa beyninin kontuziyası (əzilməsi), yaxud funksional pozğunluqları müşahidə olunur. Qeyd etmək lazımdır ki, təkcə paravertebral peritonarxası hematoma əksər hallarda “kəskin qarın” əlamətlərinə simulyasiya edir və bəzən yardım prosesində çətinliklərlə, diaqnostik və taktiki səhvlərin buraxılması ilə nəticələnir.

M.A., 1970-ci il təvəllüdü, 28.01.94-cü il tarixdə saat 3.00 radələrində hospitala sağ kürək nahiyəsindən girib, fəqərə sütunu bərabərindən çıxan güllə yarası diaqnozu ilə daxil olmuşdur. Ümumi vəziyyəti qənaətbəxşdir. Qanaxma və şok əlamətləri qeyd edilməyir. Ağciyərlər nəfəs aktında iştirak edir, ürək tonları aydındır, qarın yumşaq və ağrısızdır (x/t 3459). Yaralı sarğı otağına götürüldü, yara birincili cərrahi işləndi. Sonrakı müayinələr yaralıda nevroloji əlamətlərin olmasını göstərdi. Onurğa beyninin kontuziyasına görə müvafiq müalicə üçün yaralı sonrakı təxliyə mərhələsinə köçürüldü.

Onurğa beynin zədələnmələri spinal şokla müşayiətlənir. Bu, zədə nahiyəsindən aşağı hissədə onurğa beynin funksiyalarının tam itməsi ilə xarakterizə olunur və adətən 2-4 həftə davam edir. Lakin bu müddət özü də nisbidir. Şokun əmələ gəlməsi zədə nahiyəsində onurğa beynin yad cisimlər, sümük qəlpələri və i.a. tərəfindən qıcıqlanması ilə də əlaqədar ola bilər. Spinal şoka xas olan əlamətlərə reflekslərin tam itməsi, süst ifliclərin baş verməsi aiddir. Spinal şok zamanı həmçinin daxili orqanların funksiyasının itməsi, sidik ifrazı və defekasiya aktında kəskin pozğunluq halları müşahidə olunur. Spinal şok zamanı bəzən funksiyaların qismən saxlanması mümkündür.

Spinal şoku mərkəzi sinir sistemi zədələnmələrində müşahidə olunan neyrogen şokdan fərqləndirmək lazımdır. Axırını əsasən onurğa beynin efferent simpatik sinir yolunun zədələnməsi ilə əlaqədar olaraq baş verir. Neyrogen şok zamanı ürəyin vazomotor tonusu və simpatik innervasiyası itir. Vazomotor pozğunluqla əlaqədar daxili orqanların və aşağı ətrafların damarları genişlənir, staz əmələ gəlməsi ilə əlaqədar qan təzyiqi aşağı düşür. Eyni zamanda ürəyin simpatik tonusunun itməsi bradikardiya verir. Ürəyin hipovolemiyaya qarşı taxikardiya ilə cavab verməsi mümkün olmur. Nəticə etibarilə bu zaman həttə tətbiq olunan infuzion terapiya nəinki qan təzyiqinin normallaşmasına imkan vermir, həttə köçürülmüş maye periferiyada toplanaraq ağciyər ödeminin əmələ gəlməsinə səbəb olur. Vazopressor funksiyasının itməsi nəticəsində əmələ gəlmiş hipotoniyanın aradan qaldırılması mümkün olmur. Beləliklə həyati vacib orqanların normal perfuziyası pozulur, orqanın funksiyası itir. Atropinin istifadə olunması bradikardiyanın yalnız müəyyən müddət qarşısının alınmasına imkan verir.

Onurğa beynin zədələnmələri tam qırılma, natamam zədələnmə, onurğa beynin sıxılması və kökcük sindromu şəklində müşahidə oluna bilər. Onurğa beynin tam köndələn kəsilməsi hallarında zədələnmənin səviyyəsindən asılı olaraq, tetra- və paraplegiyalar müşahidə olunur. Çanaq orqanlarının funksiyasının pozğunluğu, trofik pozğunluqlar (yataq yaraları), aşağı ətraflarda ödem meydana çıxır. Yaralılar kaxeksiya vəzəyyətinə düşürlər.

Onurğa beynin qismən zədələnməsi nisbətən yüngül gedişə malik olsa da, burada da çanaq orqanlarının funksional pozğunluğu qeyd edilir. Zədələnmənin dərəcəsindən asılı olaraq, ətraflarda parez, iflic və hissiyyat pozğunluqları qeyd edilir. Bu əlamətlər həmçinin zədə nahiyəsində ödemin olması ilə də əlaqədar ola bilər.

Fəqərə sütununun yaralanmaları zamanı yalnız yumşaq toxumaların zədələnməsi hallarında nevroloji əlamətlər müşahidə olunmaya da bilər. Bunların yaraları cərrahi işləndikdən sonra palatalarda yerləşdirilməli, sonrakı müddətlərdə yaraların genişliyi və dərinliyindən asılı olaraq, onların ümumi cərrahiyyə şöbələrinə, yaxud yüngül yaralılar hospitallarına köçürülməsi planlaşdırılmalıdır. Yüngül yaralılar qısamüddətli müalicədən sonra öz hərbi hissələrinə yazıla bilərlər:

M.M., 1955-ci il təvəllüdü, 13.02.94-cü il tarixdə saat 15.15. radələrində hospitala bel nahiyəsinin səthi kor qəlpə yaraları ilə daxil olmuşdur (x/t 3532). Yaralıda şok, qanaxma və nevroloji əlamətlər qeyd edilməyir. Yaralar birincili cərrahi işləndi, xırda ölçülü qəlpələr çıxarıldı, yaralar sarındı. Yaralı səhəri gün avtobusla yüngül yaralılar üçün ayrılmış hospitala təxliyə olundu.

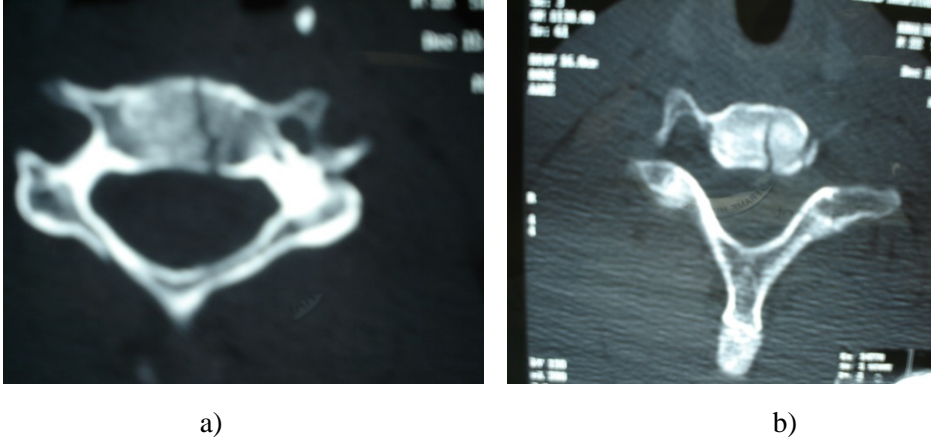
Onurğa beynin sıxılması erkən hallarda yad cisimlər, yaxud sümük qəlpələrinin təzyiqindən, fəqərələrin yerinin dəyişməsindən (spondilolistez), subdural və epidural hematomaların əmələ gəlməsindən, gec mərhələlərdə iltihabi proseslərdən asılı olaraq inkişaf edir.

Perinevral kökcük sindromu at quyruğu nahiyəsində kor yaralanmalar zamanı yad cismin subdural yerləşməsi vəziyyətində müşahidə olunur. Bu zaman sidik kisəsinin funksional pozğunluğundan əlavə ağrı hissiyyatı artır. Vertikal vəziyyətlərdə sidik ifrazı çətinləşir və aralıq nahiyəsində ağrılar artır. Xəstələr uzanmış vəziyyətdə özlərini nisbətən yaxşı hiss edirlər.

23. 2. FƏQƏRƏ SÜTUNU VƏ ONURĞA BEYNİN QAPALI ZƏDƏLƏNMƏLƏRİ

Müasir müharibələrdə fəqərə sütununun qapalı zədələnmələrinin artması ehtimal olunur. Bu, nüvə silahının tətbiqi ilə əlaqədardır. Bundan əlavə hərbi xidmət prosesində partlayışlar, təbii fəlakətlər, yol-nəqliyyat hadisələri, yüksəklikdən yıxılma və s. ilə əlaqədar fəqərə sütununun qapalı zədələnmələri də baş verir. Zədələnmələr əksərən müstəqil xarakterə malikdir. Bunlar fəqərə sütununun adı zədələnmələrindən tutmuş, fəqərələrin sınığı, çıxığı, bağların qırılması və nəhayət onurğa beynin qismən, yaxud tam üzülməsi şəklində müşahidə oluna bilər. Zədələnmələr mexaniki amilin fəqərə sütununa (onurğaya) birbaşa və dolayı yolla təsiri ilə əlaqədar olur. Birbaşa təsir zərbənin bilavasitə fəqərə sütununa təsirindən,

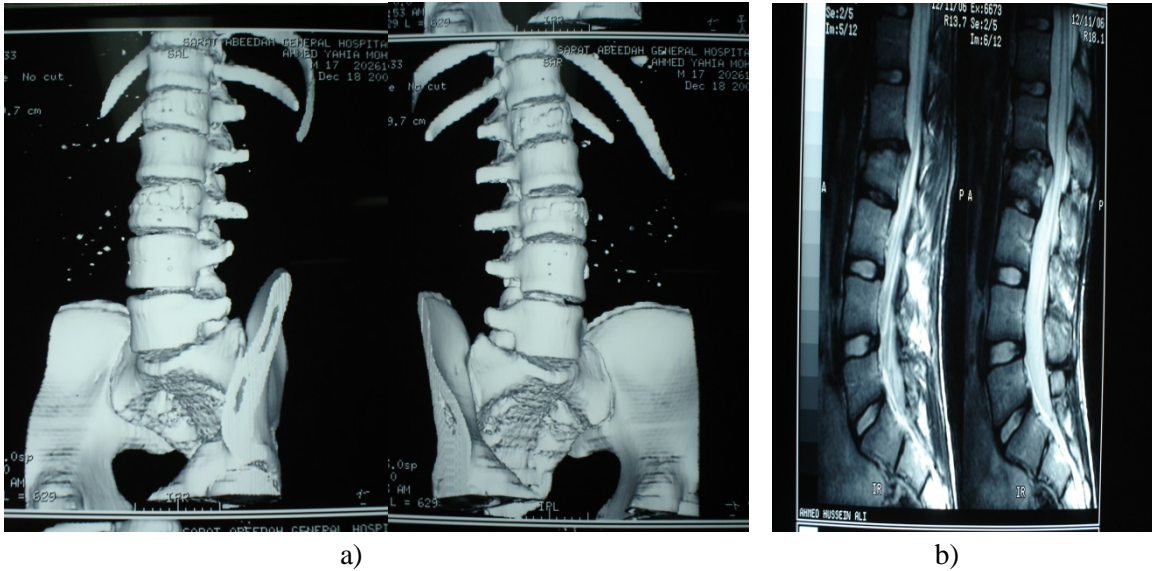
dolayı təsir isə fəqərə sütununun həddən artıq gərilməsi, açılması, bükülməsi, eləcə də bel və boyun nəhiyəsində bədənin kəskin fırlanması ilə əlaqədar ola bilər.



Şəkil 23.3 Boyun fəqərələrinin zədələnməsi: a) 5-ci və b) 6-cı boyun fəqərələrinin cisminin sınığı (Şəxsi təcrübəmizdən).

Hər bir halda fəqərələrin kompression, dağılmış-qəlpəli sınıqları, çıxıqları və çıxıqla birlikdə sınıqları, bağların qırılması, fəqərəarası disklərin partlaması və onurğa beynin müxtəlif dərəcəli zədələnmələri: silkələnməsi, əzilməsi, basılması, onurğa beyni qişalarına qansızmaların baş verməsi, eləcə də onun qismən və tam kəsilməsi (qırılması) mümkündür.

Beləliklə, fəqərə sütununun qapalı zədələnmələri fəqərələrin sınığı ilə və onsuz, onurğa beynin zədələnməsi ilə və onsuz baş verə bilər. Fəqərələrin sınıqları da öz növbəsində onun cisminin, qövsünün, çıxıntılarının zədələnməsi və sınıqların çıxıqlarla birlikdə müşahidə olunması şəklində aşkarlanır. Onurğa beyni zədələnmələri isə silkələnmə, əzilmə, basılma və kəsilmə (qırılma) şəklində müşahidə olunur.

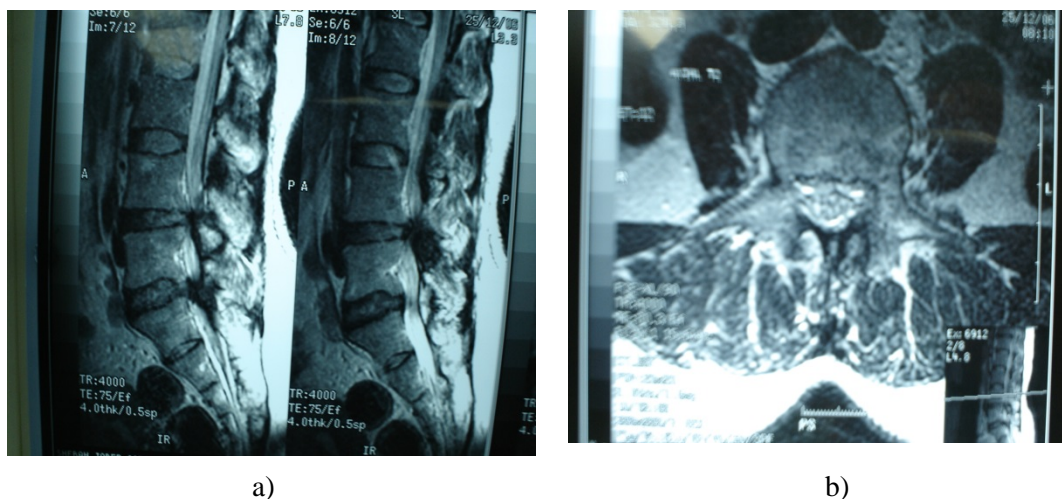


Şəkil 23.4 Fəqərə sütununun maqnit-rezonans rentgen müayinəsi: a) 12-ci döş, 1-ci və 3-cü bel fəqərələrinin sınığı. b) 1-ci və 2-ci bel fəqərələrinin sınığı; onurğa beyni sıxılmaya məruz qalmışdır. (Şəxsi təcrübəmizdən)

Onurğa beynin silkələnməsi. Fəqərə sütununun qapalı zədələnmələri zamanı onurğa beynin silkələnməsi özünü aşağı ətraflarda zəiflik, hissiyyatın azalması, sidik ifrazının çətinləşməsi əlamətləri ilə göstərir. Bu əlamətlər nisbətən tez müddətə keçir. Müalicə üçün 2-3 həftə vaxt tələb olunur.

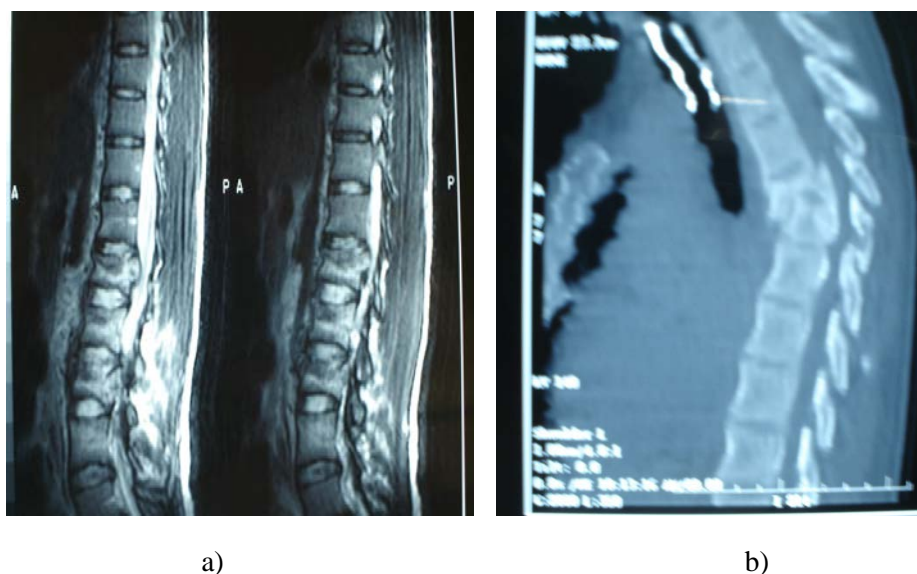
Onurğa beynin əzilməsi. Onurğa beynin əzilməsi zamanı silkələnmədən fərqli olaraq, patoloji əlamətlər daha qabarıq şəkildə müşahidə olunur; zədələnmə nahiyəsindən aşağı parez və ifliclər, hissiyyatın itməsi, çanaq orqanları funksiyasının pozulması halları müşahidə olunur. Bu əlamətlər daha uzun çəkir. Prosesə trofik pozğunluqlar, sidik yollarının qalxan infeksiyası və urosepsis də əlavə olunur.

Onurğa beynin sıxılması (basılması). Onurğa beynin sıxılması (basılması) fəqərələrin, yaxud onun qövsünün, bir sıra hallarda isə onurğa beynin qişaları arasında epidural və subdural hematomaların baş verməsi nəticəsində müşahidə olunur. Hematomanın artması ilə əlaqədar olaraq əlamətlər daha qabarıq şəkildə müşahidə oluna bilər.



Şəkil 23.5 Fəqərə sütununun maqnit-rezonans müayinəsi. Disk zədələnməsi ilə əlaqədar onurğa beyni sıxılmaya məruz qalmışdır. a) Boylama, b) Köndələn kəsikdə (Şəxsi təcrübəmizdən).

İlkin hallarda onurğa beynin zədələnməsi (onun əzilməsi, sıxılması, yaxud kəsilməsi) özünü ümumi nevroloji əlamətlərlə göstərir. Onurğa beynin tamlığının saxlandığı hallarda nevroloji əlamətlər 3-4 həftə ərzində keçir. Onurğa beynin sümük fraqmentləri ilə basılması hallarında patoloji əlamətlər bilavasitə zədələnmədən sonra baş verdiyi halda, qişaların hematoma ilə əlaqədar basılması hallarında patoloji əlamətlər bir qədər gec “ışıqlı dövrdən” sonra müşahidə olunur.



Şəkil 23.6 Fəqərə sütunu zədələnmələri: a) Onurğa beynin sıxılması ilə müşahidə olunan fəqərə sütunu zədələnməsi. b) Onuğanın dərin deformasiyası ilə müşahidə olunan fəqərə sınığı. (Şəxsi təcrübəmizdən)

Onurğa beynin keçiriciliyinin pozulması xarakter nevroloji əlamətlərə görə fərqlənir. Bura parez və ifliclərin baş verməsi, hipesteziya və çanaq orqanlarının funksiyasının pozulması halları aiddir. Subaraxnoidal sahənin bloku zədələnmənin təksibolunmaz sübutudur. Bu, lumbal punksiya, yaxud mieloqrafiya ilə dəqiqləşdirilir. Subaraxnoidal qanaxmalar (qansızmalar) zamanı serebrospinal mayədə qanın olması müşahidə olunur. Kerniq və Brudzinski əlamətləri müsbət olur.

Onurğa beyninə qansızmalar (hematomieliya) onurğa beynin boyun hissəsində, lumbo-sakral hissədə və at quyruğu sahəsində daha çox baş verir. Bu, müvafiq seqmentlər üzrə keçiriciliyin tam, yaxud qismən pozulması ilə müşayiətlənir. Qansızma zonasından periferiyaya doğru parez və ifliclər baş verir. Baş beyin zədələnmələrindən fərqli olaraq, onurğa beyni zədələnmələrində parez və ifliclər süst xarakterə malik olurlar. Bu zaman ağrı və temperatur hissiyyatı da pozulmuş olur. Zədələnmələr zamanı daktil hissiyyatı saxlanıla bilər.

23. 3. ONURĞA BEYİNİ ZƏDƏLƏNMƏLƏRİNİN KLİNİKASI

Fəqərə sütunu zədələnmələrinin klinik gedişində dörd mərhələ ayırılır:

1. Başlanğıc (kəskin) dövr –1-3 gün davam edir. Əsasən zədə nahiyəsindən aşağı hissənin keçiricilik qabiliyyətinin pozulmasını göstərən simptomokomplekslə zəngin olur. Ifliclər, diurezin və defekasiya aktının pozulması halları müşahidə edilir. Nevroloji əlamətlər onurğa beynin zədələnməsinin genişliyindən əlavə, özünü travmaya cavab olaraq tormozlanma (ləngimə) şəklində göstərir. Bu hal “spinal şok” termini ilə məlumdur. Bu dövr üçün patoloji sahədə qansızmalar və ilkin nekrozun olması xasdır. Qan dövründə baş vermiş pozğunluqlara likvor dövrünü pozğunluğu da əlavə olunur.

2. Erkən dövr – yaralanmadan sonra 2-3 həftə davam edir. Bu dövrdə həmçinin sinir keçiriciliyinin tam pozulması halları da qeyd edilir. Lakin yüngül zədələnmələr zamanı tezliklə hissiyyatın normallaşması, çanaq orqanlarının funksiyasının bərpası müşahidə edilə bilər. Əksər hallarda isə sspinal şok əlamətləri yalnız travmadan 3-4 həftə keçdikdən sonra aradan qalxmağa başlayır. Onurğa beynin zədələnməmiş hissəsi tədricən nekrotik toxumadan təmizlənir, yara ətrafında bitişmələr əmələ gəlir. Kiçik sümük qəlpələri sorulur, yad cisimlər inkapsulyasiya olur. Böyük sümük qəlpələri isə adətən parçalanır. Həmçinin bu dövrdə sidik-ifrazat sistemində qalxan infeksiya, irinli-nekrotik sistit, pielit, nefrit və s. (xüsusilə epistoma qoyulmadığı hallarda) daha çox müşahidə edilir. Xəstələrə qulluq lazımlıca yerinə yetirilmədikdə yataq yaraları, pnevmoniya, septik proseslər daha çox müşahidə olunur; zədələnmə səviyyəsi yuxarı olduqca fəsadlaşmalar da xaraktercə daha ağır keçir.

3. Ara dövr – orta hesabla yaralandıqdan 3 həftə sonra başlayır və 2-3 ay davam edir. Bu dövrdə sinapslarda diffuz ləngimə (spinal şok) aradan qalxır. Nevroloji əlamətlər əsasında onurğa beynin zədələnməsinin genişliyi və xarakterinin təyin edilməsi mümkün olur. Onurğa beynin qismən kəsilməsi hallarında bəzi funksiyalar: hərəkət, sidik ifrazı, hissiyyat, toxumaların trofikası və s. bərpa olur. Onurğa beynində keçiriciliyin tam pozulduğu hallarında zədələnmə səviyyəsindən aşağıda spastik vəziyyət, vətər reflekslərinin yüksəlməsi və patoloji reflekslər meydana çıxır. İnfeksion fəsadlaşmalar (sistit, pielonefrit, yataq yaraları və s.) daha da inkişaf edərək sepsis və yara fondunda kaxesiya ilə nəticələnə bilər. Nəhayət bu dövrdə yara nekrotik toxumalardan təmizlənir, çapıqlaşma fonunda qışalar arasında sistlər, araxnoidit və peripaximeningitlər əmələ gəlir. Bunlar qan və likvor dövrünün və onurğa beynin funksiyasının pozulmasına gətirib çıxarır. Axırncı qeyd edilən pozğunluqlar yaraların biincili cərrahi işlənməsi düzgün aparılmadıqda daha çox müşahidə edilir.

4. Gec dövr –yaralanmadan 3-4 ay sonra başlayıb, bir neçə il davam edir. Bu dövrdə zədələnmənin ağırlıq dərəcəsindən asılı olaraq itmiş funksiyalar tam, yaxud qismən bərpa olunur. Müəyyən hallarda zədə nahiyəsindən aşağı sahələrdə seqmentlər üzrə sinir reqlyasiyasında avtomatizm meydana çıxır. Bərpa olma dərəcəsi yaralanmanın xarakterindən, yaranın vaxtında və düzgün cərrahi işlənməsindən və müalicənin keyfiyyətindən çox asılıdır. Bu dövr üçün gec fəsadlaşmaların, o cümlədən meningitlərin, ensefalitlərin, sidik ifrazat sistemində infeksiyanın əmələ gəlməsi və onun kəskinləşməsi halları, zədələnməmiş fəqərələrdə osteomielitlərin əmələ gəlməsi və i.a. xarakterdir.

23. 4. FƏQƏRƏ SÜTUNU VƏ ONURĞA BEYİNİ ZƏDƏLƏNMƏLƏRİNİN DİAQNOSTİKASI

Fəqərə sütunu və onurğa beynin odlu silah yaralanmasının diaqnostikası yaranın müayinəsi, zədələnmənin mexanizmi, yanaşı orqanların müayinəsi və nevroloji pozğunluq əlamətlərinə əsasən təyin olunur. O cümlədən onurğa beyni zədələnməsinin səviyyəsindən asılı olaraq hərəkət, hissi, trofik pozğunluqların olması, kiçik çanaq orqanlarının motorikasındakı dəyişikliklər, reflekslərin itməsi zədələnmənin başlıca əlamətlərindəndir.

Rentgen müayinəsindən və sipinal punksiyanın xüsusi diaqnostik əhəmiyyəti vardır. Subaraxnoidal sahənin keçiriciliyinin yoxlanılması xüsusi diaqnostik əhəmiyyətə malikdir. Keçiriciliyin saxlanıldığı halda lumbal punksiya zamanı təzyiqin artması müşahidə olunur. Vidaci venaların basılması (Kvekenştedt sınağı), aşağı boş venanın qarının ön hissəsindən basılması (Stukkey sınağı), çənənin qəflətən döş qəfəsinə doğru bükülməsi (Puussepe sınağı) zamanı serebrospinal mayenin xaric olması sürətlənir.

Onurğa beyni zədələnməsinin diaqnostikası dəri hissiyyatının və əzələlərin hərəkətinin təyini ilə mümkündür. Belə ki, boynun və döş qəfəsinin yuxarı hissəsinin (körpücüküstü sahəyə qədər) və döş əzələlərinin innervasiyası onurğa beynin C2-4 seqmenti hesabına, deltavari nahiyənin innervasiyası C5, baş barmaq C6, orta barmaq C7, çeçələ barmaq C8, döş giləsinin innervasiyası onurğa beynin D4 seqmenti hesabına baş verir. Xəncərvari çıxıntı səviyyəsi D8, göbək nahiyəsi D10, simfiz nahiyəsi D12 seqmenti hesabına innervasiya olur. L1 seqmenti qasıq nahiyəsini, L2-3 seqmentləri budun ön səthini, L4 seqmenti baldırın iç tərəfini, L5 seqmenti baldırın bayır tərəfini, 1-ci və 2-ci ayaq barmaqları arasındakı sahəni, S1 seqmenti baldırın arxa tərəfini və ayağın lateral kənarını, S2 seqmenti budun və baldırın yuxarı hissəsini, S3 seqmenti oturaq qabarı sahəsini və S4-5 seqmentləri perianal sahəni innervasiya edir.

Müəyyən qrup əzələlərin innervasiyasının pozğunluğu da zədələnmənin diaqnostikasında xüsusi əhəmiyyətə malikdir. Belə ki, deltavari əzələlərin hərəkət pozğunluğu onurğa beynin C5 seqmentinin, biləyi açan əzələlərin pozğunluğu C6 seqmentinin, bazunun üçbaşlı əzələsinin innervasiyasının pozğunluğu (dirsəyin açılması) C7 seqmentinin, orta barmağın bükülməsinin pozğunluğu C8 seqmentinin, çeçələ barmağın uzaqlaşmasının pozğunluğu D1 seqmentinin, budun bükülməsinin pozğunluğu (iliopsoas) L2 seqmentinin, dördbaşlı əzələnin innervasiyası L4 seqmentinin, ayağın bükülməsinin pozğunluğu (baldırın üçbaşlı əzələsi) S1 seqmentinin zədələnməsi hesabına baş verir.

Blokun aşağı sərhəddinin (səviyyəsinin) təyini məqsədlə pnevmomioloqrafiyanın, yaxud kontrast mieloqrafiyanın həyata keçirilməsinin xüsusi əhəmiyyəti vardır. Serebrospinal mayenin dəyişikliyə uğraması onurğa beyni zədələnmələrinin xarakterinin və ağırlıq dərəcəsinin təyin edilməsinə imkan verir. Subaraxnoidal qansızmalar zamanı serebrospinal maye ət suyunu xatırladır. Zədələnmənin kəskin fazasında mayədə bir qayda olaraq sitoz əlaməti artır. (Likvorda zülal və formalı elementlərin artması qeyd edilir). Onurğa beyni mayesi müayinə zamanı qanlı, bulanıq (tutqun) olur və ksantoxromiya aşkar olunur. Qanın analizi bədəndə iltihabi prosesin olduğunu göstərir. Sidiyin analizi sidik yollarında durğunluqla əlaqədar qalxan infeksiyanı təsdiq edir.

Fəqərə sütunu zədələnmələrinin spesifik fəsadlaşmalarına irinli meningitlər, pielosistitlər, urosepsis, yataq yaralarının olması; gec dövrlərdə araxnoiditlər, beyin toxumasında fibroz dəyişikliklər və paximeningitlərin əmələ gəlməsi; zədələnmələrin (odlu silah yaralanmalarının) qeyri-spesifik fəsadlaşmalarına isə qanaxmalar, yaraların irinləməsi, osteomielitlərin və ümumi infeksiyanın baş verməsi aiddir.

23. 5. FƏQƏRƏ SÜTUNU VƏ ONURĞA BEYİNİ ZƏDƏLƏNMƏLƏRİ ZAMANI MƏRHƏLƏLİ YARDIMIN HƏYATA KEÇİRİLMƏSİ QAYDASI VƏ MÜALİCƏNİN TƏŞKİLİ

İlk- və həkiməqədərki tibbi yardım. Bunun məzmununu xarici qanaxmaların saxlanılmasından, asfiksiya və şoka qarşı tədbirlərin həyata keçirilməsindən ibarət olmalıdır. Yaralılara ağırkəsicilər yeridilməli, yaralar aseptik sarınmalı, patoloji nahiyə etibarlı fiksə olunmalıdır. Nəzərə almaq lazımdır ki, fəqərə sütununun boyun hissəsinin zədələnmələrində və ümumiyyətlə onurğa beyni zədələnmələrində

narkotik dərman preparatlarının yeridilməsi əks göstərişdir. Çünki axırıncılar tənəffüs mərkəzini ləngitmək qabiliyyətinə malikdirlər.

Yaralıların daşınması ehtiyatla həyata keçirilməlidir. Yaddan çıxarmaq olmaz ki, yaralıların daşınması zamanı gövdənin kəskin bükülməsi fəqərə sütununda və onurğa beynində əlavə zədələnməyə səbəb ola bilər. Zədə nahiyyəsi xüsusi şinlərlə fiksə olunmalıdır. Bu mümkün olmadıqda taxta lövhələrdən istifadə edilməlidir. Yaralıların adi xərəklərdə daşınması məsləhət görülmür. Lakin müəyyən səbəbdən buna ehtiyac olduqda yaralı qarnı üstə daşınmalı, bədənin yuxarı hissəsi yumşaq material hesabına bir qədər yuxarı qaldırılmalıdır.

İlk həkim yardımı. Bunun vəzifəsi həyat üçün təhlükəli yaralanmaların və zədələnmələrin fəsadlaşmalarının aradan qaldırılması, yaxud qarşısının alınması istiqamətində kompleks həkim tədbirlərinin aparılması və yaralıların sonrakı mərhələyə təxliyəsindən ibarətdir. Xarici qanaxma, likvorreya, asfiksiya və ağır travmatik şok vəziyyətində olan yaralılar briqada tibb məntəqəsinin sarğı otağına verilməli, burada həyati göstəriş əsasında tədbirlər həyata keçirilməlidir. Sidik ifrazı çətinləşmiş yaralıların sidiyi buraxılmalıdır. Xarici qanaxmalar basıcı sarğılarla saxlanılmalı, yaxud yara tamponada olunmalı, ehtiyac olduqda zədələnmiş damar yarada tikilməlidir. Boyun fəqərələrinin odlu silah yaralanmalarında, yaxud onun qapalı zədələnmələrində zədə nahiyyəsi xüsusi fiksatorların (boyunluqların) köməyi ilə fiksə olunmalı, bu mümkün olmadıqda Kramer şinlərindən hazırlanmış improvizə şinlərdən istifadə olunmalıdır. (Şəkil 23.6, 23.7)



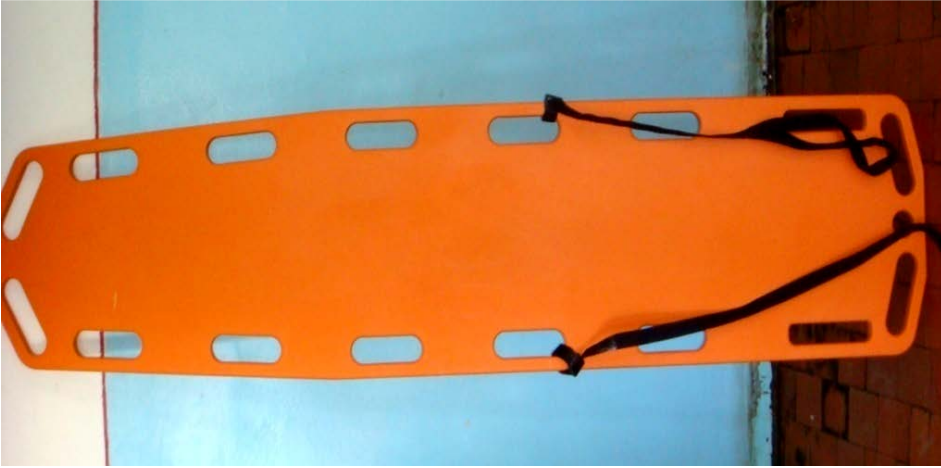
Şəkil 23.7. Boyun fəqərələrində zədələnmə olan xəstənin filadelfiya boyunluğu ilə (Phyladelphia collar) fiksə olunması qaydası

Yaralılara analgetiklər, antibiotiklər və tetanus əleyhinə anatoksin yeridilməlidir. Sərbəst sidiyə gedə bilməyən yaralıların sidik kisəsinə kateter yeridilməlidir. Yaralıların daşınması zədələnmə nahiyyəsinin xüsusi lövhələrə fiksasiyasından sonra həyata keçirilməlidir. Həmçinin iflic vəziyyətdə olan aşağı ətraflar da fiksə olunmalıdır. Fəqərə sütununun döş və bel hissələrinin zədələnmələri zamanı gövdənin yuxarı hissəsinin qaldırılması şərtilə yaralıların qarnı üstə daşınması daha münasibdir. Qış mövsümündə yaralıların soyuqdan qorunması məqsədilə onlar ədyala bükülməlidir. İsidicilərdən (qrelkalardan) istifadə bir qədər ehtiyatla aparılmalıdır. Çünki zədələnmə nəticəsində hissiyyatını itirmiş nahiyyədə termik yanıqlar baş verə bilər.

Yüngül yaralılara yardım çeşidləmə palatalarında, yaxud çeşidləmə meydançasında aparılmalı və onların təxliyəsi planlaşdırılmalıdır. Yaralar antiseptiklərlə silinməli, aseptik sarınmalı, əvvəl qoyulmuş sarğılara düzəlişlər aparılmalı, ehtiyac olduqda onlar dəyişdirilməlidir.

Tənəffüsün mərkəzi mənşəli pozğunluğunda traxeostomiya tətbiq edilməlidir. Şok vəziyyətində olan yaralılara ürək dərmanları, analgetiklər vurulmalı, mayelər köçürülməlidir. Xəstələrin isidilməsi ehtiyatla aparılmalıdır. Çünki zədə səviyyəsindən aşağı sahələrdə hissiyyat itdiyindən yanıq əmələ gələ

bilər. Sidik ifrazının çətinləşdiyi hallarda sidik kisəsi punksiya olunmalı, yaxud sidik kisəsinə daimi kateter yeridilməlidir. Bütün yaralılara antibiotiklər və tetanus əleyhinə zərər vurulmalıdır. Narkotik dərman preparatları göstəriş əsasında yeridilməlidir(!). Fəqərə sütununun boyun hissəsinin zədələnmələrində və eləcə də mərkəzi tipli tənəffüs çatmamazlığı hallarında udlağa rezin hava borusu yeridilməlidir. Tənəffüs çatmamazlığı və xarici qanaxması olan yaralılar ilk növbədə təxliyə olunmalıdırlar. İmkan olduqca bu qrup yaralılar (əgər digər nahiyələrin ağır müştərək yaralanmaları yoxdursa) birbaşa ixtisaslaşdırılmış yardım mərhələsinə təxliyə olunmalıdırlar.



a)



b)

Şəkil 23.8. a) Fəqərə sütununda zədə olan xəstələrin yerləşdirilməsi və daşınması üçün xüsusi şin (spine board), b) Xüsusi şində (spine board) xəstə və yaralıların yerləşdirilmə qaydası

Ixtisaslı tibbi yardım. Bunun məzmunu yaralı və xəstələrin həyatı üçün təhlükəli nəticələrin aradan qaldırılması, fəsadlaşmaların qarşısının alınması istiqamətində kompleks cərrahi və reanimasiya tədbirlərinin aparılması və yaralıların təyinat üzrə təxliyəsinin həyata keçirilməsindən ibarətdir. İxtisaslı tibbi yardım yaralıların çeşidlənməsindən başlanılmalıdır. Çeşidləmədə başlıca məqsəd həmin mərhələdə yardımın yerinə yetirilməsinə görə yaralıların qruplara bölüşdürülməsindən və yardımın hansı növbədə həyata keçirilməsindən ibarətdir. Eyni zamanda burada mediko-taktiki vəziyyət də nəzərdə tutulmalıdır. Bu mərhələdə yaralıların neçə çeşidləmə qrupuna bölünməsi bir qədər mübahisəlidir. Bəzi dərslərdə bu məqsədlə 5 çeşidləmə qrupunun ayrılması məsləhət görülür (Ö.Q.Şapoşnikov, V.İ.Maslov, 1998). Bizim fikrimizcə yardım zamanı neçə çeşidləmə qrupunun təyin edilməsi həmin mərhələdə həyata keçiriləcək yardımın həcmindən çox asılıdır.

Fəqərə sütunu yaralanmaları və zədələnmələri zamanı ixtisaslı cərrahi yardım (hərbi-səhra cərrahiyyəsi hospitallarında) yalnız həyatı göstəriş əsasında asfiksiya, qanaxma və travmatik şoka görə həyata keçirilən tədbirlərdən ibarət olmalı, döş qəfəsi, qarın boşluğu və i.a. nahiyələrdə olan müştərək zədələnmələrə görə təcili operativ müdaxilələr yerinə yetirilməlidir. Fəqərə sütununun cərrahi müdaxiləyə ehtiyacı olan təcrid olunmuş yaralanmaları zamanı yaralıların birbaşa ixtisaslaşdırılmış yardım mərkəzinə təxliyə olunması daha məqsədəuyğundur.

Hərbi-səhra cərrahiyyəsi hospitallarında yaralıların aşağıdakı çeşidləmə qruplarına bölünməsi daha əhəmiyyətlidir:

–təcili cərrahi yardıma ehtiyacı olan yaralılar. Bura fəqərə sütununun profuz qanaxmalarla müşahidə olan müştərək yaralanmaları aiddir. Bu qrup yaralılar hərtərəfli müayinə olunmalı, həyat üçün qorxulu olan yanaşı zədələnmələr vaxtında aşkarlanmalı və onları törədən səbəb operativ yolla aradan qaldırılmalıdır. Bura pnevmo-hemotoraksların olması, qarın boşluğunda davamedən daxili qanaxmaların baş verməsi və i.a. daxildir. Bunlar cərrahi əməliyyat otağına ilk növbədə verilməli, qanaxmanın baş verdiyi sahədən asılı olaraq, yaralılara torakotomiya, laparotomiya olunmalı, qanaxma saxlanılmalı, qanıtırmənin nəticələri aradan qaldırılmalıdır. Zədələnmələrin xarakterindən asılı olaraq yaralılara laminektomiya olunmalı, zədələnmiş damarlar bağlanılmalı, likvorreyanın qarşısının alınması üçün sərt qişanın tamlığı bərpa olunmalı, yumşaq toxumalar tikilməlidir. Fəqərə sütunu və onurğa beyində cərrahi əməliyyatların neyrocərrah (neyrotravmatoloq) tərəfindən aparılması, yaxud onun nəzarəti altında həyata keçirilməsi daha məqsədəuyğundur.

–fəqərə sütunu və onurğa beyninin təcrid olunmuş yaralanmaları və zədələnmələri zamanı təcili cərrahi yardıma ehtiyac olmadığı hallarda yaralılar birbaşa ixtisaslaşdırılmış yardım mərhələsinə köçürülməli və yaraların işlənilməsi neyrocərrah tərəfindən yerinə yetirilməlidir. Hərbi-səhra cərrahiyyəsi hospitallarında bu qrup yaralılara yardımın həcmi şok əleyhinə tədbirlərin tam həcmdə həyata keçirilməsindən ibarət olmalı və yaralılar vaxt itirilmədən birbaşa ixtisaslaşdırılmış müalicə mərhələsinə köçürülməlidir. Təxliyədən əvvəl sidik kisəsinə daimi kateter yeridilməli, yaralılara antibiotiklər və profilaktik zərdəblər vurulmalı, göstəriş əsasında ürək dərmanları, tənəffüs analeptikləri və analgetiklərdən istifadə edilməlidir. Fəqərə sütunu və onurğa beyni zədələnmələri olan yaralılar imkan daxilində hava nəqliyyatı ilə təxliyə olunmalıdırlar. Onurğa beyni zədələnməsi olan yaralıların təxliyəsi ilk növbədə həyata keçirilməlidir.

–fəqərə sütununun yüngül zədələnməsi zamanı yaralar sarğı otağında işlənilməli, ehtiyac olarsa, onlar yüngül yaralılar hospitalına köçürülməlidir. Müalicəsi üçün 2 həftədən az vaxt tələb olunan yaralılar sağalmaqda olan komandanın tərkibinə daxil oluna bilərlər.

İxtisaslaşdırılmış cərrahi yardım. İxtisaslaşdırılmış cərrahi yardım yaralı və xəstələrin ixtisasa uyğun diaqnostikası və müalicəsində həyata keçirilən kompleks diaqnostik, cərrahi və reanimatoloji tədbirlərdən ibarətdir. Bu, qarnizon və arxa cəbhə hospitallarında, ixtisaslaşdırılmış klinika və xəstəxanalarda yüksək ixtisaslı mütəxəssislər: neyrocərrah (neyrotravmatoloq) tərəfindən həyata keçirilir. Bunun məqsədi xəstə və yaralıların ixtisasa uyğun müalicəsinin tam axıra çatdırılması və onların döyüş qabiliyyətlərinin bərpa olunmasından ibarətdir. Burada xəstə və yaralılar ixtisasa uyğun şəkildə ayrı-ayrı şöbədə, yaxud klinikalarda kompleks müalicə alırlar. Bütün tədbirlər yaralıya tam həcmdə yerinə yetirilməlidir. Həyata keçirilən tədbirlər konservativ və operativ yolla yerinə yetirilə bilər.

Operativ tədbirlərə aşağıdakılar aiddir:

–fəqərə sütununun daxilə (onurğa kanalına) keçən yaralanmaları. Bu zaman nevroloji əlamətlərin olub-olmamasının operativ müdaxilənin yerinə yetirilməsinə daxil yoxdur. Yaralanmanın onurğa kanalına

keçməsinin başlıca əlaməti likvorreyanın olması, yad cismin: metal qəlpələrinin, yaxud sümük fraqmentlərinin onurğa kanalında yerləşməsi təşkil edir. Kanalı dəlib keçən yaralanmalarda fəqərənin bütün strukturları zədələnə bilər.

–fəqərə qövsünün sınıqları, yaxud onurğa kanalında metal qəlpənin, yaxud güllənin olması. Burada nevroloji əlamətlərin (pozğunluğun) müşahidə olunması dərəcəsindən asılı olmayaraq, operativ müdaxilə birbaşa göstərişdir. Çünki onurğa beyninin əzilməsindən əlavə, kanalda yad cismin olması onun sıxılmasına da səbəb olur. Eyni zamanda yad cismin onurğa beyni yaxınlığında olması damarların spazmının əmələ gəlməsinə və axırının işemik nekrozuna səbəb ola bilər.

Fəqərə sütununun qapalı zədələnmələrində onurğa beynin sıxılması klinik və rentgenoloji olaraq dəqiqləşdirilməli, lazım gəldikdə xüsusi müayinə üsulları tətbiq edilməli, diaqnoz dəqiqləşdirildikdən sonra dekompression laminektomiya həyata keçirilməlidir. Bu, mümkün qədər tez müddətlərdə yerinə yetirilməlidir. Çünki operativ müdaxilənin yubandırıldığı hallarda damar pozğunluğu fəqərədə orqani dəyişikliklərin əmələ gəlməsinə, onun yumşalmasına (nekrozuna) səbəb ola bilər. Müasir baxımdan laminektomiya cərrahi əməliyyatı zədələnmənin ilk sutkasında həyata keçirilməlidir. Cərrahi əməliyyat nə qədər tez həyata keçirilsə, funksiyaların bərpasına ümid bir o qədər çox olar.

Qapalı zədələnmələr zamanı laminektomiya aşağıdakı hallarda həyata keçirilməlidir:

- zədələnmə nəticəsində onurğa beynin funksiyasının pozulması hallarının baş verməsi;
- onurğa beynin tam, yaxud qismən zədələnməsini təsdiq edən nevroloji əlamətlərinin olması;
- kökcüklərin sümük fraqmentləri, yaxud disk qəlpələri ilə sıxılma halları. Bütün hallarda cərrahi əməliyyat mümkün qədər tez həyata keçirilməlidir.



Şəkil 23.9 Boyun fəqərələrində sınığı olan xəstədə zədə nahiyyəsinin fiksasiya qaydası. Xəstə çarpayədən yuxarı başına asılmışdır. (Şəxsi təcrübəmizdən)



Şəkil 23.10 Boyun fəqərələrində sınığı olan xəstəyə skelet dartması qaydası



Şəkil 23.11 Boyun fəqərələrində sınığı olan xəstədə zədə nahiyəsinin fiksasiya qaydası (Şəxsi təcrübəmizdən)

Onurğa beynin zədələnmələrinə görə həyata keçirilən operativ müdaxilələrdə müasir cərrahlığın bütün metodlarından istifadə edilməli və operativ müdaxilənin sonunda sərt qişanın tamlığı bərpa olunmalıdır. Zədələnmiş (qırılmış) kökcüklər imkan daxilində bərpa olunmalıdır. Fəqərə sütununun stabilliyinin pozulduğu hallarda zədə nahiyəsindən asılı olaraq ön korporodez, yaxud arxa spondilodez cərrahi əməliyyatları yerinə yetirilməlidir. Əməliyyat yarası 2 ədəd gətirici və aparıcı silikon boru ilə, yaxud ikimənfəzli boru vasitəsilə drenaj olunmalı, əməliyyatdan sonrakı dövrdə yara kanalı soyudulmuş izotonik məhlulla 5-7 gün müddətində sirkulyar olaraq yuyulmalı, antibiotiklərin tətbiqində onların epileptogen təsiri nəzərə alınmalıdır.

Fəqərənin odlu silah yaralanmalarında, xüsusilə onurğa kanalına keçən yaralanmalarda laminektomiya cərrahi əməliyyatı daha geniş şəkildə tətbiq edilməlidir. Bu əməliyyat fəqərə sütununun boyun hissəsinin zədələnməsi zamanı təxirə salınmadan yerinə yetirilməlidir. Əgər fəqərə sütununun hər hansı bir sahəsinin zədələnməsi likvorreya, artan hematoma, ocaqlı meningit əlamətləri ilə keçirsə, laminektomiya eynilə təxirə salınmadan həyata keçirilməlidir. Laminektomiya endotraxeal narkoz altında aparılmalıdır. Yaralı üzü üstə uzadılmalı, kəşik boylama istiqamətdə aparılmalıdır. Əgər yara orta xətt boyunca yerləşsə, yumşaq toxumalar kəsilib götürüldükdən sonra laminektomiya bilavasitə yaranan həyata keçirilməli, yaranın nisbətən kənarında yerləşdiyi hallarda isə yara cərrahi işlənilməli, zədə nahiyəsi steril salfetlərlə örtüldükdən sonra fəqərələrin arxa çıxıntıları istiqamətində orta xətt boyunca dəridə kəşik aparılmalı və laminektomiya yerinə yetirilməlidir.

Paravertebral zədələnmələrdə dəri kəsiyi qövsvari istiqamətdə aparılmalıdır. Axırncı yad cismin çıxarılması və onurğa beynin təftişi məqsədilə daha əlverişlidir. Cərrahi əməliyyat zamanı fəqərə sütununun arxa strukturunun ayrılması kəskin şəkildə aparılmalı, nekrotik toxumalar kəsilib götürülməlidir. Zədə nahiyəsinin raspatorla aralanmasına yol verilməməlidir. Bu, nekrotik toxumaların radikal olaraq götürülməsinə maneçilik törədir, eyni zamanda vaskulyarizasiyanın pozulmasına, toxumaların regenerasiya qabiliyyətinin itməsinə gətirib çıxarır.

Tipik şəkildə həyata keçirilən laminektomiyanın həcmi sərt qişanın zədələnmə sahəsindən və yad cismin (güllə, yaxud qəlpənin) lokalizasiyasından çox asılıdır. Sərt qişada kəşik ayrıca (kənardan), yaxud bilavasitə zədələnmə nahiyəsindən aparıla bilər. Beyin detriti izotonik məhlulla, yaxud furasilinlə yuyulmalı, zədələnmiş kökcüklər nevrал anastomozların qoyulması ilə bərpa olunmalı, cərrahi əməliyyat sərt qişanın plastikası ilə başa çatdırılmalıdır. Cərrahi əməliyyat zamanı onurğa beyin sərt qişasının bərpasının mümkün olmadığı hallarda defekt sahəsi fibrin lövhə, yaxud fassial qatla bərpa edilməlidir. Əməliyyat nahiyəsinə antibiotiklər yeridilməli və yarada rezin çıxarıcılar saxlanılmaqla tikilməlidir.

M.A., 1974-cü il təvəllüdü, 12.06.93-cü il tarixdə saat 16.45 radələrində hospitala sol bazu oynağının çoxsaylı qəlpə yaraları, bazu sümüyünün açıq sınığı, qarının kor qəlpə yarası, IV-V döş fəqərələrinin sınığı, onurğa beyninin zədələnməsi, massiv qanaxma, III dərəcəli travmatik şok diaqnozu ilə daxil olmuşdur (x/t 2350). Güclü xarici və daxili qanaxma əlamətləri olduğu üçün yaralı təcili əməliyyat otağına götürüldü. Fəqərə sütunu nahiyəsindəki yara, qanaxma olduğu üçün tamponada edildi. Mərkəzi venalar kavofikslə kateterizə olundu. Laparotomiya həyata keçirildi, geniş peritonarxası

hematoma aşkar olundu. Sidik təmizdir, böyrəklər tərəfindən patoloji dəyişiklik aşkar edilmədi. Yaralı böyrü üstə çevrildi, onurğa nahiyəsindəki yara genişləndirildi, IV-V döş fəqərələrinin sınımış arxa və köndələn çıxıntılarınun qırıntıları yaradan kənar edildi. Onurğa arteriyasının zədələnmiş şaxəsi sıxıcıya alınıb tikildi, qanaxma saxlanıldı. Onurğa beyni sümük qəlpələrinin çıxarılması və zədələnmiş fəqərə qövsələrinin rezeksiyası hesabına sıxılmadan azad edildi –laminektomiya həyata keçirildi. Onurğa beynində pulsasiya əmələ gəldikdən sonra yara bir daha antiseptik məhlullarla yuyuldu və drenaj olundu. Yara aseptik sarındı. Bədənin digər sahələrindəki yaralar da cərrahi işləndi, bəzi sümüyünün azad dağılmış qəlpələri və həyati qabiliyyəti olmayan nekrotik toxumalar qənaətlə kəsilib götürüldü, sol yuxarı ətraf fiksə olundu. Operativ müdaxilə və ondan sonrakı dövrdə dövrən edən qanın həcmi bərpa olundu, şok əleyhinə müvafiq tədbirlər davam etdirildi. Hemodinamik göstəricilər stabilləşdikdən sonra 16.06.93 tarixdə yaralı ixtisaslaşdırılmış müalicə müəssisəsinə təxliyə olundu.

Zədələnmiş sümük hissələrinin rezeksiyası olduqca ehtiyatla həyata keçirilməlidir. Cərrahi əməliyyat zamanı onurğa beyin və onun kökcükləri zədələnməməlidir. Sərt qişanın tamlığı pozulmamışdırsa, onun açılması müəyyən göstəriş altında olmalıdır. Axırını yalnız subdural hematoma və onurğa beynin sıxılması müşahidə edildikdə açılmalıdır. Əlavə zədələnmələr baş verməsin deyə metal qəlpələr ehtiyatla çıxarılmalıdır. Xüsusilə fəqərə sütunu kanalında yerləşərək onurğa beyninə təzyiq edən sümük qırıqları, qan laxtası və detrit ehtiyatla kənar edilməlidir. Yumşaq toxuma kənara çəkilməli, sümük qırıntıları kəsilib götürülməli, yara diqqətlə yuyulmalı və drenaj edilməlidir. Sərt qişanın tamlığı bərpa olunduqdan sonra epidural sahə tikiməli, yaxud iki ədəd gətirici və aparıcı rezin boru ilə drenaj olunmalıdır.

Fəqərə cisminin sıradan çıxdığı və yad cismin ön epidural sahədə, yaxud fəqərə cisminə yerləşdiyi hallarda, həmçinin iltihabi proseslər zamanı (diskin iltihabında, osteomyelitlərdə və ikincili spondilolistezlərdə) laminektomiya öndən aparılmalıdır. Fəqərə qövsünün, yaxud onun cisminin zədələnmələrində sümük fraqmentləri kənar edildikdən sonra fəqərə sütununun stabilliyi xüsusi paralel metal plastinkalarla (lövhələrlə) təmin olunmalıdır.

Cərrahi əməliyyatdan sonrakı dövrdə ürək və tənəffüs sisteminin fəaliyyətini yaxşılaşdıran dərman preparatlarından istifadə edilməli, yataq yaralarının əmələ gəlməməsi üçün profilaktik tədbirlər həyata keçirilməlidir. Sidik ifrazının uzunmüddətli pozğunluğu zamanı episistostoma qoyulmalı, yaxud sidik kisəsi uzunmüddətli kateterizasiya edilməlidir. (Hər halda birinciyə daha çox üstünlük verilməlidir).

Fəqərələrin onurğa beyni zədələnməsi olmadan baş vermiş sınıqları konservativ yolla müalicə olunmalıdır. Burada sorucu və stimulyedici terapiya tətbiq edilməlidir. Fəqərə sınıqları olmadan baş vermiş onurğa beyni zədələnmələrinin də müalicəsi konservativ yolla aparılmalıdır. Döş və bel fəqərələri cisimlərinin kompression sınıqlarında müalicə konservativ yolla (qoltuqaltı nahiyədən və dabandan dartma üsulu ilə) həyata keçirilməlidir. Xəstələr sərt çarpayı, yaxud xüsusi lövhə üzərində uzadılmalıdırlar. Boyun nahiyəsinin zədələnmələrində isə skelet dartması təpə qabarıqlarından, yaxud almacıq qövsələrindən aparılmalıdır. Bir neçə fəqərənin eyni zamanda kompression sınıqlarında, yaxud oynaq çıxıntılarınun sınıqları ilə müşayiət olunan sınıq və çıxıqlarında operativ müalicəyə üstünlük verilməlidir.

Yaralıların müalicəsinin nəticəsi hərbi həkim ekspertizası ilə başa çatdırılmalıdır. Fəqərələrin sıradan çıxdığı, onurğa beynin tam kəsilməsi və funksiyanın bərpası mümkün olmayan ifliclər zamanı yaralılar hərbi xidmətə tam yararsız hesab olunurlar. Onların sonrakı müalicəsinin mülki xəstəxanalarda davam etdirilməsi məsləhətdir.

Fəqərə sütununun odlu silah yaralanmaları və zədələnmələri daha ağır patologiya olub, əksər hallarda orqanizmin digər nahiyələrinin də zədələnməsi ilə müştərək şəkildə təsadüf edir. Fəqərələrin sınıqları və onurğa beynin zədələnmələri nisbətən ağır gedişə malik olur və əksərən əlilliklə nəticələnir.

Onurğa kanalına keçən zədələnmələr daha ağır zədələnmələr qrupuna daxildir. Bu zaman onurğa beyni ciddi zədələnmələrə məruz qalır. Fəqərə sütunu və onurğa beyni zədələnmələrinin səviyyəsi yuxarı

olduqca zədələnmələr daha ciddi xarakter daşıyır. Fəqərə sütunu və onurğa beyni zədələnmələrinin müalicəsinin nəticəsi yaralanma və zədələnmələrin ağırlıq dərəcəsindən çox asılıdır. Diaqnoz dəri hissiyyatının və hərəkətin müəyyən səviyyələrdə pozulması ilə təyin olunur. Fəqərə sütununun ciddi odlu silah yaralanmaları və zədələnmələri zamanı yaranın cərrahi işlənməsi ixtisaslaşdırılmış yardım mərhələsində neyrocərrah tərəfindən həyata keçirilməlidir. Fəqərə sütununun yaralanmalarının digər zədələnmələrlə müştərəklik təşkil etdiyi hallarda təxirəsalınmaz cərrahi yardım ixtisaslı yardım mərhələsində həyata keçirilməli, bu zaman fəqərə sütunu və onurğa beynin zədələnmələrinin cərrahi işlənməsi neyrocərrahın iştirakı ilə yerinə yetirilməlidir. Müalicənin nəticələri operativ müdaxilənin vaxtında həyata keçirilməsindən daha çox asılıdır. Bütün müalicə tədbirləri yaralı və xəstələrin hərbi-həkim ekspertizası ilə başa çatdırılmalıdır.

SİDİK-CİNSİYYƏT ORQANLARININ ODLU SİLAH YARALANMALARİ VƏ ZƏDƏLƏNMƏLƏRİ

TƏDRİS SUALLARI

24. 1. Sidik cinsiyyət orqanlarının odlu silah yaralanmaları və zədələnmələrinin təsnifatı
24. 2. Sidik-cinsiyyət orqanlarının odlu silah yaralanmaları və zədələnmələrinin klinikası, simptomatologiyası, diaqnostikası və müalicəsinin təşkili
24. 3. Tibbi təxliyə mərhələlərində yardımın həcmi və həyata keçirilməsi qaydaları

24. 1. SİDİK CİNSİYYƏT ORQANLARININ ODLU SİLAH YARALANMALARİ VƏ ZƏDƏLƏNMƏLƏRİNİN TƏSNİFATI

Sidik-cinsiyyət orqanlarının odlu silah yaralanmaları və zədələnmələri haqqında qarın və çanaq yaralanmaları və zədələnmələri bəhsində müəyyən məlumatlar verilmişdir. Bu fəsildə isə həmin biliklərin genişləndirilməsi və sistemləşdirilməsi nəzərdə tutulur. Sidik-cinsiyyət sistemi orqanlarının zədələnməsi ağır yaralanmalara aid olub, orta hesabla bütün zədələnmələrin 1-4%-ni, ağır yaralanmaların 14-15%-ni təşkil edir. Bu yaralanmalar 90-95% halda müstəqil xarakterə malikdir. Yaralanmalar zamanı xarici və daxili qanaxmalar və massiv qanıtırmələr baş verir. 40-45% halda yaralılar hospitala şok vəziyyətində daxil olurlar. Sidiyin ətraf toxumalara yayılması sidik fleqmonası, peritonit, flebotromboz və urosepsislə nəticələnir.

Hərbi xidmətçilər arasında sidik-cinsiyyət orqanlarının zədələnmələri əsasən odlu silah yaralanması və qapalı zədələnmələr şəklində müşahidə olunur. Yaralanmalar güllə, qəlpə, partlayış zədələnmələri, oxvari elementlər və i.a. təsirindən baş verir. Xarakter etibarilə yaralanmalar təcrid olunmuş, müstəqil və çoxsaylı, yara kanalının formasına görə toxunan kor və dəlib keçən formada olur. Sidik-cinsiyyət orqanlarının qapalı zədələnmələri mexaniki zədələnmələr şəklində, yaxud partlayış zədələnmələri zamanı yaralanma ilə bərabər müstəqil zədələnmə şəklində müşahidə olunur. Axırncı halda yaralıların vəziyyəti xüsusilə ağır olur.

24. 2. SİDİK-CİNSİYYƏT ORQANLARININ ODLU SİLAH YARALANMALARİ VƏ ZƏDƏLƏNMƏLƏRİNİN KLİNİKASI, SİMPATOMATOLOGİYASI, DİAQNOSTİKASI VƏ MÜALİCƏSİNİN TƏŞKİLİ

Sidik-cinsiyyət orqanlarının odlu silah yaralanmaları və zədələnmələrinin klinikası özünü ümumi və yerli əlamətlərlə göstərir. Zədələnmənin başlıca əlaməti hematuriyanın olmasıdır. Zədələnmələr zamanı sidikdə qan makro- və mikrohematuriya şəklində müşahidə oluna bilər. Makrohematuriya daha ciddi zədələnmələr üçün xarakterdir. Lakin zədələnmələr zamanı hematuriya ümumiyyətlə müşahidə olunmaya da bilər. Bu, xüsusilə sidik axarı və böyrəyin damar-axar ayaqcığının qırılması hallarında müşahidə olunur.

Bundan əlavə aralıq nahiyəsində hematomalar, cinsi orqanın və xayalıqın hematoması həmçinin sidik-cinsiyyət orqanlarının zədələnməsinin dolayı əlaməti kimi aşkarlana bilər. Hematomalar xüsusilə çanaq sümüklərinin sınıqları zamanı daha çox müşahidə olunur.

Sidik kisəsinin zədələnmələri zamanı da hematuriya aşkarlana bilər. Fərqli cəhətə ondan ibarətdir ki, sidik kisəsi zədələnmələrində sidikdə qanın çoxalması sidik ifrazının axırında artır. Sidik kanalı zədələnmələrində hematuriya sidik ifrazının başlanğıcında çox olur və getdikcə azalır. Böyrək zədələnmələri hallarında isə sidik ifrazının əvvəlində və axırında sidiyin rəngi praktik olaraq dəyişməz qalır. Bu, 3 stəkan sınağı ilə daha asan aşkarlanır. Sidik ifrazının əvvəlində və axırında olan dəyişiklik 3-cü stəkandakı sidikdə daha asan müşahidə olunur.

Qeyd etmək lazımdır ki, sidik-cinsiyyət orqanlarının zədələnmələri, eləcə də böyrək zədələnmələri daxili qanaxma verdiyindən yaralıların vəziyyəti ağır olur, çox vaxt onlar şok vəziyyətində olurlar.

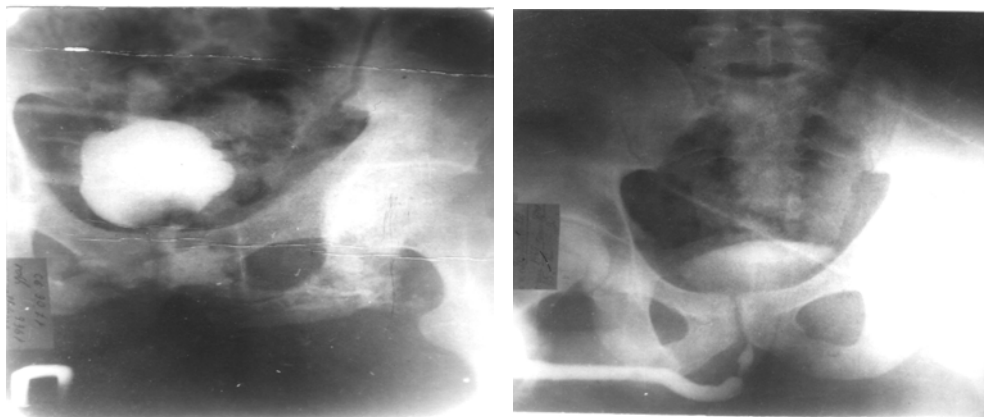
Böyrəklərin və sidik axarlarının zədələnmələri. Böyrəklərin zədələnmələri qapalı və odlular silah yaralanmaları şəklində müşahidə olunur. Zədələnmələr birtərəfli və ikitərəfli ola bilər. Böyrəyin qapalı zədələnməsi əzilmələr və hematoma olmaları şəklində təsadüf edilir.

Odlular silah yaralanmalarında zədələnmiş böyrək dağılmış vəziyyətdə ola bilər. Yaxud orqan zədələnməsi böyrəyin qütbünün, cisminin, onun damar ayaqcığının, ləyən və kasacıq aparatının zədələnməsi şəklində müşahidə oluna bilər. Sidik axarının təklidə zədələnməsi çox nadir halda təsadüf edilir. Yaralanmalar zamanı yara kanalının proyeksiyası, zədə (yara) nahiyəsinin lokalizasiyası diaqnozun dəqiqləşdirilməsi üçün çox şey verə bilər. Yaradan sidiyin xaric olması sidik-ifrazat sistemi orqanlarının zədələnməsinin təkzib olunmaz əlaməti kimi qiymətləndirilməlidir. Zədələnmələrin gec müddətlərində bu, sidik fistulaları və sidik fleqmonasının əmələ gəlməsi şəklində aşkarlanır.

Torakoabdominal yaralanmalar zamanı böyrək zədələnmələrinin əlamətləri qarın, yaxud döş qəfəsi orqanlarının zədələnməsi əlamətləri fonunda aşkarlanır və bu zaman müalicə taktikası yaralanmanın klinik gedişindən asılı olaraq yerinə yetirilməlidir (torakoabdominal yaralanmalar başlığına bax). Böyrəklərin qapalı zədələnmələrində hematuriya ilə bərabər böyrək nahiyəsində hematomanın olması aşkarlanır. Odlular silah yaralanmalarında olduğu kimi qapalı zədələnmələrdə də böyrəyin damar-ləyən ayaqcığının qırılması hallarında hematuriya olmaya bilər.

Böyrək zədələnmələrinin diaqnostikasında zədələnmənin xarakteri və baş verdiyi şərait də nəzərə alınmalıdır. Sidiyin analizi, ultrasəs diaqnostikası və ekskretor uroqrafiyanın aparılmasının böyük diaqnostik əhəmiyyəti vardır. Sidik axarının təklidə zədələnmələri çox az hallarda müşahidə olunur.

Sidik kisəsinin zədələnmələri. Sidik kisəsinin zədələnməsi lokalizasiyasına görə onun zirvəsinin, cisminin dibinin, boynunun zədələnməsi şəklində aşkarlanır. Zədələnmələr formaca əzilmə, partlama, cırılma, deşilmə şəklində müşahidə oluna bilər. Peritona olan münasibətinə görə zədələnmələr (yaralanmalar) ekstraperitoneal və intraperitoneal ola bilər.



Şəkil 24.1 a) Oturaq və qayıq sümüklərinin sınığı nəricəsində çanaq həlqəsinin tamlığı pozulmuşdur. Kontrast maddənin yara kanalından ətraf toxumalara yayılması sidik kisəsinin zədələnməsini göstərir. b) sidik kanalının strikturası qeyd edilir. (Şəxsi təcrübəmizdən) (x/t 2247)

Yaranın sidik kisəsi proyeksiyasına uyğun olması diaqnozun təyini asanlaşdırır. Hematuriyanın olması, tez-tez lüzumsuz sidiyə getmək hissiyyətinin yaranması sidik kisəsinin zədələnməsinin daha çox müşahidə olunan əlamətlərindəndir. 90-95% halda sidik kisəsi yaralanması digər orqanların zədələnməsi ilə müştərək şəkildə müşahidə olunur. Bura çanaq sümüklərinin sınıqları düz bağırsağın və digər qarın boşluğu orqanlarının yaralanmaları aiddir.

Sidik kisəsinin qapalı zədələnmələri də onun yaralanmaları kimi qarın boşluğu orqanları ilə, çanaq sümüklərinin sınıqları və düz bağırsağ zədələnmələri ilə müştərəklik təşkil edir. Çanaq sümüklərinin sınıqları zamanı sidik kisəsi zədələnmələri sınıq fraqmentlərinin təsirindən də baş verə bilər.

Sidik kisəsinin zədələnmələri bəzən hidrodinamik amillərdən də asılı olaraq baş verir. Xüsusilə sidik kisəsinin dolu olduğu hallarda zədələnmələr yüksəkdən yıxılmaqla, yaxud sidik kisəsinə (qarına) birbaşa zərbə nəticəsində (yol-nəqliyyat hadisələrində və ailə-məişət münaqişələrində) baş verə bilər. Bu halda zədələnmələr adətən intraperitoneal xarakterə malik olur. Sidik ifrazının kəsilməsi, hematuriya, tez-tez sidik ifrazı hissiyyatının olması, bu zaman sidik əvəzinə damcı-damcı qanın gəlməsi və qasıqüstü nahiyədə gərginliyin olması sidik kisəsinin intraperitoneal zədələnmələrinin patognomonik əlamətlərindəndir.

Sidik kisəsinin peritondanxaric zədələnmələri zamanı hadisədən bir neçə saat sonra sidik toplaqlarının əmələ gəlməsi ilə əlaqədar qasıqüstü nahiyədə və qasıq nahiyəsində şişkinlik və düz bağırsağın ön divarının sallanması qeyd edilir. Sidik kisəsinin kateterizasiyası zamanı (bu, ixtisaslı yardım mərhələsində diaqnozun dəqiqləşdirilməsi məqsədilə həyata keçirilir) sidik kisəsi boş olur, yaxud az miqdar sidik ifrazı müşahidə olunur. Bəzən isə əksinə, kateterlə sidik kisəsinin həcmindən çox sidik alınır. Bu, zədələnmə nəticəsində qarın boşluğuna yığılmış sidiyin xaric olması ilə əlaqədardır. Xüsusilə yaralının baş tərəfinin qaldırıldığı halda bu əlamət daha aydın müşahidə olunur. Sidikdə qan aşkar olunur. Nəzərə almaq lazımdır ki, hematuriya böyrək zədələnmələri zamanı da müşahidə oluna bilər. Bu, 3 stəkan sınağı ilə dəqiqləşdirilir.

Bundan əlavə sidik kisəsinə yeridilmiş mayenin miqdarı qədər maye alınması qeyri-mümkün olur. Bu məqsədlə sidik kisəsinə 300 ml fizioloji məhlul yeridilməlidir. Daha ətraflı məlumatın əldə edilməsi üçün rentgenoloji müayinə aparılmalıdır. Əvvəlcə qarın boşluğunda sərbəst maye və qazın olmasının, çanaq sümüklərinin sınığı və yad cisimlərin təyini məqsədilə obzor rentgenoqrafiya olunmalıdır. Bundan sonra sidik kisəsinə kateter yeridilməli, sidik kənar edildikdən sonra kisəyə kontrast maye yeridilməli, 2 proyeksiya üzrə rentgenoqrafiya yerinə yetirilməlidir. Kontrast maye kənar edildikdən sonra təkrari rentgenoqrafiya olunmalıdır.

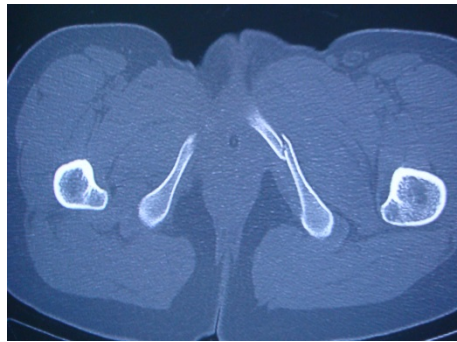
Sidik kisəsinin zədələnmələri zamanı kontrast maye onun hüdudlarından kənara yayılır. Sidik kisəsinin ekstraperitoneal zədələnmələrində isə kontrast mayenin çanağın yumşaq toxumasına yayılması aşkarlanır.

Sidik kanalı və cinsi orqanın zədələnməsi. Sidik kanalının odlu silah yaralanmaları 90% halda düz bağırsağ yaralanması, çanaq sümükləri sınıqları və prostatın zədələnməsi ilə birlikdə təsadüf olunur. Sidik kanalı onun azadi hissəsi, xayalıq, aralıq hissələrində, zarlı hissə və prostat hissəsində zədələnmə bilər. Onun zədələnməsi əzilmə, deşilmə və orqanın partlaması şəklində müşahidə olunur.

Sidik kanalının zədələnməsi zamanı zədə nahiyəsində ağrı, kanaldan qanlı ifrazatın xaric olması, sidik ifrazının kəsilməsi, bəzən onun çətinləşməsi, hematuriya, sidik kisəsi divarının gərginləşməsi, aralıq nahiyəsində şişkinlik müşahidə olunur. Sidik kanalı zədələnmələri çox vaxt şokla, massiv qanıtırmələrlə, sidik toplaqlarının əmələ gəlməsi ilə aşkarlanır. Sonralar zədələnmə ilə əlaqədar sidik fistulaları və uretranın strikturası (daralmaları) əmələ gəlir.



a)



b)

Şəkil 24.2 Yol-nəqliyyat qəzası nəticəsində çanaq zədələnməsi. a) Qasıq nahiyəsinin dərin çapılmış yarası qeyd edilir b) Həmin xəstənin çanağının kompüter tomoqrafiyası, sol qasıq sümüyünün sınığı qeyd edilir (Şəxsi müşahidələrimizdən)

Xarici cinsi orqanın zədələnməsi əzilmə, sıxılma, basılma və yaralanma şəklində müşahidə olunur. Kavernoz cisimlərin zədələnmələri güclü qanaxmalarla nəticələnir. Yaralanmadan bir neçə gün sonra limfa damarlarının tutulması güclü ödemə səbəb olur. Cinsi orqanın sınıqları zamanı qasıqüstü nahiyəyə qədər yayılan hematomalar baş verir. Ağır zədələnmə hallarında sidik kanalının tamliğının pozulması, kanaldan qanın xaric olması və sidik ifrazının kəsilməsi baş verir. Axırncı çox vaxt sidik kanalının qan laxtası ilə tutulması nəticəsində baş verir.



Şəkil 24.3 Aralıq və xarici cinsi orqanın mina-partlayış zədələnməsi (Şəxsi təcrübəmizdən).



a)



b)

Şəkil 24.4 a) Çanaq və aralıq nahiyəsinin yaralanması olan xəstənin xarici cinsiyət orqanlarında zədələnmə qeyd edilir. Sağ xaya zədələnmiş xayalıqdan kənara çıxmışdır b) Xayalığın zədələnməsi, sol xaya kənara çıxmışdır. (Şəxsi təcrübəmizdən).

Xayalığın zədələnməsi. Xayalığın zədələnməsi küt travma və yaralanma şəklində müşahidə olunur. Xayalığın zədələnməsi orqan zədələnməsi ilə (xaya və onun artımı, toxum ciyəsi və i.a.) və onsuz baş verə bilər. Ağır zədələnmə hallarında xayanın qırılması, parçalanması, xayanın çıxığı şəklində aşkarlana bilər. Zədələnmə zamanı xayalığın güclü hematoması baş verir. Hematomalar dərin və səthi ola bilər. Bəzən hematoma xayalıqdan kənar sahələrə də yayılır. Bu, güclü ağrılar verir və xəstənin şok vəziyyətinə düşməsinə səbəb olur. Xayalığın ağır zədələnməsi və yaralanmaları geniş hematomaların, güclü qanaxmaların baş verməsinə səbəb olur. Xayanın açıq və qapalı zədələnmələri bir qada olaraq onun atrofiyası ilə nəticələnir.

24. 3. TİBBİ TƏXLIYƏ MƏRHƏLƏLƏRİNDƏ YARDIMIN HƏCMİ VƏ HƏYATA KEÇİRİLMƏSİ QAYDALARI

İlk- və həkiməqədərki tibbi yardım. Bunun məzmunu qanaxmanın saxlanması məqsədilə basıcı sarğılardan qoyulmasından, şok əleyhinə tədbirlərin yerinə yetirilməsindən və antibiotiklərin (peroral) qəbulundan, ağrı kəsicilərin yeridilməsindən və yaralıların döyüş zonasından çıxarılmasından ibarətdir. Yaralar aseptik sarınmalı, qanaxmanın müvəqqəti saxlanması məqsədilə zədə nahiyəsinə basıcı sarğılar qoyulmalıdır.

İlk həkim yardımı. Bu, məzmunca sarğılara düzəlişlərin aparılması, yaxud onların dəyişdirilməsi, qanaxmanın müvəqqəti saxlanması, şok əleyhinə tədbirlərin yerinə yetirilməsi, yaralıya antibiotiklərin, ürək dərmanlarının və profilaktik zərdablardan yeridilməsindən ibarətdir. Sidik kisəsinin kateterizasiyası yerinə yetirilməlidir. Kəsənin həddən artıq dolduğu hallarda (sidiyin kəskin ləngiməsi zamanı) sidik kisəsi punksiya olunmalı, davamedən qanaxmalar damarın yarada tikilməsi yolu ilə saxlanılmalı, yaralıya infuzion və ehtiyac olduqda transfuzion terapiya həyata keçirilməlidir. Ağır yaralıların növbəti təxliyə mərhələsinə uzanmış vəziyyətdə təxliyə olunmalıdır.

İxtisaslı cərrahi yardım mərhələsi. Daxili qanaxması və profuz hematuriyası olan yaralıları təcili olaraq cərrahi əməliyyat otağına verilməlidir. II-III dərəcəli şok vəziyyətində olan yaralıya şok əleyhinə müalicə həyata keçirilməlidir. Böyrəklərin yaralanmaları və qapalı zədələnmələri əksərən müştərək xarakterə malik olduğundan orta laparotom kəsikdən istifadə edilməlidir. Bu zaman qarın boşluğunun təftişi daha asan aparılır. Lumbotom kəsiklə cərrahi əməliyyat diaqnozun dəqiqliyinə şübhə olmadığı istisna hallarda yerinə yetirilməlidir(!).

Böyrəyin dağılmış yaralanmaları, damar ayaqcığı və ləyən-kasacıq aparatının ciddi yaralanmaları nefrektomiyaya göstərişdir. Nefrektomiyanın aparılmasından əvvəl digər böyrəyin funksiyası yoxlanılmalıdır(!). Bu məqsədlə venaya 0,4%-li 5 ml indiqokarmin məhlulu yeridilməli və sağlam böyrəyin funksiyası yoxlanılmalıdır. Müayinə zamanı yaralanmış böyrəyin axacağı sıxılmalı və sidiyin rənginə nəzarət olunmalıdır.

Böyrək qütblərinin yaralanmaları zamanı onun rezeksiyası, səthi yaralanmaları zamanı yaranın travmatik saplarla tikilməsi daha məqsədəuyğundur. Böyrəyin saxlanması ilə başa çatdırılan cərrahi əməliyyatlarda nefrostomiyanın qoyulması vacibdir. Böyrəyin yarasının işlənilməsi zamanı böyrək toxuması qənaətlə kəsilib götürülməli, yad cisimlər və qan laxtaları kənar edilməli, zədələnmiş damarlar bağlanılmalı, yaxud tikilməlidir. Böyrəyin rezeksiyasının liqatur üsulu ilə həyata keçirilməsi daha məqsədəuyğundur. Operativ müdaxilə başa çatdırıldıqdan sonra peritonarxası sahə drenaj olunmalıdır.

Sidik axarının izolə şəkilli zədələnməsi zamanı defekt sahəsi polixlorvinil borunun üzərində tikilməli və borunun ucu böyrək ləyənindən və parenximasından keçməklə bel nahiyəsindən kənara çıxarılmalıdır (nefrostoma qoyulmalıdır). Əlavə olaraq paranefral və sidik axarı ətrafı sahələr də drenaj olunmalıdır. Sidik axarının daha geniş zədələnməsi hallarında (sidik axarının 5 sm-dən artıq defektləri zamanı) axarın proksimal hissəsi drenaj olunmalı və bel nahiyəsindən kənara çıxarılmalıdır. Reflüks əmələ gəlməsinin qarşısının alınması məqsədilə sidik axarının distal hissəsi sidik kisəsinə yaxın hissədən liqaturaya alınmalıdır. Sidik axarı üzərində rekonstruktiv cərrahi əməliyyatlar yalnız xüsusi ixtisaslaşdırılmış klinikalarda yerinə yetirilməlidir.

Sidik kisəsinin bütün yaralanmalarında müalicə operativ yolla yerinə yetirilməlidir. Davamedən qanaxması və şok vəziyyətində olan yaralıları təcili əməliyyat otağına verilməli, bu zaman şok əleyhinə tədbirlər cərrahi əməliyyat otağında yerinə yetirilməlidir. Sidik kisəsinin peritondaxili yaralanmalarında yaralıya laparotomiya olunmalı, yara daxili qişanın götürülməməsi şərtlə ikiqat tikilməli, cərrahi əməliyyat epistostomanın qoyulması ilə başa çatdırılmalıdır. Epistostomik borunun mənfəzi kifayət qədər geniş olmalıdır. Sidik kisəsi ətrafı (paravezikal sahə) drenaj olunmalıdır. Sidik kisəsinin ekstrapitoneal zədələnmələrində kəsənin yaraları imkan daxilində (ketqut saplarla) tikilməlidir. Sidik kisəsinin boynu və dibinin zədələnmələrində yara daxildən (selik qişasından keçməklə) ketqutla tikilməli, paravezikal sahə drenaj olunmalıdır. Bu məqsədlə xəstə arxası üstə dizləri bükülmüş və qıçları aralanmış vəziyyətdə uzadılmalı, budun ön-icəri tərəfində bud büküşü nahiyəsində ona paralel və 2 sm proksimal hissədə 8-9 sm uzunluqda qövsvəri kəsik aparılmalı, budun yaxınlaşdırıcı əzələlərini aralamaqla qapayıcı dəliyə çatmalı, qasıq büküşünün enən şaxəsi boyunca xarici qapayıcı əzələ açılmalı, əzələ lifləri kornsanqla aralandıqdan sonra işiorektal sahə drenaj olunmalıdır. Paravezikal sahənin drenajı təkcə sidik topluqlarının qarşısının alınmasından ibarət olmayıb, eyni zamanda tromboflebitlərin və digər iltihabi fəsadlaşmaların qarşısının alınması məqsədilə yerinə yetirilir. Cərrahi əməliyyat epistostomanın

qoyulması ilə başa çatdırılmalıdır. Sidik kisəsinin qapalı zədələnmələri zamanı da operativ müdaxilə yuxarıda qeyd edilmiş qaydada yerinə yetirilməlidir.

Sidik kanalının zədələnmələri zamanı şok əleyhinə tədbirlər davam etdirilməli, troakar episistostoması qoyulmalı, yara cərrahi işlənilməli, hematoma sahəsi və sidik toplaqları drenaj olunmalıdır. Arxa uretranın zədələnməsi hallarında paravezikal sahə Buyalski–Mak-Uorter, yaxud Kupriyanov üsulu ilə drenaj olunmalıdır. Bu mərhələdə uretraya birincili tikişlərin qoyulmasına yol verilməməlidir. Uretranın plastikası yalnız iltihabi əlamətlər sorulduqdan və qranulyasiya toxuması əmələ gəldikdən sonra müalicənin son mərhələsində yerinə yetirilməlidir. Həmçinin uretranın zədələnməsi zamanı onun kateterizasiyasına da yol verilməməlidir. Sidik kisəsinə kateter salınmazdan əvvəl aralığın, qasıq nahiyəsinin və sağrının vizual və palpator müayinəsini aparılmalı, şübhəli hallarda çanaq sümüklərinin sınığının dəqiqləşdirilməsi məqsədilə rektal müayinə həyata keçirilməlidir.

Sidik kanalının qapalı zədələnmələrində konservativ tədbirlərə üstünlük verilməlidir. Sidik ifrazının çətinləşdiyi hallarda sidik kisəsinin qasıqüstü punksiyası, yaxud troakar episistostomasının qoyulması vacibdir. Sidik kanalının tam partlaması, yaxud onun sirkulyar zədələnməsi cərrahi yolla müalicə olunmalıdır.

Cinsi orqan və xayaların zədələndiyi hallarda yaralar birincili cərrahi işlənilməli, bu zaman toxumaların kəsilib-götürülməsi qənaətlə aparılmalı, yalnız həyati qabiliyyəti olmayan toxumalar kəsilib atılmalı və qanaxma tam saxlanılmalıdır. Xayalığın sıradan çıxdığı hallarda, məsələn mina partlayış zədələnmələrində, xayalar budun dərisi altına keçirilməlidir. Xayaların kəsilib-götürülməsi yalnız toxum ciyəsinin qırılması hallarında, yaxud xayanın tam əzilməsi (sıradan çıxması) hallarında yerinə yetirilməlidir. Xayaların çoxsaylı yaralanmaları (partlaması) zamanı onun fraqmentləri antibiotik əlavə edilmiş 0,25%-li novokain (lidnokain) məhlulu ilə yuyulmalı və seyrək ketqut tikişlərlə fiksə olunmalıdır. Cərrahi əməliyyat yaranın drenajı ilə başa çatdırılmalıdır.

Xayalığın qapalı zədələnmələrində xayanın zədələnməsi olmadığı halda konservativ müalicə davam etdirilməlidir. Xayalığın dərin hematomaları boşaldılmalı və drenaj olunmalıdır.

Cinsi orqanın zədələnmələri zamanı ixtisaslı yardımın məzmunu yaraların birincili cərrahi işlənilməsindən, qanaxmanın tam saxlanması və həyati qabiliyyəti olmayan toxumaların qənaətlə kəsilib götürülməsindən ibarətdir. Toxumalar antibiotiklərlə infiltrasiya olunmalıdır. Cırılmış yaralanmalar zamanı parçalanmış toxumalar tikişlərlə alınmalı, zədələnmiş kavernoza cisimin tamlığı bərpa olunmalıdır. Yaraların cərrahi işlənilməsi zamanı ağıl qısa tikişə götürülməli, tikişlər orqanın boylama istiqamətində qoyulmalıdır. Sidik kanalının yanaşı zədələnməsi hallarında episistostoma qoyulmalıdır.

İxtisaslaşdırılmış cərrahi (uroloji) yardım mərhələsi). Bu mərhələdə yaralılar fizikal və instrumental müayinədən keçirilməli, yardım tam həcmdə yerinə yetirilməlidir. Xəstələr hərtərəfli uroloji müayinə olunmalı, qalxan infeksiyaya qarşı müalicə və profilaktik tədbirlər yerinə yetirilməli, abscesslər, fleqmonalar, osteomielitlər, fistula və digər fəsadlaşmaların nəticələri aradan qaldırılmalı, funksiyanın bərpasından sonra episistostoma ləğv edilməli, lazım gəldikdə rekonstruktiv cərrahi əməliyyatlar yerinə yetirilməlidir.

Sidik-cinsiyyət orqanlarının odlu silah yaralanmaları və zədələnmələri hərbi xidmətçilər arasında bütün zədələnmələrin orta hesabla 1-4%-nə, ağır yaralanmaların 14-15%-nə% bərabərdir. Sidik-cinsiyyət orqanlarının yaralanmaları əsasən ağır zədələnmələrə aiddir. Əksər hallarda bunlar digər orqan və sistemlərin zədələnmələri ilə müştərək şəkildə rast gəlinir. Yaralıların əksəri hospitala xarici və daxili qanaxma ilə və şok vəziyyətində daxil olur.

Digər zədələnmələrdə olduğu kimi, sidik-cinsiyyət orqanlarının zədələnmələrində də yaralılara ilk və həkiməqədərki tibbi yardımın məzmunu şok əleyhinə tədbirlərin yerinə yetirilməsi və qanaxmanın müvəqqəti saxlanmasıdır. Ağır yaralılar döyüş zonasından ilk növbədə çıxarılmalıdır.

İlk həkim yardımında ağır yaralılara infuzion, lazım gəldikdə transfuzion terapiya aparılmalı, yaralılara ağırkəsicilər, antibiotiklər, tetanus əleyhinə anatoksin yeridilməli, sidik ifrazının çətinləşdiyi hallarda sidik kisəsi kateterizasiya olunmalı, yaxud qasıqüstü punksiya yerinə yetirilməlidir. Yaralıların vəziyyətindən və döyüş şəraitindən asılı olaraq, onlar ixtisaslı və ixtisaslaşdırılmış yardım mərhələlərinə təxliyə olunmalıdırlar.

İxtisaslı cərrahi yardım yaralıların çeşidlənməsindən başlanılmalı, ağır yaralılara yardım ilk növbədə həyata keçirilməlidir. Daxili qanaxması olan yaralılar əməliyyat otağına ilk növbədə verilməli, ağır şok vəziyyətində olan yaralılara şok əleyhinə kompleks müalicə tətbiq edilməli, şokdan çıxdıqdan sonra onlar cərrahi əməliyyat otağına ikinci növbədə verilməlidir. Qanaxmanın şokla birlikdə müşahidə olunduğu hallarda da yaralılar əməliyyat otağına ilk növbədə verilməli, onlara şok əleyhinə tədbirlər cərrahi əməliyyatla eyni müddətdə həyata keçirilməlidir.

Daxili orqanların zədələnmələri zamanı orta laparotom kəsikdən istifadə olunmalı, böyrəyin dağılmış yaralanmalarında, eləcə də onun damar ayaqcığının və sidik axarının ciddi zədələnmələrində nefrektomiya olunmalı, orqanın səthi zədələnmələri (yaraları) atravmatik saplarla tikilməlidir. Qütblərin zədələnmələri zamanı orqan rezeksiya olunmalıdır. Orqanın saxlanması ilə həyata keçirilən bütün hallarda nefrostoma qoyulmalıdır. Əməliyyatın axırında peritonun arxa divarının tamlığı bərpa olunmalı, retroperitoneal səhə drenaj olunmalıdır. Hər bir əməliyyat qarın boşluğunun drenajı ilə başa çatdırılmalıdır.

Sidik axarının zədələnmələrində zədə nahiyəsi polixlorvinil kateteri (borusu) üzərində tikilməli, sidik axarının defektinin böyük olduğu hallarda axarın proksimal hissəsi drenaj olunmalı və axırncı peritonarxası sahədən kənara çıxarılmalıdır. Axarın distal hissəsi reflüks əmələ gəlməməsi məqsədilə sidik kisəsinə yaxın sahədən liqaturaya alınmalıdır.

Sidik kisəsinin intraperitoneal zədələnmələrində laparotomiya olunmalı, defekt nahiyəsi tikilməli, cərrahi əməliyyat epistostomanın qoyulması ilə başa çatdırılmalıdır. Kisənin ekstraperitoneal zədələnmələrində paravezikal sahə drenaj olunmalı, həmçinin əməliyyat epistostomanın qoyulması ilə başa çatdırılmalıdır.

Sidik kanalının zədələnmələri zamanı kanala kateter yeridilməsindən çəkinmək lazımdır. Sidik kisəsi drenaj olunmalıdır (epistostoma qoyulmalıdır). Cinsi orqanın, xayalığın, eləcə də xayaların və toxum ciyəsinin zədələnməsi hallarında zədələnmiş toxumaların cərrahi işlənməsi qənaətlə aparılmalı, yalnız həyati qabiliyyəti olmayan toxumalar kəsilib götürülməlidir.

Vəziyyətdən çıxmış yaralılar arxa hospitalara təxliyə olunmalı, burada yardım tam həcmdə yerinə yetirilməli, göstəriş əsasında rekonstruktiv cərrahi əməliyyatlar həyata keçirilməlidir. İxtisaslaşdırılmış yardım yaralıların hərbi həkim ekspertizası ilə başa çatdırılmalıdır.

QADIN CİNSİ ORQANLARININ ODLU SİLAH YARALANMALARI VƏ ZƏDƏLƏNMƏLƏRİ

TƏDRİS SUALLARI

- 25.1. Qadın cinsi orqanlarının yaralanmaları və zədələnmələrinə aid təsnifat. Düzgün diaqnozun əsaslandırılması
- 25.2. Qadın cinsiyyət orqanlarının təcrid olunmuş zədələnmələri
- 25.3. Qadın cinsiyyət orqanlarının digər daxili orqanlarla müştərək zədələnmələri
- 25.4. Qadın cinsi orqanlarının zədələnmələrinin klinikası, simptomatologiyası, diaqnostikası və müalicənin təşkili
- 25.5. Tibbi təxliyə mərhələlərində yardımın həyata keçirilməsi qaydaları və onun həcmi

25. 1. QADIN CİNSİ ORQANLARININ YARALANMALARI VƏ ZƏDƏLƏNMƏLƏRİNƏ AİD TƏSNİFAT. DÜZGÜN DİAQNOZUN ƏSASLANDIRILMASI

Dünyanın əksər ölkələrində qadınlar hərbi xidmətə çağırılmasalar da, silahlı qüvvələrin müəyyən xidmət sahələrində, məsələn, tibb xidmətində, rabitə sistemində, eləcə də iaşə xidmətində qadınların rolu əvəzənməzdir. Bilavasitə döyüşlə əlaqədar olmasa da, müəyyən hallarda qadın hərbi xidmətçilər arasında, yaxud hərbi xidmətçilərin ailə orqanları arasında hərbi yaralanmalar, yol nəqliyyat hadisələri və məişət məsələləri ilə əlaqədar yaralanma və zədələnmələr istisna olunmur. Tibb xidmətində qadınların rolu əvəzənməzdir. Tarixə nəzər salsaq, hələ amerikan vətəndaş müharibəsində Klara Barton, Krım müharibəsində məşhur tibb bacısı N.İ.Piroqovun yaxın köməkçisi Darya bunlara misal ola bilər. Qarabağ müharibəsində də onlarla belə qadınlarımız tibb sahəsində və digər hərbi xidmət sahələrində fədakarlıq göstərmişlər. Bunlardan həkim-cərrah Mətanət Abbasovanı və tibb bacımız Məleykə xanımı misal göstərmək olar.

Orqanizmin bütün nahiyələrində: baş, boyun, döş qəfəsi, qarın və ətraf zədələnmələrində yardım və müalicə prinsipi eyni olsa da, çanaq zədələnmələrində və yaralanmalarında qadın cinsi orqanlarının zədələnmələri ilə əlaqədar yaralıların müayinəsi və müalicə taktikası spesifiklik təşkil edir. Buna görə də qadınlarda cinsi orqanların yaralanması və zədələnməsi haqqında xüsusi olaraq qeyd edilməsi vacibdir.

Qadınlarda cinsi orqanların zədələnmələri əksərən çanaq və çanaq orqanlarının zədələnmələri ilə birlikdə müşahidə olunur. Çox vaxt zədələnmələrə qarın boşluğu orqanları da cəlb olunur. Beləliklə, qadınlarda cinsi orqanların zədələnmələri təklikdə, yaxud digər orqanların zədələnmələri ilə müştərək

şəkildə müşahidə oluna bilər. Zədələnmələr açıq və qapalı olur. Qapalı zədələnmələrə küt travmalar aiddir. Açıq zədələnmələr soyuq və odlu silah yaralanmaları şəklində təsadüf olunur. Bundan əlavə mexaniki amillərin təsirindən də zədələnmələr partlama, cırılma, əzilmə, deşilmə və s. şəklində müşahidə oluna bilər.

Ağırliq dərəcəsinə görə yaralanmalar yüngül, orta ağırliqlı və ağır halda təsadüf olunur. Yaralanmaların xarakterindən və genişliyindən asılı olaraq, xarici və daxili qanaxmalar aşkar olunur. Yüngül zədələnmələrə xarici cinsi orqanın və uşaqlıq yolunun səthi zədələnmələri aiddir. Orta ağırliqlı zədələnmələrə xarici cinsi orqanın geniş və uşaqlıq yolunun adi zədələnmələri, ağır zədələnmələrə isə daxili cinsi orqanların zədələnmələri daxildir. Digər orqanların da müştərək zədələnmələri, sınıqların baş verməsi və hamiləliyin olması yaralıların vəziyyətinin ağırlaşmasına və proqnozun pisləşməsinə gətirib çıxarır.

Qadın cinsiyyət orqanlarının zədələnmələri klassik hərbi təbabətdə lazımınca şərh edilmədiyindən bu zədələnmələri əks etdirən vahid bir təsnifat yox dərəcəsinədir. Lakin yaralanmanın xarakterinin təyin edilməsi və müalicənin lazımınca təşkili və düzgün həyata keçirilməsi üçün belə bir təsnifatın verilməsi vacibdir. Qadın cinsi orqanlarının zədələnmələri yaralanmalar və küt travmalar şəklində rast gəlinir. Bunlar da öz növbəsində xarici və daxili cinsiyyət orqanlarının zədələnmələri şəklində müşahidə olunur. Bir sıra hallarda həm xarici, həm də daxili cinsi orqanların zədələnmələri birlikdə təsadüf edilir. Zədələnmələr digər boşluq orqanları ilə müştərək şəkildə də təsadüf olunur.

Qadın cinsiyyət orqanlarının yaralanmaları odlu silah yaralanmaları, soyuq silah yaralanmaları və digər səbəbli yaralanmalar şəklində müşahidə olunur. Odlu silah yaralanmaları adi yaralanmalardan onun daha ağır gedişə malik olması ilə fərqlənir.

Yaralanmalar yalnız xarici, yaxud daxili cinsi orqanların zədələnməsi şəklində, yaxud da həm xarici və həm də daxili cinsi orqanların zədələnmələri şəklində müşahidə oluna bilər. Axırncı odlu silah yaralanmaları zamanı daha çox təsadüf edilir. Bunlar odlu silahın daha yüksək energetik qabiliyyətə malik olması ilə əlaqədardır. Bu zaman hətta yara kanalının daxil keçmədiyi hallarda belə, daxili orqanların zədələnməsi mümkündür. Yaralanmalar təcrid olunmuş şəkildə, çoxsaylı, müştərək və kombinə şəklində rast gələ bilər. Təcrid olunmuş yaralanmalar soyuq silah yaralanmalarına daha çox xasdır. Bu, bəzən məişət xarakterli olur. Müəyyən situasiyalardan asılı olaraq, yaralanmalar termik zədələnmələrlə kombinə şəklində də müşahidə oluna bilər. Nəticə etibarilə yaralanmalar donmalarla və yanıqlarla birlikdə rast gəlir. Bu, qarşılıqlı ağırlaşma sindromunun meydana çıxmasına səbəb olur.

Formaca yaralar deşilmiş, kəsilmiş, çapılmış, cırılmış, partlamış, parçalanmış formada təsadüf edilə bilər. Kəsilmiş və çapılmış yaralar soyuq silah yaralanmalarına, cırılmış, partlamış və parçalanmış yaralar isə mexaniki zədələnmələrə, məsələn, yol-nəqliyyat hadisələrinə daha çox xasdır.

Digər nahiyələrin zədələnmələrində olduğu kimi, qadın cinsi orqanlarının zədələnmələri də yara kanalının formasına görə toxunan istiqamətli, kor və dəlib-keçən şəkildə təsadüf edilir. Bundan əlavə çanaq zədələnmələri zamanı, xüsusilə müasir qeyri-stabil odlu silahların tətbiqi ilə əlaqədar olaraq, müəyyən hallarda bunlar dəlib-qaydan –sərpən (rikoşet) xarakterli olur; güllə daxil olduğu nahiyədən də kənara çıxır. Bu çanağın sferik səthə malik olması ilə əlaqədardır.

Biz qadın cinsi orqanlarının yaralanmalarına aid təsnifatın aşağıdakı şəkildə verilməsini daha münasib bilirik:

QADIN CİNSİ ORQANLARININ YARALANMALARININ TƏSNİFATI

YARALANMANIN MƏNŞƏYİNƏ GÖRƏ:

- a) Odlu silah yaralanmaları,
- b) Soyucu silah yaralanmaları,
- c) Digər səbəbli yaralanmalar.

YARALANMANIN LOKALİZASİYASINA GÖRƏ:

- a) Xarici cinsi orqanın zədələnməsi,
- b) Daxili cinsi orqanların zədələnməsi,
- c) Cinsi orqanların total zədələnməsi.

YARALANMANIN XARAKTERİNƏ GÖRƏ:

- a) Təcrid olunmuş,
- b) Çoxsaylı,
- c) Müştərək,
- d) Kombinə olunmuş.

YARALANMANIN AĞIRLIQ DƏRƏCƏSİNƏ GÖRƏ:

- a) Yüngül yaralanmalar,
- b) Orta ağırlıqlı yaralanmalar,
- c) Ağır yaralanmalar.

YARANIN FORMASINA GÖRƏ

- a) Deşilmiş,
- b) Kəsilmiş,
- c) Çapılmış
- d) Cırılmış,
- e) Partlamış,
- ə) Parçalanmış.

YARA KANALININ FORMASINA GÖRƏ:

- a) Toxunan,
- b) Dəlib-keçən,
- c) Kor,
- d) Sərpən (dəlib-qayıdan)

BOŞLUQLARA OLAN MÜNASİBƏTİNƏ GÖRƏ:

- a) Daxilə keçən,
- b) Daxilə keçməyən.

Yaralanmalardan fərqli olaraq qadın cinsiyyət orqanlarının travmaları əksər halda mexaniki zədələnmələrlə əlaqədar olaraq baş verir. Burada da zədələnmələr odlu silah yaralanmalarında olduğu kimi təcrid olunmuş və müştərək şəkildə müşahidə olunur. Travmalar zamanı zədələnin kombinə şəkildə müşahidə olunması ehtimalı daha azdır və bunun müalicədə praktik əhəmiyyəti demək olar ki yoxdur.

Qadın xarici cinsi orqanının təcridolunmuş zədələnməsi əsasən adi məişət zədələnmələrində, yol-nəqliyyat hadisələri zamanı təsadüf olunur. Zədələnmə müxtəlif şəkili hematomalar, səthi, yaxud dərin zədələnmə, qanaxmanın müşahidə olunması şəkli də baş verir. Zədələnmələr çanaq sümüklərinin sınıqları və uşaqlıq yolunun zədələnməsi halında, dəri zədələnmələri toxumaların partlaması, cırılması və parçalanması şəkli də müşahidə oluna bilər. Uşaqlığın zədələnməsi adətən çox ağır hallarda (məsələn, yol-nəqliyyat hadisələri, yaxud mina partlayışı zamanı) digər zədələnmələrlə müştərək şəkli də təsadüf edilir. Daxili cinsi orqanın təcridolunmuş zədələnməsi əksərən hamilə qadınlarda müşahidə olunur və bunun diaqnostikası bir o qədər çətinlik törətmir.

Qadın cinsiyyət orqanlarının (qapalı və açıq) zədələnmələrindən bəhs edən təsnifatın aşağıdakı şəkli də verilməsini daha münasib hesab edirik:

QADIN CİNSİ ORQANLARI ZƏDƏLƏNMƏLƏRİNİN TƏSNİFATI

ZƏDƏLƏNMƏNİN LOKALİZASIYASINA GÖRƏ:

- a) Xarici cinsi orqanın zədələnməsi,
- b) Daxili cinsi orqanların zədələnməsi,
- c) Cinsi orqanların total zədələnməsi.

ZƏDƏLƏNMƏNİN XARAKTERİNƏ GÖRƏ:

- a) Təcridolunmuş zədələnmə,
- b) Müştərək zədələnmə,
- c) Kombinəolunmuş zədələnmə.

ZƏDƏLƏNMƏNİN AĞIRLIQ DƏRƏCƏSİNƏ GÖRƏ:

- a) Yüngül zədələnmə,
- b) Orta ağırlıqlı zədələnmə,
- c) Ağır zədələnmə.

ZƏDƏNİN TİPİNƏ GÖRƏ:

- A) Qapalı zədələnmə
 - a) Əzilmə,
 - b) Hematoma (yerli və yayılmış).
- B) Açıq zədələnmə
 - a) Sıyrılma,
 - b) Cırılma,
 - c) Partlama,
 - d) Parçalanma,
 - e) Dağılma.

Göründüyü kimi, qadın-cinsiyət orqanlarının yaralanmaları, qapalı və açıq zədələnmələrinə dair təsnifat eyni zamanda düzgün diaqnozun tərtibatına və müalicə-təxliyə tədbirlərinin lazımınca və vaxtında həyata keçirilməsinə imkan verir.

Məsələn: 1. Çanağın odlu silah yaralanması, xarici cinsi orqanın böyük dodoğının və uşaqlıq yolunu dəlib keçən güllə yaralanması, daxili və xarici qanaxma, II dərəcəli travmatik şok.

2. Çanağın ağır mina-partlayış zədələnməsi, uşaqlıq yolunun, uşaqlığın, nazik bağırsağın və qara ciyərin dəlib-keçən qəlpə yaralanması, daxili qanaxma, III dərəcəli travmatik şok.

3. Ağır yol-nəqliyyat hadisəsi. Kəllə-beyin zədələnməsi, kəllə əsasının sınığı, kəllədaxili qansızma. Qarının və çanağın küt zədələnməsi. Xarici cinsi orqanın qapalı zədələnməsi, xarici cinsi orqanın və aralığın geniş hematoması, sağ qasıq sümüyünün horizontal şaxəsinin qapalı sınığı, III dərəcəli travmatik şok.

25. 2. QADIN CİNSİYYƏT ORQANLARININ TƏCRİDOLUNMUŞ ZƏDƏLƏNMƏLƏRİ

Bura xarici cinsiyət orqanlarının yaralanmaları və zədələnmələri, daxili cinsiyət orqanlarının yaralanmaları və zədələnmələri həm xarici və həm də daxili cinsiyət orqanlarının birlikdə yaralanmaları və zədələnmələri daxildir.

Xarici cinsiyət orqanının zədələnmələri (qasıq dağcığı, böyük və kiçik cinsi dodaqlar, klitor, uşaqlıq yolu dəhlizi, qızlıq pərdəsi və aralıq) adətən birbaşa zərbə nəticəsində baş verir. Bütün zədələnmələrin orta hesabla 3/4 hissəsi yaralanma, 1/4 hissəsi qapalı zədələnmə şəklində müşahidə olunur.

Xarici cinsiyət orqanının zədələnmələrində 30% halda qanaxma və hematomalar müşahidə edilir. Venoz kəlləflərin və klitorun kavernoz hissəsinin, habelə aralığın yaralanmalarında qanaxmalar daha güclü olur. Hematomanın yayılma sahəsindən və itirilmiş qanın həcmindən asılı olaraq, ağrı və kəskin qanıtirmənin klinik əlamətləri müşahidə olunur. Sidik ifrazı çətinləşir və gücənmə aktı baş verir. 15% halda hematomaların irinləməsi nəticəsində ağrıların artması, hərarətin yüksəlməsi və xəstələrin ümumi vəziyyətlərinin ağırlaşması müşahidə olunur.

25. 3. QADIN CİNSİYYƏT ORQANLARININ DİGƏR DAXİLİ ORQANLARLA MÜŞTƏRƏK ZƏDƏLƏNMƏLƏRİ

Qadın cinsiyət orqanlarının digər qarın və çanaq orqanları ilə birgə zədələnmələri 20-25% hallarda müşahidə edilir. Bunlar ağır yaralanmalar qrupuna daxil olub, travmatik şok və kəskin qanıtirmələrlə müşayiətlənir. Yaralanma və zədələnmələrin klinikası qarşılıqlı ağırlaşma sindromunun baş verməsi ilə xarakterizə olunur. İlk növbədə hipovolemiya və qanaxmalar fonunda meydana çıxan travmatik şok, sonrakı mərhələlərdə dərin intoksikasiya nəticəsində poliorqan çatmamazlıq, respirator distress sindrom, qara ciyər və qara ciyər-böyrək çatmamazlığı ilə müşayiətlənir.

Zədələnmələrin sidik-ifrazat sistemi orqanları ilə müştərəklik təşkil etdiyi hallarda zədə nahiyəsinin genişliyindən asılı olaraq, sidiyin qarın boşluğuna yayılması, yaxud onun uşaqlıq yolundan xaric olması aşkarlanır. Bu zaman sidik kisəsi və sidik kanalı ilə uşaqlıq yolu, yaxud uşaqlığın boynu arasında fistula əmələ gəlir.

Uşaqlıq yolunun arxa divarının, aralığın və düz bağırsağın zədələnmələrində rektovaginal fistulalar əmələ gəlir. Uşaqlıq yolundan duru nəcis və qaz xaric olur. Cinsi orqanların zədələnmələrinin bağırsaqların deşilməsi ilə birlikdə təsadüf olduğu hallarda peritonit əlamətləri baş verir və bütün bunlar klinikoinstrumental müayinə üsulları əsasında təyin edilir.

25. 4. QADIN CİNSİ ORQANLARININ ZƏDƏLƏNMƏLƏRİNİN KLİNİKASI, SİMPATOMATOLOGİYASI VƏ DİAQNOSTİKASI

Qadın cinsi orqanlarınınin zədələnmələrinin diaqnozu zədələnmənin xarakterindən asılı olaraq obyektiv müayinələr əsasında təyin edilir. Xarici cinsiyyət orqanlarının müayinəsi zamanı yaralanmanın lokalizasiyası, qanaxmanın intensivliyi və hematomanın genişliyi aşkarlanır. Hematomalar çox vaxt birtərəfli, bəzi hallarda ikitərəfli şəkildə müşahidə oluna bilər. Hematomanın hüdudları bəzən daha geniş olub, ətraf toxumalara da yayılır. Bunun palpator, vaginal və rektal müayinələr əsasında təyin olunması bir o qədər çətinlik törətmir.

Daxili cinsiyyət orqanlarının (uşaqlıq yolu, uşaqlıq, uşaqlıq boruları və yumurtalıqlar) zədələnməsi bütün cinsiyyət orqanları zədələnmələrinin orta hesabla 55-60%-ni təşkil edir. Uşaqlıq yolu divarının deşilməsi (partlaması) adətən qanaxmalarla müşayiətlənir. Bu zaman hematomalar az təsadüf edir. Zədələnmələr çox vaxt uşaqlıq yolunun arxa, yaxud yan divarlarını əhatə edir. Uşaqlıq yolunun hematoması xarici cinsiyyət orqanlarına, yaxud aralıq toxumasına yayıla bilər. Hematomanın artması basıçı ağrılar verir. Ciddi xarici qanaxma baş vermədiyi hallarda da hematomanın hesabına anemiya inkişaf edir. Zədələnmənin xarakteri, lokalizasiyası, onun yayılma dərəcəsi və dərinliyi, eləcə də hematomanın böyüklüyü anamnestic məlumatlardan əlavə, vaginal və rekto-vaginal müayinələr əsasında təyin edilir. Vaginal güzgünün köməyi ilə uşaqlıq yolunun divarı və tağı nəzərdən keçirilir. Bu zaman ilk növbədə uşaqlıq yolunu dəlib keçən zədələnmələr, peritonun, sidik kisəsinin və düz bağırsağın zədələnmələri dəqiqləşdirilməlidir.

Hamiləliyin olmadığı hallarda uşaqlığın cisminin, uşaqlıq borularının və yumurtalıqların zədələnməsi daha az təsadüf edilir. Çünki çanaq həlqəsi və qasıq sümükləri daxili cinsi orqanları zədələnmədən qoruyur. Bir sıra hallarda qarının küt zədələnmələri ilə əlaqədar olaraq, uşaqlıq artımının kistoz törəmələrinin (yumurtalıqların sisti, hidrosalpinks) partlaması da baş verə bilər.

Hamiləliyin erkən dövründə qarının küt zədələnmələri zamanı hamiləlik pozula bilər. Bu, başlayan, davamədən və natamam abort şəklində müşahidə olunur. Bu zaman qarının aşağı hissəsində sancı şəkilli, bəzən arasıkəsilməyən ağrılar və cinsiyyət yolundan müəyyən intensivlikli qanaxmalar müşahidə olunur. Həddən artıq qanıtırmələr anemiyanın əmələ gəlməsinə səbəb olur. Xəstədə zəiflik, bənizin avazıması, taxikardiya, qan təzyiqinin enməsi aşkar olunur.

Hamiləliyin gec dövrlərində uşaqlıq qarın boşluğunun əsas hissəsini tutduğundan zədələnmələrə daha çox məruz qalır. Buna görə də qarının küt zədələnmələrində bəzən uşaqlıq zədələnmə yeganə orqan olur və bu, əsasən hamiləliyin pozulması və vaxtındanəvvəl doğuşla nəticələnir. İstər qarının küt zədələnmələrində və istərsə də odlu silah yaralanmalarında uşaqlığın zədələnməsi yaralanma və bilavasitə zərbə dalğası, hidrodinamil təsir nəticəsində onun partlaması, ciftin soyulması şəklində müşahidə olunur. Bunlar isə öz növündə özbaşına abort və vaxtındanəvvəl doğuşla, bir çox hallarda isə dölün bətdaxili ölümü ilə nəticələnir.

Ciftin vaxtından əvvəl soyulması zamanı qarında ağrılar baş verir, fiziki müayinələr zamanı gərginlik hiss olunur, uşaqlığın palpasiyası ağrılı olur. Retroplasentar hematomanın inkişaf etməsi anemiyanın artması və uşaqlıq yolundan qanaxma ilə müşayiətlənir. Ciftin soyulma sahəsinin böyüklüyündən asılı olaraq, dölün bətdaxili hipoksiyası baş verir və bu, dölün ölümü ilə nəticələnir. Bir sıra hallarda qanaxma laxtalanma prosesinin pozulması ilə əlaqədar olur; damardaxili laxtalanma sindromu (DLS) baş verir.

Uşaqlığın partlamasının başlıca əlamətləri qarında ağrıların olması, peritonun qıcıqlanma əlamətlərinin müsbət olması, kəskin anemiya əlamətlərinin artmasıdır. Qeyd etdiyimiz kimi, bütün bunlar dölün hipoksiyası və bətdaxili ölümə nəticələnir.

Qadınlarda qarın zədələnmələri zamanı uşaqlıq və onun artımlarının vəziyyəti haqda məlumatların əldə edilməsi vacibdir. Bu zaman əsas diqqət daxili qanaxmanın olub-olmamasına doğru yönəldilməlidir. Bu məqsədlə uşaqlıq yolunun arxa tağının punksiyası, yaxud laparosentez həyata keçirilməlidir. Xüsusi mamalıq müayinələri əsasında hamiləliyin müddəti, dölün vəziyyəti və zədələnmə nəticəsində hamiləliyin pozulması əlamətləri aşkarlanmalıdır.

Daxili və xarici cinsi orqanların birlikdə zədələnmələri 5-7% hallarda müşahidə edilir. Bu, əsasən qarının aşağı hissəsinin və çanağın odlu silah yaralanmalarında, yüksəklikdən yıxılma və yol-nəqliyyat hadisələri zamanı baş verir.

Çanaq sümüklərinin qapalı zədələnmələrində uşaqlıq yolu divarının zədələnmələri ikincili olaraq baş verir və bu, özünü kənar toxumalara yayılmış hematoma kimi göstərir.

Qadınlarda xarici və daxili cinsi orqanların yaralanmaları və qapalı zədələnmələri ümumi klinik əlamətlərə, bimanual və instrumental müayinə metodları əsasında qoyulur.

25. 5. TİBBİ TƏXLIYƏ MƏRHƏLƏLƏRİNDƏ YARDIMIN HƏYATA KEÇİRİLMƏSİ QAYDALARI VƏ ONUN HƏCMİ

Qadın cinsiyyət orqanlarının qapalı zədələnmələri zamanı yardımın həcmi və məzmunu zədələnmənin xarakteri və ağırlıq dərəcəsindən və tibbi təxliyə mərhələsinin imkanından asılı olaraq yerinə yetirilir. Qadın cinsi orqanlarının yaralanmaları zamanı yaralılar təcili olaraq korpusun əlahiddə tibb taboruna, yaxud hərbi-səhra cərrahiyyəsi hospitalına, imkan olduqda isə birbaşa ixtisaslaşdırılmış tibbi yardım mərhələsinə çatdırılmalıdırlar. Aidi müalicə müəssisəsində gigiyenik qaydalara əməl olunmalı, yaralar gündəlik sanasiya olunmalıdır.

Yaralanmanın anatomik yerləşməsini (topoqrafiyasını) nəzərə alaraq, kiçik çanaq orqanlarının yanaşı zədələnmələri istisna olunmalıdır. Ümumiyyətlə qarın boşluğu orqanlarının zədələnmələrinə görə hər bir laparotomiyada daxili orqanların təftişi zamanı bir qayda olaraq, uşaqlıq və onun artımları da nəzərdən keçirilməlidir.

Daxili cinsi orqanların zədələnmələri operativ yolla müalicə olmalıdır. Cərrahi əməliyyat aşağı orta laparotom kəsiklə yerinə yetirilməlidir. Əməliyyatın yerinə yetirilməsi zamanı qadın orqanizminin fizioloji xüsusiyyətləri nəzərə alınmalıdır. Cərrahi əməliyyat zamanı cinsi orqanların funksiyalarının qayğısına qalınmalı, orqanın saxlanılmasına çalışılmalıdır. Xüsusilə cavan qadınlarda onların aybaşı və hamilə ola bilmək qabiliyyətinin gözlənilməsi vacib məsələlərdəndir.

İlk tibbi yardım. Xəstə və yaralılara ilk tibbi yardım hadisə yerində yerinə yetirilməli, bu zaman etik qaydalar gözlənilməlidir. Xarici qanaxmalar zamanı basıçı sarğılar qoyulmalı, ağrıkəsicilərdən istifadə edilməlidir.

İlk həkim yardımı briqada tibb məntəqəsində həyata keçirilməlidir. Qadın xarici cinsiyyət orqanlarının zədələnmələri güclü qanaxma verdiyindən, zədə nahiyəsi "T"-vari basıçı sarğılarla sarınmalı, ağrıkəsicilərdən istifadə edilməlidir. Uşaqlıq yolunun yaralanmalarında güclü qanaxmalar zamanı zədə nahiyəsi (uşaqlıq yolu) tamponada olunmalıdır.

Qadın cinsiyyət orqanlarının zədələnmələri sidik kisəsi və düz bağırsağın zədələnmələri ilə müştərəklik təşkil etdiyi hallarda da "T"-vari sarğı qoyulmalı, yaralı uzanmış vəziyyətdə korpusun əlahiddə tibb taboruna, yaxud hərbi-səhra cərrahiyyəsi hospitalına gətirilməlidir. Uşaqlığın daxilinə keçən yaralanmalarda və hamiləlik zamanı orqanın partlaması hallarında yaralının birbaşa akuşer-ginekoloji şöbəyə çatdırılması daha məsləhətdir.

İxtisaslı tibbi yardım. Xarici cinsiyyət orqanlarının zədələnmələri zamanı yara birincili cərrahi işlənməli və qanaxma dayandırılmalıdır. Yaranın cərrahi işlənməsi əzilmiş nekrotik toxumaların qənaətlə kəsilib götürülməsindən və qanaxmanın qarşısının alınmasından ibarətdir. Odlu silah yaralanmaları zamanı cərrahi işlənmədən sonra yaraya birincili tikişlərin qoyulması əks göstərişdir. Geniş yaralanmalarda yalnız yaxınlaşdırıcı tikişlərlə kifayətlənmək lazımdır. Yaralanmanın klitor nahiyəsində olduğu hallarda zədə nahiyəsinə hemostatik tikişlər qoyulmalıdır. Tikişlər qoyularkən sidik kanalı tikişə götürülməsinə deyərək, kanala metal kateter keçirilməlidir.

Vulvanın məhdud və artmağa meyilli olmayan hematomalarında konservativ müalicəyə üstünlük verilməlidir; zədə nahiyəsinə soyuq (buz) qoyulmalı, yaralıya sakitlik verilməli, analgetiklər və antibiotiklər tətbiq edilməlidir. Hematomanın artması və anemiyanın inkişaf etməsi, həmçinin sonralar burada yığılmış qanın irinləməsi təhlükəsi operativ müdaxiləyə göstərişdir. Hematoma nahiyəsi yarılmalı, qan laxtaları kənar edilməli, hemostaz həyata keçirilməli və yara drenaj edilməlidir. Yaraya rezin çıxarıcı yeridilməli, seyrək tikişlər qoyulmalıdır.

Uşaqlıq yolunun yaralanmalarında yara birincili cərrahi işlənməli və hemostatik tikişlər qoyulmalıdır. Tikişlər orqandə daralma verməməlidir; toxumalar orqanın boylama istiqamətində tikilməlidir. Təzə təmiz yaralar drenaj olunmaqla tikilməlidir. Yarada infeksiya əlamətləri olduqda

yaranın cərrahi işlənməsi tikişlər qoyulmadan yerinə yetirilməlidir. Uşaqlıq yolunun daxilə keçən yaralanmalarında laparotomiya həyata keçirilməlidir. Bu zaman qarın boşluğunun drenajı bilavasitə uşaqlıq yolundan da aparıla bilər.

Uşaqlıq yolunun hematomaları bir qayda olaraq konservativ yolla müalicə olunmalıdır. Artan hematomalar açılmalı və uşaqlıq yolundan drenaj olunmalıdır. Çanaq sümüklərinin sınıqları və uşaqlıq yolunun ikincili zədələnmələrində yaralanmanın ağırlıq dərəcəsi və qanaxmanın intensivliyindən asılı olaraq, yara birincili cərrahi işlənməli, yaxud uşaqlıq yolu tamponada edilməlidir.

İxtisaslaşdırılmış tibbi yardım. Bu yardım ixtisaslaşdırılmış ginekoloji, yaxud akuşer-ginekoloji şöbələrdə təcrübəli mütəxəssislər tərəfindən həyata keçirilməlidir. Hamiləliyin özbaşına pozulduğu hallarda, yaxud yarımçıq abortlarda uşaqlığın selik qişası qaşınmalı, döl yumurtasının qalıq hissələri kənar edilməlidir. Göstəriş əsasında qan və qanəvəzəcicilərdən və uşaqlığın təqəllüsünü artıran dərman preparatlarından istifadə edilməlidir. Hamiləlik zamanı ciftin vaxtından əvvəl soyulması hallarında və uşaqlıqdaxili qanaxmalarda keysəriyyə əməliyyatı yerinə yetirilməlidir.

Uşaqlığın odlu və soyuq silah yaralanmalarında təxirəsalınmaz operativ müdaxilə həyata keçirilməlidir. Laparotomiya olunmalı və qarın boşluğu təftiş olunmalıdır. Kiçik müddətli hamiləliklərdə döl yumurtası bilavasitə uşaqlıq yarasından çıxarıla bilər. 28 həftədən böyük hamiləlik zamanı keysəriyyə əməliyyatı yerinə yetirilməlidir. Yara kənarı kəsilib götürülməli və uşaqlığın tamlığı üçqat ketqut tikişlərlə bərpa olunmalıdır. Cərrahi əməliyyat zamanı uşaqlığın daxili qatı (endometrium) tikişə alınmamalıdır, yaxud sorulan saplarla (ketqutla) tikilməlidir. Uşaqlığın geniş zədələnmələrində orqan amputasiya, yaxud ekstirpasiya olunmalıdır.

Yumurtalığın yaralanmalarında yaralanmanın böyüklüyündən asılı olaraq orqan rezeksiya olunmalı, yaxud kəsilib götürülməlidir. Uşaqlıq borusunun zədələnmələrində axırncı kəsilib götürülməli, səthi yaralanmalarda orqanın funksiyasının saxlanılmasına çalışılmalıdır.

Qadın cinsiyyət orqanlarının zədələnmələri zamanı müalicə taktikası yaralanmanın xarakterindən və yaralının ümumi vəziyyətindən, hamiləliyin müddətindən və dölün vəziyyətindən asılı olaraq müəyyən edilir. Aralıq və uşaqlıq yolu divarının yaralanmalarında yara birincili cərrahi işlənməli, əzələlər ketqutla, dəri ipək sap, yaxud sintetik saplarla tikilməli, antibiotiklər təyin edilməlidir.

Uşaqlıq yolunun, aralığın və düz bağırsağın birgə zədələnmələrində yaralar birincili cərrahi işlənməli, zədə nahiyəsinə antibiotiklər yeridilməli, sigmastoma qoyulmalıdır. Operativ müdaxilə aralıq və uşaqlıq yolunun bərpası ilə başa çatdırılmalıdır.

Uşaqlığın onun artımları ilə birgə zədələnmələrində, eləcə də sidik kisəsi və bağırsaqların zədələnmələrində orta-aşağı laparotomiya olunmalı, qarın boşluğu və kiçik çanaq orqanları təftiş olunmalı, qanaxmanın qarşısı alınmalıdır. Operativ müdaxilənin həcmi yaralanmanın genişliyindən və yaralının ümumi vəziyyətindən asılı olaraq müəyyən edilməlidir. Uşaqlığın amputasiyası, yaxud onun ekstirpasiyası orqanın və onun damarlarının nə dərəcədə zədələnməsindən asılı olaraq yerinə yetirilməlidir. Yumurtalığın yaralanması zamanı zədələnmiş toxuma qənaətlə kəsilib götürüldükdən sonra orqanın tamlığı ketqut saplarla bərpa olunmalıdır. Uşaqlıq borularının zədələnmələrində axırncı kəsilib götürülməlidir.

Hamilə uşaqlıqla bağırsaqların birlikdə yaralanmaları zamanı hamiləliyin 28 həftədən böyük olduğu hallarda əvvəlcə keysəriyyə əməliyyatı yerinə yetirilməli, sonra bağırsaqda cərrahi əməliyyat həyata keçirilməlidir. Hamiləliyin erkən olduğu hallarda hansı cərrahi əməliyyatın əvvəlcə yerinə yetirilməsi situasiyadan asılı olaraq həyata keçirilməlidir. Uşaqlığın tək yaraları tikilməli, geniş yaralanmalarda orqan amputasiya, yaxud ekstirpasiya olunmalıdır. Bağırsaqların tək yaraları tikilməli, geniş yaralanmalarda, yaxud müsəriqə damarlarının zədələndiyi hallarda bağırsaq rezeksiya olunmalıdır.

Bir daha qeyd etmək lazımdır ki, hamilə qadınların hər hansı yaralanmaları və zədələnmələri zamanı taktika ananın və dölün həyatının saxlanılması istiqamətində aparılmalıdır. Son dərəcə çətin vəziyyətlərdə, əgər bunu ananın həyatı tələb edirsə, hamiləlik pozulmalıdır. Lazım gəldiyi hallarda döl anaya "qurban" verilməlidir. Yaralanma, yaxud ağır zədələnməyə məruz qalmış hamilə qadının hospitala ölü vəziyyətində gətirildiyi hallarda əgər döl sağdırsa, keysəriyyə əməliyyatı yerinə yetirilməli, dölün həyatı xilas edilməlidir.

Qadın cinsiyyət orqanlarının zədələnmələri vəziyyətdən asılı olaraq yaralanmalar, açıq və qapalı zədələnmələr şəklində müşahidə olunur. Yaralanmalar hərbi xidmət şəraitindən asılı olaraq, odlu və soyuq silah yaralanmaları, həmçinin digər səbəbli yaralanmalar şəklində; qapalı və açıq zədələnmələr isə yol-nəqliyyat hadisələri, bədbəxt hadisələr, istehsalat və məişət zədələnmələri şəklində müşahidə olunur.

Yaralanmalar və mexaniki zədələnmələr çox vaxt digər nahiyələrin də zədələnməsi ilə müştərək şəkildə müşahidə olunur. Az hallarda isə, bunlar, əsasən xarici cinsi orqanın və uşaqlıq yolunun təcrid olunmuş yaralanmaları ilə, yaxud həmin nahiyələrin geniş hematomaları ilə nəhayətlənir.

Ağırliq dərəcəsinə görə odlu silah yaralanmaları, xüsusilə mina-partlayış zədələnmələri və yol-nəqliyyat hadisələri ilə əlaqədar zədələnmələr üstünlük təşkil edir. Bunlar əksərən müştərək xarakterə malik olduğundan qarşılıqlı ağırlaşma sindromu halında aşkarlanır.

Qadın cinsi orqanların zədələnmələri zamanı yaralı və xəstələr hərtərəfli müayinə olunmalı, ilk növbədə həyat üçün təhlükəli olan zədələnmələrin nəticələri aradan qaldırılmalıdır. Yaralanmaların diaqnostikası və yardımın həyata keçirilməsi zamanı zədələnmələrin mexanizmi nəzərə alınmalı, hətta daxilə keçməyən zədələnmələrdə belə, orqanların ağır zədələnməsi ehtimalı nəzərdən qaçırılmamalıdır. Yaraların cərrahi işlənməsi zamanı birincili tikişlərin qoyulmasından çəkinmək lazımdır. Xarici cinsi orqanın zədələnməsi zamanı yalnız dəriyə seyrək yaxınlaşdırıcı tikişlərin qoyulması ilə kifayətlənmək lazımdır. Bütün operativ müdaxilələr zədələnmənin ilk iki sutkası ərzində (qarşılıqlı ağırlaşma sindromunun əmələ gəldiyi müddətə qədər) yerinə yetirilməli, təcili operativ müdaxilələrə göstəriş vaxtında təyin olunmalıdır. Rekonstruktiv-planlı cərrahi əməliyyatlar yaralı vəziyyətdən çıxdıqdan sonra həyata keçirilməlidir (3-4 həftədən sonra).

Döyüş şəraitindən asılı olaraq, tibbi təxliyə mərhələlərində yaralılara ilk tibbi yardım göstərildikdən sonra yaxşı olar ki, onlar birbaşa ixtisaslı, yaxud ixtisaslaşdırılmış yardım mərhələsinə çatdırılsınlar. Burada ilk növbədə qanaxmanın qarşısı alınmalı, şok və asfiksiya əleyhinə kompleks tədbirlər yerinə yetirilməlidir. Daxilə keçmiş yaralanmalar zamanı, yaxud daxili orqanların zədələnməsi və daxili qanaxmalarla fəsadlaşmış ağır zədələnmələr zamanı təcili laparotomiya həyata keçirilməli, zədələnmələrin nəticələri aradan qaldırılmalıdır. İkinci və üçüncü növbədə yerinə yetirilməsi nəzərdə tutulmuş operativ müdaxilələr isə yaralılar yalnız vəziyyətdən çıxdıqdan sonra, yaxud homeostaz bərpa olunduqdan sonra həyata keçirilməlidir.

ƏTRAFLARIN ODLU SİLAH YARALANMALARİ VƏ ZƏDƏLƏNMƏLƏRİ

TƏDRİS SUALLARI

- 26.1. Ətrafların odlu silah yaralanmaları və zədələnmələrinin təsnifatı
- 26.2. Ətrafların odlu silah yaralanmaları, odlu silah yaralanmalarının klinikası, simptomatologiyası və diaqnostikası müalicəsinin təşkili, yardımın həyata keçirilməsi qaydaları
- 26.3. Ətrafların qeyri-odlu silah mənşəli yaralanmaları, yaralanmaların xarakteristikası, müalicənin təşkili və yardımın həyata keçirilməsi qaydaları
- 26.4. Ətrafların mexaniki zədələnmələri. Mexaniki zədələnmələrin klinikası, simptomatologiyası və diaqnostikası, müalicəsinin təşkili, yardımın həyata keçirilməsi qaydaları
- 26.5. Ətraf yaralanmaları və zədələnmələri zamanı mərhələli yardımın təşkili və onun yerinə yetirilməsi qaydaları

26.1. ƏTRAFLARIN ODLU SİLAH YARALANMALARİ VƏ ZƏDƏLƏNMƏLƏRİNİN TƏSNİFATI

I . ƏTRAFLARIN ODLU SİLAH YARALANMALARİ

- 1.YARALANMALARIN MƏNŞƏYİNƏ GÖRƏ:
 - a) Güllə yaralanmaları,
 - b) Qəlpə yaralanmaları,
 - c) Partlayış zədələnmələri
- 2.YARALANMANIN XARAKTERİNƏ GÖRƏ:
 - a) Təcrid olunmuş (təksaylı) yaralanmalar,
 - b) Çoxsaylı yaralanmalar,
 - c) Müştərək yaralanmalar (damar və sinirlərin zədələnməsi ilə)
 - d) Kombinə olunmuş yaralanmalar (termik zədələnmələrlə və s. birlikdə)
- 3.YARALANMALARIN AĞIRLIQ DƏRƏCƏSİNƏ GÖRƏ:
 - a) Yüngül yaralanmalar,
 - b) Orta ağırlıqlı yaralanmalar,
 - c) Ağır yaralanmalar.
- 4.YARA KANALININ FORMASINA GÖRƏ:
 - a) Toxunan istiqamətli yaralar,
 - b) Dəlib-keçən yaralar,
 - c) Kor yaralar.

II .ƏTRAFLARIN QEYRİ-ODLU SİLAH YARALANMALARİ

- 1.YARALANMANIN TİPİNƏ GÖRƏ:
 - a) Kəsilmiş yaralar,
 - b) Deşilmiş yaralar,
 - c) Çapılmış yaralar,

2. YARALANMANIN XARAKTERİNƏ GÖRƏ:
 - a) Təcrid olunmuş (təksaylı) yaralanmalar,
 - b) Çoxsaylı yaralanmalar,
 - c) Müştərək yaralanmalar.
3. YARALANMANIN AĞIRLIQ DƏRƏCƏSİNƏ GÖRƏ:
 - a) Yüngül yaralanmalar,
 - b) Orta ağırlıqlı yaralanmalar,
 - c) Ağır yaralanmalar.
4. YARA KANALININ FORMASINA GÖRƏ:
 - a) Toxunan istiqamətli yaralar,
 - b) Dəlib-keçən yaralar,
 - c) Kor yaralar.

III. ƏTRAFLARIN MEXANİKİ ZƏDƏLƏNMƏLƏRİ

1. ZƏDƏLƏNMƏNİN MƏNŞƏYİNƏ GÖRƏ:
 - a) Yol-nəqliyyat hadisələri,
 - b) İstehsalat zədələnmələri,
 - c) Məişət zədələnmələri.
2. ZƏDƏLƏNMƏNİN AĞIRLIQ DƏRƏCƏSİNƏ GÖRƏ:
 - a) Yüngül zədələnmələr,
 - b) Orta ağırlıqlı zədələnmələr,
 - c) Ağır zədələnmələr.
3. ZƏDƏLƏNMƏNİN XARAKTERİNƏ GÖRƏ:
 - a) Təcrid olunmuş zədələnmələr,
 - b) Çoxsaylı zədələnmələr,
 - c) Müştərək zədələnmələr (damar və sinirlərin zədələnməsi ilə),
 - d) Kombinə olunmuş zədələnmələr (termik zədələnmələrlə birlikdə).
4. DƏRİ TAMLIĞININ POZULMASINA GÖRƏ:
 - a) Qapalı zədələnmələr:
(Toxumaların sıxılması, hematomalar, kontuziyalar, qapalı sınıqlar və i.a.)
 - b) Açıq zədələnmələr:
(Dərinin sıyrılması, yumşaq toxumaların əzilməsi, cırılması, parçalanması və s.)

26.2. ƏTRAFLARIN ODLU SİLAH YARALANMALARINI, ODLU SİLAH YARALANMALARININ KLİNİKASI, SİMPTOMATOLOGİYASI VƏ DİAQNOSTİKASI, MÜALİCƏSİNİN TƏŞKİLİ, YARDIMIN HƏYATA KEÇİRİLMƏSİ QAYDALARI

İkinci Dünya müharibəsində ətrafların odlu silah yaralanmaları 69,1%, Vyetnam müharibəsində 61,1%, Əfqanıstan müharibəsində əfqan ordusunda 45,7%-dən 56,7%-ə qədər, Sovet ordusunda 62,7%-dən 64,2%-ə qədər təsadüf etmişdir. Qarabağ müharibəsində ətraf yaralanmaları bütün yaralanmaların 58,9%-nə bərabər olmuşdur, yəni orta hesabla hər 10 yaralıdan 6-sı ətraf yaralanmalarının payına düşmüşdür. O cümlədən yuxarı ətraf yaralanmaları bütün yaralanmaların 20,9%-ni, aşağı ətraf yaralanmaların 38,1%-ni təşkil etmişdir. Digər nahiyələrin yaralanmalarında olduğu kimi, ətrafların odlu silah yaralanmaları da yaralanmanın mənşəyinə görə güllə, qəlpə, partlayış zədələnmələri şəklində müşahidə edilmişdir. Yaralanmalar təksaylı, çoxsaylı, müştərək və kombinə olunmuş şəkildə müşahidə olunmuşdur. Mina partlayış zədələnmələrində yaralanmalar eyni zamanda mexaniki, termik və bəzən kimyəvi zədələnmələrlə kombinə şəkildə müşahidə edilmişdir. Belə yaralanmalar daha ağır gedişə malik olmuşdur. Yara kanalı toxunan istiqamətli, kor və dəlib-keçən formada təsadüf olunmuşdur. Toxunan istiqamətli yaralanmalar nisbətən yüngül yaralılar arasında, dəlib-keçən və kor yaralanmalar isə ağır yaralılar arasında müşahidə olunmuşdur. Qarabağ müharibəsində müasir qeyri stabil silahlardan AK 5.45 tipli silahlardan və oxvari elementlərin tətbiqi ilə əlaqədar olaraq, ağır yaralanmaların sayı artmışdır.



Şəkil 26.1 Sağ bazu oynaqını dəlib-keçən mina-partlayış yaralanması (x/t 3539)

Yaralılar arasında kor güllə və dəlib-keçən qəlpə yaralanmaları arasında ağır yaralıların sayı üstünlük təşkil etmişdir. Bir sıra hallarda ətrafın hətta yumşaq toxumaların adi yaralanmalarında bəzən damar və sinirlərin zədələnməsi yaralıların vəziyyətinin ağırlaşmasına gətirib çıxarmışdır:

Ə.A., 1968-ci il təvəllüdü, 05.02.94-cü il tarixdə saat 11.45 radələrində N sayılı hərbi-səhra cərrahiyyəsi hospitalına mülki rayon xəstəxanasından sol budun kor qəlpə yarası arterial qanaxma diaqnozu ilə köçürülmüşdür (x/t 3497). Yaralının görünən selikli qişası və dərisi avazımsız, nəbzi dəqiqədə 120-125, A/T-80/35 mm c.s.-dur. Təcili olaraq yaralı cərrahi əməliyyat otağına götürülmüş, mərkəzi venalar kavofikslə kateterizə olunmuş, intubasion narkoz şəraitində sol bud arteriyası açılmış, damarın anevrizması (pulsasiya edən hematoma) aşkar edilmiş, axırncı rezeksiya edilməklə autovenoz implantasiya həyata keçirilmişdir. Operativ müdaxilədən sonrakı dövr yaralı intensiv terapiya almış, ona qan köçürülmüş, geniş spektrli təsirə malik antibiotiklər tətbiq edilmişdir. Operativ müdaxilənin 17-ci günü yaralı hərbi hissəsinə yazılmış və sənədləri hərbi-həkim ekspert komissiyasına göndərilmişdir.

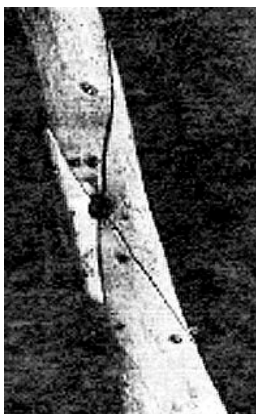
Yaralanmaların 46,9%-i güllə, 41%-i qəlpə, 12,1%-i partlayış səbəbli olmuşdur. Çoxsaylı yaralanmalar arasında qəlpə, təcrid olunmuş və müştərək yaralanmalarda güllə yaralanması üstünlük təşkil etmişdir. Partlayış zədələnmələri əksərən çoxsaylı və müştərək şəkildə müşahidə olunması ilə fərqlənmişdir. Ətraf yaralanmalarının 43,1%-də sınıqlar müşahidə edilmişdir. Müasir silahların yüksək sürəti və daha çox energetik qabiliyyətə malik olması yaralanmaların daha ağır şəkildə rast gəlməsinə səbəb olur. Belə yaralanmalar çoxsaylı, geniş və yara kanalının daha mürəkkəb olması ilə fərqlənir. Yara ətrafında daha geniş hematomalar və yara nekrotik toxumaların olması toxumaların həyat qabiliyyətinin azalmasına gətirib çıxarır. Ətrafların odlu silah yaralanmaları müharibə şəraiti üçün, qapalı zədələnmələri isə dinc dövr üçün daha xarakterdir. Lakin yaralanmaların kombinə olunmuş xarakter təşkil etdiyi mina-partlayış yaralanmalarında mexaniki zədələnmələr nəticəsində qapalı və açıq sınıqlar daha çox təsadüf edilmişdir.

Açıq qeyri-odlu silah sınıqları vaxta görə birincili və ikincili ola bilər. Birincili sınıq biliavasitə zərbənin təsirindən, ikincili açıq sınıqlar isə sümük fraqmentlərinin zədələnmədən müəyyən müddət sonra dəri tamlığını pozması nəticəsində baş verir.

26.2.1. ƏTRAFLARIN ODLU SILAH SINIQLARI

26.2.1.1. ZƏDƏLƏNMƏLƏRİN KLİNİK ƏLAMƏTLƏRİ

Ətraf yaralanmalarının təqribən yarısında sümüklərdə zədələnmələr müşahidə olunur. Odlu silah sınıqları natamam (kənarı və deşikli) və tam (kəndələn, boylama, çəp, qaxılmış, qəlpəli, dağılmış) olur. Dağılmış sınıqlar və ətrafın ayrı-ayrı hissələrinin parçalanması, bəzən isə qopması halı ağır yaralanmalar qrupuna aiddir. Axırncılar mina-partlayış yaralanmalarında daha çox təsadüf edilir. Uzun lülə sümüklərin zədələnmələrində qəlpəli və çoxqəlpəli sınıqlar daha çox rast gəlir. Sınıqlar magistral damarların və sinirlərin də zədələnməsi ilə birlikdə müşahidə oluna bilər.



a)



b)

Şəkil 26.2 a) Bazu sümüyünün deşikli sınığı. b) Sol bud sümüyünün yerdəyişmiş gəlpəli sınığı (şəxsi müşahidələrimizdən).

Qəlpəli sınıqlarda sümük qəlpələri ikincili silah rolunu oynayır və yumşaq toxumaların dağılmasına səbəb olur. Zədələnmiş yumşaq toxuma daxilində irili-xırdalı çoxlu sümük qəlpələri olur, toxumaların geniş ilkin nekrotik ocaqları müşahidə olunur. Xırda qəlpəli və dağılmış sınıqlarda toxumaların zədələnməsi daha qabarıq şəkildə aşkarlanır.



Şəkil 26.3 Sağ aşağı ətrafın dərin gəlpə yaranması (x/t 2662)

Şəkil 26.4 Sol baldırın qəlpə yaranması. Baldırın travmatik amputasiyası qeyd edilir (x/t 3190)



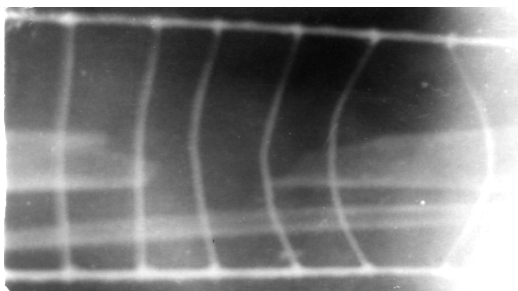
Açıq sınıqların təyini bir o qədər çətinlik törətmir. Uzun sümüklərin diafizləri boyunca patoloji hərəkətliliyin və sümük fraqmentləri arasında krepitasiyanın olması sınığın mütləq əlamətləri hesab olunur. Zədə nahiyəsində deformasiya, ağrının olması, passiv hərəkətlər zamanı ağrıların artması, fəal hərəkətlərin qeyri mümkünlüyü və s. sınığın olması ehtimalını daha da artırır. Qeyri-tam (natamam), qaxılmış və oynaqdaxili sınıqların klinik əlamətlərə görə təyini bir qədər çətinləşir və xüsusi müayinə tələb edir. Burada rentgen müayinənin əhəmiyyəti daha böyükdür. Rentgen müayinəsi nəinki fraqmentlərin vəziyyəti və yad cismin lokalizasiyası haqqında məlumat verir, habelə anaerob infeksiyanın baş verdiyini də dəqiqləşdirir.



Şəkil 26.5 Bud sümüyünün yuxarı 1/3-nin qəlpəli odlu silah sınığı (x/t 3271)

Yumşaq toxuma və sümüyün zədələnmiş sahəsinin böyüklüyü güllə, yaxud qəlpənin giriş yarasının ölçüsündən həmişə asılı olmur. Bir sıra hallarda ikincili silah kimi sümük qəlpələrinin təsirindən güllənin çıxış yarası daha geniş olur. Bəzən yumşaq toxumaların laylanması nəticəsinə geniş həcmli nekroz zonaları da meydana çıxır.

Uzun sümüklərin dəlib-keçən yaralanmalarında böyük qəlpəli sınıqlar əmələ gələ bilər. Müasir yaralanmalarda xırda qəlpəli və çoxsaylı sınıqlar daha çox müşahidə olunur. Burada sümük qəlpələri ikincili silah rolunu oynayaraq, yumşaq toxumalara dağıdıcı təsir göstərir. Dəlib-keçən yaralanmalara nisbətən kor yaralanmalarda qəlpəli sınıqlar nisbətən az təsadüf olunur.



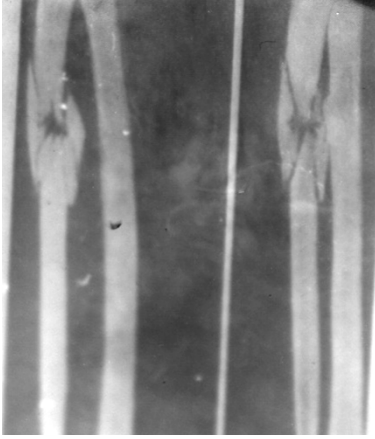
Şəkil 26.6 Baldır sümüklərinin dağılmış sınığı olan yaralının rengen şəkli (x/t 3681)

M.M., 20 yaşlı sırası əsgər 02.05.94-cü il tarixdə yaralandıqdan 1 saat 20 dəqiqə sonra mina partlayışı nəticəsində sağ budun yuxarı 1/3-nin travmatik amputasiyası, III dərəcəli travmatik şok diaqnozu ilə hospitala gətirilmişdir (x/t 3865). Dərisi və görünən selikli qişası kəskin avazmış, nəbzi dəqiqədə 130-135, aritmik, sapvaridir. A/T-30/0 mm c.s., ürək tonları kəskin karlaşmış, ağ ciyərlər üzərində zəif vezikulyar nəfəs eşidilir. Sağ aşağı ətraf budun yuxarı 1/3-i hissəsindən üzülmüşdür (travmatik amputasiya olmuşdur). Yaralı təcili cərrahi əməliyyat otağına gətirilmiş, körpücükaltı vena kavofikslə kateterizə edilmiş, şok əleyhinə kompleks infuzion-transfuzion terapiya tətbiq edilmiş. A/T 110/60 mm c.s.-na qaldırıldıqdan sonra intubasion narkoz şəraitində sağ aşağı ətraf bud-çanaq oynaqı bərabərində ekzartikulyasiya olunmuş, yara antiseptik məhlullarla yuyulub aseptik sarınmış, dəriyə tikiş qoyulmamışdır; beləliklə, yara açıq saxlanılmışdır. Hemodinamik göstəricilər stabilləşdikdən sonra, yəni yaralı vəziyyətdən çıxdıqdan sonra 05.05.94 tarixdə helikopterlə Bakı şəhərinə təxliyə olundu.

Bir sıra hallarda sümüyün boylama sınığı oynaq qədər davam edir və irinli artritlə fəsadlaşaraq, yaralıların vəziyyətinin xeyli ağırlaşmasına gətirib çıxarır. Bu zədələnmələr zamanı böyük damarların və sinirlərin yaralanması haqda xüsusi qeyd etmək lazımdır.

Güllə yaralanmalarında fassiyanın zədələnməsi adətən yarıq şəklində olur, qəlpə yaralanmalarında isə fassiyanın kənarları cırılmış olur. Bu zaman əzələ toxuması daha çox dağıntıya məruz qalır.

Damar və sinirlərin zədələnməsi də müxtəlif formada böyük, yaxud kiçik defektlərlə müşahidə olunur. Silkələnmə şəraitində sinir keçiriciliyinin müvəqqəti pozğunluğu özünü sinir sistemində, ürək-damar və tənəffüs sistemində eləcə də mübədilə proseslərində gedən pozğunluqlar şəklində göstərir. Uzun sümüklərin zədələnməsi anemiya ilə müşayiətlənir. Bu nəinki qanıtirmə ilə, habelə qanyaradıcı orqanın funksiyasının pozulması ilə əlaqədardır. Anemiyanın baş verməsi həmçinin sınıq nahiyəsindəki hematoma ilə də əlaqədardır. Uzun lülə sümüklərin hətta qapalı sınıqlarında sınıq nahiyəsinə 1,5-2 litr və daha artıq qan yığıla bilər. Bu, dövrən edən qanın həcmnin azalması, hüceyrə perfuziyasının itməsi və ağır şok hallarının əmələ gəlməsinə səbəb olur. Budun sınıqlarında tromboflebitlərlə əlaqədar mikrosilkulyasiyanın pozulması patoloji ocaqdan çox-çox uzaqlarda müşahidə oluna bilər. Uzun sümüklərin sınıqları zamanı bir sıra hallarda miokardda distrofik pozğunluqların əmələ gəlməsi yara prosesinin kəskinləşməsinə, irinli və anaerob infeksiyanın əmələ gəlməsinə və inkişafına şərait yaratmış olur.



Şəkil 26.7 Dirsək sümüyünün qəlpəli sınığı (x/t 3259)

Odlu silah sınıqları üçün xəstələrdə pnevmaniyanın əmələ gəlməsi də xarakterdir. Adətən pnevmaniya yaralanmanın 9-10-cu günlərinə əmələ gəlir və çox vaxt embolik xarakterə malik olur. Bu, ağciyər infarktı fonunda inkişaf edir. Odlu silah sınıqlarında mədə-bağırsaq sekresiyası azalır, mübadilə pozulur və buna müvafiq olaraq bəzən böyrək sancıları müşahidə olunur.

Odlu silah sınıqlarında yad cisimlərin təyini də xeyli çətinliklər yaradır. Böyük Vətən müharibəsi illərində ətraf yaralanmaları zamanı yad cisimlər rentgensiz 17%, rentgen müayinəsinin köməyi ilə 76,8%, zondlama və əl hissiyyəti ilə 6,2% yaralıda aşkar edilmişdir. Az kontrastlı yad cisimlərin lokalizasiyasının təyin olunması bəzən bir sıra çətinliklərə səbəb olur. Məsələn, düşmən tərəfindən plastmass mərmilərin istifadə olunması (bunlar qadağan olunmuş silahlara daxildir) zamanı yad cisimlərin təyin olunması həmişə mümkün olmur. Bir sıra hallarda, xüsusilə qəlpə yaralanmalarında yarada ikincili yad cisimlər: paltar və ayaqqabı parçaları, əsgərin şəxsi əşyaları, şüşə, daş qırıntıları və s. aşkar olunur.

26.2.1.2. ODLU SİLAH YARALANMALARININ DİAQNOSTİKASI VƏ MÜALİCƏNİN HƏYATA KEÇİRİLMƏSİ PRİNSİPİ

Sınıqlar zamanı diaqnozun qoyulmasında aşağıdakıların nəzərdə tutulması vacibdir:

1. Ətrafın funksiyasının pozulması,
2. Ətrafda patoloji hərəkətliliyin olması,
3. Sınıq sahəsində sümük krepitasiyalarının olması,
4. Ətrafların qısalması və deformatsiyası,
5. Sümüyün oxu boyunca təzyiq etdikdə ağrıların əmələ gəlməsi, yaxud artması (ətraflarda cüt lülə sümük olan sahələrdə /baldır və said/ bu əlamət özünü doğrultmaya da bilər),
6. Said və baldır nahiyələrində yarıdan kənar nöqtələrdə sümüklərin basılması zamanı ağrıların əmələ gəlməsi yaxud artması,
7. Dəlib keçən yaralanmalarda yaranın xarakter giriş və çıxış nöqtəsinin olması. Bu əlamət həmçinin kor yaralanmalarda da əhəmiyyətli ola bilər,
8. Yarada sümük qəlpəsinin olması,
9. Rentgen müayinəsində sümük tamlığının pozulması.

Sınıqlar zamanı yardım prosesində aşağıdakılara əməl olunmalıdır:

1. İlk yardım və yaralının döyüş zonasından çıxarılması mümkün qədər tez yerinə yetirilməlidir,
2. Ətrafların fiksasiyası üçün standart şinlər mümkün qədər tez qoyulmalıdır,
3. Şok və qanaxmaya qarşı mübarizə, orqanizmin müqavimət qabiliyyətini artıran tədbirlər həyata keçirilməlidir,
4. Infeksiyanın, yaxud onun baş verməsinin qarşısının alınması məqsədilə spesifik zərdblər və antibiotiklərdən istifadə olunması,
5. İlk həkim yardımı, ixtisaslı və ixtisaslaşmış yardım daha tez müddətlərdə yerinə yetirilməlidir.

Ətrafların odlu silah yaralanmalarında zədə nahiyəsinin düzgün fiksasiya eyni zamanda şok əleyhinə tədbir kimi də nəzərdə tutulmalıdır. Məlum olmuşdur ki, Böyük Vətən müharibəsi illərində ətraf yaralanmaları zamanı travmatik şok ətraflara yumuşaq sarğılar qoyulduqdan sonra 22,8%, düzəltmə şinlərin tətbiqindən sonra 13,6% (təqribən iki dəfə az), standart şinlər qoyulduqdan sonra yalnız 9,9% halda müşahidə olunmuş, gips longeti qoyulduqdan sonra isə praktiki olaraq şok müşahidə olunmamışdır. Qeyd etmək lazımdır ki, yaralıların köçürülməsində zədələnmiş ətrafın aparatlara yaradılan fiksasiya edilməsinin bu baxımdan daha böyük əhəmiyyəti vardır.

Soyuq mövsümdə olduğu kimi, isti havalarda da yaralanmalar zamanı şokun müalicəsi və profilaktikasında bir sıra problemlər meydana çıxır. Ətraf mühitin yüksək temperaturu şok əleyhinə mübarizə tədbirlərinin xeyli çətinləşməsinə səbəb olur. Orqanizm tərləmə nəticəsində əlavə maye və elektrolitlər, suda həll olan vitaminlər itirdiyi üçün infuzion-transfuzion terapiyada müəyyən düzəlişlərin aparılması vacibdir. Ətrafların odlu silah yaralanmalarında bədən çəkisinin hər kiloqramına görə sutkada 20-30 ml maye köçürülməlidir. O cümlədən 400 ml poliolükin, 400-800 ml fizioloji məhlul (normal duz məhlulu), 400-800 ml Ringer-laktat məhlulu, 400-800 ml 5%-li qlukoza köçürülməlidir. Yaralı birbaşa düşən günəş şüasından təcrid edilməli, daxili orqanların müştərək yaralanmaları yoxdursa, yaralıya kifayət qədər içməli su və maye verilməlidir. Suyun hər 750 ml-nə 2,5 q xörək duzu və 0,5 q kalium xlorid əlavə olunması məsləhətdir. Bu, elektrolit balansının tənzim edilməsinə imkan verir.

Hospitalaqədərkə mərhələdə ağrısızlaşdırma tədbirlərinin və ətrafların düzgün fiksasiyasının yerinə yetirilməsi eyni zamanda travmatik şokun da inkişafının qarşısını alır. Şok və qanaxmaya qarşı mübarizə və yaranın infeksiyalaşmasına qarşı mübarizə tədbirləri hospitalaqədərkə mərhələdə yardımın məzmununun əsasını təşkil edir. Döyüş zonasında yara sarınmazdan əvvəl həmin nahiyə antiseptiklərlə təmizlənməlidir.

Ətrafların odlu silah yaralanmalarında yaranın böyüklüyündən və yaralının ümumi vəziyyətindən asılı olaraq, ağrısızlaşdırma yerli, peridural və ümumi narkoz altında həyata keçirilə bilər. Ağır yaralılarda ağrısızlaşdırma kombinə şəkildə yerinə yetirilməlidir. Aşağı ətrafların ağır təcrid olunmuş zədələnmələrində operativ müdaxilənin peridural anesteziya altında aparılması iqtisadi cəhətcə və yaralının ümumi vəziyyəti baxımından asan başa gəldiyi üçün daha geniş tətbiq olunmalıdır.

Ətrafların odlu silah yaralanmalarına görə yardım mümkün qədər optimal şəraitdə yerinə yetirilməlidir. Yara geniş açılmalı, fassiya "Z"-vari kəsiklə açılır və lazım gəldikdə zədə nahiyəsi uzun oval şəkildə kəsilib götürülür. Azad sümük qəlpələri çıxarılıb atılmalı, əlaqəli qəlpələr isə yerinə qoyulmalıdır. Sümük iliyi bir qayda olaraq götürülmür. Tam hemostaz əldə edildikdən sonra sümük fraqmentləri optimal repozisiya olunmalı, əlavə zədələnmələrin qarşısı alınmalıdır. Cərrahi əməliyyat müddətində yara antiseptik məhlullarla diqqətlə yuyulmalıdır.

Mina partlayışı ilə əlaqədar yaralanmalarda baldırın distal hissəsinin üzülməsi (travmatik amputasiyası) daha çox baş verir. Üzülmə zonası habelə budda, yuxarı ətraflarda da müşahidə oluna bilər. Mina qəlpələri döş qəfəsi, qarın boşluğu orqanlarını, həmçinin fəqərə sütununu da zədələyə bilər. Bu kimi hallarda yaralılar ağır şok vəziyyətində olurlar; piy emboliyası müşahidə edilə bilər.

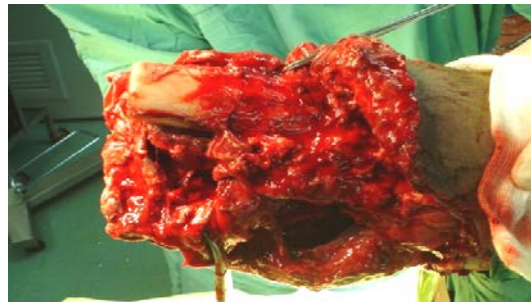


Şəkil 26.8 Ətrafın çoxsaylı qəlpə yaralanması (Şəxsi təcrübəmizdən x/t 3750)

Mina partlayışı ilə olan yaralıların ilk növbədə ağrısızlaşdırılması həyata keçirilməli, bütün manipulyasiyalar minimal travmatizasiya şəraitində yerinə yetirilməlidir. Çünki partlayış zədələnmələrində xəstələr şokdan çətin çıxır və onlar təkrarən asanlıqla şok vəziyyətinə düşə bilərlər.

Nəzərə almaq lazımdır ki, ağır mina partlayış yaralanmalarında sümük zədələnməsi ilə bərabər molekulyar silkələnmə zonası bəzən bütün bir segmenti tutur. Odur ki, belə yaralanmalarda çox vaxt ətrafın amputasiyası həyatın saxlanılması üçün yeganə çıxış yolu hesab oluna bilər.

Ətraf zədələnmələrindən ən ağırı bud yaralanmaları hesab olunur. Böyük Vətən müharibəsi illərində budun bütün odlu silah yaralanmasının 12,8%-də anaerob infeksiya, 9,5%-də sepsis, 31,1%-də osteomyelit əmələ gəlmişdir. Budun odlu silah yaralanmasında yara geniş açılmalı, fassiyaların yarılması ilə ətrafda optimal dekompressiya həyata keçirilməli, yara antiseptiklərlə yuyulmalı və drenaj olunmalıdır. Amputasiyanın lazım gəldiyi hallarda kəsilmiş ətrafda qalmış qanın reinfuziyası da nəzərdən qaçırılmamalıdır. Bu məqsədlə ətrafdakı qan 8 qat tənzifdən keçirilməlidikdən sonra heparin əlavə edilməklə keçürülə bilər. Bu üsul bizim təcrübəmizdə yalnız ətrafda əzilmə və dərin çirklənmə olmadığı hallarda tətbiq edilmişdir.



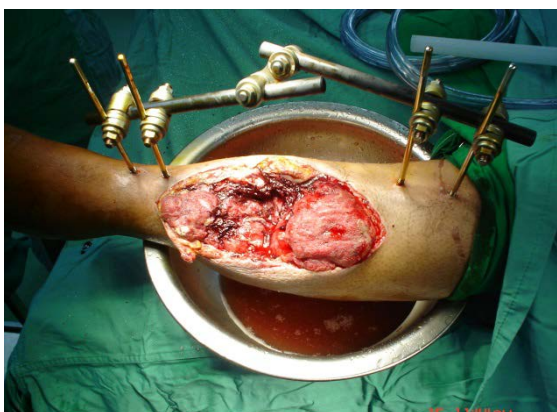
Şəkil 26.9 Budun travmatik amputasiyası ilə nəticələnmiş dağılmış yarası (Şəxsi təcrübəmizdən)

Baldır sümüklərinin odlu silah sınıqlarının gedişi və müalicəsi öz xüsusiyyətlərinə görə fərqlənir. Böyük Vətən müharibəsi illərində baldır sümüklərinin sınıqları zamanı 41,8% halda ostomyelitlə müşahidə edilmiş, nəticə etibarilə yalançı oynaq əmələ gəlmişdir. Bunun əsas səbəbi baldırın qan damarları ilə nisbətən zəif təchiz olunması və həmin nahiyənin infeksiyaya qarşı daha həssas olmasıdır. İrəliləyən proses fonunda sümük qəlpələri yad cisim rolunu oynayaraq infeksiya mənbəyinə çevrilir və antibakterial preparatların tətbiqi həmişə müsbət nəticə vermir. Böyük sümük defektlərinin olması bərpə müalicəsində bir çox problemlərin meydana çıxmasına səbəb olur.



Şəkil 26.10 Mina-partlayış yaralanması nəticəsində sol baldırın travmatik amputasiyası (şəxsi təcrübəmizdən) (x/t 3103)

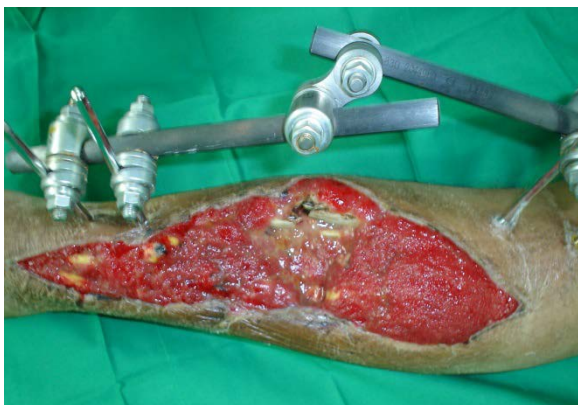
Ətrafların dağılmış və qəlpəli sınıqları əksər halda travmatik şokla müşayiətlənir. Yara nahiyəsinin lazımınca fiksə olunmadığı hallarda və massiv qanitirmələr zamanı travmatik şok daha ağır keçir. Anaerob infeksiya və sepsis bud və baldırın dağılmış odlu silah yaralanmaları zamanı daha çox müşahidə edilir. Ətrafların gecikmiş və keyfiyyətsiz hərəkətsizləşdirilməsi və yaraların qeyri-düzgün cərrahi işlənməsi zamanı infeksiyon fəsadlaşmalar daha çox müşahidə edilir. Bura osteomielitlərin əmələ gəlməsi də aiddir. II Dünya müharibəsi illərində bud və baldır sümüklərinin sınıqları zamanı osteomielitlər təxminən yaralıların yarısında müşahidə olunmuşdur. Odlu silah yaralanmaları nəticəsində baş vermiş osteomielitlər hematogen osteomielitdən tamamilə fərqlənir. Bu zaman sümüyə infeksiya ətraf yumşaq toxumalardan daxil olur.



a)



b)



c)



ç)

Şəkil 26.11 Ətrafın geniş odlu silah yaralanmasının açıq üsulla müalicəsi qaydası: a) Ətrafın ocaqdankənar fiksasiyası və yaranın antiseptiklərlə yuyulması; b) Ətrafın rentgen şəklində sümük defekti müşahidə olunur. c) Zədə nahiyəsində qranulyasiya toxuması əmələ gəlmişdir. ç) Zədə nahiyəsinə dəri plastikası həyata keçirilmişdir (şəxsi təcrübəmizdən).

İnfeksiyaya əsasən sınıq nahiyəsində nekrotik dəyişikliyə uğramış sümük toxuması məruz qalır. Bəzən proses sümük boyunca bütün bir sinqmenti tutaraq, fleqmona şəklində oynaqalara da keçə bilər. Sümüyün zədələnmiş hissəsinin kənarlarında demarkasiya xətti əmələ gəlir, sonra isə sekvestrasiya baş verir. Sümük toxumasının sekvestrasiyası (fraqmentasiyası) uzunmüddətli xronik proses olub, vaxtaşırı kəskinləşmə verir. Sümük iliyində irinli-çürüntülü parçalanma prosesinin yalnız məhdud şəkildə müşahidə olunmasına baxmayaraq, bir sıra hallarda kəskin odlu silah osteomieliti (sümük iliyinin yayılmış irinli metastazı) müşahidə olunur. Bu sepsisin əmələ gəlməsi və yaralının ölümü ilə nəticələnmə bilər. Prosesin bəzən xronik hala keçməsi də məlumdur. Məhdud formalı osteomielitlər orqanizmin müqavimət qabiliyyətindən asılı olaraq sağalma ilə nəticələnsə də, əksər hallarda bunlar irinli ocaqların və fistulaların meydana çıxması ilə nəticələnir.

Müqavimət qabiliyyəti aşağı düşmüş yaralılarda sümük konsolidasiyası zəif gedir, bəzi hallarda isə bu proses tam dayanmış olur. Bir sıra hallarda irinli proses kəskinləşərək fleqmonaların və irinli

tromboflebitlərin əmələ gəlməsinə səbəb olur. Nəzərə almaq lazımdır ki, epifizar osteomielitlərdə demarkasiya zəif getdiyi üçün iltiabi proseslər oynaqlara və paraartikulyar sahələrə də yayıla bilər.

Arektiv xəstələrdə bəzən odlu silah osteomieliti daha gec müddətlərdə (yaralandıqdan 4-5 həftədən sonra) müşahidə olunur. Bu, özünü yara nahiyəsində zəif qranulyasiya fonunda şişkinlik, subfebril temperatur, palpator ağrılar və yaradan irinli möhtəviyyatın xaric olması ilə göstərir. Osteomielitlər daha gec dövrlərdə yarada fistulanın əmələ gəlməsi və sümük qəlpələrinin (sekvestrələrin) xaric olması şəklində aşkar olunur. Düzgün diaqnoz rentgen müayinəsindən sonra təyin edilir.

Yalançı oynaqlar. Zəif konsolidasiyadan fərqli olaraq, yalançı, oynaqlarda konsolidasiya prosesi tamamilə kəsilmiş, rentgen müayinəsində isə sümük kanalı mənfəzi bağlanmış şəkildə olur. Yalançı oynaqlar çox vaxt yuxarı ətrafın dağılmış və çoxsaylı qəlpəli sınıqlarından sonra əmələ gəlir. Sümüklərin geniş şəkildə zədələnməsi, yaranın çirklənməsi, osteomielitlərin baş verməsi, yaranın birincili cərrahi işlənməsi zamanı həddən artıq radikalizmə yol verilməsi və bununla əlaqədar böyük sümük defektlərinin yaranması, ətrafın qeyri-düzgün fiksasiyası, bədənin reaktivlik qabiliyyətinin enməsi, avitaminoz, hipoproteinemiya halı həmçinin yalançı oynaqların əmələ gəlməsi üçün şərait yaratmış olur. Yalançı oynaqların diaqnozunun qoyulması bir o qədər də çətin deyildir. Bu həm fiziki müayinə üsulları ilə, həm də rentgen müayinəsi ilə asanlıqla təyin edilir.

26.2.2. OYNAQ ZƏDƏLƏNMƏLƏRİ, KLİNİKASI, SİMPTOMATOLOGİYASI VƏ DİAQNOZUN TƏYİNİ

II Dünya müharibəsi illəribə böyük oynaqların zədələnməsi nisbətən çox, o cümlədən 24%-bazu, 22,9%-dirsək, 6,6% bud-çanaq, 31% diz, 13,8% aşıq oynaqında, bir neçə oynaqın birlikdə odlu silah yaralanması isə 1,7% halda müşahidə edilmişdir. Bütün yaralanmaların 57,3%-i oynaq daxilinə keçmişdir. Oynaq daxilinə keçməyən yaralanmaların 85,2%-də zədələnmə yalnız yumşaq toxumalarda olmuşdur. Daxilə keçən oynaq yaralanmalarında 86% halda sümüklərin də zədələnməsi aşkar olunmuşdur (Ö.Q.Şapoşnikov, 1984). Biz də öz təcrübəmizdə təxminən buna yaxın məlumatlar əldə etmişik.

Oynaqların odlu silah yaralanmaları dəlib-keçən, kor və toxunan istiqamətli olur. Zədələnmələr yumşaq toxumaların, sümüklərin, damar və sinirlərin də zədələnməsi ilə birlikdə təsadüf edilə bilər.

Oynaqların iltihabı aşağıdakı formalarda müşahidə edilir:

1. Seroz, seroz-fibrinoz iltihab,
2. Oynağın irinli iltihabı,
3. Panartrit –bu, oynaq kapsulunun fleqmonası və absessi şəklində keçir,
4. Osteoartrit –epifizin osteomieliti,
5. Çürüntülü panartrit –oynağın bütün toxumalarında çürümə prosesi baş verir.

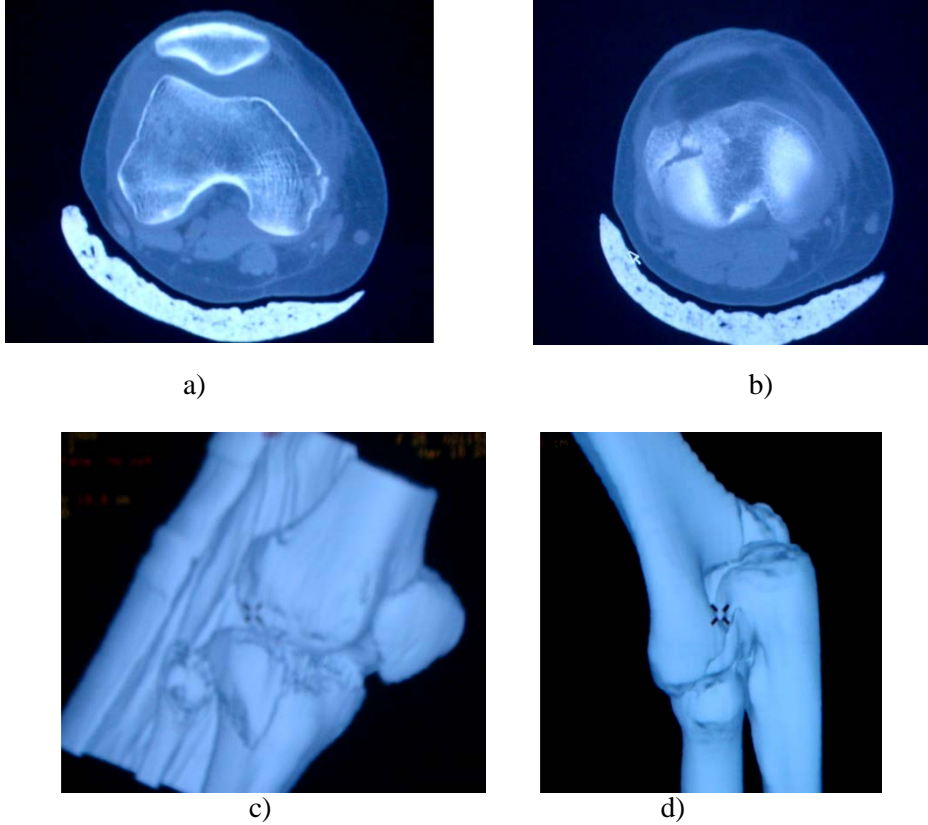
Oynaqların odlu silah yaralanmalarının klinik gedişi yaralanmanın xarakterindən çox asılıdır. Ola bilər ki, ilk saatlarda hətta ağır yaralanmalardan sonra belə, klinik əlamətlər aydın hiss olunmasın. Hemartroz, travmatik şok və infeksiyanın meydana çıxması ilə əlaqədar olaraq, oynaq yaralanmalarının klinik əlamətləri daha aydın nəzərə çarpır.

Aşağı ətraflarda oynaq zədələnmələri zamanı travmatik şok, yuxarı ətraflara nisbətən təqribən iki dəfə artıq müşahidə olunur. Oynaq yaralanmaları zamanı damar və sinirlərin zədələnmələrinin aşkarlanması vacibdir. Bu zaman travmatik şok daha ağır keçir və anaerob infeksiyanın inkişaf etməsi ehtimalı çoxalır.

Oynaq zədələnmələri (yaralanmaları) geniş və dərin olduğu hallarda, xüsusilə yaradan sinovial maye xaric olduqda diaqnozun təyini bir o qədər çətinlik törətmir. Lakin kiçik nöqtəvi yaralanmalarda bu bir qədər çətin olur. Ona görə də, yaralı ətraflı müayinə olunmalı, yaranın giriş və çıxış nöqtələri, yara

kanalı yoxlanılmalı, oynaqda hərəkətin məhdudluq dərəcəsi, fəal və qeyri-fəal hərəkətlər zamanı ağrıların meydana çıxması və s. nəzərə alınmalıdır. Diaqnozun qoyulmasında rentgen müayinəsinin xüsusi əhəmiyyəti vardır. Qarının aşağı hissələri və aralıq nahiyəsinin yaralanmalarında bud-çanaq oynaqının da yanaşı zədələnməsinin olub-olmaması yoxlanılmalıdır.

N.V., 22 yaşlı, 29.12.94 tarixdə 23.05 radələrində hospitala sol diz oynaqını dəlib-keçən güllə yarası, II-III dərəcəli şok diaqnozu ilə daxil olmuşdur (x/t 4748). Nəbzi 120 ritmik, A/T 75/40 mm c.s.-dur. Sol diz oynaqı nahiyəsində 0,6x0,8 sm ölçüdə dəlib-keçən yara qeyd edilir. Yaradan sinovial mayenin gəlməsi yara kanalının oynaq daxilinə keçdiyini təsdiq edir. Ümumi anesteziya şəraitində yara birincili cərrahi işləndi, oynaq boşluğu yuyuldu və drenaj olundu, yara aseptik sarındı və ətraf fiksə olundu. 3 gün sonra yaralı Bakı şəhərinə təxliyə olundu.



Şəkil 26.12. Oynaq zədələnmələrinin stereo kompüter tomoqramması a) Bud sümüyünün oynaqdaxili sınığı b) Qamış sümüyünün oynaqdaxili sınığı c) Diz oynaqının, d) Dirsək oynaqının stereoskopik kompüter tomoqramması, oynaqdaxili sınıqlar qeyd edilir (şəxsi təcrübəmizdən)

Zədələnmələrin xarakterinin təyində dinamik müşahidənin xüsusi əhəmiyyəti vardır; hərəkətin yüksəlməsi, yaradan bulanıq, sonralar isə irinli sinovial mayenin xaric olması, irinli fəsadlaşmaların olmasını təsdiq edir. Oynaqın punksiyası və punktatin bakterioloji müayinəsi diaqnozun təyini asanlaşdırır.

26.2.3. ƏLİN ODLU SILAH YARALANMALAR. YARALANMALARIN XARAKTERİSTİKASI VƏ MÜALİCƏNİN HƏYATA KEÇİRİLMƏSİ PRİNSİPİ

Əlin odlu silah yaralanmaları bütün yuxarı ətraf yaralanmaların 20-25%-ni təşkil edir. Əl yaralanmaları əsasən üç qrupa bölünür:

1. Məhdud zədələnmələr
2. Geniş zədələnmələr
3. Əlin tam dağılması ilə müşahidə olunan yaralanmalar.

Əlin zədələnməsi onun anatomik quruluşuna və insanın gündəlik həyatında ən vacib funksiyaların yerinə yetirilməsində daha əhəmiyyətlidir. Buna görə də əlin odlu silah yaralanmalarının müalicəsi adətən iki mərhələdə aparılır: birinci mərhələdə qanaxma dayandırılır və toxumalar qanaətlə kəsilib götürülür və yaranın infeksiyalaşmasına qarşı tədbirlər həyata keçirilir. Bir neçə gündən sonra cərrahi əməliyyat ölü toxumaların əlavə kəsilib götürülməsi, orqanə funksional və kosmetik görkəm verilməsi ilə başa çatdırılır. Operativ müdaxilənin məzmunu yaralanmanın xarakteri və ilkin müraciətin müddətindən çox asılıdır. Müalicə prosesində xəstənin yaşı, ümumi vəziyyəti və sənəti də nəzərə alınmalıdır.

Əlin bütün yaralanmalarının 3/4 hissəsi məhdud zədələnməyə aiddir. Geniş yaralanmalarda əlin funksiyası uzun müddət pozulmuş olur (Şəkil 26.12). Sağalmadan sonra isə iş görmə qabiliyyəti tam, yaxud qismən bərpa olunur. Dağılmış yaralanmalarda isə əl bir orqan kimi sıradan çıxır.

Yaraların birincili cərrahi işlənməsinə birbaşa göstəriş, əsasən magistral damarların zədələnməsi, çoxsaylı sınıq və çıxıqların olmasıdır. Bir sıra hallarda üzülmüş orqanın implantasiyasına da cəhd göstərmək lazımdır. Bu, ixtisaslaşdırılmış tibb müəssisələrində həyata keçirilir.

Əlin geniş skalp yaralanmalarının cərrahi işlənməsinin ixtisaslaşdırılmış tibb müəssisələrində (plastik cərrahiyyə şöbələrində) yerinə yetirilməsi daha məqsədəuyğundur. Döyüş şəraitindən asılı olaraq bu əməliyyat təxliyənin son mərhələsinə qədər ixtisara salına bilər. Belə hallarda qanaxma saxlanıldıqdan sonra yaranın antiseptik sarınması və patoloji nahiyənin fiksə olunması ilə kifayətlənmək olar. Əlin amputasiyası yalnız ciddi göstəriş əsasında yerinə yetirilməlidir. Xüsusilə baş barmağın amputasiyası məsələsində ehtiyatlı olmaq lazımdır(!).

Ixtisaslaşdırılmış müalicə müəssisəsində nekrotik toxumalar aşkar olduqca bunlar hissə-hissə kənar edilməli, yara nahiyəsi sarınmazdan əvvəl hər gün kvarsınmalı, antibiotiklərlə futlyar novokain blokadası həyata keçirilməlidir.



Şəkil 26.13. Əlin çoxsaylı çapılmış-kəsilmiş yarası (şəxsi müşahidələrimizdən).



a)



b)

Şəkil 26.14 a-b). Ayaq pəncəsinin geniş cırılmış yarası, cərrahi işlənmədən əvvəl və sonra

Əlin anatomik strukturunun bərpası sınıqlarının repozisiyasından başlanılmalıdır. Bu məqsədlə sümük qəlpələri (fraqmentləri) nazik metal millərlə fiksə olunmalıdır. Zədələnmiş daraq sümükləri eyni adlı sümüklərə fiksə edilə bilər. Əgər oynaq nahiyəsində böyük sümük defekti varsa və oynağın bərpası mümkün deyilsə, axırıncı barmağın funksional vəziyyətində artrodez edilməlidir. Bir sıra zədələnmələrdə əlin funksiyalarının daha erkən bərpası üçün aparat müalicəsindən də istifadə edilməlidir.

Vətərlərin bərpası kəsilmiş yaralardan fərqli olaraq odlu silah yaralanmalarında təxirəsalınmış şəkildə həyata keçirilməlidir. Bu məqsədlə müasir travmatik iynələrdən və tikiş materiallarından istifadə edilməsi daha məqsədəuyğundur. Bükücü səthi vətərlərin ciddi zədələnmələrində onların bərpası dərin vətərlərin hesabına bərpa olunmalıdır. Bu zaman vətərin periferik didilmiş hissəsi kəsilib atılır. Əlin funksiyasının bərpası xüsusi bərpa və reabilitasiya mərkəzlərində başa çatdırılmalıdır. Burada fizioterapevtik müalicə üsullarından, əmək terapiyasından geniş istifadə olunmalıdır.

26.2.4. AYAĞIN ODLU SILAH YARALANMALARI. YARALANMALARIN XARAKTERİSTİKASI, MÜALİCƏNİN HƏYATA KEÇİRİLMƏSİ PRİNSİPLƏRİ

Ayağın odlu silah yaralanmaları yalnız yumşaq toxumaların zədələnmələri və yumşaq toxumaların sınıqlarla birgə zədələnmələri şəklində müşahidə edilir. Axırıncı formalı zədələnmə daha çox təsadüf olunur. Xüsusilə, ayağın dağılmış yaralanmaları orqanın qismən, bəzən isə bütünlüklə sıradan çıxmasına səbəb olur. Bu, mina yaralanmalarında daha çox müşahidə olunur. Ayaq yaralanmalarında arxa qamış və ayaqarxası arteriyanın zədələnməsi hallarında çoxlu qanaxma müşahidə olunur. Bu, travmatik şok ilə keçir və sonralar yaranın infeksiyalaşması və osteomyelitlə fəsadlaşır. Bəzən sepsis və anaerob infeksiya ilə fəsadlaşma halları da müşahidə olunur.

Ayaq bədənin ən distal hissəsi olduğundan və qanla pis təchiz olduğundan, həmin sahələrdə yaraların sağalma prosesi ləng gedir. Burada yaraların çirklənməsi yüksək olduğundan anaerob və çürüntülü infeksiyanın əmələ gəlməsi ehtimalı da artır. Bu, anemiyalı və şok vəziyyətində olan aşağı təzyiqli yaralılarda daha çox təsadüf edilir.

Yaralanma müştərəklik təşkil etdikdə və ətrafda məqstral damarların və sinirlərin də zədələnməsi yaralanmanın daha ağır keçməsinə səbəb olur. Nəticə etibarilə bir sıra hallarda pəncənin qanqrenası ilə əlaqədar amputasiyanın həyata keçirilmə məcburiyyəti yaranır.

Pəncənin odlu silah yaralarında ilk növbədə ətraf fiksə olunmalıdır. Bu məqsədlə standart və düzəltmə şinlərdən istifadə olunur. Arterial qanaxma zamanı ətrafa turna qoyulmalıdır.

İlk həkim yardımında qoyulmuş şin və sarğılara düzəlişlər verilir, əgər turnanın qoyulma vaxtı keçmişdirsə, axırıncı açılmalı, yenidən yarıya daha yaxın məsafədən qoyulmalıdır.

İxtisaslı yardım –yaranın birincili cərrahi işlənməsi yaranın geniş açılmasından, hemostazın aparılması və həyati qabiliyyəti olmayan toxumaların kəsilib götürülməsindən ibarətdir. Dəri xüsusilə ayaqaltı sahədə qənaətlə kəsilməlidir. Yad cisimlər çıxarılmalı, iti kənara malik sümüklərin ucları kəlbətinlə kəsilib hamar hala salınmalıdır. Yara antiseptiklərlə yuyulmalı və drenaj edilməlidir. Ayağın yaralarında birincili və istərsə də təxirəsalınmış tikişlərin qoyulması məsləhət görülmür.

Yumşaq toxumaların və sümüklərin geniş sahədə zədələnmə hallarında pəncənin saxlanması qeyri mümkün olduqda ilkin amputasiya həyata keçirilməlidir.

Ayağın distal hissələrinin zədələnməsi zamanı yara nekrotik toxumalardan təmizlənməli və həyati qabiliyyəti olmayan hissələrdə atipik amputasiyalar yerinə yetirilməlidir. Amputasiyalar zamanı ayaqaltı toxuma mümkün qədər uzun saxlanılmalıdır ki, gələcəkdə güdülün formalaşması üçün çətinlik yaranmasın. Güdül tikilməməlidir. Dağılmış və havada asılı qalan barmaqlar amputasiya olunmalıdır. Metatarzal hissənin geniş və dağılmış yaralanmasında amputasiya Şopar oynağı bərabərindən aparılmalıdır. Güdülün asılmış vəziyyətdə sallanmaması üçün ön qamış əzələsinin vətərinin imkan daxilində saxlanılmasına çalışmaq lazımdır.

Ayağın proksimal hissəsinin zədələnmələrində, yaxud dağılması hallarında, onun tam üzülmüş vəziyyətlərində ətraf baldırın aşağı 1/3-i səviyyəsindən amputasiya olunmalıdır. Hərəkətsizləşdirmə gips sarğısı ilə başa çətdirilməlidir.

26.3. ƏTRAFLARIN QEYRİ-ODLU SİLAH MƏNŞƏLİ YARALANMALARINI, YARALANMALARIN XARAKTERİSTİKASI, MÜALİCƏNİN TƏŞKİLİ VƏ YARDIMIN HƏYATA KEÇİRİLMƏSİ QAYDALARI

Hərbi xidmət şəraitində bir sıra hallarda ətrafların qeyri-odlu silah yaralanmaları da təsadüf olunur. Bu, təxminən bütün ətraf yaralanmalarının 1-2%-dən çox olmur. Odlu silah yaralanmalarından fərqli olaraq, bu tipli zədələnmələr nisbətən yüngül klinik gedişə malikdir və onların müalicəsi nisbətən asandır. Bu tipli yaralanmalarda mürəkkəb lokal zədələnmə zonaları qeyd edilmir. Soyuq silah yaralanmalarında yara kənarları bir qayda olaraq hamar olur. Praktiki olaraq yarada kontuzion və molekulyar silkələnmə zonaları və yara ətrafında hematomalar müşahidə olunmur. Yalnız kəsici alət kifayət qədər iti olmadıqda (kütləşdikdə) yara ətrafında əzilmə zonası müşahidə oluna bilər. Tətbiq olunmuş silahın növündən asılı olaraq, soyuq silah yaraları kəsilmiş, deşilmiş, çapılmış və i.a. formalarda müşahidə oluna bilər. Burada da odlu silah yaralanmalarında olduğu kimi yara kanalı toxunan istiqamətli, kor və dəlib-keçən formalarda təsadüf olunur. Yaralanmalar odlu silah yaralanmalarında olduğu kimi xaraktercə təcrid olunmuş (təksaylı), çoxsaylı və müştərək şəkildə müşahidə olunur. Ağırliq dərəcəsinə görə yaralanmalar yüngül, orta ağırliqlı və ağır formalarda aşkarlanır. Çoxsaylı və müştərək yaralanmalar arasında ağır yaralılar daha çox təsadüf edilir. Yaralanmalar zamanı magistral damarların zədələnməsi daha təhlükəlidir. Bu zaman yardımın vaxtında həyata keçirilməməsi massiv qanitmələrə və nəticə etibarilə ölüm halının baş verməsinə səbəb ola bilər.

Ətrafların qeyri-odlu silah yaralanmalarının diaqnostikası bir o qədər çətinlik törətmir. Diaqnoz fizikal, laborator və yardımçı müayinə üsulları əsasında təyin olunmalı, xüsusilə hospitala yaralıların çoxlu miqdarda daxil olduğu hallarda hərbi-səhra cərrahiyyəsinin prinsipləri gözlənilməli, yardımın növbəliliyi məqsədlə yaralılar çeşidlənməlidirlər. Yara müayinə olunmalı, yara kanalının forması, onun dərinliyi, magistral damarların vəziyyəti, ətrafın qanla təchizatı, parez və ifliclərin olması yoxlanılmalıdır. Yara kanalı adətən sadə olur. Bir sıra hallarda isə yaralanmanın mexanizmindən asılı olaraq, yara kanalı mürəkkəb xarakterə malik ola bilər. Soyuq silah yaralanmalarında da yara kanalı toxunan istiqamətli, kor və dəlib-keçən formada olur. Başlıca fərq bundan ibarətdir ki, qeyri-odlu silah yaralanmalarında kontuzion və molekulyar silkələnmə zonaları təsadüf olunmadığından, operativ müdaxilə zamanı burada yaranın təftişi kifayət edir. Əgər yara kanalı daxilə keçməmişsə, adətən seroz boşluqların açılmasına və daxili orqanların təftişinə ehtiyac qalmır.

Yaranın müayinəsi ilə bərabər yaranın ümumi vəziyyəti də nəzərə alınmalı, lazım gəldiyi hallarda həyati-vacib orqanların vəziyyəti yoxlanılmalı, qanitmənin həcmnin birbaşa və dolaylı yolla təyini yerinə yetirilməlidir. Bu, eyni zamanda operativ müdaxiləyə göstərişin və ağrısızlaşdırmanın əsaslandırılması üçün vacibdir. Çoxlu qanitmələr zamanı yaralı şok vəziyyətində olur. Dövrən edən qanın həcmnin azalması uzunmüddətli hipotoniya vəziyyətinin yaranmasına və ilk növbədə beyin toxumasının perfuziyasının pozulmasına səbəb olur. Bu, şokun dərinləşməsinə gətirib çıxarır.

Odur ki, belə hallarda yaralıların operativ müdaxiləyə götürülməsindən əvvəl müvafiq hazırlığın aparılması, infuzion-transfuzion terapiyanın həyata keçirilməsi vacibdir. Operativ müdaxilə zamanı yara təftiş olunmalı, xüsusilə çirklənmiş yaralar antiseptik məhlullarla diqqətlə yuyulmalı, qanaxmanın qarşısı alınmalı, yara tikilməlidir. Qeyri-odlu silah yaralarının tikilməsi zamanı yarada boşluq qalmamalıdır. Çünki bu, sonralar yara boşluğunda qan və seroz mayenin toplanmasına və nəticə etibarilə irinləməyə səbəb ola bilər. Bunun qarşısının alınması üçün yara kanalı bilavasitə yaradan, yaxud yaradankənar sahədən drenaj olunmalıdır. Operativ müdaxilədən sonra hematomanın əmələ gəlməməsi üçün yara nahiyəsinə 2 saat müddətinə soyuq (buz) qoyulması da yaxşı nəticə verir.

Bir daha qeyd etmək lazımdır ki, odlu silahlardan fərqli olaraq, soyuq silah yaralanmalarında “yan zərbə sindromu” istisna olunur. Yaraların təftişi zamanı yara kanalının daxilə keçməməsi orqanların zədələnməsi ehtimalını aradan qaldırır.

Yaralılara ilk yardım hadisə yerində həyata keçirilməli, yaralar antiseptik məhlullarla silinib, fərdi sarğı paketi vasitəsilə aseptik sarınmalı, antibiotiklər və profilaktik zərdablardan istifadə edilməlidir. Güclü arterial qanaxmalar zamanı ətrafa qankəsici turna qoyulmalı, venoz qanaxmalar zamanı adi basıcı sarğılarla kifayətlənməlidir. Lazım gələrsə, yara kanalı steril materialla tamponada olunmalı, yaralı

birbaşa ixtisaslı yardım mərhələsinə çatdırılmalıdır. Döyüş şəraiti ilə əlaqədar yaralının ixtisaslı yardıma gecikdirildiyi hallarda ilk həkim yardımı həyata keçirilməli, anemiyalı və hipotenziya vəziyyətində olan yaralılara infuzion-transfuzion terapiya və şok əleyhinə müalicə tətbiq edilməlidir.

26.4. ƏTRAFLARIN MEXANİKİ ZƏDƏLƏNMƏLƏRİ. MEXANİKİ ZƏDƏLƏNMƏLƏRİN KLİNİKASI, SİMPATOMATOLOGİYASI VƏ DİAQNOSTİKASI, MÜALİCƏSİNİN TƏŞKİLİ, YARDIMIN HƏYATA KEÇİRİLMƏSİ QAYDALARI

Ətrafların mexaniki zədələnmələri də döyüş şəraitindən asılı olaraq müşahidə oluna bilər. Bu tipli zədələnmələr həmçinin dinc dövrdə də müşahidə olunur. Mexaniki zədələnmələrə yol-nəqliyyat hadisələri, istehsalat zədələnmələri (bura hərbi xidmət sahəsində baş verən mexaniki zədələnmələr də daxildir) və məişət zədələnmələri aiddir. Zədələnmələr ağırlıq dərəcəsinə görə yüngül, orta ağırlıqlı və ağır ola bilər. Yol-nəqliyyat hadisələri zamanı zədələnmələr daha ağır olur. Xaraktercə zədələnmələr təcrid olunmuş, çoxsaylı və müstəqil xarakterə malik olurlar. Müstəqil zədələnmələr həmçinin digər orqan və sistemlərin zədələnmələri ilə (kəllə-beyin zədələnmələri, fəqərə sütununun, döş qəfəsinin, qarın boşluğunun, çanağın və çanaq orqanlarının zədələnmələri ilə) əlaqədar olduğundan, bunlar daha ağır gedişə malikdirlər. Az hallarda da olsa, zədələnmələr bəzən yanıqlar, donmalarla kombinə şəkildə müşahidə oluna bilər. Çoxsaylı, müstəqil və kombinə olunmuş zədələnmələr zamanı qarşılıqlı ağırlaşma sindromunun baş verməsi xəstələrin vəziyyətinin daha da pisləşməsinə gətirib çıxarır. Travmatik şokla başlayan bu simptomokompleks, sonralar özünü poliorqan çatmamazlıq şəkildə göstərir.

Mexaniki zədələnmələr dəri tamlığının pozulmasından asılı olaraq, qapalı və açıq xarakterə malik olur. Açıq zədələnmələr dərinin sıyrılmasından tutmuş yara nahiyəsində toxumaların əzilməsi, dərinin deşilməsi, cırılması və parçalanması şəkildə müşahidə olunur. Qapalı zədələnmələr ətrafın uzun müddət sıxılması, toxuma qansızmaları və hematomalar, toxumaların kontuziyası və qapalı sınıqlar şəkildə aşkarlanır. Sınıq fraqmentlərinin dərinə zədələnməsi zədələnməyə açıq xarakter verə bilər. Açıq zədələnmələrdə infeksiyanın baş verməsi təhlükəsi daha çox olduğundan, bunlar qorxuludur. İstər ağır qapalı zədələnmələr və istərsə də açıq zədələnmələr zamanı yaralılar şok vəziyyətində olurlar. Qapalı zədələnmələr zamanı sınıq nahiyəsindəki hematomaların, açıq zədələnmələrdə isə xarici qanaxmaların hesabına dövrən edən qanın həcmnin azalması onların vəziyyətlərinin ağırlaşmasına səbəb olur. Həmçinin ağrı qıcığı ilə əlaqədar damarların spazmı, periferik damarlarda şuntlanmanın getməsi, asidoz, hipoproteinemiya, su-duz mübadiləsindəki pozğunluqlar zədə xəstəliyinin məzmununu təşkil etməklə poliorqan çatmamazlıqla nəticələnir. Zədələnmənin çoxsaylı və müstəqil halda müşahidə olunması, eyni zamanda həyati-vacib orqanların da zədələnməsi xəstələrin vəziyyətinin daha da ağırlaşmasına gətirib çıxarır. Burada təkəcə daxili boşluqlu, yaxud parenximatöz orqanların qapalı zədələnməsindən əlavə, həmin orqanların kontuziyası da ağırlaşdırıcı amil kimi qeyd olunmalıdır. Xüsusilə divararalığının (ürəyin və aortanın) və ağciyərlərin kontuzion zədələnmələri qan dövrəsinin ləngiməsinə, anemiya

Zədələnmələr zamanı ilk- və həkiməqədərki yardım hadisə yerində, yaxud döyüş bölgəsində yerinə yetirilməlidir. Bunun məzmunu qanaxmanın saxlanması, şok və asfiksiyaya qarşı tədbirlərin həyata keçirilməsindən, xəstə və yaralıların hadisə yerindən çıxarılmasından ibarətdir.

Yaralılar imkan daxilində birbaşa ixtisaslı, yaxud ixtisaslaşdırılmış yardım mərhələsinə təxliyə olunmalıdırlar. Lakin döyüş şəraitindən asılı olaraq onların bu yardım mərhələlərinə çatdırılmasının gecikdiyi hallarda ilk həkim yardımı yerinə yetirilməlidir. Bunun məzmunu infuzion-transfuzion terapiyanın və şok əleyhinə tədbirlərin yerinə yetirilməsi, zədələnmiş ətrafların fiksə olunması və s. tədbirlərdən ibarətdir. Hospitalara birbaşa çatdırılmış xəstə və yaralılara ilk həkim yardımı hospitalın qəbul şöbəsində, yaxud çeşidləmə palatalarında həyata keçirilməlidir.

Zədələnmələr zamanı ilk- və həkiməqədərki yardım hadisə yerində, yaxud döyüş bölgəsində yerinə yetirilməlidir. Bunun məzmunu qanaxmanın saxlanması, şok və asfiksiyaya qarşı tədbirlərin həyata keçirilməsindən, xəstə və yaralıların hadisə yerindən çıxarılmasından ibarətdir.

Yaralılar imkan daxilində birbaşa ixtisaslı, yaxud ixtisaslaşdırılmış yardım mərhələsinə təxliyə olunmalıdırlar. Lakin döyüş şəraitindən asılı olaraq onların bu yardım mərhələlərinə çatdırılmasının gecikdiyi hallarda ilk həkim yardımı yerinə yetirilməlidir. Bunun məzmunu infuzion-transfuzion terapiyanın və şok əleyhinə tədbirlərin yerinə yetirilməsi, zədələnmiş ətrafların fiksə olunması və s. tədbirlərdən ibarətdir. Hospitalara birbaşa çatdırılmış xəstə və yaralılara ilk həkim yardımı hospitalın qəbul şöbəsində, yaxud çeşidləmə palatalarında həyata keçirilməlidir.

İxtisaslı və ixtisaslaşdırılmış cərrahi yardım şəraitdən asılı olaraq ön- və arxa hospitalarda həyata keçirilməlidir. Bunların fərqli tərəfi ondan ibarətdir ki, ixtisaslı yardım şəraitdən asılı olaraq ixtisarla

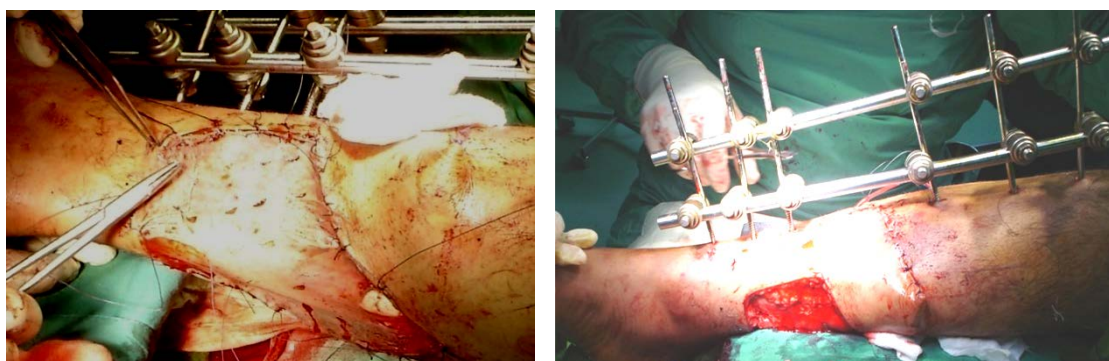
yerinə yetirilə bilər, yaxud yaralılar birbaşa müalicənin son mərhələsinə gətirilə bilərlər. İxtisaslaşdırılmış yardım mərhələsində isə müalicə tam həcmdə və yaralıların tam sağalmasına qədər yerinə yetirilir və hərbi-həkim komissiyası ilə başa çatdırılır. Qeyd etmək lazımdır ki, xüsusilə yol-nəqliyyat hadisələri zamanı nəqliyyat vasitəsinin yüksək sürəti ilə əlaqədar olaraq baş verən zədələnmə halları (odlu silah yaralanmalarında olduğu kimi) yüksək kinetik enerji ilə əlaqədar olur. Bu zaman çəkisi 1 kiloqram olan orqan 80-90 kiloqram qüvvə ilə hərəkət edir. Belə bir şəraitdə cırılmış, yaxud parçalanmış yaralar da odlu silah yaraları kimi qiymətləndirilməli, zədə nahiyəsinin cərrahi işlənilməsi zamanı nekrotik toxumalar (qənaətlə) kəsilib götürülməli, dəriyə seyrək yaxınlaşdırıcı tikişlərin qoyulması ilə kifayətlənmək lazımdır. İnfeksiya əlaməti olduğu hallarda isə dəri ümumiyyətlə tikilməməlidir.



a)

b)

Şəkil 26.15 Baldır nahiyəsinin geniş dilimli (loskutlu) zədələnməsi a) əvvəl, b) yardım göstərildikdən sonra



Şəkil 26.16 Sınıq nahiyəsinin aparatla fiksasiyası və dəri köçürülməsinin həyata keçirilməsi qaydası (şəxsi təcrübəmizdən).

26.5. ƏTRAF YARALANMALARİ VƏ ZƏDƏLƏNMƏLƏRİ ZAMANI MƏRHƏLƏLİ YARDIMIN TƏŞKİLİ VƏ ONUN YERİNƏ YETİRİLMƏSİ QAYDALARI

İlk- və həkiməqədərki yardım –bütün yaralar sarınmalı, qanaxmanın müvəqqəti saxlanması məqsədilə ətrafa turna, yaxud kip sarğılar qoyulmalıdır. Magistral damarların zədələnmələrində qanqəsici turnaların qoyulması vacibdir. Ətrafların distal seqmentlərinin zədələnmələrində isə qanaxmalar kip basıcı sarğıların qoyulması, yaxud yaranın tamponadası ilə də saxlanıla bilər. Ətrafın sıradan sıxdığı hallarda turnalar ikincili qanaxmaların saxlanması və toksemiyanın qarşısının alınması məqsədilə qoyulur. Sınıqlar və oynaq zədələnmələrində, eləcə də magistr al damarların zədələnmələrində ətraf hərəkətsizləşməlidir.

İlk həkim yardımını mərhələsində qanla islanmış və boşalmış sarğılar təzəsi ilə əvəz edilməli, turnanın qoyulduğu vaxta nəzarət edilməli, imkan olduqca zədələnmiş damar yarada tikilməli, yaxud arterial sıxıcıya alınmalı, turna boşaldılmalıdır. Sıxıcılardan istifadə edilməsi, yaxud damarın yarada tikilməsi bir növ ətrafın turna ilə uzun müddət sıxılmasının qarşısını alır. Əgər yaralının ixtisaslı yardıma tez çatdırılması mümkündürsə, yaraya qanqəsici sıxıcının qoyulmasına bir o qədər də ehtiyac qalmır. Damarların yarada tikilməsi isə tibb məntəqəsinin sarğı otağında həyata keçirilməlidir. Göstəriş olduqda ətraf hərəkətsizləşdirilməlidir.

Yaralıların məntəqəyə kütləvi daxil olduğu vəziyyətlərdə ilk növbədə bud sınıqları zamanı, baldır, bud-çanaq və diz oynaqı zədələnmələrində hərəkətsizləşdirmə həyata keçirilməlidir. Göstərişdən asılı olaraq antibiotiklər, tetanus əleyhinə zərdab, yaxud anatoksin, ağrıkəsicilər, ürək preparatları, tənəffüs analeptikləri istifadə olunmalıdır. Şərait imkan verdikdə uzun sümüklərin sınıqlarında proksimal hissəyə futlyar novakain blokadası həyata keçirilməlidir. Qapalı sınıqlarda isə novakain birbaşa hematoma sahəsinə yeridilməlidir. Qanaxma və ağır şok zamanı qan və qanəvəzedicilər köçürülməlidir.

İxtisaslı tibbi yardım mərhələsində asfiksiya, şok və qanaxmaya qarşı tam həcmdə tədbirlər yerinə yetirilir. Yaralılar aşağıdakı qaydada çeşidlənməlidir:

1. Qanaxması olan yaralılara ilk növbədə yardım göstərilməlidir. Qanaxmanın dayandırılması damarın yarada, yaxud yaradankənar sahədə bağlanması yolu ilə həyata keçirilir, eyni zamanda yara birincili cərrahi işlənilir. Travmatik toksikozlarda lazımı yardım göstərilməli, ehtiyac olduqda ətraflar göstərişə uyğun olaraq amputasiya olunmalı, anaerob infeksiyalarda lazımı cərrahi müdaxilələr həyata keçirilməlidir. Sınıqlarda, oynaq zədələnmələrində, damarların, sinirlərin və yumşaq toxumaların geniş zədələnmələrində ətrafların hərəkətsizləşdirilməsi başa çatdırılmalı, yaralılara antibiotik yeridilməli, əvvəlki mərhələdə tetanus əleyhinə anatoksin yaxud zərdab almayanlara bu preparatlar tətbiq olunmalıdır. Yaralar birincili cərrahi işlənilməli, damar zədələnmələrində şərait imkan verərsə damar tamlığı bərpə olunmalı, yaxud şuntlanmalıdır:

Q.A., 1966-cı il təvəllüdü, 19.11.93-cü il tarixdə saat 20.30 radələrində hərbi-səhra cərrahiyyəsi hospitalına sağ budun orta 1/3-nin odlu silah yaralanması diaqnozu ilə yaralanmadan 45 dəqiqə sonra daxil olmuşdur. Nəbzi dəqiqədə 125, ritmik, A/T 70/40 mm c.s.-dur (III dərəcəli şok). Zədə nahiyəsində hematoma qeyd edilir. Müvafiq infuzion-transfuzion terapiya həyata keçirilməklə, intubasion narkoz şəraitində zədələnmiş damarın tikilməsi həyata keçirildi. Operativ müdaxilədən sonrakı dövr yaralının ümumi vəziyyəti yaralanma və həyata keçirilmiş cərrahi əməliyyatın ağırlıq dərəcəsinə uyğundur. Hemodinamik göstəricilər stabildir. Ətraf istidir, periferiyada pulsasiya qeyd edilir. Operativ müdaxilənin 4-cü günü yaralı helikopterlə növbəti yardım mərhələsinə təxliyə olundu.

Yaraların birincili cərrahi işlənməsi zamanı əvvəlcədən turnanın qoyulması qanıtırmənin qarşısını alır və yaranın təftişini asanlaşdırır; turna ətrafda 40-50 dəqiqədən artıq saxlanılmamalıdır. Operativ müdaxilənin uzun müddət davam etdiyi hallarda turna vaxtaşırı (saatda bir dəfədən az olmayaraq) boşaldılmalıdır. Bu məqsədlə pnevmatik turnalardan istifadə edilməsi daha məqsədəuyğundur; manjetdə təzyiq 200 mm civə sütunundan çox qaldırılmamalıdır. Çünki, turnaların həddən artıq sıxılması sinirlərdə geriə dönməz dəyişikliklərə və ifliclərə səbəb ola bilər. Manjetdə təzyiqin 90-100 mm civə sütunundan az olması isə əlavə venoz qanaxmanın baş verməsinə səbəb ola bilər!

2. Şok halında olan, lakin qanaxması olmayan yaralılara şok əleyhinə tədbirlər yerinə yetirilməli, xəstə şokdan çıxdıqdan sonra cərrahi müdaxilə həyata keçirilməlidir. Yaralılara müvafiq qaydada ağrısızlaşdırma tədbirləri aparılmalıdır. Qapalı zədələnmələrdə (qapalı sınıqlarda) ağrısızlaşdırma bilavasitə hematoma nahiyəsinə novokainin yeridilməsi, açıq zədələnmələrdə (açıq sınıqlarda) isə futlyar, nəqli və peridural anesteziyanın aparılması daha məqsədəuyğundur. Ətrafların hərəkətsizləşdirilməsi də bilavasitə şok əleyhinə tədbirlərə daxildir. Ətraflar nəqliyyat və müalicə məqsədilə hərəkətsizləşdirilir. Nəqliyyat hərəkətsizləşdirilməsi yaralıların bir yardım mərhələsindən digərinə köçürülməsi zamanı tətbiq edilir. Bu məqsədlə standart və qeyri-standart vasitələrdən istifadə edilə bilər. Standart şinlər olmadıqda qeyri-standart vasitələrdən istifadə edilir. Bura taxta parçası, ağac, tüfəng qundağı, dəsmal, yaxud yumşaq materialdan ləçəklər daxildir. İmkan olmadıqda fiksasiya məqsədilə yuxarı ətraf gövdəyə, aşağı ətraf digər sağlam ətrafa sarınmalıdır. Ağır yaralanmalar zamanı ağrıkəsicilərdən və ürək dərmanlarından istifadə olunmalıdır.

Standart fiksasiya vasitələrinə B-2, B-5 komplektləri (dəstləri), sarğı materiallarına B-1; B-3; B-4 dəstləri (komplektləri) daxildir. Gips sarğısı qoyulması üçün BQ dəstindən (komplektindən) istifadə edilməlidir. Həmin dəstlər (komplektlər) göstəriş əsasında həkiməqədərki yardım mərhələsində, ilk həkim və ixtisaslı cərrahi yardım prosesində istifadə oluna bilər. Ətrafların fiksasiyası müvafiq qaydada ağrısızlaşdırma tədbirlərilə birlikdə aparılmalıdır. Şok vəziyyətində olan yaralılara infuzion terapiya hospitalaqədərki dövrdən başlanılmalıdır. Bu məqsədlə kolloid və kristalloid məhlullar tətbiq edilməlidir.

Bud sınıqlarında, bud-çanaq və diz oynaqları zədələnmələrində Diterixs, yaxud Tomas şinlərindən, baldır, aşıq oynaqı və ayaq pəncələrinin zədələnmələrində Kramer şinlərindən istifadə edilməlidir. Bu məqsədlə pnevmatik və çəkməşəkili metal şinlərdən də istifadə etmək olar (Çəkil!!!).

Diterixs şini yaralıya paltar və ayaqqabılar çıxarılmadan qoyulur. Şin nisbətən mürəkkəbdir və açılışı bir qədər izahat tələb edir. Şin xarici və daxili əsalardan və ayaqaltı (periferik) hissəsindən ibarətdir. Xarici əsanın baş hissəsi qoltuq altına, daxili əsanın baş hissəsi isə aralığa dirənməlidir. Şinin periferik hissəsi ayaqaltından 10-15 sm kənarında durmalıdır. Şinin xarici və daxili hissələri maksimal açıldıqdan sonra gövdəyə bərkidilməli, onun sivri hissələrinə yumşaq material, yaxud pambıq qoyulmalıdır ki, yataq yaraları əmələ gətirməsin və dəri zədələnməsin. Ayaqaltı taxta hissə çəkməyə, yaxud botinkaya bərkidilməli və bura gəclə dartılmalıdır. Etibarlı hərəkətsizləşmənin əldə edilməsi məqsədilə əlavə olaraq aşağı ətraf arxadan kramer şinləri ilə fiksə olunmalıdır. Kramer şini oma-bel nahiyəsini də tutmalı və qalça nahiyəsində kəmərlə bərkidilməlidir.

Yuxarı ətraf zədələnmələrində kürək və bazu sümüklərinin sınıqlarında, bazu və dirsək oynaqları zədələnmələrində ətraf Kramer şinləri ilə 25-30° uzaqlaşdırma vəziyyətində fiksə olunmalıdır. Bu zaman dirsək oynaqı düz bucaq bərabərində bükülməlidir. Şinin ölçüsü sağlam ətrafda təyin edilməli, bazunun arxa tərəfini əhatə edərək I falanqalararası oynaqına qədər çatmalıdır. Şinin fiksasiyası bintdən hazırlanmış iplə sağlam bazunun bərabərində olmalıdır. İpin biri bazunun önündən, digəri isə arxasından keçməlidir. Bazunun uzaqlaşdırılması qoltuqaltı nahiyəyə yumşaq material qoyulması ilə yerinə yetirilməlidir. Həmçinin zədələnmiş tərəfdə əlin I barmağı ilə digər barmaqlar arasına pambıq qoyulmaqla barmaqlara qarşılaşdırma vəziyyəti verilməlidir. Xüsusi materialın, yaxud bintin köməyiylə zədələnmiş ətraf gövdəyə bərkidilməlidir. Ətraf zədələnmələrində həmçinin pnevmatik şinlərin istifadəsi daha məqsədəuyğundur.



Səkil 26.17 Bazu sümüyünün sınığına görə ətrafın ocaqdankənar fiksasiyasının aparılması (şəxsi təcrübəmizdən).

Said sümüklərinin zədələnmələrində nəqliyyat hərəkətsizləşdirilməsi Kramer şini ilə bazunun yuxarı 1/3-dən daraq-falanqa oynaqına qədər aparılmalıdır. Said dirsək oynaqının 90° bükülməsilə supinasiya və pronasiya vəziyyətləri arasında fiksə olunmalıdır. Əl 30-35° arxaya bükülmüş vəziyyətində olmalıdır.

Said sümüklərinin proksimal hissəsinin sınıqlarında əl supinasiya vəziyyətində, orta hissəsinin sınıqlarında supinasiya ilə pronasiya vəziyyəti arasında, distal hissəsinin sınıqlarında isə pronasiya vəziyyətində fiksə olunmalıdır.

Əl sümüklərinin sınıqlarında zədə nahiyəsi Kramer, yaxud portativ tor şəkilli şinlər ilə fiksə olunmalıdır. (Bunlar desantçılar arasında geniş tətbiq olunur). Şin barmaq uclarından tutmuş saidi və dirsək oynaqını da əhatə etməlidir. Birinci barmaq II və III barmaqları qarşılaşdırmaq məqsədilə ovuc içinə pambıq material qoyulmalıdır. Fiksasiya zamanı mil-bilək oynaqında arxaya bükülmə (oynağın açılması) 30-35°, daraq-falanqa oynaqında 60-70°, falanqalararası oynaqalarda bükülmə 45-60° olmalıdır.

İxtisaslı yardım mərhələsində yaraların cərrahi işlənməsi zamanı əlverişli şəraitdə zədə (sınıq) nahiyəsi iki ədəd metal həlqə qoyulması ilə aparatla da fiksə edilə bilər. Bu, fiksasiyanın daha etibarlı üsuludur.

Nəqliyyat hərəkətsizləşdirməsindən fərqli olaraq, ətrafların müalicə məqsədilə hərəkətsizləşdirilməsi əsasən ixtisaslaşdırılmış müalicə müəssisələrində həyata keçirilməlidir. Bura gips sargılarının qoyulması və osteosintezin aparılması daxildir.

3. Şok və qanaxması olmayan, lakin cərrahi müdaxiləyə ehtiyacı olan yaralılar döyüş şəraitindən asılı olaraq hospitalda saxlanılmalı, yaxud arxa hospitallara köçürülməlidirlər.

4. Operativ müdaxiləyə ehtiyacı olmayan yaralılar. Bura xırda və səthi yaralanmalar aiddir. Bunlar sağalmaqda olan komandaya daxil edilir və 6-7 gün stasionar müalicəsi aldıqdan sonra hərbi hissələrinə yazılırlar.

Ixtisaslaşdırılmış cərrahi yardım mərhələsində bütün yaralılar rentgen müayinəsindən keçirilməli, ehtiyacı olanlara yaranın cərrahi işlənməsi həyata keçirilməlidir. Sınıq fraqmentləri repozisiya olunmalı, çıxıqlar yerinə salınmalı, müxtəlif infeksiyalara qarşı kompleks mübarizə tədbirləri yerinə yetirilməlidir. Damar zədələnmələrində yaralılara rekonstruktiv cərrahi əməliyyatlar yerinə yetirilməlidir. Göstəriş olduqda sinirlərdə də operativ müdaxilələr həyata keçirilməlidir. Müalicə müddəti konkret şəraitdən asılı olaraq, xəstələrin tam sağalması müddətinə qədər aparılmalı və hərbi-həkim ekspertizası ilə başa çatdırılmalıdır.

Ətrafın qapalı zədələnmələri və qapalı sınıqları döyüş zonasında, xüsusilə mina partlayışı ilə əlaqədar zərbə dalğasının birbaşa və dolaylı təsiri nəticəsində, eləcə də döyüş texnikasının sıradan çıxması ilə (avtomobil qəzası ilə) əlaqədar olaraq baş verir. Bəzən partlayış nəticəsində (məsələn mina partlayışı zamanı) zərbə dalğası xəsarətçəkmiş şəxsi 5-6 metr kənara tullaya bilər. Təbii ki, bu zaman açıq zədələnmələrlə bərabər qapalı zədələnmələr və qapalı sınıqlar da baş verir. Bu zaman dəri tamlığı pozulmasa da qanıtırmə toxumadaxili qanaxmalar (qansızmalar) hesabına baş verir. Qanıtırmənin həcmi sınıqların mürəkkəbliyindən, onun lokalizasiyasından və sümük fraqmentlərinin yerdəyişməsindən çox asılıdır. Məsələn, bud sümüyünün qapalı sınıqlarında qanıtırmə 1500 ml-ə, baldır sümüklərinin sınıqlarında 600-700 ml, bazu sümüyünün sınıqlarında 300-400 ml-ə, said sümüklərinin zədələnmələrində 150-200 ml-ə çatır. Qanıtırmə və afferent yolla qıçıqların beyin qabığına ötürülməsi travmatik şokun əmələ gəlməsinə səbəb olur. Ətrafların açıq sınıqları kimi qapalı sınıqlar zamanı da diaqnozun təyində fiziki müayinə üsullarının əhəmiyyəti böyükdür. Lakin düzgün diaqnoz rentgen müayinəsi əsasında qoyulmalıdır. Ətrafların qapalı zədələnmələrində də travmatik şok, zədə nahiyəsində qansızmalar, piy emboliyası və s. müşahidə edilə bilər. Piy emboliyası adətən zədələnmənin 3-7-ci sutkalarında baş verir. Bu, özünü mərkəzi sinir sistemində, tənəffüs sistemində pozğunluqlar və digər ümumi əlamətlərlə göstərə bilər.

Ağır zədələnmələr zamanı, xüsusilə mina-partlayış zədələnmələrində sınıqların baş verməsi qarşılıqlı ağırlaşma sindromu və poliordan çatmamazlıq halında təsadüf edilə bilər. Müştərək və kombinə olunmuş zədələnmələr daha ağır gedişə malikdir. Xüsusilə daxili orqanların müştərək zədələnmələri, yaxud zədələnmələrin yanıq və donmalarla kombinasiyası daha qorxuludur.

Ətrafların qapalı zədələnmələrində tibbi yardımın həyata keçirilməsi açıq yaralanmalarda olduğu kimidir. Lakin ön cəbhə zonasında sınıqların olub-olmamasının təyini (diaqnozun qoyulması) nisbətən çətin olduğundan, sınıqlara şübhə olduğu hallarda ətraf fiksə olunmalı və şok əleyhinə müvafiq tədbirlər həyata keçirilməlidir. İlk- və həkiməqədərki tibb yardım zədələnməşlərə analgetiklərin yeridilməsi və ətrafların fiksasiyasının həyata keçirilməsindən ibarətdir. Fiksasiya məqsədilə əlaltı vasitələrdən, yaxud standart şinlərdən istifadə edilməlidir.

İlk həkim yardımı. Hematoma nahiyəsinə 30-40 ml 0,5-1%-li novokain məhlulu yeridilməli, ətrafa standart şinlərlə nəqliyyat hərəkətsizləşdirilməsi aparılmalı, şok əleyhinə infuzion, lazım gəldikdə transfuzion terapiya həyata keçirilməlidir.

İxtisaslı tibbi yardım mərhələsində yaralı rentgen müayinəsindən keçirilməli, hematoma nahiyəsinə novokain blokadası aparılmalı, göstəriş əsasında nəqliyyat hərəkətsizləşdirilməsi (şinlər) gips sargıları və gips longetləri ilə əvəz edilməli, skelet dartması, intramedullar, yaxud ocaqdankənar ekstramedullar osteosintez həyata keçirilməlidir. Bütün bu tədbirlər yaralı şokdan çıxdıqdan sonra yerinə yetirilməli, göstəriş əsasında cərrahi əməliyyat zamanı və ondan sonrakı dövrdə infuzion-transfuzion terapiya həyata keçirilməlidir.

İxtisaslaşdırılmış yardım mərhələsində zədələnmənin xarakterindən asılı olaraq, yaralı hərtərəfli müayinədən keçirilməli, müalicə intramedullyar, yaxud ekstramedullyar osteosintezin tətbiqi ilə başa çatdırılmalıdır. Intramedullyar osteosintez qapalı zədələnmələrdə uzun sümüklərin adi sınıqlarında həyata keçirilməsi məsləhət görülür. Çoxqəlpəli və dağılmış sınıqlarda isə ocaqdankənar ekstramedullyar osteosintez tətbiq olunmalıdır. Sümük fraqmentlərinin repozisiyasından sonra ödemənin aradan qaldırılması məqsədilə ətrafda yuxarı qaldırılmış vəziyyət verilməli, yerli hipotermiya tətbiq edilməli, yataq yaralarının baş verməməsi üçün yaralıların şəxsi gigiyenası gözlənilməli, infeksiyon fəsadlaşmalara qarşı kompleks tədbirlər həyata keçirilməlidir. Xəstələrə müalicəvi gimnastika və fizioterapevtik müalicə üsulları tətbiq edilməli, qidalanma yüksək kalorili və vitaminlərlə zəngin olmalıdır.

Hərbi xidmətçilər arasında ətraf zədələnmələri odlu və qeyri-odlu silah yaralanmaları, ətrafların mexaniki zədələnmələri şəklində müşahidə olunur. Ətraf zədələnmələri ümumiyyətlə bütün zədələnmələrin 55-60%-ni təşkil edir. Odur ki, hərbi xidmətçilərin döyüş qabiliyyətinin bərpası bu qrup yaralanmalarda daha vacibdir. Başqa nahiyələrin zədələnmələrində olduğu kimi ətraf yaralanmalarında da yardım prosesində Hərbi Tibbi Doktrinanın göstərişlərinə ciddi əməl olunmalı, yaralılara ilk yardım göstərildikdən sonra onlar döyüş zonasından çıxarılmalı, ağır yaralılara infuzion terapiya tabor tibb məntəqəsindən başlanılmalı, yaralılara qanaxma, asfiksiya və şok əleyhinə tədbirlər yerinə yetirilməlidir. İlk həkim yardımı mərhələsində göstəriş əsasında transfuzion terapiya həyata keçirilməli, ətrafların düzgün fiksasiyası təmin olunmalıdır.

Yaraların cərrahi işlənməsi hərbi-səhra cərrahiyyəsi hospitallarında, yaxud əlahiddə tibb taborlarında aparılmalıdır. Cərrahi işlənmə zamanı yara açıq saxlanılmalı, dəri tikilməməlidir. Magistral damarların zədələnməsi zamanı rekonstruktiv cərrahi əməliyyatlar yalnız hospitalda şərait olduğu hallarda yerinə yetirilməli, əks təqdirdə zədələnmiş damarların şuntlanması ilə kifayətlənmək lazımdır. Sınıqların olduğu hallarda ətrafın düzgün fiksasiyası təmin olunmalıdır. İxtisaslaşdırılmış yardım mərhələsində yaralıların müalicəsi tam sağalana qədər davam etdirilməli və hərbi-həkim komissiyası ilə başa çatdırılmalıdır.

MAGİSTRAL DAMARLARIN ODLU SİLAH YARALANMALARI VƏ ZƏDƏLƏNMƏLƏRİ

TƏDRİS SUALLARI

- 27.1. Damarların odlu silah yaralanmaları zədələnmələrinin təsnifatı
- 27.2. Damar zədələnmələrinin klinikası simptomatologiyası və diaqnostikası
- 27.3. Damar zədələnmələrinin müalicənin təşkili
- 27.4. Cərrahi əməliyyatdan sonrakı dövrün idarə olunması, fəsadlaşmaların profilaktikası və müalicəsi
- 27.5. Damar zədələnmələri zamanı mərhələli yardımın həyata keçirilməsi qaydası

DAMARLARIN ODLU SİLAH YARALANMALARI VƏ ZƏDƏLƏNMƏLƏRİ

Odlu silahların təkmilləşdirilməsi damar zədələnmələrinin də artmasına səbəb olmuşdur. Birinci dünya müharibəsində bu növ zədələnməyə 0,5-1%, ikinci dünya müharibəsi illərində 0,9%-dən 2,4%-ə qədər, Vyetnam müharibəsində 2,5% halda təsadüf edilmişdir. Statistika göstərir ki, bütün damar zədələnmələrinin 95-97%-i ətraf yaralanmalarının payına düşür. Baş və boyun yaralanmalarında damar zədələnməsi 1,2%, qarın və çanaq yaralanmalarında 1,1%, döş qəfəsi yaralanmalarında 0,5% təşkil edir. (B.V.Petrovski, V.P.Plotnikov). Bizim təcrübədə magistral damarların zədələnməsi bütün odlu silah yaralanmalarının 1,6%-ni təşkil etmişdir.

27.1. DAMAR ZƏDƏLƏNMƏLƏRİNİN TƏSNİFATI

1. ZƏDƏLƏNMƏNİN MƏNŞƏYİNƏ GÖRƏ:

- a) Damarların odlu silah yaralanmaları
- b) Damarların soyuq silah zədələnmələri

c) Damarların kontuzion zədələnmələri

2. ZƏDƏLƏNMƏNİN TİPİNƏ GÖRƏ:

a) Arteriyaların zədələnməsi

b) Venaların zədələnməsi

c) Arteriovenoz zədələnmələr

3. ZƏDƏLƏNMƏNİN MÜDDƏTİNƏ GÖRƏ:

a) İlk zədələnmə

b) İkincili zədələnmə

4. ZƏDƏLƏNMƏNİN FORMASINA GÖRƏ:

a) Tam zədələnmələr,

b) Natamam zədələnmələr,

c) Dəlib keçən zədələnmələr

d) Toxunan istiqamətli zədələnmələr.

5. DƏRİ TAMLIĞININ POZULMASINA GÖRƏ:

a) Damarın açıq zədələnməsi,

b) Damarın qapalı zədələnməsi.

27.2. DAMAR ZƏDƏLƏNMƏLƏRİNİN KLİNİKASI SİMPATOMATOLOGİYASI VƏ DİAQNOSTİKASI

Damarların zədələnməsi açıq və qapalı olur. Açıq zədələnmələr zamanı dəri tamlığı pozulmuş olur. Əksər damar zədələnmələri açıq zədələnmələrə aiddir. Qapalı zədələnmələrdə dəri tamlığı pozulmur. Damarların qapalı zədələnmələrinə kontuzion zədələnmələr daxildir. Bu vəziyyətlərdə travmaya cavab olaraq zədələnmiş damarda güclü spazm gedir, bir sıra hallarda isə damarın daxili qişasının partlaması, damar mənfəzinə çevrilməsi və nəhayət damarın tromblaşması baş verir. Bunlar mina-partlayış zədələnmələri zamanı daha çox müşahidə edilir. Habelə damar zədələnmələri birincili, bilavasitə güllə və qəlpənin təsirindən və ikincili, hərəkətsizləşdirmənin qeyri qənaətbəxş olması, yaranın birincili cərrahi işlənməsi zamanı kobud manipulyasiyaların aparılması və təxliyə prosesində ehtiyatsızlıq üzündən damarların sümük fraqmentləri ilə zədələnməsi də baş verə bilər.

Arteriya və vena damarları ayrılıqda və birlikdə zədələne bilər. Xaraktercə bu zədələnmələr tam, natamam, dəlib keçən və toxunan istiqamətli ola bilər. Bu, klinik olaraq qanaxma ilə və onsuz baş verən və pulsasiya edən hematomanın əmələ gəlməsi ilə müşahidə olunur.

Qanaxmalar öz növbəsində arterial, venoz, qarışıq və parenximatöz tipli olur. Qanaxma həmçinin xarici və daxili (toxumadaxili, boşluq daxili) formalarda baş verir. Yaralanmadan dərhal sonra baş verən qanaxmaya birincili, yaralanmanın fəsadlaşması nəticəsində əmələ gələn qanaxmaya ikincili qanaxma deyilir. İkincili qanaxmalar təkrari də ola bilər.

İkincili qanaxmalar yaralanmadan bir müddət sonra müxtəlif səbəblər nəticəsində meydana çıxır. Bu, zədələnmiş damardan trombon qopması, hematomanın partlaması, gec halda trombon irinləməsi, yaxud parçalanması ilə əlaqədar ola bilər. Müəyyən səbəblərdən baş vermiş ikincili qanaxmalar erkən və gec ola bilər. Erkən qanaxma yaralanmadan 3-5 gün sonra, gec qanaxmalar isə yaralanmanın orta hesabla 10-15-ci günlərində müşahidə olunur.

İkincili qanaxma həmçinin yaralanma zamanı zədələnməmiş, lakin yara prosesinə cəlb olmuş damarlardan da baş verə bilər. Məsələn, damar divarının irinli proseslə əlaqədar yumşalması eləcə də sümük və metal qəlpələrin, yaxud yaraya yaxın yerdə saxlanılmış rezin drenajın daimi təzyiq göstərməsi ilə damar divarının yumşalması və deşilməsi nəticəsində baş verən qanaxmalar daxildir. Buna arroviz qanaxmalar da deyilir.

Əksər damar zədələnməsi ilə olan yaralılar çoxlu qan itirdiyindən və yaralanmaların digər zədələnmələrlə birlikdə təsadüf edildiyindən bunlar ağır yaralılar qrupuna daxildirlər. Həmçinin nəzərə almaq lazımdır ki, damarlarda operativ müdaxilələrin həyata keçirilməsi çox vaxt alır. Ona görə də bir sıra hallarda ətrafların saxlanması məqsədilə damarlarda uzunsürən cərrahi əməliyyatların yerinə yetirilməsi cəhdləri ağır yaralıların həyatını təhlükə qarşısında qoyur.

Damarların zədələnməsinin diaqnostikası bir də ona görə çətin və mürəkkəbdir ki, bu zədələnmələr sümüklərin sınığı, yumşaq toxumaların geniş sahədə əzilməsi, qançirlənməsi və şokla birgə təsadüf edir. Ümumiyyətlə damar zədələnmələri zamanı şok 12-66% təsadüf edilir. (Y.Q.Şapoşnikov, 1984). Bəzən ağır şok vəziyyətində olan yaralılarda hipotenziya fonunda damar pozğunluğunun diaqnostikası çətinləşir, yerli qan dövranındakı pozğunluqlar nəzərdən qaçırılır. Bütün bunlar yalnız yaralının vəziyyəti stabilləşdikdən sonra aşkarlanır.

Qeyd etmək lazımdır ki, kəskin qanıtırmə həyatı vacib orqanların funksiyasının ciddi pozğunluğuna və son məqamda orqanizmdə gedən patofizioloji və morfoloji dəyişikliklərin əsasını təşkil edir. Bu kimi hallarda dönmədən aparılan infuzion terapiya və bütün kompleks reanimasion tədbirlər yaralının vəziyyətini yaxşılaşdırmaqla qanaxmanın mənbəyinin aşkarlanmasına kömək edə bilər. Belə vəziyyətlər budun odlu silah yaralanmalarında, çanaq sümüklərinin zədələnmələrində, qanaxma ilə müşahidə olunan qarın və döş qəfəsi yaralanmalarında təsadüf oluna bilər.

Qanaxmanın həcmi nəinki zədələnmiş damarın ölçüsündən, eyni zamanda damar yaralanmasının xarakterindən də çox asılıdır. Arteriyanın tam kəsilməsi zamanı onun ucları yığılır, daxili qışası isə içəriyə doğru çevrilərək damar mənfəzini daraldır. Deşilmiş damarın əzilmiş ucları bitişir, bir sıra hallarda bu tromblaşma və aşağı təzyiq fonunda qanaxmanın dayanmasına imkan verir. Damarların kənarı zədələnmələrində isə haqqında qeyd etdiyimiz mexanizmlər zəif inkişaf edir, bəzən isə müşahidə edilmir. Qanaxmanın öz-özünə dayanmasında sinir-reflektor təsirlər də xüsusi rol oynayır. Bura yaralanmış damarın spastik daralması və yara nahiyəsindən uzaqlarda genişlənməsi aiddir. Nəticədə hipotenziya şəraiti yaranır, həddən artıq qanıtırmə özlüyündə təzyiqin düşməsinə və qanaxmanın dayanmasına gətirib çıxarır. Kapilyar və venoz qanaxmalardan fərqli olaraq, arterial qanaxmalarda qanaxmanın öz-özünə dayanması müvəqqəti xarakter daşıyır. Müəyyən vaxt keçdikdən sonra qan təzyiqinin normallaşması ilə əlaqədar olaraq, əmələ gəlmiş tromb qanın axını ilə yuyulub aparılır və qanaxma təkrarlanır.

İkincili, xüsusilə gec qanaxmalar bir qayda olaraq təkrar olunur. Təkrari qanaxmanın başlaya biləcəyini göstərən əlamətlərə bədən temperaturunun yüksəlməsi, zədə nahiyəsində hematomanın əmələ gəlməsi, yaxud onun getdikcə böyüməsi, yara möhtəviyyətinin qanlı olması, yarada qan laxtaların aşkarlanması və damar üzərində küyün eşidilməsidir.

Daxili qanaxmaların öz-özünə dayanması zəif getdiyindən bu hallarda qanıtırmə daha çox olur. Dar və uzun yara kanalından qanaxma bəzən böyük damarların zədələndiyi hallarda belə çox qüvvətli olmur, yara kanalında hematoma əmələ gəlir. Arteriyanın zədələndiyi hallarda hematoma pulsasiya edir. Hematoma bəzən damarı basaraq qanaxmanı dayandırır. Bu halda magistral damar zədələnsə ətrafda qanqrena baş verə bilər. Boyunda hematoma bir çox hallarda yuxarı tənəffüs yollarını basaraq asfiksiya törədir. Damar mənfəzi ilə əlaqəsi olmayan hematoma ya sorulur, yaxud da infeksiya nəticəsində irinləyir.

Pulsasiya edən hematoma bəzən damarın tromblaşması nəticəsində damar mənfəzi ilə əlaqəsini itirir. Bir sıra hallarda isə hematoma partlayaraq güclü qanaxma verir, yaxud infeksiyalaşır. Pulsasiya edən hematoma adətən arterial, yaxud arteriovenoz anevrizmaya çevrilir.

Magistral damarların zədələnməsinin başlıca əlamətlərinə qüvvətli qanaxmanın olması, yarıdan distal hissədə pulsasiyanın zəifləməsi, yaxud itməsi yara nahiyəsində küyün eşidilməsi və pulsasiya edən hematomanın, ətrafın distal hissələrində anemik pozğunluqların olması, keyləşmə, soyuma və nekroz

sahəsinin əmələ gəlməsi və s. aiddir. Yaralının döyüş zonasında çoxlu qan itirməsi də böyük damarların zədələnməsinə şübhəni artırır və bunlar nəzərdən qaçırılmamalıdır. Zədələnmiş ətrafda pulsasiyanın yoxlanılması, yaranın auskultasiyası diaqnozun təyini asanlaşdırır.

Damarın köndələn kəsilməsi hallarında pereferyada pulsasiya olmur, küy isə çox vaxt eşidilmir, damarın kənarı zədələnməsində isə, keçiricilik hələ pozulmayıbsa, pereferyada nəbz saxlanılır və damar boyunca küy eşidilir. Bütün bu əlamətlər bizim təcrübədə 90,5% halda öz əksini tapmışdır.

Böyük damarların zədələnməsinin bütün hallarında kəskin qanitmə əlamətləri baş verir. Nisbətən distal sahələrdə damarların zədələnməsi zamanı kəskin qanitmə əlamətləri olmaya da bilər. Tam diaqnoz isə bir sıra hallarda yalnız operativ müdaxilə zamanı aşkarlanır. Əgər yara damarın proyeksiyası boyundadırsa, damar yaralanmasına güman daha da artır. Həmçinin ətrafda ağrının olması, dəri rənginin avazıması, sianoz, distal hissədə nəbzın itməsi damar zədələnməsinin olduğunu göstərir. Bu zaman hissiyatın azalması və itməsi, ətrafda hərəkət məhdudluğu, əzələ spazmı və kontrakturalar baş verir. Hematomalar hesabına ətraf şişkinləşir.

27.3. DAMAR ZƏDƏLƏNMƏLƏRİNİN MÜALİCƏSİNİN TƏŞKİLİ

Damar zədələnmələri zamanı aşağıdakılar vacibdir:

- 1) cərrahi müalicəyə qədər qanaxmanın müvəqqəti saxlanması.
- 2) yaranın cərrahi işlənməsi.
- 3) qan dövrəsinin bərpa.
- 4) infeksiyaya qarşı mübarizə tədbirləri.
- 5) digər müştərək zədələnmələrə görə müalicə tədbirlərinin həyata keçirilməsi.

Bütün bu tədbirlərin vaxtında yerinə yetirilməsi müalicənin keyfiyyətinə əsaslı təsir göstərir. İlk və həkiməqədərki yardım əksərən hadisə yerində həyata keçirilir. Bu, qanaxmanın müvəqqəti dayandırılmasından ibarət olub, qankəsici turnanın yaxud basıcı sarğının qoyulması, yaranın kip tamponadasının aparılması, ətrafın maksimal bükülməsi, damarın yara daxilində yaxud ondan kənarında barmaqla basılması ilə dayandırılması və s.-dən ibarətdir. Bütün bu üsullardan ən çox istifadə olunanı turnanın yaxud basıcı sarğıların qoyulmasıdır.

Qankəsici turna paltar yaxud bir neçə qat təznif üzərində yaradan bir qədər yuxarıdan (mümkün qədər ona yaxın) hissədən qoyulur. Qoyulmuş turna kənarından gözə aydın çarpmalıdır. Turnanın paltar, yaxud bintlə sarınmasına yol vermək olmaz. Turna periferik nəbzın itməsi və qanaxma kəsilməyə qədər sıxılmalıdır. Turnanın həddən artıq bərk sıxılması, ağrıların artmasına, periferik sinirlərin zədələnməsinə və nəticə etibarlı ilə parez və ifliclərin əmələ gəlməsinə səbəb olur. Zəif bağlanmış turna isə əksinə, nəinki qanaxmanın qarşısını almır, hətta onun (venoz qanaxmanın) güclənməsinə səbəb olur. İlin soyuq fəslində ətraf turnadan aşağı hissələrdə isti saxlanılmalı (ədyala bürüməli), lakin isidilməməlidir. Qankəsici turna ətrafda 2 saatdan artıq qalmamalıdır. Bu müddət ərzində yaralı qanaxmanın operativ yolla tam saxlanması üçün ixtisaslı cərrahi yardım mərhələsinə –hərbi-səhra cərrahiyyəsi hospitalına çatdırılmalıdır.

Əgər yaralı bu müddət ərzində səhra hospitalına çatdırıla bilməzsə, qankəsici turna bir neçə dəqiqə müddətinə açılmalı qanaxma əllə dayandırılmalı və ətrafın rəngi bərpa olunduqdan sonra yenidən (bir qədər yuxarıdan) qoyulmalıdır. Soyuq vaxtlarda turna saatda bir dəfə açılmalı və yenidən bərkidilməlidir.

Hadisə yerində qanaxmanın xarakterinin təyini həmişə mümkün olmadığından bir sıra hallarda arterial qanaxmalar olmadıqda da səhvən ətrafa turna qoyulması faktları məlumdur. Nəticədə venoz qanaxmalar daha da sürətlənir. Bu, arzuolunmaz və zərərli. Böyük Vətən müharibəsi illərində turnanın əsassız qoyulması faktı 25-35% hallarda təsdiq olunmuşdur. Eynilə belə hal Vyetnam müharibəsində

amerikan müəlliflərinin məlumatlarında da verilir. Belə ki, 42,1% yaralıya qankəsici turna əsassız yerə qoyulmuşdur. Qarabağ müharibəsinin təcrübəsi də bunu sübut edir. Belə ki, müharibənin başlanğıcında ətraf yaralarının 30%-də turna əsassız surətdə qoyulmuş, 10-12% halda isə lazım gəldiyi hallarda turna qoyulmamışdır.

Bazu və körpücükaltı sahədə qanaxma müvəqqəti olaraq kip sarğı ilə də saxlanıla bilər. Kip sarğı həmçinin başda və boyunda qüvvətli qanaxma olduqda da istifadə edilə bilər. Bu zaman boyuna yaranın əks tərəfində qoruyucu şin qoyulması daha məqsədəuyğundur. Kip basıcı sarğılar həmçinin bədənin digər nahiyələrində eləcə də sağrı nahiyəsində olan qanaxmalar zamanı da istifadə edilə bilər.

Böyük damarların zədələnməsinin müalicəsi operativ yolla həyata keçirilməlidir. Bu, əksərən yaranın birincili cərrahi işlənməsi zamanı damarın plastikasının yerinə yetirilməsindən ibarətdir. Həmin məqsədlə yara kanalı açılmalı, yara kənarları aralanmalı, zədələnmiş damar ya tikilməli, yaxud da autovenoz plastika həyata keçirilməlidir:

Q.A., 1966-cı il təvəllüdü, 19.11.93-cü il tarixdə saat 20.30 radələrində hərbi-səhra cərrahiyyəsi hospitalına sağ budun orta 1/3-nin odlu silah yaralanması diaqnozu ilə yaralanmadan 45 dəqiqə sonra daxil olmuşdur. Nəbzi dəqiqədə 125, ritmik, A/T 70/40 mm c.s.-dur (III dərəcəli şok). Zədə nahiyəsində hematoma qeyd edilir. Müvafiq infuzion-transfuzion terapiya həyata keçirilməklə, intubasion narkoz şəraitində zədələnmiş damarın tikilməsi həyata keçirildi. Operativ müdaxilədən sonrakı dövr yaralının ümumi vəziyyəti yaralanma və həyata keçirilmiş cərrahi əməliyyatın ağırlıq dərəcəsinə uyğundur. Hemodinamik göstəricilər stabildir. Ətraf istidir, periferiyada pulsasiya qeyd edilir. Operativ müdaxilənin 4-cü günü yaralı helikopterlə növbəti yardım mərhələsinə təxliyə olundu.

İstisna hallarda damarın yarada bağlanması prosesində onun bağlanmış ucları yaranın maksimum kənara çəkilməlidir. Çünki yaranın irinləməsi zamanı bağlanmış damarın prosesə cəlb olunması arıziv qanaxmalara səbəb ola bilər. Əslində bu kimi hallarda damarın yaranakənar sahədə bağlanması daha məqsədəuyğundur.

Əməliyyatın yerli yaxud ümumi anesteziya şəraitində yerinə yetirilməsindən asılı olmayaraq həyata keçiriləcək bütün operativ müdaxilələrdən əvvəl futlyar novakain blokadası, daha yuxarı zədələnmələrdə isə zədə olan tərəfdə paranefral blokada həyata keçirilməlidir. Damarlarda həyata keçirilən hər hansı manipulyasiyadan əvvəl damar yatağına novakain (lidokain) yeridilməlidir. Çox qanıtırmə ilə gedən damar zədələnmələrində yaranın cərrahi işlənməsi reanimasion tədbirlərlə bir vaxtda həyata keçirilməlidir. Müalicə ürək-damar və tənəffüs sistemi orqanlarının funksiyasının saxlanması, hipovolemiyanın kompensasiyası və turşu-qələvi tarazlığının normallaşması istiqamətində aparılmalı, ətrafda qan dövrəni bərpa olunmalıdır. Tədbirlər nə qədər tez həyata keçirilərsə, nəticə də bir o qədər yaxşı olar. Bir çox müəlliflər yaralının 6-7 saata qədər ixtisaslı yardım mərkəzinə çatdırılmasını məqbul hesab edirlər. Lakin bu müddət nə qədər qısa olsa, nəticə də bir o qədər yaxşı olar. Bizim təcrübədə əksər xəstələr 2 saat ərzində, tək-tək yaralılar isə düşükləri mühasirə şəraitindən asılı olaraq, hospitala daha gec müddətlərdə çatdırılmışlar. Hərbi-səhra cərrahiyyəsi hospitalının cəbhə xəttinə yaxın yerləşdirilməsi bizə ağır yaralılara vaxtında yardım etməyə imkan vermişdir. Yaralılardan 46,4%-i hospitala 1 saata qədər, 25%-i saat yarım ərzində: 17%-i 2 saat ərzində 8,4%-i hospitala 2-6 saat ərzində çatdırılmışdır.

Təbiidir ki, hospitala gec çatdırılmış yaralılar daha çox qan itirmiş və əksərən onlar hospitala III dərəcəli şok, yaxud terminal vəziyyətlərdə daxil olmuşlar. Bunlar arasında fəsadlaşma və ölüm halları daha yüksək olmuşdur. Lakin iş təkə yaralının stasionara vaxtında çatdırılması ilə bitmir. Eyni zamanda yaralıya göstərilən ilk tibbi yardımın keyfiyyətindən də çox şey asılıdır. Sözsüz ki, yaralının tələm-tələsik turna qoyulmadan və bəzən ağrıkəsicilər vurulmadan döyüş zonasından birbaşa səhra hospitalına gətirilməsi, işi xeyli çətinləşdirir, fəsadlaşma və ölüm halının artmasına səbəb olur.

I Dünya müharibəsində damar tikişi praktik olaraq tətbiq olunmamış, II Dünya müharibəsi illərində isə çox az hallarda tətbiq olunmuşdur. Həmin illər ərzində magistral damarların zədələnməsi ilə olan yaraların 50-60%-də ətrafların amputasiyası həyata keçirilmişdir. Son məhəlli müharibələrdə damar cərrahlığının tətbiqi ilə əlaqədar olaraq damar zədələnmələri zamanı amputasiyalar 15%-ə endirilmişdir. Bunlar eyni zamanda yaralılardan ixtisaslı yardıma daha tez çatdırılması ilə də əlaqədardır. Bizim təcrübədə ətrafların amputasiyası damar zədələnmələrində 3,2% olmuşdur.

Cərrahi əməliyyatdan sonra yaralılar 2-3 gün müddətində sistemə olaraq antikoagulyant almalıdır. Əks təqdirdə tromblasma bütün müvəffəqiyyətləri heçə endirə bilər. Axırncı heparin inyeksiyası təxliyəyə 2-3 saat qalmış vurulmalıdır.

Damarlara tikiş qoyulması üçün aşağıdakı şərtlərə əməl olunmalıdır:

Zədələnmiş damar ucları arasındakı məsafə 4-5 sm-dən çox olmamalıdır. Zədə nahiyəsində damarın kifayət qədər həyati qabiliyyəti saxlanılmalı, iltihabi dəyişikliklər olmamalıdır. Damar uclarının mobilizasiyası zamanı kollaterallar gözlənilməlidir.

Damar uclarını bir-birinə yaxınlaşdırdıqdan sonra onlar qənaətlə kəsilməli və iki ədəd "IP"-vari tikişlər qoyulduqdan sonra (axırncılar "tutucu" rolunu oynayır) damarın bütün divarı fasiləsiz atravmatik sapla tikilir. Şəraitdən və cərrahın təcrübəsindən asılı olaraq bu və ya digər növ tikişdən istifadə oluna bilər, lazım gəldikdə isə xüsusi tikici aparatlar da tətbiq oluna bilər. Hazırda damar cərrahlığında əldə edilmiş son nailiyyətlər damartikən aparatların və atravmatik sapların, damar protezlərinin, antikoagulyantların geniş tətbiqi müəyyən şəraitdə damarlar üzərində cərrahi əməliyyatların müvəffəqiyyətlə yerinə yetirilməsinə real imkan yaratmışdır. Kollateralların zəif inkişaf etdiyi hallarda damarlar üzərində cərrahi əməliyyatların aparılması daha vacibdir.

Cərrahi əməliyyat zamanı damarın keçiriciliyinə nəzarət edilməli, damar mənfəzi fizoloji məhlul, yaxud 0,25%-li novokain məhlulu ilə yuyulmalı və qan laxtalarından təmizlənməlidir. Tikişlər həddən artıq bərk, yaxud boş çəkilməməlidir. Birinci halda damar spazmı, ikinci halda isə qanaxma baş verir. Əməliyyatın axırında qanaxmanın dayanmasına əminlik olmalıdır. Qanaxmanın tam dayanmadığı hallarda əlavə tikişlər qoyulmalıdır.

Operativ müdaxilə zamanı damarın xarici adventisiya qatının içəri çevrilməsinə yol vermək olmaz. Onun artıq hissələri kəsilib götürülməlidir. Tikilmiş damarın burulmasına, damarda büküşlərin əmələ gəlməsinə yol verilməməlidir. Damarların tikilməsində sintetik atravmatik saplardan istifadə edilməlidir.

Damar divarı bərpa olunduqdan sonra patoloji nahiyə ətraf yumşaq toxumalarla örtülməlidir ki, sağalma üçün yaxşı şərait yaranmış olsun. Tikilmiş damar imkan daxilində sümüklərdən izole olunmalıdır. Bu qayda xüsusilə sınıqlar zamanı gözlənilməlidir. Fraqmentlərin yerdəyişməsi zamanı damar təkrarən zədələyə bilər. Yaralanmanın gec müddətlərində, 6-8 saatdan sonra toxumalarda ödem və distal hissədə nevroloji pozğunluq əlaməti olduqda fassiotomiya həyata keçirilməlidir. Cərrahi əməliyyatdan sonra ətrafa horizontal vəziyyət verilməlidir. Əgər ətraf bükülmüş vəziyyətdədirsə, sonrakı günlərdə oynaq tədricən açılmalı, kontrakturaların əmələ gəlməməsi üçün lazımi tədbirlər görülməlidir. Fəal hərəkətlərə erkən vaxtlardan başlamaq lazımdır.

Damar tikişinin qoyulması mümkün olmadığı hallarda şuntlanma metodundan istifadə olunmalıdır. Bunun üçün damarın hər iki ucu açılıb kənarları normal hala salınmalı, periferik hissə fizioloji məhlul və heparinlə perfuziya olunmaqla yuyulmalı və damarın hər iki ucuna xlorvinil kanyula (şunt) birləşdirilməlidir. Şunt damar daxilinə 1 sm-dən artıq yeridilməməli, saplar vasitəsilə damara bərkidilməli və həmin saplar yaradan kənara çıxarılmalıdır ki, müalicənin sonrakı mərhələsində damar plastikası zamanı çətinliklər olmasın. Damarı şuntlanmış yaralılar ilk növbədə təxliyə olunmalıdırlar. Təxliyə prosesində zədələnmiş ətrafa əlverişli vəziyyət verilməli və hərəkətsizləşdirilməlidir.

Qeyd etmək lazımdır ki, damar cərrahlığının son müvəffəqiyyətləri sayılan damarların autotransplantasiyası, protezləşdirilməsi hərbi-səhra cərrahlığı şəraitində, bir sıra müvəffəqiyyətsizliyə səbəb olduğundan, xüsusilə odlu silah yaralanmalarında bunlar yalnız göstəriş əsasında yerinə yetirilməlidir.

Təsadüfi deyildir ki, bir sıra hallarda ətrafların magistral damarlarının yaralanması digər orqan və sistemlərin də zədələnməsi ilə birlikdə müşahidə olunur. Bu, yaralıların vəziyyətinin ağırlaşmasına səbəb olmaqla bərabər, müalicənin nəticələrinə də öz mənfi təsirini göstərir. Lakin, hər halda həyati göstəriş əsasında lazımi tədbirlər həyata keçirilməli, Hərbi Tibbi Doktrinanın göstərişlərinə tam əməl olunmalıdır. Buna aşağıdakı xəstəlik tarixini misal göstərmək olar:

M.C., 1968-ci il təvəllüdü, 22.07.93-cü il tarixdə saat 14.00 radələrində qarın boşluğuna keçən qəlpə yaraları, sol budun pulsasiya edən hematması, III dərəcəli travmatik şok diaqnozu ilə hospitala daxil olmuşdur (x/t 2586). Təcili olaraq mərkəzi venalar kavofikslə kateterizə olundu, şok əleyhinə kompleks tədbirlər həyata keçirilməklə bərabər, yaralı operativ müdaxiləyə götürüldü. Sol bud arteriyası dağıldığından autovenoz plastika olundu, bud venası bağlandı. Laparotomiya olundu, təftiş zamanı qara ciyər və nazik bağırsağın zədələnməsi aşkar olundu. Hər iki orqanın yaraları tikilərək tamlığı bərpa olundu. Qarın boşluğu drenaj olundu. Operativ müdaxilədən sonrakı dövrdə yaralı reanimasiya şöbəsində yerləşdirilməklə infuzion-transfuzion terapiya davam etdirilmiş, ətraf mühitin yüksək temperaturu və yaralıda güclü tərləməni nəzərə alaraq, ona tələb olunandan 1,5 litr artıq ringer-lakatat məhlulu və digər kristalloidlər köçürülmüşdür. Hemodinamik göstəricilər stabilləşdikdən üç gün sonra (27.07.93) yaralı Mərkəzi Hərbi Hospitala təxliyə olundu.

Qeyd etmək lazımdır ki, tərləmə nəticəsində çoxlu maye və elektrolit itirən yaralıların minimal qan təzyiqi adətən daha çox enir, eləcə də elektrolitlər, xüsusilə K^* və Mg^{**} itirildiyindən belə yaralılarda hüceyrədaxili dehidratasiyanın əlamətləri müşahidə olunur. Susuzluq onları əldən salır. EKQ-də hipokaliyemiya əlamətləri olaraq voltaj aşağı düşür.

Operativ müdaxilədən sonra nə vaxt ki, ətrafda qan dövrəni bərpa olunur, lakin toxumaların həyati qabiliyyəti şübhəlidir, ilk günlər böyrəyin funksiyasına nəzarət edilməlidir. Diurezin azalması böyrək çatmamazlığını göstərir. Hərəkətin yüksəlməsi, nəbzin tezləşməsi infeksiyanın inkişafına sübutdur. Ağrının artması, yüksək hərəkət və nəbzin tezləşməsi anaerob infeksiyanın inkişafına şübhəni artırır. Bütün bunlar yaranın təftişinin, nekrotik toxumaların götürülməsinin və lazım gəldikdə ətrafın amputasiyasının həyata keçirilməsinin vacibliyini ön plana çəkir.

Medikamentoz müalicə işemiyaya uğramış toxumalarda qanın reoloji qabiliyyətinin bərpası, toxumaların oksigenlə təchizatının yaxşılaşması, bunların oksigen aclığına həssaslığının azaldılması, metabolizmin (maddələr mübadiləsinin) yaxşılaşdırılması, biokimyəvi, histokimyəvi, morfoloji dəyişiklərin ləğvi və orqanın funksiyasının bərpasına doğru yönəldilməlidir.

Toxumaların oksigenlə təchizatını artırmaq üçün (xüsusilə anaerob infeksiyalarda) xüsusi barokameralardan istifadə olunmalıdır. Aparılmış tədqiqatlar göstərir ki, hiperbarik oksigenasiya yolu ilə qan və toxumalarda oksigenin parsial təzyiqi bir neçə dəfə artır. Bu, zədələnmiş ətrafın minimal qan təchizatı şəraitində toxumaların saxlanmasına imkan yaradır. Həmçinin anaerob infeksiyalarda oksigenin nisbətən yüksək təzyiqdə bakteriostatik təsiri də nəzərə alınmalıdır. Burada oksigen antibiotik rolunu oynayır.

27.4. CƏRRAHİ ƏMƏLİYYATDAN SONRAKI DÖVRÜN İDARƏ OLUNMASI, FƏSADLAŞMALARIN PROFİLAKTİKASI VƏ MÜALİCƏSİ

Odlu silah yaralanmalarında damar cərrahliyinin hələ həll edilməmiş bir çox problemləri də vardır. Belə ki, cərrahi əməliyyatdan sonra tromboz, qanaxma, infeksiyon fəsadlaşmalar bəzən 30-40%-ə çatır. Ona görə də hərbi-səhra cərrahiyyəsi hospitalarında damar zədələnmələri zamanı cərrahliyin bu sahəsinin həyata keçirilməsi üçün aşağıdakı şərtlərin nəzərə alınması xüsusilə vacibdir:

1. Hospitalda angiocərrahin, alət və tikiş materiallarının, lazımi dərman preparatlarının olması,
2. Əlverişli sanitar-döyüş şəraitinin və erkən təxliyə üçün imkanın olması,
3. Yaralıların uzun müddət davam edən cərrahi əməliyyatları keçirə bilmələrinin təmini,
4. Damar zədələnmələri zamanı yanaşı sınıqlar və orqan zədələnmələrinin olmaması,
5. Yaralı üçün kifayət qədər ehtiyat donor qanının olması.

Əgər yuxarıda tələb olunan şərtlərin hospitalda həyata keçirilməsi mümkün deyilsə, belə hallarda yalnız aşağıdakılarla kifayətlənmək lazımdır:

1) Damar kontuziyalarında, damarın qeyri tam zədələnmələrində yaralar birincili cərrahi işlənməli, təxliyənin gecikmə hallarında heparindən istifadə olunmalıdır.

2) Damarın yandan dəlib keçən zədələnməsi və tam kəsilməsi ilə olan zədələnmələr zamanı müvəqqəti şuntlanma həyata keçirilməlidir. Şuntlanma 6-24 saat müddətində qan dövrəsinin saxlanması üçün şərait yaradır. Şunt kimyəvi cəhətcə neytral və kifayət qədər möhkəm olmalı, onun daxili qatı islanmayan, asan sterilizə olunan materialdan olmalıdır.

Şuntlanmadan sonra yaralıların köçürülməsi gecikərsə, tromblaşmanın profiktikası məqsədilə hər 4 saatda əzələ daxilinə 5000 vahid heparin vurulmalıdır. Yarada infeksiya əlamətləri olduğu hallarda damarda mürəkkəb operativ müdaxilələrin həyata keçirilməsi məsləhət görülür. Bu kimi hallarda zədələnmiş damarın bağlanması başlıca üsul sayılmalıdır. Cərrahi əməliyyatın erkən müddətlərində anastomoz sahəsində tromboz və yaranın iltihablaşması ehtimalı daha çox olur. Qan dövrəsinin ciddi pozğunluğu şəraitində isə təkrari cərrahi əməliyyatların həyata keçirilməsi təhlükəlidir. Ona görə də belə şəraitdə müalicə, əsasən əməliyyat sahəsində kollateralaların inkişafı istiqamətində aparılmalıdır. Trombozun əmələ gəldiyi vəziyyətlərdə belə, ətrafın konserativ yolla saxlanması mümkündür. Cərrahi əməliyyatdan sonrakı müddətlərdə damarlarda baş verən seqmentar spazm analgetik və spazmolitik dərman preparatlarının tətbiqi ilə aradan götürülməlidir. Ətraflarda işemik kontrakturalar bir sıra hallarda fassiotomiyadan sonra meydana çıxır. Belə kontrakturalar saidin bükücü və baldırın arxa-ön qrup əzələləri sahəsində daha çox müşahidə olunur.

Yaralanmanın 2-3-cü həftələrində sümük, yaxud metal qəlpələrinin damarlara işemik pozğunluğu əlaməti olaraq, arroviz qanaxmalar müşahidə oluna bilər. Bunlar çox vaxt septik proseslərlə müşayiətlənir və alimentar distrofiya, hipoproteinemiya fonunda avitaminozlu xəstələrdə baş verir. Qanaxmalar adətən gecələr, xəstənin yuxuda olduğu zaman, yaxud onun tualetə getdiyi zaman (gücənmə momentində) qəflətən başladığı üçün daha qorxuludur.

Bud nahiyəsində, çiyində, saiddə yaralanması olan yüksək hərarətli şəxslərdə arroviz qanaxma ehtimalı daha yüksək olduğu üçün xəstələr ciddi nəzarət altında saxlanılmalıdır. Belə xəstələrdə adətən hərarət dalğavari xarakter daşıyır, əvvəllər qanaxma xəbərdaredici şəkildə, qısa müddətli olur. Bundan əvvəllərdə isə yaranın sarınması zamanı yarada xırda qan laxtaları müşahidə oluna bilər(!). Bu, təcrübəli cərrah üçün xəbərdarlıq əlaməti olmalıdır.

Ə.Ə., sırası əsgər 1975-ci il təvəllüdü, 18.11.93-cü il tarixdə saat 20.05 radələrində hospitala yaralandıqdan bir həftə sonra sol bazunun infeksiyalaşmış yarası, anemiya, arroviz arterial qanaxma, III dərəcəli şok diaqnozu ilə rayon xəstəxanasından hospitala köçürülmüşdür (x/t 3027). Yaralı təcili olaraq cərrahi əməliyyat otağına götürülmüş, burada şok əleyhinə müvafiq tədbirlərlə yanaşı intubasion narkoz şəraitində yara təftiş olunmuş, qoltuqaltı arteriyanın anevrizmasının arroviz qanaxması aşkar edilmişdir. İltihabi proseslə əlaqədar və yaralının ağır vəziyyətini nəzərə almaqla, yaralıya rekonstruktiv cərrahi əməliyyatdan imtina olunmuş, operativ müdaxilə damarın hər iki tərəfdən bağlanması və anevrizmanın rezeksiyası ilə başa çatdırılmışdır.

Massiv qanaxmalar adətən öskürək tutmaları, defekasiya güclənmələrindən sonra baş verir. Bu çox ciddi və qorxulu fəsadlaşmadır(!). Qanaxma dərhal dayandırılmalı və operativ müdaxilə həyata keçirilməlidir. Yarada infeksiyanın aşkar əlaməti olduqda, yaralanmış damarın ətraf yumşaq toxuma hesabına örtülməsi mümkün olmadıqda, damarlar üzərində rekonstruktiv cərrahi əməliyyatların həyata keçirilməsi əks göstərişdir. Yaralanmanın kombinə olunmuş xarakteri də bura aiddir.

Böyük venaların zədələnməsi zamanı adətən damarın hər iki tərəfdə bağlanması kifayət edir. Bunların yandan zədələnməsi hallarında zədə nahiyəsinin tikilməsi məsləhətdir. Boyun zədələnmələrində hava emboliyasının qarşısının alınması üçün damarın aparıcı ucunu sıxıcıya alınmalıdır. Atmosferdə əlaqəsinin aradan qaldırılması üçün yara sarınmalıdır.

Magistral damarın zədələnməsi sümüklərin dağılmış sınığı, yumşaq toxumanın geniş sahədə dərin zədələnməsi, eləcə də zədələnmənin donma, yaxud yanıqla, yaxud ağır formalı şua xəstəliyi ilə müşayiətləndiyi hallarda, ətrafın amputasiyasının həyata keçirilməsi daha məqsədəuyğundur. Qeyd etmək lazımdır ki, bir sıra hallarda hətta düzgün həyata keçirilmiş operativ müdaxilələrdən sonra da bu və ya

digər fəsadlaşmaların müşahidə olunması mümkündür. Bu, hər halda operativ müdaxilədən sonrakı dövrdə tələb olunan qaydalara lazımcə əməl olunmaması ilə əlaqədardır:

Ə.E., 1972-ci il təvəllüdü, 22.03.94-cü il tarixdə saat 15.26 radələrində hospitala qarın boşluğuna keçən kor güllə yarası, budun yuxarı 1/3-nin və qasıq nahiyəsinin hematoması, sidik kisəsinin və düz bağırsağın zədələnməsi, massiv qanitirmə, III dərəcəli travmatik şok diaqnozu ilə daxil olmuşdur (x/t 3649). Yaralı təcili olaraq cərrahi əməliyyat otağına gətirilmiş, laparotomiya həyata keçirilmiş, sidik kisəsi və düz bağırsağın yaraları tikilmiş, sigmastoma qoyulmuş, paravezikal sahə açılmış, episistostoma qoyulub, qarın boşluğu drenaj olunmuşdur. Sağ bud və qasıq nahiyəsindəki hematoma sahələri təftiş olunmuş, bud arteriyası zədələndiyi üçün, arteriyanın zədə nahiyəsi 1 sm məsafədə rezeksiya olunaraq, uc-uca anastomoz qoyulmuşdur. 7 gün sonra arroviz qanaxma baş verdiyindən, yaralı təkrarən cərrahi əməliyyata götürülmüş, damara qoyulmuş anastomoz ləğv edilərək autovenoz plastika yerinə yetirilmişdir. Operativ müdaxilədən 5 gün sonra yaralı son təxliyə mərhələsinə köçürülmüşdür. Sonralar burada, Mərkəzi hərbi hospitalda anastomozun trombozuna görə ətrafın amputasiyası həyata keçirilmişdir. Beləliklə, operativ müdaxilənin nəticəsi uğursuz olmuş, antikoagulyant müalicəsinin aparılmasına baxmayaraq, iltihab fonunda yaralıda tromboz və arroviz qanaxma baş vermiş, müalicə ətrafın amputasiyası ilə nəticələnmişdir.

Əgər yaralı hospitala yaralandıqdan bir həftə və daha çox müddətdən sonra müraciət etmişsə, yaxşı gediş hallarında gözləmə taktikasından istifadə olunmalıdır. Həmin müddət ərzində kollateralın inkişafı və anevrizmanın formalaşması üçün şərait yaranmış olur. Lakin anevrizmanın partlaması, hematomanın irinləməsi və ikincili qanaxmanın baş verdiyi bütün hallarda operativ müdaxilə təxirə salınmadan həyata keçirilməlidir. Bu prinsip həmçinin, hətta minimal təkrarı qanaxmalar zamanı da qanaxmanın öz-özünə dayanıb-dayanmamasından asılı olmayaraq gözlənilməli, təxirəsalınmaz cərrahi əməliyyat həyata keçirilməlidir. Bu məsələ aşağıdakı xəstəlik tarixində ətraflı şərh edilmişdir.

Ə.A., 1968-ci il təvəllüdü, 05.02.94-cü il tarixdə saat 11.45 radələrində N saylı hərbi-səhra cərrahiyyəsi hospitalına mülki rayon xəstəxanasından sol budun kor qəlpə yarası arterial qanaxma diaqnozu ilə köçürülmüşdür (x/t 3497). Yaralı 10 gün əvvəl budun odlu silah yaralanmasına görə xəstəxanaya daxil olmuş, yaranın cərrahi işlənməsi həyata keçirilmişdir! Görünən selikli qişası və dərisi avazımış, nəbzi dəqiqədə 120-125, A/T-80/35 mm c.s.-dur. Təcili olaraq yaralı cərrahi əməliyyat otağına götürülmüş, mərkəzi venalar kavofikslə kateterizə olunmuş, intubasion narkoz şəraitində sol bud arteriyası açılmış, damarın anevrizması aşkar edilmiş, axırncı rezeksiya edilməklə autovenoz implantasiya həyata keçirilmişdir. Operativ müdaxilədən sonrakı dövr yaralı intensiv terapiya almış, qan köçürülmüş, geniş spektrli təsirə malik antibiotiklər tətbiq edilmişdir. Operativ müdaxilənin 17-ci günü yaralı öz hərbi hissəsinə yazılmış və sənədləri hərbi-həkim ekspert komissiyasına göndərilmişdir.

Yaranın dərin infiltrasiyası hallarında damar (Hünter üsulu ilə) yaradan kənar sahələrdə bağlanmalıdır. Çünki damarın yarada bağlanması üsulu belə hallarda lazımi nəticə vermir. Septik proseslər zamanı qranulyasiya toxumasındaki qanaxmalar konservativ yolla dayandırılmalı, bu məqsədlə kalsium xlorid, vikasol və fibrin süngərlərindən istifadə edilməlidir.

27.5. DAMAR ZƏDƏLƏNMƏLƏRİ ZAMANİ MƏRHƏLƏLİ YARDIMIN HƏYATA KEÇİRİLMƏSİ QAYDASI

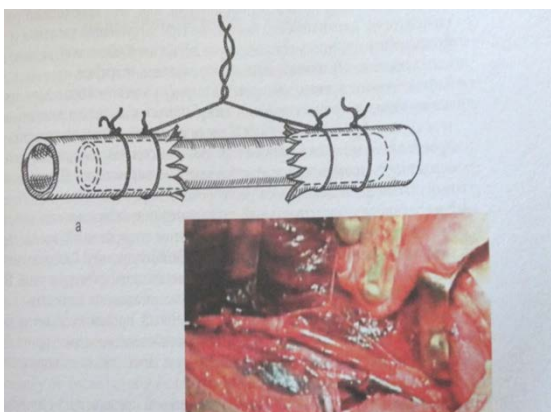
İlk- və həkiməqədərki tibbi yardım –qanaxmanın müvəqqəti saxlanılmasından ibarətdir. Bura qankəsici turnaların, basıcı sarğuların qoyulması, ətrafların müəyyən sahələrdə maksimal bükülməsi metodunun tətbiqi və s. tədbirlər aiddir. Yaralılara şok əleyhinə müalicə tətbiq olunmalı, ağrıkəsicilər yeridilməlidir. Ətrafına turna qoyulmuş yaralılar döyüş zonasında ləngidilməməli, onlar hər vasitə ilə hospitalara çatdırılmalıdır.

İlk həkim yardımı. Burada qanaxmanın müvəqqəti saxlanılması üçün tədbirlər qankəsici turnanın qoyulması, basıcı sarğuların tətbiqi, ətraflara maksimal bükücü vəziyyətin verilməsi və s. həyata keçirilir. Yara kip tamponada edilməli, yaxud damara yumşaq sıxıcı (zajim) qoyulmalıdır. Qankəsici turnanın qoyulduğu vaxt, yaxud yaranın kip tamponadası ilkin tibbi sənəddə (100 №-li formada) dəqiq

göstərilməli və bu barədə yaralı və onu müşayiət edən şəxs xəbərdar edilməlidir. Həmçinin bu mərhələdə əvvəl qoyulmuş turnalar nəzərdən keçirilməli, turnanın qoyulma vaxtının gecikdiyi hallarda axırncı müvəqqəti olaraq açılmalı və təkrarən bərkidilməlidir. Turna boşaldıqdan sonra qanaxma baş vermirsə və magistrəl damarların zədələnməsinə şübhə qalmırsa, axırncı çıxarılır. Şübhəli hallarda turna ətrafda bağlanmamış hazır vəziyyətdə qoyulmalı, yaralı və onu müşayiət edən şəxs qanaxmanın baş verəcəyi zaman nə etməsi haqda təlimatlandırılmalıdır.

Güclü qanıtirmə əlamətləri zamanı həyatı təhlükə qarşısında qalan yaralılara imkan daxilində konservləşdirilmiş qan, yaxud polüqlükün köçürülməli, ürək dərmanları, lazım gəldikdə tənəffüs analeptikləri yeridilməlidir. Kəskin qanıtirməsi və anemiyası olan yaralılar ilk növbədə təxliyə olunmalıdır.

Ixtisaslı tibbi yardım. Burada qanaxma tam dayandırılmalı, yaralar cərrahi işlənilməli, şərait imkan verdikdə damarlar üzərində bu və ya digər operativ müdaxilələr həyata keçirilməlidir. Bu mümkün olmadıqda zədələnmiş damar şuntlanmalıdır.



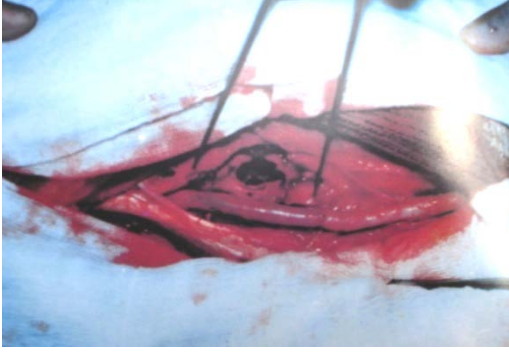
Şəkil 27.1 Zədələnmiş damarın müvəqqəti şuntlanması

Bu mərhələdə qanıtirməyə qarşı tam mübarizə aparılmalı, lazım gəldikdə hətta arteriya daxilində də qan köçürülməlidir. Bütün yaralılar imkan daxilində aviasiya yolu ilə təxliyə olunmalıdır. Zədələnmiş ətraf fiksə edilməli, təxliyə müddətində zədələnmiş ətrafda qankəsici turnanın ehtiyat üçün (dartılmamış vəziyyətdə) olması vacibdir (Şəkil 27.3).



Şəkil 27.2 Sağ bud sümüyünün sınığı və bud arteriyasının zədələnməsi ilə olan odlu silah yaralanmasına görə həyata keçirilmiş cərrahi əməliyyatdan sonrakı vəziyyət. Ətraf AO tipli aparatla fiksə olunmuşdur (x/t 3868).

Ixtisaslaşdırılmış tibbi yardım mərhələsində damarın bərpası məsələsi daha ətraflı öyrənilməli, kollateralların zəifliyi hallarında lazımi medikamentoz tədbirlər yerinə yetirilməlidir. Təkrari qanaxmalar, ətrafda işemik vəziyyət və yaraların infeksiyalaşmasına qarşı lazımi tədbirlər həyata keçirilməli, yaralar sağaldıqdan sonra kollateralların inkişafı üçün kompleks tədbirlər həyata keçirilməlidir. Yaralıların müalicəsi hərbi həkim ekspertizası ilə başa çatdırılmalıdır.



Şəkil 27.3 Zədələnmiş bud arteriyasının autovenoz plastikası (x/t 3851)



Şəkil 27.4 Zədələnmiş bud arteriyasının protezləşdirilməsi

Yaralıların ixtisaslaşdırılmış yardım mərhələsinə birbaşa daxil olma hallarında müalicə taktikası eyni ilə dəyişməz olaraq qalmalı, burada Hərbi-Tibbi Doktrinanın göstərişləri gözlənilməli, yaralanmaların diaqnostikası və müalicəsi müasir tələbata uyğun şəkildə yerinə yetirilməlidir.

Magistral damarların zədələnmələri hərbi cərrahlığın mühüm problemlərindəndir. Bu, döyüşən orduda hərbi qulluqçular arasında orta hesabla 0,5-dən 2-2,5%-ə qədər təsadüf edilir. Bütün damar zədələnmələrinin 95-97%-i ətraf yaralanmalarının payına düşür. Hərbi praktikada damar zədələnmələri odlu silah yaralanmaları zamanı bilavasitə damarın zədələnməsi, yaxud xüsusilə mina partlayış zədələnmələrində onun qapalı zədələnməsi – kontuziyası şəklində müşahidə olunur. Damarların soyuq silah yaralanmaları hərbi qulluq zamanı az hallarda müşahidə olunur və bunun müalicəsi prinsip etibarilə eyni olduğundan, bu barədə ətraflı danışılmasına ehtiyac qalmır. Təcrübə göstərir ki, magistr al damarların zədələnmələri zamanı məhz ilk yardımın lazımcına yerinə yetirilməməsi nəticəsində yaralıların əksər çoxluğu döyüş zonasında tələf olurlar. Yaralılara ilk tibbi yardımın vaxtında həyata keçirilməsindən çox şey asılıdır.

Magistral damarların zədələnməsi zamanı ilk- və həkiməqədərki yardım qanaxmanın müvəqqəti saxlanılması tədbirlərinin yerinə yetirilməsindən ibarət olmalı, ilk həkim yardımında göstəriş əsasında damarların yarada tikilməsi, yaxud bağlanması həyata keçirilməli, yaralılar vaxt itirilmədən ixtisaslı yardım mərhələsinə çatdırılmalıdır. İxtisaslı yardım mərhələsində yaralar cərrahi işlənilməli, göstəriş əsasında bu və ya digər operativ müdaxilələr həyata keçirilməli və cərrahi taktikanın yerinə yetirilməsində Hərbi Tibbi Doktrinanın göstərişləri əsas götürülməlidir. Yaralıların sonrakı müalicəsi damar cərrahlığı mərkəzlərində tam həcmdə, sağalma müddətinə qədər davam etdirilməli və hərbi-həkim komissiyası ilə başa çatdırılmalıdır.

PERİFERİK SİNİRLƏRİN ODLU SİLAH YARALANMALARI VƏ ZƏDƏLƏNMƏLƏRİ

TƏDRİS SUALLARI

- 28.1. Periferik sinirlərin odlu silah yaralanmaları və zədələnmələrinin təsnifatı
- 28.2. Periferik sinirlərin odlu silah yaralanmaları və zədələnmələrinin klinikası, simptomatologiyası və diaqnostikası
- 28.3. Sinir zədələnmələrinin müalicəsinin təşkili, mərhələli yardımın həyata keçirilməsi qaydaları
- 28.3.1. Sinir zədələnmələrinin müalicəsinin təşkili
- 28.3.2. Periferik sinirlərin zədələnmələri zamanı mərhələli yardımın həyata keçirilməsi qaydaları

28.1. PERİFERİK SİNİRLƏRİN ODLU SİLAH YARALANMALARI VƏ ZƏDƏLƏNMƏLƏRİNİN TƏSNİFATI

1. ZƏDƏLƏNMƏNİN SƏBƏBİNƏ GÖRƏ:

- a) Odlu silah zədələnmələri,
- b) Qeyri-odlu silah yaralanmaları nəticəsində baş vermiş sinir zədələnmələri,
- c) Ətrafların qapalı zədələnmələri (sıxılması, əzilməsi və s.) nəticəsində baş vermiş sinir zədələnmələri.

2. ZƏDƏLƏNMƏNİN FORMA VƏ LOKALİZASIYASINA GÖRƏ:

- a) Kəsilmiş zədələnmələr,
- b) Əzilmiş zədələnmələr,
- c) Sinirin kontuzion zədələnmələri.

3. ZƏDƏLƏNMƏNİN XARAKTERİNƏ GÖRƏ:

- a) Sinirin təcrid olunmuş zədələnmələri,
- b) Sinirin sınıqlar və damarlarla müştərək zədələnmələri.

4. ZƏDƏLƏNMƏNİN AĞIRLIQ DƏRƏCƏSİNƏ GÖRƏ:

- a) Sinirin tam zədələnməsi ilə,
- b) Sinirin qismən zədələnməsi ilə,
- c) Sinirin kontuziyası ilə.

5. DƏRİ TAMLIĞININ POZULMASINA GÖRƏ:

- a) Qapalı zədələnmələr,
- b) Açıq zədələnmələr.

28.2. PERİFERİK SİNİRLƏRİN ODLU SİLAH YARALANMALARINI VƏ ZƏDƏLƏNMƏLƏRİNİN KLİNİKASI, SİMPATOMATOLOGİYASI VƏ DİAQNOSTİKASI

Müasir hərbi əməliyyatlarda periferik sinirlərin, yaxud sinir kəməflərinin zədələnməsi hesabına baş vermiş sanitar itgisi orta hesabla 9,6% təşkil edir. Yuxarı ətraf yaralanmalarında sinir zədələnmələri aşağı ətraflara nisbətən daha çox rast gəlir. Zədələnməyə daha çox məruz qalan bəzi kəməfi və ondan çıxan sinirlərdir. Yuxarı ətraf üzrə mil və dirsək sinirləri, aşağı ətraf üzrə incik siniri zədələnməyə daha çox məruz qalır. Sinir zədələnmələri açıq və qapalı olur. Əksər hallarda sinir zədələnmələri sınıqlarla, az hallarda isə damarların da zədələnməsi ilə təsadüf olunur. Bundan əlavə sinirlərin zədələnməsi kontuziya şəklində də təsadüf edilə bilər. Bu, odlu silahın yan zərbəsi təsirindən, bəzən isə partlayışla əlaqədar zərbə dalğası nəticəsində baş verir.

Zədələnmənin formasından və dərinliyindən asılı olaraq sinir keçiriciliyi hissi, hərəkəti və vegetativ pozğunluqlar şəklində təzahür edir. Hərəkəti pozğunluqlar ayrı-ayrı əzələlərin, yaxud əzələ qruplarının süst iflici şəklində, hissi pozğunluqlar isə hissiyyətin tam, yaxud qismən pozulması, bəzən isə hiperesteziya və paresteziya əlamətləri ilə müşahidə olunur. Bir sıra hallarda isə əzabverici kausalgiya ağrıları baş verir. Ətrafda yandırıcı ağrıları dəri və buynuz toxumada, eləcə də dırnaqlarda trofik pozğunluqlar meydana çıxır, xəstələrdə hidromaniya əlamətləri müşahidə olunur; ağrılardan xilas olmaq üçün xəstə zədələnməsinin ətrafı, çox vaxt isə əlləri, soyuq suda saxlayır. Sinir zədələnmələrində vegetativ pozğunluqlar əsasən trofik və damar-hərəkəti pozğunluqlarla özünü göstərir.

Sinirin qapalı zədələnməsi əsasən odlu silahın yan zərbəsi və partlayış zamanı əmələ gəlmiş zərbə dalğası nəticəsində baş verir. Zədələnmələr özünü sinirin əzilməsi, sıxılması və silkələnməsi ilə göstərir. Sinirlərin sıxılması sərt turnalardan istifadə edildikdə, yaxud kip qoyulmuş gips sarğısının ətrafı sıxmasından baş verə bilər. Bir sıra hallarda sinirlərin qapalı zədələnməsi sınıq və çıxıqlar zamanı, fraqmentlərin repozisiyası, yaxud çıxıqların yerinə salınması zamanı kobud manipulyasiyalarla da əlaqədar ola bilər. Sinirin qapalı zədələnmələrində bəzən sinir toxumasının tam, yaxud qismən qırılması da müşahidə edilə bilər.

Sinir zədələnmələrinin ağırlıq dərəcəsini həmişə qabaqcadan təyin etmək mümkün olmur. Çünki bədənin yüngül zədələnmələri zamanı belə, bəzən sinir tam qırıla bilər və əksinə, ən ciddi zədələnmələr zamanı sinirlərdə dəyişiklik müşahidə olunmaya bilər. Sinirin silkələnməsi (kommosiyası) zamanı adətən onun funksiyası 1-2 həftəyə bərpa olunur. Sinirin qismən zədələnmələrində isə ilk baxışda adətən tam zədələnmə əlamətləri aşkar olunsada, sonralar (20-25 gündən sonra) bunlar müəyyən funksiyaların bərpası ilə aradan qalxır. Sinirin tam anatomik zədələnmələrində belə, bəzən vaxt keçdikcə kompensator funksiyalar bu və ya digər dərəcədə bərpa oluna bilər.

Periferik sinirlərin zədələnmələrinin diaqnostikası ixtisaslaşdırılmış neyrocərrahi klinikalarda, yaxud neyrocərrahi mərkəzdə hərtərəfli müayinələr əsasında dəqiqləşdirilməli və buna görə ixtisaslaşdırılmış yardım həyata keçirilməlidir. Sinir zədələnmələrində xarakter hərəkət və hissi pozğunluqlarının olması diaqnozun dəqiqləşdirilməsinə imkan verir.

Mil sinirinin bəzi səviyyəsində zədələnmələrində əl və barmaqlar asılı vəziyyətdə qalır (aşağı sallanır). Əlin arxaya bükülməsi, əsas falanqaların açılması və baş barmağın uzaqlaşdırılması mümkün olmur. Sinirin nisbətən aşağı nahiyələrdə zədələnməsi hallarında isə əlin arxaya bükülməsi saxlanıla bilər. Qalan pozğunluqlar isə olduğu kimi qalır.

Orta sinirin bəzi və saidin yuxarı üçdə-biri səviyyəsində zədələnməsində saidin pronasiyası, əlin milə tərəf bükülməsi, baş barmağın yaxınlaşdırılması və bükülməsi, II və III barmaqların yaxınlaşdırılması və uzaqlaşdırılması, bütün barmaqların orta falanqalarının bükülməsi pozulur. Sinirin aşağıdan (distal hissədən) zədələndiyi hallarda, əsasən baş barmağın bükülməsi və qarşılaşdırılması, eləcə də II və III barmaqların yaxınlaşdırılması və uzaqlaşdırılması pozulur.

Dirsək sinirinin zədələnməsində tam açılmış baş barmağın yaxınlaşdırılması və uzaqlaşdırılması qeyri-mümkün olur. IV və V barmaqlar çaynaqvari vəziyyət alır, yəni orta və uc falanqalar bükülmüş, əsas falanqalar isə maksimal açılmış vəziyyət alır.

Bəzi kəməfi zədələnmələrində ya yuxarı –C₅₋₆, yaxud da aşağı dəstədə –C₈–D₂-də pozğunluq müşahidə olunur. C₅₋₆-nın zədələnmələrində bazunun qaldırılması və saidin bükülməsi məhdudlaşır. C₈–D₂-nin zədələnməsində isə əl və barmaqları bükən əzələlər və əlin xırda əzələləri fəaliyyətdən qalır. C₅₋₆-nın C₈–D₂ ilə birgə zədələnməsi az hallarda təsadüf edir.

Qamış sinirinin zədələnməsi zamanı pəncə və barmaqların bükülməsi pozulur. Bəzən “daban ayağı” müşahidə olunur, xəstə dabanı üstə gəzməyə çalışır.

İncik siniri zədələndikdə ayaq sallanır və bayıra fırlanır, pəncənin arxaya bükülməsi mümkün olmur.

Oturaq sinirin keçiriciliyinin tam pozulduğu hallarda pəncə və barmaqlarda hərəkət olmur. Həmin sinirin qismən zədələnməsində isə incik və qamış sinirlərinin bu və ya digər dərəcədə pozğunluq əlamətləri müşahidə olunur.

28.3. SİNİR ZƏDƏLƏNMƏLƏRİNİN MÜALİCƏSİNİN TƏŞKİLİ, MƏRHƏLƏLİ YARDIMIN HƏYATA KEÇİRİLMƏSİ QAYDALARI

28.3.1. SİNİR ZƏDƏLƏNMƏLƏRİNİN MÜALİCƏSİNİN TƏŞKİLİ

Sinir zədələnmələrinin müalicəsi ixtisaslaşdırılmış müalicə müəssisələrində həyata keçirilməlidir. Yaralılar hərtərəfli müayinədən keçirilməli, diaqnoz, müalicə taktikası və müalicənin planı qabaqcadan dəqiqləşdirilməlidir. Yaralılar əvvəlcə fizikal müayinədən keçirilməli, hərəkəti və hissi pozğunluqlara əsasən diaqnoz təyin olunmalı və müasir instrumental müayinə üsulları ilə bunun dəqiqliyi təsdiqlənməlidir.

Yaralıların müalicə taktikası sinir zədələnmələrinin ağırlığından, funksional və morfoloji pozğunluğun dərinlik dərəcəsindən, zədə nahiyəsində iltihabi prosesin olub-olmamasından asılı olaraq təyin edilməlidir. Müalicə konservativ və operativ yolla həyata keçirilə bilər. Yüngül pozğunluq hallarında adətən həyata keçirilən konservativ müalicə tədbirləri müsbət nəticə verir və operativ müdaxiləyə ehtiyac qalmır. Bu, bir daha sübut edir ki, sinir zədələnmələri zamanı yaralıların operativ müalicəsinə tələsmək lazım deyildir. Operativ müdaxilələr yalnız konservativ müalicənin tam müsbət nəticə vermədiyi hallarda tətbiq edilməlidir. Yalnız davamlı dərin funksional və morfoloji pozğunluq zamanı konservativ müalicənin müsbət nəticə vermədiyi hallarında operativ müdaxilədən danışılmalıdır.

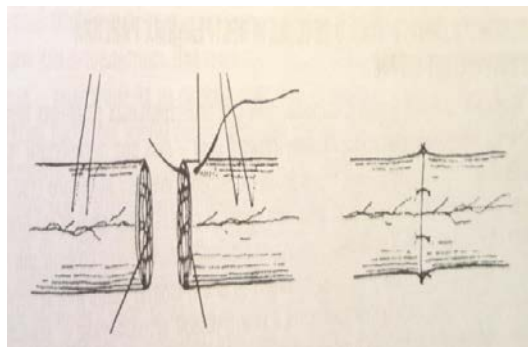
Operativ müdaxilənin həyata keçirilməsindən əvvəl yaralılara ümumi və yerli müalicə tədbirləri yerinə yetirilməlidir. Bunlar yerli və ümumi xarakter daşmalıdır. Yerli müalicədə məqsəd zədə nahiyəsində iltihabi proseslərin aradan qaldırılmasından ibarətdir. Belə hallarda medikamentoz tədbirlər və fiziki üsullarla müalicə metodları: masaj, müalicəvi gimnastika, vanna, elektroforez, darsanval və i.a. tətbiq olunmalıdır. Bununla bərabər orqanizmin ümumi müqavimət qabiliyyətinin artırılması qayğısına da qalınmalı, hipoproteinemiya, anemiya əlamətləri aradan qaldırılmalı, qanın su-duz, turşu-qələvi tarazlığı, laxtalanma sistemi normallaşmalı, orqanizmin immun qabiliyyəti bərpa olunmalıdır. Operativ müdaxiləyə bu istiqamətdə hazırlıq şübhəsiz ki, daha yaxşı nəticə əldə edilməsinə imkan verir. Yalnız yarada iltihabi proseslərin olmadığı istisna hallarda yaralılar birbaşa operativ müdaxiləyə götürülə bilər.

Operativ müdaxilənin məzmunu sinirin zədələnmə dərəcəsindən asılı olaraq yerinə yetirilməlidir. Köhnə zədə nahiyəsində əlavə kəsik aparılmalı, çapıq toxuması götürüldükdən sonra yara kanalı təftiş olunmalı, bitişmələr ehtiyatla küt və kəskin surətdə aralanmalıdır. Bu zaman kəsik sahəsində alt qatda yerləşmiş toxumaların zədələnməməsi üçün, xüsusi texniki qayda əsasında toxumalar yuxarı qaldırılmaqla kəsilməli, sinirin proyeksiyası və anatomik strukturlara əsasən sinir tapılmalı və onun zədələnmə dərəcəsi təyin edilməlidir. Sinir toxuması öz görkəmi ilə digər toxumalardan fərqlənir.

Bəzi hallarda sinirin funksiyasının bərpası bir o qədər də çətinlik yaratmır. Belə ki, yaranın əvvəllər birincili cərrahi işlənməsi zamanı sinir toxumasının tikişə alınması aşkarlanır və nevrolyzin yerinə yetirilməsi ilə sinir çapıq toxumasından azad olunur. Belə hallarda operativ müdaxilənin nəticələri yaxşı olur, əməliyyatdan az müddət sonra ətrafda müşahidə olunan trofik pozğunluqlar ləğv olunur, kausalgik ağrılar aradan qalxır.

Müəyyən hallarda isə sinirin tam, yaxud natamam zədələnməsi aşkar olur. Hər iki halda sinirin tamlığının bərpasına çalışılmalı, sinir toxuması atravmatik saplarla tikilməlidir. Lakin sinirin tikilməsindən əvvəl çapıq toxumasından azad olunmalı, sinir ucları degenerativ toxumalardan təmizlənməli və iti ülgüclə kəsilib yararlı hala salındıqdan sonra epinevral yaxınlaşdırıcı tikişlər

qoyulmalıdır. Tikişlərin qoyulması zamanı sinirin burulmasına və deformasiyasına yol verilməməlidir. Sapların dartılması nə bərk, nə də boş olmalıdır. Bu əməliyyat zamanı akademik M.A.Topçubaşovun parafin-nevroliz üsulundan istifadə edilməsi daha yaxşı nəticə əldə edilməsinə imkan verir. Sinir toxumasının parafinlə ətraf toxumadan izolə olunması onun ətraf toxumalar ilə bitişməsinin qarşısını alır.



Şəkil 28.1 Zədələnmiş sinirə epinevral tikişlərin qoyulması qaydası (Sxematik təsvir).

Operativ müdaxilədən sonra ətrafa 7-10 gün müddətində istirahət verilməli, bu məqsədlə ətraf gips longeti ilə fiksə olunmalıdır. Sonra gips longeti açılmalı, tikişlər sökülməli, müalicəvi gimnastika, masaj və fizioterapevtik müalicə üsulları tətbiq edilməlidir. Qeyd etmək lazımdır ki, bir sıra hallarda sinir zədələnmələri ilə bərabər vətərlərin də zədələnməsinin müşahidə olunduğu vəziyyətlərdə zədələnmiş vətərlərin tamlığı imkan daxilində onun plastikasının yerinə yetirilməsi ilə bərpa olunmalı və əməliyyatdan sonrakı dövr eynilə davam etdirilməlidir. Əlavə olaraq xəstələrə trofik pozğunluqların aradan qaldırılması məqsədilə medikamentoz müalicə də tətbiq edilməlidir.

28.3.2. PERİFERİK SİNİRLƏRİN ZƏDƏLƏNMƏLƏRİ ZAMANI MƏRHƏLƏLİ YARDIMIN HƏYATA KEÇİRİLMƏSİ QAYDALARI

İlk- və həkimqədərki tibbi yardım yaraya sarğının qoyulması və ətrafın hərəkətsizləşdirməsindən ibarətdir. Xarici qanaxmalarda qankəsici turnalardan istifadə edilməlidir. Göstəriş olduqda yaralıları ağrıkəsicilər və ürək dərmanları vurulmalıdır.

İlk həkim yardımı. Burada ətraf yaralanmalarında nəzərdə tutulmuş bütün qaydalar olduğu kimi həyata keçirilməlidir. Yaralıları ağrıkəsicilər vurulmalı, qanaxmalar qankəsici turnalarla saxlanılmalı, zədələnmiş damar sıxıcıya alınmaqla yarada bağlanılmalı, yaxud tikilməlidir. Sınıqlar, sinirlərin və magistral damarların zədələnmələri zamanı ətraf lazımınca hərəkətsizləşdirilməlidir. Burada diaqnoz ən sadə üsullarla –əl və ayaqda I barmağın hərəkətinə əsasən təyin edilməlidir:

- əl in I barmağının uzaqlaşdırma hərəkətinin olmaması mil sinirinin zədələnməsini göstərir.
- əl in I barmağının yaxınlaşdırılmasının mümkün olmaması dirsək sinirinin zədələndiyini göstərir.
- əl in I barmağının distal falanqasının bükülməməsi orta sinirin zədələndiyini göstərir.
- ayağın I barmağının arxaya açılmasının mümkün olmaması incik sinirinin zədələnməsini göstərir.
- ayağın I barmağında bükülmə hərəkətinin olmaması qamış sinirinin zədələnməsini göstərir.

İxtisaslı tibbi yardım. Göstəriş olduqda ağrıkəsicilər və ürək dərmanları vurulmalı, yaralıların cərrahi müdaxiləyə hazırlanması təmin edilməlidir. Sinirlərin erkən tikilməsi adətən həyata keçirilmir. Yalnız müəyyən hallarda, məsələn, damar zədələnmələri zamanı zədələnmiş sinir göz qabağında olarsa və onun tikilməsi bir o qədər çətinlik törətməzsə, sinirə tikiş qoyulur. Bu mərhələdə bəzən yad cismin bilavasitə sinirə təzyiq etdiyi, yaxud xırda qəlpələrin sinir üzərində yerləşdiyi və kəskin ağrılar verdiyi hallarda təcili cərrahi əməliyyatın həyata keçirilməsi lazım gəlir. Yerdə qalan digər hallarda isə sinir zədələnmələrinə görə təcili operativ müdaxiləyə ehtiyac qalmır.

İxtisaslaşdırılmış tibbi yardım. Bu mərhələdə yaralı hərtərəfli müayinədən keçirilməli, sinir zədələnməsinin xarakteri dəqiqləşdirilməlidir. Yardımın mahiyyəti zədələnmiş sinirin tamlığının bərpasından ibarətdir. Bu məqsədlə sinirə epinevral tikişlər qoyulur. Sinirə birincili tikişlər yarada infeksiya əlamətinin olmadığı hallarda qoyula bilər. Bu, yaranın birincili cərrahi işlənməsi müddətində

həyata keçirilir. Əvvəlcə sinirin ucları iti ülgüclə köndələn istiqamətdə kəsilir, ətrafa elə vəziyyət verilir ki, sinir ucları bir-birinə yaxın yerləşsin. Lazım gəldikdə bu məqsədlə ətrafa bükülmə vəziyyəti verilir. Nazik kapron, yaxud ipək sapla (yaxşı olar sintetik saplarla) seyrək epinevral, tikişlər qoyulur. Tikişlər qoyularkən, sinir ucları bir-birinə çox kəp dayanmamalı, fraqmentlər arasındakı məsafə 0,5 mm-dən çox olmamalıdır. Tikişlərin qoyulması zamanı həmçinin simmetrikiyə fikir verilməli, sinir uclarının burulmasına yol verilməməlidir. Cərrahi əməliyyatın sonunda ətraf gips sargısı ilə (longetlə) fiksə olunmalıdır. Bu, sinirdə gərginliyin əmələ gəlməməsi məqsədilə həyata keçirilir. 3 həftədən sonra gips sargısı açılmalı və 2 həftə ərzində ətrafa fizioloji vəziyyət verilməlidir.

Yaranın cərrahi işlənməsi zamanı sinirə qoyulmuş tikişlər birincili tikişlər adlanır. Yarada infeksiya əlaməti olduqda və sinir uclarının bir-birinə yaxınlaşdırılması mümkün olmadığı hallarda yara cərrahi işləndikdən sonra sinir uclarına bir neçə (2-3) epinevral tikişlər qoyulur, saplar müalicənin sonrakı mərhələsində sinirin tapılmasında çətinlik törəməməsi məqsədilə qoyulur.

Sinirə birincili tikiş qoyulmadığı hallarda konservativ müalicə davam etdirilməli, 3-6 həftədən sonra iltihabi proses ləğv olunduqdan sonra göstəriş əsasında cərrahi müdaxilə həyata keçirilməlidir. Bu halda sinirə qoyulan tikiş təxirəsalınmış tikişlər adlandırılır. Sinirlər üzərində bərpa cərrahi əməliyyatlar təcili xarakter daşımır. Bu bir neçə ay müddətinə təxirə salına bilər. (Bəzi müəlliflərin fikrinə təxirəsalınmış tikişlərin qoyulmasının maksimal müddəti 3 aya qədər uzadıla bilər (P.Q. Brösov, G.A.Neçəev). Yaralanmadan 1,5-2 ay keçdikdən sonra yerinə yetirilən əməliyyatlar gec əməliyyatlara aiddir. Təcrübə göstərir ki, sinir zədələnmələrinə görə əvvəlki mərhələlərdə buraxılmış səhvlərin, yaxud qüsurların erkən müddətlərdə deyil, təxirəsalınmış şəkildə yerinə yetirilməsi zamanı daha yaxşı nəticələr alınır.

Müasir təbabətin son nailiyyətləri göstərir ki, hətta sinirlərin böyük bir sahədə defektlərinin olduğu halda belə, mikroçərrahi metodların tətbiqilə onların tamlığının bərpa olunması mümkündür. Sinir zədələnmələrinin müalicəsində gimnastika, masaj və digər fizioterapevtik müalicələrin xüsusi əhəmiyyəti vardır. Sinir zədələnmələrəri nəticəsində ətraflarda qüsurlu vəziyyətlərin yarandığı hallarda axırıncı fizioloji vəziyyətdə yaxud korreksiya halında fiksə olunmalıdır. Müalicə tam axıra qədər aparılmalı və hərbi-həkim komissiyası ilə başa çatdırılmalıdır.

Periferik sinirlərin odlu silah yaralanmaları və zədənmələri ordunun bütün sanitar itgisinin orta hesabla 9,6% təşkil edir. Yuxarı ətraf yaralanmalarında sinir zədələnmələri aşağı ətraflara nisbətən daha çox rast gəlinir. Zədələnməyə daha çox məruz qalan bazu kələfi və ondan çıxan sinirlərdir. Yuxarı ətraf üzrə mil və dirsək sinirləri, aşağı ətraf üzrə incik siniri zədələnməyə daha çox məruz qalır. Sinir zədələnmələri açıq və qapalı şəkildə, bəzən sinirin kontuziyası şəklində müşahidə olunur. Əksər hallarda sinir zədələnmələri sınıqlarla, az hallarda isə damarların da zədələnməsi ilə təsadüf olunur. Zədələnmənin formasından və dərinliyindən asılı olaraq sinir keçiriciliyi hissi, hərəkəti və vegetativ pozğunluqlar şəklində təzahür edir. Hərəkəti pozğunluqlar ayrı-ayrı əzələlərin, yaxud əzələ qruplarının süst iflici şəklində, hissi pozğunluqlar isə hissiyyatın tam, yaxud qismən itməsi, bəzən isə hiperesteziya və paresteziya əlamətlərilə aşkarlanır.

Sinir zədələnmələrinin diaqnostikası xəstələrin fizikal və instrumental müayinəsi əsasında qoyulmalıdır. İxtisaslı yardım mərhələsində sinir zədələnmələrinə görə xüsusi cərrahi müdaxilənin aparılması nəzərdə tutulmur. Bu əməliyyatlar yalnız neyroçərrahi mərkəzdə, yaxud klinikalarda həyata keçirilməlidir. Hərbi-səhra cərrahiyyəsi hospitallarında sinir zədələnmələri zamanı cərrahi əməliyyat (sinirin tikilməsi) yalnız yanaşı damar zədələnmələri zamanı əməliyyatların yerinə yetirildiyi hallarda zədələnmiş sinirin göz qabağında olduğu vəziyyətlərdə həyata keçirilməlidir. Digər hallarda isə odlu silah yarası cərrahi işləndikdən sonra zədələnmiş ətraf fiksə olunmalı, yaralı vəziyyətdən çıxdıqdan sonra müalicənin son mərhələsinə təxliyə olunmalıdır.

İxtisaslaşdırılmış cərrahi yardım mərhələsində (neyroçərrahi mərkəz, yaxud klinikalarda) yaralı hərtərəfli müayinə olunmalı, göstəriş əsasında konservativ və operativ müalicə tədbirləri yerinə yetirilməli, müalicə hərbi-həkim ekspertizası ilə başa çatdırılmalıdır. Medikamentoz tədbirlərlə bərabər kompleks bərpa müalicəsi aparılmalı, müalicəvi gimnastika, masaj, fizioterapevtik metodlar geniş tətbiq edilməlidir.

PARTLAYIŞ ZƏDƏLƏNMƏLƏRİ

TƏDRİS SUALLARI

- 29.1. Partlayış zədələnmələrinin təsnifatı
- 29.2. Partlayış zədələnmələrinin xarakteristikası
- 29.3. Partlayış zədələnmələrinin diaqnostikası
- 29.4. Partlayış zədələnmələri zamanı mərhələli yardımın yerinə yetirilməsi qaydası
- 29.4.1. İlk tibbi yardım, həkiməqədərki və ilk həkim yardımının həyata keçirilməsinin xüsusiyyətləri
- 29.4.2. İxtisaslı yardım mərhələsi
- 29.4.3. İxtisaslaşdırılmış yardım mərhələsi

29.1. PARTLAYIŞ ZƏDƏLƏNMƏLƏRİNİN TƏSNİFATI

Partlayış zədələnmələrinin də təsnifatı odlu silah yaralanmalarında olduğu kimi, odlu silahın növündən, yaralanmanın xarakterindən, yara kanalının formasından, yaralanmanın lokalizasiyasından və boşluqlara olan münasibətindən asılı olaraq təsnif olunur. Lakin partlayış zədələnmələri zamanı əksərən yaralanmalar çoxsaylı, müstəqil və daha ağır klinik gedişə malik olduğu üçün bunun təsnifatı daha mürəkkəbdir. Partlayış zədələnmələrinin təsnifatının aşağıdakı şəkildə verilməsi daha münasibdir:

PARTLAYIŞ ZƏDƏLƏNMƏLƏRİNİN TƏSNİFATI

YARALANMALAR	ZƏDƏLƏNMƏLƏR
I. Silahın növünə görə:	I. Silahın növünə görə:
a) mina;	a) mina;
b) qumbara;	b) qumbara;
c) zapal (çaxmaq);	c) zapal (çaxmaq);
d) fuqas;	d) fuqas;
e) aviasiya bombası;	e) aviasiya bombası;

ə) mərmı;

f) raket və i.a.

II. Yaralanmanın amilinə görə:

a) zərbə dalğası;

b) birincili silahlar;

c) ikincili silahlar;

d) qaz axını;

e) alov;

ə) toksik məhsullar.

III. Yaralanmanın ağırlıq dərəcəsinə görə:

a) yüngül;

b) orta ağırlıqlı;

c) ağır;

d) daha ağır;

IV. Yaralanmanın mexanizminə görə:

a) kontakt, birbaşa, dolayı

V. Yaralanmanın xarakterinə görə:

a) təcrid olunmuş;

b) çoxsaylı;

c) müştərək;

d) kombinə şəkilli.

VI. Boşluqlara olan münasibətinə görə:

a) daxilə keçən;

b) daxilə keçməyən.

VII. Yaralanmanın lokalizasiyasına görə:

a) baş;

b) boyun;

c) döş qəfəsi;

ə) mərmı;

f) raket və i.a.

II. Zədələnmənin amilinə görə:

a) zərbə dalğası;

b) qaz axını;

c) alov;

d) toksik məhsullar.

III. Zədələnmənin ağırlıq dərəcəsinə görə:

a) yüngül;

b) orta ağırlıqlı;

c) ağır;

d) daha ağır;

IV. Zədələnmənin mexanizminə görə:

a) distansion.

V. Zədələnmənin xarakterinə görə:

a) qapalı;

b) açıq;

c) müştərək;

d) kombinə şəkilli.

VI. Boşluqlara olan münasibətinə görə:

a) qapalı zədələnmələr:

daxili orqanın zədələnməsi ilə;

orqan zədələnməsi olmadan.

b) açıq zədələnmələr

VII. Zədələnmənin lokalizasiyasına görə:

a) baş;

b) boyun;

c) döş qəfəsi;

- d) qarın;
- e) çanaq;
- ə) fəqərə sütunu;
- f) ətraf yaralanmaları.

- d) qarın;
- e) çanaq;
- ə) fəqərə sütunu;
- f) ətraf zədələnmələri.

VIII. Fəsadlaşmalara görə:

- a) travmatik şok;
- b) qanitirmə;
- c) infeksiyon fəsadlaşmalar.

VIII. Fəsadlaşmalara görə:

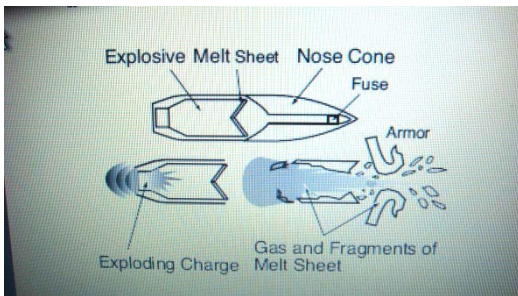
- a) travmatik şok;
- b) qanitirmə;
- c) infeksiyon fəsadlaşmalar.

Göründüyü kimi belə bir təsnifat mürəkkəb də olsa, diaqnozun hərtərəfli tərtibatına, düzgün müalicə və diaqnostik taktikanın təyin edilməsinə və müalicə tədbirlərinin optimal dərəcədə yerinə yetirilməsinə imkan verir.

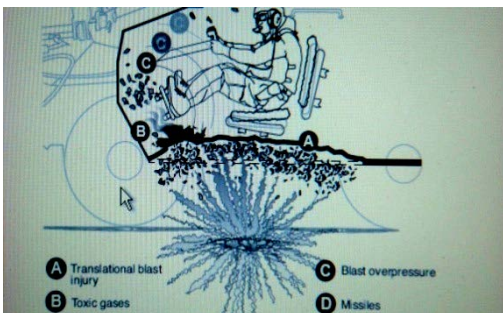
29.2. PARTLAYIŞ ZƏDƏLƏNMƏLƏRİNİN XARAKTERİSTİKASI

Odlu silahların getdikcə təkmilləşdirilməsi onun dağıdıcı qüvvəsinin daha da artmasına səbəb olmuşdur. Bura partlayıcı silahlar da daxildir. Bunların tətbiqi daha ağır yaralanmaların təsadüf olunmasına gətirib çıxarmışdır. Bura artilleriya mərmilərinin, minamyot, əl qumbaraları, aviasiya bombaları, mina partlayışı nəticəsində baş vermiş yaralanmalar və i.a. daxildir. Partlayış zədələnmələrinin çoxamilli olması, bəzən orqanizmin zədələnməyə bütünlüklə cəlb olunması onun diaqnostikasını, klinik gedişini, müalicə taktikasını və prosesin proqnozlaşdırılmasını olduqca çətinləşdirir. Bu səbəbdən partlayış zədələnmələrinin ayrıca başlıq altında verilməsi daha məqsədəuyğun hesab olunur.

Partlayış zədələnmələri zamanı orqanizm eyni zamanda bir neçə amilin təsirinə məruz qalır. Bura zərbə dalğası, birincili və ikincili silahlar, qaz axını alov və toksik məhsullar və s. daxildir. Partlayışın hansı şəraitdə baş verməsindən asılı olmayaraq, orqanizm onun təsirinə bütünlüklə məruz qalır. Zədələnmələr ağırlıq dərəcəsinə görə, çoxsaylı və müştərək olmasına görə fərqlənir (Şəkil 29.1, 29.2, 29.3).



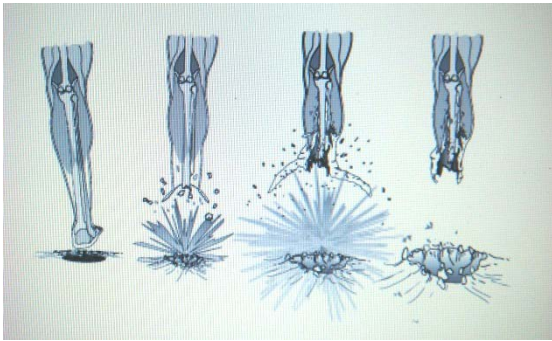
Şəkil 29.1 Partladıcı silahın quruluş sxemi



Şəkil 29.2 Tank əleyhinə mina partlayışı zamanı zədələnmənin çoxkomponentli xarakterinin sxematik təsviri.

Müasir şəraitdə partlayış zədələnmələri arasında mina-partlayış zədələnmələri daha çox təsadüf olunur. Belə ki, təkcə Əfqanıstan müharibəsində mina partlayış zədələnmələri bütün odlu silah yaralanmalarının

orta hesabla 25%-ni təşkil etmişdir. Xüsusilə minaların nəzarətsiz surətdə hara gəldi basdırılması, hətta müharibə qurtardıqdan sonra da onilliklər boyu öz zərərli nəticələrini verməkdədir. Hazırda dünyada baş vermiş son müharibələr və məhəlli münaqişələr zamanı digər odlu silahlarla bərabər, müxtəlif təyinatlı mina silahları da istifadə olunur. Bura tank əleyhinə, piyada əleyhinə, desant əleyhinə minalar və xüsusi təyinatlı minalar daxildir. Təyinatından asılı olaraq minalar fuqas tipli, qəlpələnən və kumulyativ xarakterə malik olurlar. Kontakt, maqnit, seysmik və akustik təsirli minalar hazırda daha çox tətbiq olunur. Döyüşün strategiyasından və taktikasından asılı olaraq, distansion idarə olunan minalar və vaxta görə nizamlanan minalar da məlumdur. Axırıncılar müəyyən vaxt keçdikdən sonra avtomatik olaraq zərərsizləşərək, partlama qabiliyyətini itirirlər. Bir sıra hallarda minalar yandırıcı qarışıqlarla doldurulduğundan, bunların partlaması zamanı termik zədələnmələr daha çox müşahidə olunur. Axırıncılar diversiya və terror aktı törətmək məqsədilə tətbiq olunur.



Şəkil 29.3 Mina partlayışı zamanı zədələnmənin mexanizmi.

Partlayış zədələnmələrinin xarakteri, həcmi və ağırlıq dərəcəsi partlayışın gücündən, zərbə dalğasının istiqamətindən, canlı orqanizmin yerləşdiyi məsafədən, partlayış anında onun aldığı vəziyyətdən və mühafizə vasitələrinin tətbiq olunmasından çox asılıdır. Partlayış zədələnmələri çoxsaylı, müştərək və kombine şəkildə müşahidə olunur. Təcrid olunmuş şəkildə partlayış zədələnmələri çox az hallarda təsadüf edilir.



Şəkil 29.4 Bədənin çoxsaylı qəlpə yaralanması, sol əlin travmatik amputasiyası (x/t 3911).

Partlayış zədələnmələri də özlüyündə yaralanma və zədələnmələr şəkildə aşkarlanır. Partlayış yaralanmaları birincili və ikincili silahların, partlayış dalğasının və bu zaman qüvvətli hava axını təsirindən baş verir. Qapalı zədələnmələr partlayış dalğasının dolayı təsiri nəticəsində baş verir. Bundan əlavə zədələnmələr partlayış dalğası ilə bilavasitə əlaqədar olmayaraq, distant xarakter də daşıya bilər.

Qapalı zədələnmələr bir qayda olaraq izolə şəkildə müşahidə olunmur. Qapalı zədələnmələr bəzən yaralanmalarla, yaralanmalar isə öz növbəsində qapalı zədələnmələrlə birlikdə təsadüf oluna bilər. Partlayış zədələnmələrinin diaqnozunu qoyulmasında dominant zədələnmə nəzərə alınmalı və bu düzgün təyin olunmalıdır.

Partlayış yaralanmaları 70% halda müxtəlif təyinatlı minaların, qumbaraların, qranatomyotların yaxın məsafədə partlaması zamanı təsadüf edilir. Qapalı partlayış zədələnmələri isə 30-35% halda fuqas minalarının əsasən qapalı şəraitdə partlaması zamanı müşahidə olunur.

Partlayış yaralanmaları 70% halda müxtəlif təyinatlı minaların, qumbaraların, qranatomyotların yaxın məsafədə partlaması zamanı təsadüf edilir. Qapalı partlayış zədələnmələri isə 30-35% halda fuqas minalarının əsasən qapalı şəraitdə partlaması zamanı müşahidə olunur.

Partlayış mənşəli yaralanmalar və zədələnmələr partlayışın mənşəyindən asılı olaraq bu və ya digər formalı dominantlığa malik ola bilər. Müəyyən hallarda bunlar çoxsaylı qəlpə yaralanmaları, digər hallarda isə açıq və qapalı partlayış, politravmaların üstünlüyü ilə müşahidə oluna bilər. Axırncı halda zərbə dalğasından əlavə ikincili silahlar da xüsusi rol oynayır.

Partlayış yaralanmaları çoxsaylı birincili və ikincili qəlpə yaralanmaları, daxili orqanların açıq və qapalı zədələnmələri şəklində aşkarlanır. Burada zərbə dalğası və güclü qaz axını başlıca rol oynayır. Zədələnmələr partlayışın gücündən və məsafədən asılı olaraq, orqanizmdə orqani və funksional pozğunluqlar şəklində aşkarlanır. Bu halda qəlpə yaralanmaları daha çox müşahidə olunur. Bunlar ətrafların üzülməsi, yaxud daxili orqanların ciddi zədələnməsi şəklində aşkarlanır və müalicə işində cərrahdan yüksək professionalıq tələb edir.



Şəkil 29.5 Sağ baldırın travmatik amputasiyası (x/t 3887).

Şəkil 29.6 Hər iki ayağın qəlpə yaralanması, baldır sümüklərinin açıq sınığı (x/t 3197).



Partlayış zamanı orta hesabla 66% halda zədələnmələr odlu silah yaralanmaları ilə müşayiətlənir. Bir sıra hallarda bunlar bütün bir ətrafın, yaxud onun bir segmentinin sıradan çıxması, üzülməsi halında təsadüf olunur. Ətrafın çoxsaylı yaralanması 20% halda magistrəl damarların, 18% halda sinirlərin zədələnməsi ilə müşahidə olunur. Yaralanmalar zamanı kontuzion zonalar yaralanma sahəsindən çox-çox uzaqlara yayıla bilər. Bunlar ağır yaralanmalara daxildir. 80-85% halda yaralılar qəbul şöbəsinə ağır şok və massiv qanaxmalarla daxil olurlar.

Daxilə keçən yaralanmalar daha ağır yaralanmalara aiddir. Bunlar çox vaxt ağır şokla, güclü qanaxmalarla və əlavə distansion zədələnmələrlə: əzilmə, qansızma, hematoma, hətta parenximatoz və boşluqlu orqanların partlaması şəklində müşahidə olunur. Bütün bunlar təcili operativ müdaxilələrin həyata keçirilməsini tələb edir. Daxilə keçən yaralanmalar həmçinin digər nahiyələrin daxilə keçməyən yaralanmaları ilə də müşayiətlənə bilər. Bunlar yaralıların vəziyyətinin daha da ağırlaşmasına gətirib çıxarır.



Şəkil 29.7 Aşağı ətrafların mina-partlayış zədələnməsi (x/t 2662).

Partlayış zədələnmələri açıq və qapalı müştərək zədələnmələr şəklində müşahidə oluna bilər. Partlayış dalğasının təsirindən eyni zamanda ağır kəllə-beyin zədələnmələri, fəqərə sütunu zədələnmələri, açıq və qapalı sınıqlar, ətrafin üzülməsi və sıradan çıxması halları müşahidə oluna bilər. Partlayış zədələnmələri zamanı uzunmüddətli sıxılma sindromunun baş verməsi də istisna olunmur. Bu, geniş müştərək zədələnmələr zamanı daha çox təsadüf olunur.

Yandırıcı qarışıqlarla doldurulmuş minaların partlaması zamanı eyni zamanda yanğın hadisəsi və geniş dərin yanıqlar baş verə bilər. Qapalı şəraitdə baş vermiş partlayışlar daha çox müşahidə olunur. Bu halda nəinki termik kombinə şəkilli zədələnmələr üstünlük təşkil edir, habelə ionlaşdırıcı şüalanma da (məsələn, böyük həcmli fuqas bombaları və atom silahı partlayışı zamanı) müşahidə oluna bilər. Partlayış zədələnmələri üçün distansion zədələnmələr də xarakterlidir. Bu halda zədələnmələr partlayış sahəsindən daha uzaqlarda baş verir. Bu, qaz partlayışı və zərbə dalğası ilə əlaqədar olur.

Zədələnmələr müştərək politravma şəklində başa düşülməlidir. Bu, bəzən 2-dən 6-ya qədər anatomik nahiyənin zədələnməsi ilə müşahidə olunur. Müştərək qapalı və açıq orqan zədələnmələri sınıqlar və yumşaq toxumaların geniş zədələnmələri yaralıların vəziyyətinin həddən artıq ağırlaşmasına səbəb olur. Bunlar arasında 80% halda daxili qanaxma və bütün hallarda şok müşahidə olunur. Partlayış zədələnmələri zamanı həmçinin çox vaxt psixi pozğunluqlar da müşahidə olunur və tibbi-təxliyə mərhələlərində bunların nəzərə alınması vacibdir(!).

29.3. PARTLAYIŞ ZƏDƏLƏNMƏLƏRİNİN DİAQNOSTİKASI

Partlayış zədələnmələrinin diaqnostikası hər bir zədələnməni və müalicə taktikasını hərtərəfli əks etdirməlidir. Məsələn, diaqnoz aşağıdakı şəkildə tərtib edilməlidir: əvvəlcə yaralanmanın tipi, zədələnmə nahiyəsi, onun xarakteri dəqiq göstərilməli, sonra mövcud fəsadlaşmalar qeyd edilməlidir. Məsələn:

1. Ağır mina-partlayış yaralanması, sağ baldırın yuxarı 1/3-nin üzülməsi (travmatik amputasiyası), sol baldırın və sol budun yumşaq toxumalarının geniş zədələnməsi, döş qəfəsinin sol tərəfinin kor, daxilə keçməyən qəlpə yaralanması. Davamedən xarici qanaxma. Kəskin massiv qanitirmə, III dərəcəli travmatik şok.

2. Ağır partlayış zədələnməsi. Baş beyin əzilməsi, subaraxnoidal qansızma. Başın və sifətin əziyi və siyrilməsi. Döş qəfəsinin sol yarısının qapalı zədələnməsi, qabırğaların çoxsaylı sınığı, sol ağciyərin zədələnməsi, soltərəfli gərgin pnevmotoraks. Qarının qapalı zədələnməsi. Qarının ön divarının əzilməsi II dərəcəli travmatik şok.

3. Ağır kombinəolunmuş mina-partlayış zədələnməsi, sol budun orta 1/3-nin üzülməsi (travmatik amputasiyası),. Qarının daxilə keçən qəlpə yaralanması, nazik bağırsağın çoxsaylı yaralanması, davamedən daxili qanaxma, yayılmış peritonit. Sol budun, sifətin I-II dərəcəli termik yanığı (6%). Yuxarı tənəffüs yollarının termik yanığı. Dəm qazı ilə zəhərlənmə. III dərəcəli travmatik şok.

29.4. PARTLAYIŞ ZƏDƏLƏNMƏLƏRİ ZAMANI MƏRHƏLƏLİ YARDIMIN YERİNƏ YETİRİLMƏSİ QAYDASI

Partlayış zədələnmələri zamanı yaralıların vəziyyətinin ağır olması, yaraların cərrahi işlənməsindən sonra yara infeksiyası ehtimalının daha çox olması, çoxsaylı yaralanmaların və qapalı zədələnmələrin mövcudluğu, yaralanmanın daha təhlükəli xarakterə malik olması bu tipli zədələnmələrə görə mərhələli yardımın təşkilini tələb edir.

Bu tipli zədələnmədə instrumental-diaqnostik müayinə üsulları daha geniş tətbiq olunmalıdır. Məsələn, kəllə-beyin zədələnmələri zamanı onurğa beyin mayesinin müayinəsi məqsədilə spinal punksiyanın, hemo-pnevmotoraks, hematoperikardın aşkarlanması məqsədilə plevra boşluğunun və perikardın punksiyası, qarın zədələnmələrində laparosentezin həyata keçirilməsi, sidik yollarının zədələnməsinin aşkarlanması məqsədilə sidik kisəsinin punksiyası vacibdir. İxtisaslı və ixtisaslaşdırılmış yardım mərhələlərində partlayış zədələnmələrinə məruz qalmış şəxslərə yardım zamanı yaralıların müayinəsində və müalicəsində digər mütəxəssislərin də iştirakı zəruridir. Partlayış zədələnmələri zamanı müxtəlif nahiyələrin zədələnmələrinin cərrahi işlənməsində hərbi-səhra cərrahiyyəsinin əsas prinsiplərinə əməl edilməli, optimal ağrısızlaşma və intensiv terapiya tətbiq edilməlidir.

29.4.1. İLK TİBBİ YARDIM, HƏKİMƏQƏDƏRKİ VƏ İLK HƏKİM YARDIMININ HƏYATA KEÇİRİLMƏSİNİN XÜSUSİYYƏTLƏRİ

Odlu silah yaralanmalarında olduğu kimi partlayış zədələnmələri zamanı da yardımın yerinə yetirilməsində ənənəvi qaydalar gözlənilməlidir. Lakin yaralılara yardım zamanı sarğı paketi və qankəsici turnaların daha çox (2-2,5 dəfə artıq) istifadə edilməsi nəzərdə tutulmalıdır. Bundan əlavə hərbi xidmətçilər döyüş tapşırığına gedərkən onlar ağırkəsicilərlə 3 dəfə artıq təmin edilməlidirlər. İlk- və həkiməqədərki yardım zamanı ətrafların üzülməsi (travmatik amputasiyası), hallarında qanaxmanın olub-olmamasından asılı olmadan ətrafa qankəsici turnaların qoyulması vacib hesab olunur.

İlk həkim yardımını mərhələsində ətrafların üzüldüyü hallarda qoyulmuş turna hətta 2 saatdan çox qaldığı vəziyyətlərdə belə açılmamalıdır. Turnanın qoyulduğu nahiyədən yuxarı novokain blokadası aparılmalı və yerli olaraq antibiotik yeridilməlidir. Dəri fassial hissədən asılmış və həyati qabiliyyəti olmayan ətraf amputasiya olunmalıdır.

Yaralıların təxliyəsinin hava nəqliyyatı ilə yerinə yetirilməsi daha məqsədəuyğundur. Təxliyədən əvvəl və təxliyə zamanı yaralılara infuzion terapiya yerinə yetirilməlidir. Buna bütün yaralıların 70-75%-nin ehtiyacı vardır. Təxliyə prosesinin lazımcə təmin olunduğu hallarda yaralıların birbaşa ixtisaslı, yaxud ixtisaslaşdırılmış yardım mərhələsinə köçürülməsi daha məqsədəuyğundur.

29.4.2. İXTİSASLI YARDIM MƏRHƏLƏSİ

Əksər yaralılar tibbi təxliyə mərhələlərinə ağır vəziyyətdə daxil olurlar. Yaralıların qısa müddət ərzində müayinə və müalicəsinin təşkili, yaralanmaların xarakterinin öyrənilməsi, müvafiq müalicə tədbirlərinin planlaşdırılması olduqca vacib və çətin məsələlərdəndir. Yaralıların kompleks müayinəsi fizikal müayinə ilə bərabər laborator, rentgen və funksional müayinə metodlarının tətbiqi şəraitində aparılmalıdır.

Rentgen müayinəsinin rolu böyükdür. 2 proyeksiya üzrə aparılan rentgenoqrafiya yaralanmaların xarakterinin, yad cisimlərin lokalizasiyasının təyininə imkan verir. Ağır yaralıların rentgen müayinəsi adətən onlar xərəkətdən düşürülmədən aparılmalıdır. Yaralıların hospitala kütləvi şəkildə daxil olduğu hallarda adi ətraf yaralanmalarının müayinəsi müəyyən vaxta qədər təxirə salına bilər. Daxili orqanların və ətrafların müştərək çoxsaylı qəlpə yaralanmaları zamanı ətrafların rentgenoqrafiyası həyati göstəriş əsasında təcili, operativ müdaxilədən sonra planlı şəkildə də yerinə yetirilə bilər. Hər bir konkret halda rentgen müayinəsinin aparılması yaralanmaların lokalizasiyası və xarakterindən, eləcə də yaralıların vəziyyətindən asılı olaraq yerinə yetirilməlidir.

Ürək-damar sisteminin patologiyasında EKQ müayinəsinin və bir sıra funksional-medikamentoz sınaqların aparılması da vacibdir. Bu müayinələr ürəyin əzilməsinin funksional dəyişikliklərdən ayırmağa imkan verir. Axırncılar adı şok, qanıtirmə, elektrolit mübadiləsi və turşu-qələvi tarazlığının pozğunluğu hallarında müşahidə olunur. Partlayış zədələnmələrinə ixtisaslı yardım yaralıların çeşidlənmədən başlanılmalıdır. Çeşidlənmə zamanı aşağıdakı qruplar aşkar edilir:

–davamedən xarici və daxili qanaxması və həmçinin ətrafların üzülməsi ilə olan yaralılar əməliyyat, yaxud sargı otağına verilməlidir.

–asfiksiya əlaməti olan yaralılar tənəffüs funksiyasının bərpası məqsədilə cərrahi əməliyyat otağına verilməlidir.

–komatoz vəziyyətdə olan yaralılar (kəllədaxili hematomalar zamanı) cərrahi əməliyyat otağına verilməlidir.

–travmatik şok vəziyyətində olan yaralılar (davamedən qanaxması və asfiksiya vəziyyəti yoxdursa) reanimasiya və intensiv terapiya şöbəsinə verilməlidir.

İxtisaslı yardım mərhələsində bütün operativ müdaxilələr əsasən həyati göstəriş olaraq yerinə yetirilməlidir. Bura xarici və daxili qanaxmalar, beyin sıxılması əlamətləri, asfiksiya, ətrafların üzülməsi, magistral damarların zədələnməsi və anaerob infeksiya aiddir.

M.M., 20 yaşlı sırayı əsgər 02.05.94-cü il tarixdə yaralandıqdan 1 saat 20 dəqiqə sonra mina partlayışı nəticəsində sağ budun yuxarı 1/3-nin travmatik amputasiyası, III dərəcəli travmatik şok diaqnozu ilə hərbi-səhra cərrahiyyəsi hospitalına gətirilmişdir (x/t 3865). Dərisi və görünən selikli qışası kəskin avazı, nəbzi dəqiqədə 130-135, aritmik, sapvaridir. A/T-30/0 mm c.s., ürək tonları kəskin karlaşmış, ağciyərlər üzərində zəif vezikulyar nəfəs eşidilir. Sağ aşağı ətraf budun yuxarı 1/3-i hissəsindən üzülmüşdür. Yaralı təcili olaraq cərrahi əməliyyat otağına gətirilmiş, körpücükaltı vena kavofiksə kateterizə edilmiş, şok əleyhinə kompleks infuzion-transfuzion terapiya tətbiq edilmişdir. A/T 110/60 mm c.s.-na qaldırıldıqdan sonra intubasion narkoz şəraitində sağ aşağı ətraf bud-çanaq oynaqı bərabərində ekzartikulyasiya olunmuş, yara antiseptik məhlullarla yuyulub aseptik sarınmış, dilim şəklində nisbətən geniş sahədə saxlanılmış dəri toxuması açıq saxlanılmışdır (tikilməmişdir). Hemodinamik göstəricilər stabilləşdikdən sonra (yaralı vəziyyətdən çıxdıqdan sonra) 05.05.94 tarixdə helikopterlə Bakı şəhərinə təxliyə olundu.

Başqa bir misal:

M.Q., 1951-ci il təvəllüdü, 10.07.93-cü il tarixdə saat 10.30 radələrində yaralandıqdan 1 saat 40 dəqiqə sonra hospitala mina-partlayış zədələnməsi, bədənin çoxsaylı qəlpə yaraları, torakoabdominal yaranma, soltərəfli hemopnevmotoraks, III dərəcəli travmatik şok diaqnozu ilə daxil olmuşdur (x/t 2528). Sol plevra boşluğu qəbul olunmuş qayda üzrə drenac olundu, qarın gərgin olduğu üçün laparotomiya həyata keçirildi. Diafraqmanın və nazik bağırsağın dörd yerdən yaraları tapılıb tikildi, qəlpə qarının ön divarından çıxarıldı. Qarın boşluğu yuyuldu və drenac olundu, bədənin müxtəlif hissələrindəki yaralar birincili cərrahi işləndi. Operativ müdaxilədən sonrakı dövr yaranma və keçirilmiş operativ müdaxilənin ağırlıq dərəcəsinə uyğundur. Hemodinamik göstərijilər stabilləşdikdən sonra 14.07.93 tarixdə yaralı Bakı şəhərinə təxliyə olundu.

Nəzərə almaq lazımdır ki, orqanizmin ümumi kontuziyası ilə əlaqədar olaraq, yaranmanın ilk sutkalı ərzində (2-3 cün) funksional sistemlərin dezintegrasiyası (mikrosirkulyasiyanın pozulması, damardaxili laxtalanma sindromu, baş beyin və ağciyərlərin ödemı, böyrək çatmamazlığı) baş verir. Partlayış zədələnmələrinin çoxamilli olması, toxumaların geniş zədələnməsi və massiv qanıtirmənin nəticələri cərrahi əməliyyatdan əvvəl, əməliyyat zamanı və ondan sonrakı müddət inadlı infuzion-transfuzion, antibakterial və dezintoksikasion terapiyanın aparılmasını tələb edir. Partlayış nəticəsində

çoxsaylı orqan və sistemlərin zədələnməsini nəzərə alaraq, baş beyin ödeminin qarşısının alınması və dezintoksikasiya məqsədilə diurezin sürətləndirilməsi vacibdir.

Mürəkkəb zədələnmə nəticəsində bir neçə anatomik nahiyyə və sistemlərin çoxamilli pozğunluqları bir tərəfdən qarşılıqlı ağırlaşma sindromun əmələ gəlməsinə, digər tərəfdən orqanizmin ümumi ağırlığı fonunda ciddi fəsadlaşmaların, daxili qanaxma və orqan zədələnmələrinin vaxtında təyin edilməsini çətinləşdirir. Belə bir şəraitdə eyni zamanda bir neçə anatomik sahədə operativ müdaxilələrin həyata keçirilməsi yaralıların vəziyyətinin daha da ağırlaşmasına və şokun geriyə dönməz xarakter almasına gətirib çıxarır. Ona görə də həyati göstəriş olaraq yerinə yetirilən operativ müdaxilələrdən sonra təcili operativ müdaxiləyə ehtiyacı olmayan zədələnmə sahələri antibiotik-novokain infiltrasiyasından sonra yaralılar intensiv terapiya şöbəsinə keçirilməli, onlara tam həcmdə şok əleyhinə müalicə aparılmalıdır. Yaralı şokdan çıxdıqdan sonra ilk cərrahi əməliyyatdan 1-2 gündən gec olmayaraq, digər nahiyələrdəki yaralar da cərrahi işlənilməlidir. Yaraların cərrahi işlənilməsi zamanı nəzərə almaq lazımdır ki, zədə nahiyəsindəki magistral damarların daha geniş sahədə (yaradan kənar sahələrdə də) zədələnməsi mümkündür. Bu, cərrahi əməliyyatdan sonrakı erkən müddətlərdə damarların trombozuna və ətrafın nekrozuna səbəb ola bilər.

Yaralıların immun vəziyyəti stabilləşdikdən sonra (şokdan çıxma, qanıtırmənin həcmının bərpa, normal tənəffüsün bərpa və s.) növbəti yardım mərhələsinə təxliyə olunmalıdırlar. Hava nəqliyyatı ilə köçürülmə hallarında təxliyəyə əks göstərişlər nisbi xarakter daşıya bilər (azala bilər).

29.4.3. İXTİSASLAŞDIRILMIŞ SƏRRAHİ YARDIM MƏRHƏLƏSİ

Partlayış zədələnmələrindən sonra yaralıların müəyyən qismi birbaşa ixtisaslaşdırılmış yardım mərhələsinə daxil ola bilər. Əfqanıstan müharibəsində bu, yaralıların orta hesabla 30%-ni təşkil etmişdir. Belə bir vəziyyətdə ilk həkim yardımı, ixtisaslı və ixtisaslaşdırılmış yardımın eyni tibb müəssisəsində yerinə yetirilməsi lazım gəlir. Nəzərə almaq lazımdır ki, bəzən yaralıların hospitalizasiyası müəyyən səbəbdən gecikdiyindən, yaranma sahəsində geriyə dönməz proseslər inkişaf edə bilər. Yaralanmaların çoxsaylı olması və yaralıların vəziyyətinin ağırlığı qəbul şöbəsində onların çeşidlənməsini tələb edir. Lazım gəldikdə diaqnozun dəqiqləşdirilməsi, yardımın həcmi və növbəliliyinin təyini məqsədilə bu tədbirə eyni zamanda digər mütəxəssislərin də (neyrocərrah, oftalmoloq, üz-çənə cərrahi, otolariqoloq və i.a.) cəlb olunması vacibdir.

Bu mərhələdə bütün tədbirlər zədələnmənin xarakteri və lokalizasiyasından asılı olaraq, ayrı-ayrı mütəxəssislər tərəfindən tam həcmdə yerinə yetirilir. Xüsusilə baş, fəqərə sütunu yaralanmalarına ixtisaslı yardım tam həcmdə yerinə yetirilməlidir. Bura plastik və bərpa cərrahi əməliyyatları da daxildir. Burunətrafi ciblərin yaralanmalarında, burun və ağız boşluğu yaralanmalarında dəri yarası izolə olunmalı, sümük fraqmentləri fiksə olunmalıdır. Üz-çənə nahiyəsinin yaralanmalarında yardım birmərhələli şəkildə yerinə yetirilməli, defekt nahiyəsi ətraf toxumaların hesabına plastika olunmalı, ikincili nekrozun əmələ gəlməsinin profilaktikası məqsədilə əlavə tədbirlərin həyata keçirilməsi vacibdir. Döş qəfəsi yaralıları zamanı təcili torakotomiyanın aparılması ehtimalı nəzərdə tutulmalıdır. Qarın yaralanmasında müalicə davam etdirilməli, irinli-septik fəsadlaşmalara qarşı müvafiq müalicə tədbirləri aparılmalıdır.

Sümük zədələnmələrində əsas müalicə metodu skelet dartmasından ibarət olmalıdır. İmkan daxilində yaradankənar osteosintez həyata keçirilməlidir. Magistral damarların şuntlandığı hallarda autovenoz plastika yerinə yetirilməli və tromboembolik fəsadlaşmalara qarşı müalicə tədbirləri yerinə yetirilməlidir. Daha gec müddətlərdə isə plastik, rekonstruktiv cərrahi əməliyyatlar yerinə yetirilməlidir.

Partlayış zədələnmələrinə ixtisaslaşdırılmış yardım mərhələsində həmçinin ekstrakorporal detoksikasiya (hemosorbsiya, limfosorbsiya, plazmaferez, enterosorbsiya) hiperbarik oksigenasiya və i.a. tədbirlər də nəzərdə tutulmalıdır. Orqanizmin ümumi vəziyyəti və homeostazın bərpa istiqamətində həyata keçirilən müalicə tədbirlərinin xüsusi əhəmiyyəti vardır. Partlayış zədələnmələri təhlükəli infeksiyanın əmələ gəlməsində qorxulu olduğu üçün cərrahi əməliyyatdan əvvəl və ondan sonrakı dövrlərdə bu istiqamətdə geniş antibakterial müalicənin aparılması vacibdir. Bu halda antibakterial terapiya bilavasitə intrakarotid, transaortal, selektiv intraarterial yolla yerinə yetirilməlidir. Bu, xüsusilə

cərrahi infeksiyanın meydana çıxma təhlükəsi yarandığı hallarda daha vacibdir. Antibakterial terapiya 3 istiqamətdə aparılmalıdır:

1. Ətrafların geniş yaralanmaları və toxuma hipoksiyası hallarında cərrahi əməliyyata 1-1,5 saat qalmış xəstələrin venasına 10-20 milyon vahid penisillin yeridilməli, lazım gəldikdə bu, sefalosporinlər və yarım-sintetik aminoqlükozidlərlə kombinə şəkildə istifadə olunmalıdır.

Kəskin irinli, irinli-destruktiv proseslərdə:

–qrammüsbət floranın üstünlüyü zamanı penisillin qrupu preparatları (penisillin, oksasillin, metisillin, ampicillin, kloksasillin) və aminoqlükozidlərlə (streptomitsin, monomitsin, kanamitsin, gentəmitsin, amikasin), yaxud sefalosporinlərlə (sefaleks, sefradin, seftriakson, sefotaksim) birlikdə istifadə edilməlidir.

–qrammənfi floranın aşkarlandığı halda aminoqlükozidlər və sefalosporinlərlə bərabər, anaerob təsirə malik olan dərman preparatları, məsələn, klindamitsin, xloramfenikol (levomitsetin), yaxud metronidazol tətbiq edilməlidir.

2. Antibakterial terapiya mikrob kulturasının təyini və antibiotiklərə həssaslığın aşkarlanması şəraitində aparılmalıdır. Axırncı dərman preparatlarının tətbiqi zamanı antasid preparatlardan (moksal, ranitidin, taqamet və i.a.) istifadə edilməlidir. Nəzərə almaq lazımdır ki, zədələnmənin ilk günləri yarada qrammüsbət flora üstünlük təşkil etdiyi halda, həftənin axırında bu üstünlük qrammənfi floranın hesabına keçir.

3. Gec irinli fəsadlaşmaların və yerli süst iltihabi proseslərin müalicəsi üçün kompleks müalicə metronidazolun digər antibiotiklərlə kombinə halında istifadəsi ilə məsləhət görülür. Lazım gəldikdə bakterial müayinələr təkrarlanmalıdır. Müsbət nəticənin əldə edilməsi yaralılarda kompleks müalicəsi ilə yanaşı əsas funksiyaların bərpası və baş verə biləcək fəsadlaşmaların profilaktikası istiqamətində həyata keçirilən tədbirlərdən çox asılıdır.

Partlayış zədələnmələri yaralanma, qapalı və açıq zədələnmə şəklində müşahidə oluna bilər. Birinci halda partlayışın birbaşa, ikinci halda dolayı təsiri üstünlük təşkil edir. Müəyyən vəziyyətlərdə distansion zədələnmə halları da mümkündür. Partlayış zədələnmələri çoxamilli və əksərən müştərək xarakterə malik olduğu üçün daha ağır gedişə malikdir. Zədələnmə amilinə zərbə dalğası, birincili və ikincili silahlar, güclü hava axını və i.a. daxildir.

Yaralanma və zədələnmə əksərən bir neçə anatomik nahiyəni və sistemi əhatə etdiyindən, bunların dəqiq diaqnostikasının təyini və müalicə tədbirlərinin vaxtında həyata keçirilməsini tələb edir. Diaqnozun təyini məqsədlə adi fizikal müayinə metodları ilə bərabər lazım gəldikdə qeyri-invaziv və invaziv müayinələr də tətbiq olunmalıdır. Xarici və daxili qanaxmalar saxlanılmalı, asfiksiya təhlükəsi aradan qaldırılmalı, komatoz hallarda beynin sıxılmasının qarşısı alınmalı, şok vəziyyətində olan yaralılara şok əleyhinə kompleks müalicə tədbirləri yerinə yetirilməlidir.

Müalicədə məqsəd zədələnmələrin nəticələrinin ləğvindən əlavə, qarşılıqlı ağırlaşma sindromunun qarşısının alınmasından ibarət olmalıdır. Müştərək zədələnmələrə görə bütün operativ müdaxilələr zədələnmənin ilk 2-3 günü ərzində yerinə yetirilməlidir. Operativ müdaxilələr həyat üçün təhlükəli fəsadlaşmaların aradan qaldırılmasından ibarət olmalıdır. Adi zədələnmələr zamanı yaranan cərrahi işlənməsi yaralı şokdan çıxdıqdan sonra 2-3 gün ərzində yerinə yetirilməlidir. İkincili immunodefisit və yara infeksiyasının qarşısının alınması üçün yaralılara şok əleyhinə tədbirlərlə yanaşı, kompleks antibakterial terapiya həyata keçirilməli, itirilmiş qanın həcmi və funksiyaların bərpası təmin edilməlidir.

MÜŞTƏRƏK HƏRBİ ZƏDƏLƏNMƏLƏR

TƏDRİS SUALLARI

- 30.1. Müştərək hərbi zədələnmələrin təsnifatı
- 30.2. Müştərək yaralanmaların xarakteristikası
- 30.3. Müştərək zədələnmələrin patogenezi
- 30.4. Müştərək döyüş zədələnmələrinin klinikası
- 30.5. Müştərək zədələnmələrin diaqnostikası və yaralıların tibbi təxliyə mərhələlərində müalicəsi

Müştərək hərbi zədələnmələr eyni müddətdə iki və daha artıq anatomik sahənin zədələnməsi kimi başa düşülür. Bu, tək saylı və çox saylı odlu silah yaralanmaları zamanı yara kanalının iki və daha artıq anatomik sahəni əhatə etməsi, eləcə də müştərək odlu silah yaralanmalarının qapalı zədələnmələrlə birlikdə təsadüf edildiyi zaman, həmçinin yalnız qapalı zədələnmələrin bir neçə anatomik sahəni əhatə etməsi nəticəsində baş verir. Bu tipli zədələnmələr partlayış zədələnmələri üçün daha xarakterdir. Müştərək zədələnmələr də özlüyündə tək saylı və çox saylı olur.

30.1. MÜŞTƏRƏK HƏRBİ ZƏDƏLƏNMƏLƏRİN TƏSNİFATI

I. MÜŞTƏRƏK ODLU SİLAH YARALANMALARINI

(tək saylı və çox saylı):

1. Güllə yaralanması;
2. Qəlpə yaralanması;
3. Mina-partlayış zədələnmələri.
 - a) Yalnız yumşaq toxumaların zədələnməsi;
 - b) Bir nahiyənin ağır, digər nahiyənin yüngül zədələnməsi;
 - c) Bir neçə nahiyənin ağır zədələnməsi.

II. MÜŞTƏRƏK ODLU SİLAH YARALANMALARİ VƏ QAPALI ZƏDƏLƏNMƏLƏR:

- a) Yalnız yumşaq toxumaların zədələnməsi;
- b) Bir nahiyənin ağır, digər nahiyənin yüngül zədələnməsi;
- c) Bir neçə nahiyənin ağır zədələnməsi.

III . MÜŞTƏRƏK QAPALI ZƏDƏLƏNMƏLƏR:

- a) Yalnız yumşaq toxumaların zədələnməsi;
- b) Bir nahiyənin ağır, digər nahiyənin yüngül zədələnməsi;
- c) Bir neçə nahiyənin ağır zədələnməsi.

30.2. MÜŞTƏRƏK YARALANMALARIN XARAKTERİSTİKASI

Müştərək hərbi zədələnmələrin xüsusi qrup yaralanma (zədələnmə) halında verilməsi çeşidləmə və yardımın yerinə yetirilməsi prosesinin daha səmərəli və düzgün həyata keçirilməsinə imkan verir. Müştərək zədələnmələrin müalicə-təxliyə prosesindəki xüsusiyyəti patogenetik faktorların meydana çıxması və bunların özünü qarşılıqlı ağırlaşma sindromu şəklində göstərməsidir. Belə ki, müştərək zədələnmənin hər bir komponenti ayrılıqda ola bilər ki, yaralı orqanizm üçün bir o qədər də qorxulu olmasın. Lakin zədələnmə nəticəsində qarşılıqlı ağırlaşma sindromunun meydana çıxması yaralının vəziyyətinin daha da ağırlaşmasına və hətta ölüm halının baş verməsinə səbəb olur. Eyni zamanda partlayış zədələnmələri zamanı zərbə dalğasının təsiri, yanaşı termik və kimyəvi zədələnmələr (məsələn, qapalı şəraitdə mina partlayışı zamanı dəm qazı ilə zəhərlənmə) və i.a. da bura daxildir. (Bütün bunlar kombinə olunmuş zədələnmələrə həsr olunmuş başlıqda daha ətraflı şərh edilmişdir).

Əfqanıstan müharibəsində bir neçə anatomik nahiyənin müştərək zədələnməsi bütün yaralanmaların 24%-ni təşkil etmişdir. Bu, son dövr baş vermiş məhəlli münaqişələrdə də təxminən buna yaxın göstəricilərlə müşahidə olunmuşdur. Bizim təcrübədə müştərək zədələnmələr bütün odlu silah yaralanmalarının 18%-ni təşkil etmişdir. Yaralanmaların orta hesabla 40-45%-ni nisbətən yüngül yaralılar, 30-35%-ni ağır və 25-30%-ni daha ağır yaralılar təşkil etmişdir.

Müştərək zədələnmələrin müalicəsi üçün tələb olunan müddət və müalicənin nəticələrinin dəqiqləşdirilməsi məsələsində yaralanmaların xarakterinin və ağırlıq dərəcəsinin təyin olunmasının əhəmiyyəti böyükdür. Əlbəttə, burada yaralanmaların ağırlıq dərəcəsi şərti olaraq nisbi xarakter daşıyır. Çünki, hər bir müştərək yaralanma özlüyündə adi yaralanmalara nisbətən daha ağır klinik gedişə malikdir. Bu, əsasən həyati göstəricilərin səviyyəsindən əlavə, eyni zamanda müalicəyə sərf olunan müddət, fəsadlaşmalar və ölüm faizinin yüksəlməsinə görə təyin olunur. Məsələn, nisbətən yüngül zədələnmələrə aid olan yumşaq toxumaların müştərək yaralanmalarının müalicəsinə (əgər fəsadlaşma baş verməmişsə) 10-14 gün vaxt tələb olunursa, bir nahiyənin ağır, digər nahiyənin yüngül yaralanmalarında müalicə müddəti orta hesabla 3 ay və daha artıq davam edir. Bir neçə nahiyənin müştərək ağır zədələnmələri zamanı isə bu müddət orta hesabla 4-5 aydan artıq olur. Ölüm faizi də buna müvafiq olaraq dəyişir. Yüngül müştərək zədələnmələrdə ölüm faizi yalnız fəsadlaşmalar zamanı, məsələn yumşaq toxumaların yaralanmalarının qanitmələr və anaerob infeksiya ilə fəsadlaşmaları hallarında müşahidə olunur. Bir nahiyənin ağır digər nahiyənin (nahiyələrin) yüngül yaralanmalarında ölüm halı orta hesabla 5-7%, bir neçə anatomik nahiyənin ağır zədələnmələri hallarında isə orta hesabla 20-25% və daha yüksək olur.

Müştərək zədələnmələr zamanı yaralıların müalicə-təxliyə prosesinin həllində (yaralıların məntəqədaxili və nəqliyyat-təxliyə çeşidlənməsində) hansı yaralanmanın dominantlığının təyini çətinlik törədir. Bu, həmin hərbi-tibb müəssisəsində yaralıların müalicəsinin təşkili və onların hansı müalicə müəssisəsinə təxliyə olunmasının düzgün təşkili üçün vacibdir.

Müştərək zədələnmələr zamanı ayrı-ayrı nahiyələrin zədələnməsi faiz hesabla aşağıdakı şəkildə müşahidə edilir (mötərizə daxilində verilmiş rəqəmlər qeyri-odlu silah mənşəli müştərək zədələnmələrə, o cümlədən qapalı müştərək zədələnmələrə aiddir):

- Baş zədələnmələri 30% (70%);
- Boyun zədələnmələri 4-5%;
- Döş qəfəsi zədələnmələri 30-35% (40-42%);
- Qarın zədələnmələri 55-60% (25-30%);
- Çanaq zədələnmələri 30-35% (25-30%);
- Fəqərə sütunu zədələnmələri 5-7% (10-12%);
- Ətraf zədələnmələri 70-75% (55-60%).

Göründüyü kimi, müştərək zədələnmələr zamanı yaralanma və zədələnmələrin faiz hesabla ümumi məcmusu 100%-dən yüksək olur. Yaralanmalar zamanı müvafiq qaydada ətraf, qarın, çanaq və döş qəfəsi, qeyri odlu silah zədələnmələri, o cümlədən qapalı zədələnmələr zamanı baş, ətraf və döş qəfəsi müştərək zədələnmələri faiz hesabla daha çox müşahidə olunur. Qeyd etmək lazımdır ki, zədələnmələrin ilkin müayinəsi və müalicəsinin təşkili zamanı bir anatomik sahənin daha ağır zədələnməsinin təyin edilməsi bir o qədər çətinlik törətməsə də, müalicə prosesinin gedişində digər nahiyənin zədələnməsinin əlamətləri daha qabarıq şəkildə ön plana keçə bilər. Buna uyğun olaraq, müalicə prosesində də müəyyən dəyişikliklərin həyata keçirilməsi lazım gəlir.

Müştərək döyüş zədələnmələrinin müxtəlif klinik əlamətlərlə təzahür olunmasına baxmayaraq, bunlar vahid bir patogenetik kompleks şəkildə cəmlənir və bunun məğzini zədə (travma) xəstəliyi təşkil edir. Müştərək zədələnmələrin müalicə taktikasının təyini və onun yerinə yetirilməsində xəstəliyin patogenezinin nəzərə alınması vacibdir (Bax fəsil 31).

30.3. MÜŞTƏRƏK ZƏDƏLƏNMƏLƏRİN PATOGENEZİ

Müştərək zədələnmələrin patogenezinin əsasını kəskin qanaxmalar və onun nəticəsi, travmatik şok, bu fonda inkişaf edən endotoksikoz və septikotoksemiya təşkil edir. Müştərək zədələnmələrin patogenezinin xarakter cəhətinin bir tərəfi də ondan ibarətdir ki, bütün bu proseslər əlaqəli şəkildə qarşılıqlı ağırlaşma sindromu halında inkişaf edir. Beləliklə, eyni zamanda bir neçə anatomik nahiyənin zədələnməsi ilə əlaqədar, konkret olaraq ayrı-ayrı sistemlərin funksional pozğunluğu ayrılıqda və ümumi şəkildə müşahidə olunur. Bütün bunlar klinik olaraq özünü zədə xəstəliyi şəkildə təzahür etdirir.

Müştərək zədələnmələrin patogenezi özünü qarşılıqlı ağırlaşma sindromu şəkildə əks etdirir. Bura ümumi və yerli əlamətlər aiddir. Daha doğrusu zədələnmə nəticəsində orqanizmdə baş verən proseslərin inkişaf mexanizmi zədənin orqanizmə ümumi və yerli təsiri şəkildə meydana çıxır.

Ümumi təsirə aşağıdakılar daxildir:

–Müştərək zədələnmələr zamanı bir neçə nahiyənin zədələnməsi nəticəsində meydana çıxan mənfə qıcıq kompensator mexanizmlərin pozulmasına və travmatik şokun uzun müddət davam etməsinə səbəb olur;

–Eyni zamanda bir neçə mənbədən xarici və həm də daxili qanaxmanın baş verməsi tibbi təxliyə mərhələlərində qanıtirmənin həcmnin və yaranının ağırlıq dərəcəsinin təyin edilməsini çətinləşdirir;

–Yumşaq toxumaların massiv zədələnməsi ilə müşayiətlənən müasir döyüş zədələnmələri zamanı erkən endotoksikoz adi halda olduğundan daha sürətlə inkişaf edir.

Zədələnmənin patogenezinin yerli əlamətlərinə konkret olaraq zədələnmiş ayrı-ayrı orqanın funksiyasının pozğunluğu və onun zərərli nəticələri daxildir. Hər bir zədələnmiş orqanın funksional pozğunluğu ümumilikdə daha ağır keçir, bu orqanizmin infeksiya fəsadlaşmalarına qarşı müqavimətinin azalmasına səbəb olur. Məsələn, mərkəzi sinir sistemində zədələnmələr bir çox vegetativ proseslərin koordinasiyasının pozulmasına gətirib çıxarır. Bu, nəinki kompensator mexanizmlərin fəaliyyətinin azalmasına səbəb olur, eyni zamanda irinli-septik fəsadlaşmaların baş verməsi üçün də şərait yaradır. Nəticə etibarilə bunlar pnevmoniyanın əmələ gəlməsinə, sekretor və inkretor immunitetin enməsinə və ümumi orqanizmin müqavimət qabiliyyətinin itməsinə səbəb olur.

Döş qəfəsinin zədələnmələri zamanı qabırğaların çoxsaylı sınıqları, ağciyərlərin və ürəyin əzilməsi hemotoraksların, pnevmotoraksların əmələ gəlməsinə, ventilyasiya və sirkulyator hipoksiyanın ağır nəticələrinə səbəb olur. Həmçinin qarın boşluğu və peritonarxası sahənin zədələnmələri də hətta yardımın vaxtında yerinə yetirildiyi hallarda belə, orqan zədələnmələrinin qarşılıqlı ağırlaşma halları xeyli yüksəlmiş olur. Bu, zədələnmiş orqanların struktur-funksional xüsusiyyətlərindən, zədə nəhiyyəsinin anatomiyasından, orqanın mübadilə prosesində iştirakından, bağırsağ florasının fəaliyyətindən çox asılıdır. Dayağ-hərəkət sisteminin zədələnmələri zamanı qarşılıqlı ağırlaşma sindromunun əmələ gəlməsi sümük strukturunun pozulması, yumşaq toxumaların ikincili zədələnməsinə, ikincili qanaxmaların və toxumaların nekrozuna səbəb olur. Müalicə prosesində skelet dartmasının yaxud gips sarğısının qoyulması ilə əlaqədar uzun müddət hərəkətsizlik hipoksiya və endotoksikozun əmələ gəlməsilə nəticələnir. Bütün bunlar nəticə etibarilə toxuma hipoksiyasına səbəb olur.

30.4. MÜŞTƏRƏK DÖYÜŞ ZƏDƏLƏNMƏLƏRİNİN KLİNİKASI

Ağır müştərək zədələnmələrin klinikası qarşılıqlı ağırlaşma sindromu əmələ gətirən patogenetik mexanizmlərdən asılı olaraq müşahidə olunur. Xaraktercə bu mexanizmlərin müxtəlifliyindən asılı olmayaraq, klinik mənzərəsinə görə bunlar zədə xəstəliyini bütün mərhələlər üzrə əks etdirir. Zədələnmənin başlanğıcında şokun ağırlığı və davam etmə müddəti ilə həyata keçirilən intensiv terapiya arasında uyğunsuzluq müşahidə olunur. Bunun səhv olaraq yalnız şokogen zədələnmə kimi nəzərə alınması prosesin hərtərəfli öyrənilməməsi, qarşılıqlı ağırlaşma sindromunun patogenetik mexanizmlərinin nəzərdən qaçırılmasına səbəb ola bilər.

Yaralanmaların müştərək şəkildə müşahidə olunmasından əlavə, bəzən döyüş praktikasında termik zədələnmələrin də kombinə şəkildə təsadüf olunması yaralıların vəziyyətinin daha da ağırlaşmasına səbəb olur. Bunu aşağıdakı xəstəlik tarixlərindən görmək olar:

A., 1964-cü il təvəllüdü, 20.06.94-cü il tarixdə saat 16.00 radələrində hər iki ətrafın travmatik amputasiyası, sol bazunun və çiyin qurşağının dərin qəlpə yaraları, döş qəfəsi və qarının daxil keçən qəlpə yaraları, sifətin və gövdənin III dərəcəli termik yanığı (bədənin səthinin 40%-dən çoxu), daxili qanaxma, IV dərəcəli travmatik və yanıq şoku ilə son dərəcə ağır vəziyyətdə hərbi-səhra cərrahiyyəsi hospitalına gətirilmişdir (x/t 4054). Daxili qanaxma əlamətləri olduğu üçün yaralı təcili cərrahi əməliyyat otağına verilmiş, mərkəzi venalar kavofiksə kateterizə edildikdən sonra şok və qanaxma əleyhinə infuzion-transfuzion terapiya həyata keçirilmiş, sol plevra boşluğundan alınmış 1200 ml qan reinfuziya olunmuşdur. Aparılan reanimasiya tədbirlərinə baxmayaraq 45 dəqiqədən sonra klinik ölüm qeyd edilmiş, həyatın bərpası mümkün olmamışdır.

Beləliklə, yaralanmanın kombinə şəkildə olması xəstənin vəziyyətinin daha da ağırlaşmasına və ölümə səbəb olmuşdur.

Başqa bir misal:

S.R., 1970-ci il təvəllüdü, 22.05.94-cü il tarixdə saat 13.40 radələrində tibb bölüyündən (701s-lı h/h) yaralandıqdan 1 saat 40 dəqiqə sonra bədənin çoxsaylı qəlpə yaraları, sol baldırın aşağı 1/3-nin travmatik amputasiyası, aşağı və yuxarı ətrafların, sifətin II-III dərəcəli termik yanığı, III dərəcəli travmatik şok diaqnozu ilə hərbi-səhra cərrahiyyəsi hospitalına daxil olmuşdur (x/t 3968). Şok əleyhinə

kompleks tədbirlər həyata keçirilmiş, sol baldırın yuxarı 1/3-i amputasiya edilmiş və yaralı reanimasiya şöbəsində yerləşdirilmişdir. Aparılan intensiv infuzion-transfuzion terapiyaya baxmayaraq, şok gəriyədönməz xarakter daşımış və hospitala daxil olduqdan 18 saat sonra ölüm halı qeydə alınmışdır.

Bəzən ətraf mühitin aşağı temperaturu nəticəsində donmanın da baş verməsi yaralılar üçün mənasız olmayıb, onların vəziyyətinin daha da ağırlaşmasına səbəb olur. Buna aşağıdakı xəstəlik tarixini misal gətirmək olar:

F.S., 1972-ci il təvəllüdü, 26.12.93-cü il tarixdə saat 15.15 radələrində yaralandıqdan 6 saat sonra hospitala mina partlayışı nəticəsində sol ayağın dərin və geniş qəlpə yarası, ayaq daraqarxası sümüklərinin dağılmış sınığı, sağ baldır sümüklərinin və ayaq daraq sümüklərinin çoxsaylı sınığı, hər iki pəncənin II-III dərəcəli donması, III dərəcəli travmatik şok diaqnozu ilə daxil olmuşdur (x/t 3197). Yaralıya təcili olaraq şok əleyhinə kompleks müalicə aparılmış, yaralar birincili cərrahi işlənmiş, infuzion-transfuzion terapiya yerinə yetirilmişdir. Qan təzyiqi 40 mm c.s.-dan 115/70 mm-ə qaldırılmış və hemodinamik göstəricilər tam stabilləşdikdən sonra 29.12.93-cü il tarixdə yaralı mərkəzi hərbi hospitala köçürülmüşdür.

Şokdan sonrakı erkən müddətlərdə müştərək mexaniki zədələnmələr zamanı respirator distress sindrom, sistem şəkilli kəskin metabolik pozğunluqlar, koagulopatik fəsadlaşmalar, piy emboliyası, böyrək və qara ciyər-böyrək çatmamazlığı baş verir. Yaralılarda şokdan çıxdıqdan sonra bir həftə müddətində poliorqan çatmamazlıq müşahidə olunur.

Qarşılıqlı ağırlaşma sindromu zədə xəstəliyinin sonrakı mərhələsində infeksiyon fəsadlaşmaların əmələ gəlməsi şəklində özünü göstərir. Burada ümumi əlamətlər tükənir, yerli əlamətlər ön plana keçir, infeksiyanın əsas mənbəyi aşkarlanır. Əvvəlcə bu, yumşaq toxumaların geniş zədələndiyi sahələrdə irinləmə halında müşahidə olunur, sonralar pnevmoniya, qarın boşluğunda məhdud abscesslərin əmələ gəlməsi baş verir. Bir sıra hallarda proses əks istiqamətə doğru inkişaf edə bilər. Müştərək zədələnmələrdə baş verən infeksiyon proseslər endogen infeksiyanın üstünlüyü ilə keçir, mikrobların patogenliyi və virulentliyi getdikcə artır. İnfeksiyanın yayılması və yara sepsisinin əmələ gəlməsi ehtimalı müştərək zədələnmələr zamanı daha çox olur. Ağır infeksiyon fəsadlaşmaların əmələ gəlməsi təhlükəsi kəskin ikincili immunodefisitlə bağlı olur. İmmunodefisit qarşılıqlı ağırlaşma sindromunun şok və şokdan sonrakı poliorqan çatmamazlıq dövrlərində yaranır.

Ağır müştərək zədələnmələr zamanı zədə xəstəliyinin (qarşılıqlı ağırlaşma sindromunun) rekonvalesensiya dövrü uzunsürən astenik sindrom şəklində müşahidə olunur. Bir sıra hallarda ümumi depressiya, ayrı-ayrı sistemlər üzrə daxili orqanlarda dərin funksional pozğunluq halları aşkarlanır, ikincili poliorqan çatmamazlıq baş verir. Bu proses nisbətən zəif, yarımkəskin və uzun müddət davam edir.

30.5. MÜŞTƏRƏK ZƏDƏLƏNMƏLƏRİN DİAQNOSTİKASI VƏ YARALILARIN TİBBİ TƏXLİYƏ MƏRHƏLƏLƏRİNDƏ MÜALİCƏSİ

Müştərək ağır zədələnmələrin diaqnostikası mürəkkəb olduğu üçün həkiməqədərki mərhələdə yaralılardan müayinəsi və yardımın həyata keçirilməsi məqsədilə xüsusi qrupların (briqadaların) ayrılması daha məqsəduyğun sayılır. Hər bir yaralının diqqətlə yoxlanılması, yanaşı zədələnmələrin xarakterinin və lokalizasiyasının vaxtında təyin olunması vacib şərtlərdəndir. Bu, təxliyə mərhələlərində yardımın həcmində təyini məqsədilə həyata keçirilir. Ağır zədələnmələr zamanı həmçinin infuzion terapiyanın yerinə yetirilməsi də başlıca məsələlərdəndir. Yaralılardan ağrısızlaşdırılması və zədə nahiyəsinin nəqliyyat hərəkətsizləşdirilməsinin (immobilizasiyanın) yerinə yetirilməsi də diqqət mərkəzində olmalıdır. Bu tipli yaralılardan təxliyəsi ilk növbədə daha rahat şəraitdə yerinə yetirilməlidir.

İlk həkim yardımını mərhələsində müştərək ağır zədələnmələr zamanı fəal müalicəyə və diaqnostik taktikaya üstünlük verilməli, yaralılar fiziki müayinədən keçirilməli, sadə diaqnostik müayinə metodları yerinə yetirilməlidir. Gərgin pnevmotorakslar zamanı plevra boşluğu punksiya olunmalı, udlağa hava borusu keçirilməli, yaxud traxeyanın intubasiyası, sidik kisəsi kateterizasiyası yerinə yetirilməli, dəridən asılı üzülmüş ətraflar amputasiya olunmalıdır. Yaralılara infuzion terapiya davam etdirilməli, göstəriş olduqda onlara qan köçürülməlidir. (Qan qrupu məlum olmayan yaralılara bu məqsədlə O(I) Rh(-) qrup qan köçürülməlidir). Ağrısızlaşdırma məqsədilə yaralılara analgetiklərin yeridilməsindən əlavə novokain blokadalarının aparılması da vacibdir.

Adi yaralanmalardan fərqli olaraq ağır müştərək hərbi zədələnmələrdə yerinə yetirilən yardım yaralıların həyatının xilas edilməsindən əlavə, baş verə biləcək qarşılıqlı ağırlaşma sindromunun aradan qaldırılması və zədə xəstəliyinin bütün mərhələlərinin (şok, endogen toksemiya fonunda baş verən poliorqan çatmamazlıq və endogen infeksiya, rekonvalessensiya, yaxud ikincili poliorqan çatmamazlıq) nisbətən yüngül keçməsinin təmin olunması məqsədini daşıyır.

İxtisaslı yardım mərhələsi (birinci hospital mərhələ) hərbi-səhra cərrahiyyəsi hospitallarında, yaxud korpusların əlahiddə tibb taborunda həyata keçirilməlidir. Burada yaralılar vaxt itirilmədən çeşidlənməli, dominant zədələnmə aşkar edilməli, onlar cərrahi əməliyyat otağına, yaxud şok əleyhinə intensiv terapiya şöbəsinə keçirilməlidir. Aqoniya vəziyyətində olan yaralılar ayrıca bokslarda yerləşdirilməli və simptomatik müalicə almalıdırlar. Qeyd etmək lazımdır ki, döyüş şəraitindən asılı olaraq, məsələn, hospitalın müdafiə şəraitində olması, tibbi təminatın kifayət qədər olmaması və i.a. hallarda ixtisaslı cərrahi yardımın ixtisarla yerinə yetirilməsi nəzərdə tutulur. Son dərəcə çətin döyüş şəraitində yardım yalnız həyati göstəriş əsasında yerinə yetirilməli, asfiksiya, qanaxma və şok əleyhinə tədbirlər həyata keçirilməli, qanıtirmənin nəticələri aradan qaldırılmalıdır.

Müştərək ağır zədələnmələrin müalicəsinin nəticəsinin eyni zamanda qarşılıqlı ağırlaşma sindromunun baş verməsindən asılı olduğunu nəzərə alaraq, gizli zədələnmələrin klinik əlamətləri müşahidə oluncaya qədər diaqnozun qoyulmasına çalışılmalıdır. İlk növbədə yaralılara kompleks şok əleyhinə yardım diaqnostik tədbirlərlə bir vaxtda həyata keçirilməlidir. Axırncı dinamik gözləmə xarakteri daşımamalı, fəal surətdə yerinə yetirilməlidir. Fəal diaqnostik metodlara instrumental metodların geniş tətbiqi, rentgenkontrast müayinə metodları və i.a. daxildir. Lazım gəldikdə yaralılara bilavasitə cərrahi əməliyyat otağında endoskopik müayinələr aparılmalıdır.

Yadda saxlamaq lazımdır ki, qarşılıqlı ağırlaşma sindromunun aradan qaldırılması məqsədilə nəzərdə tutulmuş operativ müdaxilələr ilk 2-3 gün müddətində yerinə yetirilməlidir. Həmin əməliyyatların yaxın 2-3 həftə ərzində yerinə yetirilməsi yaralılarda uzunmüddətli kompensasiya mexanizmlərinin pozulmasına və nəticə etibarilə təkrari cərrahi əməliyyata qarşı orqanizmin həssaslığının artmasına səbəb ola bilər. Funksiyanın bərpası və yaralıların reabilitasiyası məqsədilə nəzərdə tutulan planlı rekonstruktiv əməliyyatlar zədələnmədən yalnız müəyyən optimal müddət keçdikdən sonra yerinə yetirilməlidir. Müştərək zədələnmələrin infeksiyon fəsadlaşmalarında planlı bərpa operativ müdaxilələr daha gec müddətlərdə həyata keçirilməlidir.

Müştərək zədələnmələr zamanı zədə xəstəliyinin bütün mərhələlərində müalicə tədbirləri preventiv xarakter daşımamalı və xəstəliyin patogenetik əlamətlərinə görə yerinə yetirilməlidir. Müalicə planı və istifadə olunan dərmanların dozası müştərək hərbi zədələnmələrin (yaralanmaların) klinik gedişinə əsaslanaraq təyin edilməlidir. Yaralıların müalicəsi zamanı müxtəlif ixtisaslı mütəxəssislərlə birgə əməkdaşlıq vacibdir. Adi müalicə üsulları ilə bərabər, xüsusi müalicə üsullarından ekstrakorporal detoksikasiya, hiperbarik oksigenasiya, çoxkomponentli infuzion-transfuzion terapiya geniş tətbiq edilməlidir.

Xəstələrə rekonstruktiv-bərpa cərrahi əməliyyatları həyati təhlükə aradan qalxdıqdan, infeksiyon-iltihabi prosesin ləğvindən sonra reabilitasiya dövründə mərhələ şəklində yerinə yetirilməlidir. Bir qayda olaraq, bu kimi cərrahi əməliyyatlar arxa cəbhə hospitallarında müəyyən profillər üzrə ixtisaslaşdırılmış tibb müəssisələrində yerinə yetirilməlidir. Döyüş qabiliyyətini tam itirmiş yaralıların sonrakı müalicəsi üçün onların səhiyyə nazirliyinin tibb müəssisələrinə köçürülməsi daha məsləhətdir.

Burada adi yaralanmalardan fərqli olaraq, müştərək ağır zədələnmələrə görə operativ müdaxilələrin məzmunu, həcmi və tətbiq olunduğu nahiyələr öz mütəhərriqliyi ilə seçilir. Müştərək ağır zədələnmələrdə də adi yaralanma və zədələnmələrdə olduğu kimi cərrahi müdaxilələr ilk növbədə, 2-ci və 3-cü növbədə həyata keçirilə bilər. İlk növbədə tətbiq olunan cərrahi müdaxilələr yalnız həyati göstəriş əsasında yerinə yetirilməlidir. Bura asfiksiya, qanaxma və hipovolemik şoka görə yerinə yetirilən cərrahi müdaxilələr daxildir. Həmin müdaxilələrin ləngidilməsinə yol verilməməlidir. Əks halda yaralı tələf ola bilər. Təcili operativ müdaxilənin yerinə yetirilməsinə ehtiyac olmadığı hallarda yaralılara şok əleyhinə kompleks tədbirlər həyata keçirilməli və onlar ikinci növbədə cərrahiyyə otağına verilməlidirlər. 2-ci növbədə yerinə yetirilməsi nəzərdə tutulan cərrahi əməliyyatlar yaralanma ilə əlaqədar ciddi fəsadlaşmaların qarşısının alınması məqsədilə həyata keçirilir. Bunun təxirə salınması ciddi fəsadlaşmalar verə bilər. 3-cü növbədə yerinə yetirilməsi nəzərdə tutulan cərrahi əməliyyatlar isə zədə xəstəliyinin profilaktikası məqsədilə həyata keçirilir. Bunların təxirə salınması adi yaralanmalarda ciddi fəsadlaşmalar verməsə də, müştərək ağır zədələnmələrdə zədə xəstəliyinin ağırlaşmasına və qarşılıqlı ağırlaşma sindromunun daha tez inkişafına səbəb ola bilər.

Davamedən xarici və daxili qanaxmalar, tənəffüs yollarının mexaniki zədələnmələri, həyati vacib orqanların zədələnməsi, aparılan antişok müalicənin səmərəsiz olması halları və i.a. təcili operativ müdaxilələrə göstəriş hesab olunur. Cərrahi əməliyyat başa çatdıqdan sonra şok əleyhinə kompleks intensiv terapiya davam etdirilməli, ürək-damar, tənəffüs sistemi orqanlarının funksiyasının normallaşması istiqamətində tədbirlər yerinə yetirilməlidir. Nəzərdə tutmaq lazımdır ki, adi yaralanmalardan fərqli olaraq, müştərək ağır yaralanmalar və zədələnmələr zamanı operativ müdaxilənin həcmi və məzmunu, tətbiq olunduğu nahiyə zədələnmə müddətindən asılı olaraq dəyişə bilər.

Şok vəziyyətindən çıxdıqdan sonra yaralılara cərrahi əməliyyat ikinci növbədə həyata keçirilməlidir. Cərrahi fəallıq müştərək zədələnmələr zamanı adi yaralanmalarda olduğundan daha yüksək olmalıdır. Çünki vaxtında və lazımınca həyata keçirilmiş cərrahi əməliyyat, həmçinin qarşılıqlı ağırlaşma sindromunun aradan qaldırılması məqsədini də daşıyır.

Zədələnmiş ətrafda qan dövrəsinin və dayaq-hərəkət sistemində stabilliyin bərpası mümkünsə, təcili operativ müdaxilənin yerinə yetirilməsinə ehtiyac qalmır. Bu kimi hallarda yaralılara şok əleyhinə kompleks tədbirlər həyata keçirilməli və onlar cərrahiyyə otağına ikinci növbədə verilməlidirlər. Sınıqlar zamanı zədələnmiş nahiyənin lazımınca fiksasiyasının aparılması, sümük fraqmentlərinin etibarlı repozisiyasının təmini də həmçinin qarşılıqlı ağırlaşma sindromunun profilaktikası məqsədini daşmalıdır. Belə xəstələr cərrahi əməliyyat otağına 3-cü növbədə verilməlidir. Bundan əlavə irinli boşluqların fəal drenajının aparılması da vacib məsələlərdən sayılmalıdır.

Ağır müştərək zədələnmələr zamanı cərrahi yardım mümkün qədər tam həcmdə yerinə yetirilməlidir. Adi zədələnmələrdən fərqli olaraq, müştərək zədələnmələr zamanı yardımın ixtisarla yerinə yetirilməsi zamanı fəsadlaşma və ölüm hallarının müşahidə olunma ehtimalı daha çox olur. Odur ki, yalnız son dərəcə əlverişsiz şəraitdə, məsələn hospitalın müdafiə şəraitində olduğu hallarda buna yol verilməlidir. Müştərək zədələnmələr zamanı (əlverişli şəraitlərdə) operativ müdaxilənin eyni müddətdə iki həkim briqadasının iştirakı ilə yerinə yetirilməsi operativ müdaxilənin vaxtının və sərf olunan narkotik dərman preparatlarının miqdarının azaldılmasına imkan verir. Buna aşağıdakı xəstəlik tarixindən misal gətirmək olar:

Sırası əsgər A.E., 1970-ci il təvəllüdü, (x/t 2379) 16.06.93-cü il tarixdə saat 13.40 radələrində hospitala başın sol yarısının kor, kəllə daxilinə keçən qəlpə yaralanması, kəllə əsasının sınığı, sağ budun, sağ baldırın və sol budun çoxsaylı qəlpə yaralanması, baldır sümüklərinin sınığı, III dərəcəli travmatik şok diaqnozu ilə daxil olmuşdur. Obyektiv müayinədə sol təpə nahiyəsində 1,0 x 1,0 sm ölçüdə kor qəlpə yarası ayırd edilir. Sol bəbək genişlənmişdir. Yaralının huşu aydın deyildir. Nəbzi dəqiqədə 55, aritmik, A/T-105/70 mm ç.s., hər iki bud nahiyəsində və sağ baldırda çoxsaylı qəlpə yaraları və həmin tərəfdə baldırın deformasiyası aşkar edilir. Lazımi reanimasiya tədbirlərilə birlikdə iki həkim briqadasının iştirakilə dekompresion trepanasiya həyata keçirildi, subdural hematoma çıxarıldı, eyni zamanda ətrafdakı yaralar birincili cərrahi işləndi, sağ baldıra skelet dartması qoyuldu. Yaralı reanimasiya şöbəsində intensiv müalicə almış 3 gündən sonra Mərkəzi Hərbi hospitala təxliyə olunmuşdur.

İxtisaslaşdırılmış cərrahi yardım (ikinci hospital mərhələ). Burada yaralanmanın daha gec müddətində rekonstruktiv-bərpa və fəsadlaşmaların ləğvi istiqamətində operativ müdaxilələr və bərpa müalicəsi (müalicəvi gimnastika, fiziki üsullarla müalicə metodları) yerinə yetirilir, yaralılar tam sağalana qədər müalicə alırlar. Müalicə hərbi-həkim ekspertizası ilə başa çatdırılır.

Nəzərə almaq lazımdır ki, bir sıra hallarda yaralılar ixtisaslı yardım almadan birbaşa ixtisaslaşdırılmış yardım mərhələsinə gətirilə bilər. Belə hallarda onlara ixtisaslı və ixtisaslaşdırılmış yardım eyni zamanda yerinə yetirilir. Prinsip etibarilə yaralılara tətbiq olunan təcili cərrahi əməliyyatlar ixtisaslı cərrahi yardım mərhələsindəkindən fərqlənmir. Yaralılara tətbiq olunan cərrahi yardım burada tam həcmdə yerinə yetirilməlidir. Cərrahi əməliyyat başa çatdıqdan sonra şok əleyhinə kompleks intensiv terapiya davam etdirilməli, ürək-damar, tənəffüs sistemi orqanlarının funksiyasının normallaşması istiqamətində tədbirlər davam etdirilməlidir.

Müştərək hərbi zədələnmələr adi zədələnmələrdən daha ağır klinik gedişə malik olması ilə fərqlənir. Bu, bir neçə anatomik nahiyənin zədələnməsi nəticəsində baş verir. Müştərək zədələnmələr yalnız yumşaq toxumaların zədələnməsi halında; bir anatomik sahənin ağır, digər anatomik sahənin yüngül zədələnməsi; yaxud iki və daha artıq anatomik sahənin ağır zədələnməsi şəklində müşahidə oluna bilər. Bu zədələnmələrin başlıca xarakter cəhəti onun özünü zədə xəstəliyi şəklində göstərməsidir. Burada mərhələlərlə həyata keçirilən yardımda əsas prinsip birinci mərhələdə qanaxmanın müvəqqəti, yaxud daimi saxlanması boşluqlarda infeksiyanın qarşısının alınması tədbirlərindən; ikinci mərhələdə orqan və sistemlərin, eləcə də tam orqanizmin funksiyalarının (həyati göstəricilərin) stabiləşdirilməsi məqsədilə intensiv terapiyanın aparılmasından; üçüncü mərhələdə bütün zədələnmələrin tam korreksiyasının əldə edilməsi məqsədilə təkrari cərrahi müdaxilələrin həyata keçirilməsindən ibarət olmalıdır. Bunlar hər biri proqramlaşmış alqoritmlər əsasında yerinə yetirilməlidir. Zədə xəstəliyi mərhələlər şəklində davam etməklə, qarşılıqlı ağırlaşma sindromu halında təzahür edən, əvvəli və sonu olan bir prosesdir. Bunun 1-ci fazası şok, 2-ci fazası travmatik toksemiya və poliorqan çatmamazlıq, 3-cü fazası travmatik septikotoksemiya və endogen infeksiya, yaxud septiko-toksemik və endogen infeksiya şok, 4-cü fazası rekonvalessensiya, yaxud ikincili poliorqan çatmamazlıq dövrüdür.

Müştərək zədələnmələr zamanı mənfi qıcıq kompensator mexanizmlərin pozulmasına və travmatik şokun daha davamlı olmasına gətirib çıxarır; qanıtirmənin həcmnin və yaralının ağırlıq dərəcəsinin təyin edilməsini çətinləşdirir; erkən endotoksikoz daha sürətlə inkişaf edir. Yaralılarda qazanılmış immunodefisit ümumi orqanizmin infeksiya fəsadlaşmalara qarşı müqavimətinin itməsinə, vegetativ proseslərin koordinasiyasının pozulmasına, kompensator mexanizmlərin fəaliyyətdən qalmasına, irinli-septik fəsadlaşmaların daha sürətlə inkişafına səbəb olur.

Yaralılara yardım prosesində yaralanmaların diaqnostikası klinik və instrumental müayinələrə əsaslanmalı, lazım gəldikdə invaziv müayinə metodları tətbiq edilməlidir. Adi yaralanmalardan fərqli olaraq, burada gözləmə taktikasına yol verilməməlidir. Əgər təcili cərrahi əməliyyata ehtiyac varsa, bütün bunlar 2-3 gün müddətində yerinə yetirilməlidir. Zədə xəstəliyinin 2-ci və 3-cü mərhələlərində xüsusilə böyük həcmli operativ müdaxilələrin həyata keçirilməsi məsləhət görülmür. Bir sıra rekonstruktiv bərpa əməliyyatlarının xəstəliyin sağalma dövründə yerinə yetirilməsi daha məqsədəuyğundur. Xəstəliyin poliorqan çatmamazlıq və endogen infeksiya dövrlərində ikincili immunodefisit baş verdiyindən və adaptogen mexanizmlər kifayət etmədiyindən, bu dövrlərdə yerinə yetirilən cərrahi əməliyyatların nəticəsi bir qayda olaraq istənilən nəticəni vermir.

Müştərək zədələnmələrin diaqnostikası və yardımın həyata keçirilməsində xüsusilə diqqətli olmalı, müalicə və diaqnostika tədbirləri fəal şəkildə yerinə yetirilməli, infuzion-transfuzion və şok əleyhinə intensiv terapiya hospitalaqədərkə mərhələdən başlanılmalı, xüsusi müalicə üsulları ilə: ekstrakorporal detoksikasiya, hiperbarik oksigenasiya və i.a. başa çatdırılmalıdır. Müştərək zədələnmələr zamanı ixtisaslı və ixtisaslaşdırılmış cərrahi yardımın eyni hərbi tibb müəssisəsində yerinə yetirilməsi daha məqsədəuyğundur.

TƏDRİS SUALLARI

- 31.1. Zədə xəstəliyi haqqında ümumi anlayış, zədə xəstəliyinin patogenezi və klinik gedişi
- 31.2. Zədə xəstəliyinin müalicəsinin təşkili və yerinə yetirilməsi qaydaları
- 31.3. Zədə xəstəliyi zamanı reanimasiya və intensiv terapiyanın həyata keçirilməsi qaydaları

31.1. ZƏDƏ XƏSTƏLİYİ HAQQINDA ÜMUMİ ANLAYIŞ, ZƏDƏ XƏSTƏLİYİNİN PATOGENEZİ VƏ KLİNİK GEDİŞİ

Zədə xəstəliyi ağır müştərək, çoxsaylı və kombinə olunmuş yaralanmalar və zədələnmələrdən sonra, yaxud onların fəsadlaşmaları nəticəsində orqanizmdə baş vermiş mürəkkəb patogenetik simptomokompleks, həmin patogenetik dəyişikliklərin dinamikası kimi başa düşülməlidir. Bu, zədələnmə ilə əlaqədar başlanğıcı və sonu olan və mərhələlərlə keçən bir proses kimi başa düşülməlidir. Daha doğrusu, zədə xəstəliyi ciddi zədələnmələrlə əlaqədar travmatik şokla başlayıb, sonrakı mərhələlərdə hüceyrə perfuziyasının, mikrosirkulyasiyanın pozulması, metabolik pozğunluqlar fonunda travmatik toksikoz və septikotoksemiya fonunda keçən və klinik olaraq özünü poliorqan çatmamazlıq şəklində göstərən nozoloji vahid olmaqla mürəkkəb patoloji bir prosesdir. Bu, ümumi intoksikasiya, iltihabi proseslər, təkrari qanaxmalar, hemodinamikada, qanın laxtalanma sistemində, orqanizmin immun sistemində, zülal, elektrolit, turşu və qələvi tarazlığında pozğunluqlar şəklində baş verməklə ardıcıl şəkildə mərhələlərlə inkişaf edir. Qeyd etdiyimiz kimi xəstəliyin etiologiyasını, əsasən ağır çoxsaylı və müştərək zədələnmələr təşkil edir. Travmatik şok və şokdan çıxdıqdan sonra reabilitasiya dövrünə qədərki müddətlərdə yaralı orqanizmdə baş vermiş bütün ciddi patoloji proseslər kompleks şəkildə zədə xəstəliyinin məzmununu təşkil edir.

Zədə xəstəliyinin ayrıca nozoloji vahid kimi deyil, məhz problemin klinik gedişi kimi öyrənilməsi metodoloji baxımdan daha əlverişli olub, müalicənin patogenetik əsaslandırılmasına imkan verir. Yaralının travmatik şokdan çıxarılması problemin təkə bir tərəfidir. Digər mühüm tədbirlərə isə şokdan çıxdıqdan sonra müalicənin tam axıra qədər davam etdirilməsi, zədələnmə ilə əlaqədar orqanizmdə mərhələlərlə baş vermiş yerli və ümumi patogenetik proseslərin aradan qaldırılması və idarə olunması problemləri durur.

Beləliklə, zədələnmədən sonra ilk 2 sutka ərzində yaralılarda ölümə səbəb ola biləcək travmatik şokun aradan qaldırılmasının mümkün olduğu hallarda yaralı üçün digər fəsadlaşmalar da təhlükəlidir. Bura inkişaf edən tənəffüs çatmamazlığı, koagulopatik pozğunluqlar (yayılmış damardaxili laxtalanma sindromu), piy emboliyasının baş verməsi, böyrək-qara ciyər çatmamazlığı, ürək-damar sistemində baş vermiş pozğunluqlar (xüsusilə ürəyin əzilməsi hallarında özünü koronar çatmamazlıq şəklində göstərir),

posttravmatik endotoksikoz, yanaşı xəstəliklərin meydana çıxması, yaxud gizli keçən xəstəliklərin zədələnmə fonunda kəskinləşməsi aiddir.

Zədələnmənin ağırlıq dərəcəsindən, orqanizmin ümumi müqavimət qabiliyyətindən asılı olaraq, patoloji proses də müxtəlif formalarda keçə bilər. Zədə xəstəliyinin patogenezi travma nəticəsində ardıcıl davam edən reaktiv proseslər fonunda baş vermiş mübadilə pozğunluqları təşkil edir. Mübadilə pozğunluqlarının əsas düyün nöqtəsini və ən başlıcasını toxumaların oksigenlə təminatının, hüceyrə perfuziyasının, pozulması təşkil edir. Sonralar digər mübadilə pozğunluqları da həmahəng şəkildə inkişaf edərək, xəstəliyin erkən endotoksikoz, immunodefisit fonunda ağır yara infeksiyası və trofik pozğunluqlar baş verir.

Patogenetik mexanizmlərin olduqca mürəkkəb keçməsi, klinik olaraq özünü qarşılıqlı ağırlaşma sindromu və poliorqan çatmamazlıq şəklində göstərir və bunlar kompleks müalicə tədbirlərinin aparılmasını tələb edir. Daha doğrusu ağır travmatik şokla əlaqədar orqanların qanla təchizatının və hüceyrələrin oksigenlə təchizatının pozulması, əmələ gəlmiş toksik ara maddələrin qana sorulması endogen intoksikasiyanın baş verməsinə səbəb olur. Patoloji prosesin travmatik endotoksikoz fazası meydana çıxır. Bu, zədələnmə nəticəsində metabolik pozğunluqlar fonunda ara məhsulların (toksinlərin) qana sorulması ilə əlaqədardır. Sonralar yaraların irinləməsi və bu fonda irinli-septik proseslərin əmələ gəlməsi yaralının vəziyyətinin daha da ağırlaşmasına gətirib çıxarır. İntoksikasiya fonunda irinli-septik proses dominant xarakterə malik olub, bir neçə həftə, bəzən isə aylarla davam edir. Yara infeksiyasının məzmununu yarada baş vermiş yerli dəyişikliklərlə bərabər, ağır zədələnmə fonunda ümumi infeksiyon fəsadlaşmalar (pnevmoniya, yara sepsisi və i.a.), immun və metabolik pozğunluqlar təşkil edir. Burada baş vermiş infeksiyon prosesdə endogen infeksiya daha çox üstünlük təşkil edir.

Ağır zədələnmə ilə əlaqədar baş vermiş mürəkkəb patoloji prosesə məruz qalmış orqanizm nəticə etibarilə son dərəcə zəifləyir. Bu vəziyyət özünü nəinki zədələnmənin kəskin fazasında, habelə xəstəliyin sağalma dövründə də bədən çəkisinin xeyli itirilməsi, patoloji nahiyədə regenerasiya prosesinin zəifləməsi, astenizasiya, hər hansı xarici qıcığa qarşı davamsızlıq, xronik xəstəliklərin kəskinləşməsi, mübadilə-endokrin pozğunluqları və i.a. şəklində göstərir. Xəstəliyin kəskin fazasında baş vermiş poliorqan çatmamazlıq halı sonralar nisbətən zəifləsə də, proses sürəkli şəkildə davam edir və bunun aradan qaldırılması kompleks müalicə tədbirlərinin həyata keçirilməsini tələb edir. Ağır müştərək zədələnmələr zamanı zədə xəstəliyinin rekonvalessensiya dövrü uzunsürən astenik sindrom şəklində keçməsi ilə xarakterizə olunur. Bir sıra hallarda ümumi depressiya, ayrı-ayrı sistemlərdə daxili orqanların dərin funksional pozğunluğu halları müşahidə olunur. Bu, şərti olaraq ikincili poliorqan çatmamazlıq da adlandırılır. Xəstəliyin kəskin dövründə baş vermiş poliorqan çatmamazlıqdan fərqli olaraq bu proses nisbətən zəif, yarımkəskin və uzun müddət davam edir.

Beləliklə, zədə xəstəliyinin gedişi mərhələlər şəklində davam edir. Bura: 1) Ağır zədə nəticəsində baş vermiş travmatik şok (12-48 saat çəkir), 2) Toksemik dövr (şokdan bilavasitə sonra baş verir, poliorqan çatmamazlıq şəklində 3-7 gün davam edir), 3) Septiko-toksemik dövr (infeksiyon fəsadlaşmaların əmələ gəlməsi, yaxud bunun üçün təhlükənin yaranması (2 həftədən bir aya qədər və daha çox davam edir), 4) Rekonvalessensiya (reabilitasiya) dövrü (burada trofik pozğunluqlar süst gedişli poliorqan çatmamazlıq şəklində təzahür edir) aiddir. Bütün bu dövrlərin (mərhələlərin) davam etmə müddətindən asılı olmayaraq, bunların ardıcılıqla keçməsi zədə xəstəliyinin məzmununu təşkil edir və fəsadlaşmaların baş verməsindən asılı olaraq, bu ardıcılıq müalicə prosesinin düzgün təşkilinə və onun yerinə yetirilməsinə imkan verir.

31.2. ZƏDƏ XƏSTƏLİYİNİN MÜALİCƏSİNİN TƏŞKİLİ VƏ ONUN YERİNƏ YETİRİLMƏSİ QAYDALARI

Yaralanmanın ağırlıq dərəcəsindən, onun xarakterindən, zədə xəstəliyinin mərhələsindən asılı olaraq, ağır yaralılara fərdi şəkildə yanaşılmalı bütün müalicə tədbirləri ardıcıl surətdə, növbə ilə, bir-birini tamamlama prinsipi əsasında yerinə yetirilməlidir. Bunlar aşağıdakılardan ibarətdir:

1) İnfuzion-transfuzion terapiya (İTT) mümkün qədər tez yerinə yetirilməlidir. Bunun məzmunu hemodinamika və dövran edən qanın həcmnin bərpası və stabilliyin saxlanması, qanın laxtalanma

sisteminin, su-elektrolit tarazlığının normallaşması, orqanizmin parenteral qidalanmasının və detoksikasiyasının həyata keçirilməsindən ibarətdir. Nəticə etibarilə dövran edən qanın oksigenlə optimal təmini, onun volemik təminatının əldə edilməsi və müxtəlif dərman maddələrinin qısa müddət ərzində toxumalarda yüksək konsentrasiyasının əldə edilməsi imkanı yaranır. Həmçinin dərman maddələrinin və məhlulların orqanizmə hansı yolla və nə ardıcılıqla yeridilməsinin də xüsusi əhəmiyyəti vardır.

İnfuzion-transfuzion terapiyanın mərkəzi venalardan həyata keçirilməsi daha əlverişli və etibarlıdır. Bu, stasionar müalicədə, eləcə də yaralıların təxliyəsində bir sıra çətinliklərin aradan qaldırılmasına imkan verir. Mərkəzi venalar (körpücükaltı vena, yaxud bud və qalça venaları) kavofikslə Seldinger üsulu ilə kateterizə olunmalı və infuzion-transfuzion terapiya yerinə yetirilməlidir. Kavofikslə kateterizasiya hətta kombinə olunmuş termik zədələnmələr zamanı yanıq sahəsindən də həyata keçirilə bilər. Bu üsulun üstün cəhətlərindən biri də ondan ibarətdir ki, həmin yolla dərman maddələrinin qısa müddət ərzində toxumalarda yüksək konsentrasiyasının əldə edilməsi, yaxud az müddət ərzində çoxlu maye, yaxud qan köçürülməsi daha asan başa gəlir. Lazım gəldikdə infuzion-transfuzion terapiya arterial yolla da yerinə yetirilməlidir. Müalicə mərkəzi venoz təzyiqin və ürək-damar sisteminin fəaliyyətinin nəzarəti altında aparılmalıdır.

Bu yolla həyata keçirilən müalicə yaralıların şokdan tez çıxmasına, xəstəliyin sonrakı mərhələlərinin daha asan keçməsinə, nəticə etibarilə funksional pozğunluqların daha tez kompensasiya olunmasına və sonrakı fəsadlaşmaların qarşısının alınmasına imkan verir. Qanıtirmənin müvafiq şəkildə bərpası məqsədlə köçürülən mayenin ümumi həcmi 170-180%-dən aşağı olmamalı və onun təqribən 50%-i birbaşa qana keçməlidir. Kritik vəziyyətlərdə kəskin hipovolemiya və hipotoniyanın aradan qaldırılması başlıca vəzifə hesab olunmalıdır. Bu halda infuzion-transfuzion terapiya mayələrin massiv şəkildə köçürülməsi ilə yerinə yetirilməlidir. Həkiməqədərki yardım mərhələsində erkən infuzion terapiyanın aparılması məqsədəuyğun şəkildə standartlaşdırılmalı, həyata keçirilən tədbirlərin həcmi yaralanmaların ağırlıq dərəcəsinə uyğun şəkildə aparılmalıdır.

2) Şokdan çıxmış ağır yaralıların 10-12 gün müddətində əlavə zədə almasına yol verilməməlidir. Bura yaralıların narahat yolla və nəqliyyat vasitələrilə daşınması və həyata keçirilən operativ müdaxilələr də daxildir. Hər bir operativ müdaxilə hemodinamik stabilləşmə və şok əleyhinə tədbirlərin həyata keçirilməsi şəraitində yerinə yetirilməlidir. Ağır, xüsusilə müştərək yaralanmaların kəskin dövründə şok əleyhinə tədbirlərin stabilləşdirilməsi məqsədlə təcili operativ müdaxilələrin bir neçə gün ərzində yubandırılmasına da yol verilməməlidir. Beləliklə, operativ müdaxilələr ya zədələnmənin kəskin dövründə həyata keçirilməli, yaxud tam stabilləşmə təmin olunduqdan sonra yerinə yetirilməlidir. Təcili cərrahi əməliyyatlar tələb edən patoloji prosesin vaxtında aşkarlanmaması nəticəsində cərrahi əməliyyatın erkən müddətlərdə deyil, zədələnmədən bir neçə gün sonra yerinə yetirilməsi başlanmaqda olan kompensator mexanizmlərin bir növ ləğv olunmasına, operativ müdaxilədən sonrakı dövrün daha ağır keçməsinə və yaraların infeksiyalaşması üçün əlverişli şəraitin yaranmasına səbəb olur. Ağır yaralanmalarda bütün təxirə salına bilən (planlı) mürəkkəb bərpa və rekonstruktiv operativ müdaxilələr zədə xəstəliyinin fəsadlaşma olmayan müddətlərində (3-4 həftədən tez olmadan) yerinə yetirilməlidir.

3) Ağır müştərək yaralanmalarda yarada infeksiyanın baş verməsi təsadüfi olmayıb, zərurətdən doğan bir haldır. Bu, həm ekzogen və həm də endogen infeksiyanın nəticəsində baş verir. Ağır yaralanmalar zamanı mədə-bağırsaq traktından, sidik-ifrazat və tənəffüs yollarından, yaxud çirkli dəridən orqanizmə daxil olmuş mikroblar öz patogenlik qabiliyyətlərini daha da artırırlar. Bunu nəzərə alaraq, zədələnmələr zamanı antibakterial terapiya vaxtında aparılmalı, geniş spektrli təsirə malik antibiotiklər hətta infeksiya meydana çıxana qədərki müddətlərdə tətbiq olunmalıdır. İnfeksiyanın ilk əlamətləri meydana çıxdıqda, ehtimal olunan mikroblara qarşı hiperimmün plazma köçürülməli, immun proseslər korreksiya olunmalıdır.

4) Zədə xəstəliyinin müalicəsi yaralıların tam reabilitasiyası ilə başa çatmalı və məqsədəuyğun planlı dispanserizasiya yerinə yetirilməlidir.

Beləliklə, zədə xəstəliyi zamanı bütün tədbirlər sistemativ olaraq əvvəldən axıra kimi ardıcıl və bir-birini tamamlama prinsipi əsasında həyata keçirilməlidir. Bura aşağıdakılar daxildir:

–infuzion tədbirlər həkiməqədərki dövrdən başlanılmalı və xəstələrin daşınması müddətində də davam etdirilməlidir. Təxirəsalınmaz operasiyalar vaxt itirilmədən həyata keçirilməlidir. Bunun gecikdirilməsi xəstənin ölümü deməkdir.

–yaralıların təxliyəsi yubadılmamalı, imkan daxilində tez və daha rahat nəqliyyat vasitələri ilə həyata keçirilməlidir.

–təcili həyata keçirilməsi nəzərdə tutulmuş operativ müdaxilələr eyni zamanda şok əleyhinə kompleks tədbirlərlə bir müddətdə zədələnmənin ilk günlərində, (yaxşı olar ki, 2-6 saat müddətində həyata keçirilsin) yerinə yetirilməlidir. Bu, həyat üçün təhlükəli fəsadlaşmaların qarşısının alınmasına xidmət edir.

–2-ci və 3-cü növbədə həyata keçirilməsi nəzərdə tutulmuş operativ müdaxilələr (xüsusilə ətraf yaralanmalarında) yaralılar dərin şokdan çıxdıqdan və hemodinamik göstəricilər tam stabilləşdikdən sonra həyata keçirilməlidir.

–zədələnmənin 3-4 günündən başlayıb, 10-12 günə kimi mürəkkəb cərrahi müdaxilələrin aparılmasına və narahat daşınmalara yol verilməməlidir; daha doğrusu həmin problemlər zədələnmənin ilk 2-3 günündə aşkarlanmalı və aradan qaldırılmalıdır.

–profilaktik antibakterial terapiya xəstələr şokdan çıxdıqdan sonra həyata keçirilməlidir.

–fəsadlaşmaların müalicəsinin proqnozlaşdırılması zədə xəstəliyinin ayrı-ayrı dövrlərində əsas patogenetik mexanizmlərə görə əsaslanmalıdır.

31.3. ZƏDƏ XƏSTƏLİYİ ZAMANI REANİMASIYA VƏ İNTENSİV TERAPİYANIN HƏYATA KEÇİRİLMƏSİ QAYDALARI

Zədə xəstəliyi zamanı intensiv terapiya həyati-vacib funksiyaların pozğunluğu və qarşısının alınması üçün orqanizmin döyüş zədələnmələrinə qarşı davamlı kompensasiyasının təmin olunması istiqamətində yerinə yetirilən kompleks müalicə tədbirləri sistemindən ibarətdir. Bunun səmərəsi cərrahi müalicənin vaxtında və imkan daxilində tam həcmdə yerinə yetirilməsindən daha çox asılıdır. İntensiv terapiya əməliyyatını hazırlıqdan başlanır. Yardımın ixtisarla yerinə yetirildiyi hallarda intensiv terapiya həyata keçirilən yeganə müalicə üsulu olub, eyni zamanda yaralıların təxliyəyə hazırlanması məqsədini də daşıyır. Yaralanmanın ilk 3-4 sutkası ərzində həyata keçirilən intensiv terapiya kompensator proseslərə nail olunmasına xidmət edir. Bu tədbirlər aşağıdakılardan ibarətdir:

– Kəskin tənəffüs çatmamazlığının qarşısının alınması və müalicəsi,

– Cərrahi əməliyyatdan sonra ağrısızlaşdırmanın təmin edilməsi,

– Hipovolemiyanın aradan qaldırılması,

– Su-duz mübadiləsindəki pozğunluğun qarşısının alınması və müalicəsi,

–Həddən artıq katabolizmə (assimilyasiyaya, yanma prosesinə) adaptasiya məqsədilə rasionel qidalanmanın təmini,

– Bağırsaqların pərezinin profilaktikası və müalicəsi,

– Yaraların, eləcə də seroz boşluqların iltihabında antibakterial profilaktika və terapiyanın yerinə yetirilməsi,

– Tromboembolik fəsadlaşmaların qarşısının alınması və müalicəsi,

– Poliorqan çatmamazlıq hallarında ilk növbədə qara ciyər və böyrək çatmamazlığının qarşısının alınması və müalicəsi,

– Zədə xəstəliyinin gec dövrlərində fəsadlaşmaların qarşısının alınması və müalicəsi

Kəskin tənəffüs çatmamazlığının (KTÇ) qarşısının alınması və müalicəsi. Zədə xəstəliyi zamanı yaralılarda kəskin tənəffüs çatmamazlığı açıq, yaxud gizli şəkildə müşahidə oluna bilər. Bu, bronxlarda ventilyasiyanın, yaxud ağciyərlərin parenximasında qaz mübadiləsinin pozğunluğu şəklində gedə bilər. Ventilyasion pozğunluq, bilavasitə tənəffüs sisteminin pozğunluqlarında, kəllə-beyin yaralanmalarında, ağrı mənşəli hipoventilyasiyaların baş verməsində, narkozun dozasının artıq olduğu hallarda, döş qəfəsi yaralanmalarında hemopnevmotorakslar, yaxud ağciyərin parenximasının və bronxların zədələnməsi nəticəsində həyat tutumunun azalması, toksik maddələrlə tənəffüs, selik, yaxud qusuntu materiallarının nəfəs yollarına aspirasiyası, bağırsaqların parezi ilə əlaqədar diafraqmanın yuxarı basılması və i.a. nəticəsində baş verir.

Ağciyər qaz mübadiləsi pozğunluğu nəticəsində baş vermiş kəskin tənəffüs çatmamazlığı zamanı parenximada gedən pozğunluğun son həddi özünü “şok ağciyəri” formasında göstərir. Bəzi mənbələrdə bu, respirator distress sindrom (RDS) adı altında verilmişdir. Bu, tənəffüs çatmamazlığının son həddi olub 50-70% hallarda ölümlə nəticələnir. Həmin əlamətlər ağciyər parenximasında gedən dərin dəyişiklərlə əlaqədar alveolyar membranının zədələnməsi, kiçik damarların trombozu nəticəsində mikrosirkulyasiyanın pozğunluğu ilə əlaqədardır. Alveolyar membranının sıradan çıxması nəticəsində qanın plazma hissəsi və formalı elementlər diapedez şəklində alveol və bronxiollara daxil olur.

Respirator distress sindrom (RDS) zədələnmənin ağırlıq dərəcəsindən asılı olaraq 2-3 gün ərzində, yardımın kifayət olmadığı hallarda isə ilk sutka ərzində də inkişaf edə bilər. Bunun başlanğıcının klinik əlamətləri narahatlıq, tənəffüsün azalması, sərt tənəffüs fonunda quru xırıltıların və hipoksiyanın digər əlamətlərinin müşahidə olunması şəklində baş verir. Proses inkişaf etdikcə psixomotor oyancılıq, hallüsinasiyalar müşahidə olunur. Tənəffüslə tezləşməsi ilə əlaqədar, köməkçi əzələlər də tənəffüs aktında iştirak edir. Auskultasiyada sərt tənəffüs fonunda yayılmış quru və yaş xırıltılar eşidilir. Rentgeneoloji müayinədə ağciyərlərdə kəskin durğunluq qeyd edilir. Bütün bunlar qanda oksigenin parsial təzyiqinin azalması ilə əlaqədardır.

Zədə xəstəliyi zamanı kəskin tənəffüs çatmamazlığının qarşısının alınmasında ağrı faktorunun aradan qaldırılması da başlıca rol oynayır. Bu məqsədlə narkotik dərman preparatlarından, novokain blokadalarından (epidural və subdural blokadalar da daxil olmaqla) geniş istifadə olunmalıdır.

Arterial qanda oksigenin parsial təzyiqinin lazımı səviyyədən aşağı düşməsi ağciyərlərin kompensator hiperventilyasiyasına səbəb olur. Odur ki, zədə xəstəliyinin ilk 3 sutkası ərzində səmərəli oksigen inhalyasiyasının həyata keçirilməsi də vacib tədbirlərdəndir. Qanlıblokatorların (pentamin, heksonium, arfonad) istifadəsi də ağciyər mikrosirkulyasiyasının tənzimlənməsinə və tənəffüsün yaxşılaşmasına kömək edir. Bu preparatlar arterial qan təzyiqinin nəzarəti altında istifadə olunmalı, hipotoniya baş verdiyi hallarda həmin maddələrin dozası azaldılmalıdır. Həmçinin döş qəfəsinin masajı və tənəffüs gimnastikasının aparılmasının da xüsusi müalicəvi əhəmiyyəti vardır.

Kəskin tənəffüs çatmamazlığı obturasion sindromun (postatektatik pnevmoniyanın) əmələ gəlməsi üçün şərait yaradır. Aerosol terapiyasının həyata keçirilməsi, bronxların aktiv aspirasiyası, dərinə məcburi nəfəsalmalar (tənəffüs gimnastikası) xırda bronxların açılması və atelektazların aradan qaldırılmasına imkan verir. Xırda damarların trombozunun qarşısının alınması məqsədlə birbaşa təsir edən antikoagulyantların da (heparin) istifadəsi məsləhət görülür. Həmçinin qlükokortikoidlər alveolyar membranının stabilliyini artırdığı üçün tənəffüs çatmamazlığının qarşısının alınması məqsədlə bunlar daha geniş istifadə olunmalıdır. Ağciyərlər hiperventilyasiya edilməli, ventilyasiyanın dəqiqəlik həcmi 10-12 litrə çatdırılmalıdır. Endogen infeksiyanın qarşısının alınması məqsədlə antibakterial terapiya tətbiq edilməli, traxeobronxial sektor sanasiya olunmalıdır.

Ağrının aradan qaldırılması tədbirləri. Bunlar operativ müdaxilədən sonra ardıcıl və rəşional şəkildə həyata keçirilməli, tənəffüs funksiyasına mənfi təsir göstərməməlidir. Xüsusilə döş qəfəsinin, eləcə də qarının yuxarı hissəsinin yaralanmalarında rəşional ağrısızlaşdırılmanın aparılması daha vacibdir. Bu məqsədlə epidural və subplevral blokadaların aparılması daha əhəmiyyətlidir. Bunlar nəinki ağrı hissiyyatını aradan qaldırır, həmçinin neyrovegetativ təsirə də malikdir. Ağrının həm afferent (nəqli ağrısızlaşdırma), həm mərkəzi (ümumi ağrısızlaşdırma), həm də efferent (epidural blokada) yollarla aradan qaldırılmasına nail olunmalıdır. Mərkəzi sinir sisteminə zədələnmə olmadığı hallarda

neyrovegetativ blokadanın yerinə yetirilməsi daha məqsədəuyğundur. Bu zaman qeyri-narkotik dərman preparatlarının tətbiqi daha əlverişlidir. Bunun məzmunu hər 4-6 saatdan bir 50%-li 2-4 ml analgin və 2 ml (5mq) droperidolun sutkada 2-3 dəfə əzələyə, yaxud vena daxilinə yeridilməsindən ibarətdir. Narkotik dərman preparatları isə daha qüvvətli ağrılar zamanı tətbiq olunmalıdır.

Anemiya və hipovolemiyanın aradan qaldırılması. Rasional şəkildə həyata keçirilən infuzion-transfuzion terapiya hipovolemiyanın və qan dövranındakı pozğunluğun vaxtında aradan qaldırılması öz növbəsində ağciyərlərin parenximasında mikrosirkulyasiyanın, toxuma tənəffüsünün stabilləşməsinə, tənəffüsdə gərginliyin aradan qaldırılmasına imkan verir və beləliklə kəskin tənəffüs çatmamazlığının müalicəsinin asanlaşması üçün şərait yaratmış olur. Hətta dövran edən qanın 10% azalması daxili orqanlardan keçən qanın xeyli azalmasına, ikincili immunodefisit fonunda infeksiyon fəsadlaşmaların baş verməsinə şərait yaradır. Bununla əlaqədar, operativ müdaxilənin ilk 3 günü ərzində xəstələrə reopoliqlükin, yaxud 10-20%-li albuminin durulaşmış məhlulunun köçürülməsi daha məqsədəuyğundur. Eyni zamanda anemiya vəziyyəti toxumaların oksigenlə təmin olunmasına da öz mənfi təsirini göstərir. Buna görə də anemiyanın aradan qaldırılması fəsadlaşmaların qarşısının alınmasında xüsusi əhəmiyyətə malikdir.

Konservləşdirilmiş qan və onun preparatları, eritrositar kütlə, dondurulmuş eritrositlər, dondurulmuş təzə və hiperimmun plazma, trombositlər və i.a. şəkildə müxtəlif məqsədlər üçün istifadə oluna bilər. Ağır şok və massiv qanaxmalarda bu məqsədlə həm periferik, həm də mərkəzi venalara duz məhlulları (mafusol, laktosol və s.) köçürülməlidir. Digər venaya şok ələhinə məhlullardan volemik (reopoliqlükin, poliqlüsol, volekam) və reoloji təsirli (reopoliqlükin, reoqlüman, polioksidin) tətbiq olunur. Arterial təzyiq 90 mm c.s.-na çatana kimi köçürülən mayenin həcmi dəqiqədə 150-200 ml olmalıdır. Sonrakı müddətlərdə infuzion terapiya damcı, yaxud birbaşa (şırıncıq) şəkildə davam etdirilə bilər. Terminal vəziyyətdə olan yaralılara maye köçürülməsi həmçinin təzyiq altında aparılmalıdır. Bu halda mayenin yeridilmə sürəti dəqiqədə 250 ml-dən az olmamalıdır. Arterial təzyiqin müəyyən səviyyəyə (90ml c.s.-na) qaldırılması 5 dəqiqə ərzində və onun stabilləşməsi 10 dəqiqə ərzində təmin edilməlidir. Əgər əvvəlki mərhələlərdə yaralıya 0,8-1,0 litr sintetik kolloid maye yeridilmişsə, bu, yenidən təkrar olunmalıdır. Burada 5-10%-li albumin məhlulu, dondurulmuş təzə plazma, həmçinin jelatinol və volekam köçürülməsi daha məqsədəuyğundur. Elektrolit məhlullarından mafusolun istifadəsi hüceyrə hipoksiyasının az müddətə aradan qaldırılmasına imkan verir.

Dövran edən qanın həcmnin bərpası məqsədilə seroz boşluqlara yığılmış qanın toplanılıb köçürülməsi də xüsusi əhəmiyyət kəsb edir. Bu halda boşluqlu orqanların zədələnməsi halı istisna edilməlidir. Təzə qanın köçürülməsi əvəzsiz əhəmiyyətə malikdir. Bu halda qanın oksigen daşımaq qabiliyyəti daha yüksək olur. Məsələn, 3 günə qədər alınmış qanın eritrositləri köçürülən kimi qaz mübadiləsində iştirak edir. Lakin qanın nisbətən köhnə olduğu hallarda eritrositlərin qaz mübadiləsində iştirakı yalnız 12-16 saat və daha gec müddətlərdə baş verir. Yaralının reinfuziya məqsədilə boşluqlardan toplanmış öz qanı və yuyulmuş donor eritrositləri bu baxımdan daha keyfiyyətdir. Təzə alınmış donor qanının resipiyentin qanı ilə uyğunluğu diqqətlə yoxlanılmalıdır. Xüsusilə donor qanının köçürülməsində qazanılmış immunodefisit sindroma və epidemik sarılığa, eləcə də sifilitik proseslərə görə olduqca ehtiyatlı olmalıdır. Hərbi-tibbi müəssisələrdə bu məsələ əvvəlcədən planlaşdırılmalıdır ki, döyüş zamanı vaxt itgisinə yol verilməsin. Seroz boşluqlardan alınmış qan 12-24 saatdan gec olmayaraq köçürülə bilər. Dövran edən qanın həcmnin 30%-ə qədər itirilməsi hallarında reinfuziyanın həyata keçirilməsi donor qanına olan ehtiyacı bir qədər azaldır. Dondurulmuş eritrositlərin köçürülməsi immunoloji baxımdan daha qiymətlidir. Belə qanda allergenin olmaması onun daha geniş şəkildə istifadəsinə imkan verir.

Nəticə etibarilə dövran edən qanın həcmindəki kəsinin aradan qaldırılması, dəri və görünən selikli qişanın rənginin bərpası, ürək təqəllüslərinin sayının və arterial qan dövranının normallaşması xəstənin vəziyyətinin yaxşılaşmasına gətirib çıxarır. Burada qanın qlobulyar həcmi və dövran edən qanın həcmnin stabilliyinin əldə edilməsi başlıca şərtidir. İtirilmiş qanın həcmnin bərpasının dəqiq təyin edilməsi qanıtirmənin nəticələrinin vaxtında aradan qaldırılmasına və yaralıların şokdan çıxması üçün etibarlı tədbirlərin müvəffəqiyyətlə həyata keçirilməsinə imkan verir. Ürəyin dəqiqəlik qan vurğusunun normallaşması və orqanizmin oksigenə olan tələbatının ödənilməsi yaralının kritik vəziyyətdən çıxmasına imkan verir.

Təxirəsalınmaz infuzion-transfuzion terapiyanın həyata keçirilməsi prinsipləri qanıtirmənin həcmindən asılı olaraq proqramlaşdırılmalıdır. Təcili hallarda bu, ekspres üsullarla: şok indeksi və

hematokritə əsasən təyin olunur. İtirilmiş qanın bərpası düşünülmüş şəkildə massiv qanıtirmələr zamanı eritrositar kütlə, yaxud konservləşdirilmiş qan, qanəvəzedicilər və kristalloid məhlulların birlikdə istifadəsi ilə yerinə yetirilməlidir.

Cərrahi müdaxilə zamanı şokun aradan qaldırılması və qanaxmanın birdəfəlik saxlanması tədbirlərinin həyata keçirildiyi müddətlərdə də infuzion-transfuzion terapiyanın məqsədi qanıtirmənin bərpasına doğru yönəldilməlidir. Qanın arteriya daxilinə yeridilməsi operativ müdaxilə zamanı daha asan olub, bir o qədər ciddi çətinlik yaratmır. Əməliyyat zamanı aorta, yaxud digər böyük arteriyaların punksiya edilməsi, yaxud infuzion-transfuzion terapiyanın səmərəsinin artırılması məqsədilə, operativ müdaxilə zamanı regionar perfuziyanın aparılması məqsədəuyğundur. Bu üsulla bilavasitə patoloji ocağa təsir etməklə qan dövranındakı pozğunluğun aradan qaldırılmasına müvəffəq olunur. Həmin zonada dərman maddələrinin yüksək konsentrasiyasının yaradılması onları histo-hematik baryerdən keçməsi imkanı əldə edilir.

Fibrinolitik qanaxmalarda 5-10%-li albumin məhlulu, dondurulmuş təzə plazma və təzə sitrat qanının köçürülməsi vacibdir. Qanaxma tam dayandırıldıqdan sonra cərrahi əməliyyatın sonunda dövrən edən qanın həcmnin və hemostazın normallaşması qayğısına qalınmalıdır. Massiv qanıtirmələrdə isə bu tədbirlər qismən, hələ operativ müdaxiləyəqədər yerinə yetirilməlidir. Bu kimi hallarda təzə sitrat qanı birbaşa köçürülməlidir. Daha ağır vəziyyətlərdə qan arteriya daxilinə yeridilməlidir. Bu üsul daha tez və yaxşı nəticələrin əldə edilməsinə imkan verir.

Su-duz mübadiləsinin tənzimi. Cərrahi əməliyyatdan sonrakı müddətlərdə su-duz mübadiləsinin normallaşdırılması qayğısına da qalınmalıdır. Bu, damarlarda birbaşa dövrən edən qanın və hüceyrələrarası sahədə dövrən edən mayenin həcminə və elektrolitlərin miqdarına nəzarət prinsipi əsasında yerinə yetirilir. Elektrolitlərdən kalium və natriumun konsentrasiyasına nəzarət xüsusilə vacibdir. Duz məhlullarının istifadəsində onların elektrolit tərkibi əsas götürülməlidir. Bu baxımdan mafusol və trisolun istifadəsi daha məqsədəuyğundur. Xüsusilə qanın boşluğu yaralanmalarında həddən artıq maye köçürüldüyü hallarda böyrəklərin funksiyası gözlənilməli, yaralılara eufillin və 20%-li mannitol (400 ml-ə qədər) köçürülməsilə qanın bufer sisteminin natrium bikarbonatla tənziminə və eyni zamanda qanın dezintoksikasion funksiyasının bərpasına nəzarət olunmalıdır. Su-duz mübadiləsinə nəzarət eyni zamanda süni qidalanmanın həyata keçirilməsi işində də yaddan çıxarılmamalıdır.

Adətən yaralanma və zədələnmələr zamanı plazma itgisinin kifayət qədər bərpa olunmaması, maye qəbulu və qidalanmanın tələb olunan qaydada olmaması nəticəsində interstisial toxumalarda suyun azlığı, zond vasitəsilə mədə-bağırsaq traktından möhtəviyyatın xaric olması, yaxud mayenin parez vəziyyətində olan bağırsaqların daxilində yığılıb qalması (sekvestrasiyası) infuzion terapiyanın aparılmasına baxmayaraq, izotonik dehidratasiyanın meydana çıxmasına səbəb olur.

Bunun əksinə olaraq həddən artıq tərləmə, ağciyərlərin hiperventilyasiyası, geniş yara sahəsində plazma itgisi, isti iqlimdə susuzluq və maye qəbulunun məhdudluğu, iqlimə adaptasiyanın olmaması hallarında və i.a. hipertonic dehidratasiya baş verir. Kristalloidlərin orqanizmə həddən artıq həcmdə köçürülməsi nəticəsində isə izotonik hiperosmotik dehidratasiya baş verir. Hiperhidratasiyanın ağciyərin parenximasında baş verməsi kəskin tənəffüs çatmamazlığı əlamətlərinin meydana çıxmasına səbəb olur.

Volemik təsirə malik infuzion vasitələrin istifadəsi hipovolemiya fonunda dövrən edən qanın kəsirindən asılı olaraq, mayenin hüceyrədənkənar sahələrə, yaxud damar daxilinə toplamaq imkanı yaradır. Məsələn, əgər köçürülən mayenin volemik əmsalı 0,5-ə bərabədirsə, bu o deməkdir ki, həmin məhlulun orta hesabla yarısı damar daxilinə keçə bilər. Qalan hissə isə interstisial sektorda toplanaraq izotonik rehidratasiyanın yaranmasına səbəb olur. Belə məhlullar adətən interstisial sektorun dolması məqsədilə istifadə olunur. Əgər köçürülən mayenin volemik effekti vahidə bərabədirsə, bu o deməkdir ki, köçürülən mayenin hamısı damar daxilinə keçərək, qanın plazma komponentini təşkil edir. Köçürülmüş mayenin volemik əmsalının vahiddən böyük olduğu hallarda həmin həcmnin damar daxilinə keçməsindən əlavə, mayenin interstisial toxumalardan da damar daxilinə keçməsinə şərait yaranmış olur. Bu, qanın plazmatik həcmnin daha çox artmasına şərait yaradır.

Mikrosirkulyasiyadakı pozğunluqlar reoloji xüsusiyyətləri üstün olan mayələrin (reopoliqlükin, reoqlüman) köməyi ilə ləğv olunmalıdır. Lakin bunları istifadə etməzdən əvvəl orqanizmə kifayət qədər duz məhlulları və qlükoza məhlulu köçürülməlidir. Hərbi-tibb müəssisəsinə gətirilmiş xəstə, yaxud yaralıya infuzion-transfuzion terapiyanın aparılması ilk növbədə mərkəzi qan dövranının stabilləşməsi, mikrosirkulyasiyanın yaxşılaşdırılması və operativ müdaxilənin həyata keçirilməsi üçün optimal şəraitin yaradılması prinsipindən ibarət olmalıdır. Bunun müsbət nəticəsi arterial və venoz təzyiqin göstəricilərinə

və normal diurezin bərpa olunmasına əsaslanmalıdır. Əgər yaralı hospitala bir qədər gec (yaralandıqdan 4 saat sonra və daha gec) çatdırılmışsa və bu müddət ərzində heç bir infuzion terapiya almamışdırsa, şübhəsiz ki, onun qan dövrəni də sıradan çıxmaq təhlükəsi altında olacaqdır. Belə hallarda əsas prinsip əməl edilməklə infuzion-transfuzion terapiya simptomatik pozğunluqlara uyğun fərdi şəkildə həyata keçirilməlidir. Çünki baş verməkdə olan böyrək çatmamazlığı və daha sonralar poliorqan çatmamazlığı meydana çıxması, ola bilər ki, gecikdirilmə hallarda lazımı müsbət nəticə əldə edilməsinə imkan verməsin.

İnfuzion-transfuzion terapiyanın müsbət təsiri diurezin saatda 40-50 ml-ə qədər yüksəlməsi, sidikdə natriumun qatılığının artması və toxumalarda ödemənin azalması ilə aşkarlanır. Asidozun aradan qaldırılması məqsədilə venaya 150-300 ml 5%-li soda (natrium bikarbonat) məhlulu köçürülməlidir. Bu zaman daha tez nəticə alınır. Qanın dezintoksikasion funksiyası yaralılara kiçik molekullu kolloid məhlullarının (hemodez) köçürülməsi və diurezin stimulyasiyası yolu ilə əldə edilir. Dərin endogen intoksikasiyalar zamanı diurezin stimulyasiyası, yəni onun həcmənin orta hesabla sutkada əlavə 400 ml artırılması vacibdir. Əgər diurezin stimulyasiyası mannit, yaxud böyük dozada (300 mq) lazıqla (furosemidlə) mümkün deyilsə, bu kimi hallarda ekstrakorporal detoksikasiyanın aparılması göstərişdir.

Müəyyən infuzion vasitələr bilavasitə metabolik proseslərə təsir edərək, zədələnmələr, yaxud cərrahi müdaxilələrlə əlaqədar baş vermiş metabolik pozğunluqları aradan qaldırmaq imkanına malikdir. Bu, infuzatın metabolik effekti (ME) adlanır. Nəticə etibarilə qanın normal kolloid-osmotik təzyiqi bərpa olunur. Qanəvəzedicilərin metabolik prosesləri tənzimləməsi laktat və asetat mübadiləsinin normallaşması hesabına yaranır. Laktatlardan fərqli olaraq, asetat mübadiləsinin tənzimi hətta ağır arterial hipoksemiya və hemik hipoksiya vəziyyətlərində də mümkündür. Bu baxımdan mafusol təkə tənzimlənen maye olmayıb, birbaşa antihipoksik təsirə də malikdir. Bu, onun tərkibində olan fumarat sayəsində əldə edilir. Odur ki, mafusol ağır dərəcəli şoklarda, peritonitlərdə, sepsislərdə və eləcə də digər toxuma hipoksiyalı patologiyalarda istifadə oluna bilər.

Qanəvəzedicinin metabolik təsiri ilə əlaqədar olaraq, qanın kolloid-osmotik təzyiqi tənzim olunur. Kompleks tərkibli daha yüksək təsirə malik polivisolin isə əlavə olaraq, hətta sıradan çıxmış hepatositlərin bərpa olunması imkanını da yaradır. Tərkibcə orta molekullu dekstran və kolloid dəmirdən ibarət olan polifer isə poliqlükin kimi istifadəsindən əlavə, posthemorragik dəmir defisitli anemiyalarda dəmirin konsentrasiyasının bərpası üçün imkan yaratmış olur.

Bir çox qanəvəzedicilər hüceyrəarası mayenin həcmənin genişləndirilməsilə ekzogen və endogen toksinlərin xaric olmasına imkan verməklə, dolaylı detoksikasion təsirə malikdirlər. Məsələn, albumin və protein toksik məhsullarla kompleks şəkildə birləşərək, onun toksik təsirini azaltmaq qabiliyyətinə malikdirlər. Bu qabiliyyət hemodez və neohemodezdə qüvvətli, jelatinol və jelafuzində bir qədər zəifdir. Osmotik diuretiklər (mannitol, sorbitol, trisaminol), eləcə də jelatinol diurezi stimula etmək və detoksikasiya qabiliyyətinə malik olmaqla bərabər, həmçinin güclü volemik aktiv qanəvəzedicidir. Həmçinin bunlar döyüş zədələnmələrində güclü qanıtırmələr və endogen infeksiyalar və intoksikasiyalar zamanı sidik ifrazının gücləndirilməsi yolu ilə böyrək kanalcıqlarına toksinlərin ziyanlı təsirinin aradan qaldırılması və kanalcıqların tutulmasının qarşısının alınması təsirinə malikdir.

Kristalloidlər də müəyyən həcmdə hipovolemiyanın aradan qaldırılması imkanına malikdirlər. Lakin plazmada zülal kəsiri zamanı bu, bütünlüklə orqanizmdə, yaxud ayrı-ayrı orqanlərdə (məsələn, ağciyərin parenximasında) hiperhidratasiya yarada bilər. Dekstranlar isə (makrodeks) plazmanın həcmənin artırılması təsirinə malikdir. Lakin bunlar bəzən anafilaktik reaksiyalar da verə bilər. Ona görə də bu maddələr optimal həcmdə (orta hesabla bədən çəkisinin hər kiloqramına 70 mq) köçürülməlidir. Bu preparatın 30%-i 6 saat ərzində xaric olur. Qalan hissəsi isə sutka ərzində qan dövrəninə qalır. Bunların böyük dozada, sürətlə köçürülməsi hemorragik sindromun əmələ gəlməsinə səbəb ola bilər.

Kiçik molekullu dekstran (reopoliqlükin) həddən artıq dehidratasiyalarda və prerrenal oliguriyalarda böyrək kanalcıqlarının zədələnməsinə və osmotik nefrozun əmələ gəlməsinə səbəb olur. Odur ki, bu tipli mayeləri köçürməzdən əvvəl dehidratasiya tədbirləri həyata keçirilməlidir. Reoqlümanda isə tərkibində mannitol olduğu üçün bu zərərli əlamətlər müşahidə olunmur. Bəzən anafilaktik və toksik təsiri olduğu üçün polivinilpirrolidon tərkibli qanəvəzedicilərin (hemodez) böyük həcmdə köçürülməsinə yol verilməməlidir. Onun köçürülməsinin maksimal həcmənin bədən çəkisinin hər kiloqramına 10 ml-dən artıq olması məsləhət deyildir. Bu, hemokoaqulyasiyanı azalda bilər. Həmçinin qanaxmalar, travmatik şok, yanq xəstəliyi, uzunmüddətli sıxılma sindromu və digər kritik vəziyyətlərin müalicəsi zamanı

infuzion vasitələrin yanaşı təsiri nəzərə alınmalıdır. Xüsusilə cərrahi əməliyyatdan sonrakı müddətlərdə infuzion məhlulların istifadəsində bu kimi yanaşı təsirlərin nəzərdə tutulması daha vacibdir. Hemoqlobinemiya, dehidratasiya, köçürülmüş tərkibin turşu-qələvi vəziyyəti, böyrəklərin, ürək-damar, tənəffüs və həzm sistemlərinin vəziyyəti nəzarət altında saxlanılmalı və müşahidə olunan pozğunluqlar vaxtında aradan qaldırılmalıdır.

Dehidratasiya klinik olaraq süstlük, ləngimə əlamətləri, bəzən isə oyancılığın baş verməsilə müşahidə olunur. Susuzluğun əmələ gəlməsi orqanizmdə su itgisinin təxminən 2%-dən yuxarı olduğu hallarda baş verir. Qoltuqaltı və qasıq nahiyələrində dərinin quru olması, dildə cadarların görünməsi yaralıda maye defisitinin 1,5-2 litrə çatdığını göstərir. Dehidratasiyanın artması hipotenzianın, taxikardiyanın olması, venoz təzyiqin enməsi, oliquriyanın baş verməsi və bağırsağın parezinin artması ilə özünü göstərir. Burada taxikardiya hipokaliemiya ilə daha çox əlaqədardır.

Əgər yaralı müəyyən səbəbə görə maye qəbul edə bilmirsə, yaxud bundan imtina edirsə, ifraz olunmuş sidik həcmində ona izoosmolyar duz məhlulu köçürülməlidir. Əgər böyrək çatmamazlığı baş vermişsə, köçürülən mayenin həcmi ifraz olunan sidiyin yarısı həcmində olmalıdır. Əks təqdirdə kəskin tənəffüs çatmamazlığı baş verə bilər. Drenaj boru ilə maye itgisi, qusma, mədə zondu, enterostoma, yara səthindən maye ifrazı və ishal nəticəsində əlavə maye itgisi infuzion terapiyanın həyata keçirilməsində nəzərə alınmalı, bu həcm izoosmolyar duz məhlulları ilə bərpa olunmalıdır. Xeyli dərəcəli maye itgisi zamanı (drenajlardan ifrazat, diurez və qusuntu materialı) infuzion mayeyə hiperosmolyar məhlullar və parenteral qida məhlulları da əlavə edilməlidir. Rehidratasiya əldə edildikdən sonra həmin səviyyənin saxlanılması məqsədilə (əgər dehidratasiyanın əlamətləri qabarıq şəkildə müşahidə olunmursa) sutka ərzində xəstəyə 0,4-0,5 litr 5%-li qlükoza məhlulu (insulinlə birlikdə) kifayət edir. Qeyd etmək lazımdır ki, yüksək hərarət zamanı tərləmənin çoxalması hallarında kəskin tənəffüs çatmamazlığının kompensasiya fazasında böyrəkdənkənar su itgisi (tərləmə hesabına) hiss olunmadan artır. İtirilmiş mayenin bərpası məqsədilə xəstəyə 2 litrə qədər 5%-li qlükoza məhlulu köçürülməlidir. Xüsusilə səhra və yarımsəhra şəraitində böyrəkdənkənar maye itgisi (tər şəklində) daha çox olur. Belə hallarda itirilmiş mayenin bərpası məqsədilə xəstənin hər kiloqram bədən çəkisinə görə 30 ml maye köçürülməlidir. Septik vəziyyətlərdə, peritonitlərin toksik və terminal fazalarında, kəskin bağırsaq keçməməzliyində isə bu həcm hər kiloqram bədən çəkisinə görə sutkada 70-80 ml-ə bərabər olmalıdır.

Yaralanmadan sonra natrium mübadiləsinin pozulması ikincili xarakter daşıyır. Rasional infuzion terapiyadan sonra natrium mübadiləsi pozğunluğunu asanlıqla aradan qaldırmaq mümkündür. Bu yolla həmçinin kalium mübadiləsi pozğunluğu da aradan qaldırıla bilər. Zədə xəstəliyi zamanı güclü katabolizm nəticəsində kalium ionları hüceyrədən ara toxumaya keçir və sidiklə xaric olur. Kalium itgisi yara infeksiyasında, bağırsaqların parezi zamanı daha çox müşahidə olunur. Yaranın əlavə cərrahi işlənməsi kalium defisitini daha da artırır. Hipokaliemiyanın klinik əlamətləri ürək çatmamazlığı, bağırsaqların davamlı parezinin olması, susuzluq və pnevmoniyanın baş verməsi ilə xarakterizə olunur.

Infuzion terapiyadan fərqli olaraq, transfuzion terapiyada əsas məqsəd qanın eritrositar həcminin bərpasından ibarətdir. Ağır yaralılarda infuzion terapiyadan sonra susuzluğun qalması müalicənin lazımınca aparılmamasına sübutdur. Travmatik şok zamanı infuzion-transfuzion terapiyanın aparılması oliquriyanın qarşısını alır. Lakin ağır zədələnmələr zamanı böyrəklərin konsentrasiya qabiliyyəti pozulduğundan poliuriya nəticəsində hipovolemiya daha da dərinləşə bilər. Maddələr mübadiləsinin sürətlənməsi eləcə də yaradan ifrazat, drenaj boru və mədə zondundan gələn möhtəviyyatların hesabına kalium itgisi daha da arta bilər.

Plazmada kaliumun səviyyəsi 3,5 mmol/l-dən aşağı olmamalıdır. Hipokaliemiyanın profilaktikası məqsədilə parenteral qidanın tərkibinə sutkada 3-4 qram kalium xlorid əlavə olunmalıdır. Yumşaq toxumaların geniş zədələnməsi, uzunsürən oliquriya zədə xəstəliyinin kəskin dövründə hiperkaliemiya ilə nəticələnir. Plazmada kalium ionlarının konsentrasiyası 5-6 mmol/l-ə çatır. Bu pozğunluq öz gizli gedişi ilə daha qorxuludur. Çünki ürək ritminin pozğunluğu kritik vəziyyətlərə gətirib çıxara bilər. EKG müayinəsi həmin pozğunluğun vaxtında aşkar olunmasına imkan verir. Bu zaman P dişiyi basılmış, ST segmenti standart aparmalarda izoxəttən yuxarı qalxmış olur. QRS kompleksi genişlənmiş, T dişiyi döş aparmalarında sivri olur.

Hiperkaliemiya zamanı tərkibində kalium olmayan məhlulların köçürülməsi və saluretiklərin təyini müsbət nəticə verir. 400 ml 10%-li qlükoza məhlulunun insulinlə köçürülməsi kalium ionlarının

plazmadan hüceyrəyə keçməsinə imkan verir. Ciddi ritm pozğunluqlarında vena daxilinə 1%-li 200-400 ml kalium xlorid məhlulunun köçürülməsi müsbət nəticə əldə edilməsinə imkan verir.

Zədə xəstəliyində dərin su-duz mübadiləsi pozğunluğunun qarşısının alınması üçün ağrının aradan qaldırılması və mikrosirkulyasiyanın normallaşması vacibdir. Su-duz mübadiləsinin normal vəziyyətdə saxlanması üçün normal qidalanmanın təmin olunması və onun müvəqqəti olaraq süni qidalanma ilə əvəz olunmasının da xüsusi əhəmiyyəti vardır.

Süni qidalanma. Ağır yaralanmaların fəsadlaşmaları zamanı orqanizmin ehtiyat qüvvələri qida maddələrinə olan tələbatı həmişə ödəyə bilmir. Buna görə də zədə xəstəliyinin kəskin dövründə adekvat qidalanmanın bərpasına qədər süni qidalanmanın tətbiqi vacibdir. Bunun məqsədi orqanizmin toxumalarının dağılmasının və ikincili immun depressiyanın qarşısının alınmasıdır. Süni qidalanma parenteral və enteral yolla həyata keçirilə bilər. Parenteral süni qidalanma zamanı qida maddələri birbaşa qana daxil olur. Bu, müvəqqəti olaraq mədə-bağırsaq sistemində zədələnməsi olan yaralılara tətbiq edilir. Əgər geniş həcmli operativ müdaxilələrdən sonra təbii yolla qidalanma mümkün deyilsə, bu halda vena daxilinə süni qidalanma məqsədilə 10-25%-li qlükoza, 10-20 ml 8%-li kalium xlorid məhlulunun köçürülməsi vacibdir. Köçürülmüş qlükozanın miqdarına uyğun insulin yeridilməlidir (hər 3-4 qram şəkərə 1 vahid insulin olmaqla). İnfuzion-transfuzion terapiyanın həcmi təyin olunmasında drenaj boru və zond vasitəsilə xaric olan mayenin həcmi də nəzərdə tutulmalıdır. Ümumiyyətlə götürüldükdə isə, infuzion-transfuzion terapiya zamanı orqanizmə yeridilən mayenin həcmi sutkada hər kiloqram bədən çəkisinə 30 ml-dən az olmamalıdır.

Köçürülən mayələr volemik və reoloji təsirə malik olub, detoksikasion və qidalandırma funksiyalarını da daşımalıdır. Poliqlükün, volekam, poliqlüsol, polifer əsasən dövran edən qanın həcmi bərpası məqsədilə tətbiq olunur. Mafusol, laktosol, Qartman, Ringer, Ringer-Lokk məhlulları, 0,9%-li xörək duzu məhlulu əsasən elektrolit mübadiləsinin tənzim olunması məqsədilə; hemodez, polivisolin dezintoksikasiya məqsədilə; reopoliqlükün, reoqlüman, polioksidlər, polivisolin, jelatinol qanın reoloji qabiliyyətinin bərpası məqsədilə tətbiq olunur. Poliamin, müxtəlif konsentrasiyalı qlükoza məhlulları, ələcə də albumin və digər qan preparatları həmçinin qidalanma məqsədilə də tətbiq oluna bilər.

Parenteral qidalanmanın tərkibində amin turşuları da olmalıdır. Bu məqsədlə poliamin, infuzamin preparatlarından geniş istifadə edilməlidir. Optimal olaraq hər 7 qram qlükozaya 1 qram amin turşusu düşməlidir. Parenteral qidalanmanın davamı orqanizmin həyati-vacib funksiyalarının bərpasından, endogen intoksikasiyanın aradan qaldırılmasından asılı olub, adətən 6-7 gün davam etdirilməlidir. Hemodinamikada stabilliyin bərpası, qanazlığının ləğv olunması, normal qidalanmanın bərpası və qanıtirmə əlamətlərinin aradan qaldırılması infuzion-transfuzion terapiyaya son qoyulmasına imkan verir.

Kəskin tənəffüs çatmamazlığında həddən artıq hipovolemiyalar zamanı və su-duz mübadiləsində ciddi pozğunluq hallarında adi qaydada həyata keçirilən parenteral qidalanma həmişə lazımı müsbət nəticə vermir. Bu zaman hiperosmolyar məhlulların uzunsürən infuziyaları və parenteral qidalanma məqsədilə mərkəzi venaların kateterizasiyası daha məqsədəuyğundur.

Qismən parenteral qidalanma məqsədilə qlükoza əlavə edilmiş məhlulların köçürülməsi daha məqsədəuyğundur. Bu məqsədlə 400 ml 10%-li qlükoza məhlulu hazırlanılır, bura 10 ml 4%-li kalium xlorid, 5 ml 10%-li kalsium xlorid, yaxud kalsium qlükonat, 1 ml 25%-li maqnezium sulfat məhlulu əlavə edilir. Tam parenteral qidalanma məqsədilə 400 ml 25%-li qlükoza məhluluna 16-20 ml 4%-li kalium xlorid, 5 ml 10%-li kalsium xlorid, 1ml 25%-li maqnezium sulfat məhlulu əlavə edilir. Böyrək çatmamazlığında elektrolitlərin (xüsusilə kalium və maqneziumun) dozası minimuma endirilməli, yaxud bunlar istifadə edilməməlidir. Qlükozanın tam utilizasiyasının təmini üçün ona hər 3-4 qrama 1 vahid olmaqla insulin əlavə olunmalıdır. Zəif xəstələrdə uzunmüddətli (3-5 sutka) parenteral qidalanma energetik tələbatın yağlı emulsiyalar (intralipid, lipofundin) hesabına aparılması daha məqsədəuyğundur. Çoxlu maye itirilməsi zamanı tərkibində natrium olan məhlullardan (0,9%-li natrium xlorid və laktosol) ikinin-birə olan nisbətində köçürülməlidir. Toxumaların plastik qabiliyyətinin təminatı məqsədilə amin turşuları, zülal hidrolizatları və amin turşuları qarışığı (poliamin, B qrup vitaminlər, nikotin turşusu, böyük dozada C vitamini) tətbiq edilməlidir. Amin turşuları qlükoza məhlulları ilə paralel şəkildə istifadə edilməlidir. Geniş yaralanmalarda hipoproteinemiyası olan, həddən artıq zəifləmiş xəstələrə isə bütöv zülalın, albuminin (sutkada 20-30 qram) köçürülməsi daha məqsədəuyğundur.

Süni qidalanma bütün sutka ərzində davam etdirilməli, bu zaman damcılarının sayı dəqiqədə 60-dan çox olmamalıdır. Parenteral qidalanmanın hər bir seansında 400 ml 5%-li qlükoza (insulinsiz) köçürülməlidir ki, baş verə biləcək hipoglükemiyanın qarşısı alınsın.

Tam parenteral qidalanmanın sutkalıq dozası aşağıdakı şəkildə olmalıdır: zülal hər kiloqram çəkiyə 0,5-1 qram düşməklə 400-800 ml poliamin, 900-1300 ml zülal hidrolizəti, 2-3 litr 25%-li qlükoza və elektrolitlər köçürülməlidir. Köçürülmüş mayenin ümumi həcmi itirilmiş mayenin həcmindən 1-1,5 litr çox olmalıdır. İnfuzata insulin, B qrup vitaminləri, C vitamini və anabolik hormonlar da əlavə edilməli, xəstənin çəkisi vaxtaşırı yoxlanılmalıdır. Parenteral qidalanmanın kifayət olması laborator nəzarəti ilə təyin edilməlidir. Tam parenteral qidalanmanın yerinə yetirilməsi zamanı qlükoza məhlulunun az konsentrasiyada (5-10%-lə) istifadəsi səhv fikirdir. Bu, azot balansının tənzimi üçün kifayət deyil. Eyni zamanda infuziyalar, xüsusilə zəif xəstələrə templə həyata keçirilməlidir.

Parenteral qidalanmanın fəsadlaşmaları hava emboliası, su-duz mübadiləsində yatrogen pozğunluqlar, dehidratasiya və hipoproteinemiyanın olması, insulinin çox istifadəsi zamanı hipoglükemiyanın baş verməsi və i.a. aiddir.

Mədə-bağırsaq traktında yaralanması olmayan xəstələrə həmçinin süni enteral qidalanmanın aparılması da vacibdir. Qida zondla homogen maye şəklində yeridilməlidir. Mədə yaralanmalarında nazik zondun daha dərinliklərə yeridilməsilə də enteral qidalanmanın təmin edilməsi mümkündür. Bu məqsədlə ikikanallı zondların tətbiqi daha məqsədəuyğundur.

Yaralanma nəticəsində baş vermiş adi peritonitlərdə enteral qidalanma məqsədilə 1 litr qaynadılmış suya 5 qram xörək duzu, 2 qram natrium bikarbonat, 1,5 qram kalium xlorid, 1,6 qram kalsium xlorid, 0,8 qram maqnezium sulfat, 30 qram qlükoza əlavə olunmuş monomer qarışıq da istifadə oluna bilər. Bu qarışıq 100 ml poliamin və digər amin turşuları da qatıla bilər. Bu məqsədlə hazır duz preparatlarından reqidron, qastrolit, qlükosol, orasoldan da istifadə oluna bilər. Reqidronun tərkibi 3,5 qram xörək duzu, 2,5 qram kalium xlorid, 2,9 qram natrium sulfatdan, 10 qram qlükozadan, yaxud şəkərdən ibarətdir. Bu qarışıq 1 litr içməli suda həll olunduqdan sonra sutka ərzində soyudulmuş şəkildə istifadə olunmalıdır. Orasolun tərkibi isə 20 qram şəkərdən, 3,5 qram xörək duzundan, 2,9 qram natrium sitratdan, 1,5 qram kalium xloriddən ibarətdir.

Yaxşı olar ki, enteral qidalanma da damcı üsulu ilə yerinə yetirilsin. Bu, saatda hər kiloqram bədən çəkisinə 0,5-1 ml olmaqla tətbiq edilməlidir. Əgər xəstə qidalanmanı yaxşı keçirirsə, mayenin miqdarı saatda hər kiloqram çəkiyə 2 ml-ə qədər (100-150 ml) artırıla bilər. Bu, monomer qarışığın mənimsənilməsi üçün optimal sürətdir.

Süni qidalanmanın düzgün həyata keçirilmədiyi hallarında kəskin tənəffüs çatmamazlığı və qan dövranında, eləcə də toxuma mikrosirkulyasiyasında müəyyən pozğunluqlar müşahidə oluna bilər. Enteral qidalanma zamanı qidalı qarışıq kifayət qədər energetik və plastik xüsusiyyətlərə malik olmalı, lazımi həcmdə optimal templə yerinə yetirilməlidir. Buruna keçirilmiş zond yaxşı fiksə olunmalı və əlavə qıcıqlanma verməməlidir. Süni qidalanma zamanı göstəriş olduqda bağırsağı stimulə edən dərman preparatları da tətbiq oluna bilər. Qidalı qarışıq sutka ərzində hər kiloqram çəki üçün 40-50 kal enerjini təmin etməlidir. Zülalın miqdarı sutkada hər kiloqram çəkiyə 1 qramdan az olmamalıdır. Bağırsağın funksiyası pozğunluqlarında monomer qarışıqların tətbiqi daha əlverişlidir.

Beləliklə, zədə xəstəliyində poliorqan çatmamazlıqlar zamanı enteral qidalanma fizioloji baxımdan daha əhəmiyyətlidir və onun tənzimlənməsinə ehtiyac qalmır. Bu zaman bağırsağ şirəsinə təkcə elektrolitlər deyil, həmçinin sintez şəklində zülallar, lipidlər də əlavə olunur. Bunun səmərəsinin artırılması üçün bağırsağ peristaltikasına nəzarət olunmalı, paretik və paralitik pozğunluqlar vaxtında aradan qaldırılmalıdır.

Bağırsağ parezinin profilaktikası və müalicəsi. Zədə xəstəliyində bağırsaqların normal peristaltikasının tənzimlənməsi, patoloji qıcıqların, hipovolemiya nəticəsində baş vermiş hipoksiyanın, su-duz, turşu-qələvi mübadiləsindəki pozğunluqların, baş vermiş endogen intoksikasiyanın vaxtında aradan qaldırılmasından çox asılıdır. Bütün tədbirlər kompleks şəkildə həyata keçirilməlidir. Bu məqsədlə operativ müdaxilədən dərhal sonra qanqliblokator kimi heksonium hər 5-6 saatdan bir 15mq, yaxud pentamin 20 mq, həmçinin aminazin, pirroksan, yaxud butiroksan 10 mq dozada gündə 2 dəfə tətbiq

olunur. Müalicə zamanı arterial təzyiqə nəzarət olunmalıdır. Mədədə daimi zond olmalıdır. Bağırsağın funksiyasının normallaşması ilə bərabər enteral qidalanma da davam etdirilməlidir.

Odlu silah yaralanmaları, yaxud küt zədələnmələrdən sonra bağırsağın qarşısının alınması məqsədilə aparılan ən səmərəli tədbirlərdən biri də uzunmüddətli epidural blokadaların aparılmasıdır. Bu, normovolemik şəraitdə D8-11 səviyyəsində epidural sahəyə 2 ml 2-2,5%-li trimekain məhlulunun yeridilməsilə həyata keçirilir. Xəstələrdə ürəkbulanma, qusma və arterial təzyiqin enməsi müşahidə edilə bilər. Əgər xəstə anesteziyanı yaxşı keçirirsə, trimekainin sutkalıq dozası 5-7 ml-ə çatdırılır və bu, bir neçə sutka davam etdirilir. Torakoabdominal yaralanmalarda eyni zamanda uzunmüddətli retroplevral blokadaların aparılması da yaxşı nəticə verir. Retroplevral blokadaların da təsir mexanizmi epidural blokadalar kimidir. Bu məqsədlə VII qabırğa bucağında retroplevral sahə punksiya olunur və ora kateter keçirilir. Kateterlə retroplevral sahəyə 15 ml 1%-li trimekain, yaxud 20-25 ml 0,5%-li novokain məhlulu yeridilir. Uzunmüddətli epidural blokadalar, optimal qaydada intensiv respirator terapiya, hipovolemiya və anemiyanın aradan qaldırılması, interstisial sahədə elektrolitlərin səviyyəsinin bərpa olunması fonunda aparılmalıdır. Paralitik bağırsağ keçməməzliyi nəticəsində baş vermiş mübadilə pozğunluqları aradan götürülməzsə, bunlar böyrək və qara ciyər çatmamazlığı ilə nəticələnmə bilər.

Böyrək çatmamazlığı zamanı intensiv terapiyanın aparılması. Uzunmüddətli hipotenziya, qan dövranının patoloji mərkəzləşməsinin (sentralizasiyasının) qarşısının vaxtında alınması, itirilmiş qanın bərpası, sinir uclarının neyrovegetativ blokadalarının həyata keçirilməsi böyrəklərin funksional pozğunluqlarının baş verməsinin qarşısını ala bilər. Lakin böyrəklərin funksiyasındakı pozğunluqlar təkə işemik amillərdən asılı olmayıb, eyni zamanda böyrək parenximasına sərbəst hemoqlobin, mioqlobin və qanda dövrən edən digər mənşəli endotoksinlərin mənfi təsirindən də asılı olur. Yaralanma ilə əlaqədar infeksiyon fəsadlaşmalardan pnevmoniya, peritonit və sepsisin baş verməsi də böyrək çatmamazlığının inkişafında xüsusi rol oynayır. Zədə xəstəliyi zamanı böyük həcmdə dekstran məhlullarının köçürülməsi və hazırlıq olmadan massiv qanqöçürmənin də mənfi yatrogen təsiri qeyd edilməlidir. Belə hallarda oliquriya baş verir, qanın xüsusi çəkisi azalır, sidikdə zülal çoxalır, azotemiya baş verir. Qanda kreatinin və sidik cövhərinin 3-5 gün müddətində artması böyrəklərin süzmə qabiliyyətinin ciddi pozğunluğunu göstərir. Sidik cövhərinin qanda konsentrasiyasının 50 mmol/l-dən artıq olması nəticəsində taxipnoe, tənənfəslik, ürəkbulanma, qusma, bağırsaqların uremik parezi, yaxud ishal müşahidə olunur. Qaraciyər böyüyür, toxumalarda durğunluğun artması nəticəsində ağciyərlərin qeyri-kardiogen ödemə baş verir. Belə hallarda 15-20%-li mannitol məhlulunun hər kiloqram bədən çəkisinə 1-1,5q olmaqla köçürülməsi yaxşı nəticə verir. Osmodiuretiklərin köçürülməsi venoz təzyiqin nəzarəti altında aparılmalıdır. Davamlı oliqoanuriya hallarında (diurez saatda 30 ml-dən aşağı olduqda) bədən çəkisinin hər kiloqramına 1 ml olmaqla vena daxilinə 33%-li etil spirtinin köçürülməsi də stimulyasiya məqsədini daşıyır.

Oliquriya vəziyyətlərində intensiv terapiyanın aparılması zamanı hiperhidratasiyanın baş verməsinə və dərman maddələrinin kumulyasiyasına yol vermək olmaz. Asidoz, hipokaliemiya və uremiya vaxtında korreksiya olunmalı, intensiv terapiya müddətində infeksiya nəticəsində artan zülal katabolizmi nəzərə alınmalıdır. Orqanizmə daxil olan maye diurez və yara ifrazatı nəzərə alınmaqla tənzim olunmalı, hipertermiya zamanı hər bir dərəcə yüksək temperatur üçün 0,4-0,5 litr əlavə maye köçürülməlidir. Əgər böyrək çatmamazlığı metabolik asidozla müşahidə olunursa, infuzata sutkada 3-4 dəfə olmaqla 5%-li natrium bikarbonat məhlulu da əlavə olunmalıdır. Yaranın cərrahi işlənməsinin vaxtında aparılması və irinli toplaqların drenaj olunması eyni zamanda hiperkaliemiyanın da artmasının qarşısını alır. EKQ-də hiperkaliemiya əlamətlərinin müşahidə olunması hallarında venaya qlükozanın konsentrasiyalı məhlulu insulinlə birlikdə istifadə olunmalıdır. Bu, interstisial toxumaya yığılmış kaliumun yenidən hüceyrələrdə toplanması üçün şərait yaradır. Kəskin böyrək çatmamazlığı zamanı qarışıq qidalanma hər kiloqram bədən çəkisi üçün 40 kal təşkil etməli, qida karbohidratlar, zülallar və vitaminlərlə zəngin olmalıdır. Məhz bu yolla katabolizmin azalması, reparativ proseslərin sürətlənməsi və böyrək çatmamazlığının qarşısının alınması mümkündür.

Qaraciyər çatmamazlığı zamanı infuzion terapiyanın aparılması qaydası. Hətta az miqdar, lakin davamlı hipovolemiyalar zamanı, dövrən edən qanın həcmnin 15%-ə qədər azalması hallarında mikrosirkulyasiyanın pozulması, qanın patoloji sentralizasiyası şəraitində histiositlərin sıradan çıxması, toksinlərin ümumi qan dövranına keçməsi və hepatositlərin sıradan çıxması endogen intoksikasiyanın baş verməsinə səbəb olur. Bunlar irinli-iltihabi proseslərdə, septik vəziyyətlərdə və yanaşı infeksiyon xəstəliklərdə də baş verə bilər. Kəskin qaraciyər çatmamazlığı özünü süstlük, tormozlanma, sarılığın baş

verməsi, sidiyin rənginin tündləşməsi şəklində göstərir. Diurezin həcmində dəyişiklik olmur. Hiperbilirubinemiya qanda sidik cövhəri və kreatininin artması ilə birlikdə müşahidə olunur. Qaraciyərin bu pozğunluq əlamətlərində respirator müalicə keyfiyyətlə aparılmalıdır. Hipovolemiyanın aradan qaldırılması istiqamətinə yönəldilmiş rasional infuzion-transfuzion terapiya, fasiləsiz analgeziya, qanın profilaktik heparinizasiyası, B qrup vitaminlərinin tətbiqi, infeksiya ocaqlarının yarılməsi və lazımı qaydada drenaj olunması, hiperbarik oksigenasiya, ekstrakorporal detoksikasiyanın aparılması qara ciyər çatmamazlığının qarşısının alınmasında vacib və prinsipial tədbirlərdəndir.

Xüsusi intensiv terapiya metodları. Ağır endogen intoksikasiyalarda (uzunmüddətli sıxılma sindromu, travmatik pankreatitlər, böyrək və qara ciyər çatmamazlığında) ekstrakorporal detoksikasiyanın həyata keçirilməsi xüsusilə vacibdir. Bunun məqsədi qısa müddət ərzində koagulopatiyanın ləğvi, mübadilə pozğunluqlarının aradan qaldırılmasından ibarətdir. Xüsusilə endotokoz və kəskin intoksikasiya hallarında hemoperfuziyanın tətbiqi daha vacibdir. Perfuzion aparatların olmadığı halda bu tədbirlər arteriovenoz şuntların qoyulması ilə yerinə yetirilməlidir. Perfuziya bədən çəkisinin 0,2 nisbətində bərabər həcmdə dəqiqədə 80-150 ml sürətlə aparılmalıdır. Endotoksikozun qarşısının alınması məqsədilə plazmaferezin aparılması vacibdir. Bunun əsasını plazma itgisinin dondurulmuş plazma hesabına bərpası təşkil edir. Bu tədbirlər 36-48 saat müddətində aparılmalı və klinikolaborator göstəricilərinin nəzarəti altında aparılmalıdır. Ekstrakorporal oksigenasiya dializatorun, membran oksigenatorunun köməyi ilə həyata keçirilməli, lazım gələrsə plazma tam əvəz olunmalıdır. Tədbirlərin yerinə yetirilməsi zamanı kəskin tənəffüs çatmamazlığına yol verilməməli, hipovolemiya, anemiya və koagulopatik pozğunluqlar korreksiya edilməlidir (aradan qaldırılmalıdır). Ekstrakorporal detoksikasiya aparılmazdan yara düzgün cərrahi işlənməli və infeksiya ocaqları ləğv edilməlidir. Əks təqdirdə bu, lazımı nəticə verməz. Terminal vəziyyət, pansitopenik-hemorragik sindrom, davam edən qanaxma, anemiya (Hb <70 q/l), hipoproteinemiya (zülalın 52 q/d-dən az olması), respirator distress sindrom ekstrakorporal detoksikasiyanın aparılmasına əks göstəriş sayılmalıdır.

Hiperbarik oksigenasiya ağır yara xəstəliyinin kəskin olmayan fazasında sağalma prosesinin sürətləndirilməsi məqsədilə də həyata keçirilə bilər. Xüsusilə anaerob klostridial infeksiyalar zamanı bunun aparılması daha vacibdir. Həmçinin hiperbarik oksigenasiya toxuma regenerasiyasını sürətləndirdiyi üçün qoyulmuş bağırsağ anastomozlarının yaxşı tutması, kəllə-beyin yaralanmaları və zədələnmələrində kompensator proseslərin bərpası məqsədini də daşıyır. Hiperbarik oksigenasiyanın zədələnmənin 4-cü sutkasından etibarən həyata keçirilməsi daha məqsədəuyğun sayılmalıdır. Ağır yaralılarda hiperbarik oksigenasiya gündə 1-2 dəfə 40 dəqiqə müddətində aparılmalıdır. Ağır formalı zədə xəstəliyi zamanı hiperbarik oksigenasiyanın aparılması məsləhət görülmür. Əks təqdirdə xəstələrdə oksigenin neyrotoksik təsirindən huşun itməsi və kəskin tənəffüs çatmamazlığı arta bilər. Lakin anaerob infeksiyanın ildırımsürətli gedişində hiperbarik oksigenasiya həyati göstəriş olaraq yerinə yetirilməlidir.

Odlu silah yaralanmaları və zədələnmələr zamanı infeksiyon fəsadlaşmaların profilaktikası və müalicəsi. Zədə xəstəliyi zamanı yaraların bakterial çirklənməsi, yerli və ümumi infeksiya və orqanizmin autoimmun pozğunluğu şəklində müşahidə olunur. Bu fonda aparılan intensiv müalicə tədbirləri təkcə mikrosirkulyasiyanın yaxşılaşdırılması və dərman preparatlarının toxumalarda optimal konsentrasiyasının təminatından əlavə, orqanizmin irinli infeksiyaya qarşı müdafiə qabiliyyətinin möhkəmləndirilməsi məqsədini də daşıyır. İnfeksiyon prosesin qarşısının alınması ilk növbədə yaraların vaxtında və düzgün cərrahi işlənməsindən daha çox asılıdır. İshemiya və nekrotik prosesə uğramış toxumalarda antibakterial preparatların yüksək konsentrasiyasının əldə edilməsi olduqca çətindir. Ona görə də bu zaman antibakterial preparatların kombinə şəklində istifadə olunması daha əhəmiyyətlidir. Aminoqlükozidlərin maksimal dozada linkomitsin, yaxud ampicillinlə (5 mq/kq), yaxud levomitsetinin (sutkada 3-4 q), sefalosporinlərlə (sefalin, sefradin, sefuroksim, seftriakson və i.a.), linkomitsinlə, kanamitsinin (15-20mq/kq) ampicillinlə, dioksidinin (300 mq-dan sutkada 2-3 dəfə) ampicillinlə (ampioks), yaxud linkomitsinlə kombinasiyası daha məqsədəuyğun hesab olunur. Xüsusilə yoğun bağırsağın tamlığının pozulması hallarında və anaerob infeksiya zamanı antibiotiklərin metronidozol, yaxud tinidozol preparatları ilə (sutkada 1,5-2 qram) kombinasiyası da müsbət nəticə verir.

Antibiotiklərin bir-birinə əks təsirinin qarşısının alınması məqsədilə, onların istifadəsi zamanı (bir-birinə) qarışdırılmasına yol verilməməli və bunlar ayrı-ayrı saatlarda istifadə olunmalıdır. Yaxşı olar ki, antibiotiklər yaralanmanın ilk saatlarında hələ toxumalarda mikrosirkulyasiyanın pozulmadığı dövrdə yüksək dozada istifadə olunsun. Digər antibakterial preparatların parenteral yolla yeridilməsi isə

profilaktika məqsədilə orta dozada tətbiq olunmalıdır. Bu, toxumalarda mikroorqanizmlərin inkişafının qarşısını alır. Təxliyənin gecikdiyi bütün hallarda antibakterial preparatlar kombinə şəklində yüksək dozada istifadə edilməlidir. Antibakterial müalicənin parenximatöz orqanlara toksik təsiri nəzərə alınmalıdır. Kəskin böyrək çatmamazlığının baş verməsi antibiotiklərin farmakodinamikasını pozur və onların nefrotoksik təsirini qüvvətləndirir. Hər bir antibiotik orta hesabla 5-7 gündən artıq tətbiq olunmamalı və birdən-birə kəsilməli, müalicənin sonrakı müddətlərində mikroorqanizmin antibiotiklərə qarşı həssaslığı nəzərə alınmalıdır.

Beləliklə, antibakterial müalicənin aparılmasında başlıca prinsip onun yüksək dozada tətbiqi və qanda optimal konsentrasiyasının əldə edilməsindən əlavə, mikroorqanizmin həmin dərman preparatına rezistentlik (davamlılıq) dərəcəsi nəzərə alınmalıdır. Unutmamalıdır ki, hazırda nəinki antibiotiklərə rezistent mikroob ştammları məlumdur, hətta antibiotiklərlə qidalanan bəzi mikroob kulturaları da aşkar olunmuşdur.

Zədə xəstəliyi ağır yaralanmalar və zədələnmələr nəticəsində orqanizmdə baş vermiş son dərəcə mürəkkəb patogenetik proses olub, müasir kompleks diaqnostik və müalicə tədbirlərinin həyata keçirilməsini tələb edir. Xəstəlik güclü mənfi patoloji qıcığa qarşı cavab reaksiyası olan travmatik şokla başlayıb, sonrakı inkişaf mərhələsində metabolik pozğunluqlarla əlaqədar travmatik endotoksikoz və infeksiya prosesinin baş verməsi ilə təzahür edir. Orqanizm mərhələlərlə davam edən mürəkkəb patoloji prosesə qarşı təkbaşına mübarizə aparmaq qabiliyyətinə malik olmadığından proses daha da dərinləşərək orqanlarda dərin funksional pozğunluqları və poliorqan çatmamazlıqla nəticələnir. Bütün bunları nəzərə alaraq, xəstəliyin hər bir mərhələsində baş vermiş patoloji pozğunluqlar vaxtında aşkar olunmalı və aradan qaldırılmalıdır.

Bura ilk növbədə ağır hissiyyatının və mənfi qıcıqların aradan götürülməsi, dövrən edən qanın həcmnin bərpası, baş vermiş metabolik pozğunluqların ləğv edilməsi, toxumaların oksigenlə maksimal təmini, zülal, elektrolit, turşu və qələvi mübadiləsindəki pozğunluqların korreksiyası və orqan çatmamazlıqlarının ləğvi istiqamətində tətbiq olunan kompleks tədbirlər sisteminin həyata keçirilməsindən ibarətdir. Bu, ilk növbədə erkən infuzion-transfuzion müalicənin başlanılmasından, yaralanma və zədələnmələrin nəticələrinin cərrahi yolla aradan qaldırılmasından və fəsadlaşmaların profilaktikasından ibarətdir. Aparılan tədbirlər kompleks şəkildə yerinə yetirilməli, müalicə prosesi xəstələrin reabilitasiyası və funksiyaların bərpası ilə başa çatdırılmalıdır.

FƏLAKƏTLƏR TƏBABƏTİ

TƏDRİS SUALLARI

- 32.1. Fəlakətlər təbabəti haqqında anlayış, fəlakətlər təbabəti və hərbi cərrahlıq, bunların oxşar və fərqli cəhətləri
- 32.2. Fəlakətlər zamanı yaranmaların xarakteristikası və strukturu
- 32.3. Fəlakətlər zamanı xəstə və yaralılara yardımın təşkili və həyata keçirilməsi prinsipləri
- 32.4. Fəlakətlər zamanı mərhələli yardımın yerinə yetirilməsi qaydaları

32.1. FƏLAKƏTLƏR TƏBABƏTİ HAQQINDA ANLAYIŞ, FƏLAKƏTLƏR TƏBABƏTİ VƏ HƏRBİ CƏRRAHLIQ, BUNLARIN OXŞAR VƏ FƏRQLİ CƏHƏTLƏRİ

Dünyada hər il müxtəlif növ fəlakətlər baş verir. Bütün bunlar minlərlə adamın ölümü, on minlərlə adamın yaralanması, şikəst və evsiz-eşiksiz qalmasına səbəb olur. Təbii fəlakətlər qəflətən baş verdiyindən, bu zaman yaralanma və zədələnmələr kütləvi xarakter daşıdır. Ona görə də yardım prosesində hərbi tibbi doktrinanın metodlarının tətbiq olunması lazım gəlir. Tibb müəssisələrində çox miqdar yaralıya eyni müddətdə yardım göstərilməsi müəyyən çətinliklər törətdiyindən, burada zərərçəkmişlər hərbi zədələnmələrdə olduğu kimi çeşidlənməli, yardımın həcmi nəzərə alınmalı, vəziyyəti daha ağır olan xəstə və yaralılara yardım həyati göstəriş kimi, ilk növbədə yerinə yetirilməlidir. Fəlakətlə əlaqədar bəzən tibb müəssisələrinin işinin aramının pozulması, məsələn fəlakət zonasında uçurulmuş binalarda işığın və qazın kəsilməsi, suyun olmaması bir sıra əlavə çətinliklər yaradır. Bütün bu zərurətlər “fəlakətlər təbabətinin” hərbi-səhra cərrahiyyəsi proqramına əlavə olunmasını tələb edir.

Fəlakətlər təbabəti təbii fəlakətlər, eləcə də kütləvi qırğın silahlarının tətbiqi zamanı yaranmış fəlakətlərdə kompleks şəkildə tətbiq olunan tibbi tədbirlər sistemindən ibarətdir. Burada da hərbi-səhra cərrahiyyəsinin metodları və prinsiplərinin geniş tətbiq olunması tələb olunur. Hərbi əməliyyatlarda olduğu kimi fəlakətlər zamanı da yaralılar və zədələnməmişlər tibb müəssisələrinə kütləvi şəkildə daxil olurlar. Zərərçəkmişlərin uçurulmuş binalardan çıxarılması, onlara hadisə yerində reanimasiya və intensiv terapiyanın həyata keçirilməsi tələb olunur.

Ümumdünya Səhiyyə Təşkilatı tərəfindən 4 tipli fəlakətlər ayırd edilmişdir. Bunlara meteoroloji, topoloji, tektonik və antropogen fəlakətlər daxildir:

1) Meteoroloji fəlakətlərə fırtınalar, qasırğalar, tufan və boranlar, şiddətli istilər, hava şəraitinin həddən artıq soyuması, ildırım düşməsi və s. aiddir.

2) Topoloji fəlakətlərə ərazini su basması (tsunami), uçurumların, sürüşmələrin baş verməsi və i.a. daxildir.

3) Tektonik fəlakətlərə zəlzələlər, vulkan püskürmələri və s. daxildir.

4) Antropogen mənşəli fəlakətlərə isə bilavasitə insan fəaliyyəti ilə bağlı olan fəlakətlər: texnoloji qəzalar, binaların, tunellərin, bəndlərin və şaxtaların uçması, qatarların, təyyarələrin, gəmilərin qəzaya uğraması, yanğınlər və i.a. aiddir. Kütləvi qırğın silahlarının (nüvə silahı və i.a.) tətbiqi ilə əlaqədar baş verən fəlakətlər də antropogen fəlakətlərə aiddir. Eyni zamanda son dövrlər terrorizmin yayılması da çoxlu qurbanlar bahasına başa gəlir və bunlar da antropogen fəlakətlərə daxildir.

Qeyd etmək lazımdır ki, bir sıra hallarda fəlakətlər qarışıq şəkildə müşahidə olunur. Tektono-topoloji, meteo-topoloji və i.a. tipli fəlakətlər bura daxildir. 2004-cü ilin axırında, daha doğrusu dekabrın 26-da Hind okeanında Andaman adalarında baş vermiş güclü zəlzələ buna misal ola bilər. Zəlzələ nəticəsində (tektonik hadisə) okean sularının geniş ərazidə quru sahəni basması (topoloji fəlakət) birlikdə müşahidə olunmuşdur. Okeanın suyu qabarmış, saatda 500 kilometr sürətlə sahilə yaxunlaşan nəhəng

dalqanın sahilə çırpılması ilə əlaqədar quruda suyun səviyyəsi 10-12 metr yüksəlmiş, axan selin sürəti saatda 120 kilometrə çatmışdı. Geniş sahəni əhatə edən su daşqını seysmik zonada yerləşən ölkələrə: İndoneziya, Tailand, Hindistan və Şrilankaya güclü ziyan vermiş, 150 mindən çox insan tələfatı baş vermiş, 2 milyondan artıq yaralanma hadisəsi qeydə alınmış, 5 milyondan artıq adam evsiz-eşiksiz qalmışdır. Ölənlərin 1/3 hissəsini uşaqlar təşkil etmişdir. Zəlzələnin dalğası nəinki seysmik zonada təsir göstərmiş, hətta onun təsiri Afrikadanın şərq sahillərinə qədər gedib çatmış, Somali və Keniyada yüzlərlə balıqçının tələfatına və itgin düşməsinə səbəb olmuşdur. Təsir miqyasına görə bu hadisə 1945-ci ildə Yaponiyanın atom bombardmanından, 2001-ci ilin 11 sentyabr hadisəsindən daha dəhşətli olması ilə fərqlənir. *(Tarixə nəzər salsaq görürük ki, bu tipli fəlakətlər yeni olmayıb, sadəcə olaraq unudulmuşdur. Belə ki, 1908-ci ildə Siciliya adasında baş vermiş zəlzələ nəticəsində də Aralıq dənizində güclü qabarma nəticəsində quruda dalğanın sürəti saatda 170 kilometrə çatmışdı. Nəticə etibarilə bu, 60 mindən artıq insan tələfatına səbəb olmuşdu. Sonralar Yaponiya adalarında baş vermiş 12 bal gücündə zəlzələ nəticəsində də buna uyğun hallar baş vermişdir).*



Şək. 32.1 Hind okeanında Andaman adalarında baş vermiş zəlzələ nəticəsində ərazidə güclü dalğanın müşahidə olunması (26.12.2004).



Şək. 32.2 2004-cü ilin 26 dekabr hadisəsindən sonrakı vəziyyət, evlər viran olmuşdur.

Hadisənin dünyanın daha geniş ərazisini əhatə etməsi ona beynəlxalq xarakter vermiş, zəlzələnin 3-4-cü günündən etibarən(!) Birləşmiş Millətlər Təşkilatı, eləcə də dünyanın bir çox inkişaf etmiş dövlətləri: Amerika Birləşmiş Ştatları, Almaniya, Fransa, İngiltərə və i.a. dövlətlər öz yardımını göstərmişlər. O vaxt iqtisadi çətinliklərə baxmayaraq, bu işə Azərbaycan Respublikası da qoşulmuş, fəlakətdən ziyan çəkənlərə 1 milyon dollar həcmində yardım göstərmişdir. Əlbətdə bu, ərazisində müharibə gedən, 1 milyondan artıq qaçqını və məcburi köçkünü olan kiçik bir ölkə üçün böyük rəqəmdir.

Rəsmi məlumatlara görə Hind okeanının Andaman adalarında zəlzələnin baş verəcəyi hələ 4-5 saat əvvəl Amerika Birləşmiş Ştatlarında və Yaponiyada aşkarlanmış, lakin təhlükəsizlik qüvvələri buna laqeyd münasibət göstərmişlər. Yalnız 3-4 gün sonra (!) Birləşmiş Millətlər Təşkilatı və digər Beynəlxalq təşkilatlar mövcud vəziyyətə öz münasibətlərini bildirmişlər. Halbuki, Amerika Birləşmiş Ştatlarının Okinava adalarında olan hərbi bazalarında bunun üçün kifayət qədər qüvvə və imkanlar mövcuddur. Bunun üçün Boinq tipli bir neçə helikopter daşıyan karqo təyyarələri kifayət edə bilərdi!..

Bütün bu faktlar unudulmamalı və 21-ci əsrdə gələcəkdə baş verə biləcək fəlakətlər zamanı nəzərə alınmalı, fəlakətlər zamanı bədbəxt hadisələrin qarşısının alınması tədbirləri bilavasitə hadisə zamanı və ondan keçən yaxın müddətlərdə deyil, əvvəlcədən planlaşdırılmış şəkildə yerinə yetirilməlidir. Bunun üçün mövcud hərbi blokların arsenalında kifayət qədər qüvvələr mövcuddur. Sadəcə olaraq qüvvələr vaxtında hazır vəziyyətə gətirilməli və vahid tapşırıq əsasında lazımı obyektə doğru istiqamətləndirilməlidir.

32.2. FƏLAKƏTLƏR ZAMANI YARALANMALARIN XARAKTERİSTİKASI VƏ STRUKTURU

Fəlakətlər zamanı zərərçəkmişlərin müəyyən hissəsi tibbi yardım almadan həlak olurlar. Lakin imkan olduğu hallarda onların bir çoxunun həyatının xilas olunması mümkündür. Obyektiv səbəblərdən asılı olaraq, fəlakətlər zamanı tibbi yardımın həyata keçirilməsi bəzən olduqca çətin və qeyri-mümkün olur. Bunlar fəlakət baş vermiş ərazinin əlçatmaz yerdə olması, bəzi hallarda tibb müəssisələrinin fəlakət nəticəsində dağılması, təxirəsalınmaz tibbi yardımın lazımlıca təşkil olunmaması və əhəlinin fəlakətlərin nəticələrinin aradan qaldırılması işinə hazır olmaması ilə bağlıdır. Zəlzələlər zamanı fəlakətə məruz qalmış əhəlinin 30-35%-i yalnız fəlakətin ilk saatında tələf olur. Halbuki, onların müəyyən hissəsinin həyatının xilas edilməsi mümkündür. Ölənlərin sayı 6 saatdan sonra 50%-ə, 12 saatdan sonra 65%-ə, bir sutkadan sonra isə 90%-ə çatır.

Bütün bunları nəzərə alaraq, keçən əsrin 70-ci illərindən başlayaraq, təbabətdə yeni bir istiqamət, - “fəlakətlər təbabəti” meydana çıxdı. 1983-cü ildə Təxirəsalınmaz Ümumdünya Fəlakətlər Təbabəti Assosiasiyası (TÜFTA) yaradıldı. Göründüyü kimi, hərbi-səhra cərrahiyyəsi ilə fəlakətlər təbabəti arasında oxşarlıq təkcə zədələnmələrin kütləvi xarakterindən əlavə, yardımın həyata keçirilməsi taktikasında da özünü göstərir. Bəzi mənbələrdə fəlakətlər təbabəti sülh dövrünün səhra cərrahiyyəsi kimi də adlandırılır. Fəlakətlər zamanı dinc əhalidə, xüsusilə qadınlar uşaqlar və qocalar arasında ölüm faizi daha yüksək olur.

Təcrübə göstərir ki, fəlakətlər zamanı tibbi xidmət həmişə lazımi səviyyədə aparılmır. Yardım prosesində bəzən bir sıra ciddi nöqsanlara yol verilir. Zərərçəkmişlərə yardım işində yaralıların çeşidlənməsinə lazımlıca diqqət yetirilmir, bəzən həyatla uyuşmayan zədələnmələrə daha çox diqqət yetirildiyindən, yardıma ehtiyacı olan şəxslərə bu tədbirlər vaxtında yerinə yetirilmir.

Bu baxımdan həkimlərin və ümumiyyətlə bütün tibb işçilərinin, eləcə də xilasetmə komanda orqanlarının fəlakətlər zamanı yardımın həyata keçirilməsi üçün nəzəri və təcrübi biliklərinin olması vacibdir. Həmçinin ilk tibbi yardımın həyata keçirilməsi üçün biliklərin lazımi səviyyədə olması, əhəli arasında sanitar maarifi işinin genişləndirilməsi daha vacibdir. Təsədüfi deyildir ki, bir sıra inkişaf etmiş ölkələrin ali tibb tədris müəssisələrində “fəlakətlər təbabəti” tədris proqramına salınmışdır. İşə nəinki tibb işçiləri, eləcə də xilasetmə komandasının bütün orqanları, məktəblilər, polis işçiləri, təqaüdüçülər və i.a. cəlb edilmişlər. Lakin bütün əhəlinin bu işə cəlb edilməsində həkimlərin öhdəsinə də müəyyən vəzifələr düşür.

Təcrübə göstərir ki, fəlakətlər zamanı mülki müdafiə təşkilatları vəzifələrin öhdəsindən kifayət qədər gələ bilmir, bu işdə bir sıra ləngimələrə yol verilir və nəticə etibarilə bütün bunlar yardımın keyfiyyətinə mənfi təsir göstərir. Bu baxımdan fəvqəladə komissiyanın yaradılması və problemin nazirlər kabineti səviyyəsində həll olunması daha vacibdir.

Artıq Azərbaycanda da digər inkişaf etmiş dövlətlər kimi, Respublika prezidentinin sərəncamı ilə fəvqəladə hallar nazirliyi (FHN), onun tabeliyində fəvqəladə hallar komissiyası (FHK) yaradılmış və öz fəaliyyətini davam etdirir. Burada eyni zamanda mülki müdafiə işinin yenidən təşkil olunması məsələsi də nəzərdə tutulur. Fəvqəladə hallar zamanı ərazidə təxirəsalınmaz tibbi mərkəzlərin yaradılması da vacib şərtlərdəndir. Bu işin həyata kesirilməsi üçün ixtisaslaşdırılmış briqadaların yaradılması və tələbat olduqda tibb müəssisələrinin profilləşdirilməsi nəzərdə tutulur. Axırıncıların çoxprofilli xəstəxanalarda yerləşdirilməsi daha məqsədəuyğundur (klinik xəstəxanalar və hərbi hospitallar da bura daxildir). Bunların hesabına mütəhərrik səyyar hospitallarının açılması və əlahiddə rejimlə fəaliyyət göstərmələri nəzərdə tutulur. Həmçinin müxtəlif müalicə-profilaktika müəssisələrinin hesabına tibb briqadaların və təxirəsalınmaz tibbi yardım dəstələrinin yaradılması ilə bərabər, bura mülki müdafiə dəstələrinin də daxil edilməsi nəzərdə tutulmuşdur. Son onilliklərdə Birləşmiş Millətlər Təşkilatı tərəfindən fəlakətlər zamanı məsələnin Beynəlxalq səviyyədə həlli istiqamətində sərəncamları problemin qlobal səviyyədə həll edilməsinə əyani sübutdur.

32.3. FƏLAKƏTLƏR ZAMANI XƏSTƏ VƏ YARALILARA YARDIMIN TƏŞKİLİ VƏ HƏYATA KEÇİRİLMƏSİ PRİNSİPLƏRİ

Tibbi yardımın təşkili və yerinə yetirilməsi fəlakətlər təbabətinin əsasını təşkil edir. Bura tibbi xidmətin təşkili və təbabətin xüsusi sahələri aiddir. Təşkilati işin məzmunu aşağıdakılardan ibarətdir:

1. Fəlakətlərlə əlaqədar fəvqəladə vəziyyətlərdə tədbirlər ümumdövlət səviyyəsində həll olunmalıdır. Bu işə səhiyyə nazirliyindən başqa digər nazirliklərin də aidi təşkilatları, eləcə də müdafiə nazirliyinin tibb xidməti də cəlb olunmalıdır.

2. Əhali fəlakətlər zamanı ehtimal olunan zədələnmələr haqda kifayət qədər məlumatlandırılmalı və yardımın həyata keçirilməsi istiqamətində təlimatlandırılmalıdır.

3. Təcili tibbi yardımın yerinə yetirilməsi sistem halında işlənilməli və əməli işdə tətbiq edilməlidir. Hər bir fəlakət gözlənilməz şəkildə deyil, buna daim hazır vəziyyətlə qarşılanmalıdır.

4. Fəlakətlər zamanı əhaliyə daha səmərəli tibbi müayinə və müalicə tədbirləri tətbiq edilməlidir. Daha yığcam, lakin ətraflı məlumatlar verə bilən müalicə və diaqnostika vasitələrindən istifadə edilməsi məqsədəuyğundur.

5. Həyata keçirilən bütün tədbirlər ciddi dövlət nəzarəti altında idarə olunmalıdır.

Hazırda dünyanın bir çox inkişaf etmiş ölkələrində fəlakətlər təbabətinin vahid doktrinası (FTVD) üzərində işlənilir. Bunun əsasını zərərçəkmişlərə ilk tibbi yardımın maksimal həyata keçirilməsi, xəstə və yaralıların yaxın tibb məntəqələrinə və xəstəxanalara çatdırılması, zədələnmənin yaxın müddətləri ərzində ixtisaslı yardımın yerinə yetirilməsindən (bunun optimal müddəti 6 saat hesab olunur) və ixtisaslaşdırılmış yardımın vaxtında təşkilindən ibarətdir.

Fəlakətlər zamanı zədələnmələrdə cərrahi yardım hərbi zədələnmələrdə olduğundan bir o qədər də fərqlənir. Burada da yaralar birincili cərrahi işlənilməli, yaralar tikilməməli, lazım gələrsə yalnız təxirəsalınmış tikişlərdən istifadə edilməlidir. Yaralıları cərrahi müdaxilə yalnız onlar şokdan çıxarıldıqdan sonra yerinə yetirilməlidir. Şok vəziyyətində operativ müdaxilələr yalnız davam edən qanaxmalarda, asfiksiyalar zamanı və kəllədaxili təzyiqin artdığı hallarda yerinə yetirilməlidir. Burada Hərbi Tibbi Doktrinanın göstərişlərinə uyğun olaraq müalicə taktikası, operativ müdaxilə və ağrısızlaşdırma metodları dəqiqləşdirilməli, ilk növbədə həyati göstəriş əsasında tədbirlər yerinə yetirilməli, yardımın həcmi müəyyənləşdirilməlidir. Eləcə də zədələnmələrin infeksiya fəsadlaşmalarına qarşı kompleks tədbirlər həyata keçirilməlidir.

Fəlakətlərin nəticələrinin aradan qaldırılması işində ümumdünya təcrübəsi göstərir ki, zərərçəkmişlərə yardım prosesi şərti olaraq 3 dövrə bölünməlidir:

I dövr izolyasiya dövrü adlanır. Yəni bu müddət ərzində zərərçəkmişlər kənardan heç bir yardım almırlar. Əsas yardım özünə və yaldaşına kömək prinsipi əsasında həyata keçirilir. Bu müddət fəlakətin baş verdiyi ərazidən, yaşayış məntəqəsindən olan məsafədən, günün müddətindən, relyef və meteoroloji şəraitdən, dağıntının dərəcəsiindən asılı olaraq 30 dəqiqədən 6 saata qədər çəkə bilər. Yardımın həyata keçirilməsi müddəti həmçinin tibb müəssisələrinin gücündən və məntəqələrdə dağıntının olub-olmamasından da çox asılıdır.

II dövr həkim-feldşer briqadalarının fəaliyyətə başladığı dövrdən başlanır. Bilavasitə dağıntı sahələrinin yaxınlığında tibbi yardım məntəqələrinin (TYM) yaradılması daha əlverişlidir. Burada həyati göstəriş əsasında ilk həkim yardımı yerinə yetirilməklə bərabər yaralılar çeşidlənməli və təyinat üzrə müəyyən tibbi müəssisələrə çatdırılmalıdırlar.

III dövr ixtisaslı və ixtisaslaşdırılmış tibbi yardımın həyata keçirilməsi dövrüdür. Şəraitdən və vəziyyətdən asılı olaraq, burada ixtisaslı yardım ixtisaslaşdırılmış yardımla eyni müddətdə də aparıla bilər. Bu, hər halda işin necə təşkil olunmasından daha çox asılıdır.

Fəlakətlər zamanı baş vermiş zədələnmələr yüngül, orta ağırlıqlı, ağır və ölümcül ola bilər. Adı zədələnmələrdən fərqli olaraq, fəlakətlər zamanı zədələnmələr çoxsaylı, müştərək və bir sıra hallarda kombine şəkili olması ilə fərqlənir. Fəlakətlər zamanı çoxsaylı zədələnmələr bir anatomik sahədə bir neçə zədələnmənin olması kimi başa düşülür. Məsələn, qarının zədələnməsi zamanı bir neçə orqanın (dalaq, bağırsağ, qara ciyər və i.a.) zədələnməsi nəzərdə tutulur. Müştərək zədələnmələrə isə bir neçə anatomik sahədə, məsələn, kəllə-beyin zədələnməsinin döş qəfəsi, yaxud qarın boşluğu orqanları ilə birlikdə zədələnməsi nəzərdə tutulur. Beləliklə, zədələnmə istər çoxsaylı, yaxud müştərək olmasından asılı olmayaraq politravma şəklində keçməsi ilə xarakterizə olunur. Məsələn bir çox fəlakətlərdə, xüsusilə zəlzələlər zamanı politravmatik zədələnmələr 80%-ə çatır.

Statistik məlumatlar göstərir ki, politravmalar zamanı travmatik şok 10-15 dəfə çox rast gəlinir. Bu zaman ölüm halı da adi halda olduğundan 9-10 dəfə artıq olur. Bilavasitə yaxın qohumları və tanıdıqları

şəxslərin adamların gözü qarşısında tələf olması yaralıların vəziyyətini daha da ağırlaşdırır, fiziki və psixi travma ilə əlaqədar onların əldən düşməsinə səbəb olur. Reaktiv vəziyyət, psixomotor oyancılıq adətən bir neçə saatdan 2-3 sutkaya qədər davam edir və bütün bunlar zərərçəkmişlərə tibbi yardımın həyata keçirilməsində bir sıra çətinliklərə gətirib çıxardığından yardım prosesində nəzərə alınmalıdır.

Fəlakətlər zamanı təcrid olunmuş ətraf zədələnmələri bütün zədələnmələrin təqribən yarısını təşkil edir. Ətraf zədələnmələrinin daxili orqanların ciddi zədələnmələri ilə birlikdə müşahidə olunduğu hallarda əksər yaralılar hətta yardım göstərildikdə belə, daxili qanaxmadan və şokdan tələf olurlar. Bəzi müəlliflərin məlumatlarına əsasən daxili orqanların zədələnməsinin ətraf zədələnmələri ilə müştərəkliyi orta hesabla 60% təşkil edir. Eləcə də daxili orqanların müştərək zədələnmələrinin 20% və ətrafların çoxsaylı zədələnmələrinin 20% təşkil etməsi qeyd edilir. Zərərçəkmişlərin vəziyyətlərinin ağırlaşmasında travmatik şokla birlikdə travmatik toksikoz da başlıca rol oynayır (Ö.Q.Şapoşnikov).

Fəlakətlər zamanı ərazini su basması, yaxud yanğınların baş verməsi ehtimalı istisna olunmur. Bəzi məlumatlara görə 1923-cü ildə Yaponiyada baş vermiş zəlzələ zamanı yanğın nəticəsində 38 min nəfər tələf olmuşdur. Zəlzələlərin xüsusilə ilin soyuq fəslində baş verməsi zamanı yanğınlar isti sobalardan, yaxud elektrik qapanmalarından baş verir. Burada qaz partlayışları da istisna olunmur. Fəlakətlərə məruz qalmış kimya müəssisələrində isə yanıqlar termokimyəvi xarakterə malik ola bilər. Bir sıra hallarda bunlar ümumi zəhərlənmələrlə də nəticələnə bilər.

İlin soyuq fəslində mexaniki zədələnmələrin donmalarla birlikdə rast gəlməsi də istisna olunmur. Bu, tibbi yardımın gecikdiyi hallarda daha çox müşahidə olunur. Xüsusilə gəmilərin qəzaya uğradığı hallarda orqanizmin soyuq suda islanması aşağı temperaturdan zədələnmələrin daha çox müşahidə olunmasına səbəb olur.

32.4. FƏLAKƏTLƏR ZAMANI MƏRHƏLƏLİ YARDIMIN YERİNƏ YETİRİLMƏSİ QAYDALARI

İlk-və həkiməqədərki tibbi yardım. Fəlakətlər zamanı hadisələr qəflətən ilin və sutkanın müxtəlif vaxtlarında baş verdiyi üçün qəza zonasında zərərçəkmişlərə yardımın vaxtında yerinə yetirilməsi bir sıra çətinliklərlə qarşılanır. İlk növbədə hadisə yerinə yanğıqsöndürmə komandaları, yaxınlıqda yerləşmiş mülki müdafiə müəssisələri və hərbi bölmələrin xilasetmə dəstələri daxil olurlar.

Xilasetmə dəstələrinin başlıca vəzifəsi zərərçəkmişlərin uçurulmuş binalardan çıxarılması, yanğınların söndürülməsi, dəhlizlərdə gediş-gəlişin bərpa edilməsi, elektrik, qaz və su təchizatının nizamına salınması, zərərçəkmişlərin tibbi müəssisələrə daşınmasından ibarətdir. Yardımın vaxtında həyata keçirilməsinin böyük əhəmiyyəti vardır. Təcrübə göstərir ki, hadisə yerində ölüm halları əsasən zədələnmələrin ilk saatlarında baş verir. Halbuki vaxtında yardımın göstərilməsi onların həyatını xilas edə bilərdi. Bu işdə yaxınlıqda yerləşmiş tibb müəssisələrinin öhdəsinə böyük vəzifələr düşür.

Praktik olaraq ilk tibbi yardım, özünə və yoldaşına (qonşusuna) yardım prinsipi əsasında özünü daha çox doğruldu. Qanaxmaların saxlanılmasında əlaltı vasitələrdən istifadə edilməli, mələfələrdən, əl-üz dəsmallarından, yaxud mələfələrdən təmiz parçalar ayırmaqla onlardan bint, yaxud turnalar, taxta, yaxud faner parçalarından şinlər düzəldilməli, sınımış ətrafların hərəkətsizləşdirilməsi təmin edilməlidir. Şin vasitələri olmadıqda aşağı ətraf digər sağlam ətrafa, yuxarı ətraf isə gövdəyə sarınmalıdır. Asfiksiyanın qarşısının alınması üçün ağız boşluğu yad cisimlərdən təmizlənməli, ağızdan-ağıza, yaxud ağızdan-buruna süni tənəffüs verilməli, zərərçəkmişlər uçurulmuş binalardan çıxarılmalıdır. İlk tibbi yardım eyni zamanda hadisə yerinə vaxtında çatmış sanitariya drujinaları, şəfqət bacıları, həkim-şəfqət bacısı briqadalarının iştirakı ilə də davam etdirilməlidir. Burada mülki müdafiə təşkilatları komanda gözləmədən işə qoşulmalı, hadisə yerində yardım göstərməklə öz vəzifələrini yerinə yetirməlidirlər.

Sanitar drujinaları təşkil olunur. Bunun tərkibi drujinanın komandiri, rabitəçi, sürücü və 5 manqadan ibarətdir. Hər bir manqa da 4 nəfər drujinnikdən ibarət olur. Drujinniklərdən biri komandir vəzifəsini yerinə yetirir. Manqalar tibb çantası, şin komplekti (dəsti) ilə və sanitariya xərəkləri ilə, hər bir drujina isə avtobus, yaxud yük maşınları ilə təmin olunurlar. Sanitar drujinaları bədbəxt hadisələr zamanı yardım göstərilməsi üçün xüsusi təlim keçmiş şəxslərdən təşkil olunur.

Fövqəladə vəziyyətlərdə təcili tibbi yardımın yerinə yetirilməsi məqsədilə poliklinikalarda, tibb məntəqələrində, tibbi hissələrdə, xəstəxanaların bazalarında xüsusi tibb briqadalarının təşkili nəzərdə tutulur. Briqadaya 2 tibb bacısı sanitar və sürücü-sanitar daxildir. Briqadaların vəzifəsi hadisə yerində həkiməqədərki tibbi yardımın yerinə yetirilməsindən ibarətdir. Hadisə yerində ilk və həkiməqədərki tibbi yardıma aşağıdakılar daxildir:

- standart vasitələrdən istifadə edilməklə yuxarı tənəffüs yollarının keçiriciliyinin təmin edilməsi məqsədilə ağız boşluğunun yad cisimlərdən, qan laxtalarından və toplanmış selikdən təmizlənməsi,
- hava borusunun yeridilməsilə dilin qatlanmasının qarşısının alınması, alt çənənin qabağa çəkilməsi, başın yana çevrilməsi, dilin sancaqla yaxalığa fiksə olunması,
- ağızdan-ağıza, ağızdan buruna tənəffüs, yaxud tənəffüsün dayandığı hallarda "S"-vari rezin borunun köməyi ilə ağciyərlərin ventilyasiyasının təmin edilməsi,
- qanaxmaların müvəqqəti saxlanması məqsədilə qankəsici turnaların, yaxud basıcı sarğıların qoyulması,
- ağır zədələnmələr zamanı narkotik dərman maddələrinin əzələ daxilinə yeridilməsi və i.a.

Yaralanmalar zamanı yara aseptik sarınmalı, sınıqlar zamanı ətraflar standart şinlərlə fiksə olunmalıdır. Ətrafin uzunmüddətli sıxılmalarında distal oynaqalarda passiv hərəkətin saxlanması hallarında ətrav soyuq suda isladılmış bintlə kip sarınmalı, oynaqların passiv hərəkətlərinin mümkün olmadığı hallarda isə (geriyə dönməz dekompensator işemik kontrakturalar zamanı) sıxılma nahiyəsindən yuxarı səviyyədə ətrafa turna qoyulmalıdır. Yaralıların hadisə yerindən çıxarılması və daşınması lazımı qaydada aparılmalıdır.

Hadisənin şəhər yerində baş verməsi hallarında təcili tibbi yardım stansiyalarının üzərinə daha böyük vəzifələr düşür. Əvvəlcə hadisə yerinə təcili tibbi yardım briqadaları daxil olur. Daha sonra hadisə yerinə yaxın ərazidə çadır tibb məntəqələri açılır. Yaralılar və zərərçəkmişlər buradan sanitar, şəxsi və ictimai nəqliyyat vasitələri ilə daşınırlar.

Fəlakətlər zamanı daha geniş ərazinin dağılması hallarında köməyə yaxınlıqda olan yaşayış məntəqələrinin əhalisi də cəlb olunmalı, onlar ilk tibbi yardımın yerinə yetirilməsində, yaralıların hadisə yerindən təhlükəsiz sahəyə çıxarılması və daşınmasında fəal iştirak etməlidirlər. Bu işə həmçinin xilasetmə briqadaları və yaxınlıqda yerləşmiş hərbi hissələr də cəlb olunurlar. Fəlakət zonasına təcili olaraq yaxınlıqdakı tibb müəssisəsindən həkim-tibb bacısı briqadaları göndərməli, burada yaralıların helikopterlərə, yaxud təyyarələrə daşınmasında həmçinin hava-desant qüvvələrinin həkim-feldşer briqadaları da iştirak etməlidir.

İlk həkim yardımı. Bu yardım yaralılara onların hadisə yerindən çıxarılmasından sonra həyata keçirilir. Son 25-30 il ərzində dünyada baş vermiş bir çox fəlakətlər zamanı tibb xidmətinin təşkilində əldə edilmiş təcrübələr göstərir ki, ilk həkim yardımının nəticələri bilavasitə həkiməqədərki yardımın necə yerinə yetirilməsindən çox asılıdır. İlk- və həkiməqədərki yardımı almayanlar, yaxud onun keyfiyyətsiz yerinə yetirildiyi hallarda zərərçəkənlər arasında ağırlaşma halları daha çox müşahidə olunur. Yaralılara təkə ağrıkəsicilərin yeridilməsi həmişə kifayət etmir. Əgər ətraflar hərəkətsizləşdirilməyibsə, yaxud yaralıya qankəsici turnalar qoyulmamışdırsa, bu qrup yaralılar arasında terminal vəziyyət və ölüm halları daha çox müşahidə olunur. Hadisənin hansı şəraitdə baş verməsindən asılı olmayaraq, yaralılara yardım onların çeşidlənməsindən başlanılmalıdır. Burada hansı yaralının ilk növbədə təxliyə olunmasının xüsusi əhəmiyyəti vardır. Çeşidlənmə həkim tərəfindən, çıxılmaz vəziyyətlərdə isə feldşer tərəfindən aparılmalıdır.

İlk həkim yardımını mülki müdafiənin tibbi yardım dəstəsində (TYD), yaxud hərbi hissənin briqada tibb məntəqəsində (BTM) yerinə yetirilir. İlk tibbi yardım məntəqələri bilavasitə hadisə yerində, yaxud ona yaxın məsafələrdə açılmalıdır. Bu uçulmamış binalarda, yaxud çadırlarda, həmçinin qismən tamlığını saxlamış tibb müəssisələrində də açıla bilər. Burada iş qabiliyyətini itirməmiş tibb kadrların köməyindən də istifadə oluna bilər.

Tibbi yardım dəstələri (TYD) şəhər və kənd yerlərində mülki müdafiə strukturuna uyğun şəkildə yerli səhiyyə orqanları tərəfindən təşkil olunur. Tibbi yardım dəstəsinin (məntəqəsinin) əsas vəzifəsi zərərçəkmişlərə ilk həkim yardımının həyata keçirilməsindən ibarətdir. Bundan əlavə, tibbi yardım dəstəsinin vəzifəsinə ərazidə fəaliyyət göstərən sanitar drujinalarının təchizatı da daxildir. TYD

funksiyası briqada tibb məntəqəsinin funksiyasına müvafiqdir. Lakin şəraitdən asılı olaraq, onun fəaliyyət dairəsi daha geniş xarakter daşıya bilər.

Dünyada baş vermiş son təbii fəlakətlər, xüsusilə zəlzələlərin təcrübəsi göstərir ki, fəlakətlərlə əlaqədar tibb xidmətində əldə edilən müvəffəqiyyətlər hadisə yerinə təcili yardım briqadalarının vaxtında çatması və ərazidə həkim-tibb bacısı briqadalarının təşkil olunmasından çox asılıdır. Həmin briqadaların hansı təşkilata mənsub olmasından asılı olmayaraq, onlar yardım üçün tələb olunan avadanlıq və vəsaitlə lazımınca təmin olunmalıdırlar. Bu işə yaxınlıqda olan hərbi hissələr də cəlb olunmalı, çətin keçilən yerlərə hava-desant qüvvələri və hava nəqliyyat vasitələri də cəlb olunmalıdır. Ərazilərdə yardımın həyata keçirilməsi üçün çadırlar açılmalıdır. Mülki müdafiəyə daxil olan tibbi yardım dəstəsi məntəqələrinin yaxınlıqda olan tam dağıntıya məruz qalmamış tibb müəssisələrində (poliklinikalarda, ambulatoriyalarda, tibb-sanitar hissələrində, xəstəxanalarda və i.a.) açılması daha məqsədəuyğundur. Ehtiyac olduqda bunların qonşu tibb məntəqəsindən daxil olmuş həkim-tibb bacısı briqadaları hesabına gücləndirilməsi də nəzərdə tutulur. Tibbi yardım dəstəsi məntəqəsindən yaralı və xəstələrin təxliyəsi yardımın göstərilməsindən sonra həyata keçirilməlidir. Burada şərti olaraq 4 çeşidlənmə qrupu ayırd edilir.

I qrup çeşidləməyə təxirəsalınmaz tibbi yardıma ehtiyacı olan, həyati funksiyası ciddi pozulmuş ağır yaralılar daxildir. Bunlar bütün zərərçəkmişlərin orta hesabla 20%-ni təşkil edir. Bura müxtəlif mənşəli asfiksiyalar, davamedən xarici qanaxması, açıq və gərgin pnevmotoraksı, daxili orqanların yaralanması və ağır travmatik şok və travmatik toksikozu olan yaralılar daxildir. Bu qrup yaralılar sargı otağına ilk növbədə verilməlidirlər. Təcili cərrahi müdaxiləyə ehtiyacı olan yaralıların tibbi yardım dəstəsi məntəqəsində (TYDM) ləngidilməsinə yol verilməməlidir. Onlara yardım göstərildikdən sonra dərhal ixtisaslı, yaxud ixtisaslaşdırılmış tibbi yardım müəssisəsinə təxliyə olunmalıdırlar.

II çeşidləmə qrupuna orta ağırlıqlı yaralılar daxildirlər. Bunların həyatı təhlükə qarşısında olmasa da, bu qrup yaralılarda ciddi fəsadlaşmaların baş verməsi mümkündür. Bunlar sargı otağına 2-ci növbə verilməlidirlər. TYDM-nin işinin gərgin olduğu hallarda belə yaralılara yardım çeşidləmə müddətində də aparıla bilər, yaxud onlar yardım göstərilmədən növbəti yardım məntəqəsinə köçürülə bilər. Bu qrup yaralılar bütün yaralıların orta hesabla 20%-nə bərabər olur.

III çeşidləmə qrupuna yüngül yaralılar daxildirlər. Bunlar bütün yaralıların 40%-ni təşkil edirlər. Bu yaralılar özlərinə qulluq edə bilərlər, lazımı tibb müəssisəsinə özləri sərbəst müraciət edə bilərlər. Odur ki, bunlara yarım çeşidləmə müddətində minimal həcmdə yerinə yetirilməli və onlar lazımı tibb müəssisəsinə göndərilməlidirlər.

IV qrupa həyat ilə uyuşmayan zədələnməsi olan yaralılar daxildirlər. Bunlar bütün zərərçəkmişlərin 20%-ni təşkil edir. Bu qrup yaralılar ayrıca çadıra, yaxud izolyatora keçirilməli və onlara simptomatik müalicə tətbiq olunmalıdır.

Konkret vəziyyətdən asılı olaraq, ilk həkim yardımının həcmi dəyişə bilər. Bu, məntəqəyə daxil olan yaralıların sayından, məntəqənin tibbi təchizat səviyyəsindən, onun kadrlarla təchizləşdirilməsindən və i.a. asılıdır. Yardımın ixtisarla yerinə yetirilməsi II və III qrup yaralıların hesabına aparılmalıdır.

Beləliklə, fəvqəladə vəziyyətlərdə mülki müdafiənin tərkibində olan Tibb Yardım Dəstəsi Məntəqəsi (TYDM) həkim-tibb bacısı briqadaları şəklində fəaliyyət göstərir və bu, təcili tibbi yardım briqadaları adlandırılır (TTYB). Həmin briqadalar şəhər və mərkəzi rayon xəstəxanaları nəzdində yaradılır və bilavasitə hadisə yerində fəaliyyət göstərir. Onların tərkibində 1 həkim 3 tibb bacısı, sanitar və sürücü-sanitar fəaliyyət göstərir. Briqadanın 6 saat ərzində fəaliyyəti zamanı 50 yaralıya ilk həkim yardımını göstərməlidir.

Böyük çoxsahəli xəstəxanaların tərkibində isə daha güclü olan təcili tibbi yardım dəstələrinin (TTYD) yaradılması nəzərdə tutulur. Bunun tərkibində 2-5 həkim-tibb bacısı briqadası və 3-5 tibb bacıları briqadasının fəaliyyət göstərəcəyi nəzərdə tutulur. Tibb bacısı briqadaları həkiməqədərki tibbi yardım üçün nəzərdə tutulur. TTYD hadisə yerində ilk həkim yardımını və həkiməqədərki yardımın ixtisarla yerinə yetirilməsi üçün nəzərdə tutulmuşdur. TTYB (təcili tibbi yardım briqadası) həkimləri üçün təkmilləşdirmə institutunda, yaxud tibb universitetinin kafedralarında 90 saatlıq hazırlıq kursları nəzərdə tutulmuşdur.

Beləliklə, fəlakətlər zamanı fəvqəladə vəziyyətlərdə hadisə yerinə təcili tibbi yardım briqadaları, həkim-tibb bacısı briqadaları, təcili tibbi yardım dəstələri, eləcə də yaxınlıqda olan hərbi hissələrdən xüsusi briqadaların göndərilməsilə fəlakət zonasında xəstə və yaralılara ilk həkim yardımı və həkiməqədərki tibb yardımı təşkil olunur. Yaralı və xəstələr çeşidlənməklə onlara ixtisarla yardım göstərilməli, yardım almış şəxslər zədələnmənin formasından və ağırlıq dərəcəsindən asılı olaraq aidiyyəti üzrə müvafiq tibb müəssisəsinə təxliyə olunmalıdırlar.

İxtisaslı və ixtisaslaşdırılmış cərrahi yardım. İxtisaslı və ixtisaslaşdırılmış tibbi yardımın xüsusi gücləndirmə briqadalarının iştirakilə çoxprofilli xəstəxanalarda və qarnizon hospitallarında aparılması nəzərdə tutulur. Hadisənin tibb müəssisələrindən nisbətən uzaq məsafədə baş verdiyi hallarda isə hadisə yerində xüsusi briqadaların köməyilə səyyar hospitallar təşkil olunmalıdır. Həmin hospitallar hadisə yerinin yaxınlığında açılmaqla fəaliyyət göstərirlər. Hospitalın işi və rejimi vəziyyətdən asılı olaraq tənzimlənir.

İxtisaslı və ixtisaslaşdırılmış tibbi yardım mütəhərrik ixtisaslaşdırılmış tibbi yardım briqadalarının (MİTYB) köməyi ilə yerinə yetirilir. Bu briqadalar çoxprofilli xəstəxanalarda, tibb universitetinin kafedralarında, yaxud elmi-tədqiqat institutlarının tərkibində fəaliyyət göstərir. Həmin müəssisələrdə mütəxəssislər bütün sutka ərzində xəstəxanada, yaxud evdə növbətçilik edirlər. Onların işdən artıq saatlarının maliyyə ödənişi nəzərdə tutulmuşdur. Hər bir briqada (MİTYB) ərazi üzrə təcili tibbi yardım mərkəzinə (TTYM) tabedir. MİTYB fəlakət zamanı zədələnmələrin xarakterindən və əhatəsindən (miqyasından) asılı olaraq bu və ya digər tibb müəssisələrində mərkəzləşirlər.

Təcili ixtisaslaşdırılmış tibbi yardım briqadalarının hesabına aparıcı tibb müəssisələrində tələbata uyğun şəkildə yeni profilli şöbələr yaradılır. Bura ümumi cərrahiyyə, travmatoloji, yanıq, neyrocərrahi, transfuzioloji, radioloji-terapevtik, infeksiyon, psixoterapevtik, mama-ginekoloji şöbələri daxildir.

Ümumi cərrahiyyə briqadası tərkibinə 2 cərrah, 1 həkim-anestezioloq, 2 anesteziq, yaxud əməliyyat tibb bacısı və 1 sürücü-sanitar daxildir. 12 saat ərzində bu briqada 8-10 ağır və orta ağırlıqlı boşluq cərrahi əməliyyatları yerinə yetirməlidir.

Travmatoloji briqadanın ştatına 2 həkim-travmatoloq, 2 həkim-anestezioloq-reanimatoloq, 2 əməliyyat tibb bacısı, 2 anesteziq, 2 tibb bacısı və 1 sürücü-sanitar daxildir.

Yanıq briqadasında da eyni tərkib fəaliyyət göstərir. Fərqli cəhəti budur ki, burada 2 nəfər travmatoloq əvəzinə 2 nəfər həkim-kombustiooloq fəaliyyət göstərir. Neyrocərrahi briqadanın tərkibində 2 neyrocərrah, həkim-anestezioloq-reanimatoloq, 2 əməliyyat tibb bacısı, anesteziq və sürücü-sanitar fəaliyyət göstərir. 12 saat ərzində bu briqada 6 ağır və orta ağırlıqlı neyrocərrahi operativ müdaxiləni yerinə yetirməlidir. Hər bir briqada ona lazım olan alət və vasitələrlə və avtomaşınla təmin olunmalı və bunlar işə hazır vəziyyətdə saxlanılmalıdır.

Transfuzioloji briqada qanköçürmə institutunda, yaxud qanköçürmə stansiyalarında təşkil olunur. Bunun tərkibinə həkim-reanimatoloq, cərrah-transfuzioloq, həkim-terapevt (qan hazırlanması üçün), həkim-nefroloq, həkim-laborant, 3 tibb bacısı, (qan hazırlanması, hemodializ, plazmaferez üçün), anesteziq, reqistrator, feldşer laborant, sanitar, 2 sürücü-sanitar daxildir. Bu briqada 2 avtomobillə təmin edilir. Briqada 50 nəfər ağır və orta ağırlıqlı yaralıya transfuzioloji yardım göstərilməsi üçün nəzərdə tutulmuşdur. Bundan əlavə briqada qan hazırlanması ilə də məşğul olur.

Yaralı və xəstələr çoxprofilli xəstəxananın bazasında, yaxud qarnizon hospitallarında ixtisaslı və ixtisaslaşdırılmış yardım alırlar. Uzunmüddətli ixtisaslaşdırılmış yardıma ehtiyacı olan şəxslərin optimal müddətlərdə xüsusi təyinatlı klinika və xəstəxanalara köçürülməsi daha məqsədəuyğundur. Bu, həmçinin xəstəxananın həddən artıq yüklənməsinin qarşısının alınmasına imkan verir.

Xəstəxanaya (hospitala) çox miqdar yaralıların daxil olduğu hallarda xəstəxananın qəbul-çəşidləmə şöbəsinin genişləndirilməsi, cərrahi əməliyyat və diaqnostika şöbələrinin, eləcə də reanimasiya və intensiv terapiya palatalarının açılması tələb olunur. İntensiv terapiya palataları orta hesabla xəstəxananın (hospitalın) çarpayı fondunun 10%-dən az olmamalıdır. Əməliyyat-sargı otaqlarında əməliyyat masalarının sayı daxil olan yaralıların sayına uyğun olaraq müəyyən edilməlidir. Açılmış hər 20

çarpayıya uyğun 1 cərrahi əməliyyat masası (stolu) planlaşdırılır. Həmçinin burada (hospital, yaxud xəstəxanada) hemodializ, hemosorbsiya və plazmaferez şöbəsinin açılması da nəzərdə tutulur.

Hərbi-səhra şəraitində xəstəxana, yaxud hospitallarda cərrahi briqadaların işi də növbəli qrafik şəklində təşkil olunmalıdır. Təcrübə göstərir ki, bəzən bu prinsipə əməl edilmədiyi hallarda bütün briqadaların sutkanın eyni müddətində fəaliyyət göstərməsi, ciddi diaqnostik, taktiki və texniki səhvlərin buraxılmasına və işin səmərəsinin (keyfiyyətinin) azalmasına gətirib çıxarır. Hər bir briqadanın işləmə müddəti 12 saat (maksimum 16 saat) olmalıdır. Burada iş konveyer şəklində təşkil olunmalıdır. Hər bir cərrahi briqada üçün 3 əməliyyat masasının ayrılması daha məqsədəuyğundur. Əməliyyat masasının birində cərrahi əməliyyat yerinə yetirildiyi halda, digərində əməliyyatdan çıxmış yaralıya sarğı qoyulur və onun narkozdan çıxmasına nəzarət olunur. 3-cü əməliyyat masasında isə növbəti yaralı cərrahi əməliyyata hazırlanır və narkozun verilməsi təşkil olunur. Belə planlaşdırma, şübhəsiz ki, işin intensivliyini artırır.

Dünya praktikası göstərir ki, işin səmərəli təşkili üçün çoxprofilli xəstəxanalarda 15-20 cərrahi və 7-10 anestezioloji briqadaların yaradılması daha məqsədəuyğundur. Bu, işin növbəliliyinin və bütün sutka ərzində fasiləsiz təşkilinin yerinə yetirilməsi üçün optimal şəraitin yaranmasına imkan verir. Briqadalar hospitala göndərilmiş güclənmə qruplarının hesabına yaradılmalıdır.

Zərərçəkmişlərin hospitala massiv şəkildə daxil olduğu hallarda yaralıların çeşidlənməsi daha vacibdir. Bu zaman aşağıdakı çeşidləmə qrupları ayırd edilir:

1. Massiv daxili qanaxma ilə müşahidə olunan qarın və döş qəfəsi zədələnmələri, kəllədaxili qansızması və huşun itməsi ilə müşahidə olunan ağır kəllə-beyin zədələnməsi olanlar. Bunlar cərrahi əməliyyat otağına ilk növbədə verilməlidir.

2. Xarici qanaxması olan, yaxud qankəsici turna bağlanmış ətraf yaralanmaları, qabırğaların çoxsaylı sınıqları nəticəsində döş qəfəsinin flotasiyası, eləcə də açıq və gərgin pnevmotoraksı və asfiksiyası olan yaralılar. Bunlar sarğı otağına ilk növbədə verilməlidir.

a) Xarici qanaxması və ciddi qanıtirmə əlamətləri olmayan, eləcə də ətraflarına qankəsici turnalar qoyulmamış travmatik, yaxud yanıq şoku ilə olan yaralılar. Bunlar şokun ağırlıq dərəcəsiindən asılı olaraq reanimasiya və intensiv terapiya şöbəsinə keçirilməlidirlər.

b) Ətrafda geriyə dönməz işemiyası, kəskin ödəmi olub, qan dövranının bərpa olunması mümkün olan tramatik toksikozlu yaralılar, eləcə də döş qəfəsində və ətraflarında sirklyar yanığı olan yaralılar, həmçinin yarasının torpaqla geniş çirklənməsi olanlar sarğı otağına 2-ci növbədə verilməlidir.

c) Həyati qabiliyyəti saxlanılmış ağır və orta ağırlıqlı xəstə və yaralılar. Bunlar zədələnmənin xarakterindən asılı olaraq planlı müalicə məqsədilə cərrahi, travmatoloji, yanıq, neyro-cərrahi, oftalmoloji və i.a. şöbələrə keçirilir.

d) Yüngül yaralanması, yaxud zədələnməsi olan şəxslər. Bunlar yüngül yaralılar üçün ayrılmış şöbəyə, yaxud hospitallara göndərilirlər.

e) Həyatla uyuşmayan ümitsiz, aqoniya vəziyyətində olan yaralılar xüsusi palatalara, yaxud izolyatorlara keçirilməli, burada onlara simptomatik müalicə aparılmalıdır.

Güclü və geniş yayılmış fəlakətlərin nəticələrinin ləğv edilməsi sayəsində beynəlxalq təcrübə göstərir ki, fəlakətlərin ləğvi məqsədilə həyata keçirilən bütün tədbirlərin hər biri elmdə və tibbi praktikada öz qiymətli nəticələrini verir və sonralar bunlar dünya təcrübəsində tətbiq olunur. Lakin bunlar azdır. Məsələnin global şəkildə həll olunması üçün fəlakətin baş verməsinin gözlənilməsi vacib deyildir. Bunun üçün əvvəlcədən hazırlıqlı olmaq lazımdır. Təsadüfi deyildir ki, dünyanın bir çox qabaqcıl ölkələrində bu məqsədlə Fövqəladə Tədbirlər Nazirlikləri yaradılmışdır. Bizim ölkə də bu təşəbbüsə qoşulmuş və həmin nazirliyin fəaliyyət strukturu təsdiq olunmaqla, ölkəmizdən kənar yerlərdə baş vermiş fəlakətlərdə Azərbaycanı təmsil edir. Burada yanğın əleyhinə briqadalarda olduğu kimi, mütəhərrik tibbi yardım briqadaları da nəzərdə tutulmuş və bunlara ilin və sutkanın müddətindən asılı olmayaraq, yardım göstərilməsinə hazır olmaq tapşırığı verilmişdir. Bunlar optimal müddət ərzində təşkil olunmalı və sərbəst fəaliyyətə başlamaq imkanına malik olmalıdır. Şübhəsiz ki, yardım prosesində hərbi tibbi təbabətin

imkanları və müharibə təcrübələri də nəzərə alınmalıdır. Bu, xüsusi təyinatlı tibb dəstələri (XTTD) şəklində fəaliyyət göstərməlidir. Təşkil olunacaq həmin struktur bir növ hərbi-səhra cərrahiyyəsi hospitallarının müasir inkişaf səviyyəsində təkrarı kimi başa düşülməli və onun tərkib hissəsinə çeşidləmə-təxliyə, cərrahiyyə, anesteziologiya və intensiv terapiya şöbəsi, müvəqqəti hospitalizasiya şöbələri, laboratoriya, rentgen, aptek və material təminat şöbələrinin daxil olması vacibdir. Əvvəlcədən xüsusi konteynerlərdə hazır vəziyyətdə toplanmış həmin hospitalar şəraitdən asılı olaraq uçulmamış binalarda, yaxud xüsusi palatalarda açılmalıdır. Bunların ayrıca enerji sistemi, rabitə vasitələri, elektroventilyasiya texnikası və 2-3 ay müddətində fasiləsiz işləməsi üçün material təminatı olmalıdır. XTDD hospitaları 100 çarpayı üçün nəzərdə tutulmuşdur. Bunun fəaliyyəti daimi və ardıcıl şəkildə yerinə yetirilməlidir. Həmin hospitalar sutkada 500 xəstə və yaralıya yardım üçün, eləcə də 60-80 mürəkkəb cərrahi əməliyyatın yerinə yetirilməsi üçün nəzərdə tutulmuşdur. Hospitalların (konveynerlərin) hadisə yerinə hava nəqliyyatı vasitələri ilə çatdırılması daha məqsədəuyğundur. Bütün bunların ərazinin relyef və meteoroloji şəraitindən də asılı olması nəzərdə tutulmalıdır.

İxtisaslı cərrahi yardım göstərildikdən sonra daşınması mümkün olan yaralılar ilk günlər təxliyə olunmalı və hospitalda yalnız təxliyəsi həmin müddətə mümkün olmayan yaralı və xəstələr saxlanılmalıdır. Bu, bir növ hospitalın fəaliyyət dairəsinin genişlənməsinə və onun həddən artıq yüklənməsinin qarşısının alınmasına imkan verir. Yaralı və xəstələr yaralanmanın və həyata keçirilmiş operativ müdaxilənin xarakterindən asılı olaraq qonşu rayonların xəstəxanalarına, xüsusi tibbi mərkəzlərə və mərkəzi müalicə müəssisələrinə daşınıla bilər.

Bundan əlavə fəlakətlər zonasında həyata keçirilən tibbi yardımın təşkili ilə yanısı həmin əraziyə yaxın zonalarda elmi-tədqiqat institutlarının və eləcə də böyük müalicə müəssisələrinin hesabına profilye uyğun xüsusi müalicə mərkəzlərinin açılması daha məqsədəuyğundur. Bütün bunlar həm müalicə baxımından və həmçinin elmin inkişafı baxımından daha məqsədəuyğundur. Bu təcrübə dünya praktikasında da təsdiq olunmuşdur.

Bütün fəlakətlər növündən asılı olmayaraq, kütləvi insan qırğınına səbəb olur, çoxlu miqdar yaralanmalar və şikəstliklərlə nəticələnir. Fəlakətlər zamanı insan itgisi heç də müharibələrdə baş vermiş itgilərdən az olmur. Odur ki, belə vəziyyətlərdə hərbi-səhra cərrahiyyəsinin metodlarından və yaralılara yardım prinsipindən istifadə olunması və hərbi təbabətin təcrübəsinin praktik işdə tətbiqi lazım gəlir. Bunlara yaralılardan çeşidlənməsi, yardımın növbəliliyi və lazım gəldikdə tibbi yardımın növbəti təxliyə mərhələsinə qədər ixtisara salınması, yardım prosesində ardıcılıq və daimilik prinsipinin gözlənilməsi, dəqiq sənədləşdirmənin aparılması daxildir.

Texnikanın son dövrlər daha yüksək səviyyədə inkişafı insan zəkasının nəyə qadir olduğunu sübut edir. Daha yüksək avia, relsli və çarxlı nəqliyyat vasitələrinin, fəzada, okean səthində, yerin altında və üstündə, insanın gündəlik məişətində istifadəsi əlverişli tərəfləri ilə bərabər, ciddi çətinliklərin də yaranmasına səbəb olur. Bu, yol-nəqliyyat hadisələrinin son dövrlər daha da artmasına gətirib çıxarmışdır. Təsədüvi deyildir ki, təkcə hər il yol-qəza hadisələrindən ölənlərin sayı, müharibələr zamanı ölənlərin sayından daha çoxdur. Bunlar antropogen fəlakətlərə daxildir. Bu fəlakət forması yeni əsrin əvvəlindən başlayaraq daha dəhşətli xarakter almışdır.

Fəlakətlər zamanı ilk yardım müəssisələrinin seysmik təhlükəli zonada yerləşməsi və onun mühafizəsi nəzərdə tutulmalı, burada hərbi-tibb müəssisələri ilə bərabər mülki idarələrin də fəaliyyəti paralel surətdə davam etdirilməlidir. Fəlakətlər zamanı tibb xidmətinin təşkili bütün yardım növlərinin eyni vaxtda fəaliyyət göstərməsi ilə bağlı olmalıdır.

Keçmiş müharibələrin klassik hərbi təbabətindən fərqli olaraq, fəlakətlər zamanı ilk tibbi yardım, feldşer yardımı və ilk həkim yardımı eyni bir müəssisədə eyni zaman müddətində həkim-feldşer-sanitar briqadalarının köməyi ilə yerinə yetirilməlidir. Eləcə də, ixtisaslı cərrahi yardımın ixtisaslaşdırılmış yardımla bir vaxtda eyni tibb müəssisəsində yerinə yetirilməsi də lazım gəlir. Yaralanma və zədələnmələrin əksər halda müştərək və çoxkomponentli olması, onlarda qarşılıqlı ağırlaşma sindromunun, poliorqan çatmamazlığın baş verməsi eyni bir şəxsə bəzən bir neçə mütəxəssisin müayinəsini və yardımını tələb edir.

*YANAŞI XƏSTƏLİYİ OLAN ŞƏXSLƏRDƏ ODLU SİLAH YARALANMALARİ VƏ
ZƏDƏLƏNMƏLƏRİ*

TƏDRİS SUALLARI

- 33.1. Yanaşı xəstəliyi olan şəxstərdə odlu silah yaralanmaları və zədələnmələrin patogenezi
- 33.2. Yanaşı xəstəliyi olan şəxslərdə odlu silah yaralanmaları və zədələnmələrin klinikası simptomatologiyası və diaqnostikası
- 33.3. Zədələnmə və yanaşı xəstəliklər zamanı reanimasiya və intensiv terapiyanın yerinə yetirilməsi qaydaları
- 33.4. Yanaşı xəstəliyi olan şəxstərdə odlu silah yaralanmaları və zədələnmələrinin müalicəsinin təşkili və yaralılara mərhələli yardımın yerinə yetirilməsi qaydaları

Yuxusuzluq, yorğunluq, aclıq, psixi travma, anemiya, avitaminoz və digər amillər orqanizmin yaralanmaya qarşı müqavimət qabiliyyətinin azalmasına səbəb olduğu kimi, yaralılarda yanaşı xəstəliklərin gizli və aşkar şəkildə müşahidə olunması da müalicənin nəticələrinə öz mənfi təsirini verir. Yanaşı xəstəliklər orqanizmin müqavimət qabiliyyətini azaldan və yaralıların vəziyyətini ağırlaşdıran bir amil kimi qiymətləndirilməlidir. Bu zaman orqanizmin müqavimət qabiliyyətinin azalması və immunobioloji pozğunluqlar baş verir. Zədələnmə fonunda adi halda gizli keçən bir çox xəstəliklər özünü kəskinləşmə şəklində göstərir. Belə yaralılar ağrıya və qanıtırmələrə qarşı daha həssas olub, travmatik şoku pis keçirirlər. Eyni ağırlıqlı yaralanmalarda yanaşı xəstəliklər zamanı fəsadlaşma və ölüm halı daha çox müşahidə olunur. Yaralılarda hərərin ilk gündən yüksəlməsi, ayrı-ayrı orqan və sistemlər üzrə pozğunluq əlamətləri meydana çıxır. Yaralar irinləməyə meyilli olub, müalicəyə çətin tabe olur. Bu, özünü qarşılıqlı ağırlaşma sindromu şəklində göstərir.

Qarabağ müharibəsində ağır yaralıların 5,9%-də yanaşı xəstəliklər aşkar edilmiş və bunlar müalicənin gedişində nəzərə alınmışdır. Bura xronik bronxit, angina, haymorit, koronar çatmamazlıq, şəkərli diabet, hipertoniya, prostatit və karies dişlərin olması aiddir. Müharibənin ilk illərində nizami ordunun olmaması üzündən döyüşçülərin əksəri könüllülərdən ibarət olmuş, onlar hərbi həkim müayinəsindən lazımı qaydada keçməmişlər. Həmçinin döyüşçülərin əksərinin papiros çəkməsi, onlar arasında sanitar maarifinin lazımcına aparılmaması nəfəs yollarının xronik xəstəliklərinin artmasına və nəticə etibarilə yaralılarda irinli fəsadlaşmaların artmasına səbəb olmuşdur.

Yanaşı xəstəliyi olan yaralılar hətta adi yaralanmalarda belə patoloji prosesi daha pis keçirdiyindən ağır yaralılar qrupuna daxil edilmiş və onların ətraflı müayinəsi təmin edilmişdir. Bütün yaralılar klinikolaborator və rentgen müayinəsindən keçirilmiş və kompleks müalicə almışlar. Tənəffüs çatmamazlığı müşahidə olunmuş yaralılara inhalyasion terapiya təyin edilmiş, onlara bəlgəmgətiricilər, antibiotiklər təyin olunmuş, nəfəs yollarına proteolitik fermentlər yeridilmişdir. Ürək-damar çatmamazlığı olan yaralılara ürək qlükozidləri, göstəriş əsasında hipotenziv pretaratlar tətbiq edilmişdir. Sidik yollarının

xronik xəstəliklərində sidik kisəsi kateterizə olunmuş, vaxtaşırı antiseptik məhlullarla yuyulmuş, bu fonda spesifik dərman preparatlarından istifadə olunmuşdur. Bütün ağır yaralanmalar zamanı fəsadlaşmalar 34,2%, ölüm halı 9,5% olduğu halda, yanaşı xəstəliyi olanlarda fəsadlaşmalar 41,6%, letallıq 12% təşkil etmişdir.

33.1. YANAŞI XƏSTƏLİYİ OLAN ŞƏXSLƏRDƏ ODLU SİLAH YARALANMALARİ VƏ ZƏDƏLƏNMƏLƏRİN PATOGENEZİ

Yanaşı xəstəliyi olan şəxslərdə hətta adi yaraldanmalar ağır gedişə malik olur və bu, özünü zədə xəstəliyi şəklində göstərir. Qeyd etmək lazımdır ki, adi halda zədə xəstəliyi yalnız ağır yaralanmalar zamanı, yaxud zədələnmələr nəticəsində baş verdiyi halda, yanaşı xəstəliyi olanlarda bu, hətta adi yaralanmalar zamanı da təsadüf edilə bilər. Beləliklə yanaşı xəstəliyi olan şəxslərdə də zədə xəstəliyində olduğu kimi yaralanmalar və zədələnmələrin patogenezi başlanğıcı və sonu olan və mərhələlərlə keçən dövrü bir patogenetik proses kimi başa düşülməlidir. Burada kompleks patogenetik dəyişikliklər dinamik şəkildə inkişaf edir. Xəstəliyin etiologiyasını ağır, çox vaxt çoxsaylı və müştərək zədələnmələr təşkil etsə də, burada yanaşı xəstəliklərin rolu nəzərə alınmalıdır.

Zədələnmə ilə əlaqədar orqanizmdə baş vermiş dəyişikliklər yerli və ümumi şəkildə keçir. Bura intoksikasiya, iltihabi proseslər, təkrari qanaxmalar, hemodinamikada, qanın laxtalanma sistemində pozğunluqlar, orqanizmin immun sistemindəki dəyişikliklər, zülal, elektrolit, turşu və qələvi tarazlığındakı dəyişikliklər şəklində baş verir və mərhələlərlə ardıcıl olaraq inkişaf edir. Zədələnmədən sonra şok ilk 2 sutka ərzində yaralılarda ölümə səbəb ola biləcək başlıca amil olsa da, şokun aradan qaldırılmasının mümkün olduğu hallarda yaralı üçün digər fəsadlaşmalar da təhlükəlidir. Bura inkişaf edən tənəffüs çatmamazlığı, koagulopatik pozğunluqlar (yayılmış damardaxili laxtalanma sindromu), piy emboliyasının baş verməsi, böyrək-qara ciyər çatmamazlığı, ürək-damar sistemində baş vermiş pozğunluqlar (xüsusilə ürəyin əzilməsi hallarında özünü koronar çatmamazlıq şəklində göstərir), posttravmatik endotoksikoz, yanaşı xəstəliklərin meydana çıxması, yaxud gizli keçən xəstəliklərin zədələnmə fonunda kəskinləşməsi aiddir. Yanaşı xəstəliklərin hansı sistemdə və orqanda inkişaf etməsindən asılı olaraq, xəstə orqanizmin yaralanması, yaxud zədələnməsi daha qabarıq şəkildə təzahür edir (*Locus minoris resistentio*). Məsələn, ürək xəstəliyi və hipertoniya olan şəxslərdə döş qəfəsinin, eləcə də mediastinumun zədələnməsi ürək-damar və tənəffüs sisteminin funksiyasının daha ağır şəkildə pozulmasına gətirib çıxarır. Eləcə də sidik-İfrazat sisteminin, yaxud həzm sisteminin yanaşı xəstəliklərində həmin orqanların hətta adi yaralanmaları belə, ağır fəsadlaşmalara səbəb ola bilər. Bu zaman iltihabi proses daha davamlı xarakterə malik olur. Yaraların irinləməsi və endotoksikoz daha intensiv şəkildə inkişaf edir.

Patoloji prosesin dərinliyi və müxtəlif formalarda keçə bilməsi təkcə zədələnmənin genişliyindən, ağırlıq dərəcəsiindən asılı olmaqla bərabər, eyni zamanda yanaşı xəstəlik nəticəsində orqanizmin ümumi müqavimət qabiliyyətinin aşağı səviyyədə olmasından, immun sistemində pozğunluq dərəcəsiindən də çox asılıdır.

Yanaşı xəstəlikləri olan şəxslərdə hətta adi zədələnmələr belə ağır gedişə malik olur və özünü zədə xəstəliyi kimi biruzə verir. Bunun patogenezi zədələnmə nəticəsində ardıcıl davam edən reaktiv proseslər fonunda baş vermiş mübadilə pozğunluqları təşkil edir. Toxumaların oksigenlə təminatını pozulmuş olur. Digər mübadilə pozğunluqlarının da həmahəng şəkildə inkişaf etməsi, erkən endotoksikoz, immunodefisit fonunda ağır yara infeksiyası, trofik pozğunluqlar aşkar olunur. Yanaşı xəstəliklər maddələr mübadiləsində baş vermiş pozğunluqların daha da artmasına səbəb olur. Qarşılıqlı ağırlaşma sindromunun baş verməsi prosesin daha da dərinləşməsinə gətirib çıxarır. Beləliklə, yaralılarda yanaşı xəstəliklər zamanı qarşılıqlı ağırlaşma sindromu hətta adi yaralanmalarda belə qabarıq şəkildə müşahidə olunur. Qarşılıqlı ağırlaşma sindromu özünü poliorqan çatmamazlıq şəklində göstərir və bunlar kompleks müalicə tədbirlərinin aparılmasını tələb edir. Ağır travmatik şokla əlaqədar orqanların perfuziyasının pozulması, hüceyrələrin oksigenlə təchizatının itməsi, əmələ gəlmiş toksik ara maddələrin qana sorulması və endogen intoksikasiya baş verir. Yanaşı ürək-damar xəstəliklərinin və tənəffüs sistemində pozğunluqların olması sirkulyator hipoksiyanın daha da inkişafına səbəb olur. Şəkərli diabet zamanı metabolik asidoz daha sürətlə inkişaf edir.

Ağır zədələnmələrin yanaşı xəstəliklərlə kombinasiyası zamanı həyatın bir neçə gün ərzində saxlanılması mümkün olarsa travmatik endotoksikoz meydana çıxır. Bu, zədələnmə fonunda baş vermiş

metabolik pozğunluqlarla əlaqədar əmələ gəlmiş ara məhsulların (toksinlərin) qana sorulması, endotoksikozun meydana çıxması şəklində təzahür edir; poliorqan çatmamazlıq baş verir. Yanaşı xəstəliklər zamanı bu proses hətta adi yaralanma hallarında da baş verə bilər. Sonralar yaraların irinləməsi və bu fonda irinli-septik proseslərin əmələ gəlməsi yaralının vəziyyətinin daha da ağırlaşmasına səbəb olur. İntoksikasiya fonunda irinli-septik proses dominant xarakterə malik olub, bir neçə həftə, bəzən isə aylarla davam edə bilər. Yara infeksiyasının məzmununu yarada baş vermiş yerli dəyişikliklərlə bərabər, ağır zədələnmə fonunda ümumi infeksiyon fəsadlaşmalar (pnevmoniya, endomiokardit, yara sepsisi və i.a.), immun və metabolik pozğunluqlar təşkil edir. İnfeksiyon prosesdə endogen infeksiya üstünlük təşkil edir. Yanaşı xəstəliklərin olduğu hallarda orqanizmin ümumi reaktivlik qabiliyyətinin daha çox pozulduğundan endogen intoksikasiya xüsusilə sürətlə inkişaf edir. Qarşılıqlı ağırlaşdırıcı sindrom baş verir.

Yanaşı xəstəliklər zamanı hətta ən adi zədələnmələrdə belə, mürəkkəb patoloji prosesə məruz qalmış orqanizm nəticə etibarilə son dərəcə zəifləyir. Bu vəziyyət özünü nəinki zədələnmənin kəskin fazasında, həmçinin xəstəliyin sağalma dövründə də bədən çəkisinin xeyli itirilməsi, patoloji nahiyədə regenerasiya prosesinin zəifləməsi, astenizasiya, hər hansı xarici qıcığa qarşı davamsızlıq, xronik xəstəliklərin (vərəm xəstəliyinin, xronik qeyri-spesifik pnevmoniyanın, revmatizmin və i.a.) kəskinləşməsi, şəklində göstərir. Yaralanmanın sağalma fazasında poliorqan çatmamazlıq nisbətən zəifləsə də, proses sürətlə şəkildə davam edir və bunun aradan qaldırılması kompleks müalicə tədbirləri ilə bərabər, eyni zamanda yanaşı xəstəliklərin fəsadlaşmalarının aradan qaldırılmasını da tələb edir. Yaralanmaların yanaşı xəstəliklərlə birlikdə müşahidəsi zamanı rekonvalessensiya dövrü uzunsürən astenik sindrom şəklində keçir. Ümumi depressiya, ayrı-ayrı orqan və sistemlərdə eyni zamanda yanaşı xəstəliklə əlaqədar dərin funksional pozğunluq halları müşahidə olunur və ikincili poliorqan çatmamazlıq baş verir. Proses nisbətən zəif, yarımkəskin və uzun müddət davam edir, bəzən xəstələrin əlilliyi ilə nəticələnir.

33.2. YANAŞI XƏSTƏLİYİ OLAN ŞƏXSLƏRDƏ ODLU SİLAH YARALANMALARINI VƏ ZƏDƏLƏNMƏLƏRİN KLİNİKASI SİMPATOMATOLOGİYASI VƏ DİAQNOSTİKASI

Yanaşı xəstəliyi olan şəxslərdə yaralanmaların klinikası ikili xarakter daşıyır. Burada bir tərəfdən yaralanma, digər tərəfdən yanaşı xəstəliklərin əlamətləri aşkarlanır. Zədələnmənin ilk günlərində yaralanma əlamətləri üstünlük təşkil edir. Lakin sonrakı günlər orqanizmin müqavimət qabiliyyətinin azalması, immunobioloji proseslərin pozulması ilə əlaqədar olaraq, yanaşı xəstəliklərin əsas əlamətləri təzahür olunur, gizli xəstəliklər aktivləşir, bunların klinik əlamətləri yaralanma ilə bərabər qabarıq şəkildə müşahidə olunur. Yanaşı xəstəlikləri olan şəxslərdə yaralanmaların klinikası qarşılıqlı ağırlaşma sindromu əmələ gətirən patogenetik mexanizmlərdən asılı olaraq müşahidə olunur. Klinik mənzərəsinə görə bunlar özünü zədə xəstəliyini bütün mərhələlər üzrə əks etdirir. Zədələnmənin başlanğıcında şokun yanaşı xəstəliklərin klinik kəskinləşməsi ilə birlikdə aşkarlanması şok əleyhinə müalicə tədbirləri ilə bərabər əlavə patogenetik müalicənin yerinə yetirilməsini tələb edir. Bir sıra halda bunların nəzərdən qaçırılması şokun ağırlığı və davam etmə müddəti ilə həyata keçirilən intensiv terapiya arasında uyğunsuzluğun müşahidə olunmasına səbəb olur. Odur ki, şok əleyhinə intensiv terapiya ilə bərabər yanaşı xəstəliklərin klinik əlamətləri aşkarlanmalı və müalicəyə bu istiqamətdə müvafiq düzəlişlər aparılmalıdır.

Şokdan sonrakı erkən müddətlərdə müştərək mexaniki zədələnmələr və yaralanmalar zamanı respirator distress sindrom, sistem şəkilli kəskin metabolik pozğunluqlar, koagulopatik fəsadlaşmalar, piy emboliyası, böyrək və qara ciyər-böyrək çatmamazlığı yanaşı xəstəliklər fonunda daha ağır şəkildə keçir, orqanizm bunlarla təkbaşına mübarizə apara bilmir və bəzən bu, ölümlə nəticələnir.

Zədə xəstəliyinin sonrakı mərhələsində infeksiyon fəsadlaşmalar da yanaşı xəstəliklərlə əlaqədar olaraq daha ağır keçir. Orqanizmin ümumi qabiliyyəti tükənir, yerli əlamətlər ön plana keçir, infeksiyanın əsas mənbəyi aşkarlanır. Əvvəlcə bu, yumşaq toxumaların geniş zədələndiyi sahələrdə irinləmə halında müşahidə olunur, sonralar pnevmoniya, seroz boşluqlarda məhdud irinliklərin əmələ gəlməsi baş verir. Bir sıra hallarda proses yanaşı xəstəliyin əlamətlərinin artması istiqamətində inkişaf edə bilər. Məsələn, vərəm xəstəliyinin kəskinləşməsi kavernaların əmələ gəlməsi, arroviz qanaxmaların baş verməsi yanaşı xəstəliklərə dominant xarakteri verir. İltihabi proses burada endogen infeksiyanın üstünlüyü ilə keçir, mikrobların patogenliyi və virulentliyi getdikcə artır. İnfeksiyanın yayılması və yara sepsisinin əmələ gəlməsi ehtimalı yanaşı xəstəliklərlə əlaqədar daha çox baş verir. Ağır infeksiyon fəsadlaşmaların əmələ gəlməsi təhlükəsi kəskin ikincili immunodefisitlə bağlı olur. İmmunodefisit qarşılıqlı ağırlaşma sindromunun şok və şokdan sonrakı poliorqan çatmamazlıq dövrlərində yaranır.

Ağır müştərək zədələnmələr zamanı zədə xəstəliyinin (qarşılıqlı ağırlaşma sindromunun) rekonvalesensiya dövrü uzunsürən astenik sindrom şəklində müşahidə olunur. Bir sıra hallarda ümumi depressiya, ayrı-ayrı sistemlər üzrə daxili orqanlarda dərin funksional və orqani pozğunluq halları aşkarlanır, ikincili poliorqan çatmamazlıq baş verir. Yanaşı xəstəliklərlə əlaqədar olaraq, prosesin hansı orqan və sistemdə lokalizasiyasından asılı olaraq, tənəffüs sistemi, ürək-damar sistemi, sidik-ifrazat sistemi orqanlarında funksional və orqanik dəyişikliklər və iltihabi proseslər müşahidə olunur. Bunlar nisbətən zəif, yarımkəskin lakin uzun müddət davam edir. Bu, orqanizmin areaktiv vəziyyəti ilə əlaqədardır.

33.3. ZƏDƏLƏNMƏ VƏ YANAŞI XƏSTƏLİKLƏR ZAMANI REANİMASIYA VƏ İNTENSİV TERAPİYANIN YERİNƏ YETİRİLMƏSİ QAYDALARI

Yanaşı xəstəliklər zamanı zədələnmələrə reanimasiya və intensiv terapiyanın aparılması prinsipinə zədə xəstəliyində olduğu kimi yerinə yetirilməlidir. Fərqli cəhət burada yanaşı xəstəliklərə görə əlavə tədbirlərin həyata keçirilməsi və bununla əlaqədar fəsadlaşmalarının qarşısının alınmasından, ehtimal oluna bilən qarşılıqlı ağırlaşma sindromunun profilaktikası və müalicəsinin təşkilindən ibarətdir və intensiv terapiyanın aparılmasını tələb edir. Bu, ağır zədələnmələr zamanı həyati-vacib funksiyaların pozğunluğu və qarşısının alınması üçün orqanizmin döyüş zədələnmələrinə və yanaşı xəstəliklərin kəskinləşməsinə qarşı davamlı kompensasiyasının təmin olunması istiqamətində yerinə yetirilən müalicə tədbirləri sistemindən ibarətdir. Bunun səmərəsi cərrahi müalicənin vaxtında və imkan daxilində tam həcmdə yerinə yetirilməsindən daha çox asılıdır. Yaralanmanın ilk 3-4 sutkası ərzində həyata keçirilən intensiv terapiya kompensator proseslərə nail olunmasına xidmət edir. Bunlara kəskin tənəffüs çatmamazlığının qarşısının alınması və müalicəsi, cərrahi əməliyyatdan sonra ağırsızlaşdırmanın təmin edilməsi, hipovolemiyanın aradan qaldırılması, su-duz mübadiləsindəki pozğunluğun qarşısının alınması və müalicəsi, yaraların, eləcə də seroz boşluqların iltihabında antibakterial terapiyanın yerinə yetirilməsi, tromboembolik fəsadlaşmaların qarşısının alınması və müalicəsi və i.a. daxildir.

Kəskin tənəffüs çatmamazlığının (KTÇ) qarşısının alınması və müalicəsi. Yaralılarda kəskin tənəffüs çatmamazlığı açıq, yaxud gizli şəkildə müşahidə oluna bilər. Bu, bronxlarda ventilyasiyanın pozğunluğu, yaxud ağciyərlərin parenximasında qaz mübadiləsinin pozğunluğu şəklində gedə bilər. Ventilyasion pozğunluq, yəni yuxarı tənəffüs yollarındakı pozğunluq bilavasitə tənəffüs sisteminin pozğunluqlarında, kəllə-beyin yaralanmalarında, ağrı mənşəli hipoventilyasiyaların baş verməsində, narkozun dozasının artıq olduğu hallarda, döş qəfəsinin travması və yaralanmalarında hemopnevmotorakslar, yaxud ağciyərin parenximasının və bronxların zədələnməsi nəticəsində, eləcə də yanaşı tənəffüs sistemi orqanları xəstəliklərində ağciyərlərin həyat tutumunun azalması, toksik maddələrlə tənəffüs, selik, yaxud qusuntu materiallarının nəfəs yollarına aspirasiyası, bağırsaqların parezi ilə əlaqədar diafraqmanın yuxarı basılması və i.a. nəticəsində baş verir.

Ağciyər qaz mübadiləsi pozğunluğu nəticəsində baş vermiş kəskin tənəffüs çatmamazlığı zamanı parenximada gedən pozğunluğun son həddi özünü “şok ağciyəri” formasında göstərir. Bəzi mənbələrdə bu, respirator distress sindrom (RDS) şəklində verilmişdir. Bu, tənəffüs çatmamazlığının son həddi olub 50-70% hallarda ölümlə nəticələnir. Bu əlamətlər ağciyər parenximasında gedən dərin dəyişiklərlə əlaqədar alveolyar membranının zədələnməsi, kiçik damarların trombozu nəticəsində mikrosirkulyasiyanın pozğunluğu ilə əlaqədardır. Alveolyar membranının sıradan çıxması nəticəsində alveol və bronxiollara qanın plazma hissəsi və formalı elementlər diaperez (perreksin, perdiabrozin) şəklində daxil olur. Bronx və ağciyər toxumasında xronik iltihabi proseslər kəskinləşir.

Respirator distress sindrom (RDS) travmanın ağırlıq dərəcəsiindən asılı olaraq 2-3 gün ərzində, yardımın kifayət olmadığı hallarda isə ilk sutka ərzində inkişaf edə bilər. Bunun başlanğıcının klinik əlamətləri narahatlıq, tənəffüs, sərt tənəffüs fonunda quru xırıltıların müşahidə olunması şəklində baş verir. Xronik ağciyər xəstəliklərinin kəskinləşdiyi hallarda çoxlu irinli bəlgəm ifrazatı, astmatik əlamətlər müşahidə olunur. Rentgenoloji müayinədə ağciyər kölgəliyinin genişlənməsi və köhnə fokal kölgəliklər aşkarlanır. Proses inkişaf etdikcə psixomotor oyancılıq, hallüsinasiyalar müşahidə olunur. Tənəffüslüyün daha da artması ilə əlaqədar olaraq, köməkçi əzələlər tənəffüs aktında iştirak edir. Auskultasiyada sərt tənəffüs fonunda yayılmış quru və yaş xırıltılar eşidilir. Bronxial astmalı xəstələrdə nəfəsvermə aktı uzanmış olur. Rentgeneoloji müayinədə ağciyərlərdə kəskin durğunluq qeyd edilir. Bütün bunlar qanda oksigenin parsial təzyiqinin azalması ilə əlaqədardır.

Zədə xəstəliyi zamanı (xüsusilə yanaşı xronik ağciyər xəstəlikləri zamanı) kəskin tənəffüs çatmamazlığının qarşısının alınmasında ağrı faktorunun aradan qaldırılması başlıca rol oynayır. Bu məqsədlə narkotik dərman preparatlarından, novokain blokadalarından (epidural və subdural blokadalar da daxil olmaqla) geniş istifadə olunmalı, bronxların drenaj funksiyasının bərpası qayğısına qalınmalıdır.

Arterial qanda oksigenin parsial təzyiqinin lazımi səviyyədən aşağı düşməsi ağciyərin kompensator hiperventilyasiyasına səbəb olur. Odur ki, travma xəstəliyinin ilk 3 sutkası ərzində səmərəli oksigen inhalyasiyasının həyata keçirilməsi vacib tədbirlərdəndir. Qanqlioblokatorların (pentamin, heksonium, arfonad) istifadəsi də ağciyər mikrosirkulyasiyasının tənzimlənməsinə və tənəffüsün yaxşılaşmasına kömək edir. Bu preparatlar arterial qan təzyiqinin nəzarəti altında istifadə olunmalı, hipotoniya baş verdiyi hallarda onların dozası azaldılmalıdır. Həmçinin döş qəfəsinin masajı və tənəffüs gimnastikasının aparılmasının da xüsusilə yanaşı tənəffüs sistemi xəstəliklərində müalicəvi əhəmiyyəti böyükdür.

Kəskin tənəffüs çatmamazlığı obturasion sindromun (postatelektatik pnevmoniyanın) əmələ gəlməsi üçün şərait yaradır. Aerosol terapiyasının həyata keçirilməsi, bronxların aktiv aspirasiyası, dərinədən məcburi nəfəsalmalar və öskürmələr (tənəffüs gimnastikası) xırda bronxların açılması və atelektatik ocaqların aradan qaldırılmasına imkan yaradır. Həmçinin mikrosirkulyasiyanın pozulduğu vəziyyətlərdə xırda damarların trombozunun qarşısının alınması məqsədlə birbaşa təsir edən antikoagulyantların da (heparin) istifadəsi məsləhət görülür. Qlükokortikoidlərin tətbiqi alveolyar membranının stabilliyini artırır, iltihabi proseslərin inkişafının və tənəffüs çatmamazlığının qarşısının alınmasında xüsusi rol oynayır. Respirator distress sindromla mübarizə məqsədlə ağciyərlər hiperventilyasiya edilməli, ventilyasiyanın dəqiqəlik həcmi 8-12 litrdən az olmamalıdır. Yanaşı ağciyər xəstəlikləri zamanı endogen infeksiyanın qarşısının alınması məqsədlə antibakterial terapiya tətbiq edilməli, lazım gəldikdə traxeostoma həyata keçirilməli, yaxud sanasion bronxoskopiya yerinə yetirilməlidir.

Ağrının aradan qaldırılması tədbirləri. Ağrının aradan qaldırılması tədbirləri zədələnmələr zamanı ardıcıl və rəşional şəkildə həyata keçirilənməli, bunlar tənəffüs funksiyasına mənfi təsir göstərməməlidir. Xüsusilə döş qəfəsinin, elcə də qarının yuxarı hissəsinin yaralanmalarında səmərəli ağrısızlaşdırılmanın aparılması daha vacibdir. Bu məqsədlə epidural və subplevral blokadaların yerinə yetirilməsi daha əhəmiyyətlidir. Bunlar ağrı hissiyatını aradan qaldırmaqla bərabər, neyrovegetativ təsirə də malikdir. Ağrının afferent (nəqli ağrısızlaşdırma), mərkəzi (ümumi ağrısızlaşdırma) və efferent (epidural blokada) yollarla aradan qaldırılmasına nail olunmalıdır. Mərkəzi sinir sistemində zədələnmə olmadığı hallarda neyrovegetativ blokadanın yerinə yetirilməsi daha məqsədəuyğundur. Bu zaman qeyri-narkotik dərman preparatlarının tətbiqi daha əlverişlidir. Bunun məzmunu hər 4-6 saatdan bir 50%-li 2-4 ml analgin, yaxud 3 ml voltaren və 2 ml (5mq) droperidolon sutkada 2-3 dəfə əzələ daxilinə, yaxud vena daxilinə yeridilməsindən ibarətdir. Narkotik dərman preparatları isə daha qüvvətli ağrılar zamanı tətbiq olunmalıdır. Bu zaman yaralının dərman preparatlarına qarşı həssaslığı yoxlanılmalı, yanaşı xəstəliklərin kəskinləşməsinin qarşısının alınması istiqamətində profilaktik tədbirlər həyata keçirilməlidir.

Anemiya və hipovolemiyanın aradan qaldırılması. Rəşional şəkildə həyata keçirilən infuzion-transfuzion terapiya hipovolemiyanın və qan dövranındakı pozğunluğun vaxtında aradan qaldırılması öz növbəsində ağciyərlərin parenximasında mikrosirkulyasiyanın, toxuma tənəffüsünün yaxşılaşmasına, beləliklə nəfəs aktında gərginliyin aradan qaldırılmasına imkan verir. Dövran edən qanın həcmnin 10%-dən çox aşağı düşməsi daxili orqanlardan keçən qanın xeyli azalmasına, zədələnmə nəticəsində ikincili immunodefisit fonunda infeksiyon fəsadlaşmaların baş verməsinə, yaxud onun kəskinləşməsinə gətirib çıxarır. Buna görə də dövran edən qanın həcmindəki kəşirin qan, reopoliqlükin, 20%-li albumin və i.a. hesabına tezliklə aradan qaldırılması vacibdir. Eyni zamanda qanazlığı toxumaların oksigenlə təmin olunmasında öz mənfi təsirini göstərir. Həmçinin anemiyanın aradan qaldırılması eyni zamanda irinli fəsadlaşmaların qarşısının alınmasında xüsusi əhəmiyyətə malikdir.

Konservləşdirilmiş qan və onun preparatları, eritrositar kütlə, dondurulmuş eritrositlər, trombositar kütlə, dondurulmuş təzə və hiperimmun plazma şəkildə müxtəlif məqsədlər üçün istifadə oluna bilər. Ağır şok və massiv qanaxmalarda bu məqsədlə həm periferik, həm də mərkəzi venalara duz məhlulları (mafusol, laktosol və s.) köçürülməlidir. Arterial təzyiq 90 mm c.s.-na çatıncaya qədər vena daxilinə köçürülən mayenin həcmi orta hesabla dəqiqədə 150-200 ml olmalıdır. Sonrakı müddətlərdə infuzion terapiya damcı, yaxud birbaşa (şırıncqa) şəkildə davam etdirilə bilər.

Terminal vəziyyətdə olan yaralılara maye köçürülməsi təzyiq altında aparılmalıdır. Bu halda mayenin yeridilmə sürəti dəqiqədə 250 ml-dən az olmamalıdır. Arterial təzyiqin müəyyən səviyyəyə (90 ml c.s.) qaldırılması 5 dəqiqə ərzində və onun stabilləşməsi 10 dəqiqə ərzində təmin edilməlidir.

Dövran edən qanın həcmnin bərpası məqsədilə seroz boşluqlara yığılmış qanın toplanıb köçürülməsi də xüsusi əhəmiyyət kəsb edir. Bu zaman boşluqlu orqanların zədələnməsi halı istisna edilməlidir. Lakin nəzərə almaq lazımdır ki, boşluqlardan alınmış qan fibrinolizə uğradığı üçün bunun böyük həcmdə köçürülməsi fibrinolitik qanaxmalara səbəb ola bilər. Bu, xüsusilə yanaşı qan xəstəliyi olan və laxtalanma prosesində pozğunluq olan xəstələrin vəziyyətinin daha da ağırlaşmasına səbəb ola bilər. Belə hallarda təzə sitrat qanının istifadə olunması daha sərfəlidir. Təzə qanda oksigen daşımaq qabiliyyəti yüksək olduğundan bunun köçürülməsi əvəzsiz əhəmiyyətə malikdir. Qeyd etmək lazımdır ki, 3 günə qədər alınmış qanın eritrositləri köçürülən kimi qaz mübadiləsində iştirak etdiyi halda, nisbətən köhnə qanda eritrositlərin qaz mübadiləsində iştirakı yalnız 12-16 saat və daha gec müddətlərdə baş verir. Boşluqlardan toplanmış təzə qan və yuyulmuş donor eritrositləri bu baxımdan daha keyfiyyətdədir.

Transfuziya zamanı donor qanının resipientin qanı ilə uyğunluğu diqqətlə yoxlanılmalıdır. Qanköçürmə zamanı qazanılmış immunodefisit sindroma və epidemik sarılığa, eləcə də sifilitik proseslərə qarşı xüsusilə ehtiyatlı olmalıdır. Hərbi-tibb müəssisələrində qanköçürmə əvvəlcədən planlaşdırılmalı, donorlar qabaqcadan təyin edilməlidir. Bu döyüş zamanı çətinliklərin və vaxt itgisinin qarşısını alır. Seroz boşluqlardan alınmış qan vaxt itirilmədən köçürülməlidir. Dövran edən qanın həcmnin 30%-ə qədər itirilməsi hallarında reinfuziyanın həyata keçirilməsi donor qanına olan ehtiyacı bir növ ödəyir. Dondurulmuş eritrositlərin köçürülməsi immunoloji baxımdan daha qiymətlidir. Belə qanda allergenin olmaması onun daha geniş şəkildə istifadəsinə imkan verir.

Dövran edən qanın həcmindəki kəsin aradan qaldırılması ürəyin normal fəaliyyətinə və toxumaların qanla optimal təminatına imkan verir. Burada qanın qlobulyar həcmi və dövran edən qanın həcmnin stabilliyinin əldə edilməsi başlıca şərtlərdəndir. İtirilmiş qanın həcmnin bərpasının dəqiq təyin edilməsi qanıtirmənin nəticələrinin vaxtında aradan qaldırılmasına və yaralılardan şokdan çıxması üçün etibarlı tədbirlərin müvəffəqiyyətlə həyata keçirilməsinə, ürəyin dəqiqəlik vurğusunun normallaşmasına, beləliklə orqanizmin oksigenə olan tələbatının ödənilməsinə və yaralının kritik vəziyyətdən çıxmasına imkan verir.

Təxirəsalınmaz infuzion-transfuzion terapiyanın həyata keçirilməsi qanıtirmənin həcmindən asılı olaraq nizamlanmalıdır. Təcili hallarda bu, ekspress üsullarla: şok indeksi və hematokritə əsasən təyin olunur. İtirilmiş qanın bərpası massiv qanıtirmələr zamanı eritrositar kütlə, yaxud konservləşmiş qan, qanəvəzədicilərin kristalloid məhlullarla birlikdə istifadəsi ilə yerinə yetirilməlidir. Həmçinin bu məqsədlə 10-20%-li albuminin və dondurulmuş plazma köçürülməsi də yaxşı nəticə verir. Dondurulmuş plazmanın köçürülməsi eyni zamanda hemostatik əhəmiyyətə də malikdir. Yaralılardan hospitala gec və ağırlaşma vəziyyətində daxil olması hallarında zəif və yanaşı xəstəliklər aşkar edilmiş yaralılarda eyni zamanda qanın laxtalanma sisteminin profilaktikası da nəzərdə tutulmalıdır. Bütün bu tədbirlər yaralanmanın sonrakı müddətlərində damardaxili laxtalanma sindromunun qarşısının alınmasına imkan verir.

Cərrahi müdaxilə zamanı şokun aradan qaldırılması və qanaxmanın birdəfəlik saxlanılması tədbirlərinin həyata keçirildiyi müddətlərdə infuzion-transfuzion terapiyanın məqsədi qanıtirmənin bərpasına doğru yönəldilməlidir. Qanın arteriya daxilinə yeridilməsi operativ müdaxilə zamanı daha asandır və bu, bir o qədər ciddi çətinlik yaratmır. Çünki cərrahi əməliyyat zamanı aorta, yaxud digər böyük arteriyaların punksiya edilməsi, yaxud infuzion-transfuzion terapiyanın səmərəsinin artırılması məqsədilə, operativ müdaxilə zamanı regional perfuziyanın yerinə yetirilməsi daha asan və məqsədəuyğundur. Bu üsulla bilavasitə patoloji ocağa təsir etməklə qan dövranındakı pozğunluğun aradan qaldırılmasına müvəffəq olunur. Regional perfuziya zonasında dərman maddələrinin yüksək konsentrasiyası onların histo-hematik baryerdən keçməsi imkanını verir; qarın aortası və ayrı-ayrı orqanın damarlarının selektiv kateterizasiyası orqanizmdə dərman preparatlarının yüksək konsentrasiyasını əldə edilməsinə imkan verir. Qaraciyər zədələnmələrində portal infuziyaların, posttravmatik pankreatitlərin müalicəsində mədəaltı vəzin damarlarının kateterizasiyası, eləcə də ətraf zədələnmələrində damarların perfuziyası müasir əvəzedilməz tədbirlərdəndir və bu, eyni zamanda yanaşı xəstəliklər zamanı dərman maddələrinin bilavasitə patoloji ocağa yeridilməsinə imkan verir.

Fibrinolitik qanaxmalarda 10-20%-li albumin, dondurulmuş təzə plazma və təzə sitrat qanının köçürülməsi vacibdir. Qanaxma tam dayandırıldıqdan sonra cərrahi əməliyyatın sonunda dövrən edən qanın həcmnin və hemostazın normallaşması qayğısına qalınmalı, massiv qanıtırmələrdə isə bu tədbirlər operativ müdaxilədən əvvəl yerinə yetirilməlidir. Qanın birbaşa və dolay yolla köçürülməsi metodları tətbiq edilməli, təzə qan ehtiyatda olan donorların hesabına əldə edilməlidir. Daha ağır vəziyyətlərdə qan arteriya daxilinə yeridilməlidir. Bu, daha yaxşı nəticələrin əldə edilməsinə imkan verir.

Su-duz mübadiləsinin tənziyi. Cərrahi əməliyyatdan sonrakı müddətlərdə su-duz mübadiləsinin normallaşdırılması qayğısına da qalınmalıdır. Xüsusilə əlverişsiz klimatik şəraitdə gedən döyüşlər zamanı tərləmə ilə əlaqədar döyüşçü əsgər daha çox maye itirir. Bu, yaralı orqanizmdə su-duz mübadiləsinin pozulmasına gətirib çıxarır. Bütün bunlar eyni zamanda yanaşı xəstəliklərin, məsələn ağciyər vərəminin, xronik bronxitlərin, bronxektaziya və bronxial astmanın kəskinləşməsinə səbəb ola bilər. Ona görə də infuzion terapiya zamanı hüceyrələrarası sahədə dövr edən mayenin həcmnin və su-duz mübadiləsindəki tarazlığının öyrənilməsi vacibdir. Duz məhlullarının istifadəsində onların elektrolit tərkibi əsas götürülməlidir. Bu baxımdan mafusol və trisolun istifadəsi daha məqsədəuyğundur. Yaralanmalar zamanı həddən artıq maye köçürüldüyü hallarda böyrəklərin funksiyası gözlənilməli, yaralılara eufillin və 20%-li mannitol (400 ml-ə qədər) köçürülməsilə qanın bufer sisteminin natrium bikarbonatla tənzimlənməsinə və qanın dezintoksikasion funksiyasının bərpasına nəzarət olunmalıdır.

Yaralanma və zədələnmələr zamanı plazma itgisinin kifayət qədər bərpa olunmaması, maye qəbulu və qidalanmanın tələb olunan səviyyədə olmaması interstisial toxumada suyun azlığı, drenaj borular və nazoqasttral zond vasitəsilə mədə-bağırsaq sistemindən və seroz boşluqlardan çoxlu möhtəviyyatın xaric olması, artıq mayenin pərez vəziyyətində olan boşluqlu orqanlarda yığılıb qalması (sekvestrasiyası) izotonik dehidratasiyanın meydana çıxmasına səbəb olur. Bunun əksinə olaraq həddən artıq tərləmə, ağciyərlərin hiperventilyasiyası, geniş yara sahəsindən mayenin itirilməsi, isti iqlimdə susuzluq və maye qəbulunun məhdudluğu və iqlimə adaptasiyanın olmaması hallarında hipertonic dehidratasiya baş verir. Hiperhidratasiyanın ağciyərin parenximasında baş verməsi kəskin tənəffüs çatmamazlığı əlamətlərinin meydana çıxmasına və yanaşı ağciyər xəstəliklərinin kəskinləşməsinə gətirib çıxarır.

Volemik təsirə malik infuzion vasitələrin istifadəsi hipovolemiya fonunda dövrən edən qanın kəsirindən asılı olaraq, mayenin hüceyrədən-kənar sahələrə, yaxud damar daxilinə toplanmaq imkanı verir. Bu xassələrinə görə infuzion vasitələrin volemik əmsalı nəzərə alınmalıdır. Məsələn, əgər köçürülən mayenin volemik əmsalı 0,5-ə bərabərdirsə, bu o deməkdir ki, həmin məhlulun orta hesabla yarısı damar daxilinə keçə bilər. Qalan hissə isə interstisial sektorda toplanaraq izotonik rehidratasiyanın yaranmasına səbəb olur. Bu tipli məhlullar adətən interstisial sektorun dolması məqsədilə istifadə olunur. Əgər köçürülən mayenin volemik effekti vahidə bərabərdirsə, bu o deməkdir ki, mayenin hamısı damar daxilinə keçərək, qanın plazmatik komponentini təşkil edir. Köçürülmüş mayenin volemik əmsalının vahiddən böyük olduğu hallarda həmin həcm damar daxilinə keçməsindən əlavə, mayenin interstisial toxumalardan damar daxilinə keçməsinə də şərait yaranır. Beləliklə, hüceyrədən-kənar hiperhidratasiyanın qarşısı alınmış olur. Eyni zamanda bu, qanın plazmatik həcmnin artmasına da imkan verir.

Mikrosirkulyasiyadakı pozğunluqlar reoloji xüsusiyyətləri üstün olan mayelərin köməyi ilə ləğv olunur. Lakin bunları köçürməzdən əvvəl orqanizmə kifayət qədər duz məhlulları və qlükoza məhlulu köçürülməlidir. Hərbi-tibb müəssisəsinə gətirilmiş xəstə, yaxud yaralıya infuzion-transfuzion terapiyanın aparılması ilk növbədə mərkəzi qan dövrəsinin stabilləşməsi, mikrosirkulyasiyanın yaxşılaşması və operativ müdaxilənin həyata keçirilməsi üçün optimal şəraitin yaradılması prinsipinə xidmət etməlidir. Bunun müsbət nəticəsi arterial və venoz təzyiqlərin göstəricilərinə və normal diurezin bərpa olunmasına əsaslanmalıdır. Əgər yaralı hospitala nisbətən gec (yaralandıqdan 4-6 saat sonra) çatdırılmışsa və hospitalaqədərk müddətdə infuzion terapiya almamışdırsa, şübhəsiz ki, onun qan dövrəsində ciddi pozğunluqlar müşahidə olunacaqdır. Belə hallarda əsas prinsipə əməl edilməklə infuzion-transfuzion terapiya simptomatik pozğunluqlara uyğun fərdi şəkildə həyata keçirilməlidir. Çünki baş verməkdə olan böyrək çatmamazlığı və daha sonralar poliorqan çatmamazlığın meydana çıxması nəticəsində həyata keçirilən tədbirlər gec olduğundan ola bilər ki, lazımi müsbət nəticə verməsin.

İnfuzion-transfuzion terapiyanın müsbət təsiri diurezin saatda 40-50 ml-ə qədər yüksəlməsi, sidikdə natriumun qatılığının artması və toxumalarda ödem azalması ilə aşkarlanır. Asidozun aradan qaldırılması məqsədilə venaya 150-300 ml 5%-li natrium bikarbonat məhlulu köçürülməlidir. Bu, daha tez nəticə

alınmasına imkan verir. Qanın dezintoksikasion funksiyası yaralılara kiçik molekuldu kolloid məhlullarının (hemodez) köçürülməsi və diurezin stimulyasiyası yolu ilə əldə edilməlidir. Dərin endogen intoksikasiyalar zamanı diurezin stimulyasiyası, yəni onun həcmnin orta hesabla sutkada əlavə 400 ml artırılması vacibdir. Əgər diurezin stimulyasiyası mannitol, yaxud böyük dozada (300 mq) lazıkslə (furosemidlə) mümkün deyilsə, bu kimi hallarda ekstrakorporal detoksikasiyanın aparılmalıdır.

Müəyyən infuzion vasitələr bilavasitə metabolik proseslərə təsir edərək, zədələnmə, yaxud cərrahi müdaxilələrlə əlaqədar baş vermiş metabolik pozğunluqları aradan qaldırmaq imkanına malikdir. Nəticə etibarilə qanın normal kolloid-osmotik təzyiqi bərpa olunur. Qanəvəzedicilərin metabolik prosesləri tənzimləməsi laktat və asetat mübadiləsinin normallaşması hesabına yaranır. Laktatlardan fərqli olaraq, asetat mübadiləsinin tənzimi hətta ağır arterial hipoksemiya və hemik hipoksiya vəziyyətlərində də mümkündür. Bu baxımdan mafusol təkcə tənzimləyən maye olmayıb, həmçinin birbaşa antihipoksik təsirə də malikdir. Bu, onun tərkibində olan fumarat sayəsində əldə edilir. Buna görə də mafusol ağır dərəcəli şoklarda, peritonitlərdə, sepsislərdə və eləcə də digər toxuma hipoksiyalı patologiyalarda istifadə oluna bilər. Daha yüksək təsirə malik kompleks tərkibli polivisolin isə həmçinin sıradan çıxmış hepatositlərin bərpa olunması imkanını da yaradır. Tərkibcə orta molekuldu dekstran və kolloid dəmirdən ibarət olan polifer isə poliqlükin kimi istifadəsindən əlavə, posthemorragik dəmir defisitli anemiyalarda dəmirin bərpası üçün lazımlı vasitədir.

Bir çox qanəvəzedicilər interstisial mayenin həcmnin genişləndirilməsilə ekzogen və endogen toksinlərin xaric olmasına imkan verir və dolaylı detoksikasiya təsirinə malikdir. Məsələn, albumin və protein toksik məhsullarla kompleks şəkildə birləşmək qabiliyyətinə malikdirlər. Bu qabiliyyət hemodez və neohemodezdə qüvvətli, jelatinol və jelafuzində nisbətən zəifdir. Osmotik diuretiklər (mannitol, sorbitol, trisaminol, eləcə də jelatinol) diurezi stimule etmək və detoksikasiya qabiliyyətinə malik olmaqla bərabər, həmçinin güclü volmik aktiv qanəvəzedicidir. Bunlar döyüş zədələnmələrində güclü qanıtırmələr və endogen infeksiya və intoksikasiyalar zamanı sidik ifrazının gücləndirilməsi yolu ilə böyrək kanalcıqlarına toksinlərin ziyanlı təsirinin aradan qaldırılması və kanalcıqların tutulmasının qarşısının alınması təsirinə malikdir.

Kristalloidlər də müəyyən həcmdə hipovolemiyanın aradan qaldırılması imkanına malikdirlər. Lakin plazmada zülal kəsiri zamanı bunlar bütünlüklə orqanizmdə, yaxud ayrı-ayrı orqanlərdə (məsələn, ağciyərin parenximasında) hiperhidratasiya yarada bilər.

Dekstranlar (makrodeks) plazmanın həcmnin artırılması təsirinə malikdir. Lakin bunların anafilaktik reaksiya vermək xüsusiyyəti həmin maddələrin optimal həcmdə köçürülməsini tələb edir (orta hesabla bədən çəkisinin hər kiloqramına 70 mq). Dekstranların 30%-i 6 saat ərzində qalan hissəsi isə sutka ərzində qan dövranında qalır. Bunların böyük dozada, sürətlə köçürülməsi hemorragik sindromun əmələ gəlməsinə səbəb ola bilər.

Kiçik molekuldu dekstran (reopoliqlükin) həddən artıq dehidratasiyalarda və prerenal oliquriyalarda böyrək kanalcıqlarının zədələnməsinə və osmotik nefrozun əmələ gəlməsinə səbəb ola bilər. Odur ki, bu tipli mayeləri köçürməzdən əvvəl dehidratasiya tədbirləri həyata keçirilməlidir. Reoqlümanda isə tərkibində mannitol olduğu üçün bu zərərli əlamətlər müşahidə olunmur. Bəzən anafilaktik və toksik təsiri olduğu üçün polivinilpirrolidon tərkibli qanəvəzedicilərin (hemodez) böyük həcmdə köçürülməsinə yol verilməməlidir. Onun köçürülməsinin maksimal həcmnin bədən çəkisinin hər kiloqramına 10 ml-dən artıq olması məsləhət deyil. Bu, hemokoaqulyasiyanı azalda bilər. Qanaxmalar, travmatik şok, yanıq xəstəliyi, uzunmüddətli sıxılma sindromu və digər kritik vəziyyətlərin müalicəsi zamanı, xüsusilə cərrahi əməliyyatdan sonrakı müddətlərdə infuzion məhlulların istifadəsində bu tipli preparatların yanaşı təsirləri nəzərdə tutulmalıdır. Dehidratasiya hallarında köçürülmüş tərkibin turşu-qələvi vəziyyəti, böyrəklərin, ürək-damar və tənəffüs sisteminin, həzm sisteminin vəziyyəti nəzərə alınmalı və pozğunluqlar vaxtında aradan qaldırılmalıdır.

Klinik olaraq dehidratasiya süstlük, mərkəzi sinir sisteminə ləngimə əlamətləri, bəzən isə oyancılığın baş verməsilə müşahidə olunur. Susuzluğun əmələ gəlməsi orqanizmdə su itgisinin təxminən 2%-dən yuxarı olduğu hallarda baş verir. Qoltuqaltı və qasıq nahiyələrində dərinin quru olması, dildə cadarların görünməsi yaralıda maye defisitinin 1,5-2 litrə çatdığını göstərir. Dehidratasiyanın artması hipotenziyanın, taxikardiyanın baş verməsi, venoz təzyiqin enməsi, oliquriyanın əmələ gəlməsi,

bağırsağın parezinin artması ilə özünü göstərir. Burada taxikardiya hipokaliemiya ilə daha çox əlaqədardır. Bütün bunlar mərkəzi sinir sisteminin, ürək-damar sisteminin, tənəffüs sisteminin, mədə-bağırsaq, sidik-ifrazat sistemi orqanlarının fəaliyyətini çətinləşdirir və həmin orqanların yanaşı xəstəliklərinin kəskinləşməsinə gətirib çıxarır. Beləliklə ağciyər vərəminin fəallaşması, kavernaların əmələ gəlməsi, mədə və 12-barmaq xora xəstəliklərinin kəskinləşməsinə –mədə-bağırsaq qanaxmalarına, yaxud xoraların deşilməsi nəticəsində peritonitlərin əmələ gəlməsinə səbəb olur.

Su və duz mübadiləsi pozğunluğunda plazmanın elektrolit tərkibinin təyin olunmasının xüsusi əhəmiyyəti vardır. Burada həmçinin hematokrit və eritrositlərin həcminin öyrənilməsinin də xüsusi əhəmiyyəti vardır. Sübut olunmuşdur ki, qırmızı qan küreciklərinin ölçüsü hipertonik pozğunluqlarda 80 mk m kub və hipotonik pozğunluqlarda 105 mk m kuba çatır. Odur ki, orqanizmin su-duz mübadiləsinin pozğunluqlarında diaqnostik məqsədlə təkcə hematokritə arxalanmaq heç də düzgün olmazdı. Bu baxımdan tipik klinik əlamətlərə əsaslanaraq, patogenetik intensiv terapiyanın vaxtında aparılması və böyrəklərin funksiyasının nəzərdə tutulması (xüsusilə yanaşı böyrək xəstəliyi olan şəxslərdə) daha vacibdir.

İzotonik dehidratasiyanın aşkar əlamətləri müşahidə olunan hallarda 3-4 saat ərzində 1,5-2 litr izoosmolyar (laktosol, asesol, ringer məhlulu, izotonik xörək duzu məhlulu) və hipoosmolyar məhlulların köçürülməsi kifayət edir. Yanaşı şəkərli diabeti olan xəstələrə qlükoza məhlullarının köçürülməsində bir qədər ehtiyatlı olmalı, qlükozanın miqdarına görə xəstələr insulin almalıdırlar. Rehidratasiyanın səmərəsi (effekti) yaralının psixikasının, hemodinamik göstəricilərin (nəbz, arterial və venoz təzyiqlər) və diurezin normallaşmasına əsasən təyin olunur. İxtisaslaşdırılmış müalicə müəssisələrində isə bu, hər 8-12 saat ərzində laborator nəzarəti altında həyata keçirilməlidir. Hipovolemiyanın lazımcıca tənzimlənməsində hüceyrədənəxaric mayenin həcmi xüsusi rol oynayır. Bu tənzimlənmə yalnız su-duz mübadiləsindəki pozğunluğun aradan qaldırılması yolu ilə mümkündür.

Əgər yaralı müəyyən səbəbə görə maye qəbul edə bilmirsə, yaxud bundan imtina edirsə, ifraz olunmuş sidik həcmində ona izoosmolyar duz məhlulu köçürülməlidir. Əgər böyrək çatmamazlığı baş vermişsə, köçürülən mayenin həcmi ifraz olunan sidiyin yarısı həcmində olmalıdır; əks təqdirdə kəskin tənəffüs çatmamazlığı baş verə bilər. Drenaj boru ilə maye itgisi, qusma, mədə zondu, enterostoma, yara səthindən maye ifrazı və ishal nəticəsində əlavə maye itgisi infuzion terapiyanın həyata keçirilməsində nəzərə alınmalı, bu həcm izoosmolyar duz məhlulları ilə bərpa olunmalıdır. Çoxlu maye itgisi zamanı (drenaj borularından ifrazat, diurez və qusuntu materialı) infuzion tərkibə hiperosmolyar məhlullar və parenteral qida məhlulları da əlavə edilməlidir. Rehidratasiya əldə etdikdən sonra həmin səviyyənin saxlanılması məqsədilə (əgər dehidratasiyanın əlamətləri qabarıq şəkildə müşahidə olunmursa) saatda 80-100 ml Ringer-laktat məhlulu köçürülməlidir. Qeyd etmək lazımdır ki, yüksək hərərət zamanı güclü tərləmə hallarında kəskin tənəffüs çatmamazlığının kompensasiya fazasında böyrəkdənkənar su itgisi (tərləmə hesabına) hiss olunmadan artır. İtirilmiş mayenin bərpası məqsədilə xəstəyə 2-2,5 litrə qədər normal duz, yaxud Ringer-laktat məhlulu köçürülməlidir. Xüsusilə səhra və yarımsəhra şəraitində böyrəkdənkənar maye itgisi daha çox olur. Belə hallarda itirilmiş mayenin bərpası məqsədilə xəstənin hər kiloqram bədən çəkisinə görə 25-30 ml maye köçürülməlidir. Septik vəziyyətlərdə, peritonitlərin toksik və terminal fazalarında, kəskin bağırsaq keçməməzliyində bu həcm hər kiloqram bədən çəkisinə görə sutkada 70-80 ml-ə çatdırılmalıdır.

Yaralanmadan sonra natrium mübadiləsinin pozulması ikincili xarakter daşıyır. Rasional infuzion terapiyadan sonra natrium mübadiləsi pozğunluğunu asanlıqla aradan qaldırmaq mümkündür. Bu yolla həmçinin kalium mübadiləsi pozğunluğu da ləğv edilə bilər. Zədə xəstəliyi zamanı enerji sərfinin arması nəticəsində kalium ionları hüceyrələrdən ara toxumaya keçir və sidiklə xaric olur. Kalium itgisi yara infeksiyasında, bağırsaqların parezi zamanı daha çox müşahidə olunur. Yaranın əlavə cərrahi işlənilməsi kalium defisitini daha da artırır. Bunun klinik əlamətləri ürək çatmamazlığı, bağırsaqların, davamlı parezinin olması, susuzluq və pnevmoniyanın baş verməsi ilə xarakterizə olunur.

İnfuzion terapiyadan fərqli olaraq, transfuzion terapiyada əsas məqsəd qanın eritrositar həcminin bərpasından ibarətdir. Ağır yaralılarda infuzion terapiyadan sonra susuzluğun qalması müalicənin lazımcıca aparılmadığına sübutdur.

Travmatik şok zamanı infuzion-transfuzion terapiyanın aparılması oliquriyanın qarşısını alır. Lakin ağır zədələnmələr zamanı böyrəklərin süzmə (konsentrasiya) qabiliyyəti pozulduğundan poliuriya nəticəsində hipovolemiya daha da dərinləşə bilər. Enerji sərfinin yüksəlməsi, yara ifrazatı, drenaj boru və mədə zondundan gələn möhtəviyyatın hesabına kalium itgisi daha da arta bilər. Plazmada kaliumun səviyyəsi 3,5 mmol/l-dən aşağı olmamalıdır. Hipokaliemiyanın profilaktikası məqsədlə parenteral qidanın tərkibinə sutkada 3-4 qram kalium xlorid əlavə olunmalıdır. Yumşaq toxumaların geniş zədələnməsi, uzunsürən oliquriya travma xəstəliyinin kəskin dövründə hiperkaliemiya ilə nəticələnir. Plazmada kalium ionlarının konsentrasiyası 5-6 mmol/l-ə çatır. Bu pozğunluq öz gizli gedişi ilə daha qorxuludur. Çünki ürək ritminin pozğunluğu kritik vəziyyətlərə gətirib çıxara bilər. EKG müayinəsi bu pozğunluğun vaxtında aşkar olunmasına imkan verir. Bu zaman P dişciyi basılmış, ST seqmenti standart aparmalarda izoxəttən yuxarı qalxmış olur, QRS kompleksi genişlənir, T dişciyi döş aparmalarında sivri olur.

Hiperkaliemiya zamanı tərkibində kalium olmayan məhlulların köçürülməsi və saluretiklərin təyini müsbət nəticə verir. 400 ml 10%-li qlükoza məhlulunun insulinlə köçürülməsi kalium ionlarının plazmadan hüceyrəyə keçməsinə imkan verir. Lakin yanaşı şəkərli diabeti olan yaralılarda qlükoza məhlulunun istifadəsi zamanı ehtiyatlı olmalıdır!

Dərin su-duz mübadiləsi pozğunluğunun qarşısının alınması məqsədlə ağrının aradan qaldırılması və mikrosirkulyasiyanın normallaşması vacibdir. Su mübadiləsinin normal vəziyyətdə saxlanması üçün səmərəli qidalanmanın təmin olunmasının, yaxud onun müvəqqəti olaraq süni qidalanma ilə əvəz olunmasının da xüsusi əhəmiyyəti vardır.

Süni qidalanma. Ağır yaralanmanın fəsadlaşmaları zamanı orqanizmin ehtiyat qüvvələri qida maddələrinə olan tələbatı həmişə ödəyə bilmir. Buna görə də travma xəstəliyinin kəskin dövründə təbii qidalanmanın bərpasına qədər süni qidalanmanın tətbiqi vacibdir. Bunun məqsədi orqanizmin toxumalarının dağılmasının və ikincili immun depressiyanın qarşısının alınmasıdır. Bu patoloji proseslər ağır yaralanmalar zamanı yanaşı xəstəliklərin olduğu hallarda daha qabarıq şəkildə meydana çıxır. Burada həm zədələnmə və həm də yanaşı xəstəliklərin olması orqanizmin müqavimət qabiliyyətinin tükənməsinə, ikincili immunodefisitə əmələ gəlməsinə, beləliklə qarşılıqlı ağırlaşma sindromunun daha tez baş verməsinə və prosesin daha ağır keçməsinə səbəb olur. Bunlar zədələnmənin lokalizasiyasından və hansı orqan və sistemin yanaşı xəstəliyə tutulmasından asılı olaraq müxtəlif şəkildə təzahür edilə bilər. Prinsip etibarilə bunlar zədə xəstəliyinin klinikasını əks etdirir. Fərqli cəhətə ondan ibarətdir ki, yanaşı xəstəlikləri olan yaralılar zədələnməni daha ağır keçirirlər. Bu zaman meydana çıxan zədə xəstəliyinin əsas əlaməti olan poliorqan çatmamazlıq hətta ən adi yaralanmalarda belə müşahidə olunur.

Süni qidalanma parenteral və enteral yolla həyata keçirilə bilər. Parenteral süni qidalanma zamanı qida maddələri birbaşa qana daxil olur. Bu, mədə-bağırsaq sistemində zədələnmə olan yaralılara müvəqqəti olaraq tətbiq edilir. Əgər təbii yolla qidalanma geniş həcmli operativ müdaxilələrdən sonra mümkün deyilsə, bu halda süni qidalanma məqsədlə vena daxilinə 350-400 ml 10-25%-li qlükoza, 10-20 ml 8%-li kalium xlorid məhlulunun köçürülməsi lazım gəlir. Köçürülmüş qlükozanın miqdarına uyğun olaraq (hər 3-4 qram şəkərə 1 vahid) insulin yeridilməlidir. Yanaşı şəkərli diabeti olan yaralılarda qlükoza məhlulu digər məhlullarla əvəz olunmalıdır. Infuzion-transfuzion terapiyanın həcmi təyin olunmasında drenaj və zond vasitəsilə xaric olan mayenin ümumi miqdarı nəzərdə tutulmalıdır. Ümumiyyətlə infuzion-transfuzion terapiya zamanı orqanizmə yeridilən mayenin həcmi hər kiloqram bədən çəkisinə sutkada 30 ml-dən az olmamalıdır.

Köçürülən mayələr volmik və reoloji təsirə malik olub, detoksikasion və qidalandırma funksiyalarını da daşımalıdır. Poliqlükin, volekam, poliqlüsol, polifer əsasən dövrən edən qanın həcmi bərpası məqsədlə tətbiq olunur. Mafusol, laktosol, Qartman, Ringer, Ringer-Lokk məhlulları və 0,9%-li xörək duzu məhlulu əsasən elektrolit mübadiləsinin tənzim olunması məqsədlə; hemodez, polivisolin dezintoksikasiya məqsədlə; reopoliqlükin, reoqlüman, polioksidlər, polivisolin, jelatinol qanın reoloji qabiliyyətinin bərpası məqsədlə tətbiq olunur. Poliamin, müxtəlif konsentrasiyalı qlükoza məhlulları, eləcə də albumin və digər qan preparatları həmçinin qidalanma məqsədlə də tətbiq oluna bilər.

Parenteral qidalanmanın tərkibində amin turşuları da olmalıdır. Bu məqsədlə poliamin, infuzamin preparatlarından geniş istifadə edilməlidir. Optimal olaraq hər 7 qram qlükozaya 1 qram amin turşusu

düşməlidir. Parenteral qidalanmanın davamı orqanizmin həyati-vacib funksiyalarının bərpasından, endogen intoksikasiyanın aradan qaldırılmasından asılı olub, adətən 6-7 gün davam etdirilir. Hemodinamikada stabilliyin bərpası, qanazlığının ləğv olunması (Hb –100 q/l), normal qidalanmanın bərpası və qanitirmə əlamətlərinin aradan qaldırılması parenteral qidalanma məqsədilə infuzion-transfuzion terapiyanın kifayət olduğunu göstərir.

Kəskin tənəffüs çatmamazlığında həddən artıq hipovolemiyalar zamanı və su-duz mübadiləsində ciddi pozğunluq hallarında adi qaydada həyata keçirilən parenteral qidalanma həmişə lazımi müsbət nəticə vermir. Bu zaman hiperosmolyar məhlulların uzunmüddətli infuziyaları və parenteral qidalanma məqsədilə mərkəzi venaların kateterizasiyası daha məqsədəuyğundur.

Qismən parenteral qidalanma məqsədilə qlükoza əlavə edilmiş məhlulların köçürülməsi daha məqsədəuyğundur. Bu məqsədlə 400 ml 10%-li qlükoza məhlulu hazırlanılır, bura 10 ml 4%-li kalium xlorid, 10%-li 5 ml kalsium xlorid, yaxud kalsium qlükonat, 1-2 ml 25%-li maqnezium sulfat məhlulu əlavə edilir. Tam parenteral qidalanma məqsədilə 25%-li 400 ml qlükoza məhluluna 16-20 ml 4%-li kalium xlorid, 5 ml 10%-li kalsium xlorid, yaxud həmin konsentrasiyada kalsium qlükonat, 1-2 ml 25%-li maqnezium sulfat məhlulu əlavə edilir. Şəkərli diabeti olan yaralıların müalicəsində qlükoza məhlulunun istifadəsi ehtiyatla aparılmalıdır! Bu zaman optimal dozada insulinə istifadə edilməlidir. Böyrək çatmamazlığında elektrolitlərin (xüsusilə kalium və maqneziumun) dozası minimuma endirilməli, yaxud bunlar istifadə edilməməlidir. Qlükozanın tam utilizasiyası üçün hər 3-4 qram şəkərə 1 vahid insulin əlavə olunmalıdır. Uzunmüddətli (3-5 sutka) parenteral qidalanma zəifləmiş şəxslərdə energetik tələbatın yağlı emulsiyalar (intralipid, lipofundin) hesabına ödənilməsi daha məqsədəuyğundur. Çoxlu maye itirilməsi zamanı tərkibində natrium olan məhlullar (0,9%-li natrium xlorid və laktosol) ikinin-birə olan nisbətində köçürülməlidir. Toxumaların plastik qabiliyyətinin bərpası məqsədilə amin turşuları sərbəst halda, yaxud zülal hidrolizatları ilə qarışıq şəkildə (poliamin, B qrup vitaminlər, nikotin turşusu, böyük dozada C vitamini) tətbiq edilməlidir. Amin turşuları qlükoza məhlulları ilə paralel şəkildə istifadə edilməlidir. Hipoproteinemiyası olan həddən artıq zəifləmiş xəstələrə isə albumin (sutkada 20-30 qram) köçürülməsi daha məqsədəuyğundur. Geniş yaralanmalarda albuminin köçürülməsi qanda onun səviyyəsi normallaşdıqdan sonra da profilaktik olaraq bütün sutka ərzində davam etdirilməli, bu zaman damcılarının sayı dəqiqədə 60-dan çox olmamalıdır. Parenteral qidalanmanın hər bir seansında 400 ml 5%-li qlükoza (insulinsiz) köçürülməlidir ki, baş verə biləcək hipoqlikemiyanın qarşısı alınsın.

Tam parenteral qidalanmanın sutkalıq dozası aşağıdakı şəkildə olmalıdır: zülal hər kiloqram çəkiyə 0,5-1 qram düşməklə 400-800 ml poliamin, 900-1300 ml zülal hidrolizati, 2-3 litr 25%-li qlükoza məhlulu, elektrolitlər köçürülməlidir. (Xəstələrin qanında şəkərin səviyyəsi qabaqcadan təyin olunmalıdır)! Köçürülmüş mayenin ümumi həcmi itirilmiş mayenin həcmindən 1-1,5 litr çox olmalıdır. İnfuzata insulin, B qrup vitaminləri, C vitamini və anabolik hormonlar da əlavə edilməli, xəstələrin çəkisi vaxtaşırı yoxlanılmalıdır. Parenteral qidalanmanın nəticəsi laborator nəzarəti ilə təyin edilməlidir. Qan zərdabında zülalın konsentrasiyası 50 q/l-dən az olmamalıdır. Qlobulin fraksiyası normada olmalıdır. Tam parenteral qidalanmanın yerinə yetirilməsi zamanı qlükoza məhlulunun az konsentrasiyada (5-10%-lə) istifadəsi səhv fikirdir. Bu, azot balansının tənzimi üçün kifayət deyil. Eyni zamanda infuziyalar, xüsusilə zəif xəstələrə sürətlə həyata keçirilməlidir. Şübhəsiz ki, bu zaman şəkərin hər 3-4 qramına 1 vahid insulin istifadə edilməlidir. Əks təqdirdə yaralılar koma vəziyyətinə düşə bilərlər.

Parenteral qidalanmanın fəsadlaşmalarına hava emboliyası, su-duz mübadiləsində yatrojen pozğunluqlar, dehidratasiya və hipoproteinemiyanın olması, insulinin çox istifadəsi zamanı hipoqlikemiyanın baş verməsi və i.a. aiddir. Axırncı insulinin nəzarətsiz istifadəsi nəticəsində baş verir.

Mədə-bağırsaq traktında yaralanması olmayan xəstələrə həmçinin süni enteral qidalanmanın aparılması vacibdir. Qida mədəyə zondla homogen qarışıq şəkildə verilməlidir. Mədə yaralanmalarında nazik zondun daha dərinliklərə yeridilməsilə də enteral qidalanmanı təmin etmək mümkündür. Bu məqsədlə ikikanallı zondların tətbiqi daha məqsədəuyğundur.

Yaralanma nəticəsində baş vermiş adi peritonitlərdə enteral qidalanma məqsədilə 1 litr qaynadılmış suya 5 qram xörək duzu, 2 qram natrium bikarbonat, 1,5 qram kalium xlorid, 1,6 qram kalsium xlorid, 0,8 qram maqnezium sulfat, 30 qram qlükoza (şəkər) əlavə olunmuş qarışığın istifadəsi məsləhət görülür. Şəkər yerinə təbii baldan da istifadə edilə bilər. Bu qarışıqta 100 ml poliamin və digər amin turşularının

qatılması yaxşı nəticə verir. Yanaşı şəkərli diabeti olan yaralılarda şəkər istifadə olunmamalıdır. Enteral qidalanma məqsədlə hazır duz preparatlarından reqidron, qastrolit, qlükosol, orasoldan da istifadə oluna bilər. Reqidronun tərkibi 3,5 qram xörək duzu, 2,5 qram kalium xlorid, 2,9 qram natrium sulfatdan, 10 qram qlükozadan, yaxud şəkərdən ibarətdir. Bu qarışıq 1 litr qaynadılmış suda həll olunur və sutka ərzində soyudulmuş şəkildə istifadə olunur. Orasolun tərkibi isə 20 qram şəkərdən, 3,5 qram xörək duzundan, 2,9 qram natrium sitratdan, 1,5 qram kalium xloriddən ibarətdir.

Enteral qidalanmanın damcı üsulu ilə yerinə yetirilməsi daha məqsədəuyğundur. Bu, saatda hər kiloqram bədən çəkisinə 0,5-1 ml olmaqla tətbiq edilməlidir. Əgər xəstə qidalanmanı yaxşı keçirirsə, mayenin miqdarı saatda hər kiloqram çəkiyə 2 ml-ə qədər (100-150 ml) artırıla bilər. Bu, qidalı qarışıqın mənimsənilməsi üçün optimal sürətdir.

Süni qidalanmanın düzgün həyata keçirilmədiyi hallarında kəskin tənəffüs çatmamazlığı və qan dövranında, eləcə də toxuma mikrosirkulyasiyasında müəyyən pozğunluqlar müşahidə oluna bilər. Enteral qidalanma zamanı qidalı qarışıq kifayət qədər energetik və plastik xüsusiyyətlərə malik olmalı, lazımı həcmdə optimal templə yerinə yetirilməlidir. Buruna keçirilmiş zond yaxşı fiksə olunmalı və əlavə qıcıqlanma verməməlidir. Süni qidalanma zamanı lazım gəldikdə bağırsağı stimula edən dərman preparatları da tətbiq oluna bilər. Qidalı qarışıq sutka ərzində hər kiloqram çəki üçün 40-50 kal enerjini təmin etməlidir. Zülalın miqdarı sutkada hər kiloqram çəkiyə 1 qramdan az olmamalıdır.

Beləliklə, enteral qidalanma fizioloji baxımdan həmçinin yanaşı xəstəlikləri olan yaralıların müalicəsində daha əhəmiyyətlidir, asan yerinə yetirilir və onun tənzimlənməsinə ehtiyac qalmır. Bu zaman bağırsağ möhtəviyyətinə təkcə elektrolitlər deyil, həmçinin sintez şəklində zülallar, lipidlər də əlavə olunur. Müalicənin səmərəsinin artırılması üçün bağırsağın funksiyasına nəzarət olunmalı, paretik pozğunluqlar vaxtında aradan qaldırılmalıdır.

Bağırsağın parezinin profilaktikası və müalicəsi. Zədə xəstəliyində bağırsaqların normal peristaltikasının tənzimlənməsi, patoloji qıcıqların, hipovolemiya nəticəsində baş vermiş hipoksiyanın, suduz, turşu-qələvi mübadiləsindəki pozğunluqların, baş vermiş endogen intoksikasiyanın vaxtında aradan qaldırılmasından çox asılıdır. Bu pozğunluqlar yanaşı mədə-bağırsağ xəstəliklərində daha qabarıq şəkildə təsadüf oluna bilər. Bütün tədbirlər kompleks şəkildə həyata keçirilməlidir. Operativ müdaxilədən dərhal sonra qanqlıoblokatorlardan heksonium hər 5-6 saatdan bir 15 mq, yaxud pentamin 20 mq, həmçinin aminazin, pirroksan, yaxud butiroksan 10 mq dozada gündə 2 dəfə tətbiq olunmalıdır. Arterial təzyiqli nəzarət olunmalı, mədəyə daimi zond keçirilməli, bağırsağın funksiyasının normallaşması ilə bərabər enteral qidalanma da tətbiq edilməlidir.

Odlu silah yaralanmaları, yaxud qarının küt zədələnmələrdən sonra bağırsağ parezinin profilaktikası məqsədlə ən səmərəli tədbirlərdən biri uzunmüddətli epidural blokadaların aparılmasıdır. Bu, normovolemik şəraitdə D8-11 səviyyəsində epidural sahəyə 2 ml 2-2,5%-li trimekain məhlulunun yeridilməsilə həyata keçirilir. Bu zaman xəstələrdə ürəkbulanma, qusma və arterial təzyiqlin enməsi müşahidə edilə bilər. Əgər xəstə anesteziyanı yaxşı keçirirsə, trimekainin sutkaliq dozası 5-7 ml-ə çatdırılır və bu miqdar bir neçə sutka davam etdirilir. Torakoabdominal yaralanmalarda eyni zamanda uzunmüddətli retroplevral blokadaların aparılması da yaxşı nəticə verir. Bunun da təsir mexanizmi epidural blokadalar kimidir. Bu məqsədlə VII qabırğa bucağında retroplevral sahə punksiya olunur və ora kateter keçirilir. Kateterlə retroplevral sahəyə 15 ml 1%-li trimekain, yaxud 20-25 ml 0,5%-li novokain məhlulu yeridilir.

Uzunmüddətli epidural blokadalar intensiv optimal respirator terapiya, hipovolemiya və anemiyanın aradan qaldırılması, interstisial sahədə elektrolitlərin səviyyəsinin bərpa olunması fonunda yerinə yetirilməlidir. Paralitlik bağırsağ keçməməzliyi nəticəsində baş vermiş mübadilə pozğunluqları aradan götürülməzsə, bunlar böyrək və qaraciyər çatmamazlığı ilə nəticələnə bilər.

Böyrək çatmamazlığı zamanı intensiv terapiyanın aparılması. Uzunmüddətli hipotenzianın, qan dövranının patoloji mərkəzləşməsinin (sentralizasiyanın) qarşısının vaxtında alınması, itirilmiş qanın həcmninin bərpası, sinir uclarının neyrovegetativ blokadalarının həyata keçirilməsi böyrəklərin funksional pozğunluqlarının baş verməsinin qarşısını ala bilər. Lakin bu pozğunluqlar təkcə işemik faktorlardan asılı olmayıb, eyni zamanda böyrək parenximasına sərbəst hemoqlobin, mioqlobin və qanda dövrən edən digər mənşəli endotoksinlərin mənfi təsirindən də asılı olur. Yaralanma ilə əlaqədar infeksiya fəsadlaşmalardan

pnevmoniya, peritonit və sepsisin baş verməsi böyrək çatmamazlığının inkişafında xüsusi rol oynayır. Həmçinin böyrək çatmamazlığı zədələnmə nəticəsində böyrəklərin və sidik yollarının yanaşı gizli xəstəliklərinin kəskinləşməsi ilə də əlaqədar olaraq baş verir. Bu halda böyrək çatmamazlığı daha davamlı xarakterə malik olur. Ona görə də zədələnmələr zamanı böyük həcmdə dekstran məhlullarının eləcə də xüsusi hazırlıq olmadan massiv qanköçürmənin həyata keçirilməsi məsləhət görülmür. Belə hallarda oliquriya baş verir, qanın xüsusi çəkisi azalır, sidikdə zülal çoxalır, azotemiya müşahidə olunur. Qanda kreatinin və sidik cövhərinin arması böyrəklərin süzmə qabiliyyətinin ciddi pozğunluğunu göstərir. Sidik cövhərinin qanda konsentrasiyasının 50 mmol/l-dən çox olması nəticəsində taxipnoe, tənqəfəslik, ürəkbulanma, qusma, bağırsaqların uremik parezi, yaxud ishal müşahidə olunur. Qaraciyər böyüyür, toxumalarda durğunluğun artması nəticəsində ağciyərlərin qeyri-kardiogen ödemə baş verir.

Belə hallarda 20%-li mannitol məhlulunun hər kiloqram bədən çəkisinə 1q olmaqla köçürülməsi yaxşı nəticə verir. Osmodiuretiklərin köçürülməsi venoz təzyiğin nəzarəti altında aparılmalıdır. Davamlı oliqoanuriya hallarında (diurez saatda 30 ml-dən aşağı olduqda) bədən çəkisinin hər kiloqramına 1 ml olmaqla vena daxilinə 33%-li etil spirtinin köçürülməsi də stimulyasiya məqsədini daşıyır. Oiquriya vəziyyətlərində intensiv terapiyanın aparılması zamanı hiperhidratasiyanın baş verməsinə və beləliklə dərman maddələrinin kumulyasiyasına yol vermək olmaz. Asidoz vaxtında korreksiya olunmalı, intensiv terapiya müddətində hipokaliemiya, uremiya və yüksək hərərlə əlaqədar artan zülal katabolizmi nəzərə alınmalıdır. Orqanizmə daxil olan maye sutkalıq diurezin və yara ifrazatının həcmi nəzərə alınması ilə tənzim olunmalı, hipertermiya zamanı hər bir dərəcə yüksək temperatur üçün 0,4-0,5 litr əlavə maye köçürülməlidir. Əgər böyrək çatmamazlığı metabolik asidozla müşahidə olunursa, infuzata sutkada 3-4 dəfə olmaqla 5%-li natrium bikarbonat məhlulu da əlavə olunmalıdır. Yaranın cərrahi işlənməsinin vaxtında aparılması və irinli toplaqların drenaj olunması eyni zamanda hiperkaliemiyanın da artmasının qarşısını alır. EKQ-də hiperkaliemiya əlamətlərinin müşahidə olunduğu hallarda venaya insulinlə birlikdə qlükozanın konsentrasiyalı məhlulu istifadə olunmalıdır. Bu, interstisial toxumaya yığılmış kaliumun yenidən hüceyrələrdə toplanması üçün şərait yaradır. Kəskin böyrək çatmamazlığı zamanı qarışıq qidalanma hər kiloqram bədən çəkisi üçün 40 kal təşkil etməli, qida zülallar, karbohidratlar və vitaminlərlə zəngin olmalıdır. Məhz bu yolla katabolizmin azaldılması, reparativ proseslərin sürətlənməsi və böyrək çatmamazlığının qarşısının alınması mümkündür.

Qaraciyər çatmamazlığı zamanı infuzion terapiyanın aparılması qaydası. Hətta az miqdar, lakin davamlı hipovolemiyalar zamanı, dövrən edən qanın həcmi 15%-ə qədər azalması hallarında qanın patoloji sentralizasiyası şəraitində hepatositlərin sıradan çıxması və toksinlərin ümumi qan dövrənə keçməsi mümkündür. Bu həmçinin hipovolemiya hallarında mikrosirkulyasiyanın pozulması, endogen intoksikasiya, irinli-iltihabi proseslərdə, septik vəziyyətlərdə və yanaşı infeksiya xəstəliklərdə də baş verə bilər.

Kəskin qaraciyər çatmamazlığı özünü süstlük, tormozlanma, sarılığın baş verməsi, sidinin rənginin tündləşməsi şəklində göstərir. Diurezin həcmində dəyişiklik olur. Hiperbilirubinemiya qanda sidik cövhəri və kreatininin artması ilə birlikdə müşahidə olunur. Hipovolemiyanın aradan qaldırılması istiqamətinə yönəldilmiş rasional infuzion-transfuzion terapiya, fasiləsiz analgeziya, qanın profilaktik heparinizasiyası, B qrup vitaminlərinin tətbiqi, infeksiya ocaqlarının yarılması və lazımı qaydada drenaj olunması, hiperbarik oksigenasiya, ekstrakorporal detoksikasiyanın aparılması qaraciyər çatmamazlığının qarşısının alınmasında vacib və prinsiplə tədbirlərdəndir.

Xüsusi intensiv terapiya metodları. Zədələnmə və yaralanmalar zəlzələlər və digər təbii fəlakətlər zamanı döyüş xarakteri daşımaya da bilər. Bu zaman zədələnmələr hərbi xidmətçilərdən əlavə, dinc əhali arasında daha çox müşahidə olunur. Təbii ki, bu zaman yaralıları arasında yanaşı xəstəliklər daha çox müşahidə olunur və bunun nəzərə alınması vacibdir. Zədələnmələr zamanı ağır endogen intoksikasiyalarda (uzunmüddətli sıxılma sindromu, travmatik pankreatitlər, böyrək və qara ciyər çatmamazlığında) ekstrakorporal detoksikasiyanın həyata keçirilməsi xüsusilə vacibdir. Bunun məqsədi koagulopatiyanın qısa müddət ərzində aradan götürülməsi, su-duz, zülal mübadiləsi pozğunluqlarının qarşısının alınmasından ibarətdir. Qanda endotoksinlərin həddən artıq toplandığı kəskin intoksikasiya hallarında sorbentlərin tətbiqi ilə hemoperfuziyanın aparılması daha vacibdir. Döyüş zonasında, yaxud hadisə yerində xüsusi perfuzion aparatların olmadığı vəziyyətlərdə bu tədbirlər arteriovenoz şuntların qoyulması ilə yerinə yetirilməlidir. Perfuziya bədən çəkisinin 0,2 nisbətində bərabər həcmdə dəqiqədə 80-150 ml sürətlə aparılmalıdır.

Hospital bazada endotoksikozun qarşısının alınması məqsədilə plazmaferezin aparılması da vacibdir. Plazma itgisinin dondurulmuş plazma hesabına bərpası daha səmərəli müalicə üsulu sayılmalıdır. Bu tədbirlər 2 gün müddətində aparılmalı və lazım gəldikdə kliniko-laborator göstəriciləri əsasında təkrar olunmalıdır. Ekstrakorporal oksigenasiya dializatorun, membran oksigenatorunun köməyiylə həyata keçirilməli, lazım gəldikdə plazma tam əvəz olunmalıdır.

Bütün bu tədbirlərin həyata keçirilməsi zamanı kəskin tənəffüs çatmamazlığının inkişafının qarşısı alınmalı, hipovolemiya, anemiya və koagulopatik pozğunluqlar korreksiya olunmalıdır. Təcrübə göstərir ki, yaranın düzgün radikal cərrahi işlənməsi həyata keçirilmədən və ilkin infeksiyon ocaq ləğv olunmadan yerinə yetirilən ekstrakorporal detoksikasiya lazımı nəticə vermir. Terminal vəziyyət, hemorragik sindrom, davam edən qanaxma, kəskin anemiya (Hb <70 q/l, hipoproteinemiya <52 q/d-dən), respirator distress sindrom ekstrakorporal detoksikasiyanın aparılmasına əks göstəriş sayılmalıdır.

Hiperbarik oksigenasiya eyni zamanda ağır yara xəstəliyinin kəskin olmayan fazasında sağalma prosesinin sürətləndirilməsi məqsədilə də həyata keçirilə bilər. Xüsusilə anaerob klostridial infeksiyalar zamanı bunun aparılması daha vacibdir. Hiperbarik oksigenasiya toxuma regenerasiyasını sürətləndirdiyi üçün qoyulmuş bağırsağ anastomozlarının yaxşı tutması, kəllə-beyin yaralanmaları və zədələnmələrində kompensasiyanın sürətləndirilməsi məqsədini də daşıya bilər. Hiperbarik oksigenasiyanın yaralanmanın 4-cü sutkasından etibarən həyata keçirilməsi daha məqsədəuyğun sayılır. Ağır yaralılarda hiperbarik oksigenasiya gündə 1-2 dəfə 40 dəqiqə müddətində aparılmalıdır. Ağır formalı zədə xəstəliyində hiperbarik oksigenasiyanın aparılması məsləhət görülmür. Çünki xəstələrdə oksigenin neyrotoksik təsirindən huşun itməsi və kəskin tənəffüs çatmamazlığının artması halı müşahidə oluna bilər. Lakin dəm qazı ilə zəhərlənmə və anaerob infeksiyanın ildırımsürətli gedişində hiperbarik oksigenasiya həyati göstəriş olaraq yerinə yetirilməlidir.

Odlu silah yaralanmaları və zədələnmələr zamanı infeksiyon fəsadlaşmaların profilaktikası və müalicəsi. Odlu silah yaralanmaları və digər ağır döyüş zədələnmələri zamanı yaraların bakterial çirklənməsi yerli dəyişikliklərin əmələ gəlməsi, yayılmış yara infeksiyasına qarşı orqanizmin autoimmun pozğunluğu şəklində müşahidə olunur. Bu fonda aparılan tam həcmli səmərəli intensiv müalicə tədbirləri mikrosirkulyasiyanın yaxşılaşdırılması və dərman preparatlarının optimal konsentrasiyasının əldə edilməsindən əlavə, eyni zamanda orqanizmin yara infeksiyasına qarşı müdafiə qabiliyyətinin möhkəmləndirilməsi məqsədini də daşmalıdır. Infeksiyon prosesin ləğv olunması yaraların vaxtında və düzgün cərrahi işlənməsindən çox asılıdır. İşemiya və nekrotik prosesə uğramış toxumalarda iltihabi prosesin qarşısının təkə bir antibiotiklə alınması olduqca çətindir. Bu məqsədlə antibakterial preparatların kombinə şəklində istifadə olunması daha əhəmiyyətlidir. Aminoqlükozidlərin maksimal dozada linkomitsin, yaxud ampicillinlə, yaxud levomisetin (xloramfenikol) sefalosporinlərlə (sefalın, sefradin, sefuroksim, seftriakson, sefataksim və i.a.), yaxud linkomitsinlə; kanamitsinin ampicillinlə; dioksidinin ampicillinlə (ampiks, kloksasillin), yaxud linkomitsinlə kombinasiyası daha məqsədəuyğun sayılır. Yoğun bağırsağın zədələnməsi hallarında və digər səbəbli anaerob infeksiyalar zamanı metronidazol, yaxud tinidazol preparatları ilə kombinasiya da müsbət nəticə verir.

Müalicə zamanı antibiotiklərin eyni şprislə bir-birinə qarışdırılmasına yol verilməməli və onlar ayrı-ayrı saatlarda istifadə olunmalıdır. Bu, antibiotiklərin bir-birinə əks təsirinin qarşısının alınmasına imkan verir. Antibiotiklərin yaralanmanın ilk saatlarında hələ toxumalarda mikrosirkulyasiyanın pozulmadığı dövrdə yüksək dozada istifadə olunması daha məqsədəuyğundur. Digər antibakterial preparatların parenteral yolla yeridilməsi optimal dozada tətbiq olunmalıdır. Bu, toxumalarda mikroorqanizmlərin inkişafının qarşısının alınmasına imkan verir və profilaktik məqsəd daşıyır. Təxliyənin 4 saatdan artıq gecikdiyi bütün hallarda da antibakterial preparatlar kombinə şəklində və yüksək doza tətbiq olunmalıdır. Parenximatöz orqanların yanaşı xronik xəstəlikləri zamanı, yaxud prosesin kəskinləşdiyi hallarında antibiotiklərin bu orqanlara toksik təsiri də nəzərə alınmalıdır. Kəskin böyrək çatmamazlığının baş verməsi (bu, böyrəyin yanaşı xəstəliklərində daha çox müşahidə olunur) antibiotiklərin farmakodinamikasının pozulmasına və onların nefrotoksik təsirinin qüvvətlənməsinə səbəb ola bilər. Hər bir antibiotik orta hesabla 5-7 gündən artıq tətbiq olunmamalı və birdən-birə kəsilib başqası ilə əvəz olunmalıdır. Antibakterial müalicənin aparılması zamanı onun yüksək dozada tətbiqi və qanda optimal konsentrasiyasının əldə edilməsindən əlavə, mikroorqanizmin həmin dərman preparatına davamlılıq dərəcəsi də nəzərə alınmalıdır.

33.4. YANAŞI XƏSTƏLİYİ OLAN ŞƏXSLƏRDƏ ODLU SİLAH YARALANMALARİ VƏ ZƏDƏLƏNMƏLƏRİNİN MÜALİCƏSİNİN TƏŞKİLİ VƏ YARALILARA MƏRHƏLƏLİ YARDIMIN YERİNƏ YETİRİLMƏSİ QAYDALARI

Yaralanmanın ağırlıq dərəcəsindən, onun xarakterindən, travma xəstəliyinin mərhələsindən və yanaşı xəstəliklərin aşkarlanmasından asılı olaraq ağır yaralıları fərdi olaraq bütün müalicə tədbirləri ardıcıl şəkildə, növbə ilə, bir-birini tamamlama prinsipi əsasında yerinə yetirilməlidir. Bunlar aşağıdakılardan ibarətdir:

1) İnfuzion-transfuzion terapiya (İTT) mümkün qədər tez yerinə yetirilməlidir. Bunun məzmunu hemodinamika və dövran edən qanın həcmnin bərpası və sabilliyinin saxlanması, qanın laxtalanma sisteminin, su-elektrolit tarazlığının normallaşması, orqanizmin parenteral qidalanmasının və detoksikasiyasının həyata keçirilməsindən ibarətdir. Bu, nəticə etibarilə dövran edən qanın volmik və oksigenlə optimal təminatı, eləcə də dərman maddələrinin toxumalarda yüksək konsentrasiyasının əldə edilməsi imkanı yaradır. Həmçinin dərman maddələrinin və antiseptik məhlulların orqanizmə hansı yolla, nə müddətə və hansı ardıcılıqla yeridilməsinin də xüsusi əhəmiyyəti vardır.

İnfuzion-transfuzion terapiyanın mərkəzi venalardan həyata keçirilməsi daha əlverişli və etibarlıdır. Bu, stasionar müalicədə, eləcə də yaralıların təxliyəsində bir sıra çətinliklərin aradan qaldırılmasına imkan verir. Mərkəzi venalar (körpücükaltı vena, yaxud ümumi qalça venası) kavofikslə Seldinger üsulu ilə kateterizə olunmalı və infuzion-transfuzion terapiya yerinə yetirilməlidir. Kavofikslə kateterizasiya hətta kombinə olunmuş termik zədələnmələr zamanı yanq sahəsindən də həyata keçirilə bilər. Bu üsulun üstün cəhətlərindən biri də həmin yolla dərman maddələrinin orqanizmdə qısa müddət ərzində yüksək konsentrasiyasının əldə edilməsi, yaxud bu müddət ərzində xeyli maye yeridilməsi və qan köçürülməsinin daha asan başa gəlməsindən ibarətdir.

Həyata keçirilən müalicə yaralıların şokdan tez çıxmasına, xəstəliyin sonrakı mərhələlərinin daha asan keçməsinə, nəticə etibarilə funksional pozğunluqların tez müddətə tənzim olunmasına və sonrakı fəsadlaşmaların qarşısının alınmasına imkan verir. İtirilmiş qanın müvafiq şəkildə bərpası məqsədlə köçürülən mayenin ümumi həcmi 170-180%-dən aşağı olmamalı və onun təqribən 50%-i bilavasitə qana keçməlidir. Kritik vəziyyətlərdə kəskin hipovolemiya və hipotoniyanın aradan qaldırılması başlıca vəzifə hesab olunmalıdır. Bu halda infuzion-transfuzion terapiya mayələrin massiv şəkildə köçürülməsi ilə yerinə yetirilməlidir. Həkiməqədərki yardım mərhələsində erkən infuzion terapiyanın yerinə yetirilməsi məqsədəuyğun şəkildə standartlaşdırılmalı, həyata keçirilən tədbirlərin həcmi yaralanmaların genişliyi və ağırlıq dərəcəsinə uyğun şəkildə aparılmalıdır. Yanaşı ürək çatmamazlığı, hipertoniya və böyrək çatmamazlığı olan xəstələrə infuzion terapiyanın aparılması zamanı böyrəklərin funksiyası nəzərə alınmalı, hipervolemiya saluretiklərlə tənzim olunmalıdır.

2) Şokdan çıxmış ağır yaralıların 10-12 gün müddətində əlavə zədə almasına yol verilməməlidir. Bura yaralıların narahat yolla və nəqliyyat vasitələrilə daşınması və həyata keçirilən operativ müdaxilələr də aiddir. Hər bir operativ müdaxilə hemodinamik sabilləşmə və şok əleyhinə tədbirlərin həyata keçirilməsi fonunda aparılmalıdır. Ağır, xüsusilə müştərək yaralanmaların kəskin dövründə şok əleyhinə tədbirlərin sabilləşdirilməsi məqsədlə təcili operativ müdaxilələrin yubandırılmasına yol verilməməlidir. Bütün operativ müdaxilələr zədələnmənin kəskin dövründə (2-3 gün müddətində) həyata keçirilməli, yaxud onlar orqanizmdə tam sabilləşmə təmin olunduqdan sonra yerinə yetirilməlidir. Təcili cərrahi əməliyyatın gecikmiş halda yerinə yetirilməsi başlanmaqda olan kompensator mexanizmlərin pozulmasına, operativ müdaxilədən sonrakı dövrün daha ağır keçməsinə və yaraların infeksiyalaşması üçün əlverişli şəraitin yaranmasına səbəb olur. Ağır yaralanmalarda bütün planlı mürəkkəb bərpa və rekonstruktiv operativ müdaxilələr travma xəstəliyinin fəsadlaşma olmayan müddətlərində (3-4 həftədən tez olmadan) yerinə yetirilməlidir.

3) Xüsusilə yanaşı xəstəlikləri olan şəxslərdə ağır müştərək yaralanmalar zamanı yarada infeksiyanın baş verməsi zərurətdən doğan bir haldır. Bu, həm ekzogen və həm də endogen infeksiyanın nəticəsində baş verir. Ağır yaralanmalar zamanı yanaşı xəstəlik ocaqlarının yerləşdiyi sahədən asılı olaraq mədə-bağırsaq traktından, sidik-ifrazat və tənəffüs yollarından, yaxud dəridən orqanizmə endogen yolla daxil olmuş mikroblar öz patogenlik qabiliyyətlərini daha da artırır. Bunu nəzərə alaraq, belə xəstələrdə

antibakterial terapiya vaxtında aparılmalı, geniş spektrli təsirə malik antibiotiklər hətta infeksiya meydana çıxana qədər tətbiq olunmalı, iltihabi ocaqlar ləğv edilməlidir. Yarada infeksiyanın ilk əlamətləri meydana çıxdıqda ehtimal olunan mikroblara qarşı hiperimmün plazma köçürülməsilə orqanizmin immun sistemi korreksiya olunmalıdır. Müalicə yaralıların tam reabilitasiyası ilə başa çatmalı və məqsədəuyğun planlı dispanserizasiya yerinə yetirilməlidir.

İlk- və həkiməqədərki yardım. Müştərək ağır zədələnmələrin diaqnostikası mürəkkəb olduğu üçün həkiməqədərki mərhələdə yaralıların müayinəsi və yardımın həyata keçirilməsi məqsədilə xüsusi qrupların (briqadaların) ayrılması daha məqsədəuyğun sayılır. Hər bir yaralının diqqətlə yoxlanılması, yanaşı zədələnmələrin xarakterinin və lokalizasiyasının vaxtında təyin olunması vacib şərtlərdəndir. Bu, təxliyə mərhələlərində yardımın həcmnin təyin olunması məqsədilə həyata keçirilir. Ağır zədələnmələr zamanı infuzion terapiyanın yerinə yetirilməsi, yaralıların ağrısızlaşdırılması və zədə nahiyəsinin nəqliyyat hərəkətsizləşdirilməsi məsələlərinə də diqqətlə yanaşılmalıdır. Ağır yaralıların təxliyəsi ilk növbədə və imkan daxilində daha rahat şəraitdə yerinə yetirilməlidir. Yanaşı xəstəliklərin kəskinləşməsinin qarşısının alınması məqsədilə yaralıların günvurmadan və soyuqlamadan, eləcə də ətraf mühitin iqlim və relyef şəraitinin mənfi təsirlərindən qorunması tədbirləri də nəzərdə tutulmalıdır.

İlk həkim yardımını mərhələsində müştərək ağır zədələnmələr zamanı fəal müalicəyə və diaqnostik taktikaya üstünlük verilməli, yaralılar fiziki müayinədən keçirilməli, yanaşı xəstəliklərin aşkar edilməsi məqsədilə mümkün diaqnostik müayinə metodları yerinə yetirilməlidir. Gərgin pnevmotorakslar zamanı plevra boşluğu punksiya olunmalı, udlağa hava borusu keçirilməli, yaxud traxeya intubasiya olunmalı, sidik kisəsinə kateter yeridilməli, dəridən asılı üzülmüş ətraflar amputasiya olunmalı, infuzion terapiya davam etdirilməli, göstəriş olduqda yaralılara qan köçürülməlidir. Ağrısızlaşdırma məqsədilə yaralılara analgetiklərin yeridilməsindən əlavə novokain blokadalarının da aparılması vacibdir. Qan qrupu məlum olmayan yaralılara bu məqsədlə O(I) Rh(-) qrup qan köçürülməlidir.

Adi yaralanmalardan fərqli olaraq ağır müştərək hərbi zədələnmələrdə yardım yaralıların həyatının xilas edilməsindən əlavə, baş verə biləcək qarşılıqlı ağırlaşma sindromunun qarşısının alınması və aradan qaldırılması, eləcə də zədə xəstəliyinin bütün mərhələlərinin (şok, endogen toksemiya fonunda ilkin və ikincili poliorqan çatmamazlıq, eləcə də endogen infeksiyanın nisbətən yüngül keçməsinin təmin olunması məqsədini daşıyır. Yanaşı xəstəliyi olanlarda bütün bu proseslər adi halda olduğundan fərqlənir.

İxtisaslı yardım mərhələsi. Hərbi-səhra cərrahiyyəsi hospitallarında, yaxud korpusların əlahiddə tibb taborunda həyata keçirilməlidir. Burada yaralılar vaxt itirilmədən çeşidlənməli, dominant zədələnmələr aşkar edilməli, yaralılar cərrahi əməliyyat otağına, yaxud şok əleyhinə intensiv terapiya şöbəsinə keçirilməlidirlər. Aqoniya vəziyyətində olan yaralılar ayrıca bokslarda yerləşdirilməli və simptomatik müalicə almalıdırlar. Qeyd etmək lazımdır ki, döyüş şəraitindən asılı olaraq, məsələn, hospitalın müdafiə şəraitində olması, tibbi təminatın kifayət qədər olmaması və i.a. hallarda ixtisaslı cərrahi yardımın ixtisarla yerinə yetirilməsi nəzərdə tutulur. Son dərəcə çətin döyüş şəraitində yardım yalnız həyati göstəriş əsasında yerinə yetirilməli, yardımın məzmunu asfiksiya, qanaxma və şok əleyhinə tədbirlərin həyata keçirilməsi, qanıtırmənin nəticələrinin aradan qaldırılmasından ibarət olmalıdır.

Yanaşı xəstəliklərin və ağır müştərək zədələnmələrin müalicəsinin nəticəsi eyni zamanda qarşılıqlı ağırlaşma sindromunun baş verməsindən asılı olduğunu nəzərə alaraq, gizli zədələnmələrin və yanaşı xəstəliklərin klinik əlamətləri müşahidə olunana qədər diaqnozun dəqiqləşməsinə çalışılmalıdır. Yaralılara kompleks şok əleyhinə yardım diaqnostik tədbirlərlə eyni vaxtda həyata keçirilməlidir. Bu, dinamik gözləmə xarakteri daşımamalı, fəal surətdə yerinə yetirilməlidir. Fəal diaqnostik metodlardan instrumental metodlar, rentgenkontrast müayinə metodları və i.a. geniş tətbiq edilməlidir. Lazım gəldikdə cərrahi əməliyyat otağında yaralılara endoskopik müayinələr də aparılmalıdır.

Yadda saxlamaq lazımdır ki, qarşılıqlı ağırlaşma sindromunun aradan qaldırılması məqsədilə nəzərdə tutulmuş operativ müdaxilələr 2-3 gün müddətində yerinə yetirilməlidir. Həmin əməliyyatların yaxın 2-3 həftə ərzində yerinə yetirilməsi yaralılarda uzunmüddətli kompensasiya mexanizmlərinin pozulmasına və nəticə etibarilə təkrari cərrahi əməliyyata qarşı orqanizmin həssaslığının artmasına gətirib çıxarır. Funksiyanın bərpası və yaralıların reabilitasiyası məqsədilə nəzərdə tutulan planlı rekonstruktiv əməliyyatlar zədələnmədən yalnız müəyyən optimal müddət keçdikdən sonra yerinə yetirilməlidir.

Müştərək zədələnmələrin infeksiyon fəsadlaşmalarında və yanaşı xəstəliklərin kəskinləşməsi hallarında planlı bərpa operativ müdaxilələr daha gec müddətlərdə həyata keçirilməlidir.

Müştərək zədələnmələr zamanı və yanaşı xəstəliklərin kəskinləşməsi hallarında zədə xəstəliyinin bütün mərhələlərində müalicə tədbirləri profilaktik xarakter daşmalı və xəstəliyin patogenetik əlamətlərinə görə yerinə yetirilməlidir. Müalicə planı və istifadə olunan dərmanların dozası müştərək hərbi zədələnmələrin (yaralanmaların) klinik gedişinə əsaslanaraq təyin edilməlidir.

Xəstələrə rekonstruktiv-bərpa cərrahi əməliyyatları reabilitasiya dövründə həyati təhlükə aradan qaldırıldıqdan, infeksiyon-iltihabi prosesin ləğvindən sonra mərhələ şəklinə yerinə yetirilməlidir. Bir qayda olaraq bu kimi cərrahi əməliyyatlar arxa cəbhə hospitalarında müəyyən profillər üzrə ixtisaslaşdırılmış tibb müəssisələrində həyata keçirilməlidir. Döyüş qabiliyyətini tam itirmiş yaralıların sonrakı müalicəsi üçün onların Səhiyyə nazirliyinin tibb müəssisələrinə köçürülməsi daha məqsələuyğundur.

Bu mərhələdə adi yaralanmalardan fərqli olaraq, müştərək ağır zədələnmələrə görə operativ müdaxilələrin məzmunu, həcmi və tətbiq olunduğu nahiyələr öz mütəhərriqliyi ilə seçilir. Müştərək ağır zədələnmələrdə də adi yaralanma və zədələnmələrdə olduğu kimi cərrahi müdaxilələr ilk növbədə, 2-ci və 3-cü növbədə həyata keçirilə bilər. İlk növbədə yerinə yetirilən cərrahi müdaxilələr yalnız həyati göstəriş əsasında olmalıdır. Bura asfiksiya, qanaxma və hipovolemik şoka görə yerinə yetirilən cərrahi müdaxilələr daxildir. Həmin müdaxilələrin ləngidilməsinə yol verilməməlidir. Ağır şok vəziyyətində olan yaralılara şok əleyhinə kompleks tədbirlər həyata keçirilməli və onlar cərrahiyyə otağına ikinci növbədə verilməlidirlər. 2-ci növbədə yerinə yetirilməsi nəzərdə tutulan cərrahi əməliyyatlar yaralanma ilə əlaqədar ciddi fəsadlaşmaların qarşısının alınması məqsədini daşıyır. 3-cü növbədə yerinə yetirilməsi nəzərdə tutulan cərrahi əməliyyatlar isə zədə xəstəliyinin profilaktikası məqsədilə həyata keçirilir. Bunların təxirə salınması adi yaralanmalarda ciddi fəsadlaşmalar verməsə də, müştərək ağır zədələnmələrdə zədə xəstəliyinin ağırlaşmasına və yanaşı xəstəliklərin kəskinləşməsinə, beləliklə qarşılıqlı ağırlaşma sindromunun daha tez inkişafına səbəb ola bilər.

Davamedən xarici və daxili qanaxmalar, tənəffüs yollarının mexaniki zədələnmələri, həyati vacib orqanların zədələnməsi, aparılan antişok müalicənin səmərəsiz olması halları və i.a. təcili operativ müdaxilələrə göstəriş hesab olunur. Cərrahi əməliyyat başa çatdıqdan sonra şok əleyhinə kompleks intensiv terapiya davam etdirilməli, ürək-damar, tənəffüs sistemi orqanlarının funksiyasının normallaşması istiqamətində tədbirlər yerinə yetirilməlidir. Adi yaralanmalardan fərqli olaraq, ağır yaralanma və zədələnmələr zamanı operativ müdaxilənin həcmi və məzmunu, tətbiq olunduğu sahə müddətdən asılı olaraq dəyişə bilər.

Cərrahi fəallıq müştərək zədələnmələr zamanı adi yaralanmalarda olduğundan daha yüksək olmalıdır. Çünki vaxtında və lazımınca həyata keçirilmiş operativ müdaxilələr həmçinin qarşılıqlı ağırlaşma sindromunun aradan qaldırılması məqsədini daşıyır. Şokdan çıxmış yaralılar cərrahi əməliyyata ikinci növbədə verilməlidir. Adi zədələnmələrdən fərqli olaraq müştərək zədələnmələr zamanı yardımın ixtisasla yerinə yetirilməsi hallarında fəsadlaşma və ölüm halları daha çox müşahidə olunur. Cərrahi yardım mümkün qədər tam həcmdə yerinə yetirilməlidir.

İxtisaslaşdırılmış cərrahi yardım. Burada yaralanmanın daha gec müddətində rekonstruktiv-bərpa və fəsadlaşmaların ləğvi istiqamətində operativ müdaxilələr və bərpa müalicəsi (müalicəvi gimnastika, fiziki üsullarla müalicə metodları) yerinə yetirilir. Müalicə tam həcmdə yerinə yetirilməli və sağalma ilə başa çatmalı və hərbi-həkim ekspertizası ilə sona yetməlidir.

Nəzərə almaq lazımdır ki, bəzən yaralılar ixtisaslı yardım almadan döyüş zonasından birbaşa ixtisaslaşdırılmış yardım mərhələsinə gətirilə bilər. Bu zaman onlara ixtisaslı və ixtisaslaşdırılmış yardım eyni vaxtda yerinə yetirilir. Prinsip etibarilə yaralılara tətbiq olunan təcili cərrahi əməliyyatlar ixtisaslı cərrahi yardım mərhələsindəkindən fərqlənmir. Cərrahi yardım burada tam həcmdə yerinə yetirməlidir. Cərrahi əməliyyat başa çatdıqdan sonra şok əleyhinə kompleks intensiv terapiya davam etdirilməli, ayrı-ayrı orqan və sistemlərin funksiyasının bərpası istiqamətində kompleks tədbirlər yerinə yetirilməlidir.

Orqanizmin müqavimət qabiliyyətinin zəifləməsi autogen infeksiyanın baş qaldırmasına, yanaşı və gizli keçən xəstəliklərin fəallaşmasına səbəb olur. Zülal kəsiri ilə əlaqədar autoimmun proseslər zəifləyir,

koagulopatik pozğunluqlar meydana çıxır. Reparativ proseslər ləngidiyindən vərəm xəstəliyi fəallaşır, bəzən ağciyərlərdə kavernalar əmələ gəlir, gizli keçən, yaxud aşkar halda olan mədə bağırsağ xoraları kəskinləşir, arroziv mədə-bağırsağ qanaxmaları, yaxud xoraların deşilməsi və peritonitlər baş verir. Yaralılarda ilk günlərdən hərarətin yüksəlməsi, ayrı-ayrı orqan və sistemlər üzrə ciddi pozğunluq halları meydana çıxır.

Beləliklə, mürəkkəb zədələnmələr zamanı bütün tədbirlər sistem şəklində əvvəldən axıra kimi ardıcıl və tamamlama şəklində həyata keçirilməli, infuzion tədbirlərin həkiməqədərki dövrdən başlanılmalı və xəstələrin daşınması müddətində də davam etdirilməlidir. Xəstəliyin hər bir mərhələsində baş vermiş patoloji pozğunluqlar, eləcə də yanaşı xəstəliklər vaxtında aşkar olunmalı və lazımı profilaktik tədbirlər yerinə yetirilməlidir. İlk növbədə ağrı hissiyyəti və mənfi qıcıqlar aradan qaldırılmalı, dövrən edən qanın həcmi bərpa olunmalı, metabolik pozğunluqlar ləğv edilməli, toxumaların oksigenlə maksimal təmini bərpa olunmalı, zülal, elektrolit, turşu və qələvi mübadiləsindəki pozğunluqlar aradan qaldırılmalıdır. Yaralılarda parenteral qidalanmaları zamanı qlükozanın yüksək konsentrasiyalı məhlullarının istifadəsi zamanı xəstədə şəkərli diabetin olması dəqiqləşdirilməlidir. Yanaşı ürək xəstəliyi olan yaralılara massiv şəkilli infuziyaların tətbiqi zamanı ehtiyatlı olunmalıdır. Yanaşı ağciyər xəstəlikləri zamanı infuzion-transfuzion terapiyanın yerinə yetirilməsi zamanı ağciyər hipertenziyasına yol verilməməli, profilaktik olaraq qanqlioblokatorlardan istifadə edilməlidir.

Yaralılarda təxliyəsi yubadılmamalı, imkan daxilində tez və daha rahat nəqliyyatı vasitəsilə həyata keçirilməlidir. İlk növbədə həyata keçirilməsi nəzərdə tutulmuş operativ müdaxilələr eyni zamanda şok əleyhinə kompleks tədbirlərlə bir müddətdə yerinə yetirilməlidir. 2-ci və 3-cü növbədə həyata keçirilməsi nəzərdə tutulmuş operativ müdaxilələr yalnız yaralılarda dərin şokdan çıxması və hemodinamik göstəricilərin tam stabilləşməsindən sonra yerinə yetirilməlidir. Zədələnmənin 3-4 günündən başlayıb, 10-12 günə kimi mürəkkəb cərrahi müdaxilələrin aparılmasına və narahat daşınılmalara yol verilməməlidir. Fəsadlaşmaların müalicəsinin proqnozlaşdırılması zədə xəstəliyinin ayrı-ayrı dövrlərində patogenetik mexanizmlərə əsaslanmalı, yanaşı xəstəliklərə görə qarşılıqlı ağırlaşma sindromunun daha ağır keçməsi ehtimalı nəzərdə tutulmalı və buna görə qabaqcadan lazımı profilaktik tədbirlər həyata keçirilməlidir. Yaralılarda ətraflı müayinə olunması təmin edilməli, yanaşı xəstəliklər vaxtında aşkar edilməli, onların kəskinləşməsinin qarşısı alınmalıdır.

HƏRBİ ZƏDƏLƏNMƏLƏR ZAMANI MƏNFİ EKZOGEN AMİLLƏRİN MƏNFİ TƏSİRİ

TƏDRİS SUALLARI

34. 1. Ekzogen amillərin zədələnmələrin nəticələrinə mənfi təsirinin ümumi əsasları (Giriş)
34. 2. Ekzogen amillərin yaralı orqanizmə mənfi təsirinin patogenezi
34. 3. Ekzogen amillərin orqanizmə mənfi təsirinin klinikası simptomatologiyası və diaqnostikası
34. 3.1. Ətraf mühitin iqlim xüsusiyyətlərinin orqanizmə mənfi təsirinin klinikası simptomatologiyası və diaqnostikası
34. 3.2. Ətraf mühitin relyef xüsusiyyətlərinin orqanizmə mənfi təsirinin klinikası simptomatologiyası və diaqnostikası
34. 4. Mənfi ekzogen amillərin əhatə dairəsində xəstə və yaralıların müalicəsinin təşkili və yerinə yetirilmə qaydaları
34. 5. Xəstə və yaralılara mərhələli yardımın təşkili

34.1. EKZOGEN AMİLLƏRİN ZƏDƏLƏNMƏLƏRİN NƏTİCƏLƏRİNƏ MƏNFİ TƏSİRİNİN ÜMUMİ ƏSASLARI

Hərbi zədələnmələrin müalicəsinin nəticələri təkcə yaralanmaların ağırlıq dərəcəsindən, həyata keçirilmiş yardımın keyfiyyətindən, orqanizmin müqavimət qabiliyyətindən, mikroorqanizmin virulentliyindən asılı olmayıb, həmçinin ətraf mühitin əlverişsiz iqlim və relyef şəraitindən də asılı olaraq dəyişir. Yaralanma və zədələnmələr zamanı pozğunluq halları mənfi ekzogen amillərin fonunda daha qabarıq şəkildə təzahür edir. Əlverişsiz iqlim şəraitində, əsasən həddən artıq isti havalarda güclü tərləmə ilə əlaqədar orqanizm çoxlu miqdar maye və elektrolitlər itirir, bədəndə susuzluq baş verir. Bu, özünü hüceyrədaxili dehidratasiya şəklində göstərir. Sağlam şəxslərdə güclü tərləmə ilə əlaqədar dehidratasiya və hipovolemiya fonunda orqanizmin adaptasiya və kompensasiya mexanizmləri işə düşür. Nəticə etibarilə ciddi hemodinamik pozğunluq halları müşahidə edilmir. Adaptasion-kompensator mexanizmlərin hesabına istilik mübadiləsi tənzim olunur. Bütün bunlar görmə qabarında (hipotalamusda) termorequlyasiya mərkəzi ilə idarə olunur. Lakin bu mexanizmlər hemodinamik sabitliyi yalnız müəyyən həddə kimi saxlamaq qabiliyyətinə malikdir.

Klinik olaraq güclü tərləmə nəticəsində baş vermiş dehidratasiya zamanı xəstələrdə ümumi zəiflik halları müşahidə olunur, susuzluq onları əldən salır. Arterial təzyiq, xüsusilə minimal təzyiq daha çox enmiş olur, süstlük, reflekslərin ləngiməsi, bəzən isə oyancılığın baş verməsi, əsəbilik halları müşahidə olunur. Klinik olaraq susuzluğun əmələ gəlməsi orqanizmdə su itgisinin təxminən 2%-dən yuxarı olduğu hallarda baş verir. Qoltuqaltı və qasıq nahiyələrində dərinin quru olması, dildə cadarların görünməsi yaralıda maye itgisinin 1,5-2 litrə çatdığını göstərir. Dehidratasiya vəziyyəti qan təzyiqinin enməsi, taxikardiyanın müşahidə olunması, venoz təzyiqin aşağı düşməsi, oliquriyanın baş verməsi və bağırsağın parezinin artması ilə özünü göstərir. Burada taxikardiya hipokaliemiya ilə daha çox əlaqədardır.

Adətən əsgərlər arasında adi vəziyyətdə yaralanmalar zamanı 500 millilitrə qədər qanıtirmələrdə orqanizmdə ciddi hemodinamik pozğunluq halları müşahidə edilməyir, yaxud itirilmiş qanın əvəz edilməsinə ehtiyac qalmır. Lakin dehidratasiya vəziyyətində olan orqanizm hətta cüzi qanıtirmələri belə daha pis keçirir. Belə hallarda yaralılar asanlıqla şok vəziyyətinə düşürlər.

Həmçinin əlverişsiz relyef şəraiti də xəstə və yaralılar üçün əhəmiyyətsiz olmayıb, onların hərbi-tibbi müəssisələrə daşınılmasını çətinləşdirir. Bu, yaralıların hospitallara daha gec və ağırlaşmış halda gətirilməsinə, nəticə etibarilə fəsadlaşma və ölüm hallarının artmasına səbəb olur. Bundan əlavə, yüksək dağlıq ərazisində yerləşmiş hərbi hissələrdə qulluq edən hərbi xidmətçilər arasında oksigen aclığının baş verməsi müalicə işlərində əlavə tədbirlərin həyata keçirilməsini tələb edir. Bütün bunlar orqanizmin müqavimət qabiliyyətinin azalmasına, onun infeksiyaya qarşı mübarizə qabiliyyətinin itirilməsinə gətirib çıxarır. Bu qrup xəstələr travmatik şoku daha çətin keçirir, regenerasiya qabiliyyəti zəifləyir və yaralar irinləməyə daha çox meyilli olur. Orqanizmin müqavimət qabiliyyətinin zəifləməsi autogen infeksiyanın baş qaldırmasına, yanaşı və gizli keçən xəstəliklərin fəallaşmasına səbəb olur. Zülal kəsiri ilə əlaqədar autoimmun proseslər zəifləyir, koaqulopatik pozğunluqlar meydana çıxır. Reparativ proseslər ləngidiyindən vərəm xəstəliyi fəallaşır, bəzən ağciyərlərdə kavernalar əmələ gəlir, gizli keçən, yaxud aşkar halda olan mədə bağırsağ xoraları kəskinləşir, arroziv mədə-bağırsağ qanaxmaları, yaxud xoraların deşilməsi və peritonitlər baş verir. Yaralılarda ilk günlərdən hərarətin yüksəlməsi, ayrı-ayrı orqan və sistemlər üzrə ciddi pozğunluq halları meydana çıxır.

İnfeksiyon proseslər yayılmış xarakterə malik olur, sepsis, septisemiya və septikopiemiya baş verir. Ayrı-ayrı orqan və sistemlərdə müşahidə olunan pozğunluq halları poliorqan çatmamazlıq və qarşılıqlı ağırlaşma sindromu şəklində müşahidə olunur. Yaralanma və zədələnmə ilə birlikdə endogen və ekzogen mənfi amillərin də təsiri zədələnmənin klinik gedişinin daha ağır keçməsinə səbəb olur. Xəstəliyin etiologiyasını ağır, adətən çoxsaylı və müştərək zədələnmələr təşkil etsə də, burada mənfi ekzogen və endogen amillərin rolu şübhəsiz ki, nəzərə alınmalıdır.

Zədələnmə ilə əlaqədar orqanizmdə baş vermiş dəyişikliklər yerli və ümumi şəkildə keçir. Bura intoksikasiya, iltihabi proseslər, təkrari qanaxmalar, hemodinamikada, qanın laxtalanma sistemində, orqanizmin immun sistemində, zülal, elektrolit, turşu və qələvi tarazlığında pozğunluqlar baş verir və bunlar mərhələlərlə ardıcıl olaraq inkişaf edir. Zədələnmədən sonra şok ilk 2 sutka ərzində yaralılarda ölümə səbəb ola biləcək başlıca amil olsa da, şokun aradan qaldırılmasının mümkün olduğu hallarda yaralı üçün digər fəsadlaşmalar da təhlükə təşkil edir. Bura inkişaf edən tənəffüs çatmamazlığı, koaqulopatik pozğunluqlar (yayılmış damardaxili laxtalanma sindromu), piy emboliyasının baş verməsi, bağırsaqların parezi, böyrək və qaraciyər çatmamazlığı, ürək-damar sistemində pozğunluqlar (xüsusilə ürəyin kontuziyası zamanı), həmçinin posttravmatik endotoksikoz, yanaşı xəstəliklərin meydana çıxması, yaxud gizli keçən xəstəliklərin zədələnmə fonunda kəskinləşməsi də aiddir. Orqanların hətta adi yaralanmaları belə, mənfi ekzogen amillər fonunda ağır fəsadlaşmalara səbəb ola bilər. Bu zaman iltihabi proses daha davamlı xarakterə malik olur. Patoloji prosin dərinliyi və müxtəlif formalarda keçə bilməsi zədələnmənin genişliyindən, ağırlıq dərəcəsiindən asılı olmaqla bərabər, həmçinin mənfi ekzogen və endogen təsirlər fonunda immun proseslərin zəifləməsi kimi qiymətləndirilməlidir.

34.2. EKZOGEN AMİLLƏRİN ORQANİZMƏ MƏNFİ TƏSİRİNİN PATOGENEZİ

İsti iqlim şəraitinin orqanizmə mənfi təsirinin patogenezinin əsasını güclü tərləmə nəticəsində orqanizmin dehidratasiya vəziyyətinə düşməsi, dövrən edən qanın həcmnin azalması (hipovolemiya) və uzunmüddətli hipotoniyanın baş verməsi tutur. Beləliklə, dehidratasiya, hipovolemiya və hipotoniya

fonunda həyati vacib orqanların qanla təchizatı, ilk növbədə onun oksigenasiyası pozulur, nəticə etibarilə metabolik asidoz baş verir. İlk növbədə beynin, ağciyərlərin, böyrəklərin və qaraciyərin qanla təchizatının pozulması həmin orqanlarda funksional və orqani dəyişiklərin baş verməsinə səbəb olur. Orqanizmin dehidratasiya vəziyyətinə düşməsi, külli miqdar elektrolitlərin itirilməsi də həmçinin orqan və sistemlərdə ciddi pozğunluqların baş verməsinə gətirib çıxarır. Dehidratasiya fonunda skelet əzələlərində mioliz prosesi (rabdomyoliz) gedir, turş mühitdə (asidoz şəraitində) mioqlobinuriyanın baş verməsi böyrək kanalcıqlarının süzmə qabiliyyətində pozğunluqlar yaradır. Böyrək kanalcıqlarının tutulması oliquriya və anuriyanın baş verməsinə və orqanizmin intoksikasiya vəziyyətinə düşməsinə səbəb olur.

Əlavə olaraq dehidratasiya fonunda hər hansı bir yaralanma, yaxud zədələnmənin baş verməsi orqanizmin vəziyyətinin daha da ağırlaşmasına, həyat üçün qorxulu olan ciddi pozğunluqlara səbəb olur. Bu zaman hətta ən adi yaralanma, az miqdarda qanıtirmələr belə orqanizm tərəfindən çətin keçirilir və bunlar qarşılıqlı ağırlaşma sindromunun baş verməsinə gətirib çıxarır. Klinik olaraq bu vəziyyət özünü zədə xəstəliyi kimi göstərir və kompleks müalicə tədbirlərinin həyata keçirilməsini tələb edir.

Ekzogen amillərin orqanizmə mənfi təsirinin patogenezi zədələnmə nəticəsində ardıcıl davam edən reaktiv proseslər fonunda müşahidə olunan mübadilə pozğunluqları təşkil edir. Toxumaların oksigenlə təminatının pozulması, digər mübadilə pozğunluqlarının da həmahəng şəkildə inkişaf etməsi, erkən endotoksikoz, immunodefisit fonunda ağır yara infeksiyası və trofik pozğunluqlar aşkar olunur. Mənfi ekzogen və endogen amillər maddələr mübadiləsində pozğunluqların daha da artmasına səbəb olur. Qarşılıqlı ağırlaşma sindromunun baş verməsi prosesin dərinləşməsinə gətirib çıxarır. Ağır travmatik şokla əlaqədar orqanların perfuziyasının pozulması, hüceyrələrin oksigenlə təchizatının itməsi, əmələ gəlmiş toksik ara maddələrin qana sorulması baş verir. Dehidratasiya fonunda rabdomyolizin baş verməsi, hipokaliemiya, aritmiya, mioqlobinuriya nəticə etibarilə böyrək çatmamazlığına, laxtalanma prosesinin pozğunluğuna, avitaminoza və i.a. gətirib çıxarır.

Ağır zədələnmələrin yanaşı mənfi amillərlə birgə təsiri travmatik endotoksikozun daha qabarıq şəkildə müşahidə olunmasına səbəb olur. Bu, zədələnmə fonunda baş vermiş metabolik pozğunluqlarla əlaqədar əmələ gəlmiş ara məhsulların (toksinlərin) qana sorulması, hətta adi yaralanma hallarında dərin intoksikasiya, yaraların irinləməsi və bu fonda irinli-septik proseslərin inkişafına, yaralıların vəziyyətinin daha da ağırlaşmasına səbəb olur. İntoksikasiya fonunda irinli-septik proses dominant xarakterə malik olub, bir neçə həftə, bəzən aylarla davam edir. Sağalma fazasında poliorkan çatmamazlıq nisbətən zəifləsə də, proses uzun çəkir. Bunun aradan qaldırılması kompleks müalicə tədbirlərinin davam etdirilməsini və mənfi amillərin təsirinin ləğv olunmasını tələb edir.

Hərbi hissələrin hava yolu ilə bir ərazidən digər əraziyə köçürülməsi zamanı uçuşun yüksəkliyindən və müddətindən və təchizatdan asılı olaraq, hərbi xidmətçilər arasında dağ xəstəliyinin əlamətləri müşahidə oluna bilər. Yüksək ərazidə oksigenin parsial təzyiqinin azalması canlılar üçün müxtəlif çətinliklər yaradır. Bütün bunlar orqanizmin fiziki hazırlıq qabiliyyətindən, yaşdan, çəkiddən, xəstə və yaralıların ümumi vəziyyətindən asılı olaraq dəyişir və özünü müxtəlif əlamətlərlə göstərir.

Hərbi xidmətçilərin yüksək atmosfer təzyiqi şəraitindən: yeraltı saxtalarından, yaxud okeanın dərinliklərindən birdən-birə normal atmosfərə daxil olması onlarda hava emboliyasının əmələ gəlməsi təhlükəsi yaradır. Bu proses həmçinin təyyarə ilə daha sürətlə yüksəkliklərə qalxdıqda da baş verə bilər. Klinik olaraq bunlar özünü baş beyin və ağciyərlərdə hava emboliyası əlamətləri ilə, döş qəfəsində sıxıntı, oynaq ağrıları, qulaqda ağrılar, təbil pərdəsində gərginliyin artması və i.a. ilə göstərir. Müəyyən hallarda hemiparez, paresteziya və digər nevroloji pozğunluqlar, kəskin dekompensasiya hallarında hava emboliyası əlaməti olaraq xəstələrdə başağrıları, ümumi yorğunluq, halsızlıq, ürəkbulanma, qusma, eşitmənin pozulması, təngnəfəslik, paresteziya, ifliclər, afaziya və komatoz vəziyyət müşahidə olunur. Pulmonal dekompressiya və oksigen açlığı əlaməti olaraq döş sümüyü arxasında ağrılar, tutmaşəkilli öskürək və təngnəfəslik baş verir. Sianoz və akrosianoz halları qabarıq şəkildə nəzərə çarpır. Bu, qanda sərbəst hemoqlobinin artması ilə əlaqədar olaraq baş verir. Fiziki gərginlik, piylənmə, susuzluq, sərxoşluq, xronik ağciyər xəstəlikləri nəticəsində baş vermiş hipoksiya vəziyyəti, müxtəlif dərman maddələrinin qəbulu və əlverişsiz iqlim şəraiti prosesi daha da sürətləndirə bilər. Bronxial astma, digər xronik ağciyər xəstəlikləri, ağciyər sistləri, köks zədələnmələri zamanı ətraf mühitin təzyiqinin dəyişməsi xəstələr tərəfindən çətin keçirilir.

34. 3. EKZOGEN AMİLLƏRİN ORQANİZMƏ MƏNFİ TƏSİRİNİN KLİNİKASI SİMPATOMATOLOGİYASI VƏ DİAQNOSTİKASI

Mənfi ekzogen təsirlər fonunda yaralanmaların klinikası ikili xarakter daşıyır. Burada bir tərəfdən yaralanma, digər tərəfdən mənfi amillərin təsiri üst-üstə düşür. Zədələnmə ilə mənfi ekzogen amillər eyni müddətdə təsir göstərir, orqanizmin müqavimət qabiliyyəti zəifləyir, zədə xəstəliyinin klinik əlamətləri aşkarlanır. Orqanizmin müqavimət qabiliyyətinin azalması və immunobioloji proseslərin pozulması endogen infeksiyanın daha fəal şəkildə təzahür eməsinə, gizli funksional pozğunluqların klinik olaraq daha qabarıq şəkildə aşkarlanmasına, beləliklə qarşılıqlı ağırlaşma sindromuna əmələ gəlməsinə səbəb olur. Klinik mənzərəsinə görə bunlar zədə xəstəliyini bütün mərhələləri üzrə əks etdirir. Zədələnmənin başlanğıcında travmatik şokun yanaşı, yaxud gizli şəkildə keçən xəstəliklərin klinik kəskinləşməsi, dehidratasiya, sirkulyator və transport hipoksiyası əlamətləri ilə birlikdə aşkarlanması şok əleyhinə müalicə tədbirləri ilə bərabər əlavə patogenetik müalicənin də yerinə yetirilməsini tələb edir. Bəzən bunların nəzərdən qaçırılması şokun ağırlığı və davam etmə müddəti ilə həyata keçirilən intensiv terapiya arasında uyğunsuzluğun müşahidə olunmasına gətirib çıxarır. Şok əleyhinə intensiv terapiya ilə bərabər yanaşı klinik əlamətlərin aşkarlanması və müalicəyə bu istiqamətdə müvafiq düzəlişlərin verilməsi vacibdir.

Şokdan sonrakı erkən müddətlərdə müştərək mexaniki zədələnmələr və yaralanmalar zamanı respirator distress sindrom, sistem şəkilli kəskin metabolik pozğunluqlar, koagulopatik fəsadlaşmalar, piy emboliyası, böyrək və qara ciyər-böyrək çatmamazlığı yanaşı ekzogen təsirlər fonunda daha ağır keçir. Son dərəcə zəifləmiş orqanizm bu pozğunluqlarla təkbaşına mübarizə apara bilmir. Bu, ciddi fəsadlaşmalarla və bəzən ölümlə nəticələnir.

Zədə xəstəliyinin toksemiya fazasında orqanizmin ümum qabiliyyəti tükənir, yerli əlamətlər ön plana keçir, infeksiyanın əsas mənbəyi aşkarlanır. Əvvəlcə proses yumşaq toxumaların geniş zədələndiyi sahələrdə irinləmə halında müşahidə olunur, sonralar pnevmoniya, seroz boşluqlarda məhdud irinliklərin əmələ gəlməsi şəkildə baş verir. Məsələn, vərəm xəstəliyinin kəskinləşməsi, ağciyərlərdə kavernaların əmələ gəlməsi, mədə-bağırsaq sistemində arroziv qanaxmaların baş verməsi yanaşı gizli və aşkar şəkildə keçən patologiyaya dominant xarakteri verir. Mikrobların patogenliyi və virulentliyi getdikcə artır. İnfeksiyanın yayılması və yara sepsisinin əmələ gəlməsi mənfi ekzogen amillərdən asılı olaraq daha da inkişaf edir. Ağır infeksiyon fəsadlaşmaların əmələ gəlməsi təhlükəsi kəskin ikincili immunodefisitlə bağlı olur. İmmunodefisit qarşılıqlı ağırlaşma sindromu şok və şokdan sonrakı poliorqan çatmamazlıq dövrlərində yaranır.

Yanaşı ekzogen amillərlə birlikdə müşahidə olunan zədə xəstəliyinin rekonvalesensiya dövrü uzunsürən astenik sindrom şəkildə müşahidə olunur. Ümumi depressiya, ayrı-ayrı orqan və sistemlər üzrə dərin funksional və orqani pozğunluq halları aşkarlanır, ikincili poliorqan çatmamazlıq baş verir. Yanaşı xəstəliklərlə əlaqədar, prosesin hansı orqan və sistemdə yerləşməsindən asılı olaraq, tənəffüs sistemi, ürək-damar sistemi, sidik-ifrazat sistemi orqanlarında və i.a. funksional və orqanik dəyişikliklər və iltihabi proseslər müşahidə olunur. Bunlar nisbətən zəif, yarımkəskin lakin uzun sürən şəkildə davam edir və orqanizmin areaktiv vəziyyəti ilə əlaqədardır.

34.3.1 . ƏTRAF MÜHİTİN İQLİM XÜSUSİYYƏTLƏRİNİN ORQANİZMƏ MƏNFİ TƏSİRİNİN KLİNİKASI SİMPATOMATOLOGİYASI VƏ DİAQNOSTİKASI

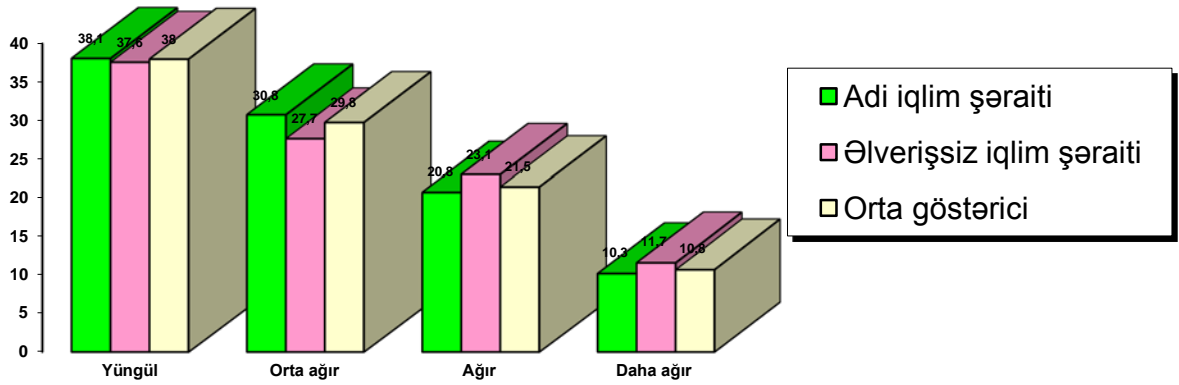
34.3.1.1. YÜKSƏK TEMPERATURUN ORQANİZMƏ MƏNFİ TƏSİRİ

Məlum olduğu kimi, bədən temperaturunun tənzimlənməsi istiliyin yaranması və istilikvermə arasında müvazinətdən asılıdır. Tərləmə və buxarlanma istilik mübadiləsinin əsasını təşkil edir. Lakin ətraf mühitin temperaturunun normadan artıq olduğu hallarda tərləmə və buxarlanma arasındakı müvazinət pozulur. İstiliyin ətraf mühitə passiv şəkildə verilməsi adətən istilikvermənin 60-65%-ni təşkil edir. Ətraf mühitin temperaturu norma daxilində olduqda bu, orqanizmin istilik tənzimi üçün kifayət edir. Lakin ətraf mühitin temperaturunun 37,2°C-dən artıq olduğu halda orqanizmin istilikverməsi 65%-dən 20%-ə enir və istilik mübadiləsinin tənzimlənməsi üçün yardımçı mexanizmlər işə düşür. Bütün bunlar

ara beyində termorequlyasiya mərkəzi tilə idarə olunur. Əzələ və damar tonusunda dəyişiklik gedir, tərlərinin funksiyası artır. Güclü tərləmə yolu ilə oranizmdə istilik mübadiləsi tənzimlənir. Tərləmə ilə əlaqədar orqanizm saatda orta hesabla 2-2,5 litr və daha artıq maye (su və duz) itirə bilər.

Bədənin istilikverməsi ətraf mühitin nisbi rütubətinin səviyyəsindən də çox asılıdır. Rütubət çox olduqca istilikvermə prosesi daha çox pozulur. Habelə istiliyin tənzimlənməsi piylənməsi olan şəxslərdə, yayılmış şəkili dəri xəstəliklərində, dərinin qan dövranının pozğunluğu hallarında, dehidratasiya, aclıq, hipotoniya və ürəyin dəqiqəlik vurgusunun azalması hallarında da pozulur. Tərləmə mexanizmini zəiflədən dərman preparatları, o cümlədən antixolinergik, antihistamin, fenotiazin qrup preparatları, antidepressantlar, monoaminoksidazanın inhibitorları və diuretiklər vazokonstriktiv və adrenergik blokada təsirinə malik olan dərmanlar dəriyə qan axınının zəifləməsinə və beləliklə istilikvermənin (tərləmənin) azalmasına səbəb olur. Baş verən pozğunluq həmçinin xəstələrin fiziki və psixi gərginlik keçirmələrindən asılı olaraq dəyişə bilər. Yanaşı ürək və tənəffüs sistemi xəstəlikləri orqanların qanla təchizatının pozulmasına və orqanizmin iqlimə uyğunlaşma funksiyasının zəifləməsinə gətirib çıxarır. Uşaqlar qadınlər və yaşlı şəxslər yüksək istiliyi daha çətin keçirirlər.

İstilik mübadiləsinin tənziminin pozulması ilə əlaqədar, başgicəllənmə ümumi zəiflik, emosional oyancılıq, əsəbilik, ürəkbulanma, qusma, ishal, narahatlıq, delirioz hal, alatoran görmə, qıcolmalar, kollaps və bayılma halları baş verir. Başlanğıcda kompensator qabiliyyətin saxlanması ilə əlaqədar nəbz dolğun, qan təzyiqi hətta bir qədər yüksəlmiş olur. Sonralar nəbz dolğunluğu zəifləyir, hipotoniya baş verir. Əvvəllər isti və nəm olan dəri, sonralar quru olur. Bədən temperaturu 41°C-yə qədər və daha artıq yüksəlir. İstilikvurmanın hiperventilyasiya ilə birlikdə müşahidə olunduğu hallarda respirator alkaloz müşahidə olunur.



Şəkil 34. 1 Yaralıların ağırlıq dərəcəsi ilə iqlim şəraiti arasındakı asılılığın qrafik təsviri

Laborator müayinəsində dehidratasiya, leykositoz, qalıt azotunun artması, hiperqlikemiya, qanın qatılması, turşu-duz tarazlığının pozulması, qan zərdabında kaliumun, maqneziumun, natriumun, kalsiumun və fosforun azalması, sidinin qatılması müşahidə olunur. Sidikdə zülal artır və mioqlobinuriya müşahidə olunur. Trombositopeniya qanaxmaya meyilliliyin artmasına və koagulopatiyanın meydana çıxmasına səbəb olur. Skelet əzələlərinin və miokardın, qaraciyər və böyrəklərin funksiyasının pozulması qanda kreatinin, sidik cövhərinin, aminotransferazanın, qalıt azotunun artmasına, anuriya, proteinuriya və hemoqlobinuriyanın baş verməsinə gətirib çıxarır. Elektrokardiogrammanın voltajı azalır, T dişiyinin və ST intervalının deformasiyası aşkarlanır.

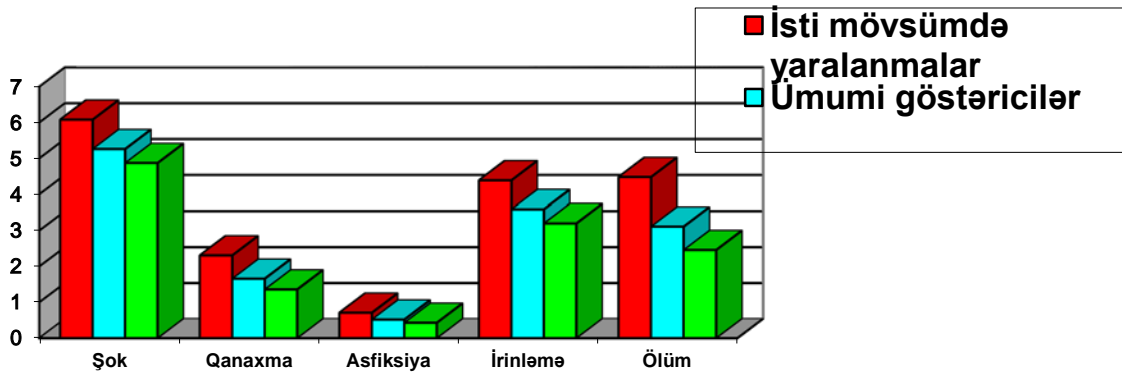
Ətraf mühitin həddən artıq yüksək temperaturunun orqanizmə mənfi təsiri klinik olaraq istilik bayılması (synkope), istilik qıcolmaları (cramps), taqətsizlik (deterioration), istilikvurma (heatstroke) şəklində müşahidə olunur.

İstilik təsirindən bayılma (synkope) —həddən artıq istiliyin təsirindən dəridə hiperemiya ilə əlaqədar qan təzyiqinin qəflətən aşağı düşməsi nəticəsində baş verir. Bu, beyin qan dövranının pozulması, beyinə qanın az gəlməsi —beyin hipoksiyası ilə əlaqədardır. Bu hal dehidratasiya baş vermədən də müşahidə oluna bilər. 25-30% hallarda bayılma orta hesabla 5-10 dəqiqədən 1 saata qədər davam edən prodromal əlamətlərlə də özünü göstərir. Bura başgicəllənmə, zəiflik, ürəkbulanma, oriyentasiyanın itməsi, huşsuzluq, əhval-ruhiyyənin pisləşməsi, yaddaşsızlıq və i.a. daxildir. Fiziki gərginlik prosesin daha da sürətlənməsinə səbəb olur. Bu kimi hallarda xəstələr dərhal isti mühitdən təcrid olunmalı, sərin yerə

gətirilməli, dar paltarlar çıxarılmalı, bədənə soyuq su çilənməli, xəstələrə çoxlu maye içirilməli, onlara fiziki və psixi rahatlıq verilməli, intravenoz infuziya tətbiq edilməlidir. Ağciyərlərin ventilyasiyanın yaxşılaşdırılması məqsədilə xəstələr qıçları qarına bükülmüş vəziyyətdə böyrü üstə uzadılmalı, yaxud onlara çömbəlmə vəziyyəti verilməlidir.

İstilik qıcolmaları (cramps) –istilik və tərləmə nəticəsində maye və elektrolit itkisi ilə əlaqədar olaraq əzələlərdə güclü qıcolmalar baş verir. Qıcolma tutmaları adətən bir neçə dəqiqə davam edir. Qıcolmalar həmçinin itirilmiş mayenin adi su ilə (duzsuz) əvəz olunması ilə də əlaqədar baş verir (axlorhidremik qıcolmalar). Dəri nəm və soyuq, əzələlər gərginləşmiş olur. Bəzən bu gərginlik əzələlərin burulması şəklində keçir. Hemodinamikası stabil olsa da xəstələr oyancılıqlı olurlar, oynaq və əzələ ağrılarından şikayət edirlər. Bədən temperaturu adətən normal, yaxud bir qədər yüksəlmiş olur. Qıcolmaya məruz qalmış əzələlər gərgin olur. Laborator müayinələri qan zərdabında natriumun və xlorun azalmasını və qanın qatılmasını göstərir.

Bu halda da bayılmalarda olduğu kimi xəstələr dərhal isti mühitdən təcrid olunmalı, sərin yerə gətirilməli, dar paltarlar çıxarılmalı, bədənə soyuq su çilənməli, xəstəni soyuq su ilə islanmış mələfələrə bükmək, yaxud onun əl və ayaqlarını soyuq suya salmaq və magistral damarlar üzərinə buz, yaxud soyuq su butulkası qoymaq olar. Bütün bunlar tənəffüs sisteminin fəaliyyətinə mənfi təsir göstərməməlidir. Xəstələrin birbaşa buzlu su olan vannaya salınması, adətən tənəffüs əzələlərində spazm verdiyindən məsləhət görülmür. Əgər həzm sistemi orqanlarının zədələnmə əlaməti yoxdursa, xəstələrə duzlu məhlullar içirilməlidir. Bu məqsədlə standart tozlardan (reqidron, orosal və i.a.) istifadə edilməsi daha münasibdir. Maye qəbuluna çətinlik olduğu hallarda axırncı mədəyə zond vasitəsilə yeridilməlidir. Zərərçəkmişlərə qısa müddətli (2-3 gün) istirahət verilməli və onlar duz məhlullarından ibarət pəhriz saxlamalıdırlar.



Şəkil 34. 2 İqlim şəraitindən asılı olaraq fəsadlaşmaların müşahidə olunmasınən qrafik təsviri

İstiliklə əlaqədar təqətsizlik (deterioration) –bu, uzun müddət isti mühitdə qalmaqla tərləmə nəticəsində elektrolitlərin itirilməsi, lakin onların qəbulunun kəsirlə olması nəticəsində baş verir. Bütün bunlar ürək-damar sisteminin normal fəaliyyətinə maneçilik törədir. Diaqnoz sabit əlamətlərin əsasında təyin edilir. Rektal temperatur 37,8°C-dən yüksək olur. Nəbz tezləşir. Bayılma və qıcolmalar da müşahidə oluna bilər.

Xəstələr susuzluq və ümumi zəiflikdən şikayət edirlər. Mərkəzi sinir sistemi tərəfindən başağrısı, yorğunluq, narahatlıq, paresteziyalar, əhval-ruhiyyənin pisləşməsi, histeriya, psixikada pozğunluq halları müşahidə olunur. Hiperventilyasiya ilə əlaqədar alkaloz baş verir. Nisbi rütubətin artması və normal ventilyasiyanın pozulması hallarında tərləmənin kəsilməsi istilikvurmaya gətirib çıxara bilər. Bu kimi hallarda xəstələr sərin, kölgəli yerə gətirilməli və itirilmiş mayenin bərpası məqsədilə onlara orta hesabla saatda 1-2 litrdən 4 litrə qədər maye içirilməlidir. Xəstə soyudulmalı, magistral damarlar üzərinə buz qoyulmalıdır. Əgər mayenin oral yolla qəbulu mümkün deyilsə, yaxud bu lazımı nəticə vermirsə, vena daxilinə normal duz məhlulu, yaxud izotonik qlükoza məhlulu yeridilməlidir. Əgər duz itgisi yüksək həddə çatırsa, vena daxilinə hipertonic (3-5%-li) xörək duzu məhlulu köçürülməli, xəstələrə bir neçə gün istirahət verilməlidir.

İstilikvurma (heatstroke) –bu, istilik tənzinin ciddi pozğunluğu nəticəsində baş verdiyindən, həyat üçün qorxuludur. İstilikvurma zamanı rektal temperatur 41°C -yə çatır. Sağlam şəxslərdə bu özünü orqanizmin xarici mühitlə əlaqəsinin pozulması, xəstə adamlarda isə homeostaz mexanizmlərinin pozulması şəklində göstərir. Bu, bəzi mənbələrdə “istilikvurmanın klassik forması” başlığı altında verilir. Xəstələr dərhal isti mühitdən təcrid olunmalı, sərin yerə gətirilməli, dar paltarlar çıxarılmalı, damarlar üzərinə buz və soyuq islatmalar qoyulmaqda bədən soyudulmalı, bu tədbirlər tənəffüs və ürək fəaliyyətinin nəzarəti altında rektal temperatur 39°C -yə enənə qədər davam etdirilməlidir. Vena daxilinə 25-50 mq Xlorpromazin, yaxud 5-10 mq Diazepam yeridilməməsi məsləhət görülür. Lazım gəldikdə dərman maddələrinin istifadəsi hər 4 saatda bir dəfə təkrar olunmalıdır. Antipiretiklərin tətbiqi (aspirin, analgin, amidopirin) hipertermiyanı stimulyasiya etdiyindən məsləhət görülmür.

Xəstələr sutka ərzində xüsusi nəzarət altında saxlanılmalıdır. Onlara həmçinin (rabdo)miolizlə əlaqədar baş vermiş böyrək çatmamazlığı, hipokaliemiya, aritmiya, yayılmış damardaxili laxtalanma sindromu, qaraciyər çatmamazlığının qarşısının alınması və aradan qaldırılması məqsədilə lazımi profilaktik tədbirlər yerinə yetirilməlidir. İstivurma ilə əlaqədar baş vermiş hipokaliemiya rehidratasiya zamanı aradan qaldırılmalıdır. Miolizlə və su-duz mübadiləsində pozğunluqla əlaqədar baş verə biləcək böyrək çatmamazlığı xüsusilə ciddi şəkildə nəzərdə tutulmalı, əvvəlcədən profilaktik tədbirlər həyata keçirilməlidir. Maye köçürülməsi zamanı böyrəyin funksiyası gözlənilməli, ifraz olunan sidinin həcmi saatda 50 ml-dən az olmamalıdır. Sidik ifrazının artırılması və sidinin qələviləşməsi üçün hər kiloqram bədən çəkisinə 0,25-0,5qram olmaqla 20%-li mannitol və 250-400 ml 4%-li natrium bikarbona məhlulunun köçürülməsi məsləhət görülür. Qəbul edilən və xaric olan mayenin ölçülməsi vacibdir. Kortikosteroidlərin istifadəsi nəzərdə tutulmur.

Fəsadlaşma və ölüm halları serebral, kardiovaskulyar, qaraciyər, yaxud böyrək funksiyasının pozulması ilə əlaqədar olaraq baş verir. Mərkəzi sinir sistemi tərəfindən ümumi pozğunluq, huşun pozğunluğu şəraitində yüksək hərarət və tərləmə halları müşahidə edilir. Yüksək temperaturun orqanizmə mənfi təsirinin qarşısının alınması məqsədilə isti iqlimdə ətraf mühitin təsiri həm klinik əlamətlər, həm də laborator müayinələri əsasında təyin olunmalı və su-duz mübadiləsindəki normal tarazlıq bərpa olunmalıdır. İqlimə uyğunlaşma qanın plazma həcminin və ürəyin vurma həcminin artması hesabına bərpa olunmalı və istiliyin mənfi təsirinin aradan qaldırılması üçün lazımi profilaktik tədbirlər həyata keçirilməlidir. Şəraitə uyğunlaşmamış hərbi xidmətçilərin və şəxsi həyatın həddən artıq fiziki gərginlik keçirmələrinə; uzaqməsafəli qaçış, sürünmə məşqlərinin aparılmasına və i.a. yol verilməməli, xəstələr vaxtaşırı maye qəbul etməli, isti səxslərdə fəaliyyət zamanı soyuq içkilər qəbul edilməlidir.

Ətraf mühitin mənfi təsirinə həssaslığı artmış şəxslər yaxşı olar ki, müəyyən müddət həmin mühitdən təcrid olunsunlar. Hərbi xidmətçilər isti mühitdə, yaxud yüksək ərazidə yerləşmiş hərbi hissələrdə adaptasiya müddətini keçməli və bu müddət ərzində gərgin fiziki fəaliyyətdən uzaq olmalıdırlar. Həmçinin onlar əvvəlcədən dağ xəstəliyi haqqında təlimatlandırılmalı, mühitə uyğunlaşana qədər gərgin fiziki fəaliyyətdən uzaq olmalı, vaxtaşırı istirahət etməlidirlər. Nəfəs çatışmazlığı hallarında xəstələrə oksigen terapiyası aparılmalıdır. Yüksək istiliyə həssas olan şəxslər həmin mühitdə uzun müddət qalmamalı, istilikvurmanın baş verdiyi hallarda isə dərhal həmin mühitdən kənar edilməlidirlər.

34.3.2. ƏTRAF MÜHİTİN RELYEF XÜSUSİYYƏTLƏRİNİN ORQANİZMƏ MƏNFI TƏSİRİNİN KLİNİKASI, SİMPATOMATOLOGİYASI VƏ DİAQNOSTİKASI

Dəniz səviyyəsindən 2000 metr və daha artıq yüksəkliklərdə hərbi manevrlər zamanı yüksəkliklərə uyğunlaşma müddətində hərbi xidmətçilər arasında müəyyən funksional pozğunluqlar müşahidə edilir. Bu pozğunluqlar kəskin, yarımkəskin və xronik xarakterə malik olur.

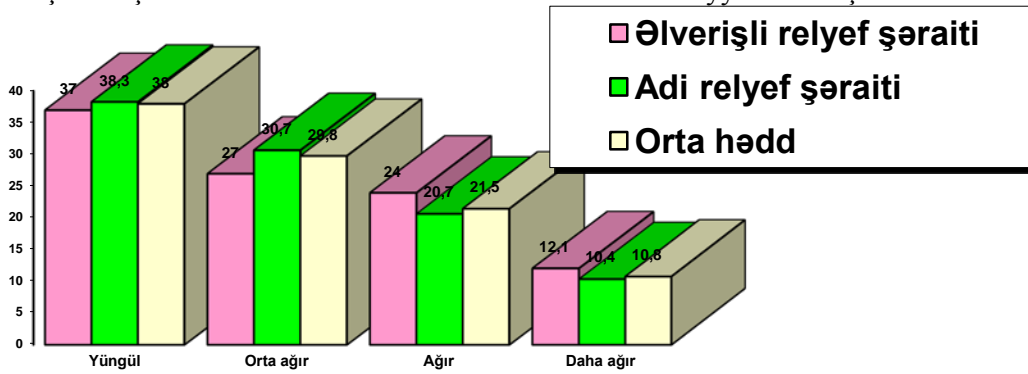
Lakin yüksəkliyə uyğunlaşma da özlüyündə fərdi xarakter daşıyır. Qan xəstəliyi və anemiyası olan şəxslər yüksəklikləri daha çətin keçirirlər. Yüksəklik artdıqca dağ xəstəliyinin əlamətləri: yorğunluq, taqətsizlik, başgicəllənmə, titrətmə, bənizin avazıması, öyümə, qusma, tənəffüs və sianoz artır. Beyin hipoksiyası eləcə də oksigen aclığı əlaməti olaraq tənəffüs və qan dövranında ciddi pozğunluqlar gedir. Çeyn-Stoks tənəffüsü meydana çıxır, ağciyər odemi və ensefalopatiya baş verir.

Dağ xəstəliyi özünü kəskin, yarımkəskin və xronik şəkildə göstərir. 2500–3000 metrədən yüksək səviyyədə 6 saatdan sutka yarım qədər müddətdə dağ xəstəliyinin kəskin pozğunluq əlaməti olaraq, ağciyər odemi baş verir. Bu, quru öskürək və tənəffüslə başlayır. Döş qəfəsində sıxıntı halları, başağrıları, ümumi zəiflik müşahidə olunur. Ağır hallarda arasıkəsilməyən tənəffüslük (ortopniya) və

qanhayxırma, hipoksemiya və beynin hipoksiyası ilə əlaqədar beyin ödemi baş verir. Bu, özünü kəskin başağrıları, yuxululuq, bəzən həddən artıq oyancılıq hallarının olması, ürəkbulanma və qusma əlamətləri ilə bərabər ataksiya, parez və ifliclər şəklində göstərir. Lazımi tədbirlər görülməzsə koma və nəhayət ölüm baş verə bilər. Belə hallarda xəstələrin 50%-dən çoxunda torlu qişada qansızmalar müşahidə olunur.

Dağ xəstəliyinin yarımkəskin formasında da mərkəzi sinir sistemi tərəfindən eyni pozğunluqlar baş verir. Bu halda beyində hipoksiya alveolyar hiperventilyasiya olmadan baş verir. Dehidratasiya, dəridə quruluq və qusma halları aşkarlanır. Hematokrit artır. Elektrokardiogrammada və rentgen müayinəsində sağ mədəciyin hipertrofiyası aşkarlanır. Müalicə fiziki və psixi sakitlik, oksigen terapiyası və yüksəkliyin azaldılmasını tələb edir.

Dağ xəstəliyinin xronik forması (Monce xəstəliyi) klinik olaraq xronik ağciyər xəstəliyi şəklində keçir. Təngnəfəslik, öskürək, boğulma halları ilə bərabər xəstələrdə yuxululuq, yaddaşsızlıq, sianoz halları müşahidə olunur. Xronik dağ xəstəliyi yüksək dağ şəraitində yerləşmiş hərbi hissələrdə uzun müddət qulluq edən əsgər və zabitlərdə, yaxud həmin ərəzidə yaşayan mülki şəxslər arasında müşahidə olunur. Hipoksiyaya və xronik oksigen aclığına cavab olaraq barmaqların distal falanqalarının qalınlaşması aşkarlanır. Barmaqlar nağara çöpünü, dırnaqlar saat şüşəsini xatırladır. Hemoqlobinin səviyyəsi 20-22 q/dl-ə çatır, hematokrit 70-75%-dən çox olur. Sağ mədəciyin işi çətinləşir. Elektrokardiogrammada ürəyin elektrik oxunun sağa meyilliyi, sağ mədəciyin hipertrofiyası aşkarlanır. Rentgenoqrammada sağ mədəciyin genişlənməsi və ağciyərlərdə mərkəzi tipli durğunluq qeyd edilir. Ağciyərlərin funksional müayinəsi alveolyar hipoventilyasiyanın və karbon qazının parsial təzyiqinin artdığını təsdiq etməsə də, oksigenlə təchizatın çətinləşməsini transport hipoksiyasının artdığını göstərir. Həmçinin bu zaman kardiovaskulyar və neyrogen mənşəli fəsadlaşmaların da müşahidə olunması mümkündür. Bu, emosional labil şəxslərdə və təsadüfən yanaşı gizli xəstəliyi olan hərbi xidmətçilər arasında daha çox müşahidə oluna bilər. Bütün bu əlamətlər dəniz səviyyəsində keçir.



Şəkil 34. 3 Yaralıların ağırlığı ilə relyef şəraiti arasındakı asılılığın qrafik təsviri

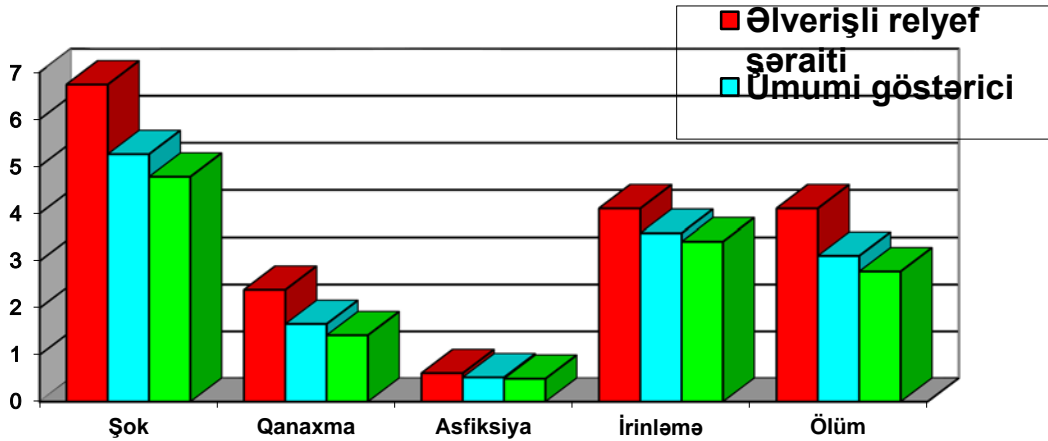
Xəstə və yaralıların aviasiya xətti ilə köçürülməsində aşağıdakılara əməl edilməsi xüsusilə vacibdir: Hərbi xidmətin uçuşla əlaqədar olduğu sahələrdə əsgər və zabitlər xüsusilə yüksək və uzunmüddətli uçuşlardan əvvəl hərbi hissələrin tibb xidməti işçiləri tərəfindən ətraflı müayinə olunmalı, təlimatlandırılmalı və lazımi məsləhətlər almalıdırlar. Yüksək uçuş tələb olunan hallarda uçuşun oksigenlə və lazımi tibbi avadanlıqla təminatı və təchizatı vacibdir. Bunun məzmunu hipoksiyaya qarşı tədbirlərin nəzərdə tutulması və onun həyata keçirilməsindən ibarət olmalıdır.

Ürək-damar xəstələrinin hava nəqliyyatı ilə köçürülməsi qaydaları: hipoksiya ilə davam edən anadangəlmə ürək qüsurları olan xəstələr yalnız vəziyyətləri stabilləşdikdən sonra köçürülə bilərlər. Uçuş zamanı 100% oksigenlə təminat tələb olunur. Kompensə olunmuş ürək qüsurları və digər ürək xəstəliyi olan fərdlərin təxliyəsi zamanı uçuşun yüksəkliyi 2400-2800 metrədən çox olmamalıdır. Bütün uçuş müddətində fyezülajın (təyyarə salonunun) oksigenlə təmin olunması vacibdir.

Kəskin miokard infarktı olan şəxslər yaxşı olar ki, 3 həftə ərzində stasionar şəraitində müalicə alsınlar. Onlar aviasiya xətti ilə yalnız elektrokardiogrammada müsbət dinamik dəyişiklik qeyd edildikdən sonra köçürülə bilərlər. Hemodinamikası qeyri-stabil infarkt xəstələrinin hava yolları ilə köçürülməsi məsləhət görülmür. Bu, eyni zamanda xronik koronar çatmamazlıq və digər mənşəli hipoksiya vəziyyətli xəstələrə də aiddir. Yalnız hemodinamikası stabil olan xəstələr aviasiya yolu ilə köçürülə bilərlər. Bu zaman uçuşun oksigenlə təminatı təşkil edilməlidir. Tez-tez müşahidə olunan stenokardiya tutması olan şəxslərin hava yolları ilə daşınması məsləhət deyil. Xəstəliyin remissiya

fazasında hava yolları ilə daşınması fyezulyajda sabit təzyiqin mümkünlüyü şəraitində aparılmalıdır. Salonun əlavə oksigenlə təminatı nəzərdə tutulmalıdır.

Qeyd: əgər təcrübə olaraq 50 metr məsafəni qət edərkən xəstədə tənqəfəslik baş verirsə onlar uçuşa buraxılmamalıdırlar.



Şəkil 34. 4 Relyef şəraitindən asılı olaraq fəsadlaşmaların müşahidə olunmasının qrafik təsviri

Ətrfların dərin venalarında tromboz olan xəstələr hava yolu ilə daşınılmazdan profilaktik antikoagulyant terapiyası almalıdırlar. Çünki yüksək və uzunmüddətli uçuşlar zamanı xəstələrdə tromboembolik fəsadlaşmalar baş verə bilər. Onlarda aşkar ağciyər fəsadlaşması olarsa uçuşdan imtina olunmalıdır. Xəstələr alkoqol qəbul etməməli, yaxud papiros çəkməkdən imtina etməlidirlər. Az dozada aspirin (250 milliqram) qəbulu, elastik corabların geyilməsi, uçuş zamanı ətrafların yerində saymaqla gimnastikası məsləhət görülür.

Bronxial astmalı xəstələrin, barotravması olan şəxslərin, fəal formalı vərəmli xəstələrin və habelə ağciyərlərində sist (kista) olan xəstələrin təyyarə ilə daşınması məsləhət görülmür. Anemik xəstələrdə, əgər hemoqlobin 8,5 q/dl-dən, eritrositlər $3 \cdot 10^{12}$ -dən azdırsa, onların uçuşa buraxılması məsləhət görülmür, əks təqdirdə uçuş zamanı oksigendən istifadə edilməlidirlər.

Döş qəfəsi orqanlarında, yaxud qarın boşluğunda cərrahi müdaxilə həyata keçirilmiş xəstələr hemodinamikası stabilləşməyincə təyyarə ilə daşınılmamalıdırlar. Kolostoması olan xəstələrin kolostomik kisələri uçuşdan qabaq boşaldılmalı, yaxud kisə dəyişdirilməli, dezodorantlardan istifadə edilməlidir. Geniş yırtığı olan xəstələr ehtiyatlı olmalıdırlar, çünki uçuş zamanı yırtıq boğula bilər. Kəllənin trepanasiyasından sonra yüksək uçuş məsləhət görülmür. Qlaukoması, yaxud göz almasında zədələnmə olan xəstələr də uçuş zamanı ehtiyatla daşınılmalıdır. Psixi pozğunluğu olan xəstələr uçuş zamanı xüsusi nəzarət altında olmalı, əvvəlcədən onlara sedativ təsirli dərman maddələri verilməli, yaxud inyeksiyalar tətbiq edilməlidir.

Uçuşu pis keçirən xəstələrə sedativ, antihistamin dərman preparatları, məsələn, dimenhidrinat 50 mq gündə 4-6 dəfə, promethazin 25 mq 4 dəfə, yaxud meklizin 25-50 mq gündə 1 dəfə (uçuşdan qabaq) verilməlidir. Qusmanın və uçuş zamanı gərginliyin qarşısının alınması məqsədilə qida az həcmli və asan həzm olunan şəkildə verilməlidir.

Ətraf mühitin mənfi təsiri eyni zamanda hərbi xidmətçilərin ailə orqanları arasında da baş verə bilər. Bu baxımdan hamiləliyin son ayında qadınların təyyarə ilə uçuşu məsləhət görülmür. Bu, həmçinin bir həftə ərzində yenidöğməyə də aiddir.

4. XƏSTƏ VƏ YARALILARIN MÜALİCƏSİNİN TƏŞKİLİ VƏ ONUN YERİNƏ YETİRİLMƏSİ QAYDALARI

Ətraf mühitin mənfi ekzogen amillərinin təsirinə məruz qalmış şəxslərdə yaralanmalar və hərbi zədələnmələrin müalicəsi və yardımın təşkili çətin və mürəkkəb olmaqla bərabər ikili xarakter daşıyır. Bu, bir tərəfdən ağır hərbi yaralanmalar və zədələnmələrin xarakterindən asılı olaraq, yardımın tələb olunan qaydada asfiksiya, qanaxma və travmatik şokun aradan qaldırılması istiqamətində tədbirlər sistemi

şəklində yerinə yetirilməsindən, digər tərəfdən iqlim və relyef şəraitinin orqanizmə mənfi təsirinin nəticələrinin aradan qaldırılması istiqamətində lazımi tədbirlərin həyata keçirilməsindən ibarətdir. Hər iki halda bütün tədbirlər bir-biri ilə əlaqəli şəkildə yerinə yetirilməlidir. Əgər cərrah tək cə yaralanmanın nəticələri haqda düşünüb, isti iqlim şəraitinin orqanizmə mənfi təsirini, yaxud yüksək ərazilərdə oksigen aclığını nəzərə almazsa, müalicə və yardım işində müvəffəqiyyət əldə edilə bilməz. Digər tərəfdən mənfi ekzogen amillərin orqanizmə təsirinin hələ yaralanmayana qədər baş verdiyini də nəzərə alsaq, onda vəziyyətin nə qədər çətin olduğunu görürük. Burada ayrı-ayrı zədələnmələrdən əlavə mühitin mənfi təsiri ilə orqanizm arasında qarşılıqlı ağırlaşma sindromu əmələ gəlir. Oksigen aclığı nəticəsində hipoksiya və istiliklə əlaqədar dehidratasiyanın baş verməsi hələ yaralanmamışdan orqanizmin zədələnməyə qarşı müqavimət qabiliyyətini azaldır, bunlar immun proseslərin zəifləməsinə səbəb olur. Belə xəstələr hətta ən adi yaralanmaları belə çətin keçirirlər. Yaralanma və zədələnmələrin diaqnozunun qoyulması, müalicəsinin təşkili, fəsadlaşmaların nəticələrinin aradan qaldırılması, mənfi ekzogen amillərin zərərli təsirinin ləğv edilməsi ilə eyni müddətdə yerinə yetirilməlidir.

Hospitala daxil olmuş bütün xəstə və yaralılar hərbi-səhra cərrahiyyəsinin əsas prinsiplərinə uyğun olaraq çeşidlənmədən keçirilməli, ağır xəstə və yaralılara yardım ilk növbədə, yaxud növbədənkənar yerinə yetirilməli, bu zaman mənfi ekzogen amillər nəzərə alınmalıdır. Müalicə imkan daxilində tam həcmdə yerinə yetirilməlidir. Yaralılarda dehidratasiya ilə əlaqədar qanın qatılşması hallarında laborator müayinələri zamanı anemiya halı müşahidə olunmaya da bilər. Belə vəziyyətlərdə laborator göstəricilərinə tənqidi yanaşılmalıdır. Həmçinin əlverişsiz relyef şəraiti ilə əlaqədar yaralıların hospitallara daha gec və narahat halda çatdırılması onların vəziyyətlərinin daha da ağırlaşmasına səbəb olur. Bundan əlavə yüksək dağlıq şəraitində atmosferdə oksigenin parsial təzyiqinin aşağı olması nəticəsində yaralılar qanitirməni daha pis keçirirlər. Qanitirmə ilə əlaqədar anemiya fonunda transport hipoksiyasının baş verməsi həyati vacib orqanların qanla (oksigenlə) təchizatının pozulmasına gətirib çıxarır. Bu, ilk növbədə mərkəzi sinir sisteminin, tənəffüs və ürək-damar sisteminin fəaliyyətinin pozulmasına səbəb olur. Uzunmüddətli hipotoniya, qanitirmə, yorğunluq, fiziki və psixi travma yaralı orqanizmin müqavimət qabiliyyətinin itirilməsinə, immun proseslərin pozulmasına, daha sonralar yaraların sağalmasının ləng getməsinə, beləliklə infeksiyanın inkişafına, regenerasiyanın və immunitetin aşağı düşməsinə, koagulopatik pozğunluqların (yayılmış damardaxili laxtalanma sindromunun) baş verməsinə gətirib çıxarır.

Bütün bu çətinliklərin aradan qaldırılması üçün infuzion-transfuzion terapiyanın (İTT) aparılması vacibdir. Bu, mümkün qədər tez yerinə yetirilməlidir. Bunun məzmunu hemodinamika və dövran edən qanın həcmninin bərpası və stabilliyin saxlanması, qanın laxtalanma sisteminin, su-elektrolit tarazlığının normallaşması, orqanizmin parenteral qidalanmasının və detoksikasiyasının həyata keçirilməsindən ibarət olmalıdır. Qanın oksigenlə optimal təminatı, onun volemik həcmnin bərpası və dərman maddələrinin qısa müddət ərzində toxumalarda yüksək konsentrasiyasının təmini ən başlıca şərtlərdəndir.

Güclü tərləmə və yaralanma fonunda qanitirmənin, eləcə də maye və elektrolitlərin bərpası məqsədlə köçürülən mayenin ümumi həcmi 170-180%-dən aşağı olmamalı və onun təqribən 50%-i birbaşa qana keçməlidir. Həyati-vacib funksiyaların pozğunluğunun qarşısının alınması və orqanizmin ətraf mühitin mənfi təsirinə, eləcə də döyüş zədələnmələrinə qarşı davamlı kompensasiya təmin olunmalı, hipovolemiya və hipotoniya vəziyyəti tezliklə aradan qaldırılmalıdır. Həyata keçirilən tədbirlər həmçinin anemiyanın, hipoproteinemiyanın, su-duz mübadiləsindəki pozğunluğun, tromboembolik fəsadlaşmaların, toxumaların oksigenlə təminatının pozulmasının aradan qaldırılması və infeksiyaya qarşı mübarizə qabiliyyətinin yüksəldilməsi istiqamətində doğru yönəldilməlidir. Müalicənin nəticəsi onun vaxtında və tam həcmdə yerinə yetirilməsindən daha çox asılıdır.

Müalicə tədbirləri həkiməqədərki dövrdən başlanılmalı və xəstələrin daşınması müddətində də davam etdirilməlidir. Yaralıların təxliyəsi yubadılmamalı, imkan daxilində tez və daha rahat nəqliyyat vasitələri ilə həyata keçirilməlidir.

Hipovolemiyanın və qan dövranındakı pozğunluğun vaxtında aradan qaldırılması öz növbəsində ağciyərlərin parenximasında mikrosirkulyasiyanın normallaşmasına, toxuma tənəffüsünün stabilləşməsinə, tənəffüsdə gərginliyin aradan qaldırılmasına imkan verir və beləliklə kəskin tənəffüs çatmamazlığının da müalicəsinin asanlaşması üçün şərait yaratmış olur. Ürəyin dəqiqəlik qan vurğusunun

normallaşması və orqanizmin oksigenə olan tələbatının ödənilməsi yaralının kritik vəziyyətdən çıxmasına imkan verir.

Dövran edən qanın 10%-dən çox azalması daxili orqanlardan keçən qanın xeyli azalmasına, ikincili immunodefisit fonunda infeksiya fəsadlaşmalarının baş verməsi üçün şərait yaradır. Yaralılara konservləşdirilmiş qan və onun preparatları, eritrositar kütlə, dondurulmuş eritrositlər, dondurulmuş təzə və hiperimmun plazma, trombositar kütlə və i.a. köçürülməsi daha məqsədəuyğundur. Ağır şok və massiv qanitmələrdə arterial təzyiq 90 mm c.s.-na çatana kimi köçürülən mayenin həcmi dəqiqədə 150-200 ml olmalı, sonrakı müddətlərdə damcı, yaxud birbaşa (şırıqqa) şəkildə davam etdirilməlidir. Terminal vəziyyətdə olan yaralılara maye köçürülməsi təzyiq altında aparılmalıdır. Dövran edən qanın həcmnin bərpası məqsədilə seroz boşluqlara yığılmış qan toplanılmalı və köçürülməli, bu zaman boşluqlu orqanların zədələnməsi halı istisna edilməlidir.

Ağır yaralanmalar zamanı təzə qanın köçürülməsi əvəzsiz əhəmiyyətə malikdir. Çünki təzə qanın oksigen daşımaq qabiliyyəti daha yüksək olur və bu, əlverişsiz relyef şəraitində yaralılarda həmçinin transport hipoksiyasının aradan qaldırılması imkanını verir. Qeyd etmək lazımdır ki, 3 günə qədər alınmış qanın eritrositləri köçürülən kimi qaz mübadiləsində iştirak etdiyi halda nisbətən köhnə qanın köçürülməsi zamanı eritrositlərin qaz mübadiləsində iştirakı yalnız 12-16 saat və daha gec müddətlərdə baş verir. Reinfuziya məqsədilə seroz boşluqlardan toplanmış qan və yuyulmuş donor eritrositləri bu baxımdan daha əhəmiyyətlidir.

Fibrinolitik qanaxmalarda albumin, dondurulmuş təzə plazma və təzə sitrat qanının və eləcə də hazır VIII antihemofil faktorun (1000 vahid) köçürülməsi də vacibdir. Qanaxma tam dayandırıldıqdan sonra cərrahi əməliyyatın sonunda dövran edən qanın həcmnin və hemostazın normallaşması qayğısına qalınmalıdır. Massiv qanitmələrdə təzə sitrat qanı birbaşa arteriya daxilinə yeridilməlidir.

İsti iqlim şəraitində tərləmə ilə əlaqədar həddən artıq maye və elektrolit itirmiş yaralılarda su-duz mübadiləsinin normallaşdırılması qayğısına qalınması daha vacibdir. Bu, damarlarda birbaşa dövran edən qanın və hüceyrələrarası mayenin həcminə eləcə də elektrolitlərin miqdarına nəzarət əsasında yerinə yetirilməlidir. Duz məhlullarının istifadəsində onların elektrolit tərkibi əsas götürülməlidir. Həddən artıq maye köçürüldüyü hallarda böyrəklərin funksiyası gözlənilməli, qanın dezintoksikasyon funksiyasına nəzarət olunmalıdır.

İsti iqlimdə həddən artıq tərləmə, ağciyərlərin hiperventilyasiyası, geniş yara sahəsindən plazma itgisi, susuzluq və maye qəbulunun məhdudluğu və i.a. nəticəsində baş vermiş hüceyrədaxili dehidratasiyaya aradan qaldırılmalı, tədbirlərin həyata keçirilməsi zamanı infuzatların volemik effekti gözlənilməli, ətraf mühitin zərərli iqlim və relyef xüsusiyyətləri nəzərə alınmalıdır. Mikrosirkulyasiyadakı pozğunluqlar reoloji xüsusiyyətləri üstün olan mayələrin köməyi ilə ləğv olunmalıdır.

Müalicənin məqsədi qan dövranının stabilləşməsi, mikrosirkulyasiyanın yaxşılaşdırılması və operativ müdaxilənin həyata keçirilməsi üçün optimal şəraitin yaradılması prinsipinə xidmət etməlidir. Diurez saatda 40-50 millilitrdən az olmamalıdır. Dərin endogen intoksikasiyalar zamanı diurezin stimulyasiyası, yəni onun həcmnin orta hesabla sutkada əlavə 400 ml artırılması məqsədilə 20%-li mannitol, yaxud böyük dozada (300 mq) laziks (furosemid) tətbiq edilməlidir. Nəzərə almaq lazımdır ki, osmotik diuretiklər (mannitol, sorbitol, trisaminol) diurezi stimule etmək və detoksikasiya qabiliyyətinə malik olmaqla bərabər, güclü qanitmələr və endogen intoksikasiyalar zamanı sidik ifrazının gücləndirilməsi yolu ilə toksinlərin böyrək kanalçıqlarına ziyanlı təsirinin aradan qaldırmaq qabiliyyətinə də malikdir. Bunlar böyrək kanalçıqlarının tutulmasının qarşısını almaq imkanına malikdir. Aparılan müalicənin müsbət təsiri sidikdə natriumun qatılığının artması və toxumalarda ödem azalması ilə aşkarlanmalıdır.

Asidozun aradan qaldırılması məqsədilə venaya 150-300 ml 4%-li natrium bikarbonat məhlulu köçürülməli, qanın dezintoksikasyon funksiyası kiçik molekullu kolloid məhlulların (hemodez) köçürülməsi hesabına bərpa olunmalıdır. Ekzogen və endogen toksinlərin xaric olmasının sürətləndirilməsi məqsədilə dolayı detoksikasyon təsirə malik preparatlardan istifadə olunmalı, hüceyrələrarası mayenin həcmnin genişləndirilməsi məqsədilə yaralılara zülal preparatları, məsələn, albumin və protein köçürülməlidir.

Əgər yaralı müəyyən səbəbə görə maye qəbul edə bilmirsə, yaxud bundan imtina edirsə, ifraz olunmuş sidik həcmində ona izosmolyar duz məhlulu köçürülməli, böyrək çatmamazlığının baş verdiyi hallarda köçürülən mayenin həcmi ifraz olunan sidiyin yarısı həcmində olmalıdır. Drenaj borularından, mədə zondundan, enterostomadan, yara səthindən maye ifrazı, habelə qusma və ishal nəticəsində əlavə maye itgisi müalicənin yerinə yetirilməsində nəzərə alınmalı, itirilmiş həcm izosmolyar duz məhlulları ilə bərpa olunmalıdır. Həddən artıq maye itgisi zamanı infuzion mayeyə hiperosmolyar və parenteral qida məhlulları da əlavə edilməlidir.

Tərləmənin çoxalması xüsusilə səhra və yarımsəhra şəraitində böyrəkdənkənar su itgisinin artmasına səbəb olur. Belə hallarda itirilmiş mayenin bərpası məqsədlə orta hesabla xəstənin hər kiloqram bədən çəkisinə görə 30 ml maye köçürülməlidir. Septik vəziyyətlərdə bu həcm 70-80 ml-ə çatdırılmalıdır.

Ətraf mühitin mənfi iqlim və relyef xüsusiyyəti ilə əlaqədar tənəffüs çatmamazlığı hipovolemiya, dehidratasiya, uzunmüddətli hipotoniya və oksigen aclığı fonunda baş verir. Kəskin tənəffüs çatmamazlığı açıq, yaxud gizli şəkildə bronxlarda ventilyasiyanın, yaxud ağciyərlərin parenximasında qaz mübadiləsinin pozğunluğu şəklində müşahidə olunur.

Ağciyər qaz mübadiləsi pozğunluğu nəticəsində baş vermiş kəskin tənəffüs çatmamazlığı son məqamda özünü “şok ağciyəri” formasında göstərir. Bəzi mənbələrdə bu, respirator distress sindrom (RDS) adı altında verilmişdir. Respirator distress sindrom (RDS) zədələnmənin ağırlıq dərəcəsindən asılı olaraq 2-3 gün ərzində, yardımın kifayət olmadığı hallarda isə ilk sutka ərzində inkişaf edir. Bu, başlanğıcda narahatlıq, tənəffüs, sərt tənəffüs fonunda quru xırıltıların və hipoksiya əlamətlərinin müşahidə olunması şəklində təzahür edir. Proses inkişaf etdikcə psixomotor oyancılıq və hallüsinasiyalar baş verir.

Arterial qanda oksigenin parsial təzyiqinin lazımı səviyyədə aşağı düşməsi ağciyərin kompensator hiperventilyasiyasına səbəb olur. Ağır zədələnmələr zamanı ilk 3 sutka ərzində səmərəli oksigen inhalyasiyasının həyata keçirilməsi vacibdir. Həmçinin tənəffüs fəaliyyətini yaxşılaşdırdığı üçün qanqliblokatorların (pentamin, heksonium, arfonad) istifadəsi də ağciyər mikrosirkulyasiyasının tənzimlənməsinə və tənəffüsün yaxşılaşmasına kömək edir. Bu preparatlar arterial qan təzyiqinin nəzarəti altında istifadə olunmalı, hipotoniya baş verdiyi hallarda onların dozası azaldılmalıdır. Həmçinin döş qəfəsinin masajı və tənəffüs gimnastikasının aparılmasının da xüsusi müalicəvi əhəmiyyəti vardır.

Kəskin tənəffüs çatmamazlığının qarşısının alınmasında ağrı faktorunun aradan qaldırılması, ağciyərlərin optimal ventilyasiyasının təmini, iltihabi proseslərin profilaktikası başlıca rol oynayır. Bu məqsədlə narkotik və qeyri narkotik dərman maddələrindən, novokain blokadalarından geniş istifadə olunmalıdır. Obturasion sindromun (postatelektatik pnevmoniyanın) əmələ gəlməsinin qarşısının alınması üçün aerozol terapiyasının həyata keçirilməsi, bronxların aktiv aspirasiyası vacibdir. Dərindən məcburi nəfəsalmalar (tənəffüs gimnastikası) xırda bronxların açılması və atelektazların aradan qaldırılmasına imkan verir. Xırda damarların trombozunun qarşısının alınması məqsədlə birbaşa təsir edən antikoagulyantların (heparin) istifadəsi məsləhət görülür. Həmçinin alveolyar membranının stabilliyinin artırılması məqsədlə qlükokortikoidlər də tətbiq edilməli, ağciyərlərin hiperventilyasiyası həyata keçirilməlidir. Bu zaman oksigenin dəqiqlik həcmi 10-12 litrdən aşağı olmamalıdır.

Endogen infeksiyanın qarşısının alınması məqsədlə antibakterial terapiya tətbiq edilməli, traxeobronxial sahə vaxtaşırı sanasiya olunmalıdır.

Böyrək çatmamazlığının qarşısının alınması məqsədlə dehidratasiya, uzunmüddətli hipotenziya, qan dövranının patoloji mərkəzləşməsinin (sentralizasiyasının) qarşısının vaxtında alınması, itirilmiş qanın bərpası, sinir uclarının neyrovegetativ blokadalarının aparılması xüsusi əhəmiyyətə malikdir. Böyrəklərin funksional pozğunluqları tək-cə işemik amillərdən asılı olmayıb, eyni zamanda sərbəst hemoqlobin, mioqlobin və qanda dövrən edən endotoksinlərin böyrək parenximasına mənfi təsirdən də asılıdır. Mənfi klimatik təsirlər və güclü tərləmə nəticəsində dehidratasiya fonunda rabdomiolizin baş verməsi, yüksək uçuşlar və dağ şəraitində atmosferdə oksigenin parsial təzyiqinin azalması, metabolik asidoz fonunda mioqlobinuriya və duz turşulu hematinin əmələ gəlməsi böyrək kanalçıqlarının blokadasına səbəb olur.

Yaralanma ilə əlaqədar pnevmoniya, peritonit və sepsisin baş verməsi də böyrək çatmamazlığının inkişafında xüsusi rol oynayır. Ciddi zədələnmələrdə böyük həcmdə dekstran məhlullarının köçürülməsi

və hazırlıq olmadan massiv qanköçürmənin də böyrək çatmamazlığına görə mənfi yatrogen təsiri qeyd edilməlidir. Bu, oliquriyanın baş verməsi ilə özünü göstərir. Qanın xüsusi çəkisi azalır, sidikdə zülal çoxalır və azotemiya müşahidə olunur. Qanda kreatinin və sidik cövhərinin 3-5 gün müddətində artması böyrəklərin süzmə qabiliyyətində ciddi pozğunluğun olmasını göstərir. Sidik cövhərinin qanda 50 mmol/l-dən artıq olması hallarında taxipnoe, tənəffəslik, ürəkbulanma, qusma, bağırsaqların uremik parezi, yaxud ishal müşahidə olunur.

Oliquriya vəziyyətlərində intensiv terapiyanın aparılması zamanı hiperhidratasiyanın baş verməsinə və dərman maddələrinin kumulyasiyasına yol vermək olmaz. Asidoz, vaxtında korreksiya olunmalı, infeksiya nəticəsində artan zülal katabolizmi nəzərə alınmalıdır. Orqanizmə daxil olan maye yara ifrazatı və diurez nəzərə alınmaqla tənzim olunmalı, hipertermiya hallarında hər bir dərəcə yüksək temperatur üçün 0,4-0,5 litr əlavə maye köçürülməlidir. Əgər böyrək çatmamazlığı metabolik asidozla birlikdə müşahidə olunursa, infuzata sutkada 3-4 dəfə 100-150 ml 4%-li natrium bikarbonat məhlulu da əlavə olunmalıdır.

Yaranın cərrahi işlənməsinin vaxtında aparılması və irinli toplaqların drenaj olunması eyni zamanda kalium itkisinin də qarşısını alır. EKQ-də hipokaliemiya əlamətlərinin müşahidə olunması hallarında venaya qlükozanın konsentrasiyalı məhlulu insulinlə birlikdə istifadə olunmalıdır. Bu, interstisial toxumaya yığılmış kaliumun yenidən hüceyrələrdə toplanması üçün şərait yaradır.

Hətta az miqdar, lakin davamlı hipovolemiyalar zamanı, dövrən edən qanın həcmnin 15%-ə qədər azalması hallarında qanın patoloji sentralizasiyası şəraitində histiositlərin sıradan çıxmasına və toksinlərin ümumi qan dövrəsinə keçməsinə və qaraciyər çatmamazlığının əmələ gəlməsinə səbəb olur. Travmatik şok və hipovolemiya vəziyyəti mikrosirkulyasiyanın pozulmasına, hepatositlərin sıradan çıxmasına və endogen intoksikasiyanın baş verməsinə səbəb olur. Kəskin qaraciyər çatmamazlığı özünü süstlük, tormozlanma, sarılığın olması, sidiyin rənginin tündləşməsi şəklində göstərir. Hiperbilirubinemiya qanda sidik cövhəri və kreatininin artması ilə birlikdə müşahidə olunur. Hipovolemiyanın aradan qaldırılması istiqamətinə yönəldilmiş rasional infuzion-transfuzion terapiya, fasiləsiz analgeziya, qanın profilaktik heparinizasiyası, B qrup vitaminlərinin tətbiqi, infeksiya ocaqlarının lazımı qaydada drenaj olunması, hiperbarik oksigenasiya və ekstrakorporal detoksikasiyanın aparılması qaraciyər çatmamazlığının qarşısının alınmasında vacib və prinsiplə tədbirlərdəndir.

Mürəkkəb hərbi zədələnmələr zamanı yaraların bakterial çirklənməsi ilə əlaqədar yayılmış yara infeksiyası orqanizmin autoimmun pozğunluğu şəklində müşahidə olunur və mənfi ekzogen amillər fonunda daha qabarıq şəkildə aşkarlanır. Aparılan intensiv müalicə tədbirləri təkcə mikrosirkulyasiyanın yaxşılaşdırılması və dərman preparatlarının toxumalarda optimal konsentrasiyasının yaradılmasından əlavə, orqanizmin yara infeksiyasına qarşı müdafiə qabiliyyətinin möhkəmləndirilməsi məqsədini də daşmalıdır. İnfeksiyon prosesin profilaktikası ilk növbədə yaraların vaxtında və düzgün cərrahi işlənməsindən çox asılıdır.

Atibiotiklərin bir-birinə əks təsirinin qarşısının alınması məqsədilə istifadə olunarkən onların bir-birinə qarışdırılmasına yol verilməməli, ayrı-ayrı saatlarda tətbiq olunmalı və müalicədə bunların parenximatöz orqanlara toksik təsiri də nəzərə alınmalıdır. Kəskin böyrək çatmamazlığı antibiotiklərin farmakodinamikasının pozulmasına və onların nefrotoksik təsirinin qüvvətlənməsinə səbəb olduğundan böyrək çatmamazlığı zamanı bunlar ehtiyatla tətbiq olunmalıdır. Hər bir antibiotik orta hesabla 5-7 gündən artıq tətbiq olunmamalı, birdən-birə kəsilməli lazım gəldikdə yenisi ilə əvəz olunmalıdır. Antibakterial müalicənin aparılmasında başlıca prinsip onun yüksək dozada tətbiqi və qanda optimal konsentrasiyasının əldə edilməsindən əlavə, mikroorqanizmin onlara həssaslığının nəzərə alınması da vadibdir.

İnfeksiyon proseslərdə antibakterial terapiya ilə bərabər hiperbarik oksigenasiyanın həyata keçirilməsi də vacibdir. Burada oksigen həmçinin antibiotik kimi təsir göstərir. Hiperbarik oksigenasiya yüksək dağ şəraitində oksigen aclığının baş verməsi ilə əlaqədar olaraq da tətbiq olunmalıdır. Həmçinin bunun ağır yara xəstəliyinin kəskin olmayan fazasında sağalma prosesinin sürətləndirilməsi, bağırsaqlara qoyulmuş anastomozlarının yaxşı tutması üçün yerinə yetirilməsi də məqsədəuyğundur. Anaerob klostridial infeksiyalar zamanı hiperbarik oksigenasiyanın aparılması daha vacibdir.

Ağır yaralanmaların fəsadlaşmaları zamanı orqanizmin ehtiyat qüvvələri qida maddələrinə olan tələbatı həmişə ödəyə bilmir. Bu həmçinin klimatik şəraitlə əlaqədar dehidratasiya vəziyyətinə düşmüş yaralılarda daha kəskin şəkildə aşkarlanır. Ona görə də adekvat qidalanmanın bərpasına qədər süni qidalanmanın tətbiqi vacibdir. Bu, rabdomiolizin və ikincili immun depressiyanın qarşısının alınması məqsədilə yerinə yetirilir. Süni qidalanma parenteral və enteral yolla həyata keçirilə bilər. Parenteral süni qidalanma zamanı qida maddələri birbaşa qana daxil olur. Bu, mərkəzi venaların kateterizasiyası yolu ilə həyata keçirilməlidir. Parenteral qidalanma mədə-bağırsaq sistemində zədələnməsi olan yaralılara müvəqqəti olaraq tətbiq edilir.

Parenteral qidalanma orqanizmin həyati-vacib funksiyalarının bərpası və endogen intoksikasiyanın aradan qaldırılması məqsədilə aparılır. Bu, orta hesabla 6-7 gün müddətində davam etdirilməlidir. Parenteral qidalanmanın tərkibində amin turşularının olması vacibdir. Optimal olaraq hər 7 qram qlükozaya 1 qram əvəzolunmaz amin turşusu düşməlidir. Hemodinamik stabilliyin bərpası, qanazlığının aradan qaldırılması parenteral qidalanmaya son qoyulmasına imkan verir. Süni qidalanma bütün sutka ərzində davam etdirilməli, bu zaman damcıların sayı dəqiqədə 60-dan çox olmamalıdır. Parenteral qidalanmanın hər bir seansında 400 ml 5%-li qlükoza (insulinsiz) köçürülməlidir ki, baş verə biləcək hipoglükemiyanın qarşısı alınsın. Köçürülmüş mayenin ümumi həcmi itirilmiş mayenin həcmindən 1-1,5 litr çox olmalıdır. İnfuzata insulin, B qrup vitaminləri, C vitamini və anabolik hormonlar əlavə edilməli, xəstənin çəkisi vaxtaşırı yoxlanılmalıdır. Parenteral qidalanmanın nəticəsi laborator nəzarəti ilə təsdiq edilməlidir.

Mədə-bağırsaq traktında yaralanması olmayan xəstələrə həmçinin süni enteral qidalanmanın aparılması da vacibdir. Qida qalın zondla homogen maye şəklində yeridilməlidir. Mədə yaralanmalarında nazik zondun daha dərinliklərə yeridilməsi ilə enteral qidalanmanın təmin edilməsi mümkündür. Bu məqsədlə ikikanallı zondların tətbiqi daha məqsədəuyğundur. Kanalın biri ilə möhtəviyyat aspirasiya olunur, digəri ilə qida materialı yeridilir. Yaralanma nəticəsində baş vermiş adi peritonitlərdə enteral qidalanma məqsədilə 1 litr qaynadılmış suya 5 qram xörək duzu, 2 qram natrium bikarbonat, 1,5 qram kalium xlorid, 1,6 qram kalsium xlorid, 0,8 qram maqnezium sulfat, 30 qram qlükoza əlavə olunmuş monomer qarışıq da istifadə oluna bilər. Hazır duz preparatlarından reqidron, qastroolit, qlükosol, orasol da yaxşı nəticə verir.

Enteral qidalanma damcı üsulu ilə hər kiloqram bədən çəkisinə 0,5-1 ml olmaqla tətbiq edilməlidir. Əgər xəstə qidalanmanı yaxşı keçirirsə, mayenin miqdarı saatda hər kiloqram çəkiyə 2 ml-ə qədər artırıla bilər. Qidalı qarışıq sutka ərzində hər kiloqram çəki üçün 40-50 kal enerjini təmin etməlidir. Zülalın miqdarı sutkada hər kiloqram çəkiyə 1 qramdan az olmamalıdır. Bağırsaq funksiyası pozğunluqlarında monomer qarışıqların tətbiqi daha əlverişlidir.

Müalicə prosesində bağırsağın funksiyasına nəzarət olunmalı, bağırsaq parezi və paralitik durğunluq vaxtında aradan qaldırılmalıdır. Bütün bunlar bağırsaqların normal peristaltikasının tənzimlənməsi və patoloji qıcıqların aradan qaldırılması istiqamətində kompleks tədbirlər şəklində yerinə yetirilməlidir. Müalicə zamanı arterial təzyiqə nəzarət olunmalı, mədədə daimi zond olmalı, enteral qidalanma davam etdirilməlidir. Bağırsaq parezinin qarşısının alınması məqsədilə aparılan ən səmərəli tədbirlərdən biri də uzunmüddətli epidural blokadaların aparılmasıdır. Bu, hipovolemiya və anemiyanın aradan qaldırılması, interstisial sektorda elektrolitlərin səviyyəsinin bərpa olunması fonunda yerinə yetirilməlidir. Həmçinin insentiv respirator terapiya da xəstələrin reabilitasiyası üçün əhəmiyyətlidir. Paralitik bağırsaq keçməməzliyi nəticəsində baş vermiş mübadilə pozğunluqları vaxtında aradan qaldırılmazsa, bunlar böyrək və qara ciyər çatmamazlığı ilə nəticələnə bilər.

34. 5. XƏSTƏ VƏ YARALILARA MƏRHƏLƏLİ YARDIMIN TƏŞKİLİ

İlk tibbi yardım —xəstə və yaralılara asfiksiya, qanaxma və şoka qarşı tədbirlər yerinə yetirilməli, qanaxmalar müvəqqəti saxlanılmalı, yaralılara analgetiklər vurulmalı, sınıq nahiyələri standart, yaxud qeyri-standart vasitələrlə hərəkətsizləşdirilməlidir. Asfiksiya vəziyyətində olan yaralılara süni tənəffüs verilməli, qusması olan, yaxud huşsuz vəziyyətdə olan yaralılardan dili sancaqla kəsici dişlər bərabərində

dodağa, yaxud yaxalığa bərkidilməlidir. Yaralı kölgəlik yerə gətirilməli, baş və gövdə birbaşa düşən günəş şüalarından təcrid olunmalıdır.

Həkiməqədərki yardım —yüksək dağlıq ərazisində oksigen açığı hallarında portativ aparatlarla oksigen inhalyasiyası aparılmalı, tərləmə nəticəsində dehidratasiya vəziyyətində düşmüş yaralılara duz məhlulları köçürülməli, həzm sistemində yaralanması olmayanlara içməli su, ayran, yaxud duzlu qarışıqlar verilməli, magistral damarlar üzərinə soyuq su ilə isladılmış material qoyulmaqla xəstələr soyudulmalı, qankəsici turna və şinlərə nəzarət olunmalı, əlaltı vasitələr standartları ilə əvəz olunmalıdır. Eyni zamanda sarğılara düzəlişlər verilməli, döyüş zonasında yardım almayanlara ilk tibbi yardım həyata keçirilməlidir.

İlk həkim yardımı —burada xüsusilə isti iqlim şəraitində dehidratasiya vəziyyətində olan xəstə və yaralılara infuzion-transfuzion terapiyanın aparılması daha vacibdir. Eyni zamanda mədə-bağırsaq sistemində zədələnməsi olmayanlara lazımınca içməli su və duzlu qarışıqlar verilməlidir. Yüksək dağlıq ərazisində yerləşmiş hərbi hissələrdən gətirilmiş yaralılarda transport hipoksiyasının olması nəzərdən qaçırılmamalı, onlara oksigen inhalyasiyası tətbiq edilməli, anemiya aradan qaldırılmalıdır. Kəskin hipoksiya əlamətləri zamanı xəstə və yaralılara asetazolamid 125-250 mq gündə 2 dəfə, deksametazon 4 mq gündə 2-3 dəfə verilməli, portativ aparatlarla hiperbarik oksigenasiya tətbiq edilməlidir. Gərgin pnevmotoraksı, yaxud hemotoraksı olan yaralılarda plevra boşluğu drenaj olunmalı, ortopnoe vəziyyətində olan yaralılar yarımoturaq vəziyyətdə daşınmalıdır.

İxtisaslı tibbi yardım. İxtisaslı tibbi yardım mərhələsində xəstə və yaralılara yardım onların çeşidlənməsindən başlanmalı, ağır yaralılar operativ müdaxiləyə ilk növbədə verilməli, cərrahi əməliyyat zədələnmənin xarakterindən asılı olaraq göstəriş əsasında yerinə yetirilməlidir. Döyüş şəraiti ilə əlaqədar burada yardım tam həcmdə, yaxud ixtisarla yerinə yetirilə bilər. Qanaxmanın nəticələri aradan qaldırılmalı, yaralılarda vəziyyəti stabilləşdikdən sonra onlar növbəti təxliyə mərhələsinə köçürülməlidirlər.

Burada da yaralanma ilə bərabər ətraf mühitin iqlim və relyef xüsusiyyəti nəzərə alınmalı, dehidratasiya, anemiya, hipoproteinemiya, eləcə də transport hipoksiyasının aradan qaldırılması istiqamətində kompleks tədbirlər yerinə yetirilməlidir. Dehidratasiya vəziyyətində olan xəstə və yaralılara əlavə həcmdə maye və duz məhlulları: kolloid və kristalloidlər köçürülməlidir. Duz məhlullarının köçürülməsi zamanı zülal kəsiri əvvəlcədən aradan qaldırılmalı, hiperhidratasiya nəticəsində baş verə biləcək kəskin tənəffüs çatmamazlığının qarşısı vaxtında alınmalıdır.

İxtisaslaşdırılmış tibbi yardım —bu mərhələdə yardım tam həcmdə yerinə yetirilməli, yaralanmanın xarakterindən və yaralılarda vəziyyətindən asılı olaraq müalicə axıra çatdırılmalı, orqanizmin zülal, elektrolit, turşu-duz mübadiləsi korreksiya olunmalı, anemiya aradan qaldırılmalıdır. Müalicə prosesində ürək-damar, tənəffüs və həzm sisteminin funksiyasına nəzarət olunmalı, baş verə biləcək böyrək və qaraciyər çatmamazlığına, ümumi və yerli infeksiyaya qarşı kompleks tədbirlər yerinə yetirilməlidir. Müalicə hərbi-həkim ekspertizası ilə başa çatdırılmalıdır.

Hərbi yaralanma və zədələnmələrin müalicəsində zədələnmələrin xarakteri, ağırlıq dərəcəsi nəzərə alınmaqla bərabər, yardımın təşkilində mənfi ekzogen təsirlər də nəzərdə tutulmalıdır. İsti iqlim şəraitində döyüşçülər güclü tərləmə nəticəsində hələ yaralanmamışdan dehidratasiya vəziyyətində olurlar. Yüksək dağlıq şəraitində isə oksigenin parsial təzyiqinin azalması ilə əlaqədar kompensator hipoksiya baş verir. Mənfi ekzogen təsirlər əhatəsində hətta ən adi yaralanmalar zamanı az miqdar qanıtirimələr (məsələn, 250–300 ml) yaralılarda asanlıqla şok vəziyyətinə düşməsinə və onların vəziyyətinin ağırlaşmasına səbəb olur. Bu, hipovolemiya, uzunmüddətli hipotoniya vəziyyəti ilə əlaqədar olaraq baş verir. Güclü qanıtirimələr zamanı yaralılarda vəziyyəti daha ağır olur, hipoproteinemiya əlamətləri qabarıq şəkildə

nəzərə çarpır. Bir tərəfdən qanıtirmənin nəticələri: hipovolemiya, anemiya, uzunmüddətli hipotoniya, hipoproteinemiya, digər tərəfdən isti iqlimin və yüksək dağlıq şəraitinin təsirindən dehidratasiya və transport hipoksiyası baş verir. Burada dominantlığı yaralanma təşkil etsə də, mənfi ekzogen amillər yaralının vəziyyətini ağırlaşdırır; yaralanma və ətraf mühitin mənfi təsiri qarşılıqlı ağırlaşma sindromunun əmələ gəlməsinə, poliorqan çatmamazlığa səbəb olur.

Güclü tərləmə nəticəsində orqanizm saatda orta hesabla 2-3 litr və daha çox maye və elektrolitlər itirir. Bu, toxumaların qurumasına, həyati vacib orqanlarının normal funksiyasının itirilməsinə, mərkəzi sinir sistemində, ürək-damar sistemində, tənəffüs sistemində ciddi pozğunluqlara səbəb olur. Rabdomiolizin baş verməsi mioqlöbinuriya, metabolik asidoz fonunda böyrək kanalcıqlarının süzmə qabiliyyəti, qaraciyərin dezintoksikasion funksiyası pozulur, endogen intoksikasiya inkişaf edir. Nəticədə orqanizmin müqavimət qabiliyyəti son dərəcə zəifləyir, qazanılmış immunodefisit halı meydana çıxır.

Mənfi ekzogen amillərin təsiri fonunda baş vermiş yaralanmaların nəticələrinin aradan qaldırılması, müalicəsinin təşkili patogenetik olaraq yerinə yetirilməlidir. Burada zədələnmənin xarakteri və ağırlıq dərəcəsinə uyğun olaraq, ilk növbədə ağır yaralanmalar zamanı asfiksiya, qanaxma və travmatik şokun, eləcə də infeksiyon fəsadlaşmaların qarşısının alınması, yaxud onun aradan qaldırılması tədbirlərinin yerinə yetirilməsindən əlavə, həmçinin ekzogen faktorların mənfi təsirləri də nəzərdə tutulmalıdır. Bu təsirlər nəticəsində patogenetik əlamətlər daha qabarıq şəkildə meydana çıxır: hipovolemiya, hipotoniya, hipoksiya vəziyyətləri daha tez əmələ gəlir və hətta ən adi zədələnmələr ciddi fəsadlaşmalara müşayiətlənir. İsti iqlim şəraitində həddən artıq tərləmə dehidratasiya, külli miqdar elektrolit itgisi, hipovolemiya, hipotoniya və hipoksiya vəziyyətinin baş verməsilə həyati vacib orqanların fəaliyyətinin ciddi pozğunluğuna səbəb olur. Son nəticədə böyrəklərin ekskretor funksiyası pozulur, qara ciyərin zərərsizləşdirmə funksiyasının itməsi endogen intoksikasiya səbəb olur.

Həmçinin əlverişsiz relyef şəraitində atmosferdə oksigenin parsial təzyiqinin azalması yaralılarda hipoksiyanın artmasına, ağciyərin ödemləşməsinə, toxumaların normal oksidləşmə prosesinin pozulmasına və endogen intoksikasiyanın inkişafına səbəb olur. Beləliklə, qarşılıqlı ağırlaşma sindromu meydana çıxır. Poliorqan çatmamazlıq fonunda orqanizm son dərəcə zəifləyir, qazanılmış immunodefisit baş verir.

Bütün bunların qarşısının alınması üçün yaralanmanın nəticələrinin və mənfi ekzogen amillərin təsirinin aradan qaldırılmasından ibarət patogenetik kompleks müalicənin həyata keçirilməsi vacibdir. Bunun məzmunu rasional infuzion-transfuzion terapiyanın yerinə yetirilməsi təşkil edir. İlk növbədə hipovolemiya, hipotoniya və hipoksiya vəziyyətləri aradan qaldırılmalı, su-duz, zülal mübadiləsindəki kəsir ləğv edilməli, toxumaların oksigenlə təminatı maksimal yerinə yetirilməlidir. Həyati vacib orqanların funksional pozğunluqları vaxtında aradan qaldırılmalı, endogen intoksikasiya, yerli və ümumi infeksiyanın qarşısının alınması üçün kompleks tədbirlər yerinə yetirilməli, hərbi yaralanma və zədələnmələr zamanı mərhələli yardımın təşkilində ətraf mühitin mənfi ekzogen təsirləri nəzərə alınmalıdır.

DÖYÜŞ ZƏDƏLƏNMƏLƏRİNDƏ İNFUZİON-TRANSFUZİON TERAPİYA

TƏDRİS SUALLARI

- 35.1. İnfuzion-transfuzion terapiyanın məzmunu, onun həyata keçirilməsinə göstəriş və yerinə yetirilməsi qaydaları
- 35.1.2. İnfuzion vasitələrin volemik və metabolik effekti. İnfuzion-transfuzion terapiyanın dezintokikasion təsiri
- 35.2. Hərbi-səhra cərrahlığı praktikasında mərhələli yardım prosesində infuzion-transfuzion terapiyanın tətbiqi qaydaları
- 35.2.1. İnfuzion terapiyanın həkiməqədərki yardım mərhələsində həyata keçirilməsi
- 35.2.2. İlk həkim yardımında infuzion-transfuzion terapiyanın həyata keçirilməsi qaydası
- 35.2.3. İnfuzion-transfuzion terapiyanın ixtisaslı və ixtisaslaşdırılmış yardım mərhələlərində həyata keçirilməsi qaydaları

35.1. İNFUZİON-TRANSFUZİON TERAPİYANIN MƏZMUNU, ONUN HƏYATA KEÇİRİLMƏSİNƏ GÖSTƏRİŞ VƏ YERİNƏ YETİRİLMƏSİ QAYDALARI

İnfuzion-transfuzion terapiya (İTT) intensiv terapiyanın bir qolu olub, bunun əsas məzmununu müvafiq hemodinamika və dövrən edən qanın həcmi bərpası və saxlanması, qanın laxtalanma sisteminin, su-elektrolit tarazlığının normallaşması, orqanizmin parenteral qidalanmasının və detoksikasiyasının təminatından ibarət olan və uzun vaxt tələb edən kompleks tədbirlər sistemindən ibarətdir. Bu yolla müxtəlif infuzion-transfuzion metodların tətbiqi ilə dərman maddələrinin qısa müddət ərzində orqanizmdə yüksək konsentrasiyasının təmin edilməsi həyata keçirilir və müəyyən nəticələr əldə edilir. İnfuzion-transfuzion terapiya da digər yardım formaları kimi döyüş şəraitindən və yardımın növündən asılı olaraq tam, yaxud ixtisarla yerinə yetirilə bilər. İnfuzion-transfuzion terapiya əsasən tibbi təxliyənin ilk həkim yardımını mərhələsindən başlasa da, Azərbaycan Silahlı Qüvvələrinin tibb xidmətində bunun tabor tibb məntəqəsindən başlanması məqsədəuyğun sayılır. Bu, tabor tibb məntəqəsində həkim ştatının olması ilə əlaqədardır.

Məsələn, ağır yaralılara şok əleyhinə yardımın həkiməqədərki mərhələdə intravenoz yolla yerinə yetirilməsi, onlara infuzion sistemin qoyulması, infuzion terapiyanın yaralıların briqada tibb məntəqəsinə daşınması müddətində də davam etdirilməsi məhz infuzion terapiyanın daha erkən müddətə başlanılmasına aiddir. Bunun məzmununu dövrən edən qanın oksigenlə optimal təmini, qanın volemik və hemoroloji təminatının əldə edilməsi prinsipləri təşkil edir. Burada başlıca prinsip təkə hansı dərman

maddəsinin orqanizmə yeridilməsindən asılı olmayıb, həmçinin bunların orqanizmə hansı yolla və nə ardıcılıqla yeridilməsindən də çox asılıdır. Köçürülən mayelər volemik və reoloji təsirə malik olub, detoksikasiya və qidalandırma funksiyalarını da daşımalıdır. Poliqlükin, volekam, poliqlüsol, polifer əsasən dövran edən qanın həcmninin bərpası məqsədilə tətbiq olunur. Mafusol, Laktosol, Qartman, Ringer, Ringer-Lokk məhlulları, 0,9%-li xörək duzu məhlulu əsasən elektrolit mübadiləsinin tənzim olunması məqsədilə; hemodez, polivisolin dezintoksikasiya məqsədilə; reopoliqlükin, reoqlüman, polivisolin, jelatinol reoloji məqsədlə tətbiq olunur. Poliamin, müxtəlif konsentrasiyalı qlükoza məhlulları, eləcə də albumin və digər qan preparatları həmçinin qidalanma məqsədilə də tətbiq oluna bilər.



Şəkil 35.1 Müasir tipli elektron tibb cihazları ağır yaralı və xəstələrə infuzion-transfuzion terapiyanın aparılması üçün nəzarətin güclənməsinə xidmət edir.

Konservləşdirilmiş qan və onun preparatları, eritrositar kütlə, dondurulmuş eritrositlər, təzə dondurulmuş plazma, trombositar kütlə və hiperimmün plazma şəklində müxtəlif məqsədlər üçün istifadə oluna bilər.

35.1.2. İNFUZİON VASİTƏLƏRİN VOLEMİK VƏ METABOLİK EFFEKTİ. İNFUZİON-TRANSFUZİON TERAPİYANIN DEZİNTOKİKASİYON TƏSİRİ

Volemik təsirə malik infuzion vasitələrin istifadəsi hipovolemiya fonunda dövran edən qanın kəsinədən asılı olaraq, hüceyrədən kənar sahələrə toplanmaq imkanına malikdir. Bu xassələrinə görə infuzion vasitələrin volemik əmsalı məlumdur. Məsələn, əgər köçürülən mayenin volemik əmsalı 0,5-ə bərabədirsə, bu o deməkdir ki, həmin məhlulun orta hesabla yarısı damar daxilinə keçə bilər. Qalan hissə isə interstisial sektorda qalır. Belə məhlullar adətən interstisial sektorun dolması məqsədilə istifadə olunur. Əgər köçürülən mayenin volemik effekti (VE) vahidə bərabədirsə, bu o deməkdir ki, köçürülən mayenin hamısı damar daxilinə keçərək, qanın plazma komponentini təşkil edir. Köçürülmüş mayenin vahiddən böyük olduğu hallarda isə (məsələn, reopoliqlükin, reoqlüman və i.a.) həmin həcm nəinki damar daxilinə keçir, hətta əlavə olaraq müəyyən miqdarda mayenin interstisial sektordan damar daxilinə keçməsinə də səbəb olur. Beləliklə qanın plazmatik həcmnin daha çox artmasına şərait yaradır.

Müəyyən infuzion vasitələr bilavasitə metabolik proseslərə təsir edərək, zədələnmə, yaxud cərrahi müdaxilələrlə əlaqədar baş vermiş metabolik pozğunluqların aradan qaldırılması imkanına malikdir. Bu, infuzionun metabolik effekti (ME) adlanır. Məsələn, laktat və asetat tərkibli mayeləri götürək; laktatdan fərqli olaraq asetat tərkibli mayelər ağır arterial hipoksemiya və hemik hipoksiya vəziyyətlərində də istifadə oluna bilər. Mafusol isə təkcə tənzimlənən maye olmayıb, antihipoksik təsirə də malikdir. Bu, onun tərkibində olan fumarat sayəsində əldə edilir. Odur ki, mafusol ağır dərəcəli şoklarda, peritonitlərdə, sepsislərdə və eləcə də digər toxuma hipoksiyalı patologiyalarda müvəffəqiyyətlə istifadə oluna bilər.

Metabolik təsirli mayelər əsasən qanın kolloid-osmotik təzyiqini tənzim edir. Daha yüksək təsirə malik polivisolin hətta sıradan çıxmış hepatositlərin bərpası üçün də təminat verir. Tərkibcə orta molekullu dekstran və kolloid dəmirdən ibarət olan polifer isə poliqlükin kimi istifadəsindən əlavə, posthemorragik dəmir defisitli anemiyalarda dəmirin bərpası üçün faydalıdır.

Bir çox qanəvəzedicilər hüceyrəarası mayenin həcmnin artırılması ilə ekzogen və endogen toksinlərin xaric olmasına imkan yaratmaqla dolayı detoksikasion təsirə də malikdir. Məsələn, albumin və protein toksik məhsullarla kompleks şəkildə birləşmək qabiliyyətinə malikdirlər. Bu qabiliyyət hemodez və neohemodezde qüvvətli, jelatinol və jelafuzində zəifdir. Osmotik diuretiklər (mannitol, sorbitol, trisaminol), eləcə də jelatinol diurezi stimula etməklə detoksikasiya qabiliyyətinə malikdir. Həmçinin osmotik diuretiklər sidik ifrazının gücləndirilməsi yolu ilə böyrək kanalcıqlarına toksinlərin ziyanlı təsirinin və beləliklə, kanalcıqların tutulmasının qarşısını almaq imkanına da malikdir. Bu xassəsinə görə həmin maddələr döyüş zədələnmələrində qanaxma və endogen infeksiyalarda böyrəklərin funksiyasının saxlanılması məqsədilə profilaktika məqsədilə tətbiq edilə bilər.

Kristalloidlər də müəyyən həcmdə hipovolemiyanın aradan qaldırılması imkanına malikdirlər. Lakin plazmada zülal kəsiri zamanı bu, bütünlüklə orqanizmdə, yaxud ayrı-ayrı orqanlarda (məsələn, ağciyərin parenximasında) hiperhidratasiya törədə bilər. Dekstranlar isə bəzən anafilaktik reaksiyalar verə bilər. Məhz buna görə də bunlar hipoproteinemiyalı xəstələrə kiçik həcmrlə köçürülməlidir. Həmin maddələrin böyük dozada, məsələn, bədən çəkisinin hər kiloqramına 1 qramdan artıq olmaqla sürətlə köçürülməsi hemorragik sindromun əmələ gəlməsinə səbəb ola bilər.

Kiçik molekuldu dekstran (reopoliqlükün) həddən artıq rehidratasiyalarda və prerenal oliquriyalarda böyrək kanalcıqlarının zədələnməsinə və osmotik nefrozun əmələ gəlməsinə səbəb olur. Odur ki, bu tipli mayeləri köçürməzdən əvvəl dehidratasiya tədbirləri həyata keçirilməlidir. Reoqlümanda isə tərkibində mannitol olduğı üçün bu zərərli əlamətlər müşahidə olunmur.

Bəzən anafilaktik və toksik təsiri olduğı üçün, polivinilpirrolidon tərkibli qanəvəzedicilərin (hemodez) böyük həcmdə köçürülməsinə yol verilməməlidir. Onun köçürülməsinin maksimal həcmnin bədən çəkisinin hər kiloqramına 10 ml-dən artıq olması məsləhət deyil. Polivinil əsaslı mayelər böyük həcmdə hemokoaqulyasiyanı azalda bilər. Odur ki, bunların bədən çəkisinin hər kiloqramına 20 ml-dən artıq köçürülməsinə yol verilməməlidir. Əks təqdirdə hiperamilazemiyanın əmələ gəlməsi kəskin pankreatititin baş verməsi baxımından müalicə həkimini çaşıdır. Bu səbəbdən də qanaxmalar, travmatik şok, yanıq xəstəliyi, uzunmüddətli sıxılma sindromu və digər kritik vəziyyətlərin müalicəsi zamanı, xüsusilə cərrahi əməliyyatdan sonrakı müddətlərdə, infuzion məhlulların istifadəsində onların yanaşı təsirləri nəzərdə tutulmalıdır.

Bir daha xatırlatmaq lazımdır ki, infuzion-transfuzion terapiyanın mərkəzi venalardan (körpücükaltı venadan) həyata keçirilməsi daha əlverişli və etibarlıdır. Bu, stasionar müalicədə, eləcə də yaralıların təxliyəsində bir sıra çətinliklərin aradan qaldırılmasına imkan verir. Bu məqsədlə kavofiksdən istifadə edilir. Kavofiks zədələnmə nahiyəsindən asılı olaraq, eyni zamanda Seldinger üsulu ilə bud və qalça venalarından da yeridilə bilər. Bir sıra transfuzion əməliyyatlarda da, məsələn, qanın əvəz edilməsi, hemosorbsiya, hemodializ, plazmaferez zamanı körpücükaltı venanın kateterizasiyası daha məqsədəuyğun sayılır.

Kavofikslə kateterizasiya hətta termik zədələnmələr zamanı yanıq sahəsindən də həyata keçirilə bilər. Bu üsulun üstün cəhətlərindən biri də odur ki, bu yolla dərman maddələrinin qısa müddət ərzində yüksək konsentrasiyasının əldə edilməsi, yaxud az müddət ərzində orqanizmə çoxlu maye, yaxud qan köçürülməsi asan başa gəlir. Lakin müalicə prosesində mərkəzi venoz təzyiq və ürək-damar sisteminin fəaliyyəti nəzərdən qaçırılmamalıdır. Nəzərdə tutmaq lazımdır ki, körpücükaltı venanın kateterizasiyası ixtisaslı yardım müəssisələrində yerinə yetirilməlidir. Həkiməqədərki və ilk həkim yardımında isə infuzion terapiya məqsədilə periferik venaların punksiyası kifayət edir.

İnfuzion-transfuzion terapiyanın digər üsulu regionar perfuziyadır. Bu yolla bilavasitə patoloji ocağı təsir etməklə qan dövranındakı pozğunluğun aradan qaldırılmasına müvəffəq olunur. Həmin zonada aktiv maddələrin yüksək konsentrasiyası yaradılmaqla bunların histo-hematik və hematoensefal baryerdən keçməsi imkanı əldə edilir. Bu məqsədlə hətta qarın aortasından ayrı-ayrı orqanın damarları selektiv şəkildə kateterizasiya olunmaqla həmin sahədə dərman maddələrinin yüksək konsentrasiyası əldə edilir. Portal infuziyaların həyata keçirilməsi qara ciyər patologiyasında əvəzedilməz tədbirlərdəndir. Bu, göbək venasının kateterizasiyası yolu ilə, yaxud da laparotomiya zamanı birbaşa kateterizasiya ilə mümkündür. Eləcə də mədəaltı vəzin damarlarının kateterizasiyası, xüsusilə posttravmatik pankreatitlərin müalicəsində əvəzsiz əhəmiyyətə malikdir. Həmçinin aşağı ətrafların perfuziyasının həyata keçirilməsi də, xüsusilə uzunmüddətli sıxılma sindromunun müalicəsində əvəzsiz əhəmiyyətə malikdir.

35.2. HƏRBI-SƏHRA CƏRRAHLIĞI PRAKTİKASINDA MƏRHƏLƏLİ YARDIM PROSESİNDƏ İNFUZİON-TRANSFUZİON TERAPİYANIN TƏTBİQİ QAYDALARI

Hərbi-səhra cərrahlığında infuzion-transfuzion terapiyanın həyata keçirilməsi üçün tələb olunan infuzion texnika digər başqa təchizat formaları kimi sadə və asan idarə olunmalıdır. Bu, birləşmiş qablar qanununa və qravitasiya prinsipinə əsaslanmışdır. Hərbi-səhra cərrahlığında bu məqsədlə mürəkkəb mexanizmlərin, yaxud sorucu nasosların tətbiqi o qədər də əhəmiyyət kəsb etmir. Bütün metodlar kimi infuzion-transfuzion metodlar da səhra şəraitində sadə şəkildə yerinə yetirilməlidir. Bu zaman orqanizmdə gedən patofizioloji dəyişikliklər laboratorianın nəzarəti altında həyata keçirilməli, hemoqlobinemiya, dehidratasiya, köçürülmüş tərkibin turşu-qələvi vəziyyəti, böyrəklərin, ürək-damar və tənəffüs sisteminin, həzm sisteminin vəziyyəti nəzarət altında saxlanılmalı və müşahidə olunan pozğunluqlar vaxtında aradan qaldırılmalıdır.

35.2.1. İNFUZİON TERAPİYANIN HƏKİMƏQƏDƏRKİ YARDIM MƏRHƏLƏSİNDƏ HƏYATA KEÇİRİLMƏSİ

Tabor tibb məntəqəsində aparılan epizodik venadaxili inyeksiyalar, yaxud sistemlə venaya müxtəlif mayelərin köçürülməsi təklidə infuzion-transfuzion terapiya adlandırılmasa da, hər halda bunlar infuzion terapiyanın elementlərini təşkil edir. Bu məqsədlə həkiməqədərki mərhələnin işinə ştatda olan həkim – tabor tibb məntəqəsinin rəisi tərəfindən nəzarət olunur. Kritik vəziyyətlərdə yaralılara yardım göstərilməklə bərabər, onun venasına sistem keçirilir, xüsusi tərkibdən olan paket (fizioloji məhlul, 5%-li qlükoza məhlulu, Ringer və Ringer-laktat məhlulları və i.a.) sistemə birləşdirilməklə yaralının kürəyi, yaxud budu altına qoyulur. Beləliklə, bədənin təzyiqi ilə mayenin venaya axını təmin edilir. Bu zaman venaya adi iynə deyil, xüsusi plastmass tərkibli “vazofiks” keçirilməlidir ki, infuziya daha etibarlı şəraitdə yerinə yetirilsin. Beləliklə, yaralının müalicəsi hətta onun daşınması müddətində belə davam etdirilmiş olur. Qeyd etmək lazımdır ki, bu kimi hallarda hava emboliyası baş verməsin deyə, infuzion sistemin damcıladıcısı maye ilə tam doldurulmalıdır, yaxud damcıladıcısı olmayan sistemlərdən istifadə edilməlidir.

35.2.2. İLK HƏKİM YARDIMINDA İNFUZİON-TRANSFUZİON TERAPİYANIN HƏYATA KEÇİRİLMƏSİ QAYDASI

Travmatik şok və kəskin qanıtırmələrdə məqsəd ilk növbədə həyati-vacib orqanların qanla təchizinin təmin edilməsidir. Bu zaman qanəvəzedicilər, yaxud infuzion məhlullar vena daxilinə əvvəlcə birbaşa, sonra isə damcı üsulu ilə yeridilməlidir. Əgər susuzlaşma əlamətləri qeyd edilmirsə, xəstəyə şok əleyhinə məhlullar (poliqlükin, volekam, jelatinol, polioksidin və i.a.) köçürülür. Poliqlükin və 0,9%-li xörək duzu məhlulu həmişə əl altında olduğundan daha geniş istifadə oluna bilər. Əgər kəskin qanaxma orqanizmin susuzlaşması ilə müşahidə olunursa, poliqlükin və digər kolloid məhlullara qədər 1-1,5 litr 5%-li qlükoza məhlulu birbaşa köçürülməlidir. Bütün bunlara nəzarət hemodinamikanın stabilləşməsi ilə aparılır. Maksimal arterial təzyiqin 90-100 mm c.s. və nəbzın dəqiqədə 100 olması optimal variant hesab olunur. İnfuzion-transfuzion terapiyanın daha tez başlanılması və onun təxliyə prosesində davam etdirilməsi də vacib prinsipial məsələlərdəndir. Bu məqsədlə tərkibində 400 ml poliqlükin, 1 litr 0,9%-li natrium xlorid məhlulu və qanköçürmə sistemi olan xüsusi konteynerlər hazır vəziyyətdə olmalıdır.

Həkiməqədərki mərhələdə olduğu kimi, ilk həkim yardımı mərhələsində də infuzion-transfuzion tədbirlər həyati göstəriş əsasında yerinə yetirilməlidir. Xüsusilə yaralıların təxliyəsinin ləngidiyi hallarda ehtiyatda olan donorlardan alınmış təzə sitrat qanı da köçürülə bilər. Donorlar mütəmadi olaraq infeksiyon hepatitə, sifilisə, qazanılmış immunodefisit virusuna görə və i.a. qanla yayılan xəstəliklərə görə yoxlanılmış olurlar.

5.2.3. İNFUZİON-TRANSFUZİON TERAPİYANIN İXTİSASLI VƏ İXTİSASLAŞDIRILMIŞ YARDIM MƏRHƏLƏLƏRİNDƏ HƏYATA KEÇİRİLMƏSİ QAYDALARI

Bunun həyata keçirilməsində məqsəd mərkəzi qan dövründəki kəsinin təxirə salınmadan aradan qaldırılmasıdır. Bu, dövrən edən qanın həcmnin optimal vəziyyətdə saxlanması tədbirlərindən ibarətdir. Ağır şok və massiv qanaxmalarda bu məqsədlə həm periferik, həm də mərkəzi venalara duz məhlulları (mafusol, laktosol və s.) köçürülür. Digər venaya şok ələhinə məhlullardan volemik təsirli (poliqlükün, poliqlüsol, volekam) və reoloji təsirli (reopoliqlükün, reoqlüman, polioksidin) tətbiq olunur. Arterial təzyiq 90 mm c.s.-na çatana kimi köçürülən mayenin həcmi dəqiqədə 150-200 ml olmalıdır. Sonrakı müddətlərdə infuziya damcı, yaxud şırıncıya şəkildə davam etdirilə bilər. Terminal vəziyyətlərdə yaralılara maye köçürülməsi həmçinin təzyiq altında aparılmalıdır. Bu halda mayenin yeridilmə sürəti dəqiqədə 250 ml-dən az olmamalıdır. Arterial təzyiqin müəyyən səviyyəyə (90ml c.s.) qalxması 5 dəqiqə ərzində və onun stabilləşməsi 10 dəqiqə ərzində təmin edilməlidir. Əgər əvvəlki mərhələlərdə yaralıya 0,8-1,0 litr sintetik kolloid maye yeridilmişsə, bu, yenidən təkrar olunmalıdır. Burada 10-20%-li albumin məhlulu, dondurulmuş plazma, həmçinin jelatinol və volekam köçürülməsi daha məqsədəuyğundur. Elektrolit məhlullarından mafusol hipoksiya əlamətlərinin tezliklə aradan qaldırılmasına imkan verdiyindən daha sərfəlidir.

Mikrosirkulyasiyadakı pozğunluqlar reoloji xüsusiyyətləri üstün olan mayelərin (reopoliqlükün, reoqlüman) köməyi ilə ləğv olunur. Lakin bunları köçürmədən əvvəl orqanizmə kifayət qədər duz məhlulları və qlükoza məhlulu köçürülməlidir. Hərbi-tibb müəssisəsinə gətirilmiş xəstə, yaxud yaralıya infuzion-transfuzion terapiyanın aparılması ilk növbədə mərkəzi qan dövrünün stabilləşməsi, mikrosirkulyasiyanın yaxşılaşdırılması və operativ müdaxilənin həyata keçirilməsi üçün optimal şəraitin yaradılması prinsipindən ibarət olmalıdır. Bunun müsbət nəticəsi arterial və venoz təzyiqlərin göstəricilərinə və normal diurezin bərpa olunması ilə əsaslanmalıdır. Əgər yaralı hospitala yaralandaqdan 4 saat və daha artıq müddətdən sonra çatdırılmışsa və hospitalaqədərk müddətdə infuzion terapiya almamışsa, şübhəsiz ki, onun qan dövrünü sıradan çıxmaq təhlükəsi altında olacaqdır. Belə hallarda infuzion-transfuzion terapiya simptomatik pozğunluqlara uyğun fərdi şəkildə həyata keçirilməlidir. Çünki gecikdirilmiş hallarda baş verməkdə olan böyrək çatmamazlığı və daha sonralar poliorqan çatmamazlığın müşahidə olunması zamanı həyata keçirilən tədbirlər lazımı müsbət nəticə verməyə də bilər.

Cərrahi müdaxilə zamanı şokun aradan qaldırılması və qanaxmanın birdəfəlik saxlanması tədbirlərinin həyata keçirildiyi müddətlərdə infuzion-transfuzion terapiya qanıtırmənin bərpasına doğru yönəldilməlidir. Lakin bu mərhələdə operativ müdaxilə zamanı 5-10%-li albumin məhlulu, dondurulmuş təzə plazma və təzə sitrat qanının köçürülməsi daha vacibdir. Qanaxma tam dayandırıldıqdan sonra cərrahi əməliyyatın sonunda dövrən edən qanın həcmnin və homeostazın stabilləşməsi qayğısına qalınmalıdır. Massiv qanıtırmələrdə isə bu tədbirlər qismən hələ operativ müdaxilədən əvvəl yerinə yetirilməlidir. Bu kimi hallarda təzə sitrat qanı mərkəzi venalardan birbaşa köçürülməlidir.

Təzə qan ehtiyatda olan donorların hesabına əldə edilir. Daha ağır vəziyyətlərdə qan arteriya daxilinə yeridilməlidir. Axırncı daha yaxşı nəticələrin əldə edilməsinə imkan verir. Qanın arteriya daxilinə yeridilməsi operativ müdaxilə zamanı daha asan olub, bir o qədər ciddi çətinlik yaratmır. Çünki əməliyyat zamanı aorta, yaxud digər böyük arteriyaların punksiya edilməsi yaxud onun kateterizə edilməsi daha asandır.

Həmçinin dövrən edən qanın həcmnin bərpası məqsədilə seroz boşluqlara yığılmış qan da toplanıb köçürülməlidir. Bu halda boşluqlu orqandərin zədələnməsi halı istisna edilməlidir. Təzə qanın köçürülməsi onun effektivliyini və oksigen daşımaq funksiyasını artırır. Məsələn, 3 günə qədər alınmış qanın eritrositləri köçürülən kimi qaz mübadiləsində iştirak etdiyi halda, qanın nisbətən köhnə olduğu hallarda eritrositlərin qaz mübadiləsində iştirakı yalnız 12-16 saat və daha gec müddətlərdə baş verir. Yaralının reinfuziya məqsədilə toplanmış öz qanı və yuyulmuş donor eritrositləri bu baxımdan daha keyfiyyətdir.

Hemotransfuziyalar zamanı təzə alınmış donor qanının resipiyentin qanı ilə uyğunluğu diqqətlə yoxlanılmalıdır. Xüsusilə donor qanının köçürülməsində qazanılmış immunodefisit sindroma və epidemik sarılığa, eləcə də sifilitik proseslərə görə olduqca ehtiyatlı olunmalıdır. Hərbi-tibb müəssisələrində bu məsələ əvvəlcədən planlaşdırılmalıdır ki, döyüş zamanı vaxt itgisinə yol verilməsin. Seroz boşluqlardan

alınmış qan 12-24 saatdan gec olmayaraq köçürülə bilər. Dövrən edən qanın həcmnin 30%-ə qədər itirilməsi hallarında reinfuziyanın həyata keçirilməsi donor qanına olan ehtiyacı bir növ ödəyir. Dondurulmuş eritrositlər immunoloji baxımdan daha qiymətlidir. Belə qanda allergenin olmaması onun daha geniş şəkildə istifadəsinə imkan verir.

Dövrən edən qanın həcmnin normallaşması ilə əlaqədar olaraq, dəri və görünən selikli qişanın rəngi bərpa olunur, ürək təqəllüslərinin sayı və arterial qan dövrənı normallaşır. Bütün bunlar eyni zamanda laborator müayinəsində də təsdiq olunmalıdır. Yaralanmanın ilk iki sutkası ərzində hemoqlobin 100 q/l-dən, hematokrit 30-dan aşağı, albuminin qanda miqdarı 30-32 q/l-dən az olmamalıdır. Bu məqsədlə albuminin 10-20%-li məhlulu və dondurulmuş plazma köçürülməlidir. Dondurulmuş plazmanın köçürülməsi eyni zamanda hemostatik əhəmiyyətə də malikdir. Yaralıların hospitala gec və ağırlaşma vəziyyətində daxil olduğu hallarda eyni zamanda qanın laxtalanma sisteminin profilaktikası da nəzərdə tutulmalıdır. Bütün bu tədbirlər yaralanmanın sonrakı müddətlərində damardaxili laxtalanma sindromunun qarşısının alınmasına imkan verir. Bütün bunlar infuzion-transfuzion terapiyanın həyata keçirilməsində nəzərə alınmalıdır.

Cərrahi əməliyyatdan sonrakı müddətlərdə su-duz mübadiləsinin normallaşdırılması qayğısına da qalınmalıdır. Bu, damarlarda birbaşa dövrən edən qanın, hüceyrələrarası sahədə dövr edən mayenin və elektrolitlərin, xüsusilə kalium və natriumun konsentrasiyasına nəzarət şəraitində yerinə yetirilir. Duz məhlullarının istifadəsində onların elektrolit tərkibi əsas götürülməlidir. Xüsusilə qarın boşluğu yaralanmalarında həddən artıq maye köçürüldüyü hallarda yaralılara sidikqovucular: laziks, eufillin və 20%-li mannitol (400 ml-ə qədər) köçürülməsilə qanın bufer sisteminin natrium bikarbonatla tənzimi və eyni zamanda qanın dezintoksikasion funksiyasının bərpası vacibdir. Bu prinsip həmçinin süni qidalanmanın həyata keçirilməsi işində də nəzərdə tutulmalıdır.

İnfuzion-transfuzion terapiyanın müsbət təsiri diurezin saatda 40-50 ml-ə qədər yüksəlməsi, sidikdə natriumun qatılığının artması və toxumalarda ödem azalması ilə aşkarlanır. Asidozun daha asan aradan qaldırılması məqsədlə venaya 150-300 ml 5%-li natrium bikarbonat məhlulu köçürülməlidir. Bu, daha tez nəticə alınmasına imkan verir.

Qanın dezintoksikasion funksiyası yaralılara kiçik molekullu kolloidlərin (hemodez) köçürülməsi və diurezin stimulyasiyası yolu ilə əldə edilir. Dərin endogen intoksikasiyalar zamanı diurezin stimulyasiya olunması, yəni onun həcmnin orta hesabla sutkada əlavə 400 ml artırılması vacibdir. Əgər diurezin stimulyasiyası mannitol, yaxud böyük dozada laziksə (300 mq) mümkün deyilsə, bu kimi hallarda ekstrakorporal detoksikasiya həyata keçirilməlidir.

Əgər geniş həcmli operativ müdaxilələrdən sonra təbii yolla qidalanma mümkün deyilsə, vena daxilinə süni qidalanma məqsədlə 10-25%-li qlükoza, 10-20 ml 8%-li kalium xlorid məhlulunun köçürülməsi vacibdir. Köçürülmüş qlükozanın miqdarına uyğun insulin yeridilməlidir (hər 3-4 qram şəkərə 1 vahid insulin olmaqla). İnfuzion-transfuzion terapiyanın həcmnin təyin olunmasında drenaj və zond vasitəsilə xaric olan mayelər də nəzərə alınmalıdır. Ümumiyyətlə götürüldükdə isə infuzion-transfuzion terapiya orqanizmin hər kiloqram bədən çəkisinə 30 ml-dən az olmamalıdır.

Parenteral qidalanmanın tərkibində əvəzolunmaz amin turşuları da olmalıdır. Bu məqsədlə poliamin, infuzamin preparatları daha geniş istifadə edilməlidir. Optimal olaraq hər 7 qram qlükozaya 1 qram əvəzolunmaz amin turşusu düşməlidir. Parenteral qidalanma orqanizmin həyati-vacib funksiyalarının bərpasından, endogen intoksikasiyanın aradan qaldırılmasından asılı olaraq, adətən 6-7 gün müddətində davam etdirilir. Hemodinamikada stabilliyin bərpası, qanazlığının ləğv olunması (Hb – 100 q/l), normal qidalanmanın bərpası və qanitirmənin əlamətlərinin aradan qaldırılması infuzion-transfuzion terapiyaya son qoyulmasına imkan verir.

İtirilmiş qanın bərpasının hesablanması. Dövrən edən qanın həcmnin bərpası, dəqiqəlik qan dövrəninin artması və orqanizmin oksigenə olan tələbatının ödənilməsi itirilmiş qanın bərpa olunduğunu göstərir. Massiv qanitirmələr zamanı eritrositar kütlə, yaxud konservləşmiş qanın qanəvəzedicilər və kristalloid məhlullarla birlikdə istifadəsi məqsədəuyğundur. İnfuzion vasitələrin seçilməsi və miqdarı yaralının vəziyyətindən asılı olaraq dəqiqləşdirilməlidir. Həmçinin burada müalicə həkiminin şəxsi təcrübəsinə də istinad olunmalıdır.

Qanitirmənin müvafiq şəkildə bərpası məqsədlə köçürülən mayenin ümumi həcmi 170-180% təşkil etməli, və onun təqribən 50%-i bilavasitə qana keçməlidir. Kritik vəziyyətlərdə kəskin hipovolemiya və hipotonianın aradan qaldırılması başlıca vəzifə hesab olunmalıdır. Bu halda infuzion-transfuzion

vasitələr massiv şəkildə köçürülməlidir. Qanıtirmələr zamanı reanimasiya tədbirlərinin tam ciddi şəkildə yerinə yetirilməsi və onun çoxcəhətliliyi əsas rol oynamalıdır.

Təxirəsalınmaz infuzion-transfuzion terapiya qanıtirmənin həcmindən asılı olaraq nizamlanmalıdır. Hərbi-səhra cərrahlığı praktikasında bu, bir o qədər də asan məsələ olmayıb, obyektiv məlumatlara uyğun şəkildə hesablanılmalıdır. Təcili hallarda bunlar ekspress üsullarla şok indeksi və hematokritə əsasən təyin olunmalı, burada $S = (HVT)/Q$ düsturu nəzərə alınmalıdır. Yəni yaralanmaların ağırlıq dərəcəsi ilə bərabər onların hospitala çatdırılma müddəti, hospitalaqədərkə mərhələnin fəaliyyətinin keyfiyyəti və itirilmiş qanın həcmi də nəzərə alınmalıdır.

Beləliklə, döyüş şəraitində kəskin qanaxmanın və qanıtirmənin nəticələrinin aradan qaldırılması çoxtərəfli infuzion-transfuzion tədbirlərə əsaslanmalıdır. Burada qanın qlöbulyar həcmnin və dövran edən qanın həcmnin stabilliyinin əldə edilməsi başlıca məsələlərdəndir. İtirilmiş qanın həcmnin bərpasının ayrı-ayrı komponentlər əsasında dəqiq təyin edilməsi qanıtirmənin nəticələrinin vaxtında aradan qaldırılmasına və yaralıların şokdan çıxması üçün etibarlı tədbirlərin həyata keçirilməsinə imkan verir.

İnfuzion-transfuzion terapiya hərbi-səhra cərrahlığı praktikasında ağır çoxsaylı, müştərək və kombinə olunmuş yaralanmalar və zədələnmələrin müalicəsində əvəzsiz əhəmiyyətə malikdir. Eyni zamanda infuzion-transfuzion terapiya ağır yaralıların cərrahi əməliyyata hazırlıq dövrü, bilavasitə cərrahi əməliyyat zamanı və ondan sonrakı dövrdə geniş tətbiq edilməlidir. İnfuzion-transfuzion vasitələr onların volemik və metabolik effektindən, dezintoksikasion təsirindən asılı olaraq müəyyən göstəriş əsasında tətbiq olunmalıdır. Ağır şok və massiv qanıtirmələr zamanı infuzion-transfuzion terapiya mərkəzi venalardan aparılmalıdır. Bunun periferik damarlardan aparılması bəzən nəinki nəticə vermir, hətta bəzən zərərli təsirə də malik ola bilər. Operativ müdaxilələr zamanı infuzion-transfuzion terapiyanın həmçinin regional perfuziya şəklində aparılması daha yaxşı təsir göstərir.

Döyüş şəraitində infuzion-transfuzion terapiya həkiməqədərkə mərhələdə tabor tibb məntəqəsindən başlanılmalıdır. Bunun məzmunu infuzion məhlulların (kristalloidlərin) intravenoz yolla yeridilməsindən, dövran edən qanın həcmnin saxlanılmasından ibarətdir. İlk həkim yardımı mərhələsində infuzion terapiya tədbirlərinin genişlənməsi ilə bərabər, burada transfuzion terapiya da tətbiq edilir. Bu, göstəriş əsasında yerinə yetirilməlidir. Burada infuzion-transfuzion terapiyanın məzmunu həyati göstəriş əsasında yaralılara birdəfəlik 500 ml eyni qruplu, yaxud O(I) qrup mənfi rezuslu qanın və infuzion məhlulların köçürülməsindən ibarətdir.

İxtisaslı və ixtisaslaşdırılmış cərrahi yardım mərhələlərində isə infuzion-transfuzion terapiya göstəriş əsasında ilk növbədə ağır yaralılara mərkəzi venaladan, yaxud arterial yolla yerinə yetirilməlidir. Cərrahi əməliyyatlar zamanı infuzion-transfuzion terapiyanın regional perfuziya yolu ilə yerinə yetirilməsi daha əlverişlidir. Bu, qısa müddət ərzində lazımı nəticələrin alınmasına imkan verir. İnfuzion-transfuzion terapiyanın həyata keçirilməsi zamanı yaralının vəziyyətindən, prosesin patogenezinə asılı olaraq, dərman preparatlarının volemik, metabolik, dezintoksikasion və reoloji təsir qabiliyyətlərinin nəzərə alınması vacibdir. İxtisaslaşdırılmış cərrahi yardım mərhələsində xüsusilə endogen intoksikasiyalarda endotoksikozun aradan qaldırılması məqsədilə xüsusi infuzion-transfuzion terapiya metodlarından ekstrakorporal detoksikasiya, plazmaferez, hemosorbsiya və i.a. həyata keçirilməsi daha məqsədəuyğundur. Orqanizmdə endotoksinlərin həddən artıq toplandığı kəskin intoksikasiya hallarında hemoperfuziyanın sorbentlərin tətbiqi ilə aparılması daha vacibdir. Burada məqsəd qısa müddət ərzində koagulopatiyanın, su-duz, zülal mübadiləsi pozğunluqlarının aradan qaldırılmasından ibarətdir. Xüsusi infuzion aparatların olmadığı vəziyyətlərdə bu tədbirlər arteriovenoz şuntların qoyulması ilə də yerinə yetirilə bilər. Bütün bunlar dinamik laborator müayinələri əsasında həyata keçirilməlidir.

DÖYÜŞ ZƏDƏLƏNMƏLƏRİ ZAMANI REANİMASIYA VƏ İNTENSİV TERAPİYA

TƏDRİS SUALLARI

- 36.1. Döyüş zədələnmələri zamanı reanimasiya və intensiv terapiyanın mahiyyəti
- 36.2. Klassik reanimasiya və intensiv terapiya tədbirləri və bunun hərbi zədələnmələr zamanı yerinə yetirilməsi qaydaları
- 36.3. Tibbi təxliyə mərhələlərində hərbi zədələnmələr zamanı intensiv terapiyanın mahiyyəti və onun yerinə yetirilməsi qaydaları

36.1. DÖYÜŞ ZƏDƏLƏNMƏLƏRİ ZAMANI REANİMASIYA VƏ İNTENSİV TERAPİYANIN MAHİYYƏTİ

Ağır hərbi yaralanmalar və zədələnmələr zamanı massiv qanıtirmələrin baş verməsi, zədələnmələrin çoxsaylı, müstəqil və kombinə olunmuş olması, yaralıların vəziyyətinin son dərəcə ağırlaşmasına gətirib çıxarır. Bütün bunlar özünü zədə xəstəliyi şəklində göstərir. Xəstəlik güclü mənfi patoloji qıcığa qarşı cavab reaksiyası olan travmatik şokla başlayır. Sonrakı inkişaf mərhələsində travmatik endotoksikoz və irinli-septik proseslər, qarşılıqlı ağırlaşma sindromu, poliorqan çatmamazlıq baş verir. Orqanizm həyatla ölüm arasında qalır, terminal vəziyyət yaranır; preaqonal, aqonal vəziyyətlər və klinik ölüm baş verir. ***Klinik ölüm hallarında orqanizmin yenidən həyata qaytarılması tədbirləri reanimasiya, preaqonal və aqonal vəziyyətlərdə həyata keçirilən tədbirlər isə intensiv terapiyaya adlanır.*** Əslində isə reanimasiya və intensiv terapiya bir-birinin ardınca davam etdirilən kompleks tədbirlər sistemindən ibarətdir. Daha doğrusu, intensiv terapiya həyati-vacib funksiyaların pozğunluğu və qarşısının alınması üçün orqanizmin döyüş zədələnmələrinə qarşı davamlı kompensasiyasının təmin olunması istiqamətində yerinə yetirilən kompleks müalicə tədbirləri sistemindən ibarətdir. Bunun səmərəsi cərrahi müalicənin vaxtında və tam həcmdə yerinə yetirilməsindən daha çox asılıdır.

İntensiv terapiya əməliyyatını hazırlıqdan başlanır. Yardımın ixtisarla yerinə yetirildiyi hallarda intensiv terapiya həyata keçirilən yeganə müalicə üsulu olub, eyni zamanda yaralıların təxliyəyə hazırlanması məqsədini də daşıyır. Yaralanmanın ilk 3-4 sutkası ərzində həyata keçirilən intensiv terapiya kompensator proseslərə nail olunmasına xidmət edir. Bunlar ilk növbədə ağrı hissiyyatının və digər mənfi qıcıqların, baş vermiş metabolik pozğunluqların aradan qaldırılmasından, dövran edən qanın həcmının bərpası, toxumaların oksigenlə maksimal təmini, zülal, elektrolit, turşu və qələvi mübadiləsindəki pozğunluqların aradan qaldırılması və poliorqan çatmamazlıqlarının ləğvi üçün tətbiq olunan kompleks tədbirlər sisteminin həyata keçirilməsindən ibarətdir.

36.2. KLASSİK REANİMASIYA VƏ İNTENSİV TERAPİYA TƏDBİRLƏRİ VƏ BUNUN HƏRBİ ZƏDƏLƏNMƏLƏR ZAMANI YERİNƏ YETİRİLMƏSİ QAYDALARI

Odlu silah yaralanmaları zamanı cərrahi yardım göstərilərkən intensiv terapiya tənəffüs çatmamazlığı, kardial patologiya və mərkəzi sinir sistemi tərəfindən hipoksiya fonunda baş vermiş dərin pozğunluqlar istiqamətində həyata keçirilməlidir. Ağır zədələnmələr zamanı orqanizm həyatla ölüm arasında qalır, terminal vəziyyət baş verir. Klassik baxımdan bu, preaqonal, aqonal vəziyyətlər və klinik ölümdən ibarətdir. Klinik ölüm hallarında orqanizmin yenidən həyata qaytarılması tədbirləri prosesi reanimasiya adlanır. Preaqonal və aqonal vəziyyətlərdə həyata keçirilən tədbirlər isə intensiv terapiyaya daxildir. Əslində isə, həm intensiv terapiya, həm də reanimasiya bir birinin ardınca davam edən orqanizmdə baş vermiş dinamik ardıcıl katastrofik dəyişikliklərin qarşısının alınması istiqamətinə doğru yönəldilmiş kompleks tədbirlər sistemindən ibarətdir. Bu istiqamətdə həyata keçirilən bütün tədbirlər ardıcılıq və bir-birini tamamlama prinsipinə əsaslanmalıdır.

Klassik ədəbiyyatda qəfləti ölüm zamanı həyata keçirilən reanimasiya və intensiv terapiyaya dair müddəalar aşağıdakılardan ibarətdir:

1. Klinik ölümün əsas əlamətləri birincili və ikincili ola bilər. Bunun ilkin əlamətləri ürəyin dayanmasından 10-15 saniyə sonra baş verir. Bunlara: a) huşun qəflətən itməsi, b) magistral damarlarda nəbzın olmaması, c) klonik və tonik qıcolmaların baş verməsi aiddir. Göründüyü kimi bütün bu əlamətlər eyni zamanda digər patoloji vəziyyətlər zamanı da müşahidə oluna bilər və bunun dəqiqləşdirilməsi vacibdir.

2. Klinik ölümün ikincili əlamətləri ürək dayandıqdan 20-60 saniyə sonra aşkarlanır. Bunlara aiddir: a) bəbəklərin genişlənməsi və işığa qarşı reaksiyanın itməsi. Nəzərə almaq lazımdır ki, fosfor-orqani maddələrlə zəhərlənmə hallarında, yaxud narkotik preparatların yüksək dozada istifadəsi zamanı bəbəklər uzun müddət daralmış vəziyyətdə qala bilər. b) tənəffüsün kəsilməsi. Aqoniya halında nəfəs aktı kəskin seyrəlir və səthi olur. Nəfəs alma aktı kəskin qısalmış, nəfəs vermə isə uzanmış olur. Sifət, xüsusilə burun-dodaq üçbucağı nahiyəsi sianozlu olur. Əzələlərin bütün iradi hərəkətləri kəsilir, sfinktorlar boşalır, qeyri-iradi defekasiya və sidik ifrazı baş verir. Nəbz nəinki periferiyada, həmçinin mərkəzi arteriyalarda da hiss olunmur. Bəbəklər genişlənir, işığa qarşı reaksiyası itir, tənəffüs dayanır. Bütün bu əlamətlər baş verdikdə reanimasiya tədbirləri vaxt itirilmədən həyata keçirilməlidir.

3. Xəstənin terminal vəziyyətdən çıxarılması üçün həyata keçirilən bütün tədbirlər üç mərhələdə aparılmalıdır. a) Bura ilk növbədə qan dövranının bərpa və beynin oksigenlə təmin edilməsi daxildir. b) 2-ci mərhələ bərpa olunmuş qan dövranının fəaliyyətinin stabiləşdirilməsindən ibarətdir. Bu məqsədlə tabel dərman preparatlarından istifadə olunmalıdır. c) 3-cü mərhələyə orqanizmin bərpa olunmuş funksiyalarının keyfiyyətinə nail olunması üçün aparılan tədbirlər kompleksi aiddir. Bütün bunlar medikamentoz infuzion-transfuzion yollarla həyata keçirilməlidir.

İlk növbədə ağciyərin süni ventilyasiyası və ürəyin masajı ciddi sxem əsasında yerinə yetirilməlidir: a) baş və boyun arxaya basılmaqla nəfəs yolunun maksimal açılmasına şərait yaradılmalı, udlağa "S"-vari rezin boru keçirilməli, yaxud traxeya intubasiya olunmalıdır. b) ağciyərlərin ventilyasiyası ağızdan-ağıza, yaxud ağızdan-buruna süni tənəffüs verilməsilə, yaxud AMBU tipli portativ tənəffüs aparatları ilə bərpa olunmalıdır. c) cərrahi əməliyyat zamanı ürəyin açıq masajı yerinə yetirilməli, qarın boşluğu tərəfdən ürəyin masajı diafraqma yolu ilə həyata keçirilməlidir. Ürəyin masajı incə hərəkətlərlə və ehtiyatla yerinə yetirilməlidir. Aparılan reanimasiya tədbirlərinin səmərəliliyi yuxu və bud arteriyasında nəbzın bərpa, sifətdə sianozun azalması, genişlənmiş bəbəklərin daralması və onun işığa qarşı reaksiyasının bərpa olunması ilə qiymətləndirilməlidir.

Reanimasiya tədbirlərinin yerinə yetirilməsi zamanı ürəyin masajı və süni tənəffüs düzgün yerinə yetirilməli və səhvlərə yol verilməməlidir. Periferiyadan venoz qanın ürəyə axınının sürətləndirilməsi məqsədlə xəstənin ətrafları yuxarı qaldırılmalı, yaxud bədənə Trendelenburq vəziyyəti verilməlidir. Traxeyaya 1-2 ml adrenalin məhlulu yeridilməli, venalar punksiya olunmalı, infuzion terapiya davam etdirilməlidir. Əl altında olan monitor EKQ işə salınmalı, ürək fəaliyyətinə nəzarət olunmalıdır. Fibrilyasiya hallarında defibrilyatordan istifadə olunmalıdır. Hər bir defibrilyasiya müddətinin arasında 2 dəqiqəlik masajdan sonra traxeyaya 400-500 mq lidokain, yaxud trimekain məhlulu yeridilməli və təkrari

defibrilyasiya həyata keçirilməlidir. Lidokain həmçinin bədən çəkisinin hər kiloqramına 1-1,5 mq olmaqla vena daxilinə də yeridilə bilər. Terminal vəziyyətlərdə dərman preparatları orqanizmə mərkəzi venalardan, yaxud arterial yolla yeridilməlidir.



Şəkil 36.1 Müasir tipli portativ defibrilyator

Reanimasiya və intensiv terapiyanın həyata keçirilməsi zamanı müşahidə olunan fəsadlaşmalara pnevmotoraksların baş verməsi, qabırğaların sınığı, ürəyin punksiyası zamanı koronar damarların zədələnməsi və miokardın nekrozunun baş verməsidir. Ürək daxilinə adrenalin, atropin, yaxud kalsium xlorid məhlulunun yeridilməsi yalnız son məqamda həyata keçirilməlidir. Ürəyin punksiyası xəncərvari çıxıntı əsasında daha asan yerinə yetirilir və bu zaman koronar damarların zədələnməsi ehtimalı daha az olur.

Reanimasiya tədbirləri ilə əlaqədar tam müsbət nəticə əldə edildikdən sonra bunlara son qoyulmalı, xəstə intensiv terapiya palatasına köçürülməlidir. Reanimasiya tədbirlərinin həyata keçirilməsində tam müvəffəqiyyət təkcə tənəffüsün və ürək fəaliyyətinin bərpasından əlavə, eyni zamanda orqanizmin təbii reflekslərinin və huşun bərpa olunmasıdır. Lakin axırıncılar qan dövrəni və tənəffüs fəaliyyəti bərpa olunduqdan dərhal sonra müşahidə olunmaya da bəzər və bunun bərpası üçün müəyyən vaxt tələb olunur. Buna görə də ürək və qan dövrənin bərpasından sonra normal funksiyanın alınması üçün bəzən intensiv terapiyanın professionalıqla inadcıl şəkildə davam etdirilməsi lazım gəlir.

Qəfləti ölümdən fərqli olaraq, mürəkkəb hərbi zədələnmələrdə, eləcə də politravmatik və müştərək odlu silah yaralanmaları zamanı ürək dayanmaları hallarında reanimasiya və intensiv terapiyanın yerinə yetirilməsi təkcə ürəyin masajı və oksigenin verilməsi, yaxud medikamentoz tədbirlərin həyata keçirilməsi ilə başa çatmır. Burada məsləhət görülən reanimasiya və intensiv terapiyaya zədələnmələrin nəticələrinin operativ yolla aradan qaldırılması tədbirləri də əlavə olunmalıdır. Əks təqdirdə müsbət nəticənin əldə edilməsi mümkün deyil. Bunlara aşağıdakılar daxildir:

1. Yaralı hərtərəfli fizikal müayinədən keçirilməli, yara kanalının proyeksiyası dəqiqləşdirilməlidir.
2. Xarici qanaxmaların olması dəqiqləşdirilməli və qarşısı alınmalıdır.
3. Daxili qanaxmanın yeri aşkarlanmalı, asfiksiya əlamətlərinin baş vermə səbəbi dəqiqləşdirilməli, oksigen terapiyasının aparılması ilə bərabər, göstəriş əsasında traxeya intubasiya olunmalı, yaxud krikotireotomiya, traxeostomiya yerinə yetirilməli, orqanizmin (baş beynin) oksigenə olan tələbatı optimal şəkildə təmin olunmalıdır.
4. Mərkəzi venalar kateterizə olunmalı və qısa müddət ərzində (5 dəqiqə ərzində) bura dəqiqədə 250-300 ml olmaqla qan və qanəvəzedicilər yeridilməli, dövrən edən qanın həcmi bərpa olunmalıdır.
5. Yaralı təcili operativ müdaxiləyə götürülməli, qanaxmanın mənbəyi aşkarlanmalı və ləğv edilməlidir.

Bütün bunlar klassik reanimasiya və intensiv terapiya tədbirlərini tamamlamalıdır. Əks təqdirdə müvəffəqiyyətdən danışmaq olmaz. Qeyd edilən bütün reanimasiya tədbirləri həmçinin operativ müdaxilə zamanı da davam etdirilməli, cəmi 15-20 dəqiqə ərzində hemodinamikada stabillik təmin olunmalı, sonra isə vəziyyətdən asılı olaraq, intensiv terapiya davam etdirilməlidir.

Reanimasiya tədbirlərinin yerinə yetirilməsi işin təkə bir tərəfidir. Xəstə və yaralıların həyat qabiliyyəti bərpa olunduqdan sonra intensiv terapiyanın aparılması da son dərəcə məsuliyyətli tədbirlərdəndir. Çünki ağır yaralılarda massiv qanıtirmə, yaralanmaların politravmatik, müştərək və kombinə olunmuş olması onlarda qarşılıqlı ağırlaşma sindromu və poliorqan çatmamazlığın əmələ gəlməsinə gətirib çıxarır. Belə hallarda yaralıların həyatı intensiv terapiyanın aparılmasını tələb edir.

36.3. HƏRBİ ZƏDƏLƏNMƏLƏR ZAMANI İNTENSİV TERAPİYANIN MAHİYYƏTİ VƏ ONUN YERİNƏ YETİRİLMƏSİ QAYDALARI

Döyüş zədələnmələri zamanı intensiv terapiya həyati-vacib funksiyaların pozğunluğu və onun qarşısının alınması üçün orqanizmin döyüş zədələnmələrinə qarşı davamlı kompensasiyasının təmin olunması istiqamətində yerinə yetirilən kompleks müalicə tədbirləri sistemindən ibarətdir. Bunun səmərəsi cərrahi müalicənin vaxtında və imkan daxilində tam həcmdə yerinə yetirilməsindən daha çox asılıdır. İntensiv terapiya əməliyyatın hazırlıqdan başlanır. Yardımın ixtisarla yerinə yetirildiyi hallarda intensiv terapiya həyata keçirilən yeganə müalicə üsulu olub, eyni zamanda yaralıların təxliyəyə hazırlanması məqsədini də daşıyır. Yaralanmanın ilk 3-4 sutkası ərzində həyata keçirilən intensiv terapiya kompensator proseslərə nail olunmasına xidmət edir. Bu tədbirlər aşağıdakılardan ibarətdir:

- Kəskin tənəffüs çatmamazlığının qarşısının alınması və müalicəsi,
- Cərrahi əməliyyatdan sonra ağrısızlaşdırmanın təmin edilməsi,
- Hipovolemiyanın aradan qaldırılması,
- Su-duz mübadiləsindəki pozğunluğun qarşısının alınması və müalicəsi,
- Həddən artıq katabolizmə (assimilyasiyaya) adaptasiya məqsədilə rasionallıq qidalanmanın təmini,
- Bağırsaqların profilaktikası və müalicəsi,
- Yaraların, eləcə də seroz boşluqların iltihabında antibakterial profilaktika və terapiyanın yerinə yetirilməsi,
- Tromboembolik fəsadlaşmaların qarşısının alınması və müalicəsi,
- Poliorqan çatmamazlıq hallarında ilk növbədə qaraciyər və böyrək çatmamazlığının qarşısının alınması və müalicəsi,
- Zədə xəstəliyinin gec dövrlərində fəsadlaşmaların qarşısının alınması və müalicəsi

Kəskin tənəffüs çatmamazlığının (KTÇ) qarşısının alınması və müalicəsi. Zədələnmələr zamanı yaralılarda kəskin tənəffüs çatmamazlığı açıq, yaxud gizli şəkildə müşahidə oluna bilər. Bu, yuxarı tənəffüs yollarında ventilyasiyanın, ağciyərlərin parenximasında isə qaz mübadiləsinin pozğunluğu şəklində müşahidə olunur. Ventilyasiya pozğunluq, yəni yuxarı tənəffüs yollarındakı pozğunluq bilavasitə tənəffüs sisteminin pozğunluqlarında, kəllə-beyin yaralanmalarında, ağır mənşəli hipoventilyasiyaların baş verməsində, narkozun dozasının artıq olduğu hallarda, döş qəfəsinin küt travması və yaralanmalarında hemopnevmotoraks, yaxud ağciyərin parenximasının və bronxların zədələnməsi nəticəsində həyat tutumunun azalması, toksik maddələrlə inhalyasiya, selik, yaxud qusuntu materiallarının nəfəs yollarına aspirasiyası, bağırsaqların parezi ilə əlaqədar diafraqmanın yuxarı basılması və i.a. nəticəsində baş verir.

Ağciyərlərdə qaz mübadiləsi pozğunluğu nəticəsində baş vermiş kəskin tənəffüs çatmamazlığı zamanı parenximada gedən pozğunluğun son həddi özünü "şok ağciyəri" formasında göstərir. Bəzi mənbələrdə bu, özünü respirator distress sindrom (RDS) adlandırılır. Bu, tənəffüs çatmamazlığının son həddi olub 50-70% hallarda ölümə nəticələnir. Həmin əlamətlər ağciyər parenximasında gedən dərin dəyişikliklər zamanı alveolyar membranının zədələnməsi, kiçik damarların trombozu nəticəsində mikrosirkulyasiyanın pozğunluğu ilə əlaqədardır. Alveolyar membranının sıradan çıxması nəticəsində qanın plazma hissəsi və formalı elementlər alveol və bronxiollara daxil olur.

Respirator distress sindrom (RDS) zədələnmənin ağırlıq dərəcəsiindən asılı olaraq 2-3 gün ərzində, hətta yardımın kifayət qədər olduğu hallarda belə, zədələnmənin ilk sutkası ərzində də inkişaf edə bilər. Bunun başlanğıcı narahatlıq, tənəffüs, sərt tənəffüs fonunda quru xırıltıların və hipoksiyanın müşahidə olunması klinik əlamətləri ilə keçir. Proses inkişaf etdikcə psixomotor oyancılıq, hallüsinasiyalar müşahidə olunur, tənəffüslüyün daha da artması ilə əlaqədar olaraq, köməkçi əzələlər də tənəffüs aktında iştirak edir. Auskultasiyada sərt tənəffüs fonunda yayılmış quru və yaş xırıltılar eşidilir. Rentgeneoloji müayinədə ağ cəyərlərdə kəskin durğunluq qeyd edilir. Bütün bunlar qanda oksigenin parsial təzyiqinin azalması ilə əlaqədardır.

Döyüş zədələnmələri zamanı kəskin tənəffüs çatmamazlığının qarşısının alınmasında ağır faktorunun aradan qaldırılması başlıca rol oynayır. Bu məqsədlə narkotik dərman preparatlarından, novokain blokadalarından (epidural və subdural blokadalar da daxil olmaqla) geniş istifadə olunmalıdır. Arterial qanda oksigenin parsial təzyiqinin lazımı səviyyədə aşağı düşməsi ağciyərlərin kompensator hiperventilyasiyasına səbəb olur. Buna görə də ağır zədələnmələrin 3 sutkası ərzində səmərəli oksigen terapiyasının həyata keçirilməsi vacib tədbirlərdəndir. Bu məqsədlə qanqlıoblokatorların istifadəsi də ağciyərlərdə mikrosirkulyasiyanın tənzimlənməsinə və tənəffüsün yaxşılaşmasına kömək edir.

Kəskin tənəffüs çatmamazlığı postatektatik pnevmoniyanın əmələ gəlməsi üçün şərait yaradır. Aerosol terapiyanın həyata keçirilməsi, bronxların fəal aspirasiyası, dərindən məcburi nəfəsalmaların (tənəffüs gimnastikasının) aparılması xırda bronxların açılması və atelektazların aradan qaldırılmasına müsbət şərait yaradır. Həmçinin mikrosirkulyasiyanın pozulduğu hallarda xırda damarların trombozunun qarşısının alınması məqsədlə birbaşa təsir edən antikoagulyantların da istifadəsi məsləhət görülür. Qlükokortikoidlər alveolyar membranının stabilliyini artırdığı üçün respirator distress sindromun qarşısının alınmasında geniş istifadə edilməlidir. Respirator distress sindromun inkişafı ilə əlaqədar ağciyərlər hiperventilyasiya edilməli, ventilyasiyanın dəqiqəlik həcmi 14-16 litrə çatdırılmalıdır. Endogen infeksiyanın qarşısının alınması məqsədlə antibakterial terapiya tətbiq edilməli, lazım gəldikdə traxeostoma həyata keçirilməklə traxeobronxial sahə sanasiya olunmalıdır.

Ağrının aradan qaldırılması tədbirləri. Bunların zədə almış xəstə və yaralıların müalicəsində xüsusi əhəmiyyəti vardır. Bu tədbirlər operativ müdaxilədən sonra ardıcıl və rəasional şəkildə həyata keçirilməli, tənəffüs funksiyasına mənfi təsir göstərməməlidir. Xüsusilə döş qəfəsinin, eləcə də qarının yuxarı hissəsinin yaralanmalarında rəasional ağrısızlaşdırılmanın aparılması daha vacibdir. Bu məqsədlə epidural və subplevral blokadaların yerinə yetirilməsi daha əhəmiyyətlidir. Bunlar nəinki ağrı hissiyyatını aradan qaldırır, həmçinin neyrovegetativ təsire də malikdir. Ağrının həm afferent (nəqli ağrısızlaşdırma), həm mərkəzi (ümumi ağrısızlaşdırma), həm də efferent (epidural blokada) yollarla aradan qaldırılmasına nail olunmalıdır. Mərkəzi sinir sistemində zədələnmə olmadığı hallarda neyrovegetativ blokadanın yerinə yetirilməsi daha məqsədəuyğundur. Bu zaman qeyri-narkotik dərman preparatlarının tətbiqi daha əlverişlidir. Bunun məzmunu hər 4-6 saatdan bir 50%-li 2-4 ml analgin və 2 ml (5mq) droperidolun sutkada 2-3 dəfə əzələ daxilinə, yaxud vena daxilinə yeridilməsindən ibarətdir. Narkotik dərman preparatları isə daha qüvvətli ağrılar zamanı tətbiq olunmalıdır.

Anemiya və hipovolemiyanın aradan qaldırılması. Rəasional şəkildə həyata keçirilən infuzion-transfuzion terapiya hipovolemiyanın və qan dövranındakı pozğunluğun vaxtında aradan qaldırılması öz növbəsində ağciyərlərin parenximasında mikrosirkulyasiyanın, eləcə də toxuma tənəffüsünün stabilləşməsinə, tənəffüs gərginliyinin aradan qaldırılmasına imkan verir və beləliklə, kəskin tənəffüs çatmamazlığının müalicəsinin asanlaşması üçün şərait yaratmış olur. Hətta dövrən edən qanın 10% azalması daxili orqanlardan keçən qanın xeyli azalmasına, ikincili immunodefisit fonunda infeksiyon fəsadlaşmaların baş verməsinə gətirib çıxarır. Bununla əlaqədar operativ müdaxilənin ilk 3 günü ərzində xəstələrə reopoliqlükün, yaxud albuminin durulaşmış məhlulunun köçürülməsi daha məqsədəuyğundur. Eyni zamanda anemiya vəziyyəti toxumaların oksigenlə təmin olunmasına da öz mənfi təsirini göstərir. Odur ki, təcili operativ müdaxilələrin zədələnmənin ilk günlərində həyata keçirilməsi ilə bərabər, anemiyanın aradan qaldırılması müalicənin nəticələrinə də öz müsbət təsirini göstərir və bunlar fəsadlaşmaların qarşısının alınmasında xüsusi əhəmiyyətə malikdir.

Konservləşdirilmiş qan və onun preparatları, eritrositar kütlə, dondurulmuş eritrositlər, dondurulmuş təzə və hiperimmün plazma, trombositlər kütlə və i.a. şəkildə müxtəlif məqsədlər üçün istifadə oluna bilər. Ağır şok və massiv qanaxmalarda bu məqsədlə həm periferik, həm də mərkəzi venalara duz məhlulları (mafusol, laktosol və s.) köçürülməlidir. Digər venaya şok ələhinə məhlullardan volemik (poliqlükün, poliqlüsol, volekam) və reoloji təsirli (reopoliqlükün, reoqlüman, polioksidin) tətbiq

olunur. Arterial təzyiq 90 mm c.s.-na çatana kimi köçürülən mayenin həcmi dəqiqədə 150-200 ml olmalıdır. Sonrakı müddətlərdə infuzion terapiya damcı, yaxud birbaşa (şırıncqa) şəkildə davam etdirilə bilər. Terminal vəziyyətdə olan yaralılara maye köçürülməsi həmçinin təzyiq altında aparılmalıdır. Bu halda mayenin yeridilmə sürəti dəqiqədə 250 ml-dən az olmamalıdır. Arterial təzyiqin müəyyən səviyyəyə (90ml c.s.-na) qaldırılması 5 dəqiqə ərzində və onun stabilləşməsi 10 dəqiqə ərzində təmin edilməlidir. Əgər əvvəlki mərhələlərdə yaralıya 0,8-1,0 litr sintetik kolloid maye yeridilmişsə, bu, yenidən təkrar olunmalıdır. Burada 5-10%-li albumin məhlulu, dondurulmuş təzə plazma, həmçinin jelatinol və volekam köçürülməsi daha məqsədəuyğundur. Elektrolit məhlullarından mafusolun istifadəsi daha sərfəlidir. Bu, hüceyrə hipoksiyasının daha tez aradan qaldırılmasına imkan verir.

Dövran edən qanın həcmnin bərpası məqsədilə seroz boşluqlara yığılmış qanın toplanılıb köçürülməsi də xüsusi əhəmiyyət kəsb edir. Bu halda boşluqlu orqanların zədələnməsi halı istisna edilməlidir. Təzə qanın köçürülməsi əvəzsiz əhəmiyyətə malikdir. Bu zaman qanın oksigen daşımaq qabiliyyəti daha yüksək olur. Məsələn, 3 günə qədər alınmış qanın eritrositləri köçürülən kimi qaz mübadiləsində iştirak edir. Lakin qanın nisbətən köhnə olduğu hallarda eritrositlərin qaz mübadiləsində iştirakı yalnız 12-16 saat və daha gec müddətlərdə baş verir. Yaralının reinfuziya məqsədilə boşluqlardan toplanmış öz qanı və yuyulmuş donor eritrositləri bu baxımdan daha keyfiyyətdir. Təzə alınmış donor qanınin resipiyentin qanı ilə uyğunluğu diqqətlə yoxlanılmalıdır. Xüsusilə donor qanınin köçürülməsində qazanılmış immunodefisit sindroma və epidemik sarılığa, eləcə də sifilitik proseslərə görə olduqca ehtiyatlı olmalıdır. Hərbi-tibbi müəssisələrdə bu məsələ əvvəlcədən planlaşdırılmalıdır ki, döyüş zamanı vaxt itgisinə yol verilməsin. Seroz boşluqlardan alınmış qan 12-24 saatdan gec olmayaraq köçürülə bilər. Dövran edən qanın həcmnin 30%-ə qədər itirilməsi hallarında reinfuziyanın həyata keçirilməsi donor qanına olan ehtiyacı bir növ ödəyir. Dondurulmuş eritrositlərin köçürülməsi immunoloji baxımdan daha qiymətlidir. Belə qanda allergenin olmaması onun daha geniş şəkildə istifadəsinə imkan verir.

Təxirəsalınmaz infuzion-transfuzion terapiyanın həyata keçirilməsi prinsipləri qanıtirmənin həcmindən asılı olaraq proqramlaşdırılmalıdır. Təcili hallarda bu, ekspress üsullarla: şok indeksi və hematokritə əsasən təyin olunur. İtirilmiş qanın həcmnin bərpası düşünülmüş şəkildə massiv qanıtirmələr zamanı eritrositar kütlə, yaxud konservləşdirilmiş qan, qanəvəzedicilər və kristalloid məhlulların birlikdə istifadəsi ilə yerinə yetirilməlidir. Alınmış nəticələr eyni zamanda laborator müayinəsi ilə təsdiq olunmalıdır. Yaralanmanın ilk iki sutkası ərzində hemoqlobin 100 q/l-dən, hematokrit 30-dan, albuminin qanda miqdarı 30-32 q/l-dən az olmamalıdır. Bu məqsədlə albuminin 10%-li məhlulu və dondurulmuş plazma köçürülməlidir. Dondurulmuş plazmanın köçürülməsi eyni zamanda hemostatik əhəmiyyətə də malikdir. Yaralıların hospitala gec və ağırlaşma vəziyyətində daxil olması hallarında eyni zamanda qanın laxtalanma sisteminin profilaktikası da nəzərdə tutulmalıdır. Bütün bu tədbirlər yaralanmanın sonrakı müddətlərində damardaxili laxtalanma sindromunun qarşısının alınmasına imkan verir və bunlar infuzion-transfuzion terapiyanın həyata keçirilməsində nəzərə alınmalıdır.

Cərrahi müdaxilə zamanı şokun aradan qaldırılması və qanaxmanın birdəfəlik saxlanılması tədbirlərinin həyata keçirildiyi müddətlərdə infuzion-transfuzion terapiyanın məqsədi qanıtirmənin bərpasına doğru yönəldilməlidir. Qanın arteriya daxilə yeridilməsi operativ müdaxilə zamanı daha asan olub, bir o qədər ciddi çətinlik yaratmır. Çünki əməliyyat zamanı aorta, yaxud digər böyük arteriyaların punksiya edilməsi, yaxud infuzion-transfuzion terapiyanın səmərəsinin artırılması məqsədilə, operativ müdaxilə zamanı regionar perfuziyanın aparılması məqsədəuyğundur. Bu üsulla bilavasitə patoloji ocağa təsir etməklə qan dövranındakı pozğunluğun aradan qaldırılmasına müvəffəq olunur. Həmin zonada dərman maddələrinin yüksək konsentrasiyasının yaradılması onların histo-hematik baryerdən keçməsi imkanı əldə edilir. Beləliklə, qanın aortası, yaxud ayrı-ayrı orqanın damarları selektiv şəkildə kateterizasiya olunmaqla orqanizmdə dərman preparatlarının yüksək konsentrasiyası əldə edilir. Qaraciyər zədələnmələrində portal perfuziyaların, posttravmatik pankreatitlərin müalicəsində mədəaltı vəzin damarlarının kateterizasiyası, eləcə də ətraf zədələnmələrində periferik damarların perfuziyası daha müasir və əvəzedilməz tədbirlərdəndir.

Fibrinolitik qanaxmalarda 5-10%-li albumin məhlulu, dondurulmuş təzə plazma və təzə sitrat qanınin köçürülməsi vacibdir. Qanaxma tam dayandırıldıqdan sonra cərrahi əməliyyatın sonunda dövran edən qanın həcmnin və hemostazın normallaşması qayğısına qalınmalıdır. Massiv qanıtirmələrdə isə bu tədbirlər qismən, hələ operativ müdaxilədən əvvəl yerinə yetirilməlidir. Bu kimi hallarda təzə sitrat qanı birbaşa köçürülməlidir. Təzə qan ehtiyatda olan donorların hesabına əldə edilməlidir. Daha ağır

vəziyyətlərdə qan arteriya daxilinə yeridilməlidir. Bu, daha tez və yaxşı nəticələrin əldə edilməsinə imkan verir.

Su-duz mübadiləsinin tənzimi. Cərrahi əməliyyatdan sonrakı müddətlərdə su-duz mübadiləsinin normallaşması qayğısına da qalınmalıdır. Bu, damarlarda birbaşa dövran edən qanın və hüceyrələrarası sahədə dövr edən mayenin həcminə və elektrolitlərin miqdarına nəzarət prinsipi əsasında yerinə yetirilir. Elektrolitlərdən kalium və natriumun konsentrasiyasına nəzarət xüsusilə vacibdir. Duz məhlullarının istifadəsində onların elektrolit tərkibi əsas götürülməlidir. Bu məqsədlə mafusol və trisolun istifadəsi daha məqsədəuyğundur. Xüsusilə qarın boşluğu yaralanmalarında həddən artıq maye köçürüldüyü hallarda böyrəklərin funksiyası gözlənilməli, yaralılara eufillin və 20%-li mannitol (400 ml-ə qədər) köçürülməsilə qanın bufer sisteminin natrium bikarbonatla tənziminə və eyni zamanda qanın dezintoksikasion funksiyasının bərpasına nəzarət olunmalıdır. Su-duz mübadiləsinə nəzarət eyni zamanda süni qidalanmanın həyata keçirilməsi prosesində də yaddan çıxarılmamalıdır.

Adətən yaralanma və zədələnmələr zamanı plazma itgisinin kifayət qədər bərpa olunmaması, maye qəbulu və qidalanmanın tələb olunan qaydada olmaması nəticəsində interstisial toxumalarda suyun azlığı, zond vasitəsilə mədə-bağırsaq traktından möhtəviyyatın xaric olması, yaxud parez vəziyyətində olan bağırsaqların daxilində mayenin yığılıb qalması (sekvestrasiyası) infuzion terapiyanın aparılmasına baxmayaraq, izotonik dehidratasiyanın meydana çıxmasına səbəb olur. Bunun əksinə olaraq, həddən artıq tərləmə, ağciyərlərin hiperventilyasiyası, geniş yara sahəsindən plazmatik mayenin itirilməsi, isti iqlimdə susuzluq və maye qəbulunun məhdudluğu, iqlimə adaptasiyanın olmaması hallarında və i.a. hipertonic dehidratasiya baş verir. Kristalloidlərin orqanizmə həddən artıq həcmdə köçürülməsi nəticəsində ağciyər toxumasında hiperhidratasiyanın baş verməsi kəskin tənəffüs çatmamazlığının əmələ gəlməsinə səbəb olur.

Volemik təsirə malik infuzion vasitələrin istifadəsi hipovolemiya fonunda dövran edən qanın kəsirindən asılı olaraq, mayenin hüceyrədənkənar sahələrə, yaxud damar daxilinə toplamaq imkanı yaradır. Bu xassələrinə görə infuzion vasitələrin volemik əmsalı (VƏ), yaxud volemik effekti (VE) məlumdur. Məsələn, əgər köçürülən mayenin volemik əmsalı 0,5-ə bərabədirsə, bu o deməkdir ki, həmin məhlulun orta hesabla yarısı damar daxilinə keçə bilər. Qalan hissə isə interstisial sektorda toplanaraq izotonik rehidratasiyanın yaranmasına səbəb olur. Belə məhlullar adətən interstisial sektorun dolması məqsədilə istifadə olunur. Əgər mayenin volemik effekti vahidə bərabədirsə, bu o deməkdir ki, köçürülən mayenin hamısı damar daxilinə keçərək, qanın plazma komponentini təşkil edir. Köçürülmüş mayenin volemik əmsalının vahiddən böyük olduğu hallarda həmin həcmə damar daxilinə keçməsinə əlavə, mayenin interstisial toxumalardan damar daxilinə keçməsinə də şərait yaranır. Beləliklə, müəyyən miqdarda mayenin əlavə olaraq interstisial sektordan damar daxilinə keçməsi baş verir. Bu, qanın plazmatik həcmənin daha çox artmasına şərait yaradır.

Mikrosirkulyasiyadakı pozğunluqlar reoloji xüsusiyyətləri üstün olan mayələrin (reopoliqlükün, reoqlüman) köməyi ilə ləğv olunur. Lakin bunları istifadə etməzdən əvvəl orqanizmə kifayət qədər duz məhlulları və qlükoza məhlulu köçürülməlidir. Hərbi-tibb müəssisəsinə gətirilmiş xəstə, yaxud yaralıya infuzion-transfuzion terapiyanın aparılması ilk növbədə mərkəzi qan dövranının stabilləşməsi, mikrosirkulyasiyanın yaxşılaşdırılması və operativ müdaxilənin həyata keçirilməsi üçün optimal şəraitin yaradılması prinsipindən ibarət olmalıdır. Bunun müsbət nəticəsi arterial və venoz təzyiqlərin göstəricilərinə və normal diurezin bərpa olunmasına əsaslanmalıdır. Əgər yaralı hospitala daha gec müddətlərdə çatdırılmışsa və bu müddət ərzində heç bir infuzion terapiya almamışdırsa, şübhəsiz ki, onun qan dövranı da sıradan çıxmaq təhlükəsi altında olacaqdır. Belə hallarda əsas prinsipə əməl edilməklə infuzion-transfuzion terapiya simptomatik pozğunluqlara uyğun fərdi şəkildə həyata keçirilməlidir. Çünki baş verməkdə olan böyrək çatmamazlığı və daha sonralar poliorqan çatmamazlığın meydana çıxması, ola bilər ki, gecikmiş hallarda lazımi müsbət nəticə verməsin.

Infuzion-transfuzion terapiyanın müsbət təsiri diurezin saatda 40-50 ml-ə qədər yüksəlməsi, sidikdə natriumun qatılığının artması və toxumalarda ödemənin azalması ilə aşkarlanır. Asidozun aradan qaldırılması məqsədilə venaya 150-300 ml 5%-li natrium bikarbonat məhlulu köçürülməlidir. Bu zaman daha tez nəticə alınır. Qanın dezintoksikasion funksiyası yaralılara kiçik molekullu kolloid məhlullarının (hemodez) köçürülməsi və diurezin stimulyasiyası yolu ilə əldə edilir. Dərin endogen intoksikasiyalar zamanı diurezin stimulyasiyası, yəni onun həcmənin orta hesabla sutkada əlavə 400 ml artırılması vacibdir. Əgər diurezin stimulyasiyası mannitol, yaxud böyük dozada (300 mq) lazıksız (furosemidlə) mümkün deyilsə, bu kimi hallarda ekstrakorporal detoksikasiyanın aparılması lazım gəlir.

Müəyyən infuzion vasitələr bilavasitə metabolik proseslərə təsir edərək, zədələnmə, yaxud cərrahi müdaxilələrlə əlaqədar baş vermiş mübadilə pozğunluqlarını aradan qaldırmaq imkanına malikdir. Bu, infuzatın metabolik effekti (ME) adlanır. Qanəvəzedicinin metabolik təsiri sayəsində qanın kolloid-osmotik təzyiqi tənzim olunur. Qanəvəzedicilərin metabolik prosesləri tənzimləməsi laktat və asetat mübadiləsinin normallaşması hesabına yaranır. Laktatlardan fərqli olaraq, asetat mübadiləsinin tənzimi hətta ağır arterial hipoksemiya və hemik hipoksiya vəziyyətlərində də mümkündür. Bu baxımdan mafusol tək-cə tənzimləyən maye olmayıb, birbaşa antihipoksik təsirə də malikdir. Bu, onun tərkibində olan fumarat sayəsində əldə edilir. Odur ki, mafusol ağır dərəcəli şoklarda, peritonitlərdə, sepsislərdə və eləcə də digər toxuma hipoksiyalı patologiyalarda istifadə oluna bilər. Kompleks tərkibli daha yüksək təsirə malik polivisolin isə bundan əlavə hətta sıradan çıxmış hepatositlərin bərpa olunması imkanını yaradır. Tərkibcə orta molekullu dekstran və kolloid dəmirdən ibarət olan polifer isə poliqlükin kimi istifadəsindən əlavə, posthemorragik dəmir defisitli anemiyalarda dəmirin konsentrasiyasının bərpası üçün imkan yaratmış olur.

Bir çox qanəvəzedicilər hüceyrəarası mayenin həcmnin genişləndirilməsilə ekzogen və endogen toksinlərin xaric olmasına imkan verməklə, dolaylı detoksikasiya təsirə malikdirlər. Məsələn, albumin və protein toksik məhsullarla kompleks şəkildə birləşmək qabiliyyətinə malikdirlər. Bu qabiliyyət hemodez və neohemodezdə qüvvətli, jelatinol və jelafuzində bir qədər zəifdir. Osmotik diuretiklər (mannitol, sorbitol, trisaminol), eləcə də jelatinol diurezi stimula etmək və detoksikasiya qabiliyyətinə malik olmaqla bərabər, həmçinin güclü volemik aktiv qanəvəzedicidir. Həmçinin bunlar döyüş zədələnmələrində güclü qanıtirmələr və endogen infeksiyalar və intoksikasiyalar zamanı sidik ifrazının gücləndirilməsi yolu ilə böyrək kanalcıqlarına toksinlərin ziyanlı təsirinin aradan qaldırılması və kanalcıqların tutulmasının qarşısının alınması təsirinə də malikdir. Kristalloidlər də müəyyən həcmdə hipovolemianın aradan qaldırılması imkanına malikdirlər. Lakin plazmada zülal kəşiri zamanı bu, bütünlüklə orqanizmdə, yaxud ayrı-ayrı orqanlarda (məsələn, ağciyərin parenximasında) hiperhidratasiya yarada bilər.

Dekstranlar (makrodeks) plazmanın həcmnin artırılması təsirinə malikdir. Lakin bunlar bəzən anafilaktik reaksiyalar da verə bilər. Ona görə də bu maddələr optimal həcmdə (orta hesabla bədən çəkisinin hər kiloqramına 70 mq) köçürülməlidir. Bu preparatın 30%-i 6 saat ərzində xaric olur. Qalan hissəsi isə sutka ərzində qan dövranında qalır. Bunların böyük dozada, sürətlə köçürülməsi hemorragik sindromun əmələ gəlməsinə səbəb ola bilər.

Kiçik molekullu dekstran (reopoliqlükin) həddən artıq dehidratasiyalarda və prerenal oliquriyalarda böyrək kanalcıqlarının zədələnməsinə və osmotik nefrozun əmələ gəlməsinə səbəb olur. Odur ki, bu tipli mayeləri köçürməzdən əvvəl dehidratasiya tədbirləri həyata keçirilməlidir. Reoqlümanda isə tərkibində mannitol olduğu üçün bu zərərli əlamətlər müşahidə olunmur. Anafilaktik və toksik təsiri olduğu üçün polivinilpirrolidon tərkibli qanəvəzedicilərin (hemodez) böyük həcmdə köçürülməsinə yol verilməməlidir. Onun köçürülməsinin maksimal həcmnin bədən çəkisinin hər kiloqramına 10 ml-dən artıq olması məsləhət deyildir. Bu, hemokoaqulyasiyanı azalda bilər. Qanaxmalar, travmatik şok, yanıq xəstəliyi, uzunmüddətli sıxılma sindromu və digər kritik vəziyyətlərin müalicəsi zamanı infuzion vasitələrin yanaşı təsiri nəzərə alınmalıdır. Xüsusilə cərrahi əməliyyatdan sonrakı müddətlərdə infuzion məhlulların istifadəsində bu yanaşı təsirlərin nəzərdə tutulması daha vacibdir. Hemoqlobinemiya, dehidratasiya, köçürülmüş tərkibin turşu-qələvi vəziyyəti, böyrəklərin, ürək-damar, tənəffüs və həzm sistemlərinin vəziyyəti nəzarət altında saxlanılmalı və müşahidə olunan pozğunluqlar vaxtında aradan qaldırılmalıdır.

Klinik olaraq dehidratasiya süstlük, ləngimə əlamətləri, bəzən isə oyancılığın baş verməsilə müşahidə olunur. Susuzluğun əmələ gəlməsi orqanizmdə su itgisinin təxminən 2%-dən yuxarı olduğu hallarda baş verir. Qoltuqaltı və qasıq nahiyələrində dərinin quru olması, dildə cadarların görünməsi yaralıda maye defisitinin 1,5-2 litrə çatdığını göstərir. Dehidratasiyanın artması hipotenzianın, taxikardianın baş verməsi, venoz təzyiğin enməsi, oliquriyanın baş verməsi və bağırsağın parezinin artması ilə özünü göstərir. Burada taxikardiya hipokaliemiya ilə daha çox əlaqədardır.

Su və duz mübadiləsi pozğunluğunda plazmanın elektrolit tərkibinin təyin olunmasının xüsusi əhəmiyyəti vardır. Burada həmçinin hematokrit və eritrositlərin həcmnin öyrənilməsinin də xüsusi əhəmiyyəti vardır. Sübut olunmuşdur ki, qırmızı qan küreciklərinin ölçüsü hipertonik pozğunluqlarda 80 mk m kub və hipotonik pozğunluqlarda 105 mk m kuba çatır.

Beləliklə, orqanizmin su-duz mübadiləsinin pozğunluqlarında diaqnostik məqsədlə təkcə hematokritə arxalanmaq heç də düzgün olmazdı. Bu baxımdan tipik klinik əlamətlərə əsaslanaraq, patogenetik intensiv terapiyanın vaxtında aparılması və böyrəklərin funksiyasının gözlənilməsi daha vacibdir.

İzotonik dehidratasiyanın aşkar əlamətləri müşahidə olunduğu hallarda 3-4 saat ərzində 1,5-2 litr izosmolyar məhlulların (laktosol, asesol, ringer məhlulu, izotonik xörək duzu məhlulu) və hiposmolyar məhlulların (5%-li qlükoza məhlulu) köçürülməsi kifayət edir. Rehidratasiyanın səmərəsi (effekti) yaralının psixikası, hemodinamik göstəricilər (nəbz, arterial və venoz təzyiqlər) və diurezə əsasən təyin olunur. İxtisaslaşdırılmış tibb müəssisələrində isə müalicə hər 8-12 saat ərzində laborator nəzarəti altında həyata keçirilməlidir.

Hipovolemiyanın lazımcına tənzimlənməsində hüceyrədən xaric mayenin həcmının normallaşmasının xüsusi əhəmiyyəti vardır və bu, yalnız su-duz mübadiləsindəki pozğunluğun aradan qaldırılması yolu ilə mümkündür. Əgər yaralı müəyyən səbəbə görə maye qəbul edə bilmirsə, yaxud bundan imtina edirsə, ifraz olunmuş sidik həcmində ona izosmolyar duz məhlulu köçürülməlidir. Əgər böyrək çatmamazlığı baş vermişsə, köçürülən mayenin həcmi ifraz olunan sidiyin yarısı həcmində olmalıdır. Əks təqdirdə kəskin tənəffüs çatmamazlığı baş verə bilər. Drenaj boru ilə maye itgisi, qusma, mədə zəndu, enterostoma, yara səhindən maye ifrazı və ishal nəticəsində əlavə maye itgisi infuzion terapiyanın həyata keçirilməsində nəzərə alınmalı, bu həcm izosmolyar duz məhlulları ilə bərpə olunmalıdır. Xeyli dərəcəli maye itgisi zamanı (drenajlardan ifrazat, diurez və qusuntu materialı) infuzion mayeyə hiperosmolyar məhlullar və parenteral qida məhlulları da əlavə edilməlidir. Rehidratasiya əldə edildikdən sonra həmin səviyyənin saxlanılması məqsədilə (əgər dehidratasiyanın əlamətləri qabarıq şəkildə müşahidə olunmursa) sutka ərzində xəstəyə 0,4-0,5 litr 5%-li qlükoza məhlulunun (insulinlə birlikdə) köçürülməsi kifayət edir.

Yüksək hərərət zamanı tərləmənin çoxalması hallarında kəskin tənəffüs çatmamazlığının kompensasiya fazasında böyrəkdənkənar su itgisi (tərləmə hesabına) hiss olunmadan artır. İtirilmiş mayenin bərpası məqsədilə xəstəyə 2 litrə qədər 5%-li qlükoza məhlulu köçürülməlidir. Xüsusilə səhra və yarımsəhra şəraitində böyrəkdənkənar maye itgisi (tər şəklində) daha çox olur. Belə hallarda itirilmiş mayenin bərpası məqsədilə xəstənin hər kiloqram bədən çəkisinə görə 30 ml maye köçürülməlidir. Septik vəziyyətlərdə, peritonitlərin toksik və terminal fazalarında, kəskin bağırsağ keçməməzliyində isə bu həcm hər kiloqram bədən çəkisinə görə sutkada 70-80 ml-ə bərabər olmalıdır.

Yaralanmadan sonra natrium mübadiləsinin pozulması ikincili xarakter daşıyır. Rasional infuzion terapiyadan sonra natrium mübadiləsi pozğunluğunu asanlıqla aradan qaldırmaq mümkündür. Bu yolla həmçinin kalium mübadiləsi pozğunluğu da aradan qaldırıla bilər. Zədə xəstəliyi zamanı güclü katabolizm nəticəsində kalium ionları hüceyrədən ara toxumaya keçir və sidiklə xaric olur. Kalium itgisi yara infeksiyasında, bağırsaqların parezi zamanı daha çox müşahidə olunur. Yaranın əlavə cərrahi işlənilməsi kalium defisitini daha da artırır. Hipokaliemiyanın klinik əlamətləri ürək çatmamazlığı, bağırsaqların davamlı parezinin olması, susuzluq və pnevmoniyanın baş verməsi ilə xarakterizə olunur.

İnfuzion terapiyadan fərqli olaraq, transfuzion terapiyada əsas məqsəd qanın eritrositar həcminin bərpasından ibarətdir. İnfuzion terapiyadan sonra susuzluğun qalması müalicənin lazımcına aparılmamasına sübutdur. Travmatik şok zamanı infuzion-transfuzion terapiyanın aparılması oliquriyanın qarşısını alır. Lakin ağır zədələnmələr zamanı böyrəklərin konsentrasiya qabiliyyəti pozulduğundan poliuriya nəticəsində hipovolemiya daha da dərinləşə bilər. Orqanizmdə yanma prosesinin artması nəticəsində, eləcə də yara ifrazatı, drenaj boru və mədə zəndundan gələn möhtəviyyatların hesabına kalium itgisi daha da arta bilər.

Plazmada kaliumun səviyyəsi 3,5 mmol/l-dən aşağı olmamalıdır. Hipokaliemiyanın profilaktikası məqsədilə parenteral qidanın tərkibinə sutkada 3-4 qram kalium xlorid əlavə olunmalıdır. Yumşaq toxumaların geniş zədələnməsi, uzunsürən oliquriya zədə xəstəliyinin kəskin dövründə hiperkaliemiya ilə nəticələnir. Plazmada kalium ionlarının konsentrasiyası 5-6 mmol/l-ə çatır. Bu pozğunluq gizli gedişə malik olduğundan daha qorxuludur. Çünki ürək ritminin pozğunluğu kritik vəziyyətlərə gətirib çıxara bilər. EKQ müayinəsi həmin pozğunluğun vaxtında aşkar olunmasına imkan verir. Bu zaman P dişciyi basılmış, ST segmenti standart aparmalarda içoxəttən yuxarı qalxmış olur. QRS kompleksi genişlənməmiş, T dişciyi döş aparmalarında sivri olur.

Hiperkaliemiya zamanı tərkibində kalium olmayan məhlulların köçürülməsi və saliuretiklərin təyini müsbət nəticə verir. 400 ml 10%-li qlükoza məhlulunun insulinlə köçürülməsi kalium ionlarının

plazmadan hüceyrəyə keçməsinə imkan verir. Ciddi ritm pozğunluqlarında vena daxilinə 1%-li 200-400 ml kalium xlorid məhlulunun köçürülməsi müsbət nəticə əldə edilməsinə imkan verir. Dərin su-duz mübadiləsi pozğunluğunun qarşısının alınması üçün ağrının aradan qaldırılması və mikrosirkulyasiyanın normallaşması vacibdir.

Kəskin tənəffüs çatmamazlığında həddən artıq hipovolemiyalar zamanı və su-duz mübadiləsində ciddi pozğunluq hallarında adi qaydada həyata keçirilən parenteral qidalanma həmişə lazımi müsbət nəticə vermir. Bu zaman hiperosmolyar məhlulların uzunsürən infuziyaları və parenteral qidalanma məqsədilə mərkəzi venaların kateterizasiyası daha məqsədəuyğundur.

Qismən parenteral qidalanma məqsədilə qlükoza əlavə edilmiş məhlulların köçürülməsi daha məqsədəuyğundur. Bu məqsədlə 400 ml 10%-li qlükoza məhlulu hazırlanılır, bura 10 ml 4%-li kalium xlorid, 5 ml 10%-li kalsium xlorid, yaxud kalsium qlükonat, 1 ml 25%-li maqnezium sulfat məhlulu əlavə edilir. Tam parenteral qidalanma məqsədilə 400 ml 25%-li qlükoza məhluluna 16-20 ml 4%-li kalium xlorid, 5 ml 10%-li kalsium xlorid, 1ml 25%-li maqnezium sulfat məhlulu əlavə edilir. Böyrək çatmamazlığında elektrolitlərin (xüsusilə kalium və maqneziumun) dozası minimuma endirilməli, yaxud bunlar istifadə edilməməlidir. Qlükozanın tam utilizasiyası üçün hər 3-4 qrama 1 vahid olmaqla insulin əlavə olunmalıdır. Zəif xəstələrdə uzunmüddətli (3-5 sutka) parenteral qidalanma energetik tələbatın yağlı emulsiyalar (intralipid, lipofundin və s.) hesabına aparılması daha məqsədəuyğundur. Çoxlu maye itirilməsi zamanı tərkibində natrium olan məhlullardan (0,9%-li natrium xlorid və laktosol) ikinin-birə olan nisbətində köçürülməlidir. Toxumaların plastik qabiliyyətinin təminatı məqsədilə amin turşuları, zülal hidrolizatları və amin turşuları qarışığı (poliamin, B qrup vitaminlər, nikotin turşusu, böyük dozada C vitamini) tətbiq edilməlidir. Amin turşuları qlükoza məhlulları ilə paralel şəkildə istifadə edilməlidir. Geniş yaralanmalarda hipoproteinemiyalı həddən artıq zəifləmiş xəstələrə isə albuminin (sutkada 20-30 qram) köçürülməsi daha məqsədəuyğundur.

Mədə-bağırsaq traktında yaralanması olmayan xəstələrə həmçinin süni enteral qidalanmanın aparılması da vacibdir. Qida mədəyə qalın zondla homogen maye şəklində yeridilməlidir. Mədə yaralanmalarında nazik zondun daha dərinliklərə yeridilməsilə də enteral qidalanmanı təmin etmək mümkündür. Bu məqsədlə ikikanallı zondların tətbiqi daha əhəmiyyətlidir.

Yaralanma nəticəsində baş vermiş adi peritonitlərdə enteral qidalanma məqsədilə 1 litr qaynadılmış suya 5 qram xörək duzu, 2 qram natrium bikarbonat, 1,5 qram kalium xlorid, 1,6 qram kalsium xlorid, 0,8 qram maqnezium sulfat, 30 qram qlükoza əlavə olunmuş monomer qarışıq da istifadə oluna bilər. Bu qarışıqda 100 ml poliamin və digər amin turşuları da qatıla bilər. Bu məqsədlə hazır duz preparatlarından reqidron, qastroolit, qlükosol, orasoldan da istifadə oluna bilər. Reqidronun tərkibi 3,5 qram xörək duzu, 2,5 qram kalium xlorid, 2,9 qram natrium sulfatdan, 10 qram qlükozadan, yaxud şəkərdən ibarətdir. Bu qarışıq 1 litr içməli suda həll olunduqdan sonra sutka ərzində soyudulmuş şəkildə istifadə olunmalıdır. Orasolun tərkibi isə 20 qram şəkərdən, 3,5 qram xörək duzundan, 2,9 qram natrium sitratdan, 1,5 qram kalium xloriddən ibarətdir.

Süni qidalanmanın düzgün həyata keçirilmədiyi hallarında kəskin tənəffüs çatmamazlığı və qan dövranında, eləcə də toxuma mikrosirkulyasiyasında müəyyən pozğunluqlar müşahidə oluna bilər. Enteral qidalanma zamanı qidalı qarışıq kifayət qədər energetik və plastik xüsusiyyətlərə malik olmalı, lazımi həcmdə optimal templə yerinə yetirilməlidir. Buruna keçirilmiş zond yaxşı fiksə olunmalı və əlavə qıcıqlanma verməməlidir. Süni qidalanma zamanı göstəriş olduqda bağırsağı stimülə edən dərman preparatları da tətbiq oluna bilər. Qidalı qarışıq sutka ərzində hər kiloqram çəki üçün 40-50 kal enerjini təmin etməlidir. Zülalın miqdarı sutkada hər kiloqram çəkiyə 1 qramdan az olmamalıdır. Enteral qidalanma fizioloji baxımdan daha əhəmiyyətlidir və onun tənzimlənməsinə ehtiyac qalmır. Bu zaman bağırsağın şirəsinə təkcə elektrolitlər deyil, həmçinin sintez şəklində zülallar, lipidlər də əlavə olunur. Bunun səmərəsinin artırılması üçün bağırsağın peristaltikasına nəzarət olunmalı, paretik pozğunluqlar vaxtında aradan qaldırılmalıdır.

Bağırsağ parezinin profilaktikası və müalicəsi. Döyüş zədələnmələri zamanı bağırsaqların normal peristaltikasının tənzimlənməsi, patoloji qıcıqların, hipovolemiya nəticəsində baş vermiş hipoksiyanın, su-duz, turşu-qələvi mübadiləsindəki pozğunluqların, baş vermiş endogen intoksikasiyanın vaxtında aradan qaldırılmasından çox asılıdır. Bütün tədbirlər kompleks şəkildə həyata keçirilməlidir. Bu məqsədlə operativ müdaxilədən dərhal sonra qanqlıoblokator kimi heksonium hər 5-6 saatdan bir 15mq, yaxud

pentamin 20 mq, həmçinin aminazin, pirroksan, yaxud butiroksan 10 mq dozada gündə 2 dəfə tətbiq olunur. Müalicə zamanı arterial təzyiqə nəzarət olunmalıdır. Mədədə daimi zond olmalıdır. Bağırsağın funksiyasının normallaşması ilə bərabər enteral qidalanma da davam etdirilməlidir.

Odlu silah yaralanmaları, yaxud küt zədələnmələrdən sonra bağırsaq parezinin qarşısının alınması məqsədilə aparılan ən səmərəli tədbirlərdən biri də uzunmüddətli epidural blokadaların yerinə yetirilməsidir. Bu, normovolemik şəraitdə D8-11 səviyyəsində epidural sahəyə 2 ml 2-2,5%-li trimekain məhlulunun yeridilməsilə həyata keçirilir. Xəstələrdə ürəkbulanma, qusma və arterial təzyiqin enməsi müşahidə edilə bilər. Əgər xəstə anesteziyanı yaxşı keçirirsə, trimekainin sutkalıq dozası 5-7 ml-ə çatdırılır və bu, bir neçə sutka davam etdirilir. Torakoabdominal yaralanmalarda eyni zamanda uzunmüddətli retroplevral blokadaların aparılması da yaxşı nəticə verir. Retroplevral blokadaların da təsir mexanizmi epidural blokadalar kimidir. Bu məqsədlə VII qabırğa bucağında retroplevral sahə punksiya olunur və ora kateter keçirilir. Kateterlə retroplevral sahəyə 15 ml 1%-li trimekain, yaxud 20-25 ml 0,5%-li novokain məhlulu yeridilir. Uzunmüddətli epidural blokadalar, optimal qaydada intensiv respirator terapiya, hipovolemiya və anemiyanın aradan qaldırılması, interstisial sahədə elektrolitlərin səviyyəsinin bərpa olunması fonunda aparılmalıdır. Paralitik bağırsaq keçməməzliyi nəticəsində baş vermiş mübadilə pozğunluqları aradan qaldırılmazsa, bunlar böyrək və qara ciyər çatmamazlığı ilə nəticələnə bilər.

Böyrək çatmamazlığı zamanı intensiv terapiyanın aparılması. Uzunmüddətli hipotenziya, qan dövranının patoloji mərkəzləşməsinin (sentralizasiyasının) qarşısının vaxtında alınması, itirilmiş qanın bərpası, sinir uclarının neyrovegetativ blokadalarının həyata keçirilməsi böyrəklərin funksional pozğunluqlarının baş verməsinin qarşısını ala bilər. Lakin böyrəklərin funksiyasındakı pozğunluqlar təkə işemik amillərdən asılı olmayıb, eyni zamanda sərbəst hemoqlobin, mioqlobin və qanda dövrən edən digər mənşəli endotoksinlərin böyrək parenximasına mənfi təsirindən də asılı olur. Yaralanma ilə əlaqədar infeksiyon fəsadlaşmalardan pnevmoniya, peritonit və sepsisin baş verməsi də böyrək çatmamazlığının inkişafında xüsusi rol oynayır. Zədə xəstəliyi zamanı böyük həcmdə dekstran məhlullarının köçürülməsi və hazırlıq olmadan massiv qanqöçürmənin də mənfi təsiri qeyd edilməlidir. Belə hallarda oliquriya müşahidə olunur, qanın xüsusi çəkisi azalır, sidikdə zülal çoxalır, azotemiya baş verir. Qanda kreatinin və sidik cövhərinin 3-5 gün müddətində artması böyrəklərin süzmə qabiliyyətinin ciddi pozğunluğunu göstərir. Sidik cövhərinin qanda konsentrasiyasının 50 mmol/l-dən artıq olması nəticəsində taxipnoe, tənqənfəslik, ürəkbulanma, qusma, bağırsaqların uremik parezi, yaxud ishal müşahidə olunur. Qara ciyər böyüyür, toxumalarda durğunluğun artması nəticəsində ağciyərlərin ödemə baş verir. Belə hallarda 15-20%-li mannitol məhlulunun hər kiloqram bədən çəkisinə 1-1,5q olmaqla köçürülməsi yaxşı nəticə verir. Osmodiuretiklərin köçürülməsi venoz təzyiqin nəzarəti altında aparılmalıdır. Davamlı oliqoanuriya hallarında (diurez saatda 30 ml-dən aşağı olduqda) bədən çəkisinin hər kiloqramına 1 ml olmaqla vena daxilinə 33%-li etil spirtinin köçürülməsi də stimulyasiya məqsədini daşıyır.

Oiquriya vəziyyətlərində intensiv terapiyanın aparılması zamanı hiperhidratasiyanın baş verməsinə və dərman maddələrinin kumulyasiyasına yol vermək olmaz. Asidoz vaxtında korreksiya olunmalı, intensiv terapiya müddətində hipokaliemiya, uremiya, infeksiya nəticəsində artan zülal katabolizmi nəzərə alınmalıdır. Orqanizmə daxil olan maye diurez və yara ifrazatı nəzərə alınmaqla tənzim olunmalı, hipertermiya zamanı hər bir dərəcə yüksək temperatur üçün 0,4-0,5 litr əlavə maye köçürülməlidir. Əgər böyrək çatmamazlığı metabolik asidozla müşahidə olunursa, infuzata (sutkada 3-4 dəfə olmaqla) 5%-li natrium bikarbonat məhlulu da əlavə olunmalıdır. Yaranın cərrahi işlənməsinin vaxtında aparılması və irinli toplaqların drenaj olunması eyni zamanda hiperkaliemiyanın da artmasının qarşısını alır. EKQ-də hiperkaliemiya əlamətlərinin müşahidə olunması hallarında venaya qlükozanın konsentrasiyalı məhlulu insulinlə birlikdə istifadə olunmalıdır. Bu, interstisial toxumaya yığılmış kaliumun yenidən hüceyrələrdə toplanması üçün şərait yaradır. Kəskin böyrək çatmamazlığı zamanı qarışıq qidalanma hər kiloqram bədən çəkisi üçün 40 kal təşkil etməli, qida karbohidratlar, zülallar və vitaminlərlə zəngin olmalıdır. Məhz bu yolla katabolizmin azalması, reparativ proseslərin sürətlənməsi və böyrək çatmamazlığının qarşısının alınması mümkündür.

Qaraciyər çatmamazlığı zamanı infuzion terapiyanın aparılması qaydası. Hətta az miqdar, lakin davamlı hipovolemiyalar zamanı, dövrən edən qanın həcmnin 15%-ə qədər azalması hallarında qanın patoloji sentralizasiyası şəraitində histiositlərin sıradan çıxması və toksinlərin ümumi qan dövranına keçməsi mümkündür. Travmatik şokdan əlavə hipovolemiya zamanı mikrosirkulyasiyanın pozulması, hepatositlərin sıradan çıxması endogen intoksikasiyanın baş verməsinə səbəb olur. Bunlar irinli-iltihabi

proseslərdə, septik vəziyyətlərdə və yanaşı infeksiyon xəstəliklərdə də baş verə bilər. Kəskin qara ciyər çatmamazlığı özünü süstlük, tormozlanma, sarılığın baş verməsi, sidinin rənginin tündləşməsi şəklində göstərir. Diurezin həcmində dəyişiklik olur. Hiperbilirubinemiya qanda sidik cövhəri və kreatininin artması ilə birlikdə müşahidə olunur. Qaraciyərin bu pozğunluq əlamətlərində respirator müalicə keyfiyyətlə aparılmalıdır. Hipovolemiyanın aradan qaldırılması istiqamətinə yönəldilmiş rasional infuzion-transfuzion terapiya, fasiləsiz analgeziya, qanın profilaktik heparinizasiyası, B qrup vitaminlərinin tətbiqi, infeksiya ocaqlarının açılması və lazımi qaydada drenaj olunması, imkan daxilində hiperbarik oksigenasiya, ekstrakorporal detoksikasiyanın aparılması qaraciyər çatmamazlığının qarşısının alınmasında vacib və prinsiplial tədbirlərdəndir.

Xüsusi intensiv terapiya metodları. Ağır endogen intoksikasiyalarda (uzunmüddətli sıxılma sindromu, travmatik pankreatitlər, böyrək və qaraciyər çatmamazlığında) ekstrakorporal detoksikasiyanın həyata keçirilməsi xüsusilə vacibdir. Bunun məqsədi qısa müddət ərzində koagulopatiyanın aradan götürülməsindən, su-duz, zülal mübadiləsi pozğunluqlarının aradan qaldırılmasından ibarətdir. Xüsusilə qanda endotoksinlərin həddən artıq toplandığı kəskin intoksikasiya hallarında hemoperfuziyanın sorbentlərin tətbiqi ilə aparılması daha vacibdir. Xüsusi infuzion aparatların olmadığı vəziyyətlərdə bu tədbirlər arteriovenoz şuntların qoyulması ilə yerinə yetirilməlidir. Perfuziya bədən çəkisinin 0,2 nisbətində bərabər həcmdə dəqiqədə 80-150 ml sürətlə aparılmalıdır.

Hospital bazada endotoksikozun qarşısının alınması məqsədilə plazmaferezin aparılması vacibdir. Plazma itgisinin dondurulmuş plazma hesabına bərpası daha səmərəli müalicə üsulu sayılmalıdır. Bu tədbirlər 2 gün müddətində aparılmalı və lazım gəldikdə kliniko-laborator göstəriciləri əsasında təkrar olunmalıdır. Ekstrakorporal oksigenasiya dializatorun, membran oksigenatorunun köməyi ilə həyata keçirilməli, lazım gəldikdə plazma tam əvəz olunmalıdır.

Bütün bu tədbirlərin həyata keçirilməsi zamanı kəskin tənəffüs çatmamazlığının inkişafının qarşısı alınmalı, hipovolemiya və anemiya, koagulopatik pozğunluqlar korreksiya olunmalıdır. Yaranın düzgün radikal cərrahi işlənməsi həyata keçirilmədən və ilkin infeksiyon ocaq ləğv olunmadan ekstrakorporal detoksikasiyanın aparılması müsbət nəticə verməz. Terminal vəziyyət, hemorragik sindrom, davam edən qanaxma, həddən artıq anemiya (Hb <70 q/l, hipoproteinemiya –zülalın 52 q/d-dən az olması), respirator distress sindromun olması ekstrakorporal detoksikasiyanın aparılmasına əks göstəriş sayılmalıdır.

Hiperbarik oksigenasiya ağır yara xəstəliyinin kəskin olmayan fazasında sağalma prosesinin sürətləndirilməsi məqsədilə də həyata keçirilə bilər. Xüsusilə anaerob klostridial infeksiyalar zamanı bunun aparılması daha vacibdir. Həmçinin hiperbarik oksigenasiya toxuma regenerasiyasını sürətləndirdiyi üçün qoyulmuş bağırsaq anastomozlarının yaxşı tutması, kəllə-beyin yaralanmaları və zədələnmələrində kompensasiyanın bərpasının sürətləndirilməsi məqsədini də daşıyır. Hiperbarik oksigenasiyanın intensiv terapiya məqsədilə zədələnmənin 4-cü sutkasından etibarən həyata keçirilməsi daha məqsədəuyğun sayılır. Ağır yaralılarda hiperbarik oksigenasiya gündə 1-2 dəfə 40 dəqiqə müddətində aparılmalıdır. Ağır formalı zədə xəstəliyində hiperbarik oksigenasiyanın aparılması məsləhət görülmür. Çünki xəstələrdə oksigenin neyrotoksik təsirindən huşun itməsi və kəskin tənəffüs çatmamazlığının artması halı müşahidə oluna bilər. Lakin dəm qazı ilə zəhərlənmə və anaerob infeksiyanın ildırımsürətli gedişində hiperbarik oksigenasiya həyati göstəriş olaraq yerinə yetirilməlidir.

İnfeksiyon fəsadlaşmaların profilaktikası və müalicəsi. Odlu silah yaralanmaları və zədə xəstəliyi zamanı yaraların bakterial çirklənməsi, yerli dəyişikliklərin əmələ gəlməsi, yayılmış yara infeksiyası orqanizmin autoimmun pozğunluğu şəklində müşahidə olunur. Bu fonda aparılan tam həcmli effektiv intensiv müalicə tədbirləri təkə mikrosirkulyasiyanın yaxşılaşdırılması və dərman preparatlarının toxumalarda optimal konsentrasiyasının təminindən əlavə, orqanizmin yara infeksiyasına qarşı müdafiə qabiliyyətinin stabilləşməsi və möhkəmləndirilməsi məqsədini də daşıyır. İnfeksiyon prosesin əmələ gəlməsi ilk növbədə yaraların vaxtında və düzgün cərrahi işlənməsindən çox asılıdır. Əsas prinsip yarada yayılmış mikrob kulturasına qarşı qanda antibakterial preparatların maksimal konsentrasiyasının əldə edilməsindən ibarətdir. İşemiya və nekrotik prosesə uğramış toxumalarda iltihabi prosesin təkə bir antibiotiklə qarşısının alınması olduqca çətinidir. Bu məqsədlə antibakterial preparatların kombine şəklində istifadə olunması daha əhəmiyyətlidir. Aminoqlükozidlərin maksimal dozada linkomitsin, yaxud ampicillinlə (5 mq/kg), yaxud levomisetinin (sutkada 3-4 q), sefalosporinlərlə (sefalin, sefradin, sefuroksim, seftriakson və i.a.), yaxud linkomitsinlə, kanamitsinin (15-20mq/kg) ampicillinlə, dioksidinin

(300 mq-dan sutkada 2-3 dəfə) ampisillinlə (ampioks), yaxud linkomitsinlə kombinasiyası daha məqsədəuyğun hesab olunur. Xüsusilə yoğun bağırsağın tamlığının pozulması (zədələnməsi) hallarında və anaerob infeksiya zamanı antibiotiklərin metronidazol, yaxud tinidazol preparatları ilə (sutkada 1,5-2 qram) kombinasiyası da müsbət nəticə verir.

Antibiotiklərin bir-birinə əks təsirinin qarşısının alınması məqsədilə istifadə olunarkən, onların bir-birinə qarışdırılmasına yol verilməməli və bunlar ayrı-ayrı saatlarda istifadə olunmalıdır. Yaxşı olar ki, antibiotiklər yaralanmanın ilk saatlarında hələ toxumalarda mikrosirkulyasiyanın pozulmadığı dövrdə yüksək dozada istifadə olunsun. Digər antibakterial preparatların parenteral yolla yeridilməsi isə profilaktika məqsədilə orta dozada tətbiq olunmalıdır. Bu, toxumalarda mikroorqanizmlərin inkişafının qarşısını alır. Təxliyənin 4 saatdan artıq çəkəcəyi bütün hallarda da antibakterial preparatlar kombinə şəklində yüksək doza ilə istifadə edilməlidir. Antibiotiklərin tətbiqi zamanı onların parenximatoz orqanlara toksiki təsiri nəzərə alınmalıdır. Kəskin böyrək çatmamazlığının baş verməsi antibiotiklərin farmakodinamikasını pozar və onların nefrotoksik təsirini qüvvətləndirə bilər. Hər bir antibiotik orta hesabla 5-7 gündən artıq tətbiq olunmamalı və birdən-birə kəsilməlidir. Müalicənin sonrakı müddətlərində mikroorqanizmin antibiotiklərə qarşı həssaslığı nəzərə alınmalıdır.

Beləliklə, antibakterial müalicənin aparılmasında başlıca prinsip onun yüksək dozada tətbiqi və qanda optimal konsentrasiyasının əldə edilməsindən əlavə, mikroorqanizmin həmin dərman preparatına rezistentlik (davamlılıq) dərəcəsi də nəzərə alınmalıdır. Unutmamalıdır ki, hazırda nəinki antibiotiklərə rezistent mikroob ştammları məlumdur, hətta antibiotiklərlə qidalanan bəzi mikroob kulturaları da aşkar olunmuşdur.

Ağır hərbi yaralanmalar və zədələnmələr zamanı massiv qanitirmələrin baş verməsi, zədələnmələrin çoxsaylı, müştərək və kombinə olunmuş olması, yaralıların vəziyyətinin son dərəcə ağırlaşmasına gətirib çıxarır. Xəstəlik güclü mənfi patoloji qıcığa qarşı cavab reaksiyası olan travmatik şokla başlayır. Sonrakı inkişaf mərhələsində travmatik endotoksikoz və irinli-septik proseslər baş verir. Orqanizm həyatla ölüm arasında qalır, terminal vəziyyət yaranır; preaqonal, aqonal vəziyyətlər və klinik ölüm baş verir.

Xəstənin terminal vəziyyətdən çıxarılması üçün həyata keçirilən bütün tədbirlər üç mərhələdə aparılmalıdır. Bura ilk növbədə qan dövranının bərpası və beynin və həyati vacib orqanların oksigenlə təmin edilməsi, bərpa olunmuş qan dövranının fəaliyyətinin möhkəmləndirilməsi və orqanizmin bərpa olunmuş funksiyalarının keyfiyyətinin artırılması tədbirləri aiddir.

İntensiv terapiya həyati-vacib funksiyaların pozğunluğu və qarşısının alınması üçün orqanizmin döyüş zədələnmələrinə qarşı davamlı kompensasiyasının təmin olunması istiqamətində yerinə yetirilən kompleks müalicə tədbirləri sistemindən ibarətdir. Bunun səmərəsi cərrahi müalicənin vaxtında və tam həcmdə yerinə yetirilməsindən daha çox asılıdır. Bu, ilk növbədə erkən intensiv infuzion-transfuzion müalicənin başlanılmasından, yaralanma və zədələnmələrin nəticələrinin cərrahi yolla aradan qaldırılmasından və fəsadlaşmaların profilaktikasından ibarətdir. Aparılan tədbirlər kompleks şəkildə yerinə yetirilməli, müalicə prosesi xəstələrin reabilitasiyası və funksiyaların bərpası ilə başa çatdırılmalıdır.

Yaralanmanın ilk 3-4 sutkası ərzində həyata keçirilən intensiv terapiya kompensator proseslərə nail olunmasına xidmət edir. Bunlar ilk növbədə ağrı hissiyyatının və mənfi qıcıqların, baş vermiş metabolik pozğunluqların aradan qaldırılmasından, dövrən edən qanın həcminin bərpası, toxumaların oksigenlə maksimal təmini, zülal, elektrolit, turşu və qələvi mübadiləsindəki pozğunluqların ləğv edilməsi və poliorqan çatmamazlıqlarının ləğvi üçün tətbiq olunan kompleks tədbirlər sisteminin həyata keçirilməsindən ibarətdir.

ODLU SİLAH YARALANMALARINA DAİR SİTUASİON MƏSƏLƏLƏR

Başın odlu silah yaralanmaları

1) Yaralı əsgər Ş.A., 1960-cı il təvəllüdü, hərbi-səhra cərrahlığı hospitalına başın, alt çənənin skalp yarası, başın alın cibinə keçən kor qəlpə yarası, sağ baldırın orta 1/3-nin travmatik amputasiyası, sol baldır sümüklərinin açıq qəlpəli sınığı, III dərəcəli travmatik şok diaqnozu ilə daxil olmuşdur. Müalicə taktikası nədən ibarət olmalıdır? Operativ müdaxilədən sonrakı müddət nəyə daha çox fikir verilməlidir?

-Xəstədə çoxsaylı müştərək mina yaralanması aşkar edilir. İlk növbədə, şok əleyhinə lazımi tədbirlər yerinə yetirilməli, alın cibinə keçən yara təftiş olunmalı, yaranın kəllə boşluğuna keçməsi və kəllədaxili hematomanın olması dəqiqləşdirilməlidir. Kəllədaxili hematoma olduğu halda dekompression trepanasiya həyata keçirilməli, alın cibinin arxa səthinin tamlığının pozulduğu hallarda dekompressiya bilavasitə cəbrən drenaj olunması yolu ilə də həyata keçirilə bilər. Əməliyyat yaraların cərrahi işlənməsi ilə başa çatdırılmalıdır. Operativ müdaxilədən sonrakı müddət baş beyinin kontuziyasına görə kompleks müalicə davam etdirilməlidir.

2) 25 yaşlı sırayı əsgər V.E. yaralandıqdan 1,5 saat sonra hərbi-səhra cərrahlığı hospitalına kəllə daxilinə keçən kor qəlpə yarası, sağ baldırın çoxsaylı qəlpə yarası, baldır sümüklərinin açıq sınığı, ön qamış arteriyasının yaralanması, III dərəcəli travmatik şok diaqnozu ilə daxil olmuşdur. Müalicə taktikası nədən ibarət olmalıdır?

- İlk növbədə yaralıya şok əleyhinə tədbirlər həyata keçirilməli, xəstə rentgen müayinəsindən keçirilməli, kəllə boşluğunda qəlpənin yeri və operativ müdaxiləyə göstəriş məsələsi dəqiqləşdirilməlidir. Yaralar cərrahi işlənməli və ətraflar hərəkətsizləşdirilməlidir.

3) 23 yaşlı sırayı əsgər S.Y. yaralandıqdan 1 saat sonra hospitala kəllənin sağ alın təpə nahiyəsindən daxilə keçən kor güllə yarası, II-III dərəcəli koma diaqnozu ilə daxil olmuşdur. Sağtərəfli anizokariya qeyd edilir. Nəbzi 96-100, ritmik, zəif dolğunluğu, A/T – 95/60 mm c.s-dur. Müalicə taktikası nədən ibarət olmalıdır?

- Yaralıda kəllədaxili kompresiya vardır. Təcili operativ müdaxilə olunmalı, hematoma çıxarılmalı, qanaxmanın qarşısı alınmalıdır. Diaqnozun dəqiqləşdirilməsi məqsədilə xəstəyə rentgen müayinəsi aparılmalıdır.

4) 41 yaşlı C.A., hospitala sol gicgah nahiyəsindən girib, sağ əngdən çıxan güllə yarası, II-III dərəcəli koma diaqnozu ilə yaralandıqdan 2 saat sonra daxil olmuşdur. İntubasion narkoz şəraitində yaralı operativ müdaxiləyə götürülmüş, kəllənin trepanasiyası həyata keçirilmiş, operativ müdaxilə zamanı üst sagittal cəbrən zədələnməsi müşahidə olunmuşdur. Cərrahi taktika nədən ibarət olmalıdır?

- Sagittal cəbrən yaralanması hallarında defekt nahiyəsi ətraf toxuma hesabına plastika olunmalıdır. Bu mümkün olmadıqda sagittal cəbrən hər iki tərəfdən bağlanılmalıdır. Axırncı metod ələcsizlik üzündən yerinə yetirilir.

5) 5 yaşlı uşaq Ə.Q. yaralandıqdan 1 saat sonra hospitala kəllə daxilinə və qarın boşluğuna keçən çoxsaylı qəlpə yaralanması, III dərəcəli travmatik şok diaqnozu ilə daxil olmuşdur. Klinik əlamətlər (anizokariya, hemoqlobinin aşağı olması, peritoneal əlamətlər) kəllədaxili hematoma və daxili qanaxmanı təsdiq edir. Müalicə taktikası necə olmalıdır?

- Yaralanma ağır dərəcəlidir. Xəstədə daxili qanaxma və kəllədaxili sıxılma əlamətləri vardır. Həm kəllənin trepanasiyası, həm də laparotomiya həyata keçirilməlidir. Yaxşı olar ki, hər iki operativ müdaxilə iki həkim briqadasının iştirakı ilə eyni vaxtda yerinə yetirilsin. Bu həm operasiyanın, həm də narkozun müddətinin azaldılmasına imkan verir.

6) 1971-ci il təvəllüdlü sınavi əsgər R.Y., yaralandıqdan 2 saat sonra hospitala başın alın nahiyəsinin daxilə keçən qəlpə yarası, kəllədaxili qanaxma, sağ baldır sümüklərinin açıq qəlpəli sınığı, ayaq daraq sümüklərinin dağılmış açıq sınığı, III dərəcəli travmatik şok diaqnozu ilə daxil olmuşdur. Müalicə taktikası nədən ibarət olmalıdır? Operativ müdaxilə hansı ardıcılıqla həyata keçirilməlidir?

- Şok əleyhinə qısa tədbirlər görülməklə xəstə təcili olaraq əməliyyat otağına gətirilməli, əvvəlcə kəllə trepanasiya olunmalı, hematoma çıxarılmalı, sonra digər yaralar cərrahi işlənilməlidir.

7) 1970-ci il təvəllüdlü sınavi əsgər A.S., yaralandıqdan 2 saat sonra hospitala başın sol yarısının kor kəllə daxilinə keçən qəlpə yaralanması, kəllə əsasının sınığı, sağ budun və baldırın, sol budun çoxsaylı qəlpə yaralanması, III dərəcəli koma diaqnozu ilə daxil olmuşdur. Obyektiv müayinədə sol təpə nahiyəsində 1,0x1,0 ölçülü kor qəlpə yarası ayırd edilir. Sol bəbək genişlənməmişdir. Yaralının huşu aydın deyildir, nəbzi 55, aritmik, A/T-105/70 mm c.s. Hər iki bud və baldır nahiyəsində çoxsaylı qəlpə yaraları qeyd edilir. İxtisaslı yardımın məzmunu nədən ibarət olmalıdır?

- Xəstədə kəllədaxili hematoma var. Trepanasiya olunmalı, hematoma çıxarılmalı və yaralar işlənilməlidir. Operativ müdaxilə və ondan sonrakı müddət ərzində şok əleyhinə müalicə davam etdirilməlidir.

8) 1950-ci il təvəllüdlü R.V. hospitala yaralandıqdan 1,5 saat sonra kəllə beyin yaralanması, ağır beyin koması, döş qəfəsinin sol yarısının kontuziyası, ürəyin əzilməsi diaqnozu ilə daxil olmuşdur. Müalicə taktikası necə olmalıdır?

- Xəstəyə ilk növbədə torakosentez olunmalı, alınmış qan reinfuziya olunmalı, təcili EKQ və rentgen müayinəsi aparılmalı, xəstə əməliyyat otağına verilməli, kəllənin trepanasiyası həyata keçirilməlidir. Hematoperikard əlamətləri olduqda perikard punksiya olunmalıdır.

9) 1969-cu il təvəllüdlü yaralı N.M. hospitala yaralandıqdan 1 saat sonra sol gicgah-alın nahiyəsi, sol göz çuxurunun kəllə boşluğuna keçən güllə yarası, sol göz almasının zədələnməsi, III dərəcəli koma diaqnozu ilə daxil olmuşdur. Kəskin bradikardiya, qusma əlamətləri qeyd edilir. Müalicə taktikası nədən ibarət olmalıdır?

- Xəstəyə dekompression trepanasiya olunmalı, göz alması sıradan çıxdığı üçün enukleasiya yerinə yetirilməlidir, dekompressiyanın transorbital yola da yerinə yetirilmə üsulu məlumdur.

10) 1971-ci il təvəllüdlü sırası əsgər H.A., yaralandıqdan 30 dəqiqə sonra hospitala başın toxunan istiqamətli güllə yarası diaqnozu ilə daxil olmuşdur. Daxil olarkən vəziyyəti qənaətbəxşdir, huşu aydın, nəbzi 70, ritmik, A/T-110/75 mm c.s. başın tərə nahiyəsində bir-birindən 1,5 santimetr aralı iki 0,6x0,7 santimetr diametrlı yaralar qeyd edilir. Yardımın prinsipi nədən ibarət olmalıdır?

- Xəstənin vəziyyətinin yüngüllüyündən asılı olmayaraq, rentgen müayinəsindən keçirilməli və dinamik müşahidəyə götürülməlidir. Kəllədaxili hematoma əlamətləri yaranarsa, operativ müdaxilə həyata keçirilməlidir. Burada odlu silahın yan zərbə təsiri nəzərə alınmalıdır. Bu halda yara kanalı daxilə keçməyə də daxilə zədələnmə ola bilər.

11) 25 yaşlı sırası əsgər M.A., yaralandıqdan 1 saat sonra hospitala başın tərə nahiyəsinin kor güllə yarası, III dərəcəli koma halı ilə daxil olmuşdur. Tənəffüsü seyrək, dəqiqədə 7-8, arterial təzyiqi ölçülmür. Nəbzi sapvaridir, vaxtaşırı itir. Kəskin ekzoftalm qeyd edilir. Sizin son diaqnozunuz və müalicə taktikanız?

- Xəstənin vəziyyəti son dərəcə ağırdır, aqoniya halındadır. Hər ehtimalla qarşı rentgen müayinəsi aparılmalıdır. Xəstənin vəziyyəti həyatla bir araya sığmadığı üçün simptomatik müalicə həyata keçirilməlidir.

12) 19 yaşlı sırası əsgər H.Ə., yaralandıqdan 1 saat 40 dəqiqə sonra hospitala sol gicgah nahiyəsinin kəllə daxilinə keçən kor qəlpə yarası, kəllədaxili qanaxma III dərəcəli koma, hər iki baldırın çoxsaylı qəlpə yaralanması diaqnozu ilə daxil olmuşdur. Nəbzi dəqiqədə 55-60, aritmik, A/T-100/55 mm c.s. soltərəfli anizokariya aşkar olunur. Sizin müalicə taktikanız? Diaqnozun dəqiqləşdirilməsi üçün başqa nə kimi yardımçı müayinə üsulu tələb olunur?

- Xəstədə kəllədaxili hematoma əlaməti vardır. Təcili olaraq dekompression trepanasiya yerinə yetirilməlidir və yaralar cərrahi işlənilməlidir. Yad cismin tapılması və kənar edilməsi çətinlik törətdiyi hallarda rentgen müayinəsi yerinə yetirilməlidir. Əlverişli döyüş şəraitində rentgen müayinəsi əvvəlcədən aparılmalıdır.

13) 18-20 yaşlı naməlum əsgər, yaralandıqdan 2 saat sonra hospitala kəllənin alın hissəsinin frontal istiqamətli dəlib-keçən qəlpə yarası, III dərəcəli koma, sağ sağrı və bazu nahiyəsinin qəlpə yaralanması, bazu sümüyünün açıq sınığı diaqnozu ilə daxil olmuşdur. Nəbzi 60, ritmik, A/T-90/50 mm c.s. Müalicə taktikası nədən ibarət olmalıdır?

- Xəstədə kəllədaxili hematoma ilə bərabər sağ bazü sümüyünün açıq sınığı və sağrı nahiyəsinin yaralanması vardır. İlk növbədə dekompression trepanasiya olunmalıdır. Çanağın kor yaralanması olduğu üçün diaqnostika məqsədilə rentgen müayinəsi, lazım gələrsə, laparosentez həyata keçirilməlidir.

14) 25 yaşlı sırası əsgər M.N hospitala başın hər iki gicgah nahiyəsinin frontal istiqamətdə dəlib-keçən güllə yarası, III dərəcəli koma diaqnozu ilə daxil olmuşdur. Vəziyyəti son dərəcə ağırdır. Nəbzi sapvaridir, vaxtaşırı itir, A/T ölçülmür. Bəbəklər hər iki tərəfdə genişlənmiş, tənəffüsü seyrəkdir, kəllə-

daxili qanaxma və beyindəxili təzyiqin artması əlaməti olaraq kəskin ekzoftalmiya qeyd edilir. Sizin son diaqnoz və müalicə taktikanız?

- Xəstə son dərəcə ağır vəziyyətdədir. Yara kanalının proyeksiyası göstərir ki, beynin vacib həyati mərkəzləri sıradan çıxmış. Xəstəyə operativ müdaxilə əks göstərişdir. Simptomatik «müalicə» həyata keçirilməlidir.

15) 20 yaşlı sırası əsgər M.İ., yaralandıqdan 1 saat 40 dəqiqə sonra hospitala başın təpə nahiyəsini dəlib-keçən güllə yaralanması, III dərəcəli koma, kəllədəxili qanaxma diaqnozu ilə daxil olmuşdur. Şok əleyhinə kompleks tədbirlərlə yanaşı intubasion narkoz şəraitində yaralıya dekompression trepanasiya həyata keçirilmişdir. Operativ müdaxilə zamanı təpə sümüyünün qəlpəli açıq sınığı, baş beynin yaralanması, epi-subdural hematoma, üst sagittal cibin yaralanması, orta beyin arteriyasının zədələnməsi aşkar olundu. Cərrahi taktika nədən ibarət olmalıdır? Operativ müdaxiləni necə başa vurarsınız?

- Xəstədə üst sagittal cibin yaralanmasının nəticələrinin aradan qaldırılması məqsədilə sagittal cib ətraf toxumalar hesabına plastika olunmalıdır. Əgər bu mümkün deyilsə, sinus hər iki tərəfdən bağlanılmalıdır. Bu əlacsızlıq üzündən yerinə yetirilir. Operativ müdaxilə yaranın cərrahi işlənməsi ilə başa çatdırılmalıdır.

Görmə orqanının zədələnmələri

16) 23 yaşlı sırası əsgər Ə.R. hospitala çoxsaylı qəlpə yaraları, hər iki gözün zədələnməsi, II-III dərəcəli travmatik şok diaqnozu ilə daxil olmuşdur. Sol göz alması dağılmışdır. Sağ gözün işığa qarşı reaksiyası saxlanılır. Müalicə taktikası və həyata keçirdiyiniz tədbirlər nədən ibarət olmalıdır?

- Xəstənin sol göz alması tam sıradan çıxdığı üçün enukleasiya olunmalı, qanaxma saxlanılmalıdır. Sağ gözə antiseptik damcılar tökülməli, binoulyar sargı qoyulub təcili şok əleyhinə müalicə tədbirləri aparılmalı, oftalmoloji mərkəzə ilk növbədə köçürülməlidir. Qeyd etmək lazımdır ki, gələcəkdə protezləşmə işinin asanlaşdırılması məqsədilə belə yaralıya enukleasiya əvəzinə evisserasiyanın həyata keçirilməsi daha məqsədəuyğundur. Hər halda bütün bunlar döyüş şəraitindən asılı olaraq yerinə yetirilməlidir.

17) 19 yaşlı sırası əsgər M.H. hospitala sol göz yuvasının kor qəlpə yarası göz almasının yaralanması və hematoması, II dərəcəli travmatik şok diaqnozu ilə daxil olmuşdur. Müayinə zamanı gözün görmə qabiliyyətinin itməsi, göz almasının dağılması aşkar olundu. Digər göz sağlamdır. Müalicə taktikası nədən ibarət olmalıdır?

- Xəstənin sol göz alması sıradan çıxdığı üçün enukleasiya əməliyyatı yerinə yetirilməlidir. Xəstə vəziyyətdən çıxdıqdan sonra ümumi cərrahiyyə şöbəsinə köçürülə bilər.

18) 25 yaşlı əsgər H.H., yaralandıqdan 1 saat 10 dəqiqə sonra hospitala sol gicgah nahiyəsindən girib göz yuvasına keçən və göz almasını dağıdan dəlib-keçən qəlpə yarası, II dərəcəli travmatik şok diaqnozu ilə daxil olmuşdur. Müalicə taktikası nədən ibarət olmalıdır?

- Sol göz alması sıradan çıxdığı üçün xəstəyə mütləq enukleasiya həyata keçirilməlidir. Kəllədaxili hematoma əlamətləri baş verərsə, trepanasiya olunmalı və hematoma çıxarılmalı, qanaxma saxlanılmalıdır. Bu məqsədlə transorbital dekompressiya üsulu da tətbiq edilə bilər.

19) 24 yaşlı əsgər S.R., yaralandıqdan 1 saat sonra hospitala hər iki gözü dəlib-keçən güllə yarası diaqnozu ilə daxil olmuşdur. Görmə qabiliyyəti tam itmişdir. Müalicə taktikası nədən ibarət olmalıdır?

- Göz alması dağıldığı hallarda xəstəyə enukleasiya cərrahi əməliyyatı yerinə yetirilməlidir. Burada xəstədə müştərək beyin və üz yaralanmaları dəqiqləşdirilməlidir. Yaralı vəziyyətdən çıxdıqdan sonra ümumi cərrahi klinikalara, yaxud ixtisaslaşdırılmış müalicə müəssisəsinə köçürülə bilər.

20) 23 yaşlı əsgər K.M., sol göz qapaqlarının qəlpə yaralanması ilə hospitala gətirilmişdir. Həyata keçirilməli tədbirlər nədən ibarət olmalıdır?

- Yaralar birincili cərrahi işlənməli, göz damcıları tökülməli, müalicə prosesində göz almalarının kontuziyasının olması ehtimalı nəzərdən qaçırılmamalıdır. Vəziyyətdən asılı olaraq yaralı ixtisaslaşdırılmış yardım müəssisəsinə, yaxud sağalmaqda olan komandanın tərkibinə qəbul oluna bilər.

21) 26 yaşlı H.H., hospitala sol əl barmaqlarının travmatik amputasiyası, sağ göz qapaqları və göz almasının səthi qəlpə yaraları, II dərəcəli travmatik şok diaqnozu ilə daxil olmuşdur. Həyata keçirilməli tədbirlər nədən ibarət olmalıdır?

- Xəstəyə şok əleyhinə tədbirlər yerinə yetirilməli, yaralar birincili cərrahi işlənməlidir. Göz almasının səthi qəlpələri çıxarılmalı, dərinde yerləşən qəlpələrə toxunulmamalı, gözə ağrıkəsicilər və antiseptiklər (göz damcıları) damızdırılmalı, binokulyar sarğı qoyulmaqla ixtisaslaşdırılmış müalicə idarəsinə göndərilməlidir.

22) 20 yaşlı əsgər S.H., yaralandıqdan 45 dəqiqə sonra hospitala sifətin çoxsaylı qəlpə yaraları, sağ göz yuvasının qəlpə yarası, sağ göz almasının yaralanması, I-II dərəcəli şok diaqnozu ilə daxil olmuşdur. Obyektiv müayinədə dərisi və görünən selikli qişası avazı, nəbzi dəqiqədə 90-95, ritmik, orta dolğunluğu və gərginliklidir. A/T –100/60 mm c.s., ürək tonları aydın, ağciyərlər üzərində vezikulyar nəfəs eşidilir. Daxili orqanlar tərəfdən patologiya qeyd edilməyir. Alın, sağ qaş və yanaq nahiyəsində çoxsaylı səthi qəlpə yaraları qeyd edilir. Sağ üst göz qapağı zədələnmişdir. Göz alması zədələnmiş, buynuz qişası və sklerada bir neçə xırda metal qəlpələri aşkar olunur. Müalicə taktikası nədən ibarət olmalıdır?

- İlk növbədə yaralanmış gözün işığa həssaslığı yoxlanılmalıdır. Əgər görmə qabiliyyəti saxlanılmışsa, ilk yardım göstərildikdən sonra yaralı təcili olaraq ixtisaslaşdırılmış müalicə müəssisəsinə köçürülməlidir. Əgər göz alması sıradan çıxmışsa, axırncı enukleasiya olunmalı, yaralar birincili cərrahi işlənməli, vəziyyətdən çıxdıqdan sonra yaralı üz-çənə cərrahlığı şöbəsinə köçürülməlidir.

23) 19 yaşlı sırası əsgər sifətin çoxsaylı qəlpə yaraları, hər iki gözün I-II dərəcəli termik yanıqı, II dərəcəli şok diaqnozu ilə hospitala daxil olmuşdur. İxtisaslı cərrahi yardımın məzmunu nədən ibarət olmalıdır?

- İlk növbədə yaralının görmə qabiliyyətinin saxlanılması qayğısına qalınmalıdır. Sifət yaraları cərrahi işlənməli, gözə damcılar tökülməli, binokulyar sarğı qoyulduqdan sonra yaralı təcili oftalmoloji mərkəzə köçürülməlidir.

24)) 32 yaşlı İ.Ş., hospitala yaralandıqdan 1 saat 15 dəqiqə sonra ağır kəllə-beyin travması, sol alın-gicgah nahiyəsindən kəllə boşluğuna keçib, göz yuvasına girmiş qəlpə yarası, III dərəcəli koma, kəllədaxili davamedən qanaxma diaqnozu ilə daxil olmuşdur. İxtisaslı cərrahi yardımın məzmunu nədən ibarət olmalıdır? İlk növbədə hansı yardımçı müayinə üsullarından istifadə edilməlidir?

- Xəstəyə ilk növbədə dekompression trepanasiya olunmalı, kəllədaxili qanaxma saxlanılmalıdır. Xəstəyə şok əleyhinə qısa hazırlıq müddətində rentgen müayinəsi həyata keçirilməli, gözün görmə qabiliyyəti yoxlanılmalıdır.

Üz-çənə yaralanmaları

25) 32 yaşlı H.A., səhra hospitalına yaralandıqdan 12 saat sonra (mühasirədə olmuşdur) qapalı kəllə-beyin travması, baş beyin əzilməsi, üz sümüklərini dəlib keçən güllə yarası, alt çənənin açıq sınığı, III dərəcəli travmatik şokla daxil olmuşdur. Nəbzi dəqiqədə 135-140, zəif doldğunluqlu, arterial təzyiqi ölçülmür. Yaralıda asfiksiya əlamətləri vardır. Sınıq sahələrindən qanaxma davam edir. İxtisaslı cərrahi yardımın məzmunu nədən ibarət olmalıdır?

- İlk növbədə asfiksiya və şok əleyhinə tədbirlər həyata keçirilməli, yaralı şokdan çıxdıqdan sonra yaralar cərrahi işlənməli, sınıq nahiyələri hərəkətsizləşdirilməlidir.

26) 20 yaşlı sırası əsgər Ə.Ş., yaralandıqdan 1 saat 20 dəqiqə sonra alt çənənin qəlpə yaralanması, III dərəcəli travmatik şok diaqnozu ilə səhra hospitalına daxil olmuşdur. Çənənin sağ yarısı yoxdur. Yumşaq toxumaları qəlpə aparmışdır. Asfiksiya və qanaxma əlamətləri vardır. İxtisaslı yardım nədən ibarət olmalıdır?

- Çənə yaralanmalarında ilk növbədə asfiksiyanın qarşısının alınma tədbirləri, şok əleyhinə müalicə fonunda yerinə yetirilməli, qanaxma saxlanılmalı və yaralar cərrahi işlənməli, patoloji nahiyə hərəkətsizləşdirilməlidir. Vəziyyətdən çıxdıqdan sonra yaralı xüsusi müalicə müəssisəsinə köçürülməlidir.

27) 21 yaşlı əsgər S.E., yaralandıqdan 1 saat 15 dəqiqə sonra hospitala sifətin geniş yaralanması, alt çənənin ikitərəfli odlu silah sınığı, III dərəcəli travmatik şok diaqnozu ilə daxil olmuşdur. Yaralıda asfiksiya və qanaxma əlamətləri vardır. İxtisaslı yardım necə həyata keçirilməlidir?

- Belə yaralılara asfiksiya və şok əleyhinə tədbirlər eyni müddətdə yerinə yetirilməli, qanaxma saxlanılmalı və yaralar cərrahi işlənməlidir. Yalnız vəziyyətdən çıxdıqdan sonra xəstə xüsusi müalicə müəssisəsinə köçürülə bilər.

28) 18 yaşlı M.A., çənə bucağı bərabərində frontal istiqamətdə sağdan girib soldan çıxan güllə yarası, alt çənənin ikitərəfli dağılmış sınığı, dilin kökünün yaralanması, II-III dərəcəli travmatik şok diaqnozu ilə səhra hospitalına daxil olmuşdur. Yaralıda qırtlağın ödemli, asfiksiya və qanaxma əlamətləri vardır. Yardım necə həyata keçirilməlidir?

- Çənənin dağılmış yaraları və dilin yaralanmaları qanaxmaya daha meyli olur. Burada aspirasion və dislokasion asfiksiya gözlənildiyindən ilk növbədə traxeostomiya olunmalı, asfiksiya aradan qaldırılmalı və qanaxma saxlanılmalıdır. Yaralanma nahiyəsi refleksogen zona olduğundan, burada şok əleyhinə tədbirlər tam ciddiyyətlə yerinə yetirilməlidir.

29) 22 yaşlı Ə.A., sifətin sağ yarısının geniş qəlpə yarası, alt çənənin sağ yarısının dağılmış qəlpəli sınığı, sağ əngin və Haymor boşluğunun dağılmış sınığı, divararalığının emfizeması, sağtərəfli gərgin pnevmotoraks, döş qəfəsinin sağ yarısının kor qəlpə yarası, II dərəcəli travmatik şok diaqnozu ilə daxil olmuşdur. Müalicə taktikası nədən ibarət olmalıdır?

- İlk növbədə asfiksiyaya qarşı mübarizə tədbirləri yerinə yetirilməli, vaxt itirmədən trexeostoma qoyulmalı, plevra boşluğu drenaj olunmalı və yaralar cərrahi işlənilməlidir. Qarşısı alınmayan pnevmotoraks və davam edən daxili qanaxma olarsa, toraktomiya yerinə yetirilməlidir. Bütün tədbirlər şok əleyhinə müalicə fonunda aparılmalıdır.

30) 20 yaşlı əsgər B.İ., hospitala minomyot mərmisinin partlaması ilə əlaqədar sifətin sağ yarısının dağılmış yarası, III dərəcəli travmatik şok diaqnozu ilə daxil olmuşdur. Obyektiv müayinədə sağ əng, Haymor cibi və alt çənənin sağ yarısı dağılmışdır. Qanaxma və asfiksiya əlamətləri qeyd olunur. Hansı tədbirlər ilk növbədə həyata keçirilməlidir? Yardım zamanı nələrə daha çox fikir verilməlidir?

- İlk növbədə asfiksiyaya qarşı mübarizə aparılmalı, traxeostoma qoyulmalıdır. Sonra yara cərrahi işlənilməlidir. Sifətin refleksogen zona olması yaddan çıxarılmamalıdır. Zədələnmə ağır yaralanmaya aiddir. Bütün tədbirlər şok əleyhinə müalicə ilə yanaşı aparılmalıdır. Sifət yaralanmaları orta hesabla 30-35% halda beyin silkələnməsi ilə müşayiətləndiyindən baş beynin funksiyasındakı pozğunluq əlamətləri də yoxlanılmalıdır.

Boyunun odlu silah yaralanmaları

31) 31 yaşlı əsgər R.M., yaralandıqdan 2 saat sonra boynun sol yarısının arxadan toxunan istiqamətli dərin qəlpə yarası, qanaxma, I-II dərəcəli travmatik şok diaqnozu ilə səhra hospitalına daxil olmuşdur. Onurğa beyni zədələnməsinin klinik əlamətləri qeyd edilməyib. Yardımın məzmunu nədən ibarət olmalıdır?

- Xəstə rentgen müayinəsindən keçirilməli, fəqərə sütununda zədələnmənin olub-olmaması aşkar edilməli, bundan sonra yara cərrahi işlənilməli, yad cisim çıxarılmalı, antibiotiklər təyin edilməli, yaralı nevropatoloqun müayinəsindən keçirilməlidir.

32) 22 yaşlı əsgər H.V., hospitala döş qəfəsinin sol yarısının odlu silah yaralanması diaqnozu ilə daxil olmuşdur. Müayinə zamanı boynun geniş hematması, boyun damarları və qida borusunun

yaralanması aşkar edilir. Yardım necə həyata keçirilməlidir? Müalicə prosesində nəyə daha çox diqqət yetirilməlidir?

- Xəstənin boynunda geniş hematoma vardır. İlk növbədə boyunun böyük damarlarının zədələnməsi aşkarlanmalıdır. Yara təftiş olunmalı, yuxu arteriyasının zədələnməsi aşkar olunarsa damarın tamlığı bərpa olunmalı, imkan olmadıqda, damar bağlanılmalıdır. Boyun venalarının zədələnməsi zamanı hava emboliyasının baş verməsindən ehtiyatlı olunmalıdır. Qida borusunun yaralanmasının olması klinik və instrumental üsullarla yoxlanılmalı, zədə nahiyəsi mümkün qədər tikilməli, divararalığı drenaj olunmalıdır. Qastrostomanın qoyulmasına fərdi yanaşılmalıdır. Operativ müdaxilədən sonrakı müddətlərdə hava emboliyası və mediastinitin baş verməsinə qarşı mübarizə aparılmalıdır.

Döş qəfəsinin odlu silah yaralanmaları

33) 23 yaşlı əsgər A.X., hospitala döş qəfəsinin sol yarısının sürtüb-keçən güllə yarası diaqnozu ilə daxil olmuşdur. Ümumi vəziyyəti qənaətbəxşdir. Obyektiv müayinədə döş qəfəsinin sol yarısından 10-12 sm məsafədə sürtüb-keçən (toxunan istiqamətli) güllə yarası qeyd edilir. Yardımın prinsipi nədən ibarət olmalıdır?

- Xəstə planlı sürətdə müayinə olunmalıdır. Unutmamalıdır ki, odlu silahın yan zərbəsi nəticəsində ağciyərin kontuziyası və hemotoraks, pnevmotoraks, hətta travmatik miokarditlər belə müşahidə oluna bilər. Bütün bunlar xəstənin müayinə və müalicəsində nəzərə alınmalıdır.

34) 19 yaşlı sınavi əsgər Q.Q., yaralandıqdan 2 saat sonra döş qəfəsinin sol yarısının ekstraplevral kəmərvəri dəlib keçən güllə yarası diaqnozu ilə hospitala daxil olmuşdur. Ümumi vəziyyəti orta ağırlıqdadır. Nəbzi dəqiqədə 95-100 vuruq arterial təzyiqi 100/60 mm c.s., huşu aydındır. Döş qəfəsinin sol yarısında öndən körpücük xətti üzrə 5-ci qabırğa boyunca girib, kürəyin aşağı bucağı bərabərindən çıxan güllə yarası qeyd edilir. Çıxış yarasının ölçüsü nisbətən böyükdür, (3x4sm). Güllə qabırğalara paralel istiqamətdə onları zədələmədən «kəmərvəri» bir yol keçmişdir. Müalicə taktikası nədən ibarət olmalıdır?

- Diaqnoz qəbul şübhəsində yaranın zondlanması vasitəsilə aşkarlanmışdır. Yara plevra boşluğuna keçmir. Kəmərvəri xarakterizə malikdir. Bu, adətən az sürətə malik güllə yaralanmalarında baş verir. Yaranın cərrahi işlənilməsi 2 yolla aparıla bilər: a) yara kanalı başdan-başa açılmalı, nekrotik toxumalar kəsilib götürüldükdən sonra yara kanalı drenaj olunmalıdır; b) digər daha asan üsul isə yara kanalının giriş və çıxış hissəsinin kanal boyunca genişləndirməklə onun drenaj olunması və antiseptiklərlə vaxtaşırı yuyulmasıdır.

35) 24 yaşlı H.İ., hospitala döş qəfəsinin arxa səthini sağdan-sola dəlib keçən güllə yarası, soltərəfli açıq hemo-pnevmotoraks, kürək sümüyü və qabırğaların qəlpəli sınığı, III dərəcəli travmatik şok diaqnozu ilə daxil olmuşdur. Müalicə taktikası nədən ibarət olmalıdır?

- Xəstənin sol plevra boşluğu qəbul olunmuş qaydada 2 rezin boru ilə drenaj olunmalı, yara cərrahi işlənilməli, açıq pnevmotoraks qapalı hala salınmalıdır. Sınıq sahəsi fiksə olunmalı, sol bazu şinə alınmalıdır. Yaralanmanın frontal istiqamətini nəzərə alaraq digər plevra boşluğu da yoxlanılmalı, lazım gəldikdə əvvəlcə punksiya olunmalıdır.

36) 18 yaşlı sırası əsgər Q.M., hospitala döş qəfəsinin sağ yarısının kor güllə yarası diaqnozu ilə daxil olmuşdur. Ümumi vəziyyəti qənaətbəxşdir. Nəbzi 76 ritmik, arterial təzyiqi 120/80 mm c.s-dur. Obyektiv müayinədə döş qəfəsinin sağ tərəfində orta aksilyar xətt boyunca 5-ci qabırğaarası sahədə 0,5x2 sm ölçüdə kor güllə yarası qeyd edilir. Hər iki ağciyər nəfəs aktında sərbəst iştirak edir. Hemotoraks və pnevmotoraks əlamətləri yoxdur. Rentgen müayinəsində 7-8-ci qabırğalar arasında parietal plevranın üstündə 5,45 mm ölçülü avtomat gülləsi vardır. Müalicə taktikası nədən ibarət olmalıdır?

- Yara təftiş olunmalı, yad cisim (güllə) çıxarılmalı və cərrahi işlənilməlidir. Güllə çıxarıldıqdan sonra pnevmotoraks əmələ gələrsə plevra boşluğunun hermetikliyi təmin olunmalı, plevrada olan defekt ətraf toxuma ilə birlikdə tikilməlidir.

37) 21 yaşlı əsgər Z.A., hospitala döş qəfəsinin sol yarısının daxil keçən müştərək odlu silah yaralanması, sol əlin dəlib keçən güllə yarası, qabırğaların sınığı, soltərəfli hemotoraks, III dərəcəli travmatik şok diaqnozu ilə daxil olmuşdur. Obyektiv müayinədə dərisi və görünən selikli qişası avazımsız, yaralı soyuq tərlə örtülmüşdür. Nəbzi 100-110, zəif dolğunluğu, arterial təzyiqi 80/40 mm c.s., ürək tonları korlanmış, döş qəfəsinin sol tərəfində 0,8x1,2 sm ölçüdə daxil keçən kor güllə yarası qeyd edilir. Palpator müayinədə 6-7-ci qabırğaların sınığı müşahidə olunur. Perkutor müayinədə həmin nahiyədə kütlük, divararalığının sağa doğru meyl etməsi aşkar olunur. Sol əlin bilək nahiyəsində dəlib keçən güllə yarası vardır. Plevra boşluğundan alınmış 1,6 litr qan reinfuziya olunmuşdur. Müalicə taktikası nədən ibarət olmalıdır?

- Xəstədə ilk növbədə ürəyin və böyük damarların zədələnməsi inkar olunmalıdır. Bu məqsədlə təcili olaraq rentgen müayinəsi aparılmalı, plevra boşluğundan gələn qanın laxtalanması yoxlanılmalı, davam edən plevraxili qanaxma müəyyən edilməlidir. Qanaxmanın davam etdiyi bütün hallarda plevra boşluğu açılmalıdır.

38) 31 yaşlı M.E., hospitala döş qəfəsinin sol yarısının kor qəlpə yarası, soltərəfli hemo-pnevmotoraks, III dərəcəli travmatik şokla daxil olmuşdur. Ümumi vəziyyəti ağırdır. Dərisi və görünən selikli qişası avazımsız, soyuq tərlə örtülmüşdür. Nəbzi 105-110, zəif dolğunluqlu, arterial təzyiqi 95/40 mm c.s-dur. Döş qəfəsinin sol yarısı nəfəs aktında zəif iştirak edir. 5-ci qabırğaarası sahədəki yara ətrafında dərialtı emfizema var. Rentgen müayinəsində soltərəfli hemo-pnevmotoraks əlaməti qeyd edilir. İxtisaslı yardımın məzmunu nədən ibarət olmalıdır?

- Xəstədə soltərəfli hemo-pnevmotoraks qeyd edilir. İlk növbədə plevra boşluğu drenaj olunmalı, alınmış qan reinfuziya olunmalıdır. Qanaxma davam edərsə torakotomiya həyata keçirilməlidir.

39) 19 yaşlı qız H.C, yaralandıqdan 40 dəqiqə sonra hospitala ağır vəziyyətdə daxil olmuşdur. Dərisi və görünən selikli qişası avazımsız, nəbzi sapvari, dəqiqədə 115-120, aritmik, arterial təzyiqi ölçülmür. Döş qəfəsinin sol yarısında süd vəzinin altında 3 sm ölçüdə kənarı hissli yaranın olması atəşin yaxından açıldığını təsdiq edir. Yara kənarında geniş dərialtı emfizemanın artması müşahidə olunur. Yara nəfəs alır, lakin havanın çıxması maneəlidir. Eyni zamanda, yaralıda güclü qanhayxırma əlamətləri də vardır. Müalicə taktikası nədən ibarət olmalıdır?

- Xəstədə qapaqlı pnevmotoraks əlamətləri vardır. Güclü qanhayxırmanın olması ağciyər toxumasının zədələnməsini göstərir. Xəstə təcili olaraq operativ müdaxiləyə götürülməlidir.

40) 22 yaşlı sırası əsgər N.N., hospitala döş qəfəsinin sol yarısının arxadan plevra boşluğuna dəlib-keçən güllə yarası, 7-8-ci qabırğaların və kürək sümüyünün açıq sınığı, soltərəfli hemotoraks, pnevmotoraks, hər iki sağrının qəlpə yarası, III dərəcəli travmatik şok diaqnozu ilə daxil olmuşdur. Nəbzi 115, ritmik, zəif dolğunluqlu, arterial təzyiq 80/40 mm c.s.-dur. Müalicə taktikası nədən ibarət olmalıdır?

- Xəstədə soltərəfli hemo-pnevmtoraks əlamətləri vardır. Plevra boşluğu drenaj olunmalı, alınmış qan reinfuziya edilməli, şok əleyhinə müalicə davam etdirilməli yaralar birincili cərrahi işlənməlidir. Plevradaxili davam edən qanaxma təsdiq olunduğu bütün hallarda torakotomiya həyata keçirilməlidir.

41) 18 yaşlı K.R., hospitala döş qəfəsinin sağ yarısının cırılmış qəlpə yarası, soltərəfli açıq pnevmotoraks, sol ağciyərin kontuziyası, III dərəcəli travmatik şok diaqnozu ilə daxil olmuşdur. Yaralıda davam edən daxili qanaxma əlamətləri vardır. Müalicə taktikası nədən ibarət olmalıdır?

- Bütün davam edən plevraxili qanaxmalarda topakotomiya həyata keçirilməlidir. Yara IV-V qabırğa nahiyəsindədir, torakotomiya yaranın bilavasitə hər iki tərəfə genişləndirilməsi yolu ilə yerinə yetirilə bilər. Plevra boşluğunda olan qan reinfuziya olunmalı, operativ müdaxilə yaranın cərrahi işlənməsilə başa çatdırılmalıdır. Dəri tikilməməlidir.

42) 25 yaşlı M.Ə., hospitala döş qəfəsinin sol yarısının daxiləkeçən kor qəlpə yarası, qapalı pnevmotoraks, III dərəcəli travmatik şok diaqnozu ilə daxil olmuşdur. Ümumi vəziyyəti son dərəcə ağırdır, dərisi və görünən selikli qişası avazımsızdır. Döş qəfəsinin sol yarısında arxadan-aşağıda 3,5x4 sm böyüklükdə kənarları cırılmış yara vardır. Yara nəfəs alır, nəfəsalma fazasında hava kənara çıxmır. Nəbzi 120-130, aritmik, arterial təzyiqi 50/20 mm c.s.-dur. Rentgen müayinəsində sol ağciyərin kollapsı və divararalığının sağa doğru basılması aşkar olunur. Müalicə taktikası nədən ibarət olmalıdır?

- Xəstədə soltərəfli gərgin (qapaqlı) pnevmotoraks vardır. Plevra boşluğu Bülaov-Petrov üsulu ilə təcili olaraq drenaj olunmalı, boşluqdakı gərginlik adi üsulla aradan qalxmazsa, operativ müdaxilə ön plana keçməli, bronxun, yaxud ağciyərin geniş defekti tikilməli, yaxud həmin nahiyə kəsilib götürülməlidir.

43) 24 yaşlı K.M., hospitala döş qəfəsinin sağ yarısından frontal istiqamətdə girib, boyunun sol tərəfində dərialtı toxumada dayanan güllə, soltərəfli qapaqlı pnevmotoraks, orta hemotoraks, sağ kürək və 5-6-cı qabırğaların qəlpəli açıq sınığı, döş qəfəsinin, boynun və sifətin geniş dərialtı emfizeması, III dərəcəli şok, kəskin ürək-damar çatmamazlığı diaqnozu ilə daxil olmuşdur. Nəbzi 115-120, aritmik, arterial təzyiqi 70/35 mm c.s., tənəffüsü çətinləşmiş, dəqiqədə 35-40-dır. Göbəkdən yuxarı bütün bədən emfizemalıdır, gözlər örtülmüşdür. Təcili olaraq rentgen müayinə olunmuş, hər iki plevra boşluğuna drenaj qoulmuşdur. Divararalığının emfizeması və ürəyin ekstraperikardial tamponadasını nəzərə alaraq, boyun nahiyəsindən mediastinotomiya olunmuşdur. Cərrahi müdaxilə necə başa çatdırılmalıdır?

- Xəstədə döş qəfəsinin frontal istiqamətli yaralanması, sağ kürək sümüyü və qabırğaların açıq sınığı vardır. Güllə sol plevra boşluğuna keçmiş və boynun dərialtı toxumasında dayanmışdır. Kəskin emfizema, ürək-damar və tənəffüs çatmamazlığı qeyd edilir. Döş qəfəsi və divararalığının drenaj olunmasına baxmayaraq, xəstənin vəziyyəti yaxşılaşmır. Bu, traxeya yaxud bronxun zədələnməsinə şübhəni artırır. Odur ki, soltərəfli torakotomiya olunmalı, plevra boşluğu və divararalığı təftiş olunmalı, bronx ağacındakı defekt ləğv edilməlidir.

44) 22 yaşlı H.E., hospitala döş qəfəsinin sol yarısının qəlpə yarası, soltərəfli açıq hemo- pnevmotoraks, massiv qanitirmə, ürək və sol ağciyərin kontuziyası, alimentar distrofiya, III dərəcəli travmatik şok diaqnozu ilə daxil olmuşdur. Mühasirədə qaldığından yaralı hospitala 4 sutka sonra çatdırıla bilmişdir. Vəziyyəti ağırdır, dərisi kəskin avazımış, soyuq tərlə örtülmüş, selikli qişası sianozludur. Tənəffüsü səthi, dəqiqədə 36-40-dır. Döş qəfəsinin sol yarısında qəlpə yaraları vardır. Yaralardan biri nəfəs alır. Hava ilə bərabər yaradan qan da xaric olur. Nəbzi 115-120, aritmik, arterial təzyiqi 70/40 mm c.s., qarın ağrılıdır, qaraciyər 8 sm böyümüşdür. Müalicə taktikası nədən ibarət olmalıdır?

- Xəstəyə şok əleyhinə yardım davam etdirilməli, dövrən edən qanın həcmi bərpa olunmalıdır. Sol plevra boşluğu drenaj olunmalı, yara cərrahi işlənilməli, ağciyərin və ürəyin kontuziyasına görə kompleks müalicə tədbirləri həyata keçirilməlidir.

45) 18 yaşlı A.H., hospitala döş qəfəsinin sağ yarısının daxilinə keçən qəlpə yarası, hemotoraks, II dərəcəli şok diaqnozu ilə daxil olmuşdur. Nəbzi 90-95, ritmik, A/T- 100/60 mm c.s-dur. Döş qəfəsinin sağ yarısının nəfəs aktında iştirakı məhduddur. Auskultativ müayinədə müvafiq tərəfdə ağciyərin aşağı hissələri nəfəs aktında iştirak etmir. Perkutor müayinədə kürək sümüyü tinindən aşağı kütlük qeyd edilir. Rentgen müayinəsində sağ plevra boşluğunda maye kürək tini bərabərindədir. Sizin yardım taktikanız?

- Xəstədə soltərəfli orta dərəcəli hemotoraks vardır. Şok əleyhinə müalicə tədbirləri aparılmalı, plevra boşluğu drenaj olunmalı, alınmış qan reinfuziya edilməli, yaralar birincili cərrahi işlənilməlidir.

46) 38 yaşlı M.Q., yaralandıqdan 1 saat 15 dəqiqə sonra döş qəfəsinin sağ tərəfinin kor güllə yarası diaqnozu ilə hospitala daxil olmuşdur. Nəbzi 110, aritmik, A/T-70/40 mm c.s-dur. Döş qəfəsinin sağ yarısı nəfəs aktında zəif iştirak edir, perkutor kütlük aşkar olunur. Sağ plevra boşluğu drenaj olunmuş, alınmış 850 ml qan yenidən köçürülmüşdür –reinfuziya olunmuşdur. Qarın gərgindir. Laparosentez olundu. Kateterdən qan və bağırsağ möhtəviyyətinin gəlməsi daxili orqanların zədələndiyini göstərir. Cərrahın taktikası nədən ibarət olmalıdır?

- Xəstədə sağtərəfli torakoabdominal kor güllə yaralanması vardır. Sağ plevra boşluğu drenaj olunduqdan sonra laparotomiya olunmalı, qarın boşluğu orqanları təftiş olunmalı və zədələnmədən asılı olaraq operativ müdaxilənin həcmi təyin edilməlidir. Boşluğu orqanların zədələnmələrində reinfuziyadan imtina olunmalıdır.

47) 23 yaşlı A.E., hospitala döş qəfəsinin sağ yarısının və sağ bazunun müştərək qəlpə yarası diaqnozu ilə daxil olmuşdur. Yaralının ümumi vəziyyəti ağırdır. Nəbzi 115-120, ritmik, zəif dolğunluqlu, A/T-85/40 mm c.s. Sağ bazunun aşağı 1/3-də 1,5x4 sm ölçüdə toxunan istiqamətli və döş qəfəsinin sağ tərəfində VII-VIII qabırğaarasında 3x4 sm ölçüdə kənarları cırılmış kor kəlpə yarası vardır. Sağ ağciyər nəfəs aktında zəif iştirak edir perkutor müayinədə döş qəfəsinin sağ aşağı hissəsində kütlük qeyd edilir. Qarında gərgindik vardır. Laparosentez olunmuş, kateter təmizdir. Cərrahın taktikası nədən ibarət olmalıdır?

- Xəstədə sağtərəfli hemotoraks qeyd edilir. Döş qəfəsindəki qəlpə yarasının lokalizasiyası və qarında gərginliyin olması torakoabdominal yaralanmaya şübhəni artırır. Əvvəlcə plevra boşluğu drenaj olunmalıdır. Xəstə rentgen müayinəyə götürülməli qarın boşluğunda olan kateterə 400-500 ml hava vurulmalıdır. Əgər diafraqmanın tamlığı pozulmuşsa, vurulmuş hava defekt nahiyəsindən plevra

boşluğuna keçəcəkdir. Diafraqma zədələnməmişsə, plevra boşluğundan alınmış qan reinfuziya olunmalı, yaralar cərrahi işlənməlidir. Yaralanma torakoabdominal xarakterlidirsə, laparotomiya olunmalı və intraoperasion tapıntıdan asılı olaraq əməliyyat yerinə yetirilməlidir. Boşluqlu orqanlar zədələnməmişsə, alınmış qanı reinfuziya etmək olar.

48) 22 yaşlı Ə.M., yaralandıqdan 1 saat 20 dəqiqə sonra hospitala döş qəfəsinin sol yarısının daxil keçən kor qəlpə yarası, soltərəfli hemo-pnevotoraks, bel və oma nahiyəsinin qəlpə yaraları, III dərəcəli travmatik şok diaqnozu ilə daxil olmuşdur. Plevra boşluğundan alınmış 1,2 litr qan reinfuziya olunmuş, Rivilua-Qrekar əlaməti müsbətdir. Laparosentez borusundan qan gəlməyir. Müalicə taktikası nədən ibarət olmalıdır?

- Xəstədə davam edən plevraxili qanaxma vardır. Xəstə rentgen müayinəsindən keçirilməli, torakotomiya olunmalı, qanaxma saxlanılmalı, yaralar cərrahi işlənməlidir. Yaralanma torakoabdominal xarakterlidirsə, laparotomiya olunmalı, fəqərə sütununun zədələnməsi hallarında gövdənin fiksasiyası (hərəkətsizləşdirilməsi) yerinə yetirilməlidir.

49) 20 yaşlı yaralı G.İ., yaralandıqdan 1 saat sonra səhra hospitalına döş qəfəsinin sağ yarısını dəlib keçən güllə yarası, açıq pnevmotoraks, II-III dərəcəli travmatik şok diaqnozu ilə daxil olmuşdur. Döş qəfəsinin sağ yarısında IV-V qabırğarası sahədə 4x5 sm ölçüdə plevra boşluğu ilə əlaqəli yara vardır. Cərrahın taktikası nədən ibarət olmalıdır?

- Xəstədə soltərəfli açıq pnevmotoraks qeyd edilir. Açıq pnevmotoraks qapalı vəziyyətə gətirilməlidir. Əgər davam edən daxili qanaxma varsa, döş qəfəsi yarası hər iki tərəfə genişləndirilməklə torakotomiya olunmalı və qanaxma saxlanılmalıdır. Bütün bunlar şok əleyhinə kompleks tədbirlərlə birlikdə aparılmalıdır.

50) 25 yaşlı Q.U., hospitala yaralandıqdan 8 saat sonra döş qəfəsinin sağ yarısının çoxsaylı və böyük ölçülü qəlpə yaraları, sağtərəfli pnevmotoraks, kürək sümüyünün, VI-VII qabırğaların açıq sınığı, sağ bazu və dirsək nahiyəsinin qəlpə yaraları, sağ bud və baldırın çoxsaylı qəlpə yaraları, III dərəcəli travmatik şok diaqnozu ilə daxil olmuşdur. Müalicə taktikası nədən ibarət olmalıdır?

- İlk növbədə xəstənin sol plevra boşluğu drenaj olunmalı, yaralar cərrahi işlənməlidir. Bütün bu tədbirlər şok əleyhinə kompleks müalicə fonunda yerinə yetirilməlidir.

51) 23 yaşlı Ş.İ., səhra hospitalına döş qəfəsinin sol kürək nahiyəsindən girib, sağ qabırğaaltı nahiyədən çıxan frontal istiqamətli torakoabdominal güllə yarası, sol kürək sümüyünün deşilmiş sınığı, ikitərəfli hemo-pnevotoraks, III dərəcəli travmatik şok diaqnozu ilə daxil olmuşdur. Laparosentez borusundan qan alınmışdır. Cərrahın taktikası nədən ibarət olmalıdır?

- Döş qəfəsinin frontal istiqamətli yaralanmalarında çox vaxt proses ikitərəfli olur. Hər iki plevra boşluğu torakosentez olunmalı. Laparotomiya olunmalı, yalnız parenximatoz orqanların zədələnmələrində seroz boşluqlardan alınmış qan reinfuziya olunmalı, boşluğu orqanların zədələnmələrində isə reinfuziyadan imtina olunmalıdır. Bütün tədbirlər şok əleyhinə müalicə fonunda həyata keçirilməli, operativ müdaxilə yaraların cərrahi işlənməsi ilə başa çatdırılmalıdır.

52) 40 yaşlı X.B., hospitala sağtərəfli torakoabdominal kor güllə yaralanması, III dərəcəli travmatik şok, daxili qanaxma, sağtərəfli hemo-pnevmotoraks diaqnozu ilə daxil olmuşdur. Laparosentez olunmuşdur, qarın boşluğunda olan kateterdən qan gəlir. Müalicə taktikası nədən ibarət olmalıdır?

- Xəstədə sağtərəfli torakoabdominal yaralanma ehtimal olunur. Əvvəlcə plevra boşluğu drenaj olunmalı, plevra boşluğundan profuz qanaxma yoxdursa laparotomiya olunmalı, qarın boşluğu orqanları təftiş olunmalı və tapıntıdan asılı olaraq, operativ müdaxilə yerinə yetirilməli, diafraqma yarası tikilməli, qarın boşluğu drenaj olunmalıdır. Əgər plevra boşluğundan profuz qanaxma varsa, əvvəlcə torakotomiya həyata keçirilməlidir.

53) 48 yaşlı H.K., hospitala döş qəfəsinin sağ yarısının kor güllə yarası, III dərəcəli travmatik şok diaqnozu ilə daxil olmuşdur. Sağ plevra boşluğu drenaj olunmuş, alınmış 450 ml qan təkrarən köçürülmüşdür –reinfuziya olunmuşdur. Laparosentaz borusundan qan alınmışdır. Laparotomiya olunmuş, qaraciyərin diaframa səthinin yaralanması qeyd edilir. Müalicə taktikası nədən ibarət olmalıdır? Operativ müdaxiləni necə başa vurarsınız?

- Qaraciyərin diafraqma səthinin yaralanması zamanı diafraqmanın defektinin və qaraciyər yarasının tikilməsi texniki cəhətdən çətinlik törədir. Bu məqsədlə qaraciyərin asılan bağı kəsilməli, üzv mobil vəziyyətə gətirilməlidir. Bu zaman həm diafraqmanın defekti, həm də qaraciyərin diafraqma səthindəki yara asanlıqla tikilir. Kor yaralanmalarda yad cismin çıxarılması çətinlik görətdikdə, yaxud onun çıxarılması orqanın daha dərin pozğunluğuna səbəb olduqda yad cisim çıxarılmır. Operativ müdaxilənin axırında qaraciyərin asılan bağı bərpa olunmalıdır. Bu tipli yaralanmalarda qaraciyərin diafraqma səthindəki yaranın tikilməsi üçün qabırğaların rezeksiyası köhnəlmiş metoddur.

54) 20 yaşlı A.A., səhra hospitalına yaralandıqdan 1 saat 20 dəqiqə sonra döş qəfəsin sol yarısının kor güllə yarası diaqnozu ilə daxil olmuşdur. Qarın gərgindir, laparosentez borusundan qan gəlir. Laparotomiya olundu, təftiş zamanı dalaq və yoğun bağırsağın dalaq ayrılığının zədələnməsi aşkar olunmuşdur. Operativ müdaxilənin məzmunu nədən ibarət olmalıdır?

- İlk növbədə splenektomiya cərrahi əməliyyatı yerinə yetirilməli, yoğun bağırsağın dalaq ayrılığının zədələnməsi geniş isə, həmin hissə rezeksiya olunmalı və ikilüləi kolostoma qoyulmalıdır. Yoğun bağırsağın yaralanması məhdud sahədədirsə, yara tikilib kənara çıxarılmalıdır, yəni kolostoma qoyulmalıdır. İstisna hallarda bağırsağın nöqtəvi kiçik zədələnmələrində yara tikilməli, zədə nahiyəsi ekstraperitonizə edilməlidir. Qarın boşluğu sanasiya və drenaj olunmalı, diafraqma yarası tikilməlidir.

55) 23 yaşlı Ə.A., yaralandıqdan 2 saat sonra hospitala bədənin çoxsaylı qəlpə yaraları, döş qəfəsinin sol yarısının daxilə keçən kor qəlpə yarası ilə daxil olmuşdur. Daxil olarkən vəziyyəti son dərəcə ağırdır. Nəbz və arterial təzyiq qeyd olunmur. Müvafiq reanimasiya tədbirlər aparılmaqla sol plevra boşluğu drenaj olunmuş, şok əleyhinə intensiv tədbirlər davam etdirilmişdir. Qarın gərgindir, laparosentez borusundan qan gəlir. Həyata göstəriş olaraq laparotomiya olundu, qarın boşluğunda 2,5 litr qan vardır. Qaraciyərin sağ payının geniş dağılmış yarası qeyd edilir. Cərrahi taktikası nədən ibarət olmalıdır? Operativ müdaxiləni necə başa vurmaq olar?

- Qaraciyərin geniş yaralanmalarında adətən orqan atipik rezeksiya olunmalıdır. Qaraciyərin bütün geniş və dağılmış yaralanmalarında ödlü peritonitin əmələ gəlməsinin qarşısının alınması və ümumi intoksikasiyanın azaldılması məqsədilə öd yolları drenaj olunmalıdır.

56) 18 yaşlı M.S., hospitala döş qəfəsinin sağ yarısının daxil keçən kor qəlpə yarası diaqnozu ilə daxil olmuşdur. Periferik nəbz hiss olunmur, arterial təzyiq ölçülmür. Yaralı terminal vəziyyətdədir. Plevra boşluğundan 550 ml qan alınmışdır. Qarın gərgindir. Müalicə taktikası nədən ibarət olmalıdır?

- Laparosentaz olunmalı, yaralanmanı torakoabdominal xarakteri dəqiqləşdirilməlidir. Müsbət nəticə alınarsa, laparotomiya həyata keçirilməli, qarın boşluğu təftiş olunmalıdır. Boşluqlu orqanların zədələnməsi yoxsa, seroz boşluqlardan alınmış qan reinfuziya olunmalıdır. Diafraqmanın yarasının tikilməsi yaddan çıxarılmamalıdır. Bütün bu tədbirlər şok əleyhinə kompleks intensiv terapiya fonunda həyata keçirilməlidir.

57) 42 yaşlı M.Q., yaralandıqdan 40 dəqiqə sonra hospitala çoxsaylı qəlpə yaraları, soltərəfli hemotoraks, III dərəcəli travmatik şok diaqnozu ilə daxil olmuşdur. Qarın gərgindir! Laparosentez borusundan qan və bağırsağ möhtəviyyatı xaric olur. Müalicə taktikası nədən ibarət olmalıdır?

- Əvvəlcə xəstəyə torakosentez olunmalıdır. Qarındaki gərginliyi nəzərə alaraq laparosentez olunmalı, xəstə yerindəcə rentgen müayinəsindən keçirilməlidir. Yaralanmanın torakoabdominal xarakteri təsdiq olunarsa, laparotomiya həyata keçirilməli, əvvəlcə parenximatoz, sonra isə boşluqlu orqanlar müayinə olunmalıdır. Mədə yaralanmasında orqanün arxa divarının müayinəsi yaddan çıxarılmamalı, nazik bağırsağ Treys bağından başlanıb ileosekal nahiyəyə kimi, yoğun bağırsağ ileosekal sahədən rektosiqmoidal sahəyə kimi saat əqrəbi istiqamətində müayinə olunmalı, bütün hematoma sahələri diqqətlə yoxlanılmalı, şübhə olduqda 12 barmaq bağırsağ və yoğun bağırsağın müsariqəsiz hissəsinin arxa səthi də vizual müayinədən keçirilməlidir.

58) 23 yaşlı T.P., hospitala yaralandıqdan 1 saat 20 dəqiqə sonra bədənin çoxsaylı qəlpə yaraları, soltərəfli hemo-pnevmtoraks, III dərəcəli travmatik şok diaqnozu ilə daxil olmuşdur. Qarın gərgindir! Diaqnozun dəqiqləşdirilməsi məqsədilə hansı müayinə üsulları həyata keçirilməlidir? Müalicə taktikası nədən ibarət olmalıdır?

- Bir qayda olaraq xəstəyə əvvəlcə torakosentez həyata keçirilməlidir. Qarının gərginliyinin nəzərə alaraq, laparosentez və rentgen müayinəsi yerinə yetirilməli, yaralanmanın torakoabdominal xarakteri aşkarlanmalı və müalicə taktikası buna müvafiq surətdə həyata keçirilməlidir.

59) Naməlum əsgər sağtərəfli hemo-pnevmtoraks, III dərəcəli travmatik şok diaqnozu ilə hospitala ağır vəziyyətdə daxil olmuşdur. Qarın gərgindir. Plevra boşluğundan 800 ml qan alınmışdır. Torakoabdominal yaralanmaya şübhə olduğu üçün laparotomiya olunmuş, qarın boşluğunda 1300 ml qan vardır. Qaraciyərin sağ payı parçalandığı üçün orqan atipik rezeksiya olunmuşdur. Operativ müdaxiləni necə başa vurarsınız?

- Boşluqlu orqanların yaralanması olmadığı üçün plevra və qarın boşluğundan alınmış qan reinfuziya olunmalıdır. Qaraciyərin geniş zədələnməsi olduğu üçün operativ müdaxilə öd yollarının drenaj olunması ilə başa çatdırılmalıdır. Bu, ödlü peritonitin profilaktikası məqsədilə həyata keçirilir.

60) 10 yaşlı Z.İ., hospitala döş qəfəsinin sol yarısının kor güllə yarası, III gərəcəli travmatik şok diaqnozu ilə daxil olmuşdur. Qarın gərgindir. Diaqnozun dəqiqləşdirilməsi məqsədilə hansı müayinə üsulları həyata keçirilməlidir? Müalicə taktikasının məzmunu nədən ibarət olmalıdır?

- Qarın gərgin olması torakoabdominal yaralanmaya şübhə doğurur. Bunun üçün laparosentez, eləcə də rentgen müayinəsi yerinə yetirilməli, laparotomiya, qarın boşluğu orqanlarının təftişi və lazımı operativ müdaxilə yerinə yetirilməlidir. Lakin yaddan çıxarılmamalıdır ki, əməliyyat torakosentezdən başlanılmalıdır.

61) 23 yaşlı S.Z., yaralandıqdan 1 saat sonra hospitala döş qəfəsinin sol yarısının kor güllə yarası, II-III dərəcəli travmatik şok diaqnozu ilə daxil olmuşdur. Qarın gərgindir. Sol plevra boşluğundan qan alınmışdır. Laparosentez həyata keçirilmiş, qarın boşluğundakı rezin borudan bağırsağ möhtəviyyəti alınmışdır. Laparotomiya zamanı (qarın boşluğunun təftişi zamanı) yoğun bağırsağın dalaq əyriliyinin və «S» vari bağırsağın zədələnməsi qeyd edilir. Cərrahın taktikası nədən ibarət olmalıdır?

- Xəstədə torakoabdominal yaralanma vardır. Yoğun bağırsağın dalaq əyriliyi və «S»-vari bağırsağ zədələnməsidir. Zədələnmənin genişliyindən asılı olaraq, bağırsağ rezeksiya olunmalı, yaxud rezeksiya olunmadan kənara çıxarılmalı, kolostoma qoyulmalıdır. Plevra boşluğundan alınmış qanı köçürmək olmaz.

62) 19 yaşlı Q.M., hospitala döş qəfəsinin kor güllə yarası diaqnozu ilə yaralandıqdan 2 saat sonra daxil olmuşdur. Yaralıda soltərəfli hemo-pnevotoraks və III gərəcəli travmatik şok əlamətləri vardır. Qarın gərgindir. Müalicə taktikası nədən ibarət olmalıdır? Diaqnozun dəqiqləşdirilməsi üçün daha hansı müayinələr yerinə yetirilməlidir?

- Xəstədə torakoabdominal yaralanmaya şübhə var. Plevra boşluğu drenaj olunduqdan sonra laparosentez və qarın boşluğunun rentgen müayinəsi yerinə yetirilməli, yaralanmanın torakoabdominal xarakteri təsdiq olunduqda, əgər plevra boşluğundan profuz qanaxma yoxdursa, laparotomiya olunub, qarın boşluğu orqanları təftiş olunmalıdır.

63) 24 yaşlı M.Z., səhra hospitalına döş qəfəsinin və qarın ön tərəfdən toxunan istiqamətli yaralanması (tangensial torakoabdominal yaralanma), VII-VIII-IX qabırğaların soldan açıq sınığı ilə hospitala daxil olmuşdur. Nəbzi dəqiqədə 120-125, arterial təzyiqi 75/40 mm c.s.-dur. Qarın gərgindir. Bu tipli yaralanma hansı xüsusiyyətləri ilə xarakterdir? Müalicə taktikası nədən ibarət olmalıdır?

- Xəstədə toxunan istiqamətli torakoabdominal yaralanma vardır. Bu tipli yaralanma nadir halda rast gəldiyindən, ədəbiyyatda bu barədə məlumat yoxdur. Xəstənin müayinəsi və müalicə taktikası torakoabdominal yaralanmalarda olduğu kimi həyata keçirilməlidir.

64) 23 yaşlı M.A., döş qəfəsinin sol yarısının daxil keçən kor güllə yarası ilə hospitala daxil olmuşdur. Vəziyyəti son dərəcə ağırdır. Dərisi avazımış, akrosianoz qeyd edilir. Nəbzi 120-130, aritmik, sapvaridir. Arterial təzyiqi ölçülmür, venoz təzyiq 320 mm su sütunudur. Hansı yaralanmaya daha çox şübhə var? Cərrahın taktikası nədən ibarət olmalıdır?

- Xəstədə perikardın tamponadası əlamətləri vardır. Təcili olaraq torakotomiya olunmalı, perikard açılmalı və tamponadanın səbəbi aradan qaldırılmalıdır. Diafraqmanın tamlığı yoxlanılmalı, yaralanmanın torakoabdominal xarakterə malik olması diqiqləşdirilməlidir.

65) 21 yaşlı A.E., hospitala döş qəfəsinin sol yarısının kor güllə yarası, hemotoraks, III dərəcəli travmatik şok diaqnozu ilə daxil olmuşdur. Pnevra boşluğundan 600 ml qan alınmışdır. Qarın gərgindir. Sizin ilkin diaqnozunuz? Diaqnozun dəqiqləşdirilməsi üçün hansı metodlar tətbiq olunmalıdır? Müalicə taktikası nədən ibarət olmalıdır?

- Xəstədə soltərəfli torakoabdominal yaralanma vardır. Plevra boşluğu drenaj olunmuşdur. Xəstəyə laparosentez olunmalı (bu, qarın yaralanmasını təsdiq etməyə də bilər), sonra isə geniş orta laparotomiya həyata keçirilməli, intraoperasion tapıntıdan asılı olaraq operativ müdaxilənin həcmi genişləndirilməli, müdaxilə qarın boşluğunun yuyulması və drenajı ilə başa çatdırılmalıdır. Diafraqma yarasının tikilməsi yaddan çıxarılmamalıdır.

66) 24 yaşlı A.P., döş qəfəsinin sol yarısının kor güllə yarası diaqnozu ilə yaralandıqdan 1 saat 15 dəqiqə sonra hospitala daxil olmuşdur. Plevra boşluğundan alınmış 800 ml qan reinfuziya edilmişdir. Qarın gərgindir. Müalicə taktikası nədən ibarət olmalıdır? Reinfuziyayı aparmamışdan cərrah nəyə daha çox fikir verməli idi?

- Xəstədə soltərəfli kor torakoabdominal güllə yarası vardır. Plevra boşluğu drenaj olunmuş, 800 ml qan reinfuziya olunmuşdur. Qarın gərgindir. Xəstəyə laparosentez və rentgen müayinəsi aparılmalı, laparotomiya olunmalıdır. Təftiş zamanı tapıntıdan asılı olaraq, operativ müdaxilənin həcmi genişləndirilməlidir. Boşluqlu orqanların yaralanmaları reinfuziyaya əks göstərişdir. Laparotomiyadan əvvəl bu nəzərdə tutulmalı idi.

67) 66 yaşlı M.İ., döş qəfəsinin sol yarısının daxilə keçən kor qəlpə yarası diaqnozu ilə hospitala daxil olmuşdur. Pnevra boşluğundan alınmış 950 ml qan reinfuziya edilmişdir. Qarın gərgindir. Cərrahi taktika nədən ibarət olmalıdır? Operativ müdaxiləni necə başa vurarsınız? Nə kimi taktiki səhvə yol verilmişdir.

- Xəstə soltərəfli torakoabdominal qəlpə yarası ilədir. Torakosentaz həyata keçirilmiş, 950 ml qan reinfuziya olunmuşdur. Laparotomiya zamanı qaraciyərin sağ payının zədələnməsi aşkar edilmişdir. Axırncı tikilməli, onun diafraqma səthinin yarası və diafraqmanın defekti tikilməli, qarın boşluğunda olan qan reinfuziya olunmalıdır. Qaraciyərin geniş zədələnmələrində öd yolları drenaj olunmalıdır. Yalnız boşluqlu orqanların zədələnmədiyinə əmin olduqdan sonra seroz boşluqlardan alınmış qan reinfuziya oluna bilər.

68) 27 yaşlı Ə.S., hospitala qarın boşluğunu dəlib-keçən güllə yarası, III dərəcəli travmatik şok diaqnozu ilə daxil olmuşdur. Epiqastral nahiyədə 0,8 sm diametrində yara vardır. Döş qəfəsinin sol yarısı nəfəs aktında iştirak etmir, perkutor kütlük qeyd edilir. Sol plevra boşluğu drenaj olundu. Alınmış 560 ml litr qan reinfuziya olundu. Qarın gərgindir. Diaqnoz və cərrahi taktika necə olmalıdır?

- Xəstədə abdomino-torakal güllə yaralanması vardır. Döş qəfəsinin sol yarısının nəfəs aktının iştirak etməməsi və perkutor kütlüyün alınması, prosesin plevra boşluğu ilə əlaqədar olduğunu göstərir.

Torakoabdominal yaralanmalarda olduğu kimi əvvəlcə plevra boşluğu drenaj olunmalı, sonra qarın boşluğu açılmalı, təftiş zamanı tapıntıdan asılı olaraq, operativ müdaxilə həyata keçirilməlidir. Plevra boşluğundan alınmış qan yalnız o zaman reinfuziya oluna bilər ki, boşluqlu orqanlarda zədələnmə olmasın.

69) 22 yaşlı P.T., epiqastral nahiyənin kor güllə yaralanması daxili qanaxma diaqnozu ilə hospitala daxil olmuşdur. Sağ ağciyər nəfəs aktında çox zəif iştirak edir. Torakosentez borusundan 850 ml litr qan alınmışdır. Qarın gərgindir? Plevra boşluğundan fasiləsiz qan gəlir. Müalicə taktikası nədən ibarət olmalıdır? Sizin ilkin diaqnozunuz?

- Xəstədə abdomino-torakal kor güllə yaralanması vardır. Sağ ağciyər nəfəs aktında iştirak etmir. İlk növbədə torakosentez həyata keçirilməlidir. Plevra boşluğunda profuz qanaxma qeyd edilir. Xəstəyə torakotomiya olunmalı, qanaxmanın səbəbi aradan qaldırılmalı, diafraqma yarası tikilməlidir. Bundan sonra laparotomiya olunmalı, tapıntıdan asılı olaraq bu və ya digər operativ müdaxilə yerinə yetirilməlidir. Əgər torakotomiya zamanı diafraqma yarasının tikilməsi mümkün olmamışsa, axırncı həyata keçirilməlidir.

70) 34 yaşlı H.Y., hospitala döş qəfəsinin sağ yarısının kor güllə yarası diaqnozu ilə daxil olmuşdur. Yarının təftişi zamanı yara kanalının qarın boşluğuna keçməsi aşkar olundu. Qarın gərgindir. Laparotomiya zamanı qaraciyərin zədələnməsi aşkar olundu. Diafraqmanın zədələnməsinə baxmayaraq yara kanalı ekstraplevral xarakter daşıyır. Sizin diaqnozunuz? İxtisaslı yardımın məzmunu nədən ibarət olmalıdır?

- İlk növbədə plevra boşluğu drenaj olunmalı. Sonra laparotomiya olunaraq, qarın boşluğu orqanları təftiş olunmalıdır. Diafraqmanın zədəsi tapılıb tikilməlidir. Bu yaralanmanın xarakterik cəhəti ondan ibarətdir ki, diafraqmanın zədələnməsi kənarı xarakter daşıyır, yara kanalı plevra boşluğuna keçməmişdir. Lakin buna baxmayaraq odlu silahın yan zərbə təsiri nəzərə alınmış, plevra boşluğu drenaj olunmuşdur.

71) 23 yaşlı A.H., hospitala döş qəfəsinin sol yarısının daxilə keçən kor güllə yarası diaqnozu ilə daxil olmuşdur. Torakosentez olunmuş, plevra boşluğundan profuz qanaxma qeyd edilir. Qarın gərgindir. Müalicə taktikası nədən ibarət olmalıdır? Hansı seroz boşluq ilk növbədə açılmalıdır?

- Xəstədə döş qəfəsinin sol yarısının daxilə keçən kor güllə yaralanması vardır. İlk növbədə torakosentez olunmalı, profuz qanaxma olarsa torakotomiya yerinə yetirilməli, qanaxmanın səbəbi aradan qaldırılmalıdır. Diafraqmanın yarası tikildikdən sonra torakotomiya yarası bağlanılmalı, laparotomiya olunmalı, daxili orqanların zədələnməsindən asılı olaraq, bu və ya digər operativ müdaxilə yerinə yetirilməlidir.

72) 19 yaşlı İ.S. sol çiyin nahiyəsinin kor odlu silah yaralanması, II-III dərəcəli travmatik şok diaqnozu ilə hospitala daxil olmuşdur. Bədəndə digər yaralanma əlamətləri qeyd edilməyir. Vəziyyəti son dərəcə ağırdır. Hər iki plevra boşluğu punksiya olundu. Laparosentez borusundan qan gəlir. Sol plevra boşluğu drenaj olundu. Yaralanma nə ilə xarakterdir, müalicə taktikası nədən ibarət olmalıdır?

- Xəstədə braxio-torako-abdominal yaralanma vardır. Yaralanma qeyri-stabil oxvari elementlərlə olmuşdur. İlk növbədə torakosentez olunmalı, laparotomiya yerinə yetirilməli, tapıntıdan asılı olaraq

operativ müdaxilə başa çatdırılmalıdır. Həmin xəstədə yaralanma beynəlxalq sazişə əsasən qadağan olunmuş silahdan istifadə olunması nəticəsində baş vermişdir.

73) 1970-ci il təvəllüdlü Ə.M., döş qəfəsinin və qarının kor qəlpə yaraları, soltərəfli pnevmotoraks, qarın boşluğu orqanlarının yaralanması, III dərəcəli travmatik şok diaqnozu ilə daxil olmuşdur. Sol plevra boşluğu drenaj olunmuş, alınmış 850 ml litr qan təkrarən köçürülmüşdür. Qarın gərgindir. Sizin diaqnozunuz, müalicə taktikası nədən ibarət olmalıdır? Hansı taktiki səhvə yol verilmişdir?

- Əvvəlcə plevra boşluğu drenaj olunmalı, əgər profuz qanaxma yoxdursa, qarın gərgin olduğu üçün laparosentez və rentgen müayinəsi həyata keçirilməli, laparotomiya olunmalı və tapıntıdan asılı olaraq, operativ müdaxilə başa çatdırılmalıdır. Qarında gərginlik olduqda və boşluqlu orqanların zədələnməsi tam aşkar olunmayınca plevra boşluğundan alınmış qan reinfuziya olunmamalıdır. Bu baxımdan burada taktiki səhvə yol verilmişdir.

74) 22 yaşlı P. A., hospitala döş qəfəsinin, qarının və sağ yuxarı ətrafın çoxsaylı qəlpə yaralanması, soltərəfli hemo-pnevmtoraks, bazu sümüyünün açıq sınığı diaqnozu ilə daxil olmuşdur. Plevra boşluğu drenaj olunmuş, 700 ml qan alınmışdır. Qarın gərgindir. Laparosentez borusundan qan gəlir. Diaqnoz və müalicə taktikası nədən ibarət olmalıdır?

- Xəstədə döş qəfəsinin və qarın boşluğunun çoxsaylı qəlpə yaralanması vardır. Yaralanma torakoabdominal deyil, çoxsaylı yaralanmaya aiddir. Difraqma salamatdır. Lakin torakoabdominal yaralanmalarda olduğu kimi əvvəlcə plevra boşluğu drenaj olunmalı, alınmış qanın köçürülməsinə tələsməməlidir. Yaralanmanın qarın boşluğu ilə əlaqəsi olduğu üçün laparotomiya olunmalı və tapıntıdan asılı olaraq, operativ müdaxilə başa çatdırılmalıdır. Yalnız boşluqlu orqanların yaralanması tam inkar edildikdən sonra plevra boşluğundan alınmış qan reinfuziya oluna bilər.

Qarının odlu silah yaralanmaları

75) 33 yaşlı yaralı O.S. qarının ön divarının yaralanması, sağ əl və saidin termik yanığı ilə hərbi-səhra cərrahlığı hospitalına daxil olmuşdur. Peritonun qıcıqlanma əlamətləri yoxdur. Laparosentez olundu. Qarın tərəfdən ciddi dəyişiklik qeydə alınmadı. Müalicə taktikası nədən ibarət olmalıdır?

- Yaralanma kombinə olunmuş xarakterlidir. Qarının daxilə keçməyən yaralanması vardır. Peritonun qıcıqlanma əlaməti olmasa da, yan zərbə sindromunu inkar etmək üçün laparosentez hyata keçirilmiş, daxili orqanların zədələnmədiyinə tam əmin olunmuşdur. Yara birincili cərrahi işlənilmiş, tetanus əleyhinə zərdab vurulmuş, yanığ sahəsi sarınmışdır. Xəstənin yüngül yaralılar hospitalına köçürülməsi məsləhətdir.

76) 22 yaşlı A.İ. qarının sol yarısının toxunan istiqamətli yarası diaqnozu ilə daxil olmuşdur. Xəstədə qanaxma və üçüncü dərəcəli travmatik şok qeydə alınır. Laparotomiya olundu. Yara kanalı periton daxilinə keçməmişdir. Ekstraperitonel olaraq yoğun bağırsağın enən hissəsinin kontuziyası aşkar olunur. Hematoma sahəsi təftiş olundu. Bağırsaqda perforasiya əlaməti yoxdur. Seroz qişa tikildi. Operativ müdaxiləni necə başa vurarsınız?

- Xəstədə qarının toxunan istiqamətli yaralanması vardır. Yara kanalı daxilə keçməyə də, peritonun qıcıqlanma əlamətləri şübhəlidir. Laparosentez olunmuş, qarın boşluğunda qanın izi görünür. Laparotomiya olundu, enən çənbər bağırsağın seroz qişası altında hematoma sahəsi yoxlanıldı. Zədənin bağırsaq mənfəzi ilə əlaqəsi olmadığından, subseroz hematoma boşaldılmalı seroz qişaya tikişlər qoyulmalı, qarın boşluğu drenaj olunmalı və xəstə nəzarət altında saxlanılmalıdır.

77) 24 yaşlı M.A., hərbi-səhra cərrahlığı hospitalına qarın boşluğunu dəlib-keçən güllə yarası, daxili qanaxma, üçüncü dərəcəli travmatik şok diaqnozu ilə daxil olmuşdur. Laparotomiya olunmuş, nazik bağırsağın çoxsaylı zədələnmələri, 12 barmaq bağırsağın yaralanması, peritonarxası hematoma, sağ böyrəyin zədələnməsi aşkar edilmişdir. Arxa periton səhifəsi açıldıqdan sonra sağ böyrəyin dağılması aşkarlandı. Cərrahi taktika nədən ibarət olmalıdır?

- Bir qayda olaraq əvvəlcə parenimatoz orqanün yaralanmasına görə tədbirlər görülməlidir. Çünki bu zaman qanaxma daha çox olur. Sağ böyrəyin zədələnmə dərəcəsi aşkarlanmalı, məhdud zədələnmələrdə orqanün saxlanması əməliyyatı yerinə yetirilməli, böyrəyin dağılmış yaralanmalarında orqan çıxarılmalıdır. Nazik bağırsağın çoxsaylı zədələnmələrində orqan rezeksiya olunmalı və anastomoz qoyulmalıdır. 12 barmaq bağırsağın bütün yaralanmalarında bağırsaq həzm traktından izolə olunmalı, gastroenteroanastomoz qoyulmalı, öd yolları drenaj olunmalıdır. Eyni zamanda vəziyyətdən asılı olaraq mədə-bağırsaq traktı total, ya qismən intubasiya olunmalı, müsariqəyə novokain məhlulu yeridilməli, qarın boşluğu yuyulub drenaj edilməlidir.

78) 31 yaşlı Q.X., qarın boşluğunun kor güllə yarası, daxili qanaxma, III dərəcəli travmatik şok diaqnozu ilə hərbi-səhra cərrahlığı hospitalına daxil olmuşdur. Xəstəyə laparotomiya olunmuş, qarın boşluğunda 1 litrdən artıq qan vardır, qaraciyərin sağ payı zədələnməmişdir, peritonarxası hematoma qeyd edilmir. Böyrəyin konturu hamardır, sidik təmizdir. Müalicə taktikası nədən ibarət olmalıdır?

- Təkcə qaraciyərin zədələnməsi olduğu üçün qarın boşluğundakı qan reinfuziya oluna bilər. Qaraciyərin yarası tikilməli, yara genişdirsə, orqan atipik rezeksiya olunmalıdır. Bu halda öd yolları da drenaj olunmalıdır. Operativ müdaxilə qarın boşluğunun yuyulması və drenajı ilə başa çatdırılmalıdır.

79) 19 yaşlı P.A., sağdan-arıxadan qarını dəlib-keçən güllə yarası daxili qanaxma, III dərəcəli travmatik şok diaqnozu ilə hərbi-səhra cərrahlığı hospitalına daxil olmuşdur. Şok əleyhinə müvafiq tədbirlər həyata keçirildikdən sonra xəstəyə laparotomiya həyata keçirildi. Qarın boşluğunda 1,5 litrdən artıq qan vardır. Qaraciyərin sağ payının dağılmış yarası, yoğun bağırsağın qaraciyər ayrılığının ekstraperitoneal zədələnməsi, paranefral sahənin yaralanması, peritonarxası hemotoma qeyd edilir. Müalicə taktikası nədən ibarət olmalıdır? Operativ müdaxiləni necə başa vurarsınız?

- Qaraciyərin sağ payı rezeksiya olunmalı, öd yollarının drenajı həyata keçirilməlidir. Peritonun arxa səhifəsi açılmalı, sağ böyrəyin vəziyyəti yoxlanılmalıdır. Böyrək dağılmışsa çıxarılmalı, məhdud sahədə zədələnməşsə, orqansaxlayıcı əməliyyat yerinə yetirilməli, hər iki halda peritonarxası sahə drenaj edilməlidir. Yoğun bağırsağın zədə nəhiyyəsi kənara çıxarılmaqla kolostoma qoyulmalıdır.

80) 19 yaşlı T.S., qarın boşluğunun öndən girib arıxadan çıxan qəlpə yaralanması, daxili qanaxma, III dərəcəli travmatik şok diaqnozu ilə hərbi-səhra cərrahlığı hospitalına daxil olmuşdur. Xəstəyə

laparotomiya olunmuş, köndələn çənbər bağırsağın və mədənin dağılmış yaralanması geniş peritonarxası hematoma qeyd edilmişdir, aşağı baş vena zədələnmişdir. Cərrahın taktikası nədən ibarət olmalıdır?

- İlk növbədə peritonarxası sahə açılmalı və aşağı boş venanın yarası tikilməlidir. Bundan sonra mədə atipik reaksiya olunmalı, göndələn çənbər bağırsağın yarası kənara çıxarılıb kolostoma qoyulmalıdır. Operativ müdaxilə qarın boşluğunun yuyulması, drenajı və müsariqənin novokain blokadası ilə başa çatdırılmalıdır.

81) 21 yaşlı F.Q., hərbi-səhra cərrahlığı hospitalına qarın sağ yarısının böyürdən dəlib, sağ qabırğaaltı nahiyəsindən çıxan güllə yarası, daxili qanaxma, III dərəcəli travmatik şok diaqnozu ilə daxil olmuşdur. Şok əleyhinə müvafiq tədbirlər həyata keçirilməklə xəstə əməliyyat otağına keçirildi. Laparotomiya olundu. Təftiş zamanı qaraciyərin, nazik bağırsağın, göndələn çənbər bağırsağın yaralanması, «S»-vari bağırsağın müsariqəsinin zədələnməsi aşkar olundu. Müalicə taktikası necə yerinə yetirilməlidir?

- Qaraciyərin yarası tikilməli, yara genişsə, öd yolları da drenaj olunmalı, nazik bağırsağın yaraları tikilməli, yaralar çoxsaylı və bir-birinə yaxındırsa, bağırsaq rezeksiya olunmalıdır. Yoğun bağırsağın yaraları isə kənara çıxarılmalı – stoma qoyulmalıdır. «S»-vari bağırsağın müsaqirəsi tikilməli, qanaxma saxlanılmalıdır. Əgər «S»-vari bağırsağın qidalanması pozulmuşsa və qanqrena başlayırsa, axırıncı Qartman üsulu ilə rezeksiya olunmalıdır.

82) 24 yaşlı A.F., döş qəfəsinin sağ yarısının kor güllə yarası, daxili qanaxma, III dərəcəli şok diaqnozu ilə hospitala daxil olmuşdur. Xəstəyə şok əleyhinə tədbirlər həyata keçirilməklə bərabər torakosentez olundu. Plevra boşluğundan 400 ml qan alındı. Laparotomiya həyata keçirildi, təftiş zamanı qarın boşluğunda 2,5 litr qan vardır. Mədə, dalaq, göndələn çənbər bağırsaq, qaraciyərin sağ payı öd kisəsi ilə birlikdə zədələnmişdir. Qaraciyər atipik rezeksiya olunmuş, qarın boşluğunda olan qan elektrik sorucusu ilə kənar edilmişdir. Operativ müdaxiləni necə başa vurarsınız?

- Qaraciyərin geniş yaralanmalarında öd yolları mütləq drenaj olunmalıdır. Dalağın yaralanmalarında onun dağılması və damar ayaqcığının zədələndiyi hallarda spleknektomiya olunmalı, mədənin yarası tikilməli, onun arxa divarının tamlığı yoxlanılmalıdır. Göndələn çənbər bağırsaq yarası isə kənara çıxarılmaqla kolostoma qoyulmalı, qarın boşluğu çoxlu miqdar antiseptik məhlulla yuyulmalı və drenaj olunmalıdır.

83) 21 yaşlı Q.A., qarın boşluğuna sağrı nahiyəsindən dəlib-keçən qəlpə yaralanması, daxili qanaxma, III dərəcəli travmatik şok diaqnozu ilə hərbi-səhra cərrahlığı hospitalına daxil olmuşdur. Şok əleyhinə müvafiq tədbirlərdən sonra laparotomiya olunmuş, təftiş zamanı qalça bağırsağın, kor bağırsağın, sidik kisəsinin yaralanması qeyd edilmişdir. Nazik bağırsaq iki yerdən rezeksiya olunmuş. Sağtərəfli hemikolektomiya həyata keçirilmiş, ileo-transverz anastomoz qoyulmuş, mədə-bağırsaq traktı intubasiya olunmuşdur. Operativ müdaxiləni necə başa vurarsınız?

- İlk növbədə sidik kisəsinin yaralanmasının xarakterini bilmək lazımdır. Əgər peritondaxili yaralanma varsa, yara selik qişanı götürmədən tikilməli və episistostoma qoyulmalıdır. Əgər peritondanxaric yaralanma varsa, episistostoma qoyulmalı, operativ müdaxilə paravezikal sahənin Buyalski-Mak Uorter üsullu drenajı ilə başa çatdırılmalıdır.

84) 20 yaşlı H.Q., belin soldan qarın boşluğuna keçən kor qəlpə yaralanması, daxili qanaxma, III dərəcəli travmatik şok diaqnozu ilə hərbi-səhra cərrahlığı hospitalına daxil olmuşdur. Laparotomiya olunmuş, qaraciyərin, sağ böyrəyin dağılmış yarası qeyd olunur. Cərrahin taktikası nədən ibarət olmalıdır?

- Qaraciyərin yarası tikilməli, zədələnmənin böyüklüyündən asılı olaraq, öd yolları drenaj olunmalı, sağ böyrək çıxarılmalıdır. Qanaxmanın qarşısının alınması üçün lazım gələrsə, böyrək ayaqcığının qabaqcadan sıxıcıya alınması məsləhətdir. Peritonarxası sahə drenaj olunmalı, peritonun arxa səhifəsinin tamlığı bərpa olunmalı, qarın boşluğu drenaj edilməlidir. Vəziyyətdən asılı olaraq, qarın boşluğuna yığılmış qan reinfuziya oluna bilər. Burada başlıca şərt boşluqlu orqanların zədələnməməsidir.

85) 20 yaşlı İ.S., hərbi-səhra cərrahlığı hospitalına bel nahiyəsinin soldan qarın boşluğuna keçən kor qəlpə yaralanması, daxili qanaxma, III dərəcəli travmatik şok diaqnozu ilə daxil olmuşdur. Müvafiq tədbirlər həyata keçirildikdən sonra laparotomiya olunmuş, təftiş zamanı nazik bağırsağın müsaricəsinin qopması, enən çənbər bağırsağın iki yerdən deşilmiş yarası, sol böyrəyin dağılması aşkar olunmuşdur. İxtisaslı yardımın məzmunu və cərrahi taktika nədən ibarət olmalıdır?

- İlk növbədə qopmuş müsaricənin necə zədələnməsi aşkarlanmalıdır. Hansı halda bağırsağı saxlamaq, yaxud rezeksiya etmək olar. Güclü qanaxma varsa, damara sıxıcı qoyulur. Sonra böyrək ayaqcığına sıxıcı qoyulmaqla orqan çıxarılıb atılır. Damar ayaqcığı bağlandıqdan sonra peritonarxası sahə drenaj olunmalı, peritonun arxa səhifəsi və nazik bağırsağın müsaricəsi bərpa olunmalıdır. Əgər bağırsaqda nekroz əlaməti varsa, axırını rezeksiya olunmalıdır. Yoğun bağırsağın yaraları isə kənara çıxarılaqla stoma qoyulmalıdır. Qarın boşluğu yuyulmalı və drenaj olunmalıdır.

86) 19 yaşlı H.Z., hərbi-səhra cərrahlığı hospitalına qarının sol yarısının daxilə keçən kor güllə yarası, nazik bağırsağın, böyük piyliyın zədələnməsi, nazik bağırsağın ilgəklərinin eventrasiyası diaqnozu ilə daxil olmuşdur. Bədənin çoxsaylı güllə yaralanması, III-IV dərəcəli travmatik şok qeyd edilir. Cərrahin taktikası nədən ibarət olmalıdır?

- Xəstədə hazırda qanaxma olmadığı üçün şok əleyhinə müalicə davam etdirilməli, kənara çıxmış nazik bağırsağın ilgəkləri içəri salınmamalı, ilıq fizioloji məhlul hopdurulmuş tamponla bürünməlidir. Yalnız xəstə şokdan çıxdıqdan sonra laparotomiya olunmalı, nazik bağırsağın yaralarının xarakterindən asılı olaraq, bağırsağ ya rezeksiya olunmalı, yaxud da yaralar adi qaydada tikilməlidir. Piyliyin yarası tikilməli, yaxud da rezeksiya olunmalıdır. Qarın boşluğu yuyulmalı və drenaj olunmalıdır. Müsaricəyə novokain məhlulu yeridilməli, lazım gələrsə, bağırsağın ilgəkləri intubasiya olunmalıdır.

87) 19 yaşlı B.İ., qarının qəlpə yaralanması, bağırsağın ilgəklərinin eventrasiyası, III dərəcəli travmatik şok diaqnozu ilə hərbi-səhra cərrahlığı hospitalına daxil olmuşdur. İxtisaslı yardımın məzmunu nədən ibarət olmalıdır?

- Xəstədə bağırsaqların eventrasiyasından əlavə daxili qanaxma əlamətləri də vardır. Şok əleyhinə tədbirlər görülməklə bərabər qarın boşluğu açılmalı, qanaxma saxlanılmalı, şok əleyhinə tədbirlər başa çatdıqdan və xəstə şokdan çıxdıqdan sonra cərrahi əməliyyat davam etdirilməlidir.

88) 23 yaşlı C.O., qarının soltərəfli kor yaralanması, daxili qanaxma, III dərəcəli travmatik şok diaqnozu ilə hospitala daxil olmuşdur. Döş qəfəsinin sol yarısı tənəfüs aktında zəif iştirak edir. Torakosentez olundu, plevra boşluğundan 400 ml qan alındı. Qarın gərgindir. Laparotomiya olundu, təftiş zamanı dalağın, yoğun bağırsağın dalaq ayrılığının zədələnməsi aşkar olundu. Müalicə taktikası nədən ibarət olmalıdır?

- Xəstədə soltərəfli abdomino-torakal yaralanma vardır. Torakosentez olunduqdan sonra laparotomiya zamanı dalağın zədələnmə dərəcəsinə uyğun olaraq dalaq çıxarılmalı, yoğun bağırsağa stoma qoyulmalı, qarın boşluğu sanasiya edilib drenaj olunmalıdır. Splenektomiyadan sonra orqanizmin immun qabiliyyətinin saxlanılması üçün dalaq toxuması autotransplantasiya olunmalıdır. Plevra boşluğundan alınmış qan istifadə edilməməlidir.

89) 23 yaşlı H.G., hospitala döş qəfəsinin sol yarısının kor güllə yarası, daxili qanaxma, III dərəcəli travmatik şok diaqnozu ilə daxil olmuşdur. Torakosentez olundu. Plevra boşluğundan 650 ml qan alındı. Qarın gərgindir. Laparotomiya olundu. Təftiş zamanı nazik bağırsağın çoxsaylı yaralanması, «S»-vari bağırsağın zədələnməsi, III-IV bel fəqərələrinin sınığı aşkar olundu. Cərrahi taktika nədən ibarət olmalıdır? Operativ müdaxiləni necə başa vurarsınız?

- Nazik bağırsaq rezeksiya olunub uc-uca anastomoz qoyulmalıdır. «S»-vari bağırsaq yarası kənara çıxarılıb kolostoma qoyulmalı, fəqərə sütunu fiksə olunmalıdır.

90) 40 yaşlı M.A. hospitala bədənin çoxsaylı qəlpə yaralanması (mina partlayışından sonra avtomobil qəzası, kəllə-beyin yaralanması, sifətin skalp yaralanması ilə daxil olmuşdur). Qarında gərginlik hiss edilir. Kəllə-beyin travması fonunda qarın əlamətləri zəif aşkar olunur. Peritonun qıcıqlanma əlamətləri şübhəlidir. Laparosentez olundu. Qarın boşluğuna yeridilən rezin borudan qan gəlir. Laparotomiya zamanı qarın boşluğunda 1 litrdən artıq qan vardır, dalaq partlamışdır. Splenektomiya olundu. Operativ müdaxilədən iki sutka sonra qarında gərginlik davam edir. Rentgen müayinəsində Kloyber kasacıqları qeydə alınır. Sizin diaqnozunuz? Müalicə taktikası nədən ibarət olmalıdır?

- Yaralıda paralitik bağırsaq keçməməzliyi inkişaf edir. Əvvəlcə bağırsaqların stimulyasiyası məqsədilə venaya 17%-li 10-20 ml hipertonic duz məhlulu 4%-li 10 ml kalium xlorid məhlulu yeridilməli, imalə olunmalı, dəri altına, yaxud venaya 0,05%-li 1-2 ml prozerin yeritmək lazımdır. Bunlar kömək etməzsə, ikitərəfli paraneural blokada olunmalıdır. Konservativ tədbirlər müsbət təsir göstərmədikdə operativ metoddan istifadə edilməlidir. Relaparotomiya olunmalı, bağırsaqlar intubasiya olunmalı, bağırsağın musaqirəsinə 0,5%-li 100-150 ml novokain məhlulu yeridilməlidir. Stimulyasiya tədbirləri vaxtaşırı davam etdirilməlidir.

91) 17 yaşlı Q.E., yaralandıqdan yarım saat sonra bədənin çoxsaylı qəlpə yaralanması, daxili qanaxma, III dərəcəli travmatik şok diaqnozu ilə səhra hospitalına daxil olmuşdur. Yaralıya şok əleyhinə tədbirlərin həyata keçirilməsi ilə bərabər, laparotomiya olundu, təftiş zamanı qaraciyərin sağ payının və mədənin yaralanması aşkar edildi. Qaraciyərin sağ payı atipik rezeksiya olundu. Mədənin arxa divarı yoxlanıldı və yarası tikildi. Operativ müdaxiləni necə başa vurarsınız?

- Qaraciyərin geniş yaralanmalarında öd yolları drenaj olunmalıdır.

92) 32 yaşlı X.S., yaralandıqdan 2 saat sonra qarın daxilə keçən kor qəlpə yaralanması, III dərəcəli travmatik şok diaqnozu ilə hospitala çatdırılmışdır. Xəstəyə laparotomiya olunmuş, qalça bağırsağın 8 yerdən zədələnməsi aşkar edildi. Müsariqə zədələnmişdir. Nazik bağırsağ 1,5 metr məsafədə rezeksiya olundu. Operativ müdaxiləni necə başa vurarsınız?

- Bağırsağın müsaqirəsinə novokain yeridilməli, bağırsağ intubasiya olunmalı, qarın boşluğu antiseptiklərlə yuyulub drenaj olunmalıdır.

93) 19 yaşlı B.İ., yaralandıqdan 3 saat sonra hospitala qarın boşluğuna keçən kor qəlpə yaralanması, III dərəcəli travmatik şok diaqnozu ilə daxil olmuşdur. Laparotomiya olunmuş, təftiş zamanı kor, qalxan çənbər bağırsağ və qalça bağırsağın 1,5 metr məsafədə deşilmiş yaraları aşkar edilir. Nazik bağırsağın müsaqirəsindən qanaxma davam edir. Hemikolektomiya olunmuş, nazik bağırsağ rezeksiya olunmuş, ilio-transverz anastomoz qoyulmuşdur. Operativ müdaxiləni necə başa vurarsınız?

- Müsaqirə kökünə novokain vurulmalı, nazik bağırsağ intubasiya olunmalı, qarın boşluğu 8-10 litr antiseptik məhlulla yuyulmalı və drenaj olunmalıdır.

94) 24 yaşlı E.Ş., qarın sağ yarısını dəlib-keçən güllə yarası, III dərəcəli travmatik şok, daxili qanaxma əlamətləri ilə səhra hospitalına daxil olmuşdur. Yaralı laparotomiya olunmuş, qarın boşluğunda 2 litr qan vardır. Qaraciyərin sağ payının dağılması, sağ böyrəyin parçalanması aşkar edilir. 1,5 litr qan reinfuziya olundu. Cərrahın taktikası nədən ibarət olmalıdır?

- Qaraciyərin yarası tikilməli, bu mümkün olmadıqda reaksiya olunmalı, sağ böyrək çıxarılmalı, peritonarxası sahə drenaj olunmalı, peritonun arxa səhifəsinin tamlığı bərpa olunmalı, öd yolları drenaj olunmalı, qarın boşluğu antiseptiklərlə yuyulub drenaj olunmalıdır.

95) 24 yaşlı O.E., qarın dəlib-keçən qəlpə yarası, III dərəcəli şok, daxili qanaxma əlamətləri ilə səhra hospitalına gətirilmişdir. Laparotomiya olunmuş, qarın boşluğunda 2 litr qan vardır. Qaraciyərin sol payı dağılmış, mədənin geniş yaralanması, mədəaltı vəzin zədələnməsi qeyd edilir. Müalicə taktikası nədən ibarət olmalıdır?

- Yaralanma çox ağırdır. Qaraciyərin sol payı atipik rezeksiya olunduqdan sonra öd yolları drenaj olunmalı, mədə atipik rezeksiya olunub qastroenteroanastomoz qoyulmalı, mələaltı vəzin yarası tikilməli, kiçik piylik kisəsi drenaj olunmalı, qarın boşluğu antiseptiklərlə yuyulub drenaj olunmalıdır. Operativ müdaxilədən sonra intensiv terapiya davam etdirilməli DVS sindroma (Yayılmış damardaxili laxtalanma sindromuna) qarşı tədbirlər yerinə yetirilməlidir.

96) 30 yaşlı M.İ., qarın sol yarısının kor qəlpə yarası, kəskin daxili qanaxma, III dərəcəli travmatik şok diaqnozu ilə hospitala gətirilmişdir. Laparotomiya olunmuş, qarın boşluğunda 3 litr qan vardır. Nazik bağırsağ müsaqirəsinin kökünün və distal hissəsinin 2 metr məsafədə çoxsaylı yaralanmaları, geniş peritonarxası hematoma, sağ sidik axarının, testikulyar damarların zədələnməsi qeyd edilir. Müalicə taktikası nədən ibarət olmalıdır?

- Yaralanma ağırdır. Qarın boşluğunda 3 litr qanın olması dövrən edən qanın həcmnin həddən çox azaldığını göstərir. Qanaxma saxlanılmalı, dövrən edən qanın həcmi qısa müddət ərzində bərpa olunmalı,

nazik bağırsağ rezeksiya olunmalı, uc-uca anastomoz qoyulmalıdır. Peritonun arxa səthi açılmalı, hematoma boşaldılmalı, sidik axarının proksimal hissəsi peritonarxası sahədən drenaj olunmalı, distal hissə bağlanılmalıdır. Operativ müdaxilədən sonra intensiv terapiya davam etdirilməli, əgər yaralı vəziyyətdən çıxarsa, xüsusi müalicə müəssisəsinə təxliyə oluna bilər.

97) 21 yaşlı Ə.M., qarının sol yarısının daxilə keçən kor güllə yarası, X-XI qabırğaların açıq sınığı, daxili qanaxma, III dərəcəli travmatik şok diaqnozu ilə səhra hospitalına gətirilmişdir. Xəstəyə laparotomiya olunmuş, qarın boşluğunda 800ml-dən artıq qan vardır. Dalaq, mədə, yoğun bağırsağın dalaq ayrılığı zədələnmişdir. Operativ müdaxilə necə yerinə yetirilməlidir?

- Əvvəlcə dalaq çıxarılmalı, mədənin yarası tikilməli, yara genişdirsə, mədənin rezeksiyası həyata keçirilməli, yoğun bağırsağın zədə hissəsi kənara çıxarılıb stoma qoyulmalıdır. Operativ müdaxilə dalaq toxumasının implantasiyası, qarın boşluğunun sanasiyası və drenajı ilə başa çatdırılmalıdır.

98) 26 yaşlı H.F., qarının daxilə keçən kor güllə yarası diaqnozu ilə səhra hospitalına gətirilmişdir. Yaralıya laparotomiya olunmuş, təftiş zamanı mədənin böyük ayrılığının bir ədəd yarası qeyd edilir. Cərrahın taktikası nədən ibarət olmalıdır?

- Mədənin bütün yaralanmalarında onun arxa divarı yoxlanılmalıdır. Bunun üçün mədə-çənbər bağırsağ bağı açılmalı və təftiş olunmalıdır. Əgər mədənin arxa divarı tamdırsa, ikinci yaranı axtarıb tapmaq lazımdır. Əgər ikinci yara yoxdursa, yad cismi həzm traktının digər hissəsində axtarmaq lazımdır.

99) 20 yaşlı Ə.S., hospitala qarın boşluğuna keçən kor qəlpə yarası, III dərəcəli travmatik şok diaqnozu ilə daxil olmuşdur. Laparotomiya olunmuş, qarın boşluğunda 1 litrdən artıq qan vardır. Mədənin cismi dağılmışdır, göndələn çənbər bağırsağ, qaraciyər, nazik bağırsağ zədələnmişdir. Cərrahi taktika nədən ibarət olmalıdır?

- Qarın boşluğu təftiş oluqmalı, əvvəlcə qaraciyərin yarası tikilməli, mədə atipik rezeksiya olunmalı. Nazik bağırsaqdakı yaraların xarakterindən asılı olaraq, bağırsağ rezeksiya oluna bilər, yaxud yara tikilə bilər. Göndələn çənbər bağırsağ yaralanmasının xarakterindən asılı olaraq, bağırsağ rezeksiya oluna bilər. Kiçik yaralanmalarda isə rezeksiyaya ehtiyac qalmır. Hər iki halda kolostoma qoyulmalıdır. Operativ müdaxilə nazik bağırsağın intubasiyası, qarın boşluğunun sanasiyası və drenajı ilə başa çatdırılmalıdır.

100) 23 yaşlı Z.S., qarının sol yarısının arxadan girib sol qabırğaaltı sahədən çıxan güllə yaralanması, daxili qanaxma, III dərəcəli travmatik şok diaqnozu ilə səhra hospitalına gətirilmişdir. Yaralıya laparotomiya olunmuş, mədə, qaraciyər, nazik bağırsağ və onun müsariqəsi, 12 barmaq bağırsağın peritonarxası sahədə yaralanması qeyd edilmişdir. Qarın boşluğunda 1 litrdən artıq qan vardır. Cərrahi taktikası nədən ibarət olmalıdır?

- İlk növbədə müsariqədən qanaxma saxlanılmalı, qaraciyərin yarası tikilməli, nazik bağırsağın müsariqəyə uyğun sahələri bir daha yoxlanılmalı, bağırsağ ilqəyinin həyati qabiliyyəti təyin edilməlidir. 12 barmaq bağırsağ həzm traktından təcrid olunmalıdır. Bu məqsədlə mədənin antral hissəsi bağlanılmalıdır. 12 barmaq bağırsağ nahiyəsi təkrari müayinə olunmalı, peritonun arxa səthini açmaqla orqan hərəkəti vəziyyətə gətirilməli, yara tikilməli retroperitoneal sahə drenaj olunmalı, mədənin yarası

tikilib gastroenteroanastomoz qoyulmalıdır. Operativ müdaxilə öd yollarının drenajı ilə başa çatdırılmalıdır. Qarın boşluğu sanasiya edilməklə drenaj olunmalıdır.

101) 24 yaşlı M.H., hospitala qarın dəlib keçən və sol budun yuxarı 1/3-nin kor, çoxsaylı güllə yaralanması, qalça sümüyünün sınığı, III dərəcəli travmatik şok diaqnozu ilə daxil olmuşdur. Laparotomiya olunmuş, təftiş zamanı nazik bağırsağın iki yerdən bir-birindən 35 sm aralı yaralanması geniş peritonarxası hematoma, qalça sümüyünün sınığı qeyd edilir. Operativ müdaxilənin məzmunu nədən ibarət olmalıdır?

- Qarın boşluğu təftiş olunmalı, nazik bağırsaq yaraları tikilməlidir. Yadda saxlamaq lazımdır ki, budun yuxarı 1/3-nin kor yaralanmaları bir çox hallarda qarına işləyə bilər. Hazırkı vəziyyətdə həmin güllə çanaq sümüyünü sındırmışdır, geniş peritonarxası hematomanın olması retroperitoneal sahənin təftişini tələb edir. Bu məqsədlə hematoma açılıb boşaldılmalı, retroperitoneal orqanlar yoxlanılmalıdır. Lazım gəldikdə rentgen müayinəsi də həyata keçirilməlidir.

102) 18 yaşlı Ə.S., qarın öndən dəlib keçən güllə yarası, daxili qanaxma, III dərəcəli travmatik şok diaqnozu ilə səhra hospitalına çatdırılmışdır. Laparotomiya olunmuş, qarın boşluğunda 2 litr qan vardır. Nazik bağırsaq 2 metr sahədə çoxsaylı zədələnmiş, müsariqənin yaralanması qeyd edilir. Cərrahi taktika nədən ibarət olmalıdır?

- Nazik bağırsaq müsariqəsindən qanaxma saxlanılmalı və bağırsaq sağlam hissədən rezeksiya olunmalıdır. Müsariqə yaralanmalarında eyni zamanda bağırsağın digər hissəsinin həyati qabiliyyəti də yoxlanılmalıdır.

103) 22 yaşlı O.N., qarın boşluğunu dəlib-keçən güllə yaralanması, III dərəcəli travmatik şok diaqnozu ilə səhra hospitalına gətirilmişdir. Laparotomiya olunmuş, qarın boşluğunda 1,5 litrdən artıq qan vardır. Nazik bağırsaq beş yerdən, onun müsariqəsi iki yerdən yaralanmış «S»-vari bağırsaq və düz bağırsaq zədələnmişdir. Operativ müdaxilənin məzmunu nədən ibarət olmalıdır?

- Əvvəlcə nazik bağırsağın müsariqəsi yoxlanılmalı, müsariqədən axan qan saxlanılmalı, nazik bağırsağın yaralarının bir-birinə olan məsafəsindən və böyüklüyündən asılı olaraq yara ya tikilməli, yaxud da bağırsaq rezeksiya olunmalıdır. Bağırsağın yerdə qalan hissəsinin müsariqə zədələnməsinə uyğun sahədə həyati qabiliyyəti yoxlanılmalıdır. «S»-vari bağırsağın zədə nahiyyəsi kənara çıxarılmalı, düz bağırsağın zədələnmə yerindən asılı olaraq, intraperitoneal yarası tikilməli, eksiraperitoneal yaralanmada pararektal sahə drenaj olunmalıdır.

104) 30 yaşlı R.M., qarının sol yan divarının daxilə keçən kor güllə yarası III dərəcəli şok diaqnozu ilə yaralanmadan 1 saat 45 dəqiqə sonra səhra hospitalına çatdırılmışdır. Xəstəyə laparotomiya olunmuş, qarın boşluğunda qan yoxdur. Solda geniş peritonarxası hematoma qeyd edilir. Enən çənbər bağırsaq üzərində hematoma olduğu üçün onun arxa səthi açılaraq müayinə olunmuş, burada iki ədəd 1,5x1,2 və 1,7x2,1 sm ölçüdə yaralar qeyd edilir. Sol böyrək dağılmışdır. Müalicə taktikası nədən ibarət olmalıdır? Operativ müdaxiləni necə başa vurarsınız?

- İlk növbədə sol böyrək çıxarılmalı, qanaxma dayandırılmalı, yoğun bağırsağın peritonarxası yarası tikilib kənara çıxarılmalı (stoma qoyulmalı), peritonun arxa səhifəsinin tamlığı bərpa olunmalıdır. Qarın boşluğu sanasiya edilib drenaj olunmalıdır.

105) 23 yaşlı N.N., qarın çoxsaylı daxiləkeçən qəlpə yaralanması sağ bazu nahiyəsinin qəlpə yarası, bazunun açıq sınığı, II-III dərəcəli travmatik şok diaqnozu ilə hospitala daxil olmuşdur. Laparotomiya olunmuş, təftiş zamanı nazik bağırsağın 4 yerdən yaralanması, enən çənbər bağırsağın yuxarı hissəsində peritonarxası sahəyə sirayət edən hematomanın olması qeyd edilir. Müalicə taktikası nədən ibarət olmalıdır? Operativ müdaxiləni necə başa vurarsınız?

- Nazik bağırsağın yaralarının xarakterindən asılı olaraq, yaralar tikilə bilər, yaxud da bağırsaq rezeksiya oluna bilər. Enən çənbər bağırsağın yuxarı hissəsində olan hematoma açılmalı, bağırsağın ekstraperitoneal hissəsi yoxlanılmalıdır. Əgər yaralanma varsa, yara nahiyəsi kənara çıxarılıb, stoma qoyulmalıdır. Nazik bağırsaq intubasiya olunmalı, qarın boşluğu sanasiya və drenaj olunmalıdır.

106) 19 yaşlı Ə.E., çanağın sağ yarısını dəlib, qarından çıxan güllə yaralanması, III dərəcəli şok diaqnozu ilə hospitala gətirilmişdir. Laparotomiya olunmuş, qarın boşluğunda 1,5 litrdən artıq qan vardır. Təftiş zamanı kor bağırsağın, qalxan çənbər bağırsağın çoxsaylı yaralanması appendikulyar çıxıntının yaralanması, geniş peritonarxası hematoma qeyd edilir. Rentgen müayinəsində qalçı sümüyünün deşikli sınığı aşkar olunur. Cərrahi taktika nədən ibarət olmalıdır?

- Kor bağırsaq və qalxan çənbər bağırsaqda çoxsaylı yaralanma olduğu üçün xəstəyə sağtərəfli hemikolektomiya aparılmalı, ileo-transverz anastomoz qoyulmalıdır. Əlbəttə, bütün bu tədbirlər xəstə şokdan çıxdıqdan sonra həyata keçirilməlidir.

107) 30 yaşlı A.F., qarın boşluğunu dəlib keçən güllə yaralanması, III dərəcəli travmatik şok diaqnozu ilə səhra hospitalına gətirilmişdir. Laparotomiya olunmuş, nazik bağırsağın çoxsaylı yaralanması, kor və qalxan çənbər bağırsağın geniş yaralanması qeyd edilir. Cərrahin taktikası nədən ibarət olmalıdır?

- Xəstəyə nazik bağırsağın rezeksiyası, sağtərəfli hemikolektomiya cərrahi əməliyyatı həyata keçirilməli, ileo-transverz anastomoz qoyulmalıdır. Qarın boşluğu yuyulub drenaj edilməlidir.

108) 22 yaşlı N.A., yaralandıqdan 1 saat 50 dəqiqə sonra hospitala qarın daxilə keçən kor güllə yaralanması, boynun kor qəlpə yaraları, II-III dərəcəli şok diaqnozu ilə daxil olmuşdur. Laparotomiya olunmuş, qalxan çənbər bağırsağın geniş zədələnməsi qeyd edilir. Operativ müdaxiləni necə başa vurarsınız?

- Xəstəyə sağtərəfli hemikolektomiya edib, ileo-transverz anastomoz qoymalı, qarın boşluğu yuyulub drenaj olunmalıdır.

109) 23 yaşlı Ə.A., qarın sağ yarısının, sağ budun yuxarı 3/1-ni, sol baldırın aşağı 3/1-ni dəlib-keçən qəlpə yaralanması, sağ bud sümüyünün sınığı, III dərəcəli travmatik şok diaqnozu ilə hospitala

daxil olmuşdur. Laparotomiya olunmuş, qaraciyərin sağ payının kənarı zədələnməsi, kor bağırsağın 0,3x0,4 sm ölçülü yarası qeyd edilir. Müalicə taktikası nədən ibarətdir?

- Qaraciyərin yarası tikilməli, kor bağırsağ yarası tikilib ekstrapertonizə edilməli, qarın boşluğu antseptiklərlə yuyulub drenaj edilməlidir. Yaralar birincili cərrahi işlənməli, sınıq nahiyələri hərəkətsizləşdirilməlidir.

110) 24 yaşlı A.Ş., bel nahiyəsindən girib, qarının ön divarından çıxan (2 ədəd) güllə yarası, daxili qanaxma, III dərəcəli travmatik şok diaqnozu ilə səhra hospitalına daxil olmuşdur. Laparotomiya olunmuş, qarın boşluğunda 1 litrdən artıq qan vardır, nazik bağırsağ 4 yerdən zədələnməmiş, göndələn çənbər bağırsağın geniş yarası qeyd edilir. Cərrahi taktika nədən ibarət olmalıdır?

- Nazik bağırsağ yaralarının xarakterindən asılı olaraq onlar tikilməli, yaxud nazik bağırsağ sağlam hissədən rezeksiya olunmalıdır. Köndələn çənbər bağırsağ sağlam hissədən rezeksiya edilməli, onun hər iki ucu kənara çıxarılmalı, stoma qoyulmalıdır. Nazik bağırsağ intubasiya edilməlidir. Operativ müdaxilə qarın boşluğunun sanasiyası və drenajı ilə başa çatdırılmalıdır.

111) 21 yaşlı R.A., qarın boşluğunu dəlib-keçən güllə yaralanması, daxili qanaxma, III dərəcəli şokla səhra hospitalına daxil olmuşdur. Laparotomiya həyata keçirilmiş, qarın boşluğunda 2,5 litrdən artıq qan vardır. Qaraciyərin sağ payı dağılmış, göndələn çənbər bağırsağ zədələnməmişdir. Cərrahi taktika nədən ibarət olmalıdır?

- Xəstənin vəziyyəti olduqca ağırdır. Qaraciyərin massiv dağılması adətən həyatla uyuşmayan yaralanmadır. Çoxlu qanıtırılmənin hesabına dövran edən qanın həcmi azalmışdır. Qaraciyərin tamlığının bərpasına çalışmalı, bu mümkün olduqda öd yolları drenaj olunmalı, göndələn çənbər bağırsağın zədələnməmiş hissəsi kənara çıxarılaraq stoma qoyulmalıdır. Operativ müdaxilə qarın boşluğunun sanasiyası və drenajı ilə başa çatdırılmalıdır.

112) 58 yaşlı Ə.M., hospitala bel nahiyəsindən qarın boşluğuna keçən kor qəlpə yaralanması, daxili qanaxma, III dərəcəli travmatik şok diaqnozu ilə daxil olmuşdur. Laparotomiya həyata keçirilmiş, qarın boşluğunda 1,5 litrdən artıq qan vardır. Yoğun bağırsağın dalaq ayrılığı və müsariqəsinin zədələnməsi, dalağın, sol böyrəyin dağılmış yaralanması qeyd edilir. Müalicə taktikası nədən ibarətdir?

- Dalaq və sol böyrək çıxarılmalı, yoğun bağırsağın dalaq ayrılığının müsariqəsi bərpa olunmalı, bağırsağın zədə nahiyəsi kənara çıxarılıb stoma qoyulmalıdır. Qarın boşluğu yuyulmalı, drenaj olunmalı, operativ müdaxilə yaranın birincili cərrahi işlənməsi ilə başa çatdırılmalıdır.

113) 29 yaşlı C.B., qarının sağ yarısının daxilə keçən kor güllə yarası, daxili qanaxma, II-III dərəcəli travmatik şok diaqnozu ilə hospitala gətirilmişdir. Laparotomiya olunmuş, qarın boşluğunda 1 litrdən artıq qan vardır. Qaraciyərin sağ payını dəlib keçən yaralanma qeyd edilir. Cərrahi taktika nədən ibarət olmalıdır?

- Qaraciyərin yarası tikilməli, diafraqmanın tamlığı yoxlanılmalıdır; yaralanma torakoabdominal xarakterli ola bilər. Diafraqma səthinin yoxlanılması, diafraqma yarasının və qaraciyərin üst səthinin yarasının tikilməsi üçün qaraciyərin asılan bağı kəsilməli və orqan mobil vəziyyətə salınmalıdır.

Yaralanma torakoabdominal xarakterli olarsa, plevra boşluğu drenaj edilməlidir. Seroz boşluqlardan alınmış qan reinfuziya olunmalıdır. Operativ müdaxilənin axırında qaraciyərin asılan bağı bərpa olunmalı, öd yolları və qarın boşluğu drenaj edilməlidir.

114) 24 yaşlı Ə.Ş., hospitala qarının sağ yarısını dəlib keçən güllə yarası ilə yaralandıqdan 1 saat 40 dəqiqə sonra hərbi-səhra hospitalına gətirilmişdir. Laparotomiya olunmuş, qarın boşluğunda 1 litrdən artıq qan vardır. Qaraciyərin sağ payının dəlib keçən yaralanması, sağ böyrəyin zədələnməsi qeyd edilir. Cərrahın taktikası nədən ibarət olmalıdır? Operativ müdaxiləni necə başa vurarsınız?

- Qaraciyərin yarası tikilməli, sağ böyrəyin zədələnməsinin xarakterindən asılı olaraq, böyrək çıxarılmalı, yaxud rezeksiya edilib nefrostoma qoyulmalıdır. Qarın boşluğundan alınmış qan reinfuziya olunmalıdır. Retroperitoneal sahə drenaj olunmalı, peritonun arxa divarının tamlığı bərpa olunduqdan sonra qarın boşluğu yuyulmalı və drenaj olunmalıdır.

115) 25 yaşlı M.V., yaralandıqdan 1,5 saat sonra hospitala bədənin çoxsaylı qəlpə yaralanması, qarının daxilinə keçən yaralanması, daxili qanaxma, III dərəcəli travmatik şok diaqnozu ilə daxil olmuşdur. Laparotomiya həyata keçirilmiş, qarın boşluğunda bir litrdən artıq təzə qan vardır. Qaraciyərin sol payı və mədənin böyük əyriliyi zədələnməmişdir. Cərrahın taktikası nədən ibarət olmalıdır?

- Qaraciyərin sol payının zədələnməsinin xarakterindən asılı olaraq yara tikilməli, yaxud qaraciyərin sol payı atipik rezeksiya olunmalıdır. Qaraciyərin geniş yaralanmalarında bir qayda olaraq öd yolları drenaj olunmalıdır. Mədənin böyük əyriliyindəki yaranın ölçüsündən və xarakterindən asılı olaraq, yara tikilməli, yaxud mədə atipik rezeksiya olunmaqla qastroenteroanastomoz qoyulmalıdır. Boşluqlu orqanların yaralanması zamanı seroz boşluğa yığılmış qan reinfuziya olunmamalıdır. Operativ müdaxilə qarın boşluğunun yuyulması və drenajı, dəri yaralarının cərrahi işlənməsi ilə başa çatdırılmalıdır.

116) 22 yaşlı M.O., qarının ön divarından daxilə keçən kor qəlpə yaralanması, daxili qanaxma, III dərəcəli travmatik şok diaqnozu ilə yaralandıqdan 1 saat 35 dəqiqə sonra səhra hospitalına gətirilmişdir. Laparotomiya olunmuş, qaraciyərin geniş yaralanması, öd kisəsinin zədələnməsi, sağ böyrək qapısının dağılması qeyd edilir. Cərrahi taktika nədən ibarət olmalıdır?

- Qaraciyərin geniş yaralanmalarında yara tikilməli, bu mümkün olmadıqda atipik rezeksiya olunmalı, öd kisəsi çıxarılmalı və omentopeksiya yerinə yetirilməli, öd yolları drenaj edilməli, sağ böyrək çıxarılmalıdır. Qarın boşluğundan alınmış qan 8 qat tənziədən süzüləndən sonra reinfuziya edilməlidir. Operativ müdaxilə zamanı əlavə qanitirməyə yol verməmək məqsədilə böyrək ayaqcığına sıxıcı alət qoyulmaqla böyrəkdən gələn qanaxma saxlanılmalıdır.

117)) 24 yaşlı M.R., qarının daxilə keçən kor güllə yaralanması, daxili qanaxma, II-III dərəcəli travmatik şok diaqnozu ilə hospitala daxil olmuşdur. Laparotomiya həyata keçirilmiş, qarın boşluğunda 1 litrdən artıq qan vardır. Dalağın dağılmış yaralanması, nazik bağırsağın 45 sm məsafədə 6 ədəd böyük yarası qeyd edilir. Cərrahi taktika nədən ibarət olmalıdır?

- Dalaq çıxarılmalı və dalaq toxuması implantasiya olunmalı, nazik bağırsağ sağlam hissədən rezeksiya olunub anastomoz qoyulmalı və intubasiya olunmalıdır. Qarın boşluğu yuyulub drenaj edilməlidir.

118) 60 yaşlı İ.G., qarının sol yarısının daxilə keçən kor güllə yarası, III dərəcəli travmatik şok daxili qanaxma diaqnozu ilə hospitala daxil olmuşdur. Laparotomiya həyata keçirilmiş, qarın boşluğunda 1,5 litrdən artıq qan vardır, enən çənbər bağırsağ və sol böyrək zədələnmişdir. Müalicə taktikası nədən ibarətdir?

- Retroperitoneal sahə açılmalı, sol böyrək çıxarılmalı, həmin sahə drenaj olunduqdan sonra peritonun arxa divarının tamlığı bərpa olunmalı, enən çənbər bağırsağın zədələnmiş hissəsi kənara çıxarılaqla stoma qoyulmalıdır. Operativ müdaxilə periton boşluğunun sanasiyası və drenajı ilə başa çatdırılmalı, giriş yarası cərrahi işlənməlidir.

119) 22 yaşlı C.A., qarın boşluğunun sağ yarısını dəlib keçən güllə yarası, daxili qanaxma, III dərəcəli travmatik şok diaqnozu ilə səhra hospitalına daxil olmuşdur. Laparotomiya həyata keçirilmiş, qarın boşluğunda 1,5 litrdən artıq qan vardır, sağ böyrək dağılmışdır. Müalicə taktikası nədən ibarətdir?

- Nefrekomiyaya olunmalı, peritonarxası sahə drenaj olunmalı, peritonun arxa səhifəsinin tamlığı bərpa olunmalı, operativ müdaxilə qarın boşluğunun təftişi sanasiyası və drenajı ilə başa çatdırılmalıdır. Dəri yaraları cərrahi işlənməlidir.

120) 19 yaşlı A.H., bel nahiyəsini sağdan keçən kor güllə yaralanması, daxili qanaxma, III dərəcəli travmatik şok diaqnozu ilə səhra hospitalına daxil olmuşdur. Laparotomiya həyata keçirilmiş, qarın boşluğunda 1,5 litr qan vardır. Qaraciyərin sağ payı və sağ böyrəyin aşağı qütbünün zədələnməsi qeyd edilir. Cərrahi taktika nədən ibarət olmalıdır?

- Qarın boşluğunda yığılmış qan götürülməli, reinfuziya olunmalıdır. Qaraciyərin yaralanmasının xarakterindən asılı olaraq yara tikilə bilər, yaxud qar ciyər rezeksiya oluna bilər. Geniş yaralanmalarda omentopeksiya və öd yollarının drenajı yaddan çıxarılmamalıdır. Sağ böyrəyin aşağı qütbü rezeksiya olunub, nefrostoma qoyulmalı, retroperitoneal sahə drenaj olunmalı, peritonun arxa səhifəsi tikilib bərpa olunmalıdır. Qarın boşluğu yuyulmalı və drenaj edilməlidir.

121) 21 yaşlı H.G., qarın kor qəlpə yaralanması, daxili qanaxma, II-III dərəcəli travmatik şok diaqnozu ilə səhra hospitalına daxil olmuşdur. Laparotomiya həyata keçirilmiş, qarın boşluğunda 1 litrdən artıq qan vardır. Qaraciyərin sol payı, mədənin kardial hissəsinin hər iki divarı, sol böyrəyin yuxarı qütbü zədələnmişdir. Cərrahi taktika nədən ibarət olmalıdır?

- Əvvəlcə qaraciyərin yarası tikilməli, retroperitoneal sahə açılmalı, böyrəyin yuxarı qütbü rezeksiya olunmalı, retroperitoneal sahə drenaj olunmalı, peritonun arxa səhifəsinin tamlığı bərpa olunmalıdır. Mədənin kardial hissəsindəki yaralar tikilməlidir. Qarın boşluğu yuyulub drenaj olunmalı, operativ müdaxilə dəridəki yaranın cərrahi işlənməsi ilə başa çatdırılmalıdır.

122) 31 yaşlı M.Y., qarın boşluğunu arxadan dəlib-keçən kor güllə yaralanması, III dərəcəli travmatik şok diaqnozu ilə səhra hospitalına daxil olmuşdur. Laparotomiya həyata keçirilmiş, qarın boşluğunda 2 litrə qədər qan vardır. Mədə, nazik bağırsağ, sol böyrək, mədəaltı vəz yaralanmışdır. Cərrahi taktika nədən ibarət olmalıdır?

- Yaralanma ağır dərəcəlidir. Əvvəlcə böyrək yoxlanılmalı, yaralanmanın xarakterindən asılı olaraq nefrektomiya, yaxud böyrəyin rezeksiyası həyata keçirilməlidir. Retroperitoneal sahə drenaj olunmalı, peritonun arxa səthi yaraları tikilməli, nazik bağırsağın yaralanmasının xarakterindən asılı olaraq yaralar tikilməli, yaxud bağırsaq rezeksiya olunmalıdır. Xəstəyə nazoqastrointestinal zond salınmaqla nazik bağırsaq ileosekal sahəyə qədər intubasiya edilməli, qarın boşluğu sanasiya və drenaj olunmalıdır. Operativ müdaxilə giriş (dəri) yarasının birincili cərrahi işlənməsi ilə başa çatdırılmalıdır.

Çanağın odlu silah yaralanmaları

123) 24 yaşlı Ç.R., hospitala sağ sağırının çanaq daxilinə keçən kor güllə yarası, qalça sümüyünün dağılmış sınığı, düz bağırsağın ekstraperitoneal hissəsini dəlib-keçən güllə yarası, xarici və daxili qanaxma, geniş peritonarxası hematoma III dərəcəli travmatik şok diaqnozu ilə daxil olmuşdur. Vəziyyəti son dərəcə ağırdır. Müalicə taktikası nədən ibarətdir?

- Əvvəlcə şok əleyhinə tədbirlər həyata keçirilməli, xəstə şokdan çıxdıqdan sonra yaralar cərrahi işlənməli, siqmastoma qoyulmalı, pararektal sahə drenaj olunmalı və düz bağırsağın yarası tikilməlidir. Əgər yaranın tikilməsi çətinlik törədirsə, yara tikilməyə də bilər. Əməliyyatın axırında çanaq fiksə olunmalıdır.

124) 31 yaşlı D.S., hospitala sol sağrı nahiyəsindən daxilə keçən kor güllə yarası, daxili qanaxma, III dərəcəli travmatik şok diaqnozu ilə hospitala daxil olmuşdur. Sidik təmizdir, düz bağırsağın barmaqla müayinəsində qan və zədələnmənin olması müəyyən edilir. Cərrahi əməliyyat zamanı düz bağırsağın həmçinin intraperitoneal hissəsinin də yaralanması və profuz qanaxmanın olması aşkar edilir. Cərrahin taktikası necə olmalıdır?

- Əgər qanaxmanın saxlanması mümkün deyilsə, daxili qalça arteriyası bağlanılmalı, düz bağırsağın intraperitoneal yarası tikilib siqmostoma qoyulmalı, operativ müdaxilə pararektal sahənin drenajı ilə başa çatdırılmalıdır. Yaralar birincili cərrahi işlənməlidir.

125) 21 yaşlı H.Z., hospitala çanağı dəlib-keçən güllə yarası, düz bağırsağın ampulyar və anal hissəsinin yaralanması, çanaq sümüklərinin və sol budun boynunun açıq sınığı, III dərəcəli travmatik şok diaqnozu ilə daxil olmuşdur. Rentgen müayinəsi olunmuşdur. Laparotomiya zamanı geniş peritonarxası hematoma aşkar olunur. Peritonardaxili orqanlarda yaralanma qeyd edilməmişdir. Siqmastoma qoyuldu, laparotomiya yarası qatlarla tikildi. Operativ müdaxiləni necə yekunlaşdırarsınız?

- Xəstəyə şok əleyhinə müalicə tədbirləri operativ müdaxilə başa çatdıqdan sonra da davam etdirilməli, pararektal sahə drenaj olunmalı, düz bağırsaq yaralarının tikilməsinə çalışmaq lazımdır. Yara birincili cərrahi işlənməli, sarınmalı, sol buda skelet dartması qoyulmalı və çanaq fiksə olunmalıdır.

126) 24 yaşlı Q.N., hospitala sol sağırının kor güllə yarası, qalça sümüyünün sınığı, II dərəcəli travmatik şok diaqnozu ilə daxil olmuşdur. Rentgen müayinəsində çanağın yumşaq toxumaları arasında 0,7x0,9 sm ölçülü metal qəlpə (güllə) görünür. Qarın yumşaqdır, bir qədər gərginlik hiss olunur. Yarası birincili cərrahi işləndi, laparosentez olundu, zədənmə əlamətləri yoxdur. Qarında gərginliyin səbəbini nə ilə izah etmək olar?

- Xəstədə qalça sümüyünün sınığı ilə əlaqədar peritonarxası hematomanın əmələ gəlməsi qarın boşluğu orqanlarının zədələnməsinə simulyasiya etmişdir. Lüzumsuz laparotomiyaya yol verilməməsi məqsədlə laparosentez həyata keçirilmiş, daxili orqanların zədələnməsinə olan şübhə aradan qaldırılmışdır.

127) 19 yaşlı Ə.R., hospitala sol oma-qalça nahiyəsinin kor güllə yarası diaqnozu ilə daxil olmuşdur. Yaralı rentgen müayinəsindən keçirilmiş, sağ qalça sümüyünün deşilmiş sınığı aşkar olunur, çanağın yumşaq toxumaları arasında güllənin kölgəsi görünür. Yaralı sarğı otağına götürüldü, yara cərrahi işləndi, güllə çıxarıldı, yara kanalı drenaj olundu. Burada güllə daxil də keçə bilərdi. Şübhəli hallarda hansı diaqnostik üsullardan istifadə edilməsi məsləhətdir?

- Çanağın bütün kor yaralanmalarında rentgen müayinəsi mütləq həyata keçirilməlidir. Bəzən qeyri-stabil silahlarla yaralanmalarda zədələnmə sərپən xarakterli ola bilər, yəni güllə bir kanal boyunca gedib, sərt toxumaya rast gəlməklə öz istiqamətini 180 dərəcə dəyişə bilər. Rentgen şəklində yumşaq toxumada güllənin görünməsi həkimi çaşdırma bilər. Daxili orqanların zədələnmə halı yaddan çıxarılmamalıdır. Bu kimi hallarda yaralanmanın klinik gedişi başlıca vacib şərtədir. Şübhə olduqda laparosentez olunmalı vulneoqrafiya tətbiq olunmalıdır.

128) 32 yaşlı Z.T., hospitala çanağın sağ yarısını dəlib-keçən güllə yarası, qalça sümüyünün deşikli sınığı, II dərəcəli travmatik şok diaqnozu ilə daxil olmuşdur. Qarın bir qədər gərgindir. Müalicə taktikasının müəyyənəşdirilməsi üçün hansı yardımçı müayinə üsullarından istifadə edilməlidir?

- Əksər çanaq sınıqlarında peritonarxası hematomanın baş verməsi qarın orqanlarının zədələnməsinə simulyasiya edir. Belə hallarda laparosentez həyata keçirilməli və yaralı dinamik müşahidə altında saxlanılmalıdır.

129) 23 yaşlı M.B., yaralandıqdan 40 dəqiqə sonra hospitala sağ sağrı nahiyəsinin kor güllə yarası diaqnozu ilə gətirilmişdir. Ümumi vəziyyəti orta ağırlıqdadır. Qarın yumşaqdır, palpasiya zamanı yüngül ağrılar qeyd edilir. Nəbzi 85 ritmik, orta dolğunluqludur. A/T 115/70 mm c.s. Laparosentez olundu, qanlı maye alındı. Laparotomiya zamanı nazik bağırsağın yaraları aşkar olundu və tikildi. Yaralının ilk baxışda qismən yüngül olması nə ilə izah edilməlidir?

- Yaralanmadan sonrakı qısa müddət ərzində bəzən yaralının ümumi vəziyyətinin qənaətbəxş, yaxud orta ağırlıqlı olması həkimi arxayın etməməlidir. Əgər daxili orqanların zədələnməsinə şübhə varsa, xəstənin vəziyyətinin ağırlaşmasını gözləmədən müayinələr davam etdirilməli, laparosentezin yerinə yetirilməsindən çəkinməməlidir.

130) 20 yaşlı S.Q., sağ sağrı nahiyəsinin kor güllə yarası diaqnozu ilə yaralandıqdan 40 dəqiqə sonra hospitala gətirilmişdir. Ümumi vəziyyəti orta ağırlıqdadır?. Şikayəti yara nahiyəsində ağrılardandır. Yara kanalının müayinəsində qalça sümüyünün deşikli sınığının olması aydınlaşdırıldı. Qarın yumşaqdır, zəif ağrılar qeyd edilir. Rentgen müayinəsində sol qasıq nahiyəsində güllə aşkar edilir. Laparosentez borusundan qanlı maye alınmışdır. Laparotomiya olundu, nazik bağırsağ dörd yerdən deşilmişdir. Xəstənin müalicəsində hansı xarakter əlamətə xüsusilə fikir vermək lazımdır?

- Güllə sağ sağrı nahiyəsindən qalça sümüyünü deşərək çanaq boşluğuna keçmiş və sol qasıq nahiyəsində dayanmışdır. Rentgen müayinəsi bunu təsdiq edir. Yaralının vəziyyətinin bir o qədər də ağır olmaması həkimi aldatmamalı rentgen müayinəsi və laparosentezin həyata keçirilməsi yaddan çıxarılmamalıdır.

131) 20 yaşlı A.Q., hospitala sol sağrıdan girib, bel nahiyəsindən çıxan və sol kürək nahiyəsinin kor güllə yarası, II dərəcəli travmatik şok diaqnozu ilə daxil olmuşdur. Kürək nahiyəsindən 7,62 diametrli avtomat gülləsi çıxarıldı. Sağrıdan girən güllə yarası daxilə keçməyib, kürək nahiyəsindən çıxmışdır. Göründüyü kimi 7,62 avtomat gülləsi toxumalarda düz istiqamətdə kanal açmışdır. Müalicə taktikasının təyininə güllənin diametrinin və kimi rolu var? Əgər güllə 5,45 diametrli olsaydı, daha nəyə fikir vermək vacib idi?

- Sağrının kor güllə yaralanmalarında yaranın daxilə keçib-keçməməsi, daxili orqanların zədələnməsi halı mütləq dəqiqləşdirilməlidir. Bunun üçün rentgen müayinəsi vacibdir. Güllənin yumşaq toxumalarda olması yaralanmanın daxilə keçməməsinə sübutdur. Lakin qeyri-stabil güllə yaralanmasında güllənin yumşaq toxumalarda olması hələ yara kanalının daxilə keçməməsi deyildir. Bu halda güllə dolanbac yol keçərək, yenidən yumşaq toxumalarda yerləşə bilər.

132) 31 yaşlı Ç.Y., sağ budun yuxarı hissəsinin kor qəlpə yarası ilə hospitala ağır vəziyyətdə daxil olmuşdur. Nəbzi 100-105 ritmik, A/T 85/35 mm c.s-dur. Budun yuxarı hissəsində 3x5 santimetr ölçüdə qəlpə yarası vardır. Düz bağırsağdan qan gəlir. Rentgen müayinəsində sağ oturaq və qalça sümüüyünün sınığı, çanaq boşluğunda 0,5x1,5 sm böyüklüyündə qəlpə aşkar olunur. Cərrahi taktika nədən ibarət olmalıdır?

- Budun yuxarı 1/3-nin kor yaralanmalarında, xüsusilə yaralının vəziyyətinin ağır olduğu halda daxili orqanların zədələnməsi ehtimalı yaddan çıxarılmamalıdır. İlk növbədə rentgen müayinəsi olunmalı, güllə, yaxud qəlpənin yerləşdiyi yer dəqiqləşdirilməlidir. Burada düz bağırsağdan qan gəlməsi onun yaralanmasına başlıca sübutdur.

133) 18 yaşlı M.C., hospitala sağ budun kor güllə yarası diaqnozu ilə daxil olmuşdur. Sağ budun orta 1/3-də 0,4 sm diametrli kiçik güllə yarası qeyd edilir və sol qalça nahiyəsində hematomanın olması diqqəti cəlb edir. Düz bağırsağın müayinəsində bağırsağ qanaxması aşkar olunur. Sidik təmizdir. Rentgen müayinəsində sol budun orta 1/3-də güllə qeyd edilir. Operativ müdaxilə zamanı sol bud arteriyasının zədələnməsi aşkar olundu, autovenoz plastika həyata keçirildi. Güllə yumşaq toxumalardan çıxarıldı. Laparotomiya olundu. Qarın boşluğu orqanları təftiş olundu, düz bağırsağın yarası tikildi, siqmastoma qoyuldu. Qarın boşluğu bağlandıqdan sonra pararektal sahə drenaj olundu. Giriş yarası cərrahi işləndi. Yaralanmada xarakterik cəhət nədən ibarətdir?

- Yaralanma qeyri-stabil güllənin təsirindən baş vermişdir. Oxvari elementlər də bu xarakterə malikdir. Budun orta 1/3-dən dəymiş güllə qalça nahiyəsini, düz bağırsağın ekstraperitoneal hissəsini zədələyərək öz istiqamətini dəyişmiş və yenidən budun orta 1/3-də yumşaq toxumalarda dayanmışdır.

134) 20 yaşlı R.İ., yaralandıqdan 1,5 saat sonra çanağın sağından girib, sağ budun yuxarı hissəsindən çıxan güllə yaralanması, çanaq sümüklərinin sınığı, sidik kanalının qırılması, III dərəcəli travmatik şok diaqnozu ilə hospitala daxil olmuşdur. Sidik kanalı plastika edildi. Episistostoma qoyuldu. Operativ müdaxiləni siz necə yerinə yetirərdiniz? Daha hansı müayinə üsullarını həyata keçirərdiniz?

- Hərba-səhra cərrahlığı şəraitində sidik kanalının zədələnmələrində yaranın cərrahi işlənməsi və episistomanın qoyulması ilə kifayətlənməlidir. Çünki əksər hallarda həyata keçirilən uretranın plastikası əməliyyatı müsbət nəticə vermir. Bu əməliyyat yalnız təxliyənin son mərhələsində yerinə yetirilməlidir,

yaxud yaralının vəziyyəti və döyüş şəraiti buna imkan verirsə, onun birbaşa ixtisaslaşdırılmış yardım mərhələsinə köçürülməsi daha məsləhətdir.

135) 20 yaşlı S.A., sol bazunun başı və boynunun açıq sınığı, qarın boşluğuna soldan dəlib-keçən güllə yarası, oma sümüyünün sınığı, III dərəcəli travmatik şok diaqnozu ilə hospitala daxil olmuşdur. Laparosentez olundu, qan alındı. Laparotomiyada enən çənbər bağırsağın ekstraperitoneal hissəsinin yaralanması aşkar olundu. 0,4 sm diametrlə yara tikilib, ekstraperitonizə olundu. Yaralar birincili cərrahi işləndi, sol bazu sümüyü hərəkətsizləşdirildi. Yaralanma nə ilə xarakterdir?

- Yoğun bağırsağın müsaqirəsiz hissələrinin ekstraperitoneal zədələnmələri gözlə görünür. Bununçun bağırsağ mobil vəziyyətə gətirilməklə onun arxa peritondan xaric səthi açılıb müayinə olunmalıdır. Yoğun bağırsağın bütün zədələnmələrində zədə nahiyəsi kənara çıxarılıb, stoma qoyulmalıdır. Yoğun bağırsağın kiçik yaralarında yara tikilib ekstraperitonizə oluna bilər. Bu şərtlə ki, yaralı kritik vəziyyətdən çıxana kimi eyni cərrahin nəzarətində saxlanılsın.

136) 24 yaşlı Ş.V., bədənin çoxsaylı qəlpə yaralanmaları, daxili qanaxma, III dərəcəli travmatik şok diaqnozu ilə hospitala daxil olmuşdur. Rektal müayinədə düz bağırsağın yaralanması aşkar olunur. Laparotomiya olundu, qarın boşluğunda 300 ml qan vardır, geniş peritonarxası hematoma, düz bağırsağın intraperitoneal hissəsinin yarası qeyd edilir. Yaralar tikildi, qarın boşluğu drenaj olundu, siqmastoma qoyuldu. Laparotomiya yarası qatlarla tikildi. Yaralar cərrahi işləndi. Operativ müdaxiləni necə başa vurmaq lazımdır?

- Düz bağırsağın ekstraperitoneal hissəsi zədələndiyindən operativ müdaxilə pararektal sahənin drenajı ilə başa çatdırılmalıdır. Düz bağırsağın ekstraperitoneal yarasının tikilməsi çətinlik törətdiyi hallarda yara tikilməyə də bilər.

137) 10 yaşlı Q.Ə., sağ sağrı nahiyəsinin kor güllə yaralanması, oma sümüyünün sınığı, daxili qanaxma, III dərəcəli travmatik şok diaqnozu ilə hospitala daxil olmuşdur. Laparotomiya olundu, qarın boşluğunda 1 litrdən artıq qan vardır. Təftiş zamanı nazik bağırsağın iki yerdən deşilmsi aşkarlanmışdır. Geniş peritonarxası hematoma qeyd edilir. Güllə qarının sağ yarısında yumşaq toxumalardan çıxarıldı. Bağırsağ yaraları tikildi. Operativ müdaxiləni siz necə yerinə yetirərdiniz?

- Əvvəla qarın boşluğunda bir litr qanın olması təkcə bağırsağın deşilməsindən ola bilməz. İlk növbədə bağırsağın müsariqəsi yoxlanılmalı, qarın boşluğu orqanları təftiş olunmalı, böyrəklərin tamlığı yoxlanılmalı, qanaxmanın qarşısı alınmalıdır. Əgər böyrəyin zədələnməsinə şübhə varsa, retroperitoneal sahə açılması, zədələnmənin formasından asılı olaraq böyrəkdə operativ müdaxilə yerinə yetirilməli, retroperitoneal sahə drenaj olunmalı və peritonun arxa divarı bərpa olunmalıdır. Yalnız bundan sonra bağırsağ üzərində əməliyyat yerinə yetirilməlidir.

138) 18 yaşlı O.R., sağ sağrı nahiyəsinin kor güllə yarası, III dərəcəli travmatik şok, daxili qanaxma diaqnozu ilə hospitala daxil olmuşdur. Sidik təmizdir. Rektal müayinədə bağırsaqda qan yoxdur. Laparotomiya olundu, qarın boşluğunda 2 litr qan vardır, qaraciyər, qalxan çənbər bağırsağın yaralanması, sağ qalça sümüyünün sınığı, geniş peritonarxası hematoma qeyd edilir. Qaraciyər yarası tikildi, bağırsağ yarası böyük olduğundan sağtərəfli hemikolektomiya yerinə yetirildi, ileo-transverz-anastomoz qoyuldu. Operativ müdaxilə zamanı daha nəyə diqqət verilməli idi?

- Geniş peritonarxası hematomalarda peritonarxası orqanların, ilk növbədə böyrəyin zədələnməsi inkar olunmalıdır. Təkcə sidiyin rənginin şəffaf olması hələ böyrəyin zədələnməsi üçün kifayət deyildir.

139) 24 yaşlı Ş.İ., yaralandıqdan 1 saat 10 dəqiqə sonra çanaq nahiyəsinin kor güllə yarası, sağ qalça sümüyünün deşikli sınığı, II dərəcəli şok diaqnozu ilə hospitala daxil olmuşdur. Yara təftiş olundu. Yara kanalı daxilə keçmir. Yaranın təftişi zamanı peritonü hematoma qeyd edilir. Müalicə taktikası nədən ibarət olmalıdır?

- Odlu silah yaralanmasında təkcə yara kanalının daxilə keçməməsi hələ daxili orqanların zədələnməməsi demək deyildir. Bu kimi hallarda laparosentez olunmalı, daxili orqanların zədələnməsinə şübhə olarsa, qarın boşluğu açılmalı və təftiş olunmalıdır.

140) 20 yaşlı Ə.Ş. hospitala çanağın sol yarısının kor güllə yarası, çanaq sümüklərinin sınığı, II-III dərəcəli travmatik şok diaqnozu ilə daxil olmuşdur. Peritonü sahədə hematoma qeyd edilir. Peritonun tamlığı pozulmamışdır. Yara birincili cərrahi işləndi. Laparosentez olundu, borudan möhtəviyyət və qan gəlmir. Yaralı palataya keçirildi. İki saatdan sonra ağrının artması, köpün olması qeyd edilir. Peritonun qıcıqlanma əlamətləri şübhəlidir. Laparosentez borusundan zəif hemorragik maye xaric olmuşdur. Yaralı təkrari operativ müdaxiləyə götürüldü. Laparotomiya olundu, təftiş zamanı qalça bağırsağın terminal hissəsində lokal qansızma və bağırsağın deşilməsi aşkar olundu. Geniş peritonarxası hematoma qeyd edilir. Bağırsaq yarası tikildi. Buraxılmış taktiki səhv nədən ibarətdir?

- Peritonü sahədə hematomanın olması diaqnostik laparotomiyaya göstərişdir. Bu kimi hallarda laparosentez borusundan möhtəviyyətin gəlməməsi hələ daxili orqanların zədələnməməsi demək deyildir. Burada laparotomiya 2 saat gecikdirilmişdir.

141) 22 yaşlı S.F. qarın boşluğu və kiçik çanağın kor və dəlib-keçən çoxsaylı güllə yarası, III dərəcəli travmatik şok, daxili qanaxma əlamətləri ilə hospitala daxil olmuşdur. Laparotomiya olundu, qarın boşluğunda 1 litrdən artıq qan vardır. Çanaq dibinin güllə yarası aşkar olunur, sidik kanalı boynunun zədələnməsi, nazik bağırsağın, yoğun bağırsağın çoxsaylı yaraları aşkar edilir. Nazik bağırsaq 90 sm uzunluqda rezeksiya olundu. Yoğun bağırsaq («S» vari və enən çənbər bağırsaq) rezeksiya olundu, kolostoma qoyuldu. Operativ müdaxiləni necə başa vurarsınız?

- Bağırsaq total yaxud hissəvi intubasiya olunmalı, qarın boşluğu yuyulmalı və müvafiq qaydada drenaj olunmalıdır. Bağırsağın musariqəsinin novokainlə blokadası yaddan çıxarılmamalıdır.

142) 22 yaşlı Q.F. hospitala çanağın sol tərəfli kor və sağ tərəfli frontal istiqamətli torakoabdominal dəlib-keçən güllə yarası, III dərəcəli travmatik şok, daxili qanaxma əlamətləri ilə daxil olmuşdur. Hər iki plevra boşluğu punksiya olundu, soldan qan alındığı üçün torakosentez həyata keçirildi. Qarın gərgindir. Laparotomiya olundu. Qarın boşluğunda 2 litrdən artıq qan vardır. Qaraciyər göndələn çənbər bağırsağın zədələnməsi, qasıq sümüklərinin sınığı, sidik kisəsinin ekstrapitoneal hissəsinin (boyun hissəsinə yaxın) yaralanması qeyd edilir. Sidik kisəsinə qoyulmuş kateterdən qan gəlir. Müalicə taktikası nədən ibarət olmalıdır?

- Xəstədə çoxsaylı güllə yaralanması vardır. Vəziyyəti ağırdır. Qaraciyərin yarası tikilməli, zədələnmənin böyüklüyündən asılı olaraq öd yolları drenaj olunmalıdır. Diafraqmanın tamlığı bərpa

olunmalı, göndələn çənbər bağırsağ yaranın böyüklüyündən asılı olaraq rezeksiya oluna bilər. Yoğun bağırsağın bütün yaralanmalarında kolostoma qoyulmalıdır. Sidik kisəsinə episistostoma borusu keçirilməli, qarın boşluğu yuyulub drenaj olunmalıdır. Operativ müdaxilə paravezikal sahənin Buyalski-Mak Uortter üsulu ilə drenaj olunması və yaraların cərrahi işlənməsi ilə başa çatdırılmalıdır.

143) 36 yaşlı H.H. hospitala qapalı kəllə-beyin travması, ənsə nahiyəsinin cırılmış yarası, çanağın qəlpə yarası, çanaq sümüklərinin açıq sınığı, sidik kanalı və sidik kisəsinin ekstraperitoneal yaralanması, III dərəcəli travmatik şok diaqnozu ilə daxil olmuşdur. Xəstənin başı rentgen müayinədən keçirildi, sınıq aşkar edilmədi, huşu aydındır, anizokariya qeyd edilməyir. Operativ müdaxiləni necə başa vurarsınız?

- Operativ müdaxilə paravezikal sahənin drenajı və yaraların cərrahi işlənməsi ilə başa çatdırılmalıdır. Operativ müdaxilədən sonrakı müddət yaralının mərkəzi sinir sisteminin fəaliyyətinə nəzarət olunmalıdır.

144) 18 yaşlı H.B. hospitala sağ sarğının qarın boşluğuna keçən kor güllə yarası, sağ qalça sümüyünün sınığı, III dərəcəli travmatik şok diaqnozu ilə daxil olmuşdur. Sidikdə qan var. Laparotomiya olundu, qarın boşluğunda yarım litrdən artıq qan vardır, «S»-vari bağırsağ, nazik bağırsağ və sidik kisəsi zədələnmişdir. Paravezikal sahədə hematoma qeyd edilir. Nazik bağırsağ 80 sm uzunluqda reaksiya olundu. «S»-vari bağırsağ yarası tikildi, ekstraperitonizə olundu. Sidik kisəsi yaraları tikildi, episistostoma qoyuldu. Operativ müdaxiləni necə başa vurmaq lazımdır?

- Nazik bağırsağ intubasiya olunmalı, müsəriqə kökünə novokain məhlulu yeritməli, qarın boşluğu yuyulub drenaj olunmalıdır. Operativ müdaxilə paravezikal sahənin drenajı və yaraların cərrahi işlənməsi ilə başa çatdırılmalıdır.

145) 23 yaşlı M.N. anal dəlik nahiyəsindən girib, sağ sağı nahiyəsindən çıxan güllə yarası ilə hospitala daxil olmuşdur. Müayinə zamanı arxa uretranın qırılması, oturaq sümüyünün qəlpəli sınığı aşkar olunur. Uretraya daimi kateter keçirilib, plastika edildi, episistostoma qoyuldu, yaralar birinci cərrahi işləndi. Laparosentez borusundan möhtəviyyat gəlmir. İxtisaslı yardım prosesində nə kimi səhvə yol verilmişdir?

- Hərbi-səhra cərrahlığı şəraitində sidik kanalının zədələnmələrində episistostoma qoyulmalı, kanalda heç bir plastik operativ müdaxilə aparılmamalıdır. Düz bağırsağın ekstraperitoneal zədələnmələrində pararektal sahə drenaj olunmalı və siqmastoma qoyulmalıdır.

146) 22 yaşlı H.B. hospitala hər iki sağrının çanaq boşluğuna keçən kor qəlpə yaralanması, II-III dərəcəli travmatik şok diaqnozu ilə daxil olmuşdur. Sidik təmizdir. Pararektal və paravezikal sahədə geniş hematoma qeyd edilir, düz bağırsağın ekstraperitoneal hissəsinin yaralanması aşkar olunur. Laparosentez borusundan qan gəlmir. Laparotomiya olundu. Geniş peritonarxası hematoma qeyd edilir. Daxili orqanlarda patologiya yoxdur. «S»-vari bağırsağ kənara çıxarıldı və sitmostoma qoyuldu. Operativ müdaxiləni necə başa vurarsınız?

- Pararektal və paravezikal sahənin hematoması boşaldılmalı və drenaj edilməlidir. Əgər qanaxma dayanmazsa, daxili qalça arteriyası bağlanılmalıdır.

147) 24 yaşlı M.V. sol ileo-sakral sahədən çanaq boşluğuna keçən kor qəlpə yarası, bədənin çoxsaylı qəlpə yaraları, III dərəcəli travmatik şok diaqnozu ilə hospitala daxil olmuşdur. Laparotomiya olundu, qarın boşluğunda 350 ml-dən artıq qan vardır. Peritonun aşağı hissəsi açıldı düz bağırsağın ekstraperitoneal hissəsi təftiş olundu və onun yaraları tikildi. Operativ müdaxiləni necə başa vurmaq lazımdır?

- Qarın boşluğu sanasiya olunmalı, siqmastoma qoyulmalı və pararektal sahə drenaj olunmalıdır. Operativ müdaxilə yaraların cərrahi işlənməsi ilə başa çatdırılmalıdır.

148) 23 yaşlı V.Ç., hospitala bədənin çoxsaylı qəlpə yaraları, sol qoltuqaltı nahiyənin kor qəlpə yaranması, sol böyürdən girib, aralığı və düz bağırsağı dağdan qəlpə yarası, III dərəcəli travmatik şok, daxili qanaxma diaqnozu ilə yaralandıqdan 3 saat sonra daxil olmuşdur. Müalicə taktikası nədən ibarət olmalıdır?

- Xəstəyə laparotomiya olunmalı, qarın boşluğu təftiş olunmalı, siqmastoma qoyulmalı, operativ müdaxilə pararektal sahənin drenajı və yaranın cərrahi işlənməsi ilə başa çatdırılmalıdır.

149) 23 yaşlı Z.R., bədənin çoxsaylı qəlpə yaraları aralıq və xayalığın cırılmış yarası, II-III dərəcəli travmatik şok diaqnozu ilə hospitala daxil olmuşdur. Sol xaya xaricə çıxmışdır. Qanaxma və hematomalar qeyd edilir. Cərrahın taktikası nədən ibarət olmalıdır?

- Yaralar birincili cərrahi işlənməsi, qanaxma saxlanılmalı, hematomalar boşaldılmalıdır. Xayalıqdan kənara çıxmış xaya müayinə olunmalı, ciddi zədələnmə yoxdursa, antiseptik məhlullarla yuyulub xayalığa salınmalı, xayalığa seyrək tikişlər qoyulmalıdır. Xaya dərin dəyişikliyə uğramışsa, axırını kəsilib götürülməlidir.

150) 19 yaşlı D.R., sağ sağırının, qasıq büküşünün, xayalığın və xarici cinsiyyət orqanının yaranması, sağ budun başının sınığı, II-III dərəcəli travmatik şok diaqnozu ilə daxil olmuşdur. Müalicə taktikası nədən ibarət olmalıdır?

- Xəstəyə rentgen müayinəsi olunmalı, şokdan çıxdıqdan sonra yaralar birincili cərrahi işlənməli, həyati qabiliyyəti olmayan xaya kəsilib götürülməli, xarici cinsiyyət orqanının kaveroz hissəsi tikilməli, ətrafa skelet dartması qoyulmalıdır.

151) 26 yaşlı M.Ş., sağ aşağı ətrafın bud-çanaq oynağı bərabərində travmatik amputasiyası, sağ əlin III-IV barmaqlarının travmatik amputasiyası, xayalığın və sağ xayanın zədələnməsi, massiv qanitirmə, III dərəcəli travmatik şok diaqnozu ilə səhra hospitala daxil olmuşdur. Müalicə taktikası nədən ibarət olmalıdır?

- İlk növbədə xəstənin şokdan çıxarmaq lazımdır. Şokdan çıxdıqdan sonra yaralının sağ aşağı ətrafı bud-çanaq oynağı bərabərindən ekzartikulyasiya olunmalı, yaralar birincili cərrahi işlənməli, xayalığa seyrək tikişlər qoyulmalı, laparosentez olunmalıdır. Daxili orqanların zədələnməsinə şübhə olduqda laparotomiya həyata keçirilməlidir.

152) 19 yaşlı Q.S., sol budun və xayalığın müştərək güllə yarası diaqnozu ilə hospitala daxil olmuşdur. Obyektiv müayinədə sol budun yuxarı 1/3-də yumşaq toxumanı dəlib-keçən və xayalıqdan çıxan güllə yarası vardır. Xayalığın sol tərəfindəki yara daha genişdir. Xaya qismən bayıra çıxmışdır. Müalicə taktikası nədən ibarət olmalıdır?

- Yaralar birincili cərrahi işlənməli, xaya çox zədələnmişsə, kənar edilməli, səthi zədələnmə var isə axırncı antiseptik məhlullarla yuyulduqdan sonra xayalığa salınmalı, boşluğunda rezin buraxıcı saxlanılmaqla xayalığa tikişlər qoyulmalıdır.

Fəqərə sütunu (onurğa) yaralanmaları

153) 19 yaşlı M.A., sol bazu oynaqının çoxsaylı qəlpə yaralanması, bazu sümüyünün açıq sınığı, qarının kor qəlpə yarası, IV-V döş fəqərələrinin sınığı, onurğa beyin zədələnməsi, massiv qanıtırmə, III dərəcəli travmatik şok diaqnozu ilə səhra hospitalına daxil olmuşdur. Müalicə taktikası nədən ibarət olmalıdır?

- Qanaxmanın kəsilməsi üçün yara tamponada edilməli, şok əleyhinə intensiv müalicə aparılmalı, yaralı yerində (ehtiyatla) rentgen müayinəsindən keçirilməlidir. Əgər yaralanma daxilə keçib, pnevmotoraks, hematoraks əlamətləri varsa, torakosentez olunmalı, xaric olan qanın və havanın həcmindən asılı olaraq müalicə taktikası dəqiqləşdirilməlidir. Unutmamalıdır ki, yaralanma torakoabdominal xarakterə də malik ola bilər. Torakotomiyaya göstəriş yoxdursa, fəqərə sütunu nahiyəsindəki yara təftiş olunmalı, sümük qəlpələri çıxarılaqla onurğa beyni sıxılmadan azad olunmalıdır. Əgər torakotomiyaya göstəriş varsa, bu həyata keçirilməli, intraoperasion tapıntıdan asılı olaraq tədbirlər görülməli və fəqərə qırıntıları transplevral yolla çıxarılaqla onurğa beyni sıxılmadan azad olmalıdır. Operativ müdaxilənin axırında fəqərə sütunu müvafiq qaydada fiksə olunmalıdır.

154) 23 yaşlı M.R., qarın boşluğunu dəlib-keçən güllə yarası, XII döş və I-II bel fəqərələrinin sınığı, onurğa beynin zədələnməsi, daxili qanaxma, III dərəcəli şok diaqnozu ilə səhra hospitalına gətirilmişdir. Sidikdə qan vardır. Laparosentez olundu, rezin borudan qan gəlir. Müalicə taktikası nədən ibarət olmalıdır? Qarın boşluğunun təftişi necə başlanılmalı və başa çatdırılmalıdır?

- Xəstədə daxili qanaxma əlamətləri vardır. Qısa müddət şok əleyhinə tədbirlər həyata keçirilməklə xəstəyə yerində rentgen müayinəsi aparılmalı, təcili laparotomiya olunmalı, qanaxmanın qarşısı alınmalıdır. İntraoperasion tapıntıdan asılı olaraq, tələb olunan tədbirlər görülməli peritonarxası hematoma açılıb boşaldılmalı, fəqərə qırıntılarının çıxarılaqla onurğa beyni sıxılmadan azad olunmalıdır (atipik laminektomiya həyata keçirilməlidir). Qarın boşluğu orqanlarının təftişi parenximatöz orqanlardan başlanıb, boşluqlu orqanlarda qurtarmalıdır. Nazik bağırsaqlar Treys bağından başlaqlıq, ileosekal güncə kimi, yoğun bağırsaqlar isə ileosekal sahədən saat əqrəbi istiqamətində rektosiqmoidal sahəyə qədər müayinə olunmalıdır.

155) 21 yaşlı Ə.Ş., boynun sagittal istiqamətdə dəlib-keçən güllə yarası, traxeya, qida borusu və fəqərə sütununun yaralanması, tetraplegiya, III dərəcəli travmatik şok diaqnozu ilə səhra hospitalına gətirilmişdir. Yaralıda kəskin asfiksiya əlamətləri qeyd olunur. İxtisaslı yardım nədən başlanılmalı, müalicə taktikası nədən ibarət olmalıdır?

- İlk növbədə xəstəyə traxeostoma qoyulmalı, əgər bu mümkünsə traxeostoma borusu traxeyanın zədə nahiyəsindən keçirilməli, şok əleyhinə intensiv müalicə aparılmalıdır. Qida borusunun yarası tikilib bərpa olunmalı, laminektomiya həyata keçirilməklə tetraplegiyanın aradan qaldırılmasına cəhd göstərilməlidir. Operativ müdaxilə yaranın cərrahi işlənməsi və boynun fiksasiyası ilə başa çatdırılmalıdır.

156) 21 yaşlı V.F., hospitala döş qəfəsinin kor güllə yarası, IX-X döş fəqərələrinin zədələnməsi, III dərəcəli travmatik şok diaqnozu ilə daxil olmuşdur. Yaralıda aşağı paraplegiya əlamətləri vardır. Müalicə taktikası nədən ibarət olmalıdır?

- Xəstəyə şok əleyhinə intensiv müalicə tədbirləri həyata keçirilməli, rentgen müayinəsi aparılmalıdır. Yara kanalı daxilə keçməmişdirsə, yara genişləndirilməli, sınımış fəqərə qırıqlarının çıxarılması ilə onurğa beyni sıxılmadan azad edilməli və fəqərə sütunu fiksə edilməlidir. Əgər yara kanalı daxilə keçmiş və daxili qanaxma əlaməti varsa, laparotomiya olunmalı, qanaxma saxlanılmalı, qarın boşluğu təftiş olunmalıdır.

157) 24 yaşlı M.A., sağ kürək nahiyəsindən girib, fəqərə bərabərindən çıxan güllə yarası diaqnozu ilə hospitala daxil olmuşdur. Ümumi vəziyyəti qənaətbəxşdir. Rentgen müayinəsində fəqərələrin sınığı qeyd edilməyir. Ağciyərlər nəfəs aktında sərbəst iştirak edir. Yaralar biricili cərrahi işləndi. Nevroloji əlamətlər qeyd edilir. Sizin ilkin diaqnozunuz? Müalicə taktikası nədən ibarət olmalıdır?

- Yaralıda paravertibral zədələnmə, onurğa beyninin kontuziyası əlamətləri vardır. Yaralar biricili cərrahi işlənməli, neyrotrop dərman preparatları tətbiq edilməli və yaralı vəziyyətdən çıxdıqdan sonra yüngül yaralılar üçün ayrılmış hospitala, yaxud nevroloji şöbəyə köçürülməlidir.

158) 43 yaşlı İ.M., bel nahiyəsinin səthi kor qəlpə yaralanması ilə, hospitala daxil olmuşdur. Yaralıda şok, qanaxma və nevroloji əlamətlər qeyd edilmir. Yaralar biricili cərrahi işləndi, xırda metal qəlpələri çıxarıldı, sarğı qoyuldu. Sonrakı müalicə taktikası nədən ibarət olmalıdır?

- Xəstədə fəqərə sütunu nahiyəsinin kanala keçməyən səthi qəlpə yaraları vardır. Nevroloji əlamətlər yoxdur. Yara biricili cərrahi işlənilmiş, xırda metal qəlpələr çıxarılmışdır. Xəstə yüngül yaralılar hospitalına köçürülməli, yaxud sağalmaqda olan komandanın tərkibinə daxil edilməlidir.

Ətraf yaralanmaları

159) 31 yaşlı H.B., mina partlayışı nəticəsində çoxsaylı qəlpə yaralanması ilə hospitala daxil olmuşdur. Yaralıda kəskin qanıtirmə və III dərəcəli şok əlamətləri vardır. Sağ bud arteriyası və venasının zədələnməsi əlamətləri qeyd edilir. Uç-uca anastomoz qoyulmaqla arteriyanın tamlığı bərpa olundu. Yaralıya 3 litrdən artıq qan köçürüldü. Yaralanmış ətrafda periferiyada nəbz saxlanılır. Sonrakı müalicə taktikası nədən ibarət olmalıdır?

- Bütün damar zədələnmələrində yanaşı sınığın olub-olmamasından asılı olmayaraq, ətraf fiksə olunmalı, 12-24 saatdan sonra yaralıya heparin təyin edilməli, vəziyyətdən çıxdıqdan sonra yaralı hospital bazaya damar cərrahlığı şöbəsinə təxliyə olunmalıdır.

160) 22 yaşlı Ə.E., qarnın kor güllə yarası, budun yuxarı 1/3-nin və qasıq nahiyəsinin böyük hematoması, sidik kisəsi və düz bağırsağın zədələnməsi, massiv qanitirmə, III dərəcəli travmatik şok diaqnozu ilə hospitala daxil olmuşdur. Müalicə taktikası nədən ibarət olmalıdır?

- Yaralanma qeyri-stabil güllə ilə törədilmişdir. Güllə çanaq boşluğundan keçməklə sidik kisəsinə və düz bağırsağı zədələyərək, öz istiqamətini dəyişmiş və qasıq nahiyəsinə keçmişdir. Massiv qanitirmə və şok əlaməti vardır. Xəstəyə şok əleyhinə intensiv müalicə aparılmalı, dövrən edən qanın həcmi bərpa olunmalı, rentgen müayinəsindən keçirildikdən sonra laparotomiya olunmalı, episistostoma və siqmostoma qoyulmalı, düz bağırsağ və sidik kisəsinin yaraları tikilməlidir. Yaralanma ekstraperitoneal xarakterə malik olarsa, paravezikal və pararektal sahələr də drenaj olunmalıdır. Qasıq nahiyəsindəki hematoma açılmalı, güllə çıxarılmalı, damarın zədələnmə xarakterindən asılı olaraq, üç-üçə anastomoz, yaxud autovenoz plastika həyata keçirilməlidir.

161) 33 yaşlı Ş.M., sağ budun 1/3-ni dəlib-keçən güllə yarası, bud arteriyası və venasının zədələnməsi diaqnozu ilə hospitala daxil olmuşdur. Arteriyanın yarası tikilmişdir, 2 gün sonra ətrafda kontraktura, tromboz əlamətləri qeyd edildiyindən ətraf amputasiya olunmuşdur. Xəstəyə daha hansı tədbirlər həyata keçirilməli idi? Operativ müdaxilə zamanı hansı səhvlərə yol verilmişdir?

- Damar zədələnmələrində trombozun profilaktikası qayğısına hələ cərrahi əməliyyatın yerinə yetirildiyi müddətdə qalınmalıdır. Operativ müdaxilə zamanı intima zədələnməməlidir, damarın periferik hissəsi heparinlə yuyulmalıdır. Müvafiq alətlər və tikiş materialı olmalıdır. Operativ müdaxilədən 12-24 saat sonra heparin müalicəsi aparılmalıdır. Yarada infeksiya əlamətləri olmamalıdır. Yaralıda anemiya, hipoproteinemiya, avitaminoz halları ləğv edilməlidir. Bu qaydalar pozulduqda tromboz əmələ gəlmə ehtimalı da çox olur.

162) 18 yaşlı Ə.Ə., yaralandıqdan bir həftə sonra sağ bazunun infeksiyalaşmış yarası, anemiya arterial qanaxma, III dərəcəli şok diaqnozu ilə ağır vəziyyətdə rayon xəstəxanasından səhra hospitalına köçürülmüşdür. Damar yarası tikilmiş, qanaxma saxlanılmışdır. Operativ müdaxilədən sonrakı dövr necə idarə olunmalıdır, xüsusilə nəyə daha çox fikir verilməlidir?

- Yaralıda infeksiya fonunda arroviz qanaxma baş vermişdir. Arteriyanın tamlığı bərpa olunmuş, qanaxma dayandırılmışdır. Əməliyyatdan sonra yaralı intensiv antibiotik müalicəsi almalı, antikoagulyantlar tətbiq edilməlidir. Vəziyyətdən çıxdıqdan sonra xəstə damar cərrahlığı şöbəsinə köçürülməlidir.

163) 26 yaşlı Ə.A., rayon mərkəzi xəstəxanasından səhra hospitalına sol budun kor qəlpə yaralanması, arterial qanaxma ilə daxil olmuşdur. Yaralı təcili olaraq operativ müdaxiləyə götürülmüş, operativ müdaxilə zamanı bud arteriyasının anevrizması aşkar olunmuşdur. Müalicə taktikası nədən ibarət olmalıdır?

- Bud arteriyası hər iki tərəfdən mobilizə olunmalı, anevrizma hissəsi kəsilib götürülməli və autovenoz plastika həyata keçirilməlidir.

Odlu silah yaralanmalarının müalicəsində meydana çıxan fəsadlaşmalar

164) 30 yaşlı A., hər iki aşağı ətraflın travmatik amputasiyası, sol bazu, çiyin qurşağının dərin ləqəpə yaralanması, döş qəfəsi və qarnın daxil keçən qəlpə yaralanması, sifət və gövdənin III dərəcəli termik yanığı (bədənin səthinin 40 faizdən çoxu) daxili qanaxma, III dərəcəli travmatik şok, yanq şoku ilə hospitala son dərəcə ağır vəziyyətdə daxil olmuşdur. Sol plevra boşluğundan alınmış 1,2 litr qan reinfuziya olunmuş, 45 dəqiqədən sonra yaralı tələf olmuşdur. Ölümün səbəbi sizcə nədən ibarət olmuşdur? Belə yaralanmalarda müalicə taktikası nədən ibarət olmalıdır?

- Xəstədə həyatla uyuşmayan travma olmuşdur. Travmanın kombinə xarakterli olması vəziyyəti daha da ağırlaşdırmış və ölümün daha tez baş verməsinə səbəb olmuşdur. Belə xəstələrə yalnız simptomatik müalicə göstərişdir.

165) 24 yaşlı S.R., yaralandıqdan 1 saat 40 dəqiqə sonra hospitala bədənin çoxsaylı qəlpə yaralanması, sol baldırın aşağı 1/3-ni travmatik amputasiyası, aşağı və yuxarı ətrafların, sifətin, II-III dərəcəli termik yanığı, III dərəcəli travmatik şok, yanq şoku diaqnozu ilə daxil olmuşdur. Sol baldırın aşağı 1/3-i amputasiya olunmuşdur. İnfuzion-transfuzion terapiyanın davam etdirilməsinə baxmayaraq, ölüm baş vermişdir. Sizcə ölümün səbəbi nədən ibarətdir?

- 164-də olduğu kimi analogi vəziyyətdir. Alınmış zədənin həyatla uyuşmamasıdır.

166) 21 yaşlı F.S., yaralandıqdan 6 saat sonra sol ayaq pəncəsinin dərin və geniş qəlpə yarası (mina yaralanması), ayaq daraqarxası sümüklərinin dağılmış sınığı, sol baldır sümüklərinin və ayaq daraq sümüklərinin çoxsaylı sınığı, hər iki pəncənin II-III dərəcəli donması, III dərəcəli travmatik şok diaqnozu ilə hospitala daxil olmuşdur. Müalicə taktikası nədən ibarət olmalıdır?

- Xəstədə kombinə şəkilli yaralanma vardır. Stasionara gec çatdırılmışdır. Yaralanmanın çoxsaylı olması, aşağı ətraflın travmatik amputasiyası və III dərəcəli travmatik şokun və qanıtirmənin olması vəziyyətin ağırlaşmasına səbəb olmuşdur. Xəstəyə ilk növbədə şok əleyhinə tədbirlər həyata keçirilməli, böyrəyin süzmə funksiyasına nəzarət olunmalıdır.

167) 25 yaşlı M.C., qarın boşluğuna keçən qəlpə yarası, sol budun pulsasiya edən hematoma, III dərəcəli travmatik şok diaqnozu ilə hospitala daxil olmuşdur. Sol bud arteriyası plastika olunmuş, bud venası bağlanmışdır. Laparotomiya zamanı qaraciyərin və nazik bağırsağın yaraları tikilmişdir. Operativ müdaxilədən sonrakı müalicə hansı istiqamətdə aparılmalıdır?

- Xəstə ağır travma və operativ müdaxilə keçirmişdir. Operativ müdaxilədən sonra xəstəyə ciddi intensiv terapiyanın aparılması vacibdir. Xüsusilə qanın reoloji xüsusiyyəti nəzərə alınmalı, ağrı simptomu aradan götürülməli, xəstəyə ciddi nəzarət olunmalı, dövrən edən qanın həcmi bərpa olunmalıdır. 12-24 saatdan sonra antikoagulyant müalicəsinə başlanılmalıdır.

168) 15 yaşlı Q.Ş., kəllədaxili qanaxma əlamətləri idlə hospitala daxil olmuşdur. Trepanasiya edilmiş, epidural hematoma ləğv edilmişdir. Operativ müdaxilədən 8 saat sonra asfiksiya (mərkəzi mənşəli) baş vermişdir. Traxeostoma qoyulmuş, yuxarı tənəffüs yolları sanasiya edilmişdir. Müalicə prosesində həkimin səhvi nədən ibarət olmuşdur?

- İnkişaf etmiş beyin ödeminə qarşı vaxtında lazımi tədbirlər görülməmiş, nəticədə mərkəzi mənşəli asfiksiya baş vermişdir. Xəstə süni tənəffüs aparatına keçirilməli, intensiv müalicə davam etdirilməlidir.

169) 23 yaşlı Ə.A., sifətin dərin qəlpə yaralanması, alt çənənin dağılmış sınığı, qanaxma, III dərəcəli travmatik şok diaqnozu ilə səhra hospitalına gətirilmişdir. Asfiksiya əlaməti olduğu üçün ilk növbədə traxeostoma qoyulmuş, yaralar birincili cərrahi işlənmiş, qanaxma saxlanılmış, sınıq nahiyəsi nəqliyyat şini vasitəsilə fiksə olunmuşdur. Sonralar fəsadlaşmaların profilaktikası məqsədilə daha hansı tədbirlər həyata keçirilməlidir?

- Xəstədə şokun təkrar olunmasına qarşı tədbirlər davam etdirilməli və tənəffüsə nəzarət olunmalı, aspirasion pnevmoniyanın baş verməsinə qarşı profilaktik tədbirlər həyata keçirilməlidir.

Yaraların irinləməsi

170) 55 yaşlı İ.Y., mina partlayışından sonra bədənin çoxsaylı qəlpə yaralanması, II-III dərəcəli travmatik şok diaqnozu ilə hospitala daxil olmuşdur. Yaralar birincili cərrahi işlənmiş, antibiotiklər tətbiq edilmişdir. Yara irinlədiyi üçün təkrari cərrahi işlənmiş, anaerob infeksiyanın qarşısının alınması məqsədilə profilaktik zərdblardan istifadə edilmişdir. Xəstənin qan qrupu AB (IV) Rh (-) -dir. Qan tapılmadığı üçün yalnız 3 gündən sonra hemotransfuziya olunub. İntensiv terapiyanın aparılmasına baxmayaraq, bir həftə sonra dərin intoksikasiya fonunda ölüm qeyd edilmişdir. Ölümün əsas səbəbi nədən ibarətdir? Hansı təşkilati səhvlərə yol verilmişdir?

- Dövrən edən qanın həcmnin bərpa olunmadığı üçün xəstədə uzunmüddətli hipotoniya, anemiya, transport hipoksiyası fonunda anaerob infeksiya baş vermiş, beləliklə xəstənin həyatının xilas edilməsi mümkün olmamışdır. Dövrən edən qanın bərpası, hipotoniya və toxuma hipoksiyasının aradan qaldırılması, eləcə də yaranın düzgün cərrahi işlənməsi anaerob infeksiyanın profilaktikasında başlıca şərtidir. Bunlar yerinə yetirilmədikdə antiqanqrenoz zərdbabın yeridilməsi heç bir müsbət təsir göstərmir. Xəstənin qanının mənfi rezuslu olması heç də əsas vermir ki, ona qan köçürülməsin, yaxud bu tədbirlər gecikdirilsin. Hər bir hərbi hissədə şəxsi heyətin qan qrupu öyrənilməli, mənfi rezuslu şəxslər isə xüsusi siyahıya alınmalıdır ki, lazım olanda onlar asanlıqla tapılsınlar.

171) 24 yaşlı Q.A., çanağın sağ yarısının daxil keçən qəlpə yaralanması, sağ qalça sümüyünün açıq sınığı, daxili qalça arteriyasının və sidik kisəsinin zədələnməsi, III dərəcəli travmatik şok diaqnozu ilə hospitala daxil olmuşdur. Laparotomiya olunmuş, sidik kisəsinin intraperitoneal hissəsinin yaralanması qeyd edilmişdir. Zədələnmiş daxili qalça arteriyası bağlanmış, sidik kisəsinin yarası tikilmiş, episistostoma qoyulmuşdur. Operativ müdaxilədən sonrakı müddətdə yaranın irinləməsi aşkar olunmuş, çürüntülü infeksiya baş vermişdir. 3 gün sonra relaparotomiya olunmuş, qarın boşluğu təkrarən yuyulmuş və drenaj olunmuşdur. 2 gün sonra yaralı ağır intoksikasiya fonunda böyrək çatmamazlığından tələf olmuşdur. Bu kimi yaralıların müalicəsində fəsadlaşma olmasın deyə nəyə daha çox diqqət yetirilməlidir?

- Qəlpə, xüsusilə mina yaralanmalarında yara torpaqla çirkləndiyindən ilk tibbi yardım zamanı bütün bünlar nəzərə alınmalı, yara aseptik sarınmalıdır. Aşağı ətraf və çanaq yaralanmalarında anaerob infeksiyanın əmələ gəlmə ehtimalı daha böyükdür. Ona görə də bu kimi hallarda, eləcə də bağırsağ zədələnmələrində, xüsusilə yoğun bağırsağ yaralanmalarında aparılan müalicədə anaerob və çürüntülü infeksiyanın baş verə biləcəyi nəzərdə tutulmalıdır.

172) 19 yaşlı F.İ., mina partlayışı nəticəsində hər iki aşağı ətrafın qəlpə yaralanması, ayaq sümüklərinin açıq qəlpəli sınığı anemiya, III dərəcəli travmatik şok diaqnozu ilə hospitala daxil olmuşdur. Yaralar cərrahi işlənmiş, operativ müdaxilədən sonrakı dövrdə yara infeksiyalaşmış ölüm baş vermişdir. Bu kimi yaralıların müalicəsində nəyə daha çox fikir verilməlidir?

- Mina partlayışlı, xüsusilə aşağı ətraf yaralanmaları anaerob infeksiyanın əmələ gəlməsi baxımından qorxuludur. Ona görə də, bu istiqamətdə aparılan profilaktik tədbirlər müalicənin ilk saatlarından həyata keçirilməlidir.

Reanimasiya və intensiv terapiya dövrü

173) 19 yaşlı İ.E., hospitala döş qəfəsinin sol yarısının qəlpə yarası diaqnozu ilə daxil olmuşdur. Patoloji nəfəs aktında zəif iştirak edir. Perkutor kütlük qeyd edilir. Plevra boşluğu iki ədəd rezin boru ilə drenaj olunmuş, yaralı reanimasiya şöbəsinə keçirilmişdir. Döş qəfəsinin yuxarı hissəsində və boyunda dərialtı emfizemanın artması aşkar olunur. Üst drenaj funksiya etmir. Müalicə taktikası nədən ibarət olmalıdır? Fəsadlaşmanın qarşısının alınması üçün hansı tədbirlər həyata keçirilməlidir?

- Xəstəyə lazımı yardım göstərilmişdir. Reanimasiya şöbəsində döş qəfəsinin yuxarı hissəsi və böyükdə dərialtı emfizemanın əmələ gəlməsi iki səbəbdən ola bilər. Birinci üst drenajın funksiya etməməsi, ikinci daxili qapağın olması nəticəsində plevra boşluğunda gərginliyin artması. Bütün bunlar dəqiqləşdirilməli və yardım prosesində nəzərə alınmalıdır.

174) 20 yaşlı A., hərbi-səhra cərrahlığı hospitalına hər iki aşağı ətrafın travmatik amputasiyası, sol bazunun və çiyin qurşağında dərin qəlpə yaraları, döş qəfəsi və qarnın daxil keçən qəlpə yaraları, sifətin və gövdənin III dərəcəli termik yanığı (bədənin səthinin 40 %-dən çoxu), daxili qanaxma, III dərəcəli travmatik və yanıq şoku ilə son dərəcə ağır vəziyyətdə hospitala gətirilmişdir. Daxili qanaxma əlamətləri olduğu üçün yaralı təcili əməliyyat otağına gətirilmiş, mərkəzi venalar kavşığına kateterizə edilmiş, şok və qanaxma əleyhinə infuzion-transfuzion terapiya, həyata keçirilmiş, sol plevra boşluğundan alınmış 1200 ml qan renifuziya olunmuşdur. Aparılan bütün reanimasiya tədbirlərinə baxmayaraq, 45 dəqiqədən sonra klinik ölüm halı qeydə alınmışdır. Müalicə işində səhv nədən ibarətdir?

- Xəstənin vəziyyəti son dərəcə ağır olmuş və lazımı tədbirlər görülmüşdür. Ölümün səbəbi yardımda olan səhvdən deyil, travmanın həyatla uyuşmaması olmuşdur.

175) 24 yaşlı S.R., tabor tibb məntəqəsindən yaralandıqdan 1 saat 40 dəqiqə sonra səhra hospitalına bədənin çoxsaylı qəlpə yaraları, sol baldırın aşağı 1/3-nin travmatik amputasiyası, aşağı və yuxarı ətrafların, sifətin, II-III dərəcəli termik yanığı, III dərəcəli travmatik şok diaqnozu ilə daxil olmuşdur. Yaralıya şok əleyhinə kompleks tədbirlər həyata keçirilmiş, sol baldırın yuxarı 1/3-i amputasiya edilmiş və reanimasiya şöbəsində yerləşdirilmişdir. Aparılan bütün tədbirlərə baxmayaraq, şok geriyə dönməz xarakter daşımış, hospitala daxil olduqdan 18 saat sonra klinik ölüm baş vermişdir. Yardım prosesində hansı səhvə yol verilmişdir.

- Yaralanmanın termik yanıqla kombinə xarakteri yaralının vəziyyətinin daha da ağırlaşmasına gətirib çıxarmış, qarşılıqlı ağırlaşma sindromu baş vermişdir. Ətrafın amputasiyasından əvvəl xəstə

şokdan çıxarılmalı idi. Görünür xəstənin şokdan tam çıxmaması şokun daha da dərinləşməsinə və nəhayət ölümə səbəb olmuşdur.

176) 21 yaşlı F.S., yaralandıqdan 6 saat sonra hospitala sol ayağın dərin və geniş qəlpə yarası (mina partlayışı nəticəsində baş vermişdir), ayaq daraqarxası sümüklərinin dağılmış sınığı, sol baldır sümüklərinin və ayaq-daraq sümüklərinin çoxsaylı sınığı, hər iki ayaq pəncəsinin II-III dərəcəli donması, III dərəcəli travmatik şok diaqnozu ilə daxil olmuşdur. Müalicə taktikası nədən ibarət olmalıdır? Yaralanmada əlamətdar cəhət nədən ibarətdir? Reanimatoloq yaralının vəziyyətinin ağırlıq dərəcəsini qiymətləndirdikdə nəyə daha çox fikir verməlidir?

- Yaralanmanın çoxsaylı və kombinə olunmuş xarakteri və yaralının hospitala gec çatdırılması onun vəziyyətinin daha da ağırlaşmasına səbəb olmuşdur. Yaralı əvvəlcə şokdan tam çıxarılmalı, sonra yaralar düzgün cərrahi işlənməli, həyati qabiliyyəti olmayan nekrotik toxumalar kəsilib götürülməlidir. Sol ayaq pəncəsi dağıldığından ayaq baldırın sağlam hissəsindən amputasiya olunmalıdır. Operativ müdaxilədən sonrakı dövr eyni zamanda anaerob infeksiyanın qarşısının alınması istiqamətində idarə olunmalı, geniş spektrli təsirə malik antibiotiklərdən, vitamin preparatlarından, hemotransfuziyadan istifadə olunmalıdır. Həmçinin müalicə prosesində yaralanmanın kombinəşəkili xarakteri nəzərə alınmalıdır.

177) 25 yaşlı M.C., qarın boşluğuna keçən qəlpə yaraları, sol budun pulsasiya edən hematoması, III dərəcəli travmatik şok diaqnozu ilə səhra hospitalına daxil olmuşdur. Təcili olaraq mərkəzi venalar kavofikslə kateterizə olunmuş, şok əleyhinə kompleks tədbirlər həyata keçirilməklə bərabər, yaralı əməliyyat otağına götürülmüşdür. Sol bud arteriyası dağıldığından autovenoz plastika həyata keçirilmiş, bud venası bağlanmışdır. Laparotomiya həyata keçirilmiş, təftiş zamanı qaraciyər və nazik bağırsağın zədələnməsi aşkar olunmuşdur. Hər iki orqanün yaraları tikilərək tamlığı bərpa olunmuş, yaralı reanimasiya şöbəsinə keçirilmişdir. Ətraf mühitin isti olduğu şəraitdə müalicə prosesində nə kimi dəyişikliklər edilməlidir?

- Yaralının vəziyyəti olduqca ağırdır. Massiv qanıtirmə əlamətləri vardır. Xəstəyə şok əleyhinə kompleks tədbirlər həyata keçirilməli, itirilmiş qanın həcmi bərpa olunduqdan sonra operativ müdaxilə həyata keçirilməlidir. İnfuzion-transfuzion terapiyanın həyata keçirilməsində ətraf mühitin klimatik vəziyyəti də nəzərə alınmalıdır. Çünki isti iqlim şəraitində xəstədə hələ yaralanmamışa qədər susuzluq və tərləmə nəticəsində hipovolemiya, kation mübadiləsindəki pozğunluq əlamətləri müşahidə olunur. Bütün bunlar müalicə prosesində nəzərə alınmalıdır.

178) 28 yaşlı yaralı əsgər M.N. döş qəfəsinin sol yarısının daxilə keçən qəlpə yarası, hər iki bud nahiyəsinin dərin termik yanığı, III dərəcəli travmatik şok və yanıq şoku diaqnozu ilə yaralandıqdan 1 saat sonra hərbi-səhra cərrahiyyəsi hospitalına gətirilmişdir. Termik zədələnmə alovla əlaqədar baş vermişdir. Xəstənin vəziyyəti olduqca ağırdır. Sizin yardım planınız nədən ibarət olmalıdır?

-Burada ağır qəlpə yaralanması termik zədələnmə ilə kombinə olunmuşdur. Hər iki zədələnmənin eyni orqanizmdə olması qarşılıqlı ağırlaşdırıcı sindromun baş verməsinə səbəb olur. Burada yardım eyni zamanda həm travmatik, həm də termik şokun aradan qaldırılması istiqamətində aparılmalıdır. Plevra boşluğu drenaj olunmalıdır. Əgər davamədən daxili qanaxma və gərgin pnevmotoraks əlamətləri yoxdursa, torakosentezin qoyulması (plevra boşluğunun drenajı) ilə kifayətlənmək olar. Termik şoka qarşı diqqətli olmaq lazımdır. Yanığın dərinliyi və sahəsindən asılı olaraq itirilmiş maye və elektrolitlərin əvəz olunması Frank indeksinə əsasən yerinə yetirilməlidir. Hər bir dərin yanıq səthinə görə maye köçürülməsi adi halda olduğundan 3 dəfə artıq olmalıdır. Burada hər iki bud nahiyəsində dərin yanıq səthi 18% təşkil

edir. Beləliklə, yanığ səthi $S=18 \cdot 3=54\%$ təşkil edir. Ümumiyyətlə II dərəcəli yanıyla bədən səthinin 40%-dən yuxarı termik yanıklar həyat üçün təhlükəlidir. Burada isə xəstənin termik zədələnməsinin ağırlıq dərəcəsi Frank indeksinə görə 54% təşkil edir. Hələ üstəlik xəstənin döş qəfəsinin daxilə keçən qəlpə yaralanması vardır. Intensiv terapiya aparılırsa belə, ölüm təhlükəsi qaçılmazdır, xəstənin sağalmasına ümid yoxdur. Odur ki, xəstəyə simptomatik müalicənin aparılması məsləhət görülür.

179) 20 yaşlı yaralı əsgər M., (forma 100) sol baldır nahiyəsinin güllə yaralanması, qamış və incik sümüklərinin açıq sınığına görə hərbi-səhra cərrahiyyəsi hospitalına daxil olmuşdur. Əlavə olaraq xəstədə 20% səthi, 8% dərin termik yanığ sahəsi vardır. Xəstədə III dərəcəli travmatik şok və yanığ şokunun olması aşkarlanır. Şok əleyhinə tədbirlər yerinə yetirilmiş, yara cərrahi işlənmişdir. Sınıq nahiyəsi immobilizə olunmuşdur. Sidik kisəsinə yeridilmiş kateterdən saatda 50 ml sidik gəlir. Meteoroloji şəraitlə əlaqədar, xəstənin arxa cəbhə hospitalına təxliyəsi 4 gün müddətinə təxirə salınmışdır. Sonrakı müalicə taktikası necə olmalıdır?

-Burada yaralanma termik zədələnmə ilə kombinə şəkillidir. Ona görə də xəstənin vəziyyəti ağırlaşma bilər. lakin xəstənin ümumi vəziyyəti stabildir və böyrəklərin normal funksiyası saxlanılır. Burada müalicə aşağıdakı qaydada aparılmalıdır: xəstənin çəkisi (P) • yanığ səthi (S) + dərin yanığ səthinin 3 qismi (3S) = P • (20+3•8) [70•(20+24)]= 70•44=3080 ml olacaqdır. Burada P-xəstənin kiloqramla bədən çəkisi, S –yanmış bədən səthi %-lə götürülür. Köçürüləcək maye $V=(P \cdot S) \cdot 2(3)$ ml olacaqdır. 2-ci gün köçürülən maye birinci gündəkinin həcmnin 2/3 hissəsinə, 3-cü gün 1/3 hissəsinə bərabər olmalıdır. Sonrakı günlər köçürüləcək mayenin həcmi xəstənin vəziyyətindən asılı olaraq fərdi qaydada təyin edilməlidir.

180) 25 yaşlı yaralı əsgər M.K., (forma 100) qarının güllə yaralanmasına görə yaralandıqdan 2 saat sonra hərbi-səhra cərrahiyyəsi hospitalına daxil olmuşdur. Ümumi vəziyyəti ağırdır. Nəbzi 115-120, arterial təzyiqi 90/50 mm c.s., tənəffüsün sayı 25-dir. Sağ paraambulikal nahiyədə 15x20 sm ölçüdə cırılmış yara qeyd edilir. Bağırsağ ilgəkləri kənara çıxmışdır. Yaranın rəngi tünd-mixəyi rənglidir. Yaradan sarımsaq qoxusu gəlir. Kənara çıxmış bağırsağın seros qişasında qara-qonur rəngli qatı yağlı ləkələr qeyd edilir. Yara ətrafı şişkindir, suluqlanmalar qeyd edilir. Xəstənin yarası hansı döyüş zəhərli maddə ilə çirklənmişdir? Müalicə taktikası necə olmalıdır, xəstəni vəziyyətdən necə çıxarmaq olar?

-Yarada sarımsaq iyi verən qatı yağlı ləkələrin olması, yaranın mixəyi rəngli olması, yara kənarlarının şişkin və suluqlanmış olması yaralanmanın kimyəvi silahın istifadəsi ilə kombinə şəkildə olmasını təsdiq edir. Bu zədələnmə İprit zədələnməsinə oxşayır. Ona görə də, yara cərrahi işlənilməzdən əvvəl 10%-li spirtli xloramin məhlulu ilə, sonra isə 5%-li hidrogen peroksid məhlulu ilə diqqətlə yuyulmalıdır. Kənara çıxmış bağırsağ ilgəyi hər iki tərəfdə normal seqment səviyyəsindən rezeksiya olunmalı, yaranın cərrahi işlənilməsi yerinə yetirilməlidir. Bundan sonra laparotomiya olunmalıdır. Laparotom kəsik yaradan kənar yerdən aparılmalıdır.

181) 22 yaşlı yaralı əsgər hərbi-səhra cərrahiyyəsi hospitalına sağ budun qəlpə yaralanması diaqnozu ilə daxil olmuşdur. Şikayəti yara nahiyəsində kəskin dözülməz ağrılardan, nəfəsalmanın çətinməsindən, ümumi zəiflikdən, başhərlənməsindənəndir. Nəbzi dəqiqədə 110, arterial təzyiqi 90/50 mm c.s.-dur. Yara nahiyəsində əzələlər boz-kül rənglidir, ətirşah iyi verir, qanaxmaya meyillidir. Yara ətrafında dermatit şəkilli suluqlanmalar qeyd edilir. Sizin diaqnozunuz və müalicə taktikanız?

-Yara nahiyəsində kəskin ağrıların olması, yaralının ümumi vəziyyətinin yaralanmanın ağırlıq dərəcəsinə uyğun olmaması, ümumi əlamətlərin üstünlük təşkil etməsi, yaralanmanın kimyəvi zədələnmə ilə kombinə şəkildə olmasına şübhəni artırır. Yaranın boz-kül (sarımtıl-boz) rəngli olması, ətirşah iyini verməsi və qanaxmaya meyilliliyin olması yaranın Luizitlə çirkləndiyini göstərir. Yara 5%-li yod məhlulu ilə silinməli, yuyulmalı, bundan sonra 5%-li hidrogen peroksid məhlulu ilə yuyulduqdan sonra cərrahi işlənilməlidir. Yaranın cərrahi işlənilməsi zamanı zədələnmiş əzələlər və çirklənmiş birləşdirici toxumalar radikal kəsilib götürülməlidir. Əzələlər kəsilib götürülərkən təqəllüs edən əzələ hissəsində zəhərli maddə

qala bilər, buna görə ehtiyatlı olunmalıdır. Yara cərrahi işlənildikdən sonra rentgen müayinəsi aparılmalıdır. Çünki, Luizit rentgen kontrast maddədir. Zədələnmiş damarlar distal hissədən bağlanmalı və kəsilib götürülməlidir. Operasiyadan əvvəl cərrah və tibb bacısı başına kalpak qoymalı, 8 qat maska taxmalı, uzun rezin zəkmə geyməli, alt-üst iki steril xalat və ikiqat steril rezin əlcək geyinməlidir. Gözə xüsusi eynək taxılmalıdır.

182) 26 yaşlı yaralı əsgər sol bazu nahiyəsinin qəlpə yaralanmasına görə hərbi-səhra cərrahiyyəsi hospitalına daxil olmuşdur. Sümük zədələnməsi əlamətləri qeyd edilmir. Lakin xəstə yara nahiyəsində dözülməz ağrıların olmasından şikayət edir. Yaranın rəngi bozdur. Yara ətrafında tüklərin ütülmesi qeyd edilir. Yaralının ağırlıq dərəcəsi yaranın ağırlığına uyğun deyil. Xəstənin vəziyyəti daha ağırdır. Qan təzyiqi 90/40 mm c.s.-dur. Sizin diaqnozunuz və müalicə taktikanız?

-Boz rəngli yara ətrafında ütülmiş tüklərin olması, yaralının vəziyyətinin yaralanmanın ağırlıq dərəcəsinə uyğun olmaması, yaralanmanın kimyəvi zədələnmələrlə -fosforla kombinə şəkilli olmasına şübhələnməyə əsas verir. Yara 0,1%-li kalium permanqanat məhlulu, yaxud 5%-li göydaş məhlulu ilə ($\text{CuSO}_4 \cdot 5\text{H}_2\text{O}$) diqqətlə yuyulmalı, sonra cərrahi işlənilməlidir. Qıcolmalara qarşı simptomatik müalicə və geniş spektrli antibiotik terapiyası aparılmalıdır.

183) 18 yaşlı yaralı əsgər hərbi-səhra cərrahiyyəsi hospitalına sol bazu nahiyəsinin səthi qəlpə yarası ilə daxil olmuşdur. Yaranın müayinəsində sınıq və qanaxma əlamətləri qeyd edilmir. Lakin xəstədə zəiflik əlaməti var, narahatdır. Boğulma, bronxospazm əlamətləri var. Yarada əzələ fibrilyasiyası qeyd edilir. Hansı kimyəvi silahdan istifadə olunmuşdur və xəstəni vəziyyətdən necə çıxarmaq olar?

-Yaranın yüngüllüyü ilə xəstənin ümumi vəziyyətindəki ağırlığın bir-birinə uyğun gəlməməsi xəstənin yaralanmasının kimyəvi silahla kombinə şəkildə olduğunu təsdiq edir. Yarada əzələ səyriməsinin olması və bronxospazmın baş verməsi Zarin tipli kimyəvi silahdan istifadə olunduğunu təsdiq edir. Əzələ səyriməsinin generalizasiyası ani ölüm halı ilə nəticələnmə bilər. Ona görə də ilk növbədə Zarinin antidotundan istifadə etməli, bronxolitiklər, ürək preparatları (kardiotoniklər) tətbiq olunmalı, vena daxilinə kristalloidlər, kolloidlər yeridilməli, sidikqovuculardan istifadə edilməlidir. Bu vəziyyətdə inhalyasion anesteziya (narkoz) əks güstərişdir. Yara 2%-li natrium bikarbonat (soda) məhlulu ilə yuyulmalı, yara yerli anesteziya, yaxud neyroleptoanalgezin tətbiqi ilə cərrahi işlənilməlidir.

184) Yara kimyəvi maddə ilə çirklənmişdir. Qəhvəyi-boz rəngli yaradan sarımsaq qoxusu gəlir. Bir sutkadan sonra yara ətrafında izərisində sarı maye olan suluqlanmalar əmələ gəlmişdir. Bu xarakterli yara hansı kimyəvi silaha xasdır və xəstəyə necə yardım göstərilməlidir?

-Yaradan sarımsaq iyinin gəlməsi və yara ətrafında içərisi sarı maye ilə dolu suluqlanmaların baş verməsi İpritlə zədələnməyə uyğundur. Müalicə yerli və ümumi aparılmalıdır. Yara 10%-li xloraminin spirtli məhlulu ilə, daha sonra 5%-li hidrogen peroksid məhlulu ilə diqqətlə yuyulduqdan sonra cərrahi işlənilməlidir. Yaranın cərrahi işlənməsi radikal surətdə yerinə yetirilməli, yara 5%-li hidrogen peroksid məhlulu ilə islanmış tamponla sarınmalıdır. Əgər yara kanalı seroz boşluğa keçirsə, yara tamponada edilməli, əlavə kəsiklə seroz boşluq açılmalı, operasiyanın həcmi intraoperasion tapıntıdan asılı olaraq müəyyən edilməlidir.

185) Güllə yarası kimyəvi zəhərli maddə ilə çirklənmişdir. Yaranın rəngi boz kül rənglidir. Yara ətrafında bulloz dermatiti xatırladan suluqlanmalar vardır. Yaradan ətirşah iyi gəlir və dözülməz ağırdır, toxunarkən qanaxmaya meyillidir. Hansı kimyəvi silahdan istifadə edilmişdir?

-Yaranın boz kül rəngində olması, yara kənarlarında bulloz dematitə xas dəyişiklərin olması, yarada dözülməz ağrıların olması, qanaxmaya meyill olması və ətirşah iyinin gəlməsi Luizit tipli kimyəvi zəhərli maddənin tətbiqini təsdiqləyir. Yara 5%-li yod tinkturası, sonra isə 5%-li hidrogen peroksid məhlulu ilə diqqətlə yuyulmalı və radikal olaraq cərrahi işlənilməlidir. Axırda zəhərli maddənin yarada

qalmasının istisnası məqsədilə xəstə rentgen müayinəsindən keçirilməlidir. Arroziv qanaxmanın profilaktikası məqsədilə zədələnmiş damarlar distal hissədən bağlanmaqla kəsilib götürülməlidir.

186) Yara kimyəvi zəhərli maddə ilə çirklənmişdir. Yara səthi parlaq qırmızı rəngə boyanmışdır, qanaxmaya meyllidir. Yaradan acı badam iyi gəlir. Bu hansı kimyəvi zəhərdir və xəstəyə necə yardım göstərilməlidir?

- Yara səthinin parlaq qırmızı rəngə olması, qanaxmaya meyllilik və yaradan acı badam iyinin gəlməsi sian tipli zəhərlənməyə xasdır. Təxirə salınmadan antidot terapiyası aparılmalı, simptomatik müalicə tətbiq edilməli, yaranın cərrahi işlənməsi yerinə yetirilməlidir.

187) Xəstə döş qəfəsinin qəlpə yarası, qabırğaların sınığı və gərgin pnevmotoraks əlamətləri ilə hərbi-səhra cərrahiyyəsi hospitalına daxil olmuşdur. Plevra boşluğu drenaj olunmuş, lakin plevra boşluğundakı gərginlik artmaqdadır. Yara Luizit tipli zəhərli maddə ilə çirklənmişdir. Siz xəstəyə necə yardım göstərərsiniz?

-Luizitlə çirklənmiş yara bir qayda olaraq, əvvəlcə 5%-li yod tinkurası ilə, sonra isə 5%-li hidrogen peroksid məhlulu ilə diqqətlə yuyulduqdan sonra cərrahi işlənməli, zədələnmiş əzələlər və yumşaq toxumalar radikal kəsilib götürülməli, yara tamponada edilməli, yaradankənar ayrıca kəsiklə torakotomiya olunmalı, intraoperasion tapıntıdan asılı olaraq, plevra boşluğunda baş vermiş gərginliyin səbəbi aradan qaldırılmalıdır. Sınımış qabırğalar sağlam hissədən rezeksiya olunmalıdır. Axırda xəstə kontrol rentgen müayinəsindən keçirilməlidir.

188) Xəstə hərbi-səhra cərrahiyyəsi hospitalına sağ ayaq pəncəsinin qəlpə yarası, daban sümüyünün dağılmış açıq sınığı ilə daxil olmuşdur. Yara ətrafında bulloz dermatiti xatırladan dəyişiklik qeyd edilir. Kəskin ağrıdır. Yaradan ətirşah iyinin gəlməsi yaranın Luizitlə çirkləndiyini təsdiq edir. Xəstəyə necə yardım göstərilməlidir?

- Çirklənmiş yara bir qayda olaraq, əvvəlcə 5%-li yod tinkurası ilə, sonra isə 5%-li hidrogen peroksid məhlulu ilə diqqətlə yuyulduqdan sonra cərrahi işlənməli, zədələnmiş əzələlər və yumşaq toxumalar radikal kəsilib götürülməli, sümük fraqmentləri radikal kəsilib götürülməli, təkrari rentgen müayinəsi aparılmalıdır. Xəstənin ümumi vəziyyətini nəzərə alaraq kardio-respirator pozğunluğun aradan qaldırılması istiqamətində kompleks müalicə həyata keçirilməlidir.

189) Yara naməlum döyüş kimyəvi zəhərlə çirklənmişdir. Xəstədə ümumi zəiflik, yara ətrafında əzələ fibrilyasiyası və bronxospazm nəticəsində tənəffüs çatmamazlığı qeyd edilir. Xəstə həyəcanlıdır, vaxtaşırı yayılmış konvulsiv qıcolmalar qeyd edilir. Ümumi vəziyyəti ciddi ağırdır. Xəstədə hansı döyüş kimyəvi zəhərlənmə əlamətləri vardır? Yardım necə yerinə yetirilməlidir?

-Zəhərlənmənin xarakteri və klinik gedişi “Zarin” tipli zəhərə uyğundur. Yerli anesteziya şəraitində yara 2%-li soda məhlulu ilə yuyulmalı və birincili cərrahi işlənməlidir. Yardım prosesində inhalyasion ümumi anesteziya əks göstərişdir. Müalicə kardiorespirator reanimasiya tədbirləri ilə kompleks şəkildə aparılmalıdır.

190) Xəstə hərbi-səhra cərrahiyyəsi hospitalına ağır dərəcəli kəllə-beyin travması ilə daxil olmuşdur. Kəllədaxili qanaxma əlamətləri vardır. Qlazqo koma şkalası 7/15-dir. Sağ bəbək genişlənmiş, işığa qarşı reaksiya mənfidir. Yara kimyəvi zəhərli maddə ilə çirklənmişdir. Xəstə vəziyyətdən necə çıxarılmalıdır? Xüsusən yara necə cərrahi işlənməlidir?

-Ağır kəllə-beyin zədələnməsi zamanı yara 5%-li hidrogen peroksid məhlulu ilə dəfələrlə yuyulmalı, yaranın cərrahi işlənməsi zamanı kimyəvi zəhərin qalmış hissəsi radikal surətdə kənar edilməlidir. Beynin sərt qişası 5%-li hidrogen peroksidlə yuyulduqdan sonra açılmalı, subdural hematoma çıxarılmalıdır. Yad cisim çıxarılmalı, əməliyyatın axırında yara bir daha hidrogen peroksid məhlulu ilə yuyulmalı, drenaj olunmalı, aseptik sarınmalıdır.

191) Əgər yara İpritlə çirklənmişsə, nə kimi tədbir gürülməlidir?

-Yara əvvəlcə 10%-li xloraminin spirtli məhlulu ilə sonra isə 5%-li hidrogen peroksid məhlulu ilə yuyulmalı, sonra cərrahi işlənməlidir.

192) Odlu silah yarası Luizitlə çirklənmişsə nə etmək lazımdır?

-Yara 5%-li yod məhlulu ilə silinməli, sonra isə 5%-li hidrogen peroksid məhlulu ilə yuyulmalıdır. Çirklənmiş yumşaq toxumalar, əzələlər radikal kəsilib götürülməli, sınıq qəlpələri kənar edilməlidir. Yara cərrahi işləndikdən sonra kontrol rentgen müayinəsi yerinə yetirilməlidir.

193) 22 yaşlı əsgər hərbi-səhra cərrahiyyəsi hospitalına döş qəfəsinin sol yarısının arxa səthinin qəlpə yarası diaqnozu ilə daxil olmuşdur. Yara kimyəvi zəhərlə çirklənmişdir. Yara kanalının giriş dəliyi arxada, çıxış dəliyi öndədir. 7-ci, 8-ci qabırğaların və sol kürək sümüyünün sınığı qeyd olunur. Soltərəfli hemotoraks və pnevmotoraks qeyd edilir. Vəziyyəti son dərəcə ağırdır; respirator distress sindrom və III dərəcəli travmatik şoka uyğundur. Yara al-qırmızı rənglidir, acı badam iyi verir. Yara hansı kimyəvi maddə ilə çirklənmişdir, xəstəyə necə yardım göstərilməlidir?

-Yaranın al-qırmızı rəngli olması və acı badam iyi verməsi sianid tərkibli maddə (HCN, KCN) ilə zəhərlənmə üçün xarakterikdir. Əlamətlərin yayılmış şəkildə (generalizasiya formasında) olması toksikozun sistemik xarakterini təsdiq edir. Yardım kardiopulmonal reanimasiya tədbirlərindən başlanmalı, spesifik antidotdan istifadə edilməlidir. Yara hidrogen peroksid məhlulu ilə yuyulmalı və cərrahi işlənməlidir. Sınımış qabırğalar və kürək sümüyü sağlam hissədən rezeksiya olunmalıdır (osteomielitlərin profilaktikası məqsədilə). Hemotoraksın aradan qaldırılması məqsədilə torakosentez boru plevra boşluğuna yaradankənar yerdən əlavə kəsiklə daxil edilməlidir. Əgər plevra boşluğundan qanın xaric olması davam edirsə, yaradankənar kəsiklə torakotomiya olunmalı, operasiyanın həcmi intraoperasion tapıntıdan asılı olaraq təyin edilməlidir. Yad cismin kənar edilməsi yaddan çıxarılmamalıdır. Əməliyyat plevra boşluğunun yuyulması və drenajı ilə başa çatdırılmalıdır.

194) 24 yaşlı əsgər kimyəvi zəhərli maddə tətbiq edilmiş hərbi hissədən döş qəfəsinin daxilinə keçən qəlpə yarası ilə hərbi-səhra cərrahiyyəsi hospitalına daxil olmuşdur. Yara kanalının giriş nöqtəsi döş qəfəsinin sağ tərəfində arxada, çıxış nöqtəsi solda döş qəfəsinin ön divarındadır. Soltərəfli açıq pnevmotoraks əlamətləri vardır. Sağ kürəyin və qabırğaların açıq sınığı müşahidə olunur. Xəstədə III dərəcəli travmatik şok və respirator distress sindrom qeyd edilir. Yara kəskin ağrılıdır, boz kül rəngli nekrotik toxuma ilə örtülmüşdür. Həmin sahədə petexial qansızmalar vardır. Yara ətrafında bulloz dermatiti xatırladan dəyişikliklər qeyd olunur. Hansı döyüş kimyəvi zəhər tətbiq edilmişdir? Yardım necə həyata keçirilməlidir?

-Yaranın kəskin ağrılı olması, boz kül rəngli nekrotik toxuma ilə örtülməsi, yara ətrafında bulloz dermatiti xatırladan suluqlanmaların olması Luizit tipli döyüş kimyəvi zəhərdən istifadə olunduğunu təsdiq edir. Odur ki, yara əvvəlcə 5%-li yod tinkurası ilə, sonra isə 5%-li hidrogen peroksid məhlulu ilə diqqətlə yuyulmalı, əgər xəstədə gərgin pnevmotoraks əlamətləri varsa, plevra boşluğu yaradankənar yerdən drenaj olunmalıdır. Xəstə rentgen müayinəsindən keçirilməlidir. Əgər plevra boşluğuna qoyulmuş drenaj xəstənin vəziyyətini yaxşılaşdırmırsa, ayrıca kəsiklə torakotomiya olunmalı, gərgin pnevmotoraksı törədən səbəb aradan qaldırılmalıdır. Plevra boşluğu 5%-li yod tinkurası və 5%-li hidrogen peroksid

məhlulu ilə yuyulmalı və drenaj olunmalıdır. Xəstəyə kontrol rentgen müayinəsi aparılmalı, yarada rezidual Luizit qalıqları varsa, yara yenidən 5%-li yod tinkurası və hidrogen peroksid məhlulu ilə yuyulmalı, çirklənmiş əzələ toxumaları radikal kəsilib götürülməlidir.

195) 32 yaşlı hərbi xidmətçi düşmənin kimyəvi silah tətbiq etdiyi ərazidən çanağın sağ yarısının geniş qəlpə yarası, sağ qalça sümüyünün açıq sınığı, daxili qanaxma əlamətləri ilə hərbi-səhra cərrahiyyəsi hospitalına gətirilmişdir. Obyektiv müayinədə qarın gərgindir. Yara boz kül rənglidir, qanaxmaya meyillidir. Yara ətrafında bulloz dəyişikliklər və petexial qansızmalar mövcuddur. Hansı döyüş kimyəvi zəhər tətbiq edilmişdir? Xəstəyə yardım necə həyata keçirilməlidir?

- Yara Luizit tipli kimyəvi zəhərlə çirklənmişdir, daxili qanaxma əlamətləri vardır. Yara 5%-li yod tinkurası və 5%-li hidrogen peroksid məhlulu ilə diqqətlə yuyulmalı, radikal cərrahi işlənilməlidir. Yalnız bundan sonra kənar yerdən ayrıca kəsiklə laparotomiya olunmalı, intraoperasion tapıntıdan asılı olaraq cərrahi müdaxilə başa çatdırılmalıdır. Qarın boşluğu xüsusi məhlullarla (5%-li yod tinkurası və 5%-li hidrogen peroksid məhlulu ilə) diqqətlə yuyulmalı və drenaj olunmalıdır. Kontrol rentgen yaddan çıxarılmamalıdır.

196) 60 yaşlı xəstə qarının sol yarısının daxilə keçən qəlpə yarası, daxili qanaxma əlamətləri ilə hərbi-səhra cərrahiyyəsi hospitalına gətirilmişdir. Yaranın böyüklüyü 6x8 santimetrdir. Yaradan sarımsaq qoxusu gəlir. Yarada qara-qonur rəngli qatı yağlı ləkələr qeyd edilir. Yara ətrafı şişkindir, suluqlanmalar qeyd edilir. Hansı döyüş zəhərli maddə tətbiq edilmişdir? Yardım necə həyata keçirilməlidir?

-Yara ətrafında şişkinliyin olması, yarada qara-qonur rəngli yağlı ləkələrin olması, yaradan sarımsaq qoxusunun gəlməsi İprit kimyəvi zəhərinin tətbiq olunmasını təsdiq edir. Yara ardıcıl olaraq, 10%-li xloraminin spirtli məhlulu ilə, sonra isə 5%-li hidrogen peroksid məhlulu ilə diqqətlə yuyulub radikal cərrahi işlənilməlidir. Yalnız bundan sonra kənar yerdən ayrıca kəsiklə qarın boşluğu açılmalı, qanaxma saxlanılmalı və intraoperasion tapıntıdan asılı olaraq, bu və ya digər metodla əməliyyat başa çatdırılmalı, qarın boşluğu 10%-li xloraminin spirtli məhlulu ilə, sonra isə 5%-li hidrogen peroksid məhlulu ilə yuyulmalı və drenaj olunmalıdır.

197) 24 yaşlı xəstə mina-partlayış yaralanmasından 40 dəqiqə sonra hərbi-səhra cərrahiyyəsi hospitalına çatdırılmışdır. Vəziyyəti ağırdır. Obyektiv müayinədə sol ayağın parçalanması baldır sümükləri də olmaqla dağılmış sınıqlar qeyd edilir. Xəstə dərin şok vəziyyətindədir. Traxeya intubasiya olunmuşdur. Yara ətrafında əzələlərin fibrilyasiyası, bronxospazm əlamətləri qeyd edilir. Xəstə həyəcanlıdır. 10 dəqiqədən sonra əzələ qıcolmaları yayılmış xarakter daşdı və xəstə kəskin tənəffüs çatmamazlığından vəfat etdi. Generalizə şəkilli əzələ fibrilyasiyasına səbəb nə idi? Xəstə nədən tələf oldu?

Heç şübhəsiz ki, xəstədə ağır mina partlayış zədələnməsindən əlavə, onda kombinə şəkilli kimyəvi zəhərlənmə də baş vermişdir. Bu xəstənin daha da ağırlaşmasına (qarşılıqlı ağırlaşdırıcı sindrom) və ölümünə səbəb olmuşdur. Yara ətrafında əzələ səyrimələrinin olması, sonralar isə bunun generalizə şəkilli əzələ fibrilyasiyası ilə əvəz olunması Zarin tipli döyüş kimyəvi zəhərlənməyə aiddir. Kimyəvi zəhərlənmənin yüksək dozada olması və yaralanmanın ağırlığı həyat ilə uyuşmayan zədələnmə olduğundan ölümlə nəticələnmişdir. Belə xəstələrə intubasion narkoz əks göstərişdir.

198) Yaralı döyüş zonasından hərbi-səhra cərrahiyyəsi hospitalına kimyəvi zəhərlənmə diaqnozu ilə gətirilmişdir. Xəstənin sağ bud nahiyəsi mina partlayış zədələnməsinə məruz qalmışdır. Yara kimyəvi zəhərlə çirklənmişdir. Yara nahiyəsi kəskin dözülməz ağrıdır. Xəstəni döyüş zonasından çıxararkən əleyhiqazdan istifadə edilmiş və yara kimyəvi paketdə olan məhlulla yuyulmuş və sarınmış, ətraf transport şini ilə immobilizə olunmuşdur. Xəstənin ümumi vəziyyəti stabildir. Yaraya qoyulmuş sargı

sarımsaq qoxusu verən tünd rəngli qanlı yağlı maye ilə islanmışdır. Hansı döyüş kimyəvi zəhər tətbiq olunmuş və xəstəyə yardım necə həyata keçirilməlidir?

-Yaradan sarımsaq iyinin gəlməsi və sarğının yağlı tünd rəngli maye ilə islanması, döyüş kimyəvi zəhər olan İpritə xasdır. Sarğının üst qatı götürülməli, xəstə ümumi dezinfeksiyadan –deqazasiyadan keçirilməli, yara yalnız bundan sonra açılmalıdır. Yara əvvəlcə 10%-li xloraminin spirtli məhlulu ilə, sonra isə 5%-li hydrogen peroksid məhlulu ilə yuyulmalı və radikal cərrahi işlənilməli, vəziyyətin stabilləşməsi üçün kompleks şəkili şok əleyhinə tədbirlər yerinə yetirilməlidir. Xəstənin vəziyyəti stabilləşdikdən sonra növbəti müalicə mərhələsinə təxliyə olunmalıdır.

199) 26 yaşlı yaralı döyüş zonasından hərbi-səhra cərrahiyyəsi hospitalına kimyəvi zəhərlənmə diaqnozu ilə gətirilmişdir. Xəstə hər iki gözündə ağrılardan, görmənin çətinliyindən, burundan güclü selik ifrazatının olmasından, döş qəfəsi nahiyəsində sıxıntı və tənəffüsün çətinməsindən şikayət edir. Xəstənin sağ baldır nahiyəsində 5x8 santimetr böyüklüyündə qəlpə yarası qeyd edilir. Xəstə həyəcanlıdır, dərisi soyuq tərle örtülmüşdür. Nəbzi dəqiqədə 50-55, arterial təzyiqi 90/50 mm c.s.-dur. Düşmən hansı kimyəvi silahdan istifadə etmişdir? Xəstəyə yardım necə həyata keçirilməlidir?

-Xəstənin ümumi vəziyyətinin təhlili, onda olan klinik əlamətlər fosfor-orqanik maddələrdən istifadə olunduğunu təsdiq edir. Xəstədə bronxoreya, rinoreya əlamətləri vardır. Xəstə selikdən boğulur, kəskin nəfəs çatmamazlığı, respirator distress sindrom əlamətləri aşkarlanır. Antixolinergik blok baş vermişdir. Antixolinesteraza fermentinin neytrallaşdırılması məqsədilə ilk növbədə xəstənin venasına atropin, yaxud afin yeridilməlidir. Yuxarı tənəffüs yolu intubasiya olunmalı, bronxlar mütəmadi olaraq selikdən təmizlənməlidir. Yalnız xəstənin ümumi vəziyyəti stabilləşdikdən sonra yara sanasiya olunmalı və radikal cərrahi işlənilməlidir.

200. 23 yaşlı leytenant qarının aşağı hissəsinin daxilə keçən qəlpə yarasına görə yaralandıqdan 1 saat sonra hərbi-səhra cərrahiyyəsi hospitalına gətirilmişdir. Xəstənin ümumi vəziyyəti ağır olaraq qalır. Dərisi avazımışdır, nəbzi dəqiqədə 120-dir. Arterial təzyiqi 90/40 mm c.s.-dur. Qarının aşağı hissəsində ölçüsü 6x7 santimetr olan qəlpə yarası qeyd edilir. Yara kanalı kordur. Yaradan damcı ilə sidik gəlir. Qarın palpasiya zamanı gərgindir, tənəffüsdə iştirak etmir. Blumberq əlaməti müsbətdir. Sidik ifrazı çətinləşmişdir. Müalicə taktikası nədən ibarət olmalıdır?

-Qarının aşağı hissəsində geniş kor qəlpə yarası vardır. Yaradan sidik ifrazatının olması sidik kisəsinin zədələnməsinə uyğundur. İlk növbədə yara kanalından contrast maye yeridilməsi ilə vulneoqrafiya yerinə yetirilməlidir. Lakin xəstənin vəziyyətinin ağırlığı və daxili davamedən qanaxmanın olması eyni zamanda laparotomiyanın aparılmasını və qanaxmanın saxlanılmasını tələb edir. Cərrahi əməliyyatın həcmi intraoperasion tapıntıdan asılı olaraq təyin olunmalıdır. Cərrahi əməliyyat episistomanın qoyulması ilə başa çatdırılmalıdır.

ODLU SILAH YARALANMALARIN MÜALİCƏSİNƏ DAİR PRAKTİK TÖVSIYƏLƏR

1. Döyüş şəraitindən asılı olaraq hərbi-səhra cərrahiyyəsi hospitalının cəbhə xəttinə maksimal yaxınlaşdırılması, yaralıların bura vaxtında çatdırılmasına və müalicə prosesində fəsadlaşmaların minimuma enməsinə imkan yaradır. Döyüşçülərin qoruyucu jiletlər və baş örtüyü ilə (kaskalarla) təmini ciddi kəllə-beyin yaralanmalarının, eləcə də daxilə keçən boşluq yaralanmalarının sayca azalmasına və qarşısının alınmasına imkan verir.

2. Tibbi yardımın döyüş zonasına maksimal yaxınlaşdırılması və onun keyfiyyətinin yüksəldilməsi yaralıların vaxt itirilmədən daha təkmilləşdirilmiş yardım sahəsinə çatdırılmasına imkan verir. Hospitalaqədərkə mərhələdə əməliyyat sarğı və reanimasiya qoşğularından istifadə edilməsi burada ilk həkim yardımının, əlverişli döyüş şəraitində isə hətta ixtisaslı cərrahi yardımın daha erkən müddətlərdə yerinə yetirilməsinə hospitalın işinin asanlaşmasına imkan verir və onun həddən artıq yüklənməsinin qarşısını alır. Həmçinin briqada tibb məntəqəsinin işinin yenidən təşkili, onun lazımı avadanlıqla təmin olunması burada reanimasiya və intensiv terapiyanın daha keyfiyyətlə həyata keçirilməsinə imkan verir, briqada tibb məntəqəsinin gələcəkdə qoşun reanimasiya mərkəzinə çevrilməsi nəzərdə tutulur.

3. Hospitalaqədərkə tibbi yardım mərhələsinin işinin keyfiyyətinin artırılması məqsədilə ağır yaralanmalar zamanı asfiksiyanın aradan qaldırılması üçün traxeyanın intubasiyasının, konikotomiyanın və i.a. tədbirlərin məhz bu mərhələdə (briqada tibb məntəqəsində) yerinə yetirilməsi daha yüksək nəticələrin əldə edilməsinə imkan verir. Bunun üçün tibb personalının hazırlıqlı olması da tələb olunur.

4. Hərbi-səhra cərrahiyyəsi hospitallarının (əlahiddə tibb taborlarının) müasir-yığcam, lakin qısa müddətdə daha çox və hərtərəfli məlumatlar verə bilən cihazlarla təmin edilməsi xəstə və yaralıların daha yüksək keyfiyyətlə müayinəsinə imkan verir. Bu tipli laborator cihazları hərbi maşınlarda yerləşdirilməklə cəbhə xəttinə daha yaxın ərazilərdə laborator müayinələrinin aparılmasına imkan verir.

5. Hospitala daxil olmuş yaralıların vəziyyətinin ağırlıq dərəcəsi təkcə yaralanmanı ağırlıq dərəcəsiindən asılı olmayıb, eyni zamanda onların hospitala çatdırıldığı müddətdən, hospitalaqədərkə mərhələdə yaralılara göstərilmiş yardımın keyfiyyətindən və qanıtirmənin həcmindən çox asılıdır. Bu, $S = k \cdot HVT/Q$ düsturunda öz əksini tapır. Həmin düstur hesablaması ixtisaslı cərrahi yardım mərhələsində yaralıların ağırlıq dərəcəsinin (S) onların müalicə taktikasının müəyyənəşdirilməsinə imkan verir. Burada k –mütənasiblik əmsalı olub, 100-ə bərabərdir. H –yaralanmanın ağırlıq dərəcəsinə, V –qanıtirmənin həcmi, T –yaralının hospitala çatdırılma müddətini, Q – hospitalaqədərkə mərhələdə yardımın keyfiyyətini göstərir.

H yüngül yaralılarda şərti olaraq 1-ə, orta ağırlıqlı yaralılarda 2-yə, ağır yaralılarda 3-ə, daha ağır yaralılarda isə 4-ə bərabər götürülür.

V –qanıtirmənin həcmi litrlə ölçülür. Yüngün yaralılar üçün bu qiymət 0,5 litr, orta ağırlıqlı yaralılar üçün 1 litr, ağır yaralılar üçün 1,5 litr, daha ağır yaralılar üçün isə 2 litr nəzərdə tutulur. Qanıtirmə birbaşa və dolaylı yolla təyin edilə bilər. Birbaşa göstəricilərə sarğıların və paltarın islanma dərəcəsi, yaranın ölçüsü, laborator analizində eritrositlərin sayı, hemoqlobin və hematokritin səviyyəsi; dolaylı göstəricilərə yaralının ümumi vəziyyəti, bənizin solğunluğu, halsızlıq əlamətlərinin olması, yaralıların qan təzyiqinin enməsi, nəbz tezleşməsi aiddir.

Q –hospitalaqədərkə mərhələdə yardımın keyfiyyəti tam həcmdə yerinə yetirilərsə Q-nün qiyməti şərti olaraq 3-ə bərabər götürülür. Yardım ixtisarla yerinə yetirilmişsə bu qiymət 2-yə, heç həyata keçirilməyibsə, yaxud qüsurlu yerinə yetirilibsə 1-ə bərabər götürülür. Ağır yaralılarda S-in qiyməti 200-ə qədər, orta ağırlıqlı yaralılarda 200-lə 600 arasında, ağır yaralılarda 600-lə 1000 arasında, daha ağır yaralılar 1000-dən yuxarı olur.

6. Yaralanmalar zamanı fəsadlaşmaların profilaktikası döyüş zonasında həyata keçirilən ilk tibbi yardım prosesindən başlanılmalıdır. İlk sarğıların düzgün qoyulması, zədələnmələr zamanı ətrafların lazımi qaydada hərəkətsizleşdirilməsi, şok, qanaxma, asfiksiyaya qarşı tədbirlərin vaxtında və

keyfiyyətlə həyata keçirilməsi sonrakı mərhələlərdə çəş və biləcək fəsadlaşmaların qarşısının alınmasında xüsusi əhəmiyyətə malikdir. Həkiməqədərki tibbi yardım mərhələsinin işinin günün tələblərinə uyğun şəkildə qurulması, tabor tibb mərhələsinə həkim ştatının əlavə olunması, məntəqənin infuzion paketlər və xüsusi manjetlərlə təchiz olunması infuzion terapiya və şok əleyhinə tədbirlərin daha erkən müddətdə səmərəli və keyfiyyətlə həyata keçirilməsinə imkan verir. Tibb məntəqələrinin tələbata uyğun nəqliyyat vasitəsilə təmin olunması yaralıların döyüş zonasından pərakəndə və narahat vəziyyətdə daşınmasının qarşısını alır. Bu nəinki fəsadlaşmaların azalmasına, həmçinin döyüş texnikasının da əsas işdən yayınmasının qarşısının alınmasına imkan verir; sanitar maşınları ilə daşınan yaralılarda fəsadlaşma halları nisbətən az təsadüf edilir. Döyüşçülər arasında sanitar maarifinin genişləndirilməsi, onların vətənin müdafiəsi uğrunda mənəvi-psixoloji hazırlıqlı olmalarının qayğısına qalınmasının da xüsusi əhəmiyyəti vardır. Əsgərlərin ilk tibbi yardım göstərilməsinə dair təlimatlandırılması, onlar arasında donorluq təbliğatının aparılması xüsusi əhəmiyyət kəsb edir və bunlar günün tələbindən irəli gələn məsələlər olub, döyüşçülərə qayğı və rəğbəti əks etdirir. Əsgərlərin baş geyimləri və qoruyucu jiletlərlə təmin edilməsi həyati-vacib orqanların zədələnməsinin qarşısının alınmasına və yaralanmaların nisbətən yüngül keçməsinə imkan verir.

7. Yaralılara ixtisaslı cərrahi yardım mərhələsində ağər yaralanmalarda diaqnozun aydın olduğu hallarda onların qəbul şöbəsində, yaxud çeşidləmə meydançasında, rentgen kabinetində və laboratoriyada ləngidilməsinə yol verilməməlidir. İnfuzion terapiyanın qəbul-çeşidləmə şöbəsindən başlanılması və yaralıların vaxt itirilmədən əməliyyat-sarğı, yaxud reanimasiya şöbələrinə keçirilməsi, rentgen və laborator müayinələrin yerindəcə aparılması daha məqsədəuyğundur. Ağır yaralılara infuzion-transfuzion terapiyanın mərkəzi venalardan, yaxud transarterial yolla həyata keçirilməsi mayenin periferiyada sekvestrasiyasının və beləliklə ürək fəaliyyətinin zəifləməsinin qarşısını alır.

8. Hərbi-səhra cərrahiyyəsi hospitallarının (əlahiddə tibb taborlarının, mütəhərrik tibb qruplarının -PMQ) müasir-yığcam, lakin qısa müddətdə daha çox və hərtərəfli məlumatlar verə biləcək laborator maşınları ilə təmin edilməsi ön cəbhə zonasında xəstə və yaralıların daha yüksək keyfiyyətlə müayinəsinə, fəsadlaşmaların vaxtında aşkarlanmasına və aradan qaldırılmasına imkan verir. Bu tipli laborator cihazlarını xüsusi nəqliyyatda yerləşdirilməklə cəbhə xəttinə daha yaxın ərazilərdə tətbiqi mümkündür.

9. Hospitalaqədərki mərhələnin fəaliyyətində əməliyyat və reanimasiya avtoqoşğularının tətbiqi hospitalaqədərki yardım mərhələsinin fəaliyyət dairəsinin artırılmasına və onun keyfiyyətinin yaxşılaşdırılmasına imkan verir.

10. Kəllə-beyin yaralanmalarında trepanasiya dəliyinin bilavasitə sümük defekti sahəsindən həyata keçirilməsi daha məqsədəuyğundur. Bunun ölçüsünün 5-6 santimetrdən kiçik olmaması və operativ müdaxilənin sonunda sərt qişanın tamlığının bərpası beyin protruziyasının qarşısının alınmasına imkan verir. Operativ müdaxilə zamanı sərt qişanın xaçvari deyil, qövs şəklinə açılması defekt sahəsinin daha asan bərpa olunmasına imkan verir. Sərt qişa defektinin örtülməsinə çətinlik yarandığı hallarda yaraətrafi toxumadan, budun enli fassiyasından, yaxud plastik material kimi orqanizmin digər nahiyələrindən götürülmüş seroz, yaxud fassial qatlardan istifadə edilməsi işi asanlaşdırır.

11. Burunətrafi ciblərin zədələnməsi ilə müşahidə olunmuş başın müştərək yaralanmaları zamanı bir qayda olaraq cibin arxa divarının tamlığı yoxlanılmalıdır. Alın və Haymor ciblərinin drenajının birin yolu ilə həyata keçirilməsi daha məqsədəuyğundur. Alın cibinin arxa divarının tamlığının pozulduğu hallarda göstəriş əsasında yara kanalından kəllədaxili dekompressiya məqsədilə istifadə olunması müəyyən hallarda kəllənin əlavə trepanasiyasının həyata keçirilməsi ehtiyacını aradan qaldırır.

12. Göz almasının sıradan çıxması ilə nəticələnən kəllə-beyin zədələnmələrində kəllədaxili dekompressiyanın bilavasitə göz yuvasından aparılması müəyyən hallarda kəllənin trepanasiyasına olan ehtiyacı ödəyir və bunun yardım işində nəzərə alınması məsləhətdir.

13. Boyun yaralanmalarında ilk növbədə qanaxmanın saxlanması və venaların zədələnmələrində hava emboliasının qarşısının alınması qayğısına qalınmalıdır. Boyun fəqərələrinin zədələnməsinə

şübhə olduqda patoloji nahiyənn etibarlı fiksasiyası yaddan çıxarılmamalı, yaralıların daşınılmasında və təxliyəsi prosesində bunlar nəzərə alınmalıdır.

14. Çoxsaylı, müştərək və kombinə olunmuş yaralanmaların daha mürəkkəb olması yardım prosesində müəyyən çətinliklərin meydana çıxmasına səbəb olur. Çoxsaylı yaralanmalar zamanı bəzən daha qorxulu yarala nisbətən az nəzərə çarpır və bunlar adi yaralanma kimi təsəvvür yaradır. Nəticədə cərrah ilk baxışda ağır görünən ikinci dərəcəli yaraların cərrahi işlənməsi ilə məşğul olur. Bu isə əlavə vaxt itgisinə və yaralıların vəziyyətlərinin daha da ağırlaşmasına gətirib çıxarır. İxtisaslı yardım prosesində bu kimi səhvlər müşahidə olunmasın deyə, çoxsaylı yaralanmalarda eyni bir orqanizmdə yaraların çeşidlənməsinin (yaraların fərdi çeşidlənməsi) həyata keçirilməli, çətinlik olduğu hallarda isə yardımçı diaqnostik metodların da tətbiq olunması vacibdir. Yaralanmanın dominantlığı təyin edilməli və yardım daha ağır yaranın cərrahi işlənməsindən başlanmalıdır. Əlverişli döyüş şəraitində ciddi çoxsaylı yaraların iki həkim briqadası tərəfindən cərrahi işlənməsi daha məqsədəuyğundur. Bu, cərrahi əməliyyatın və narkozun vaxtının qısaltılmasına imkan verir.

15. Çoxsaylı yaralanmalarda yaraların cərrahi işlənməsində yara kanalının səthi, yaxud dərin olması dəqiqləşdirilməli, xüsusilə kor yaralanmalarda müalicə taktikasının təyini məqsədilə rentgen müayinəsi tətbiq edilməlidir. Ağır yaralılara yardım qanaxmanın qarşısının alınması, asfiksiya və travmatik şoka qarşı təxirəsalınmaz tədbirlər əsasında yerinə yetirilməlidir.

16. Davamedən daxili qanaxmalar və qarşısı adi konservativ yolla alın bilməyən gərgin pnevmotorakslar torakotomiyaya birbaşa göstərişdir.

17. Plevra boşluğundan saatda 300 ml-dən artıq qanın xaric olması davamedən qanaxmanı göstərir. Bu kimi yaralanmalarda hemodinamikan stabilliyinə arxalanaraq həddən artıq həcmdə reinfuziyanın aparılmasına yol verilməməlidir. Dövrən edən qanın həcmnin 40-50%-dən çoxunun reinfuziya olunması antihemofil faktorun (VIII faktorun) sıradan çıxmasına və əlavə fibrinolitik qanaxmalara (damardaxili laxtalanma sindromuna) səbəb ola bilər. Əsas patoloji prosesin ləğvindən əlavə, fibrinolitik qanaxmaların qarşısının alınması, yaxud antihemofil faktorun bərpa olunması məqsədilə eyni qruplu təzə sitrat qanın, yaxud dondurulmuş plazmanın köçürülməsi məsləhətdir. Belə hallarda antihemofil faktorun ampulada hazır vəziyyətdə buraxılan formalarından istifadə edilməsi daha sərfəlidir (1000-1500 vahid).

18. Geniş həcmli reinfuziyalar qanın laxtalanma sisteminin pozulmasına və fibrinolitik qanaxmanın baş verməsinə gətirib çıxarır. Belə hallarda təzə sitrat qanı və dondurulmuş plazmadan istifadə olunması müsbət nəticə verir. Həmçinin bu zaman antihemofil (VIII) faktorun ampul şəklində (1000-1500 vahid vena daxilinə) istifadə edilməsi daha sərfəlidir.

19. Bütün daxilə keçən döş qəfəsi yaralanmalarında plevra boşluğunun iki rezin boru ilə drenaj olunması vacibdir. Üst drenaj boru II qabırğaarasından, alt drenaj boru VIII qabırğaarasından qoyulmalıdır. Üst drenaj boru havanın, alt drenaj boru isə mayenin (qanın) xaric olması məqsədini daşıyır. Alınmış qan reinfuziya olunur. Plevra boşluğuna qoyulmuş drenaj borular daim nəzarətdə saxlanılmalı, onların laxta ilə tutulması, yaxud düzgün qoyulmaması vaxtında aşkar edilməlidir. Həyata keçirilən tədbirlər müsbət nəticə vermədikdə (xüsusilə oxvari elementlər və qeyri-stabil güllələrlə zədələnmələrdə) digər seroz boşluqlarda da qanaxmanın olması dəqiqləşdirilməlidir. Bu məqsədlə əks tərəfdə plevra boşluğu punksiya olunmalı və lazım gəldikdə drenaj edilməlidir. Yaralanmanın torakoabdominal xarakterli olmasına şübhə olduqda laparosentez həyata keçirilməlidir.

20. Döş qəfəsinin daxilə keçməyən yaralanmalarında (xüsusilə mina-partlayış yaralanmalarında) ağciyərlər, ürək və böyük damarların kontuziyası ehtimalı yaddan çıxarılmamalı, bu kimi hallarda yaralı ətraflı müayinə olunmalı, göstəriş əsasında plevra boşluğunun drenaj olunması və orqanların kontuziyasının nəticələrinin aradan qaldırılması üçün kompleks müayinə və müalicə tədbirləri həyata keçirilməli, yaralılar travmatik pulmonit, yaxud travmatik pankarditə görə müalicə almalıdırlar.

21. Döş qəfəsinin “yüngül” yaralanmalarında yaralının ilk rentgen müayinəsində plevra boşluğunda az miqdarda qanın toplanması, yaxud seroz boşluqda mayenin olmaması həkimi arxayın etməməli, xəstə müşahidə altında saxlanılmalı, ağırlaşma halları baş verərsə, tkrari rentgen müayinəsi həyata keçirilməli, yaxud fizikal müayinədən sonra plevra boşluğu punksiya edilməli və müalicə

taktikası dəqiqləşdirilməlidir.

22. Bütün torakoabdominal yaralanmalarda ixtisaslı yardım plevra boşluğunun standart drenajından bəirlənməli və bundan sonra laparotomiya həyata keçirilməli, intraoperasion tapıntıdan asılı olaraq, bu və ya digər operativ müdaxilə metodu tətbiq edilməlidir. Əməliyyatın asırında diafraqma yarasının tikilməsi yaddan çıxarılmamalıdır. Yalnız parenximatoz orqanların zədələndiyi hallarda seroz boşluqlardan alınmış qan reinfuziya olunmalı, boşluqlu orqanların zədələndiyi hallarda isə qanın reinfuziyasından imtina edilməlidir. Plevra boşluğundan profuz qanaxmalar zamanı operativ müdaxilə torakotomiyadan başlanılmalıdır. Laparotomiyanın axırında plevra boşluğundan qanaxma güclənərsə, laparotom yarası bağlanılmalı və operativ müdaxilə torakotomiya ilə başa çatdırılmalıdır. Laparofrenikotorakotomiya üsulu daha travmatik olduğundan bu metod ağır odlu silah yaralanmalarının müalicəsində tətbiq edilməməlidir.

23. Torakoabdominal yaralanmalarda diafraqmanın yaralanması mütləq göstərici deyildir. Bu, tangensial, yaxud toxunan istiqamətli yaralanmalara aiddir. Bu tipli yaralanmalarda da müalicə taktikası və yardımın həyata keçirilməsi prinsipi bütün torakoabdominal yaralanmalarda olduğu kimi dəyişməz qalır. Bütün torakoabdominal yaralanmalarda ixtisaslı yardım plevra boşluğunun standart drenajından başlanılmalı və bundan sonra laparotomiya həyata keçirilməli, intraoperasion tapıntıdan asılı olaraq, bu və ya digər operativ müdaxilə metodu tətbiq edilməlidir. Diafraqmanın yarasının tikilməsi yaddan çıxarılmamalıdır. Yalnız parenximatoz orqanların zədələndiyi hallarda seroz boşluqlardan alınmış qan reinfuziya olunmalı, boşluqlu orqanların zədələndiyi hallarda isə qanın reinfuziyasından imtina olunmalıdır. Plevra boşluğundan profuz qanaxmalar zamanı operativ müdaxilə torakotomiyadan başlanılmalıdır. Laparotomiyanın axırında plevra boşluğundan qanaxma güclənərsə, laparotom yarası bağlanılmalı və operativ müdaxilə torakotomiya ilə başa çatdırılmalıdır. Laparofrenikotorakotomiya üsulu daha travmatik olduğundan bu metod ağır odlu silah yaralanmalarının müalicəsində tətbiq edilməməlidir.

24. Daxili orqanların zədələnməsi ilə olan bütün qarın yaralanmalarında laparotomiya standart orta kəsiklə həyata keçirilməlidir. Bu yolla daxili orqanların tətbişi və operativ müdaxilənin yerinə yetirilməsi daha asan olur. Laparotomiya zamanı ilk növbədə qanaxmanın mənbəyi tapılmalı, bundan sonra əvvəlcə parenximatoz, sonra isə boşluqlu uzvlər tətbiş olunmalıdır. Daxili orqanların tətbişi zamanı mədənin arxa divarı, 12-barmaq bağırsağın və yoğun bağırsağın müsariqəsiz hissələri yoxlanılmalı, eləcə də peritonarxası sahənin, çanaq dibinin və diafraqmanın tamlığına nəzarət olunmalıdır. Mədənin yaraları tikilməli, 12-barmaq bağırsağ mobilizə olunmalı, onun ekstraperitoneal yaraları tikilməli, retroperitoneal sahə drenaj olunduqdan sonra peritonun arxa divarının tamlığı bərpa olunmalıdır. Operativ müdaxilə hepatoduodenal sahənin və ümumiyyətlə qarın boşluğunun qəbul olunmuş qaydada drenajı ilə başa çatdırılmalıdır. Qaraciyərin geniş zədələnmələrində, mədəaltı vəz və 12-barmaq bağırsağ və zədələnmələrində öd yolları xaricə drenaj olunmalıdır. Nazik bağırsağ Treys bağından başlanıb iliosekal küncə qədər, yoğun bağırsağ həmin sahədən saat əqrəbi istiqamətində rektosiqmoidal hissəyə kimi müayinə olunmalı, bağırsağ müsariqəsi nəzərdən keçirilməli, yoğun bağırsağın ekstraperitoneal sahələrinin (müsariqəsiz hissələrdə) yaralanmasına şübhə olduqda həmin sahələr açılıb yoxlanılmalıdır.

25. Nazik bağırsağın birər yaraları tikilməli, çoxsaylı yaralanmalarda və bağırsağ mənfəzinin geniş yaralanmalarında (yara bağırsağ mənfəzinin 1/3-dən böyük ölçüdə olduqda) və müsariqə damarlarının işemiyə ilə nəticələnən zədələnmələrində bağırsağın rezeksiyası məsləhətdir. Yoğun bağırsağın bütün zədələnmələrində hərbi-səhra hospitalı şəraitində anastomozun qoyulmasına yol verilməməli, operativ müdaxilə yalnız kolostomanın qoyulması ilə başa çatdırılmalıdır. Yoğun bağırsağın kiçik ölçülü zədələnmələrində (5mm-dən kiçik) yaranın ekstraperitonizasiyasına münasibət ehtiyatla həll edilməli və yalnız istisna hallarda həyata keçirilməlidir.

26. Qarının daxilə keçməyən odlu silah yaralanmalarında peritonun tamlığının pozulmaması hələ daxili orqanların zədələnməsini inkar edən fakt deyildir. Periton üzərində qansızma və hematomaların olması laparosentez və laparotomiyanın aparılmasını və daxili orqanların tətbişini tələb edir.

27. Qaraciyərin kiçik yaraları tikilməli, orqanün geniş dağılmış yaralanmalarında isə zədələnməmiş hissə rezeksiya olunmalı və öd yolları drenaj olunmalıdır. Öd kisəsinin yaralanmalarında

xolesistektomiya həyata keçirilməlidir. Qaraciyərin kor yaralanmalarında yad cismin çıxarılması çətinlik törədirsə və bu, orqanün bir növ dağılmasına səbəb olursa, yad cismin çıxarılmasına cəhd göstərilməməlidir. Qaraciyərin diafraqma səthinin yaralanmalarında yaranın tikilməsinin asanlaşdırılması məqsədlə oraqvari bağ kəsilməklə orqan mobil vəziyyətə gətirilməli, yara tikildikdən sonra oraqvari bağı tamlığı bərpa olunmalıdır.

28. Dalağın dağılmış yaralanmalarında, yaxud onun damar ayaqcığının sıradan çıxdığı hallarda splenektomiya həyata keçirilməli, orqanizmin immun qabiliyyətinin saxlanması məqsədlə dalaq toxuması böyük piyliyə implantasiya olunmalıdır. Bu məqsədlə güdül nahiyəsində kiçik dalaq toxuması da saxlanıla bilər. Dalağın kapsulunun səthi yaralanmalarında kapsula tikilməklə omentosplenopeksiya əməliyyatı həyata keçirilə bilər. Qanaxmanın baş verməməsi üçün zədə nahiyəsi atravmatik saplarla tikilməlidir.

29. Böyrəyin odlu silah yaralanmalarında lumbotom kəsiyin aparılması taktiki səhv fikirdir. Odlu silah yaralanmaları zamanı daxili orqanların müştərək zədələnmələrini nəzərə alaraq, böyrək zədələnmələrində də qarın boşluğu orta laparotom kəsiklə açılmalıdır. Böyrəyin dağılmış yaralanmalarında, eləcə də damar və sidik axarı ayaqcığının sıradan çıxdığı bütün hallarda nefrektomiya yeganə operativ üsul sayılmalıdır. Məhdud yaralanmalarda isə orqan rezeksiya oluna bilər.

30. Mədəaltı vəzin səthi yaraları tikilməli, quyruq hissəsinin dərin yaralanmalarında kaudal rezeksiya olunmalıdır. Mədəaltı vəzin cisminin dərin zədələnmələrində orqan rezeksiya olunmalı, pankreato-yeyunoanastomoz qoyulmalıdır. Pankreas başının ciddi zədələnmələrində vəzin zədələnmiş hissəsi rezeksiya olunmalı pankreato-yeyunoanastomoz qoyulmalıdır. Mədəaltı vəzin başı eyni zamanda 12-barmaq bağırsaqla birlikdə zədələnmişdirsə (bu çox zaman belə olur), 12-barmaq bağırsaqla pankreasın başı ilə birlikdə rezeksiya olunmalı, öd yolları və mədəaltı vəzin axacağı ilə nazik bağırsaqlar arasında anastomoz qoyulmalıdır (ixtisaslaşdırılmış yardım mərhələsində). Pankreasın hətta adi zədələnmələrində belə, öd yollarının drenaj olunması yaddan çıxarılmamalıdır.

31. Bütün çanaq zədələnmələrində, eləcə də sağrı və aralıq nahiyəsinin, müstəsna hallarda hətta budun yuxarı və orta 1/3-nin müasir qeyri-stabil odlu silah yaralanmalarında yara kanalının daxilə keçməsi, yaxud daxili orqanların zədələnməsi halı dəqiqləşdirilməlidir. Düz bağırsağın bütün zədələnmələrində siqmastoma qoyulmalı, orqanün peritondaxili yaraları tikilməli, ekstraperitoneal zədələnmələrdə pararektal sahə qəbul olunmuş qayda ilə drenaj olunmalıdır. Sidik kisəsinin intraperitoneal zədələnmələrində patoloji nahiyə tikilməli, ekstraperitoneal zədələnmələrdə isə zədə nahiyəsinin tikilməsindən əlavə, paravezikal sahə də drenaj olunmalı, operativ müdaxilə episistomanın qoyulması ilə başa çatdırılmalıdır. Sidik kisəsinin yaralarının tikilməsi zamanı onun daxili qişası tikişə götürülməməlidir.

32. Çanaq sümüklərinin sınığı zamanı sınıq nahiyəsinin fiksasiyası, yaxud skelet dartması yalnız çanaq həlqəsinin tamlığının pozulduğu hallarda, yaxud sirkə kəsinin sınıqlarında tətbiq edilməlidir. Qalan digər hallarda isə çanağın hərəkətsizləşdirilməsinə ehtiyac qalmır. Çanaq sümüklərinin sınıqlarında əksər hallarda geniş peritonarxası hematomanın olması daxili orqanların zədələnmələrinə simulə edə bilər. İxtisaslı cərrahi yardım prosesində diaqnostik və taktiki səhvlərə yol verilməsinə deyər, lazəm gəldikdə bu məqsədlə yardımçı müayinə metodları da tətbiq edilməlidir.

33. Ətraf yaralanmalarında zədə nahiyəsinin hərəkətsizləşdirilməsi təkcə sümük sınıqlarında deyil, eyni zamanda oynaq zədələnmələrində, yumşaq toxumaların geniş zədələnmələrində, sinirlərin və magistral damarların zədələnmələrində də tətbiq edilməlidir. Zədə nahiyəsinin hərəkətsizləşdirilməsi ətrafda təkrari zədələnmələrin qarşısını almaqdan əlavə, şok əleyhinə tədbir kimi də əhəmiyyətlidir. Adi sınıqlarda hərəkətsizləşdirmənin Kramer şinləri ilə, bud sümüyünün sınıqlarında isə Diterixs yaxud Tomas şinləri ilə aparılması daha məsləhətdir.

34. Odlu silah sınıqlarının müalicəsi zamanı intramedullyar osteosintezin tətbiq olunmasına yol verilməməlidir. Ətrafın odlu silah yaralanmalarında geniş sümük defektləri zamanı (dağılmış və çoxsaylı sınıqlarda) və oynağın ciddi zədələnmələrində aparatla ocaqdankənar osteosintezin aparılması daha müasir, optimal və etibarlı variantdır.

35. Oynağın daxilə keçən yaralanmalarında yara cərrahi işlənildikdən sonra oynaq boşluğu drenaj olunmalı, oynaq kapsulu tikilməli, dəriyə tikiş qoyulmamalıdır. Bütün oynaq zədələnmələrində hətta oynaq daxilinə keçməyən yaralanmalarda belə, ətraflar müvafiq qaydada fiksə olunmalıdır (hərəkətsizləşdirilməlidir). Hemartrozlarda oynaq punksiya olunmalı, oynaq boşluğu antiseptik məhlullarla yuyulmalı, antibiotiklər yeridilməli və drenaj olunmalıdır.

36. Ətrafların dağılmış geniş mina-partlayış yaralanmalarında və mürəkkəb sınıqlarında yaralının ağırlıq dərəcəsi nəzərə alınmalı, operativ müdaxilə ətrafın amputasiyası ilə başa çatdırılmalıdır. Bu kimi hallarda hərbi-səhra cərrahiyyəsi hospitalında hər hansı rekonstruktiv cərrahi əməliyyatların yerinə yetirilməsi yaralının həyatının xilas edilməsi naminə nəinki məqsədəuyğun deyil, hətta zərərliyə. Burada “ətrafın saxlanılmasındansa, orqanizmin sağ qalması” prinsipi əsas götürülməlidir.

37. Magistral damarların zədələnmələrində damarlar üzərində rekonstruktiv operativ müdaxilələr hərbi-səhra cərrahiyyəsi hospitalında buna şərait olduqda həyata keçirilməlidir. Damarların geniş defektlərində autovenoz plastika, adi defektlərində isə damar uclarının bir-birinə tikilməsi üsulu tətbiq edilməlidir. Damar cərrahiyyəsinin həyata keçirilməsi üçün hospitalda xüsusi alətlər, tikiş materialı və damar cərrahinin olması başlıca şərtədir. Şərait imkan vermədiyi hallarda zədələnmiş damar şuntlanmalı və yaralı təxirə salınmadan ixtisaslaşdırılmış müalicə müəssisəsinə çatdırılmalıdır. Yarada infeksiya əlaməti olan bütün hallarda damarlar üzərində hər hansı rekonstruktiv cərrahi əməliyyatın həyata keçirilməsinə yol verilməməlidir. Bütün damar zədələnmələrinə görə həyata keçirilmiş operativ müdaxilələrdən sonra antikoagulyant terapiyası müvafiq qaydada həyata keçirilməli, axırını heparin inyeksiyası yaralılıya onun təxliyəsinə 1,5-2 saat qalmış yeridilməlidir.

38. Hərbi zədələnmələr zamanı dəqiq sənədləşmə işlərinin aparılması eyni zamanda Hərbi Tibbi Doktrinanın tərkib hissəsinə daxildir. Təxliyə zamanı sənədləşdirmə işləri dəqiq aparılmalı, yaralılıarın müalicə müəssisələrinə nə vəziyyətdə və hansı nəqliyyat vasitəsilə köçürülməsi sənədlərdə öz əksini düzgün tapmalıdır. Bu, müalicənin son mərhələsində bəzi anlaşılmazlıqların və müalicə prosesində səhvlərin qarşısının alınmasında xüsusi əhəmiyyət kəsb edir.

39. Yaralılıarın təxliyəsi ixtisaslı yardımın ayrılmaz bir hissəsi kimi döyüş şəraitindən, yaralılıarın ağırlıq dərəcəsinin nəzərə alınması ilə müəyyən göstəriş əsasında həyata keçirilməlidir. Nəqliyyat vasitəsinin seçilməsində yaralanma nahiyyəsi və yaralılıarın ağırlıq dərəcəsi nəzərə alınmalı, ağır yaralılıarın təxliyəsində daha rahat nəqliyyat vasitələrinə üstünlük verilməlidir. Yaralılıara nəzarət ciddi şəkildə təşkil olunmalıdır. Yüngül yaralılıar yaralanmanın ilk günləri, ağır yaralılıar isə yalnız vəziyyətdən çıxdıqdan sonra təxliyə olunmalıdırlar. Hemodinamikanın stabilliyi və yaralılıarın şokdan çıxması təxliyənin həyata keçirilməsi üçün başlıca göstəriş sayılmalıdır. Bütün yaralılıarda dövrən edən qanın həcmi optimal şəkildə bərpa olunmalıdır. Bu, şokun təkrar olunmasının və təxliyə zamanı bir sıra digər fəsadlaşmaların da qarşısının alınmasında müsbət rol oynayır. Təxliyə zamanı sənədləşdirmə işləri dəqiq aparılmalı, yaralılıarın müalicə müəssisəsinə nə vəziyyətdə və hansı nəqliyyat vasitəsilə köçürülməsi sənədlərdə düzgün göstərilməlidir. Bu, müalicənin son mərhələsində bəzi anlaşılmazlıqların və müalicə prosesində səhvlərin qarşısının alınmasında xüsusi əhəmiyyət kəsb edir və Hərbi Tibbi Doktrinanın tərkib hissəsinə daxildir. İxtisaslı yardım mərhələsində fəsadlaşmalar və buraxılmış səhvlər müalicənin son mərhələsində nəzərə alınmalı, burada yaralılıara tam həcmdə lazımı kompleks müalicə tədbirləri həyata keçirilməlidir.

40. Odlu silah yaralanmalarının müalicəsində yaralı orqanizmin fəvqəddaxili hazırlıq qabiliyyəti, yaralanmanın xarakteri, onun ağırlıq dərəcəsi, iqlim və relyef şəraiti də nəzərə alınmalı, yaralı xəstəliklər vaxtında aşkar olunmalı və bu istiqamətdə fəsadlaşmaların qarşısının alınması üçün lazımı profilaktik tədbirlər həyata keçirilməlidir. Yaralılıarın düzgün cərrahi işlənməsi və sarğıların vaxtında dəyişdirilməsi, antibiotiklərdən səmərəli istifadə olunması irinləmənin qarşısını alan başlıca tədbirlərdəndir. Operativ müdaxilədən sonra ağır yaralılıarda travmatik şokun təkrar olunmaması məqsədlə ağrı sindromunun lazımcına aradan qaldırılması və dövrən edən qanın həcmının bərpası vacib şərtlərdəndir. Yanaşı xəstəlikləri olan və fiziki cəhətcə zəif inkişaf etmiş şəxslərdə yaralanmalar daha ağır gedişə malik olur. Bütün bunlar müalicə prosesində nəzərə alınmalı, yaralılıarın daha rahat nəqliyyat vasitəsilə daşınması, itirilmiş maye və elektrolit kəsininin bərpası təmin edilməli, hərbi xidmətə çağırış müddətində vətəndaşların hərbi həkim komissiyasında onların daha diqqətlə müayinəsi təmin edilməlidir.

41. Yaralının müalicəsinin düzgün təşkilində yaralanmalarının ağırlığı, xarakteri, mənşəyindən əlavə həmçinin yaralı orqanizmin fiziki hazırlıq qabiliyyəti, ətraf mühitin iqlim və relyef xüsusiyyətləri də nəzərdən qaçırılmamalıdır. Təcrübə göstərir ki, eyni ağırlıqlı yaralanmalarda yanaşı xəstəliyi olan yaralılarda fəsadlaşma və ölüm halları daha yüksək olur. Əlverişsiz iqlim və relyef şəraiti də müalicənin nəticələrinə mənfi təsir göstərməklə, fəsadlaşma və ölüm hallarının artmasına səbəb olur. Bütün bunların müalicə işində nəzərə alınması vacibdir. Bu məqsədlə hərbi xidmətçilərin dispanser müayinələrinin aparılması, şok və qanıtırmənin nəticələrinin sistematik olaraq aradan qaldırılması eyni zamanda zədələnmələr zamanı fəsadlaşmaların profilaktikası tədbiri kimi qiymətləndirilə bilər.

42. İxtisaslı cərrahi yardım mərhələsində fəsadlaşmalar və buraxılmış səhvlər müalicənin son mərhələsində də nəzərə alınmalı, burada yaralılara tam həcmdə lazımi kompleks müalicə tədbirləri həyata keçirilməli, hərbi həkim komissiyası tərəfindən yaralıların döyüş qabiliyyətinin bərpası, yaxud onların əlillik dərəcəsi təyin edilməli, yaralıların reabilitasiyası və əmək qabiliyyətinin bərpası və onların sosial problemləri günün tələbinə uyğun vaxtında və keyfiyyətlə yerinə yetirilməlidir.

HƏRBİ-SƏHRA CƏRRAHİYYƏSİNƏ DAİR TEST SUALLARI

(T.e.d. Z.Ə.SALAHOV tərəfindən tərtib edilmişdir)

VARIANT N _____

KOD NOMRƏSİ _____

DOĞRU SUALLARIN SAYI _____

QIYMƏT _____

Sualın №-si														
Cavabın №-si														
Sualın №-si														
Cavabın №-si														

Sual 1. Ürəyin ekstraperikardial tamponadası nədir və nə zaman baş verir?

- A) *Divararalığının emfiçeması nəticəsində ürək və böyük damarlar sıxılmaya məruz qalır, ürəyin normal işi pisləşir
- B) Sağ baş bronxun zədələnməsi nəticəsində baş verir.
- C) Sol baş bronxun zədələnməsi nəticəsində baş verir.
- D) Azan sinirin zədələnməsi ilə əlaqədardır.
- E) Relaksasiya zamanı diafraqma gümbəzinin yuxarı basılması ilə əlaqədardır.

Ədəbiyyat: E.A., Тавровский В.М. Ошибки, опасности и осложнения в легочной хирургии. Пермь, 1977., Вагнер Е.А., Проникающие ранения груди, М., 1975., Вагнер Е.А., и др., Разрывы бронхов, Пермь, 1985.

Sual 2. Paradoksal tənəffüs nə zaman əmələ gəlir və onun mexanizmi necədir?

- A) *Çoxsaylı qabırğa sınıqları və ağciyərin zədələnməsi zamanı nəfəsalma fazasında hava sağlam ağciyəərə keçir, nəfəsvermə fazasında isə karbon qazı ilə zəngin hava zədələnməmiş ağciyəərə daxil olur.
 - B) Zədələnmə nəticəsində divararalığı saat kəpgiri kimi sağa və sola hərəkət edir.
 - C) Nəfəsalma fazasında döş qəfəsi divarı zədələnməmiş tərəfdə içəri basılır, nəfəsvermə fazasında isə bayıra doğru genişlənir.
 - D) Nəfəsalma fazasında döş qəfəsi tənəffüsə uyğun olmayan hərəkət edir və xəstədə boğulma baş verir.
 - E) Nəfəsvermə fazasında döş qəfəsi tənəffüsə uyğun olmayan hərəkət edir və xəstədə sianoz baş verir.
- Ədəbiyyat: M.Y.Nəsirov, Z.Ə.Salahov, Hərbi-səhra cərrahlığı, 1998., Z.Ə.Salahov, M.Y.Nəsirov, Hərbi cərrahlıq, 2009

Sual 3. Sağ və sol ağciyərdə neçə seqment var?

- A) *Sağ ağciyərdə 10, sol ağciyərdə 9 seqment vardır. Sol ağciyərdə 7-ci seqment olmur.
- B) Sağ ağciyərdə 9, sol ağciyərdə 10 seqment vardır. Sağ ağciyərdə 7-ci seqment olmur.
- C) Hər iki ağciyərdə eyni miqdar seqment vardır. Orta payın hesabına sağ ağciyərin tutumu artıqdır.
- D) Sağ ağciyərdə 9, sol ağciyərdə 10 seqment vardır. Dilzək seqmentlərin hesabına onun həcmi genişlənməmiş olur.
- E) Sağ ağciyərdə 9, sol ağciyərdə 10 seqment vardır. Solda ürək seqmenti olmur.

Ədəbiyyat: И.С.Колесников Хирургия легких и плевры, Л., 1988, с. 7-18.

Sual 4. Tetanusa məxsus patoqnomonik triada nədən ibarətdir?

- A) *Disfaqiya, trizm və ənsə əzələsinin riqidliyi
 - B) Disfaqiya, triçm və opistotonus
 - C) Disfaqiya, opistotonus diplopiya
 - D) Ənsə əzələsinin riqidliyi, udğunma aktının pozulması və uzunsov beynə məxsus olan digər əlamətlər.
 - E) Xəstənin ağzını aza bilməməsi, diç reflekslərinin olmaması, sardonik gülüş
- Ədəbiyyat: M.Y.Nəsirov, Z.Ə.Salahov, Hərbi-səhra cərrahlığı, 1998., Z.Ə.Salahov, M.Y.Nəsirov, Hərbi cərrahlıq, 2009

Sual 5. Opistotonus zamanı hansı əzələlər qıcolmaya məruz qalmır və bunun nə kimi diaqnostik əhəmiyyəti var?

- A) *Opistotonus zamanı yalnız əl və ayaq əzələləri qıcolmaya məruz qalmır, bunun differensial diaqnostik əhəmiyyəti var.
- B) Opistotonus zamanı bütün əzələlər qıcolmaya məruz qalır, arxa əzələlər ön əzələlərdən daha qüvvətli olduğu üçün xəstə kürpü vəziyyəti alır. Bunun differensial diaqnostik əhəmiyyəti var.
- C) Opistotonus zamanı tonik və klonik qıcolmalar eyni müddətdə baş verdiyindən xəstələrin vəziyyəti daha ağır olur
- D) Opistotonus zamanı yalnız mimiki əzələlər qıcılalmaya məruz qalmır.
- E) Opistotonus zamanı qıcılar bütün əzələlərə verilir. Lakin onların davam etmə müddəti və intensivliyi müxtəlif olur.

Ədəbiyyat: M.Y.Nəsirov, Z.Ə.Salahov, Hərbi-səhra cərrahlığı, 1998., Z.Ə.Salahov, M.Y.Nəsirov, Hərbi cərrahlıq, 2009., И.Г.Вермель, Судебно-медицинская экспертиза лечебной деятельности., Свердловск, 1988, с.33., Г.И.Цыбуляк, Столбняк, Л., 1971.

Sual 6. Tonik qıcolmalarla klonik qıcolmalarda nə fərq var, klinik baxımdan bunların hansı daha ağırdır?

- A) *Tonik qıcolmalarda yalnız bükücü əzələlər iştirak edir. Klonik qıcolmalarda isə həm bükücü və həm də açıcı əzələlər birlikdə iştirak edir. Klonik qıcolmalar daha ağır gedişə malikdir.

- B) Tonik qıcolmalarda həm bükücü və həm də açıcı əzələlər birlikdə iştirak edir. Klonik qıcolmalarda isə yalnız bükücü əzələlər iştirak edir. Tonik qıcolmalar daha ağır gedişə malikdir.
 - C) Tonik qıcolmalar eninə zolaqlı əzələlərə, klonik qıcolmalar isə sayə əzələlərə aiddir. Klinik gedişinə görə tonik qıcolmalar daha ağır gedişə malikdir.
 - D) Tonik qıcolmalar yalnız skelet əzələlərinə aiddir və ağır gedişə malikdir. Bunların qarşısını almaq üçün miorelaksantlardan istifadə edilməlidir.
 - E) Tonik və klonik qıcolmalar eyni ağırlıqda olub, xəstənin vəziyyətini ağırlaşdıran faktorlara aiddir.
- Ədəbiyyat: M.Y.Nəsirov, Z.Ə.Salahov, Hərbi-səhra cərrahlığı, 1998., Z.Ə.Salahov, M.Y.Nəsirov, Hərbi cərrahlıq, 2009

Sual 7. Odlu silah yaralanmaları zamanı yarada neçə zona aşkar edilir?

- A) *Odlu silah yaralanmaları zamanı yarada 3 zona aşkar edilir.
- B) Odlu silah yaralanmaları zamanı yarada 4 zona aşkar edilir.
- C) Odlu silah yaralanmaları zamanı yarada 2 zona aşkar edilir.
- D) Odlu silah yaralanmaları zamanı yarada 5 zona aşkar edilir.
- E) Yalnız birincili nekrotik zona aşkar edilir.

Ədəbiyyat: M.Y.Nəsirov, Z.Ə.Salahov, Hərbi-səhra cərrahlığı, 1998., Z.Ə.Salahov, M.Y.Nəsirov, Hərbi cərrahlıq, 2009

Sual 8. Odlu silah yaralanmaları soyuq silah yaralanmalarından nə ilə fərqlənir?

- A) *Soyuq silahlardan fərqli olaraq, odlu silah yaralanmaları zamanı zədə nahiyəsində 3 xarakter zona aşkar olunur.
- B) Odlu silah yaralanmalarında toxumalar daha çox dağıntıya məruz qalır.
- C) Fərqi yoxdur, hər iki formalı yaraların cərrahi işlənmə prinsipi eynidir.
- D) Odlu silah yarası uçuş ballistikasının nəticəsidir.
- E) Yaralar cərrahi işləndikdən sonra tikilməlidir.

Ədəbiyyat: M.Y.Nəsirov, Z.Ə.Salahov, Hərbi-səhra cərrahlığı, 1998., Z.Ə.Salahov, M.Y.Nəsirov, Hərbi cərrahlıq, 2009, E.K.Гуманенко, Военно-полевая хирургия, 2008.

Sual 9. Yaraların neçə cür cərrahi işlənməsi məlumdur?

- A) *Birincili və ikincili
- B) Birincili, təxirəsalınmış və ikincili
- C) Birincili və təxirəsalınmış
- D) Birincili və təkrarı
- E) Hamısı düzdür

Ədəbiyyat: M.Y.Nəsirov, Z.Ə.Salahov, Hərbi-səhra cərrahlığı, 1998., Z.Ə.Salahov, M.Y.Nəsirov, Hərbi cərrahlıq, 2009, E.K.Гуманенко, Военно-полевая хирургия, 2008.

Sual 10. Yaraların birincili cərrahi işlənməsi necə aparılır?

- A) *Yara mümkün qədər geniş açılmalı, həyati qabiliyyəti olmayan nekrotik toxumalar maksimal kəsilib götürülməli, etibarlı hemostaz olunmalı, anatomiya bərra olunmalıdır
- B) Yaranın genişləndirilməsi, nekrotik toxumaların kəsilib götürülməli və tikilməlidir.
- C) Yara geniş açılmalı, hemostaz olunmalı, açıq saxlanılmalıdır.
- D) Yara geniş açılmalı, boşluğa hemostatik söngər qoyulmalı, aseptik sarınmalıdır.
- E) Nekrotik toxumalar kəsilib götürüldükdən sonra drenaj olunmalıdır.

Ədəbiyyat: M.Y.Nəsirov, Z.Ə.Salahov, Hərbi-səhra cərrahlığı, 1998., Z.Ə.Salahov, M.Y.Nəsirov, Hərbi cərrahlıq, 2009, E.K.Гуманенко, Военно-полевая хирургия, 2008.

Sual 11. Yaraların ikincili cərrahi işlənməsinə göstəriş nədir və bu, yaraların birincili cərrahi işlənməsindən nə ilə fərqlənir?

- A) *Yaranın ikincili cərrahi işlənməsi üçün vacib şərt yarada infeksiyanın olmasıdır. Bu zaman əlavə kəsiklər aparılır və drenajın qoyulması lazım gəlir
- B) Yaranın 2-li cərrahi işlənməsi sayca ikincili olub, rentgen müayinəsindən sonra yad cisimlərin çıxarılmasıdır.
- C) Yaranın 2-li cərrahi işlənməsi sayca ikincili olub, təkrari qanaxmaların saxlanılması məqsədini daşıyır
- D) Yaranın 2-li cərrahi işlənməsi infeksiyanın qarşısının alınmasına xidmət edir.
- E) Yaranın 2-li cərrahi işlənməsi qranulyasiya toxumasının əmələ gəlməsi zamanı həyata keçirilir.

Ədəbiyyat: M.Y.Nəsirov, Z.Ə.Salahov, Hərbi-səhra cərrahlığı, 1998., Z.Ə.Salahov, M.Y.Nəsirov, Hərbi cərrahlıq, 2009

Sual 12. İlk nekrotik zona ilə molekulyar silkəlmə zonası nəyin nəticəsində baş verir?

- A) *İlkin nekrotik zona odlu silahın birbaşa təsirindən, molekulyar silkəlmə zonası (ikincili nekrotik zona) isə odlu silahın yan zərbəsi təsirindən baş verir.
- B) Hər iki zona yara kanalında sıxılmış havanın ani təsirindən baş verir.
- C) Hər iki zona mikrob çirklənməsinin nəticəsidir.
- D) İkincili nekrotik zona kinetik enerjiden asılı olaraq daha geniş sahəni əhatə edir.
- E) İlk nekrotik zona odlu silahın yan zərbəsi təsirindən, molekulyar silkəlmə zonası (ikincili nekrotik zona) isə odlu silahın birbaşa təsirindən baş verir.

Ədəbiyyat: M.Y.Nəsirov, Z.Ə.Salahov, Hərbi-səhra cərrahlığı, 1998., Z.Ə.Salahov, M.Y.Nəsirov, Hərbi cərrahlıq, 2009

Sual 13. Yaralara neçə cür tikişlər qoyulur, bunlar hansılardır?

- A) *Yaraya birincili, təxirəsalınmış, ikincili erkən və ikincili gec tikişlər qoyulur.
- B) Yaraya birincili, təxirəsalınmış və ikincili tikişlər qoyulur
- C) Yaraya birincili, provizor, təxirəsalınmış və ikincili tikişlər qoyulur
- D) Yaraya birincili, provizor və ikincili tikişlər qoyulur
- E) Yaranın tikilməsi yara prosesinin gedişindən asılı olaraq qoyulur

Ədəbiyyat: M.Y.Nəsirov, Z.Ə.Salahov, Hərbi-səhra cərrahlığı, 1998., Z.Ə.Salahov, M.Y.Nəsirov, Hərbi cərrahlıq, 2009

Sual 14. Yaraya birincili tikişlər nə zaman qoyulur?

- A) *Yaraya birincili tikişlər infeksiya əlaməti olmadıqda qoyulur.
- B) Yara kənarları elastik olduqda qoyulur
- C) Yaranın qranulyasiya fazasında qoyulur
- D) Qranulyasiya fazasına qədər qoyulur
- E) Yarada ifrazat olmadıqda qoyulur.

Ədəbiyyat: M.Y.Nəsirov, Z.Ə.Salahov, Hərbi-səhra cərrahlığı, 1998., Z.Ə.Salahov, M.Y.Nəsirov, Hərbi cərrahlıq, 2009

Sual 15. Provizor tikişlərə hansı aiddir?

- A) *Birincili cərrahi işləndikdən sonra yaraya qoyulan, lakin dartılıb bağlanmayan tikişdir
- B) Yaraya qranulyasiya fazasında qoyulur
- C) Yaraya çapıqlaşma fazasında qoyulur

- D) Təxirəsalınmış tikişlərə aiddir
- E) Yaraya nekrotik toxumalar təmiçləndikdən sonra qoyulur
Ədəbiyyat: M.Y.Nəsirov, Z.Ə.Salahov, Hərbi-səhra cərrahlığı, 1998., Z.Ə.Salahov, M.Y.Nəsirov, Hərbi cərrahlıq, 2009

Sual 16. Təxirəsalınmış tikişlər nədir və nə zaman qoyulur?

- A) *Təxirəsalınmış tikişlər yaraya qranulyasiya fazasına qədər qoyulan tikişlərdir.
 - B) Təxirəsalınmış tikişlər yaraya qranulyasiya fazasında qoyulan tikişlərdir.
 - C) Təxirəsalınmış tikişlər yaraya qranulyasiya çapıqlaşma fazasında qoyulan tikişlərdir.
 - D) Təxirəsalınmış tikişlər yaraya irinli ifrazatın kəsilməsindən sonra qoyulan tikişlərdir.
 - E) Təxirəsalınmış tikişlər yaraya ikincili tikişlər qoyulana qədər müvəqqəti qoyulmuş tikişlərdir.
- Ədəbiyyat: M.Y.Nəsirov, Z.Ə.Salahov, Hərbi-səhra cərrahlığı, 1998., Z.Ə.Salahov, M.Y.Nəsirov, Hərbi cərrahlıq, 2009

Sual 17. İkincili tikişlərə nələr aiddir?

- A) *İkincili tikişlərə ikincili erkən və ikincili gec tikişlər daxildir.
 - B) İkincili tikişlər yaraya ikincili cərrahi işlənildikdən sonra qoyulan tikişlərdir
 - C) İkincili tikişlər yaraya çapıqlaşma fazasında qoyulan tikişlərdir
 - D) İkincili tikişlər yaraya qranulyasiya fazasında qoyulan tikişlərdir
 - E) İkincili tikişlər yaraya qranulyasiya fazasına qədər qoyulan tikişdir
- Ədəbiyyat: M.Y.Nəsirov, Z.Ə.Salahov, Hərbi-səhra cərrahlığı, 1998., Z.Ə.Salahov, M.Y.Nəsirov, Hərbi cərrahlıq, 2009

Sual 18. İkincili erkən tikişlər nə zaman qoyulur?

- A) *İkincili erkən tikişlər yaraya qranulyasiya fazasında qoyulan tikişlərdir.
 - B) İkincili erkən tikişlər yaraya çapıqlaşma fazasında qoyulan tikişlərdir
 - C) İkincili erkən tikişlər yaraya qranulyasiya fazasına qədər qoyulan tikişlərdir
 - D) İkincili erkən tikişlər yaraya sağalma zamanı qoyulan tikişlərdir
 - E) Heç biri düzgün deyil
- Ədəbiyyat: M.Y.Nəsirov, Z.Ə.Salahov, Hərbi-səhra cərrahlığı, 1998., Z.Ə.Salahov, M.Y.Nəsirov, Hərbi cərrahlıq, 2009

Sual 19. İkincili gec tikişlər nədir və onlar ikincili erkən tikişlərdən nə ilə fərqlənir?

- A) *İkincili gec tikişlər yaraya çapıqlaşma fazasında qoyulan tikişlərdir.
 - B) İkincili gec tikişlər tam formalaşmış yaralara qoyulur.
 - C) İkincili gec tikişlər yara prosesinin gec mərhələlərində qoyulur.
 - D) İkincili gec tikişlər qranulyasiya toxumasını qaşdıqdan sonra qoyulur.
 - E) İkincili gec tikişlər masserasiya olunmuş yaralara qoyulur.
- Ədəbiyyat: M.Y.Nəsirov, Z.Ə.Salahov, Hərbi-səhra cərrahlığı, 1998., Z.Ə.Salahov, M.Y.Nəsirov, Hərbi cərrahlıq, 2009

Sual 20. Frank indeksi nədir?

- A) *Yanıqlar zamanı zədələnmənin ağırlıq dərəcəsini təyin etmək üçün düstur hesablama üsuludur.
- B) Donmalar zamanı onun dərəcəsinin təyini üçündür.
- C) Demarkasiya xəttinin əmələ gəlmə müddətini təyin edir
- D) Yanıqlar zamanı sutkalıq köçürüləcək mayenin miqdarının təyini üçündür

E) Blok sinirinin görmə dairəsinə təsirini üyrənmək üçündür
Ədəbiyyat: M.Y.Nəsirov, Z.Ə.Salahov, Hərbi-səhra cərrahlığı, 1998., Z.Ə.Salahov, M.Y.Nəsirov, Hərbi cərrahlıq, 2009

Sual 21. Ağrının aradan qaldırılması yolları hansılardır?

- A) Ağrının afferent (nəqli ağrısızlaşdırma) yolu məlumdur
- B) Ağrının efferent yollarla (epidural blokada) aradan qaldırılması yolu məlumdur
- C) Ağrının mərkəzi (ümumi ağrısızlaşdırma) yolu ilə aradan qaldırılması yolu məlumdur
- D) Ağrının fərqli anesteziya yolu ilə
- E) *A, B, C variantları düzgündür

Sual 22. Şkolnikov üsulu ilə novokain blokadası necə aparılır?

- A) *Çanağın iç tərəfindən hüddüdi xətt boyunca aparılır
 - B) Budun yuxarı tərəfindən böyük burma boyunca aparılır
 - C) Budun yuxarı tərəfindən kiçik burma boyunca aparılır
 - D) Kotur xətt boyunca aparılır
 - E) Qamış sümüyü qabarı boyunca aparılır
- Ədəbiyyat: Юмашев Г.С. Оперативная травматология и реабилитация больных с повреждением опорно-двигательного аппарата. Москва, 1983., Ермолаев В.Р., Остер В.Р. Транспортное обезболивание и транспортная иммобилизация, Саратов, 1973., Г.С.Юмашев, Травматология и ортопедия, М., 1983.

Sual 23. Bunlardan hansı düzgün cavabdır?

- A) *Əlin I barmağının uzaqlaşdırma və yaxınlaşdırma hərəkətlərinin olmaması dirsək sinirinin, I barmağın distal falanqasının бүкүlməməsi orta sinirin zədələnməsini göstərir.
 - B) Əlin I barmağının uzaqlaşdırma və yaxınlaşdırma hərəkətlərinin olmaması mil sinirinin, I barmağın distal falanqasının бүкүlməməsi orta sinirin zədələnməsini göstərir.
 - C) Əlin I barmağının uzaqlaşdırma və yaxınlaşdırma hərəkətlərinin olmaması mil sinirinin, I barmağın distal falanqasının бүкүlməməsi dirsək sinirin zədələnməsini göstərir.
 - D) Əlin I barmağının uzaqlaşdırma və yaxınlaşdırma hərəkətlərinin olmaması orta sinirin, I barmağın distal falanqasının бүкүlməməsi dirsək sinirin zədələnməsini göstərir.
 - E) B və C düzdür
- Ədəbiyyat: Z.Ə.Salahov, M.Y.Nəsirov, Hərbi cərrahlıq, 2009

Sual 24. Bunlardan hansı düzgün cavabdır?

- A) *Ayağın I barmağının arxaya açılmasının mümkün olmaması incik sinirinin, həmin barmaqda бүкүlmə hərəkətinin olmaması qamış sinirinin zədələnməsini göstərir.
 - B) Ayağın I barmağının arxaya açılmasının mümkün olması incik sinirinin, həmin barmaqda бүкүlmə hərəkətinin olmaması qamış sinirinin zədələnməsini göstərir.
 - C) Ayağın I barmağının arxaya açılmasının mümkün olmaması qamış sinirinin, həmin barmaqda бүкүlmə hərəkətinin olmaması incik sinirinin zədələnməsini göstərir.
 - D) Ayağın I barmağının arxaya açılmasının mümkün olmaması qamış sinirinin, həmin barmaqda бүкүlmə hərəkətinin olması incik sinirinin zədələnməsini göstərir.
 - E) B və C düzdür.
- Ədəbiyyat: Z.Ə.Salahov, M.Y.Nəsirov, Hərbi cərrahlıq, 2009

Sual 25. Oturaq sinirinin blokadası necə aparılır?

- A) *İynə böyük burma ilə oturaq qabarı birləşdirən xətt üzrə dəriyə perpendikulyar oturaq qabarı istiqamətində sümüyə qədər yeridilir və bura 30-40 ml 1%-li novokain məhlulu vurulur.
- B) İynə ön-aşağı qalza tinindən oturaq qabarı istiqamətində yeridilir və bura 30-40 ml 1%-li novokain məhlulu vurulur.
- C) İynə oturaq qabarının vertikal istiqaməti boyunca yeridilir və bura 30-40 ml 1%-li novokain məhlulu vurulur.
- D) İynə qasıq sümüyünün horizontal şaxəsinin aşağısından oturaq qabarı istiqamətində yeridilir və bura 25-30 ml 1%-li novokain məhlulu vurulur.
- E) İynə qasıq sümüyünün vertikal şaxəsinin iç kənarından oturaq qabarı istiqamətində yeridilir və bura 25-30 ml 1%-li novokain məhlulu vurulur.

Ədəbiyyat: В.И.Кац, Проводниковое обезболивание нижней конечности, Автореф. Канд. Дисс., Саратов, 1966., В.Р.Ермолаев, В.Р.Остер., Транспортное обезболивание и транспортная иммобилизация, Саратов, 1973., Войно-Ясинецкий В.Ф., Очерки гнойной хирургии, М., 1956

Sual 26. Bud sinirinin blokadası necə aparılır?

- A) *Pupart bağıının altında bud arteriyasından 0,5-1 sm lateral tərəfdə iynə dəriyə perpendikulyar keçirilir, enli fassiyanın altında bel qalza əzələsinin altına yaxud bilavasitə bud arteriyasının altına 30-40 ml 1%-li novokain yeridilir.
- B) Pupart bağıının üstündə bud arteriyasından 1 sm lateral tərəfdə iynə dəriyə perpendikulyar keçirilir, bel qalza əzələsinin altına yaxud bilavasitə bud arteriyasının altına 30-40 ml 1%-li novokain yeridilir.
- C) Pupart bağıının altında bud arteriyasından 1 sm medial tərəfdə iynə dəriyə perpendikulyar keçirilir, bel qalza əzələsinin altına yaxud bilavasitə bud arteriyasının altına 30-40 ml 1%-li novokain yeridilir.
- D) Pupart bağıının altında bud arteriyasından 1 sm medial tərəfdə iynə dəriyə perpendikulyar keçirilir, bel qalza əzələsinin altına 30-40 ml 1%-li novokain yeridilir.
- E) İynə pupart bağıının altında bud arteriyasından 1 sm medial tərəfdə dəriyə perpendikulyar keçirilir, yaxud bilavasitə bud arteriyasının altına 30-40 ml 1%-li novokain yeridilir.

Ədəbiyyat: В.И.Кац, Проводниковое обезболивание нижней конечности, Автореф. канд. дисс., Саратов, 1966., В.Р.Ермолаев, В.Р.Остер., Транспортное обезболивание и транспортная иммобилизация, Саратов, 1973.

Sual 27. Qanın reinfuziyasının nə kimi mənfəətli təsirləri var və onun qarşısını necə almaq olar?

- A) *Qanın reinfuziyası zamanı laxtalanmanın 8-ci faktoru pozulur, ona görə təzə qan və dondurulmuş plazma köçürülməlidir.
- B) Qanın reinfuziyası zamanı laxtalanmanın 10-cu faktoru pozulur, ona görə əlavə tədbirlər görmək lazımdır.
- C) Qanın reinfuziyası zamanı laxtalanmanın 5-ci faktoru pozulur, ona görə aminokapron turşusu köçürülməlidir.
- D) Qanın reinfuziyasının laxtalanmaya heç bir təsiri yoxdur
- E) Qanın reinfuziyası laxtalanma müddətini artırır

Ədəbiyyat: М.У.Нәсиров, З.Ә.Салахов, Hərbi-səhra cərrahlığı, 1998., З.Ә.Салахов, М.У.Нәсиров, Hərbi cərrahlıq, 2009, Е.А., Заугольников В.С., Ортенберг Я.А. Инфузионно-трансфузионная терапия острой кровопотери. Москва, 1986

Sual 28. Fibrinolitik qanaxmaların müalicəsinə nə daxildir?

- A) *Fibrinolitik qanaxmalarda albumin, dondurulmuş təzə plazma (FFP), təzə sitrat qanının və ampulada VIII antihemofil faktorun (500-1000 vahid) köçürülməsi vacibdir.
- B) 20 ml 10%-li kalsium xlorid, aminokapron turşusu, ditsinon istifadə olunur.
- C) Geniş həcmli reinfuziya tətbiq olunur
- D) Boşluqlardan alınmış qanı sentrifüqadan keçirib plazmasını köçürmək lazımdır
- E) Albumin köçürülməli, geniş həcmli reinfuziya tətbiq olunmalıdır.

Sual 29. Qeyri-klostridial infeksiyanın başqa adı nədir?

- A) *Qeyri klostridial infeksiyanın digər adı çürüntülü infeksiyadır

- B) Qeyri klostridial infeksiyanın digər adı qazlı qanqrenadır, Cl. Oedematiensin təsiri ilə əlaqədardır.
- C) Qeyri klostridial infeksiya atipik keçən anaerob infeksiyadır
- D) Qeyri klostridial infeksiya xüsusi növ infeksiyadır
- E) Bu adlı infeksiya yoxdur

Ədəbiyyat: M.Y.Nəsirov, Z.Ə.Salahov, Hərbi-səhra cərrahlığı, 1998., Z.Ə.Salahov, M.Y.Nəsirov, Hərbi cərrahlıq, 2009

Sual 30. Çürüntülü infeksiyanın müalicə prinsipi nədir?

- A) *Levomitsetin (xloramfenikol), klindamitsin, rifampitsin və eləcə də penisillin və onun yarım sintetik preparatları və metronidazol məsləhət görülür.
- B) Qamma-qlobulin məsləhət görülür
- C) İbtidailərə qarşı yönəldilmiş antibakterial dərman preparatları məsləhət görülür
- D) Vitamin preparatları məsləhət görülür
- E) Plazma və albumin köçürülməlidir

Ədəbiyyat: M.Y.Nəsirov, Z.Ə.Salahov, Hərbi-səhra cərrahlığı, 1998., Z.Ə.Salahov, M.Y.Nəsirov, Hərbi cərrahlıq, 2009

Sual 31. İnfeksiyon toksik şokun tərədicisi nədir?

- A) *Əsasən qram-mənfi bakteriyaların təsirindən baş verir. Bunun tərədicisi həmçinin bağırsaq çöpləri, yaşıl irin çöpləri, protey və onların ifrazat məhsullarıdır.
- B) Streptokokklardır
- C) Stafilokokklardır
- D) Qram mənfi və Qram müsbət mikroblardır
- E) Pnevmonokokklardır

Ədəbiyyat: M.Y.Nəsirov, Z.Ə.Salahov, Hərbi-səhra cərrahlığı, 1998., Z.Ə.Salahov, M.Y.Nəsirov, Hərbi cərrahlıq, 2009

Sual 32. Klinik olaraq ürək çatmamazlığı ilə damar çatmamazlığını necə fərqləndirmək olar?

- A) *Ürək çatmamazlığında xəstə uzanmış vəziyyətdə olduqda təngnəfəs olur, oturaq vəziyyətində təngnəfəslik keçir, damar çatmamazlığında kollaps oturaq vəziyyətində baş verir
- B) Ürək çatmamazlığında xəstə uzanmış vəziyyətdə özünü yaxşı hiss edir, yarımoturaq vəziyyətdə təngnəfəs olur. Damar çatmamazlığında xəstə oturaq vəziyyətdə özünü daha yaxşı hiss edir
- C) Ürək çatmamazlığı orqanik patologiyada müşahidə olunur, damar çatmamazlığı funksional xarakter daşıyır.
- D) Ürək çatmamazlığını damar çatmamazlığından fərqləndirmək üçün xəstənin mərkəzi venoz təzyiqini ölçmək lazımdır.
- E) Damar çatmamazlığı venaların varikoz genişlənməsinə, Reyno xəstəliyinə və obliterasiya edən endarteriit üçün daha xasdır. Bu zaman ətrafda ödem olur və trofik pozğunluqlar baş verir

Ədəbiyyat: H.A.Куршаков, Л.П.Прессман, Кровообращение в норме и в патологии М., 1969, 335с., С.Г.Вайсбейн Неотложные состояния в клинике внутренних болезней, М., 1966, 438с.

Sual 33. Çanaq zədələnmələrində aşağı ətrafin lateral rotasiyası nəyə işarədir?

- A) *Bud sümüyünün boynunun sınığına
- B) Qamıq sümüyünün yerdəyişmiş sınığına
- C) Qasıq sümüyünün yuxarı şaxəsinin yerdəyişmiş sınığı
- D) Qalza sümüyünün sınığına
- E) Bud sümüyünün transkondulyar sınıqlarında

Ədəbiyyat: Г.С.Юмашев, Травматология и ортопедия, М., 1983., 575с., V.F.Trubnikov Ортопедия və travmatologiya, 1979., 395 с.

Sual 34. “Yarışan daban –(prilipşaya pyatka) əlaməti nəyə aiddir?

- A) *Qasıq sümüyünün horizontal şaxəsinin sınıqlarına
 - B) Bud sümüyünün burmalararası yerdəyişməyə sınıqlarına
 - C) Bud sümüyünün diafiçar sınıqlarına
 - D) Bel fəqərələrinin sınıqlarında
 - E) Kortikovisseral pozğunluqlara, amiotrofik yan skleroza
- Ədəbiyyat: Г.С.Юмашев, Травматология и ортопедия, М., 1983., 247

Sual 35. Diterixs şınası hansı sınıqlarda istifadə olunur?

- A) *Əsasən bud sümüyünün sınıqlarında
 - B) Baldır sümüklərinin yerdəyişmiş sınıqlarında
 - C) Fəqərə sütununun bel nahiyəsinin zədələnmələrində
 - D) Fəqərə sütununun döş nahiyəsinin zədələnmələrində
- Ədəbiyyat: Г.С.Юмашев, Травматология и ортопедия, М., 1983., 575с., V.F.Trubnikov Ortopediya və travmatologiya, 1979., 395 с.

Sual 36. Autotransfuziya nədir?

- A) *Defisit qan qrupu olan xəstələrdə planlı operasiyadan əvvəl qan alınır, konservləşdirilir, operasiya və ondan sonra xəstənin özünə infuziya olunur.
 - B) Amputasiya olunmuş ətrafdan yığılan qanın köçürülməsidir.
 - C) Seroz boşluqlardan alınmış qanın yenidən köçürülməsidir.
 - D) Amputasiya olunmuş uşaqlıqdan alınmış qanın köçürülməsi
 - E) Qanın konservasiya edilmədən bir şəxsdən digərinə köçürülməsi
- Ədəbiyyat: Вагнер Е.А., Тавровский В.М. Ошибки, опасности и осложнения в легочной хирургии. Пермь, 1977, А.И.Горбашко Диагностика и лечение кровопотери, Л., 1982, 223 с., М.М.Абдуллаев, Вопросы свертывания крови в норме и патологии, Баку, 1967, 198с.

Sual 37. İnfuziyanın transfuziyadan nə fərqi var?

- A) *İnfuziya kolloid, kristalloid və i.a məhlulların köçürülməsinə, transfuziya isə qan və ondan alınmış preparatların köçürülməsinə deyilir.
 - B) İnfuziya albumin, plazma köçürülməsi, transfuziya isə qanköçürməyə deyilir
 - C) İnfuziya məhlulların köçürülməsinə, transfuziya isə zülal preparatlarının köçürülməsinə deyilir
 - D) İnfuziya və transfuziya reanimasiya və intensiv terapiyanın əsasını təşkil edir.
 - E) İnfuzion-transfuzion terapiya dərin yanıqların müalicəsində xəstələrin şokdan çıxarılması məqsədilə tətbiq edilən müalicə tədbirlərinə daxildir.
- Ədəbiyyat: Вагнер Е.А., Тавровский В.М. Трансфузионная терапия при острой кровопотери, М., 1977, А.И.Горбашко Диагностика и лечение кровопотери, Л., 1982, 223 с., М.М.Абдуллаев, Вопросы свертывания крови в норме и патологии, Баку, 1967, 198с.

Sual 38. Bir qram albumin özündə nə qədər maye (su) saxlaya bilir?

- A) *Bir qram albumin özündə 19,2 qram su saxlayır
 - B) Bir qram albumin özündə 9,2 qram su saxlayır
 - C) Bir qram albumin özündə 5,2 qram su saxlayır
 - D) Bir qram albumin özündə 7,5 qram su saxlayır
 - E) Bir qram albumin özündə 12,5 qram su saxlayır
- Ədəbiyyat: Б.Д.Савчук, Гнойный перитонит, М, 1979, 190с.

Sual 39. Damardaxili laxtalanmanın (DVS sindrom) müalicəsində başlıca preparat hansıdır?

- A) *Heparin
- B) Aminokapron turşusu
- C) Diçinon
- D) Vitamin E
- E) Retabolil

Ədəbiyyat: Вагнер Е.А., Тавровский В.М. Ошибки, опасности и осложнения в легочной хирургии. Пермь, 1977.

Sual 40. Burun xoanaları yuxarıdan aşağı hara açılır?

- A) *Yuxarı xoana əsas cibə, orta xoana frontal və maksillaryar cibə, aşağı xoana Yevstax borusuna açılır.
- B) Yuxarı xoana frontal və maksillaryar cibə, orta xoana əsas cibə, aşağı xoana burun-udlaq və ağıç-udlaq yoluna açılır.
- C) Yuxarı xoana yalnız frontal cibə, orta xoana əsas cibə, aşağı xoana burun-udlaq və ağıç-udlaq yoluna açılır.
- D) Yuxarı xoana yalnız əsas cibə, orta xoana frontal cibə, aşağı xoana burun-udlaq və ağıç-udlaq yoluna açılır.
- E) Yuxarı xoana yalnız əsas cibə, orta xoana frontal cibə, aşağı xoana Yevstax borusuna açılır.

Ədəbiyyat: Eduard Pernkopf, Topografische Anatomie, Berlin, 1943., Anatomy of body, DVD of USA Surgical Corporation, part I (Head and Neck).

Sual 41. Xarici yuxu arteriyasının birinci şaxəsi hansıdır?

- A) *Yuxarı qalxanvari vəz arteriyası
- B) Dil arteriyası
- C) Udlaq arteriyası
- D) Əng arteriyası
- E) Tinüstü arteriya

Ədəbiyyat: Eduard Pernkopf, Topografische Anatomie, Berlin, 1943., Anatomy of body, DVD of USA Surgical Corporation, part I (Head and Neck).

Sual 42. Ağır xəstələrə qan və digər mayelərin periferik venalardan köçürülməsi nə dərəcədə düzgündür?

- A) *Ağır şok vəziyyətində olan xəstə və yaralılara ($A/T < 80$ mm c.s.) dərman preparatlarının periferik venalardan köçürülməsi nəinki səmərəsizdir, hətta zərərliyə.
- B) Periferik venalardan qan və digər mayelərin köçürülməsi xəstələrin şokdan zıxmasına imkan verir.
- C) Periferik venalardan maye köçürülməsi yuxarı ətraf venalarında daha effektivdir.
- D) Periferik venalardan maye köçürülməsi aşağı ətraf venalarında daha effektivdir.
- E) Periferik venalardan maye köçürülməsi iki ətraf venalarından daha effektivdir.

Ədəbiyyat: M.Y.Nəsirov, Z.Ə.Salahov, Hərbi-səhra cərrahlığı, 1998., Z.Ə.Salahov, M.Y.Nəsirov, Hərbi cərrahlıq, 2009

Sual 43. Maye qəbul edə bilməyən xəstələrə infuziya necə aparılmalıdır?

- A) Əgər yaralı müəyyən səbəbə görə maye qəbul edə bilmirsə, yaxud bundan imtina edirsə, ifraz olunmuş sidik həcmində ona izosmolyar duz məhlulu köçürülməlidir.
- B) Əgər yaralı müəyyən səbəbə görə maye qəbul edə bilmirsə və onda böyrək çatmamazlığı baş vermişsə, köçürülən mayenin həcmi ifraz olunan sidiyin yarısı həcmində olmalıdır. Əks təqdirdə kəskin tənəffüs çatmamazlığı baş verə bilər. Bu, alveolyar membranının sıradan çıxması nəticəsində qanın plazma hissəsi və formalı elementlər diapedez şəklində alveol və bronxiollara daxil ola bilər.
- C) İnfuzion terapiyadan fərqli olaraq, transfuzion terapiyada əsas məqsəd qanın eritrositar (qlobulyar) həcmnin bərpasından ibarətdir.

- D) *A və B düzgündür
- E) Heç biri düz deyil

Sual 44. Dondurulmuş eritrositlərin köçürülməsinin nə kimi üstün cəhətləri var?

- A) Dondurulmuş qanda allergen olmur
- B) Dondurulmuş eritrositlərin köçürülməsi immunoloji baxımdan sərfəlidir
- C) Dondurulmuş qan fibrinolitik təsiri var
- D) DVS sindromun baş verməsinə səbəb ola bilər
- E) *A və B cavabları düzgündür

Sual 45. Məhlulun volemik əmsalı nədir?

- A) Dövrən edən qanın kəsinədən asılı olaraq, mayenin interstisial sektora, yaxud damar daxilinə toplanmaq imkanı vardır. Bu xassələrinə görə infuzion vasitələrin volemik əmsalı nəzərə alınmalıdır. infuzatın volemik effekti nə qədər böyükdürsə, dövrən edən qanın həcmnin bərpasına bir o qədər şərait yaranmış olur.
- B) Əgər köçürülən mayenin volemik əmsalı 0,5-ə bərabədirsə, bu o deməkdir ki, həmin məhlulun orta hesabla yarısı damar daxilinə keçə bilər. Qalan hissə isə interstisial sektorda toplanaraq içotonik rehidratasiyanın yaranmasına səbəb olur. Bu tipli məhlullar adətən interstisial sektorun dolması məqsədilə istifadə olunur.
- C) Əgər köçürülən mayenin volemik effekti vahidə bərabədirsə, bu o deməkdir ki, mayenin hamısı damar daxilinə keçərək, qanın plazmatik komponentini təşkil edir.
- D) Köçürülmüş mayenin volemik əmsalının vahiddən böyük olduğu hallarda həmin həcmnin damar daxilinə keçməsindən əlavə, mayenin interstisial toxumalardan damar daxilinə keçməsinə də şərait yaranır. Beləliklə, hüceyrədənəkar hiperhidratasiyanın qarşısı alınmış olur. Eyni zamanda bu, qanın plazmatik həcmnin artmasına da imkan verir.
- E) *Bütün cavablar doğrudur.

Sual 46. Mikrosirkulyasiyanın pozğunluğunda hansı mayələrin istifadə olunması məsləhət görülür?

- A) *Mikrosirkulyasiyadakı pozğunluqlar reoloji xüsusiyyətləri üstün olan mayələrin (reopoliqlükin, reoqlüman) köməyi ilə ləğv olunur.
- B) Qanın normal kolloid-osmotik təzyiqi bərpa olunması yolu ilə.
- C) Osmotik diuretiklər (mannitol, sorbitol, trisaminol) endogen infeksiya və intoksikasiyalar zamanı sidik ifrazının gücləndirilməsi yolu ilə böyrək kanalcıqlarına toksinlərin ziyanlı təsirinin aradan qaldırılması yolu ilə
- D) Kristalloidlərdən istifadə etməklə
- E) Mikrosirkulyasiyanın pozğunluğu tərkibində kalium olan məhlullarla aradan götürülür.

Sual 47. İnfuzion-transfuzion terapiyanın (İTT) aparılması hansı prinsipə əsaslanmalıdır?

- A) Hərbi-tibb müəssisəsinə gətirilmiş xəstə, yaxud yaralıya İTT aparılması mərkəzi qan dövrəsinin stabilləşməsi
- B) İTT müsbət nəticəsi mikrosirkulyasiyanın yaxşılaşması prinsipinə xidmət etməlidir.
- C) İTT müsbət nəticəsi arterial və venoz təzyiqlərin göstəricilərinə və normal diurezin bərpa olunmasına əsaslanmalıdır.
- D) Ağır yaralılarda infuzion terapiyadan sonra susuzluğun qalması müalicənin lazımlıca aparılmadığına sübutdur
- E) *Bütün cavablar düzgündür.

Sual 48. Qanın dezintoksikasiya funksiyası nə yolla əldə edilir?

- A) Qanın dezintoksikasiya funksiyası yaralılara kiçik molekullu kolloid məhlullarının (hemodez) köçürülməsi və diurezin stimulyasiyası yolu ilə əldə edilməlidir.
- B) Osmotik diuretiklər (mannitol, sorbitol, trisaminol) endogen infeksiya və intoksikasiyalar zamanı sidik ifrazının gücləndirilməsi yolu ilə böyrək kanalcıqlarına toksinlərin ziyanlı təsirinin aradan qaldırılması yolu ilə
- C) Kristalloidlərdən istifadə etməklə
- D) Reoloji xüsusiyyətləri üstün olan mayələrdən istifadə etməklə
- E) *A və B cavabları düzgündür

Sual 49. Metabolik pozğunluqlar nə yolla aradan qaldırılır?

- A) *Qanın normal kolloid-osmotik təzyiqinin bərpa olunması yolu ilə.
- B) Kristalloidlərin tətbiqi yolu ilə
- C) Turşu-qələvi tarazlığında pozğunluğun aradan qaldırılması yolu ilə
- D) Zülal preparatlarından istifadə edilməsilə
- E) Reoloji xüsusiyyətləri üstün olan mayelərdən istifadə etməklə

Sual 50. İnfuzatın dolayı detoksikasion təsiri nədir?

- A) *Zülal preparatlarının (albumin, protein) toksik məhsullarla kompleks şəkildə birləşməklə interstisial mayenin həcmnin genişləndirilməsilə toksinlərin xaric olmasına imkan verir.
- B) Qanın normal kolloid-osmotik təzyiqi bərpa olunması yolu ilə toksinlər xaric olur. Bu dolayı yolla detoksikasiya deməkdir.
- C) Kristalloidlərin tətbiqi yolu ilə toksinlər orqanizmdən xaric olur. Bu dolayı yolla detoksikasiya deməkdir.
- D) Polivinilpirrolidon tərkibli məhlullarla
- E) B cavabı düzgündür

Sual 51. Hansılar dolayı detoksikasion təsirə malikdir?

- A) *Albumin, protein
- B) Poliqlükin, polivisolin
- C) Hemodez, jelatinol
- D) Ringer-Laktat
- E) Hipertonik duz məhlulu

Sual 52. Osmotik diuretiklərin təsir qabiliyyəti nədən ibarətdir?

- A) *Osmotik diuretiklər (mannitol, sorbitol, trisaminol) endogen infeksiya və intoksikasiyalar zamanı sidik ifrazının gücləndirilməsi yolu ilə böyrək kanalçıqlarına toksinlərin ziyanlı təsirinin aradan qaldırılması və kanalçıqların tutulmasının qarşısının alınması təsirinə malikdir.
- B) Qanın reoloji qabiliyyətini yaxşılaşdırılması yolu ilə böyrək kanalçıqlarına toksinlərin ziyanlı təsirinin aradan qaldırır
- C) Zülal preparatlarının (albumin, protein) toksik məhsullarla kompleks şəkildə birləşməklə interstisial mayenin həcmnin genişləndirilməsilə ekzogen və endogen toksinlərin xaric olmasına imkan verir.
- D) Qanın normal kolloid-osmotik təzyiqi bərpa olunması qabiliyyəti var
- E) D cavabı düzdür.

Sual 53. Kristalloidlərin işlədilmə prinsipi nədən ibarətdir?

- A) *Kristalloidlər hipovolemiyanı aradan qaldırır. Lakin bunların istifadəsi zamanı plazmada zülal kəsiyi (hipoproteinemiya) aradan qaldırılmalıdır. Əks təqdirdə orqanizmdə, yaxud ayrı-ayrı orqanlərdə (məsələn, ağciyərin parenximasında) hiperhidratasiya (ağciyər ödemi) yarana bilər.
- B) Kristalloidlər sidikqovucularla birlikdə istifadə edilməlidir. Əks təqdirdə böyrək kanalçıqları zədələnmə bilər.
- C) Kristalloidlər toksik məhsullarla kompleks şəkildə birləşməklə interstisial mayenin həcmnin genişləndirilməsilə ekzogen və endogen toksinlərin xaric olmasına imkan verir.
- D) Kristalloidlərin qanın normal kolloid-osmotik təzyiqini bərpa etmə qabiliyyəti var
- E) B cavabı düzdür

Sual 54. Maye itgisinin bərpasında nə əsasdır?

- A) *Köçürülmüş mayenin ümumi həcmi itirilmiş mayenin həcmindən 1-1,5 litr çox olmalıdır.
- B) Köçürülmüş mayenin ümumi həcmi itirilmiş mayenin həcminə bərabər olmalıdır.
- C) Köçürülmüş mayenin ümumi həcmi itirilmiş mayenin həcmindən 200ml çox olmalıdır.

- D) Köçürülmüş mayenin ümumi həcmi itirilmiş mayenin həcmindən 3 litr çox olmalıdır.
- E) Köçürülmüş mayenin ümumi həcmi itirilmiş mayenin həcmindən az fərqli olmalıdır.

Sual 55. İnfuzion-transfuzion terapiya (İTT) nədir?

- A) * İTT intensiv terapiyanın bir qolu olub, dövran edən qanın həcminin və hemodinamikanın bərpası, laxtalanma sisteminin, su-elektrolit tarazlığının normallaşması, parenteral qidalanmanın və detoksikasiyanın təminindən ibarət olan kompleks tədbirlər sistemindən ibarətdir.
- B) İTT intensiv terapiyanın bir qolu olub, dövran edən qanın həcminin bərpası, laxtalanma sisteminin, su-elektrolit tarazlığının normallaşması, parenteral qidalanmanın və detoksikasiyanın təminindən ibarət olan kompleks tədbirlər sistemindən ibarətdir.
- C) İTT intensiv terapiyanın bir qolu olub, dövran edən qanın həcminin və hemodinamikanın bərpası, laxtalanma sisteminin, su-elektrolit tarazlığının normallaşması və detoksikasiyanın təminindən ibarət olan kompleks tədbirlər sistemindən ibarətdir.
- D) B və C cavablar düzdür
- E) B cavabı düzdür

Sual 56. İnfuzion mayelər hansı keyfiyyətə malik olmalıdır?

- A) Köçürülən mayelər volemik təsirə malik olub, detoksikasion və qidalandırma funksiyalarını da daşmalıdır.
- B) Köçürülən mayelər volemik və reoloji təsirə malik olub, qidalandırma funksiyalarını da daşmalıdır.
- C) B cavabı düzdür
- D) *Köçürülən mayelər volemik və reoloji təsirə malik olub, detoksikasion və qidalandırma funksiyalarını da daşmalıdır.
- E) A cavabı düzdür

Sual 57. Qanın reoloji qabiliyyətinin yaxşılaşdırılması məqsədilə hansılar tətbiq olunur?

- A) *Reopoliqlükin, reoqlüman, polivisolin, jelatinol
- B) Mafusol, Ringer, Ringer-Laktat
- C) Polifer, Qartman məhlulu
- D) Poliqlükin, polivisolin
- E) Hemodez, jelatinol

Sual 58. Osmotik diuretiklərə hansılar aiddir?

- A) *Mannitol, sorbitol, trisaminol
- B) Saliuretiklər
- C) Albumin, protein
- D) Tiazid qrupu
- E) Xloramfenikol

Sual 59. Bunlardan hansı dezintoksikasion təsirə malikdir?

- A) *Hemodez, polivisolin
- B) Albumin
- C) Qartman məhlulu
- D) Ringer məhlulu
- E) Mafusol

Sual 60. Hansılar parenteral qidalanma məqsədilə istifadə olunur?

- A) *Poliamin, müxtəlif konsentrasiyalı qlükoza məhlulları, eləcə də albumin və digər qan preparatları qidalanma məqsədilə də tətbiq oluna bilər.
- B) Hemodez

- C) Qartman mərlulu və digər qan preparatları qidalanma məqsədilə də tətbiq oluna bilər.
- D) Polivisolin, Reopoliqlükün, Reoqlüman,
- E) Reopoliqlükün

Sual 61. Polivinil əsaslı mayelər böyük həcmdə köçürüldükdə nə baş verə bilər?

- A) Anafilaktik və toksik təsiri olduğu üçün, polivinilpirrolidon tərkibli qanəvəzedicilərin (hemodez) böyük həcmdə köçürülməsinə yol verilməməlidir.
- B) Polivinil əsaslı mayelər böyük həcmdə hemokoaqulyasiyanı azalda bilər.
- C) Hiperamilazemiya kəskin pankreatitin baş verməsinə səbəb ola bilər
- D) *A, B, C variantları düzgündür
- E) A variantı düzgündür

Sual 62. Reoloji xüsusiyyətləri üstün olan mayelərin köçürülməsi hansı prinsipə əsaslanmalıdır?

- A) Mikrosirkulyasiyadakı pozğunluqlar reoloji xüsusiyyətləri üstün olan mayelərin (reopoliqlükün, reoqlüman, poliqlükün, hemodez) köməyi ilə ləğv olunur.
- B) Mikrosirkulyasiyadakı pozğunluqlar reoloji xüsusiyyətləri üstün olan mayelərin (reopoliqlükün, polifer, reoqlüman) köməyi ilə ləğv olunur.
- C) Mikrosirkulyasiyadakı pozğunluqlar reoloji xüsusiyyətləri üstün olan mayelərin (reopoliqlükün, mafusol, reoqlüman) köməyi ilə ləğv olunur.
- D) B cavabı düzgündür
- E) *Mikrosirkulyasiyadakı pozğunluqlar reoloji xüsusiyyətləri üstün olan mayelərin (reopoliqlükün, reoqlüman) köməyi ilə ləğv olunur. Əvvəlcədən kifayət qədər duz məhlulları və qlükoza da məhlulu köçürülməlidir.

Sual 63. Kavofikslə infuzion-transfuzion terapiyanın aparılmasının üstün cəhəti nədən ibarətdir?

- A) Köçürülən maye bilavasitə ürək kameralarına keçdiyindən daha tez müalicə effekti verir.
- B) Kavofikslə kateterizasiya hətta termik zədələnmələr zamanı yanıq sahəsindən də həyata keçirilə bilər.
- C) D variantı düzgündür
- D) Bu yolla dərman maddələrinin qısa müddət ərzində yüksək konsentrasiyasının əldə edilməsi, yaxud az müddət ərzində orqanizmə çoxlu maye, yaxud qan köçürülməsi asan başa gəlir.
- E) *A, B, D variantları düzgündür

Sual 64. Regionar perfuziyanın üstün cəhəti nədir?

- A) Bu yolla bilavasitə patoloji ocağa təsir etməklə qan dövranındakı pozğunluğun aradan qaldırılmasına müvəffəq olunur.
- B) Aktiv maddələrin yüksək konsentrasiyası yaradılmaqla histo-hematik və hematoensefal baryerdən keçməsi imkanı əldə edilir.
- C) Portal infuziyaların həyata keçirilməsi qaraciyər patologiyasında əvəzedilməz tədbirlərdəndir.
- D) *A, B, C variantları düzgündür
- E) Yalnız B variantı düzgündür

Sual 65. İnfuzion-transfuzion terapiyanın (İTT) aparılması hansı prinsipə əsaslanmalıdır?

- A) İTT aparılması mərkəzi qan dövranının stabilləşməsi prinsipə əsaslanmalıdır.
- B) Mikrosirkulyasiyanın yaxşılaşdırılması prinsipə əsaslanmalıdır.
- C) Operativ müdaxilənin həyata keçirilməsi üçün optimal şəraitin yaradılması prinsipindən ibarət olmalıdır.

- D) A və B cavabları doğrudur.
- E) *A, B, C cavabları doğrudur.

Sual 66. İnfuzion-transfuzion terapiyanın müsbət təsirini nə ilə bilmək olar?

- A) İnfuzion-transfuzion terapiyanın müsbət təsiri toxuma tənəffüsünön yaxşılaşması ilə,
- B) Diurezin saatda 40-50 ml-ə qədər yüksəlməsi ilə.
- C) A və D cavabları düzgündür
- D) Sidikdə natriumun qatılığının artması və toxumalarda ödemın azalması, susuzluğun aradan qaldırılması ilə
- E) *A, B, D cavabları düzgündür

Sual 67. Parenteral qidalanma zamanı qlükoza ilə zülalın nisbəti necə olmalıdır?

- A) *Parenteral qidalanma zamanı optimal olaraq hər 7 qram qlükozaya 1 qram amin turşusu düşməlidir.
- B) Parenteral qidalanma zamanı optimal olaraq hər 10 qram qlükozaya 2 qram amin turşusu düşməlidir.
- C) Parenteral qidalanma zamanı optimal olaraq hər 4 qram qlükozaya 2 qram amin turşusu düşməlidir.
- D) Parenteral qidalanma zamanı optimal olaraq hər 20 qram qlükozaya 3 qram amin turşusu düşməlidir.
- E) B və C cavabları düzgündür.

Sual 68. Hemotransfuziya nəyə imkan verir?

- A) Qanın qlobulyar həcmının və dövran edən qanın həcmının stabilliyinin əldə edilməsinə imkan verir
- B) İtirilmiş qanın həcmının bərpasının ayrı-ayrı komponentlər əsasında dəqiq təyin edilməsinə imkan verir
- C) A və B variantları düzdür.
- D) Qanıtirmənin nəticələrinin vaxtında aradan qaldırılmasına və yaralıların şokdan çıxması üçün etibarlı tədbirlərin həyata keçirilməsinə imkan verir
- E) *A, B, D variantları düzdür

Sual 69. Susuzluq nə zaman baş verir?

- A) Susuzluğun orqanizmdə su itgisinin təxminən 2%-dən yuxarı olduğu hallarda baş verir.
- B) Susuzluğun orqanizmdə su itgisinin təxminən 1%-dən yuxarı olduğu hallarda baş verir.
- C) Qoltuqaltı və qasıq nahiyələrində dərinin quru olması, dildə cadarların görünməsi yaralıda maye defisitinin 1,5-2 litrə çatdığını göstərir.
- D) Susuzluğun orqanizmdə su itgisinin təxminən 3%-dən yuxarı olduğu hallarda baş verir.
- E) *A və C variantları düzgündür.

Sual 70. Yaralının ağırlığı ilə yaralanmanın ağırlığı arasında nə fərq vardır?

- A) *Hətta yüngül yaralanma zamanı yaralı vaxtında yardım almazsa, onun vəziyyəti ağırlaşma bilər və əksinə, ağır yaralanması olan yaralı vaxtında yardım alarsa, onun vəziyyətində baş verə biləcək ağırlaşmanın qarşısı alın bilər.
- B) Yaralının ağırlığı ilə yaralanmanın ağırlığı eyni anlayışdır
- C) Yaralanmanın ağırlığı ilə yaralının ağırlığı düz mütənasibdir.
- D) A, B, C variantları düzdür
- E) C variantı düzdür

Sual 71. $S=(HVT)/Q$ düsturu nəyi nəzərdə tutur?

- A) Düsturda yaralının ağırlıq dərəcəsi –S ilə zədələnmənin ağırlıq dərəcəsi –H, qanıtirmənin həcmi –V, yaralının hospitala çatdırılma müddəti –T və hospitala qədər yardımın keyfiyyəti nəzərdə tutulur
- B) Düsturda yaralanmaların ağırlıq dərəcəsi ilə bərabər onların hospitala çatdırılma müddəti, hospitala qədərki mərhələnin fəaliyyətinin keyfiyyəti və itirilmiş qanın həcmi də nəzərə alınmalıdır.
- C) A və B cavabları düzgündür.
- D) *Düsturla yaralıların çeşidlənməsində onun ağırlıq dərəcəsi öyrənilir. Yaralının ağırlıq dərəcəsi (S) yaralanmanın ağırlıq dərəcəsi (H), İtirilmiş qanın həcmi (V), yaralının hospitala çatdırılma müddəti (T) ilə düz, hospitala qədər müddərdə yardımın keyfiyyəti ilə tərs mütənasibdir.
- E) A, B, D cavabları düzgündür

Sual 72. Boyun vertebroqrammasında hansı göstəricilər diaqnostika üçün vacibdir?

- A) *İkinci boyun fəqərəsinin dişi, yeddinci boyun fəqərəsinin arxa çıxıntısı, fəqərə cisimlərinin ön və arxa sərhəddini və arxa çıxıntıların ucunu birləşdirən xətlər.
 - B) İkinci boyun fəqərəsinin dişi, yeddinci boyun fəqərəsinin arxa çıxıntısı.
 - C) Fəqərə cisimlərinin ön və arxa sərhəddini və arxa çıxıntıların ucunu birləşdirən xətlər.
 - D) İkinci boyun fəqərəsinin dişi, yeddinci boyun fəqərəsinin arxa çıxıntısı, fəqərə cisimlərinin ön və arxa sərhəddini birləşdirən xətlər.
 - E) Yeddinci boyun fəqərəsinin arxa çıxıntısı, fəqərə cisimlərinin ön və arxa sərhəddini və arxa çıxıntıların ucunu birləşdirən xətlər.
- Ədəbiyyat: Z.Ə.Salahov, M.Y.Nəsirov, Hərbi cərrahlıq, 2009.

Sual 73. Döş qəfəsinin kompüter tomoqrafiyasında plevral boşluqda maye və hava necə fərqləndirilir?

- A) *Hava qara rəngli, qan boz rəngli olur.
 - B) Hava boz rəngli, qan qara rəngli olur.
 - C) Hər ikisi qara rəngdə olur
 - D) Hava boz rəngli olur üst tərəfdə bir qədər tündləşir, qan qatı qara rəngə zəlir
 - E) Hər ikisi boz rəngdə olur
- Ədəbiyyat: Z.Ə.Salahov, M.Y.Nəsirov, Hərbi cərrahlıq, 2009

Sual 74. Kəllə-beyin zədələnmələrində ekstradural və intradural qansızmaların (hematomaların) differensial diaqnostika cəhətcə fərqləndirici xüsusiyyəti nədən ibarətdir?

- A) *Ekstradural qansızmalar arterialdir, daha proqressiv inkişaf edir, rentgeniqrammada və kompüter tomoqrammasında hematomaya uyğun qövs bayıra baxır, subdural hematomalarda isə qövs içəri baxır
 - B) Ekstradural qansızmalar arterialdir, daha proqressiv inkişaf edir, rentgeniqrammada və kompüter tomoqrammasında hematomaya uyğun qövs içəri baxır, subdural hematomalarda isə qövs bayıra baxır
 - C) Ekstradural qansızmalar venozdur, nisbətən zəif inkişaf edir, rentgeniqrammada və kompüter tomoqrammasında hematomaya uyğun qövs bayıra baxır, subdural hematomalarda isə qövs içəri baxır
 - D) Ekstradural qansızmalar arterialdir, daha proqressiv inkişaf edir, rentgeniqrammada və kompüter tomoqrammasında hematomaya uyğun qövs içəri baxır, subdural hematomalarda isə qövs bayıra baxır
 - E) İnadural hematomalar beyin qişalarına yaxın olduğu üçün daha proqressiv inkişaf edir, rentgeniqrammada və kompüter tomoqrammasında hematomaya uyğun qövs bayıra baxır, subdural hematomalarda isə qövs içəri baxır
- Ədəbiyyat: Z.Ə.Salahov, M.Y.Nəsirov, Hərbi cərrahlıq, 2009

Sual 75. Arteriyanın autovenoz plastikası aparılarkən autotransplantat necə yerləşdirilməlidir?

- A) *Transplantant arteriyaya əks istiqamətdə tikilməlidir
 - B) Transplantat daxildən çevrilib tikilməlidir
 - C) Transplantat çevrilmədən və istiqaməti dəyişilmədən tikilməlidir
 - D) Hazırda müasir protezlər istehsal edildiyindən autotransplantata ehtiyac qalmır
 - E) Autotransplantatların trombozlaşma ehtimalı çox olduğundan hazırda az istifadə olunur
- Ədəbiyyat: M.Y.Nəsirov, Z.Ə.Salahov, Hərbi-səhra cərrahlığı, 1998., Z.Ə.Salahov, M.Y.Nəsirov, Hərbi cərrahlıq, 2009

Sual 76. Rivilua-Qre quar sınađı nədir?

- A) *Plevra bořluđundan alınmıř qan sınaq řuřesine götürülür və müəyyən müddət saxlanılır. Əgər qan laxtalanırsa, bu, daxili qanaxmanın davam etdiyini göstərir.
- B) Plevra bořluđundan alınmıř qan barmaqlar arasında yoxlanılır, əgər yapıřqanlıq varsa, fibrin telləri əmələ gəlirsə, sınaq müsbətdir, alınmıř qan köhnə qandır.
- C) Plevra bořluđundan alınmıř qan barmaqlar arasında yoxlanılır, əgər yapıřqanlıq varsa, fibrin telləri əmələ gəlmirsə, sınaq müsbətdir, alınmıř qan təzə qandır.
- D) Plevra bořluđundan alınmıř qan sınaq řuřesine götürülür və müəyyən müddət saxlanılır. Əgər c k nt  hissəsi plazmatik hissədən c oxdursa, bu, daxili qanaxmanın davam etdiyini göstərir.
- E) Plevra bořluđundan alınmıř qan sınaq řuřesine götürülür və müəyyən müddət saxlanılır. Əgər c k nt  hissəsi plazmatik hissədən azdırsa, bu, daxili qanaxmanın dayanmasını göstərir.

 d biyyat: A.И.Горбашко Диагностика и лечение кровопотери, Л., 1982, 223 с., M.Y.Nəsirov, Z. .Salahov, Hərbi-səhra c rrahlıđı, 1998., Z. .Salahov, M.Y.Nəsirov, Hərbi cərrahlıq, 2009

Sual 77. Torakoabdominal yaralanmalarda bařlıca meyar nədir?

- A) *Eyni enerjinin təsirindən həm d ř qəfəsi orqanları, həm də qarın bořluđu orqanları z d l nirs , bu, torakoabdominal yaralanma adlanır. Bu zaman diafraqmanın zədələnməsi mütləq hesab olunur.
- B) Eyni enerjinin təsirindən həm d ř qəfəsi orqanları, həm də qarın bořluđu orqanları z d l nirs , bu, torakoabdominal yaralanma adlanır. Bu zaman diafraqmanın zədələnməsi mütləq deyildir.
- C) Müxtəlif enerjinin təsirindən həm d ř qəfəsi orqanları, həm də qarın bořluđu orqanları z d l nirs , bu, torakoabdominal yaralanma adlanır. Bu zaman diafraqmanın zədələnməsi mütləq hesab olunur.
- D) Müxtəlif enerjinin təsirindən həm d ř qəfəsi orqanları, həm də qarın bořluđu orqanları z d l nirs , bu, torakoabdominal yaralanma adlanır. Bu zaman diafraqmanın zədələnməsi olmaya da bilər.
- E)  g r torakoabdominal odlu silah yaralanması toxunan istiqam tlidirs , eyni agentin təsirindən həm d ř qəfəsi orqanları

 d biyyat: M.Y.Nəsirov, Z. .Salahov, Hərbi-səhra c rrahlıđı, 1998., Z. .Salahov, M.Y.Nəsirov, Hərbi cərrahlıq, 2009

Sual 78. D ř qəfəsi yaralanmaları v  zədələnmələri zamanı təcili torakotomiyaya n  g st riřdir?

- A) *Gərgin pnevmotoraks, konservativ yolla qarřısı alına bilməyən plevradaxili qanaxmalar v  diafraqmanın zədələnməsi təcili torakotomiyaya g st riřdir. Laxtalanmıř hemotorakslar da torakotomiyaya g st riřdir.
- B) Yalnız gərgin pnevmotoraks v  konservativ yolla qarřısı alına bilməyən daxili qanaxmalar təcili torakotomiyaya g st riřdir.
- C) Yaralanmanın torakoabdominal xarakteri təcili torakotomiyaya g st riřdir.
- D) Gərgin pnevmotorakslar zamanı  nv lc  plevra bořluđuna drenaj yeridilməlidir. Əgər gərginlik azalmırsa, torakotomiya olunmalı, ađciy r toxumasında, yaxud bronxda olan zədələnmə sahəsi l đv edilməlidir.
- E) Gərgin pnevmotoraks, plevradaxili qanaxmalar v  diafraqmanın zədələnməsi təcili torakotomiyaya g st riřdir. Laxtalanmıř hemotoraksl r konservativ müalicə olunmalıdır.

 d biyyat: M.Y.Nəsirov, Z. .Salahov, Hərbi-səhra c rrahlıđı, 1998., Z. .Salahov, M.Y.Nəsirov, Hərbi cərrahlıq, 2009

Sual 79. Uzunmüddətli sıxılma sindromunda amputasiyaya g st riř nədən ibarətdir?

- A) * g r ətrafda kontrakturalar nəticəsində distal oynaqlarda həm fəal, həm də qeyri-fəal hərəkətlər yoxdursa, qoyulmuř turna açılmadan turnadan yuxarı amputasiya olunmalıdır.
- B)  g r ətrafda kontrakturalar nəticəsində distal oynaqlarda qeyri-fəal hərəkət saxlanılırsa, fəal hərəkətlər yoxdursa, qoyulmuř turna açılmadan turnadan yuxarı amputasiya olunmalıdır.
- C)  g r ətrafda distal oynaqlarda fəal hərəkətlər saxlanılırsa, lakin qeyri-fəal hərəkətlər yoxdursa, amputasiya olunmalıdır.
- D) 4 saatdan c ox sıxılma hallarında distal oynaqda fəal hərəkət saxlanılmıřsa, lakin qeyri-fəal hərəkətlər yoxdursa amputasiya g st riřdir.
- E)  trafda periferik pulsasiyanın olmaması amputasiyaya birbařa g st riřdir.

Ədəbiyyat: M.Y.Nəsirov, Z.Ə.Salahov, Hərbi-səhra cərrahlığı, 1998., Z.Ə.Salahov, M.Y.Nəsirov, Hərbi cərrahlıq, 2009

Sual 80. Uzunmüddətli sıxılma zamanı ətrafın soyudulmasında məqsəd nədir?

- A) Toxumaların oksigenə olan tələbatının azaldılmasıdır.
- B) Metabolik pozğunluqların qarşısının alınmasıdır
- C) Geriyə dönməz proseslərin qarşısının alınmasıdır
- D) *Hamısı düzdür
- E) Heç biri düzgün deyil

Ədəbiyyat: M.Y.Nəsirov, Z.Ə.Salahov, Hərbi-səhra cərrahlığı, 1998., Z.Ə.Salahov, M.Y.Nəsirov, Hərbi cərrahlıq, 2009

Sual 81. Zədə xəstəliyi nədir?

- A) Müştərək döyüş zədələnmələrinin müxtəlif klinik əlamətlərlə təzahür olunmasına baxmayaraq, bunlar vahid bir patogenetik kompleks şəklində cəmlənir və bunun məğzini zədə (travma) xəstəliyi təşkil edir.
- B) Zədə xəstəliyinin patogenezinin əsasını kəskin qanaxmalar və onun nəticəsi, travmatik şok, bu fonda inkişaf edən endotoksikoz və septikotoksemiya təşkil edir.
- C) *Zədə xəstəliyi mərhələlərlə, qarşılıqlı ağırlaşma sindromu halında təzahür edən, əvvəli və sonu olan bir prosesdir. Bunun 1-ci fazası şok, 2-ci fazası travmatik toksemiya və poliorqan çatmamazlıq, 3-cü fazası travmatik septikotoksemiya və endogen infeksiya, yaxud septiko-toksemik və endogen infeksiya şok, 4-cü fazası rekonvalessensiya, yaxud ikincili poliorqan çatmamazlıq dövrüdür.
- D) Zədə xəstəliyi hüceyrə perfuziyasının, mikrosirkulyasiyanın pozulması, metabolik pozğunluqlar fonunda travmatik toksikoz və septikotoksemiya fonunda özünü poliorqan çatmamazlıq şəklində göstərən nozoloji vahid olmaqla mürəkkəb patoloji bir prosesdir.
- E) C və D daha düzgündür.

Sual 82. Zədə xəstəliyində yardım hansı prinsipə əsaslanmalıdır?

- A) Zədə xəstəliyi zamanı intensiv terapiya həyati-vacib funksiyaların pozğunluğu və qarşısının alınması üçün orqanizmin döyüş zədələnmələrinə qarşı davamlı kompensasiyasının təmin olunması istiqamətində yerinə yetirilən kompleks müalicə tədbirləri sistemindən ibarətdir.
- B) Baş verə biləcək qarşılıqlı ağırlaşma sindromunun aradan qaldırılmasından ibarətdir.
- C) Zədə xəstəliyinin bütün mərhələlərinin (şok, endogen toksemiya fonunda baş verən poliorqan çatmamazlıq və endogen infeksiya, rekonvalessensiya, yaxud ikincili poliorqan çatmamazlıq) nisbətən yüngül keçməsinin təmin olunması məqsədini daşıyır.
- D) Qarşılıqlı ağırlaşma sindromunun aradan qaldırılması məqsədilə nəzərdə tutulmuş operativ müdaxilələr ilk 2-3 gün müddətində yerinə yetirilməlidir. Həmin əməliyyatların yaxın 2-3 həftə ərzində yerinə yetirilməsi yaralılarda uzunmüddətli kompensasiya mexanizmlərinin pozulmasına və nəticə etibarilə təkrari cərrahi əməliyyata qarşı orqanizmin həssaslığının artmasına səbəb ola bilər.
- E) *Bütün cavablar düzgündür

Sual 83. Zədə xəstəliyinin gedişi hansı qaydada olur?

- A) *Zədə xəstəliyinin gedişi 1) travmatik şok (12-48 saat çəkir), 2) Toksemik dövr 3-7 gün davam edir, 3) Septiko-toksemik dövr kəskin gedişli poliorqan çatmamazlıq (2 həftədən bir aya qədər və daha çox davam edir), 4) Rekonvalessensiya dövrü süst gedişli poliorqan çatmamazlıq aiddir.
- B) Zədə xəstəliyinin gedişi 1) travmatik şok (6-12 saat çəkir), 2) Toksemik dövr 2 həftə davam edir, 3) Septiko-toksemik dövr kəskin gedişli poliorqan çatmamazlıq (3 həftədən iki aya qədər və daha çox davam edir), 4) Rekonvalessensiya dövrü süst gedişli poliorqan çatmamazlıq aiddir.
- C) Zədə xəstəliyinin gedişi 1) travmatik şok (12-18 saat çəkir), 2) Toksemik dövr 3 həftə davam edir, 3) Septiko-toksemik dövr kəskin gedişli poliorqan çatmamazlıq (3 həftədən bir aya qədər və daha çox davam edir), 4) Rekonvalessensiya dövrü süst gedişli poliorqan çatmamazlıq aiddir.
- D) Zədə xəstəliyinin gedişi 1) travmatik şok (24 saat çəkir), 2) Toksemik dövr 4 həftə davam edir, 3) Septiko-toksemik dövr kəskin gedişli poliorqan çatmamazlıq (2 həftədən bir aya qədər və daha çox davam edir), 4) Rekonvalessensiya dövrü süst gedişli poliorqan çatmamazlıq aiddir.

E) Cavabların heç biri düzgün deyil

Sual 84. Hansı tipli fəlakətlər məlumdur?

- A) * Ümumdünya Səhiyyə Təşkilatı tərəfindən 4 tipli fəlakətlər ayırd edilmişdir. Bunlara meteoroloji, topoloji, tektonik və antropogen fəlakətlər daxildir
- B) Ümumdünya Səhiyyə Təşkilatı tərəfindən 3 tipli fəlakətlər ayırd edilmişdir. Bunlara meteoroloji, topoloji, tektonik fəlakətlər daxildir
- C) Ümumdünya Səhiyyə Təşkilatı tərəfindən 5 tipli fəlakətlər ayırd edilmişdir. Bunlara meteoroloji, topoloji, tektonik və antropogen, teratogen fəlakətlər daxildir
- D) Ümumdünya Səhiyyə Təşkilatı tərəfindən 7 tipli fəlakətlər ayırd edilmişdir.
- E) Ümumdünya Səhiyyə Təşkilatı tərəfindən 12 tipli fəlakətlər ayırd edilmişdir

Sual 85. Terminal vəziyyətdə olan yaralılara maye hansı qaydada köçürülməlidir?

- A) *Terminal vəziyyətdə olan yaralılara maye köçürülməsi təzyiqlə altında aparılmalıdır. Bu halda mayenin yeridilmə sürəti dəqiqədə 250 ml-dən az olmamalıdır. Arterial təzyiqlə müəyyən səviyyəyə (90 ml c.s.) qaldırılması 5 dəqiqə ərzində və onun stabilləşməsi 10 dəqiqə ərzində təmin edilməlidir.
- B) Terminal vəziyyətdə olan yaralılara maye köçürülməsi təzyiqlə altında aparılmalıdır. Bu halda mayenin yeridilmə sürəti dəqiqədə 150 ml-dən az olmamalıdır. Arterial 100-110 ml c.s. qaldırılması 15 dəqiqə ərzində və onun stabilləşməsi 30 dəqiqə ərzində təmin edilməlidir.
- C) Terminal vəziyyətdə olan yaralılara maye köçürülməsi təzyiqlə altında aparılmalıdır. Bu halda mayenin yeridilmə sürəti dəqiqədə 50 ml-dən az olmamalıdır. Arterial təzyiqlə 120 ml c.s.) qaldırılması 5 dəqiqə ərzində və onun stabilləşməsi 10 dəqiqə ərzində təmin edilməlidir.
- D) Terminal vəziyyətdə olan yaralılara maye köçürülməsi təzyiqlə altında aparılmalıdır. Bu halda mayenin yeridilmə sürəti dəqiqədə 70 ml-dən az olmamalıdır. Arterial təzyiqlə 90 ml c.s. qaldırılması 15 dəqiqə ərzində və onun stabilləşməsi 20 dəqiqə ərzində təmin edilməlidir.
- E) Terminal vəziyyətdə olan yaralılara maye köçürülməsi dəqiqədə 50 ml-dən az olmamalıdır. Arterial təzyiqlə müəyyən səviyyəyə (90 ml c.s.) qaldırılması 7 dəqiqə ərzində və onun stabilləşməsi 20 dəqiqə ərzində təmin edilməlidir.

Sual 86. Reanimasiya ilə intensiv terapiyanın fərqi nədir?

- A) *Klinik ölüm hallarında orqanizmin yenidən həyata qaytarılması tədbirləri reanimasiya, preaqonal və aqonal vəziyyətlərdə həyata keçirilən tədbirlər isə intensiv terapiya adlanır.
- B) Reanimasiya və intensiv terapiya bir-birinin ardınca davam etdirilən kompleks tədbirlər sistemindən ibarətdir.
- C) A, B, D cavabları düzdür
- D) İntensiv terapiya həyati-vacib funksiyaların pozğunluğu və qarşısının alınması üçün orqanizmin zədələnmələrə qarşı davamlı kompensasiyasının təmin olunması istiqamətində yerinə yetirilən kompleks müalicə tədbirləri sistemindən ibarətdir.
- E) B cavabı düzdür

Sual 87. Xəstənin terminal vəziyyətdən çıxarılması üçün tədbirlər sisteminə nələr daxildir?

- A) Qan dövranının bərpası və beynin oksigenlə təmin edilməsi
- B) Bərpa olunmuş qan dövranının fəaliyyətinin stabilləşdirilməsi
- C) Bərpa olunmuş funksiyaların keyfiyyətinə nail olunması
- D) Ağır yaraların cərrahi işlənməsindən
- E) *A, B, C cavabları düzgündür

Sual 88. İntensiv terapiyanın məzmunu nədən ibarətdir?

- A) Ağrı hissiyatının və digər mənfi qıcıqların, metabolik pozğunluqların aradan qaldırılmasından, dövrən edən qanın həcmnin bərpası, elektrolit, turşu və qələvi mübadiləsindəki pozğunluqların aradan qaldırılması və poliorqan çatmamazlıqlarının ləğvi üçün tətbiq olunan kompleks tədbirlər sisteminin həyata keçirilməsindən ibarətdir.

- B) Bütün mənfi qıcıqların, metabolik pozğunluqların aradan qaldırılmasından, dövrən edən qanın həcmnin bərpası, toxumaların oksigenlə təmini, zülal, elektrolit, turşu və qələvi mübadiləsindəki pozğunluqların aradan qaldırılması üçün tətbiq olunan tədbirlər sistemindən ibarətdir.
- C) A və B cavabları düzgündür
- D) *Ağrı hissiyyatının və digər mənfi qıcıqların, metabolik pozğunluqların aradan qaldırılmasından, dövrən edən qanın həcmnin bərpası, toxumaların oksigenlə maksimal təmini, zülal, elektrolit, turşu və qələvi mübadiləsindəki pozğunluqların aradan qaldırılması və poliorqan çatmamazlıqlarının ləğvi üçün tətbiq olunan kompleks tədbirlər sisteminin həyata keçirilməsindən ibarətdir.
- E) A, B, D variantları düzgündür.

Sual 89. Hiperkaliemiyanın aradan qaldırılma yolları hansılardır?

- A) Tərkibində kalium olmayan məhlulların köçürülməsi yolu ilə
- B) Saleuretiklərin istifadəsi ilə
- C) 400 ml 10%-li qlukoza məhlulunun insulinlə köçürülməsi yolu ilə (insulin kalium ionlarının plazmadan hüceyrəyə keçməsinə imkan verir).
- D) *A, B, C variantları düzgündür
- E) Yalnız C variantı düzgündür

Sual 90. Hipokaliemiya nə zaman baş verir?

- A) Güclü katabolizm zamanı kalium ionları hüceyrədən ara toxumaya keçir və sidiklə xaric olur.
- B) Kalium itgisi yara infeksiyasında, bağırsaqların parezi zamanı daha çox müşahidə olunur.
- C) Saleuretiklərin (furosemid, hipotiazid) qəbulundan sonra qanda kalium azalır.
- D) Anuriya hallarında hipokaliemiya baş verir
- E) *A, B, C variantları düzgündür

Sual 91. Düz bağırsağın peritondaxili zədələnmələrində cərrahi taktika nədən ibarətdir?

- A) *Orta laparotom kəsik, qarın boşluğu orqanlarının təftişi, bağırsağın yarasının tikilməsi, sigmastomanın qoyulması
 - B) Orta laparotom kəsik, qarın boşluğu orqanlarının təftişi, bağırsağın yarasının tikilməsi, qarın boşluğunun drenə edilməsi
 - C) Orta laparotom kəsik, qarın boşluğu orqanlarının təftişi, bağırsağın yarasının tikilməsi
 - D) Orta laparotom kəsik, bağırsağın yarasının tikilməsi, qarın boşluğunun drenə edilməsi
 - E) Orta laparotom kəsik, qarın boşluğu orqanlarının təftişi, bağırsağın yarasının kənara çıxarılması
- Ədəbiyyat: M.Y.Nəsirov, Z.Ə.Salahov, Hərbi-səhra cərrahlığı, 1998., Z.Ə.Salahov, M.Y.Nəsirov, Hərbi cərrahlıq, 2009

Sual 92. Düz bağırsağın ekstraperitoneal zədələnmələrində cərrahi taktika nədən ibarətdir?

- A) *Orta laparotom kəsik, qarın boşluğunun təftişi sigmastomanın qoyulması, pararektal sahənin drenə edilməsi
 - B) Orta laparotom kəsik, sigmastomanın qoyulması, pararektal yaranın cərrahi işlənilməsi
 - C) Orta laparotom kəsik, sekostomanın qoyulması, pararektal sahənin drenə edilməsi
 - D) Pararektal sahənin drenə edilməsi. sigmastomanın qoyulması
 - E) Heç biri düz deyil
- Ədəbiyyat: M.Y.Nəsirov, Z.Ə.Salahov, Hərbi-səhra cərrahlığı, 1998., Z.Ə.Salahov, M.Y.Nəsirov, Hərbi cərrahlıq, 2009

Sual 93. Sidik kisəsinin peritondaxili zədələnmələrində cərrahi taktika nədən ibarətdir?

- A) *Orta-aşağı laparotomiya, sidik kisəsinin defektinin tikilməsi, episistostomanın qoyulması
- B) Orta laparotomiya, sidik kisəsinin defektinin tikilməsi, qarın boşluğunun drenajı
- C) Orta laparotomiya, sidik kisəsinin defektinin tikilməsi, sidik kisəsinə kateterin yeridilməsi

- D) Orta laparotomiya, sidik kisəsinin defektinin tikilməsi, kiçik çanaq boşluğunun drenajı
E) Orta laparotomiya, sidik kisəsinin defektinin tikilməsi, paravezikal sahənin drenajı
Ədəbiyyat: M.Y.Nəsirov, Z.Ə.Salahov, Hərbi-səhra cərrahlığı, 1998., Z.Ə.Salahov, M.Y.Nəsirov, Hərbi cərrahlıq, 2009

Sual 94. Sidik kisəsinin ekstraperitoneal zədələnmələrində cərrahi taktika nədən ibarətdir?

- A) *Orta laparotom kəsiklə sidik kisəsinə epistostomanın qoyulması, paravezikal sahənin Buyalsk–Mak Uorter üsulu ilə drenajı
B) Orta laparotom kəsiklə sidik kisəsinə epistostomanın qoyulması, sidik kisəsinin ekstraperitoneal yarasının cərrahi işlənməsi
C) Sidik kisəsinə epistostomanın qoyulması, sidik kisəsinin ekstraperitoneal yarasının cərrahi işlənməsi, sidik kisəsinə kateterin yeridilməsi
D) Yaranın cərrahi işlənməsindən sonra epistostomanın qoyulması, çanaq boşluğunun drenajı
E) Paravezikulyar sahənin drenajı, sidik kisəsinə kateterin keçirilməsilə epistostomanın qoyulması
Ədəbiyyat: M.Y.Nəsirov, Z.Ə.Salahov, Hərbi-səhra cərrahlığı, 1998., Z.Ə.Salahov, M.Y.Nəsirov, Hərbi cərrahlıq, 2009

Sual 95. Bağırsağın tək yaraları zamanı yad cismi harda axtarmaq lazımdır?

- A) *Bağırsaqda tək yaralar (1,3,5,7 və s.) aşkar edildikdə növbəti yara axtarılıb tapılmalıdır. Cüt yara tapılmırsa, yad cisim –güllə bağırsağın daxilində axtarılmalıdır.
B) Tək yaralar zamanı növbəti yara mezoperitoneal orqanların arxa divarında axtarılmalıdır
C) Yad cisim fəqərə sütununa yaxın yerdə axtarılmalıdır.
D) Yad cisim çanaq boşluğunda axtarılmalıdır
E) Yad cisim retroperitoneal sahədə axtarılmalıdır
Ədəbiyyat: M.Y.Nəsirov, Z.Ə.Salahov, Hərbi-səhra cərrahlığı, 1998., Z.Ə.Salahov, M.Y.Nəsirov, Hərbi cərrahlıq, 2009

Sual 96. Nazik bağırsağın odlu silah yaralanması zamanı onun rezeksiyasına göstəriş nədir?

- A) *Qısa məsafədə bağırsağın çoxsaylı yaralanmaları, bağırsaq divarının 2/3 hissəsinin zədələnməsi, bağırsaq müsariqəsinin zədələnməsi
B) Bağırsağın çoxsaylı yaralanmaları, bağırsaq divarının 1/3 hissəsinin zədələnməsi, bağırsaq müsariqəsinin zədələnməsi
C) Bağırsaq divarının 1/3 hissəsinin tək zədələnməsi, bağırsaq müsariqəsinin zədələnməsi
D) İleosekal sahəyə 20sm qalmış zədələnmə
E) Treys bağına yaxın zədələnmə
Ədəbiyyat: M.Y.Nəsirov, Z.Ə.Salahov, Hərbi-səhra cərrahlığı, 1998., Z.Ə.Salahov, M.Y.Nəsirov, Hərbi cərrahlıq, 2009

Sual 97. Yoğun bağırsağın odlu silah yaralanmalarına görə bağırsaq seqmentinin rezeksiyasından sonra anastomozun qoyulması nə dərəcədə doğrudur?

- A) *Yoğun bağırsağın odlu silah yaralanmalarına görə rezeksiyasından sonra bağırsaq ucları kənara çıxarılmalıdır –kolostoma qoyulmalıdır. Anastomozun qoyulması planlı şəkildə aparılmalıdır.
B) Rezeksiyadan sonra anastomozun qoyulması cərrahın üz ixtiyarına verilir.
C) Anastomozun qoyulması şəraitdən asılı olaraq yerinə yetirilə bilər
D) Anastomozun qoyulması odlu silahın növündən və yaralanmanın xarakterindən asılı olaraq təyin edilir.
E) Müasir hərbi-tibbi doktrina hər birinə icazə verir.
Ədəbiyyat: M.Y.Nəsirov, Z.Ə.Salahov, Hərbi-səhra cərrahlığı, 1998., Z.Ə.Salahov, M.Y.Nəsirov, Hərbi cərrahlıq, 2009

Sual 98. Asplenik immunodefisit baş verməsin deyə dalaq yaralanmalarında splenektomiya operasiyası nə ilə başa zətdirilməlidir?

- A) *Asplenik immunodefisitə profilaktikası məqsədilə splenektomiyadan sonra dalaq toxuması reimplantasiya edilməlidir
- B) Dalaq toxumasından hazırlanmış suspenziyadan istifadə edilməlidir.
- C) Orqanizmin immun qabiliyyətinin qaldırılması məqsədilə dərman preparatlarından istifadə olunmalıdır.
- D) Bütəküstü vəzlərin fəaliyyətini gücləndirmək lazımdır
- E) Adrenokortikotrop sistemin fəaliyyətini gücləndirmək lazımdır

Ədəbiyyat: M.Y.Nəsirov, Z.Ə.Salahov, Hərbi-səhra cərrahlığı, 1998., Z.Ə.Salahov, M.Y.Nəsirov, Hərbi cərrahlıq, 2009

Sual 99. Aqastral anemiyalarda hansı ferment işlənir?

- A) *Kastle fermenti
- B) Pepsin
- C) Pتيالin
- D) Pankreatin
- E) Qlükokortikoidlər

Ədəbiyyat: Зденек Маржатка, Практическая гастроэнтерология, Прага, 1967, 646с.

Sual 100. Bulbar paraliç dedikdə nə başa düşülür?

- A) *9,10,11,12-ci cüt sinirlərin mərkəzi pozğunluqları
- B) 5, 7,8-ci sinirlərin mərkəzi pozğunluqları
- C) Qoxu və görmə sinirlərinin mərkəzi pozğunluqları
- D) Beyincik sistemində pozğunluqlar
- E) Varol körpüsünün orqanik pozğunluqları

Ədəbiyyat: Топическая диагностика заболеваний нервной системы / А.В. Триумфов. – 16-е изд. – М., 2009, стр. 78-95., Справочник практического врача по неврологии / Штульман Д.Р., Левин О.С.- М., 2001, 102с

Sual 101. Açıq arterial axacağa görə operasiya zamanı hansı fəsadlaşmalar ola bilər?

- A) *Səsin kallaşması
- B) Təngnəfəslik
- C) Vaxtaşırı bayılmalar
- D) Maksimal qan təzyiqinin dəyişməsi
- E) Venoz təzyiqin enməsi

Ədəbiyyat: Частная хирургия болезней сердца и сосудов, под ред. В.И.Бураковского и С.А.Колесникова, М., 1967, 655с.

Sual 102. Heparinin təsirinin uzadılması üçün hansı preparatdan istifadə olunur?

- A) *Şüşəvari cisimdən
 - B) Pelloidodestillatdan
 - C) Albumindən
 - D) Sitoxromoksidazadan
 - E) Nikotin turşusundan
- F.Əfəndiyev, seçilmiş əsərləri, 1976.

Sual 103. Qaraciyərin diafraqma səthinin yarısı necə tikilir?

- A) *Oraqvari bağ kəsilməklə

- B) Qabırğaları rezeksiya etməklə
- C) Transdiafraqmal yolla
- D) Hamısı düzdür
- E) Heç biri düz deyil

Ədəbiyyat: M.Y.Nəsirov, Z.Ə.Salahov, Hərbi-səhra cərrahlığı, 1998., Z.Ə.Salahov, M.Y.Nəsirov, Hərbi cərrahlıq, 2009

Sual 104. Yoğun bağırsağın mezoperitoneal hissələrinin (qalxan və enən cənbər bağırsağın) yaralarının tikilməsində hansı prinsip gözlənilməlidir?

- A) *Yara tikilməzdən bağırsağın arxa divarı nəzərdən keçirilməlidir.
- B) Kiçik yaralar tikilməli, böyük yaraya görə kolostoma qoyulmalıdır
- C) Böyük zədələnmələrdə bağırsağ rezeksiya olunmalı və anastomoz qoyulmalıdır
- D) Ekstraperitonizasiya olunmalıdır
- E) Dolayı (obxodnoy) anastomoz qoyulmaqla zədə nahiyəsi həzm traktından təcrid olunmalıdır

Ədəbiyyat: M.Y.Nəsirov, Z.Ə.Salahov, Hərbi-səhra cərrahlığı, 1998., Z.Ə.Salahov, M.Y.Nəsirov, Hərbi cərrahlıq, 2009

Sual 105. Ürəyin yarası bilavasitə koronar damarın yanından keçmişsə, yara necə tikilməlidir?

- A) *Yaranın koronar kənarından keçməklə ekstrakoronar "Π"–vari tikiş qoyulmalıdır.
- B) Mədəcik akütləsindən keçirilməklə ekstravazal tikişlər qoyulmalıdır.
- C) Yara atravmatik saplarla tikilməlidir
- D) Hamısı düzdür
- E) Heç biri düz deyil

Ədəbiyyat: Вагнер Е.А., Проникающие ранения груди, М., 1975

Sual 106. Hansı damar boş venalara açılmadan birbaşa sağ qulaqcığa açılır?

- A) *Koronar sinus
- B) V.Açıqos
- C) V.Hemiaziqoz
- D) Sağ koronar vena
- E) Heç biri düz deyil

Ədəbiyyat: Частная хирургия болезней сердца и сосудов, под ред. В.И.Бураковского и С.А.Колесникова, М., 1967, 655с.

Sual 107. IIIa və IIIb dərəcəli yanıqlar klinik olaraq bir-birindən necə fərqlənir?

- A) III^a dərəcəli yanıq sithi yanıqlara III^b dərəcəli yanıq dərin yanıqlara aiddir. III^a dərəcəli yanıqlarda ağrı hissiyyatı saxlanmış olur. Yanıq nahiyəsindəki tük dartılarkən, yara səthinin spirtlə silinməsi zamanı xəstə ağrını hiss edir.
- B) III^b dərəcəli yanıqlar çarıqlaşma ilə sağalır
- C) III^b dərəcəli yanıqlar zamanı ağrı hissiyyatı itir
- D) *Hamısı düzdür
- E) Heç biri düz deyil

Ədəbiyyat: M.Y.Nəsirov, Z.Ə.Salahov, Hərbi-səhra cərrahlığı, 1998., Z.Ə.Salahov, M.Y.Nəsirov, Hərbi cərrahlıq, 2009

Sual 108. Yanıq xəstəliyində neçə dövr ayırd edilir?

- A) *4
- B) 3
- C) 2

D) 5

E) Xəstəliyin gedişindən asılı olaraq dövrlərin sayı artıb azala bilər

Ədəbiyyat: M.Y.Nəsirov, Z.Ə.Salahov, Hərbi-səhra cərrahlığı, 1998., Z.Ə.Salahov, M.Y.Nəsirov, Hərbi cərrahlıq, 2009

Sual 109. Yanıq xəstəliyi nədir?

A) *Bir nozoloji vahid kimi başlanğıcı və sonu var. Yanıq xəstəliyi adətən bədən səthinin 10%-dən çox dərin və 20%-dən çox səthi yanıqlarında meydana çıxır, kompleks klinik əlamətlərlə 4 mərhələdə keçir.

B) Yanıq xəstəliyi yalnız bədən səthinin 20%-dən çox zədələndiyi hallarda baş verir və kompleks müalicənin aparılmasını tələb edir.

C) Yanıq xəstəliyi adətən bədən səthinin 5%-dən çox dərin və 25%-dən çox səthi yanıqlarında meydana çıxır, kompleks müalicənin aparılmasını tələb edir.

D) Yanıq xəstəliyi bütün geniş və dərin yanıqlarda müşahidə olunur.

E) Dərinliyindən asılı olmayaraq, orqanizmin immun prosesində pozğunluqlar yanıq xəstəliyinin əmələ gəlməsinə səbəb ola bilər.

Ədəbiyyat: M.Y.Nəsirov, Z.Ə.Salahov, Hərbi-səhra cərrahlığı, 1998., Z.Ə.Salahov, M.Y.Nəsirov, Hərbi cərrahlıq, 2009

Sual 110. Yanıq şoku travmatik şokdan nə ilə fərqlənir?

A) Yanıq şokunun ağırlıq dərəcəsi diurezin vəziyyətindən asılı olaraq qiymətləndirilir.

B) Travmatik şokdan fərqli olaraq yanıq şoku uzun müddət davam edə bilər.

C) Yanıq şokunun əsas meyarı diurezin azalmasıdır

D) *Hamısı düzdür

E) Heç biri düz deyil

Ədəbiyyat: M.Y.Nəsirov, Z.Ə.Salahov, Hərbi-səhra cərrahlığı, 1998., Z.Ə.Salahov, M.Y.Nəsirov, Hərbi cərrahlıq, 2009

Sual 111. Temperatur effekti nədir?

A) *Termik agentin maksimal temperaturu və onun təsir müddəti ($E=t^{\circ} \cdot T$)

B) Vahid zaman müddətində termik agentin təsiri

C) Temperaturun toxumalarda akkumulyasiyası

D) Temperaturun epitel toxumasına təsir mexanizmi

E) Temperaturun tənzimlənmə mexanizmi

Ədəbiyyat: Z.Ə.Salahov, M.Y.Nəsirov, Hərbi cərrahlıq, 2009

Sual 112. Daxilə keçən kəllə-beyin zədələnməsinin kriteriyası nədir?

A) *Sərt qişanın zədələnməsi

B) Yumşaq qişanın zədələnməsi

C) Hörümçəkvari qişanın zədələnməsi

D) Kəllə aponevrozunun zədələnməsi

E) Başın skalp yaralanması

Ədəbiyyat: M.Y.Nəsirov, Z.Ə.Salahov, Hərbi-səhra cərrahlığı, 1998., Z.Ə.Salahov, M.Y.Nəsirov, Hərbi cərrahlıq, 2009

Sual 113. Dış alveolundan keçən zənə sümüyünün qapalı sınığı hansı sınıqlara daxildir?

- A) *Açıq sınıqlara
- B) Şərti olaraq açıq sınıqlara
- C) Qapalı sınıqlara
- D) Yarım qapalı sınıqlara
- E) Yarım açıq sınıqlara

Ədəbiyyat: Eduard Pernkopf, Topografische Anatomie, Berlin, 1943., Anatomy of body, DVD of USA Surgical Corporation, part I (Head and Neck).

Sual 114. Koaqulyasion nekroz kollikvasion nekrozdan nə ilə fərqlənir?

- A) *Kollikvasion nekroz daha dərin toxumalara sirayət edir
- B) Koaqulyasion nekroz daha dərin toxumalara dağıdıcı təsir göstərir
- C) Koaqulyasion nekroz turşu təsirindən baş verdiyinə görə daha dərinliklərə işləyir.
- D) Koaqulyasion nekroz zamanı intoksikasiya daha dərin olur
- E) Hamısı düzgündür

Ədəbiyyat: M.Y.Nəsirov, Z.Ə.Salahov, Hərbi-səhra cərrahlığı, 1998., Z.Ə.Salahov, M.Y.Nəsirov, Hərbi cərrahlıq, 2009

Sual 115. Güllə yaralanmasında giriş və çıxış yaralarının ölçüsü eyni böyüklükdədir. Bu nə deməkdir?

- A) Güllə yüksək enerjiyə malikdir.
- B) Güllə böyük həcmli toxumadan keçmişdir
- C) Partlayış yara kanalının ortasında baş vermişdir.
- D) *Hamısı düzdür
- E) Heç biri

Ədəbiyyat: M.Y.Nəsirov, Z.Ə.Salahov, Hərbi-səhra cərrahlığı, 1998., Z.Ə.Salahov, M.Y.Nəsirov, Hərbi cərrahlıq, 2009

Sual 116. Odlu silah yaralanmasında yara kanalının çıxış yarası giriş nöqtəsindən çox-çox böyükdür, bu nə deməkdir?

- A) Güllə yüksək enerjiyə malikdir
- B) Çox da böyük həcmə malik olmayan toxumada yara kanalının çıxacağında sərt sümük toxumasına rast gəlmişdir.
- C) Sümük qəlpələri ikincili silah rolunu oynamışdır
- D) *Hamısı düzdür
- E) Partlayış yara kanalının çıxacağında baş vermişdir.

Ədəbiyyat: M.Y.Nəsirov, Z.Ə.Salahov, Hərbi-səhra cərrahlığı, 1998., Z.Ə.Salahov, M.Y.Nəsirov, Hərbi cərrahlıq, 2009

Sual 117. Güllə yaralanmasında giriş yarası çıxış yarasından dəfələrlə böyükdür. Bu nə deməkdir?

- A) Güllə yüksək enerjiyə malikdir
- B) Yara kanalının girəcəyində sərt sümük toxumasına rast gəlmişdir.
- C) Sümük qəlpələri ikincili silah rolunu oynamışdır.
- D) *Hamısı düzdür
- E) Partlayış yara kanalının başlanğıcında baş vermişdir.

Ədəbiyyat: M.Y.Nəsirov, Z.Ə.Salahov, Hərbi-səhra cərrahlığı, 1998., Z.Ə.Salahov, M.Y.Nəsirov, Hərbi cərrahlıq, 2009

Sual 118. Qazlı qanqrena nə ilə xarakterdir?

- A) Anaerob infeksiya zamanı yara quru, cüzi ifrazatlı olur. Yaradan kənara çıxmış əzələ toxuması tünd qırmıçı rəngdə olur, çox hallarda isə bişmiş əti xatırladır.
- B) Yarada regenerasiya əlamətləri olmur. Yara iysiç, bəzən isə turşumuş kələm yaxud kükürd iyi verir. Yara ətrafında dəri şişkin, parlaq və avazımsız rəngli olur. Dərialtı venalar genişlənmiş tor şəklində olur.
- C) *Hamısı düzdür
- D) Anaerob infeksiya zamanı demarkasiya xətti müşahidə olunmur.
- E) Yara nahiyəsində əmələ gəlmiş nekroz sahəsi maneəsiç olaraq tezliklə ətraf saülam toxumalara yayılaraq bədənin xeyli hissəsini əhatə edir.

Ədəbiyyat: M.Y.Nəsirov, Z.Ə.Salahov, Hərbi-səhra cərrahlığı, 1998., Z.Ə.Salahov, M.Y.Nəsirov, Hərbi cərrahlıq, 2009

Sual 119. Dəlib-keçən güllə yaralarında girən və çıxan yaranın ölçüsü necə dəyişir?

- A) * Yaradaxili partlayışın yara kanalının hansı hissədə olmasından asılıdır.
- B) Terminal ballistikanın qanunlarına uyğun olaraq təyin edilir
- C) Uçuş ballistikasının qanunlarına uyğun olaraq təyin edilir
- D) Giriş nöqtəsi kiçik olur, çıxış nöqtəsi bir neçə dəfə böyük
- E) Giriş nöqtəsi çıxışdan böyük olur.

Ədəbiyyat: M.Y.Nəsirov, Z.Ə.Salahov, Hərbi-səhra cərrahlığı, 1998., Z.Ə.Salahov, M.Y.Nəsirov, Hərbi cərrahlıq, 2009

Sual 120. Baş beynin sıxılması hansı hallarda mümkün deyil?

- A) Kəllədaxili qanaxma zamanı,
- B) Sümük fraqmentlərinin beyni basması nəticəsində,
- C) Beynin kəskin ödemində,
- D) Pnevmoşefaliya,
- E) *Başın yalnız yumşaq toxumalarının zədələnmələrində

Ədəbiyyat: M.Y.Nəsirov, Z.Ə.Salahov, Hərbi-səhra cərrahlığı, 1998., Z.Ə.Salahov, M.Y.Nəsirov, Hərbi cərrahlıq, 2009

Sual 121. Müalicə-təxliyə mərhələlərində baş beynin sıxılmasının daimi əlamətlərinə hansılar aid deyildir?

- A) *“İşıqlı dövrün” müşahidə olunması,
- B) Bradikardiyanın olması,
- C) Anizokariyanın olması,
- D) likvor təzyiqinin yüksəlməsi,
- E) B və C düzdür

Sual 122. Gicgah sümüyünün piramidinin sınığı üçün hansı xarakter deyil?

- A) Təbil pərdəsinin zədələnməsi
- B) Xarici qulaq keçəcəyindən qanın xaric olması
- C) Üz əzələlərinin parezi, yaxud iflici,
- D) *Konyunktivanın hiperemiyası
- E) Xarici qulaq keçəcəyindən likvorun xaric olması

Sual 123. Kəllə-beyin yaralanmaları zamanı yara kanalının hansı forması müşahidə edilmir?

- A) Dəlib-keçən,
- B) Kor,
- C) Toxunan,
- D) Sərpən,
- E) *Spiralvari

Ədəbiyyat: M.Y.Nəsirov, Z.Ə.Salahov, Hərbi-səhra cərrahlığı, 1998., Z.Ə.Salahov, M.Y.Nəsirov, Hərbi cərrahlıq, 2009

Sual 124. Kəllə yaralanmalarında yara kanalı hansı hallarda düzgün yazılmamışdır?

- A) Diametral,
- B) Radial,
- C) Seqmentar,
- D) Bazal,
- E) *Nazal

Ədəbiyyat: M.Y.Nəsirov, Z.Ə.Salahov, Hərbi-səhra cərrahlığı, 1998., Z.Ə.Salahov, M.Y.Nəsirov, Hərbi cərrahlıq, 2009

Sual 125. Kəllə-beyin yaralanmalarında sınıqlar hansı formalarda müşahidə olunmur?

- A) Basılmış sınıqlar,
- B) Dağılmış sınıqlar,
- C) *Vintvari sınıqlar,
- D) Deşikli sınıqlar,
- E) Qəlpəli sınıqlar.

Ədəbiyyat: M.Y.Nəsirov, Z.Ə.Salahov, Hərbi-səhra cərrahlığı, 1998., Z.Ə.Salahov, M.Y.Nəsirov, Hərbi cərrahlıq, 2009

Sual 126. Stupor yaralılarda hansı formalı huş pozğunluğuna aiddir?

- A) Stupor huşun ağır formalı pozğunluğudur,
- B) Stupor huşun orta ağırlıqda pozğunluğu deməkdir,
- C) Stupor zamanı huş itmir,
- D) Stupor zamanı ağır hissiyyatı itir,
- E) *Stupor zamanı yaralı sualın mənasını başa düşür, lakin könülsüz bir kəlmə ilə cavab verir

Ədəbiyyat: M.Y.Nəsirov, Z.Ə.Salahov, Hərbi-səhra cərrahlığı, 1998., Z.Ə.Salahov, M.Y.Nəsirov, Hərbi cərrahlıq, 2009

Sual 127. Sopor yaralıda huşun hansı formalı pozğunluğuna aiddir?

- A) Sopor yaralıda huşun yüngül formalı pozğunluğudur,
- B) Sopor ağır formalı huş pozğunluğudur,
- C) Sopor orta ağırlıqlı huş pozğunluğudur,
- D) *Sopor zamanı yaralı suallara cavab vermir, yuxulu olur, yalnız ağır qıcığınə qarşı hərəkətlərlə cavab verir,
- E) Sopor zamanı bütün reflekslər itmiş olur.

Ədəbiyyat: M.Y.Nəsirov, Z.Ə.Salahov, Hərbi-səhra cərrahlığı, 1998., Z.Ə.Salahov, M.Y.Nəsirov, Hərbi cərrahlıq, 2009

Sual 128. Koma stupor və sopordan nə ilə fərqlənir?

1. Koma zamanı yalnız birinci siqnal sistemi saxlanılır,
2. Koma zamanı yalnız ikinci siqnal sistemi pozulur,
3. Koma zamanı həm birici, həm də ikinci siqnal sistemi pozulur,
4. Koma zamanı huş ala qararlıq olur,
5. *Koma zamanı bütün reflekslər itir.
6. Ədəbiyyat: M.Y.Nəsirov, Z.Ə.Salahov, Hərbi-səhra cərrahlığı, 1998., Z.Ə.Salahov, M.Y.Nəsirov, Hərbi cərrahlıq, 2009

Sual 129. Kəllə-beyin yaralanmaları zamanı huşun itdiyi hallarda yaralılar hansı vəziyyətdə daşınılmalıdır?

1. *Yaralının üzü üstə, yaxud böyrü üstə daşınılması qusuntu materiallarının aspirasiyasının qarşısını alır,
2. Yarala arxası üstə daşınılmalıdır,
3. Yaralı arxası üstə diçləri bükülmüş vəziyyətdə daşınılmalıdır,
4. Yaralı yarımoturaq vəziyyətdə daşınılmalıdır,
5. Yaralıya trendelenburq vəziyyəti verilməlidir.

Ədəbiyyat: M.Y.Nəsirov, Z.Ə.Salahov, Hərbi-səhra cərrahlığı, 1998., Z.Ə.Salahov, M.Y.Nəsirov, Hərbi cərrahlıq, 2009

Sual 130. Kəllə-beyin zədələnmələri zamanı sərt qişanın açılmasına göstəriş nədən ibarətdir?

1. *Zədələnməmiş sərt qişa yalnız beynin sıxılmasına səbəb olan subdural hematomalar zamanı açılmalıdır. Bu zaman sərt qişa çadra rəngində (tünd göy rəngində) olur və pulsasiya etmir.
2. Sərt qişa yalnız baş beynin zədələnmələri zamanı açılmalıdır.
3. Sərt qişa yalnız venoz ciblərin zədələnmələrində açılmalıdır,
4. Sərt qişa yalnız beyin mədəciklərinin zədələnmələri zamanı açılmalıdır,
5. Sərt qişa yalnız beynin magistrəl damarlarının zədələnmələri zamanı açılmalıdır.

Ədəbiyyat: M.Y.Nəsirov, Z.Ə.Salahov, Hərbi-səhra cərrahlığı, 1998., Z.Ə.Salahov, M.Y.Nəsirov, Hərbi cərrahlıq, 2009

Sual 131. Fəqərə sütunu və onurğa beyninin qapalı zədələnmələri hansı halda mümkündür?

1. Fəqərə sütunu zədələnməsinin onurğa beyni zədələnməsi olmadan müşahidə olunması,
2. Fəqərə sütunu zədələnməsinin onurğa beyni zədələnməsi ilə birlikdə müşahidə olunması
3. onurğa beyni zədələnməsinin fəqərə sütunu zədələnməsi olmadan baş verməsi
4. *1,2,3-cü cavablar düzgündür
5. 1-ci və 2-ci cavab düzgündür

Ədəbiyyat: M.Y.Nəsirov, Z.Ə.Salahov, Hərbi-səhra cərrahlığı, 1998., Z.Ə.Salahov, M.Y.Nəsirov, Hərbi cərrahlıq, 2009

Sual 132. Onurğa beyni zədələnmələri aşağıdakı formalarda zədələnmə bilər:

1. Onurğa beyninin və onun kökcüklərinin sıxılması ilə,
2. Onurğa beyninin əzilməsi və silkələnməsi şəklində olan zədələnmə,
3. Epidural və subaraxnoidal qansızmalar şəklində,
4. *1,2,3-cü cavablar düzgündür
5. Cavabların heç biri düzgün deyil.

Ədəbiyyat: M.Y.Nəsirov, Z.Ə.Salahov, Hərbi-səhra cərrahlığı, 1998., Z.Ə.Salahov, M.Y.Nəsirov, Hərbi cərrahlıq, 2009

Sual 133. Onurğa beyni sıxılmaları lokalizasiyasına görə aşağıdakı formalarda təsadüf oluna bilər:

1. Arxadan sıxılma (sıxılmış fəqərə qövsü, epidural hematoma, zədələnmiş sarı bağ tərəfindən),
2. Öndən sıxılma (zədələnmiş fəqərə cismi, yaxud disk tərəfindən sıxılma),
3. Daxili (beyin ödemi və beyində xil hematoma, yumşalma sahəsində detritin olması nəticəsində sıxılma)
4. *1,2,3-cü cavablar düzgündür
5. 1-ci və 2-ci cavablar düzgündür

Ədəbiyyat: M.Y.Nəsirov, Z.Ə.Salahov, Hərbi-səhra cərrahlığı, 1998., Z.Ə.Salahov, M.Y.Nəsirov, Hərbi cərrahlıq, 2009

Sual 134. Onurğa beyninin qapalı zədələnmələri zamanı sıxılmalarda dekompresiv laminektomiya aşağıdakı müddətlərdə yerinə yetirilə bilər:

1. Təxirəsalınmaz laminektomiya – zədələnmənin 48 saati müddətində,
2. Erkən laminektomiya – zədələnmənin ilk həftəsi ərzində,
3. Gec laminektomiya – zədələnmənin 2-4-cü həftələrinin axırında
4. *1,2,3-cü cavablar düzgündür
5. Cavablardan heç biri düz deyildir.

Ədəbiyyat: M.Y.Nəsirov, Z.Ə.Salahov, Hərbi-səhra cərrahlığı, 1998., Z.Ə.Salahov, M.Y.Nəsirov, Hərbi cərrahlıq, 2009

Sual 135. Onurğa beyninin köndələn kəsilməsi sindromuna daxildir:

1. Tetra və paraplegiyaların olması ilə,
2. Tetra və paraanesteziyaların baş verməsi ilə,
3. Çanaq orqanlarının funksiyasının itməsi ilə,
4. Proqressiv yataq yaralarının əmələ gəlməsi, hemorragik sistit və kaxeksiyanın olması ilə,
5. *Bütün cavablar düzgündür.

Ədəbiyyat: M.Y.Nəsirov, Z.Ə.Salahov, Hərbi-səhra cərrahlığı, 1998., Z.Ə.Salahov, M.Y.Nəsirov, Hərbi cərrahlıq, 2009

Sual 136. Fəqərə sütununun odlu silah yaralanmalarında hansı hallarda onurğa beyninin sıxılma sindromu baş verir:

1. Onurğa beyninin güllə, qəlpə, yaxud ikincili silah rolunu oynayan sümük fraqmentləri ilə sıxılması nəticəsində,
2. Yerini dəyişmiş fəqərə ilə sıxılmaqla,
3. Subdural, yaxud epidural hematomalarla sıxılma,
4. Araxnoidit və epidurit olmasılə,
5. *Bütün cavablar düzgündür.

Ədəbiyyat: M.Y.Nəsirov, Z.Ə.Salahov, Hərbi-səhra cərrahlığı, 1998., Z.Ə.Salahov, M.Y.Nəsirov, Hərbi cərrahlıq, 2009

Sual 137. Asfiksiyalardan hansı yalnız çənə sümüyünün ikitərəfli sınıqlarında müşahidə olunur?

1. Aspirasion asfiksiya,
2. *Dislokasion asfiksiya,
3. Stenotik asfiksiya,
4. Obturasion asfiksiya
5. Aspirasion asfiksiya

Ədəbiyyat: M.Y.Nəsirov, Z.Ə.Salahov, Hərbi-səhra cərrahlığı, 1998., Z.Ə.Salahov, M.Y.Nəsirov, Hərbi cərrahlıq, 2009

Sual 138. Asfiksiyalardan hansı yalnız LOR orqanların yaralanmaları zamanı müşahidə edilir?

1. Aspirasion asfiksiya,
2. Dislokasion asfiksiya,
3. *Qapaqlı asfiksiya,
4. Obturasion asfiksiya
5. Aspirasion asfiksiya

Ədəbiyyat: M.Y.Nəsirov, Z.Ə.Salahov, Hərbi-səhra cərrahlığı, 1998., Z.Ə.Salahov, M.Y.Nəsirov, Hərbi cərrahlıq, 2009

Sual 139. Təcili torakotomiyaya hansı göstəriş deyil?

1. Ürəyin tamponadası,
2. Konservativ yolla qarşısı alın bilməyən gərgin qapaqlı pnevmotorakslar,
3. Ürəyin və böyük damarların zədələnməsi,
4. Böyük bronxların və ağciyərin parenximasının geniş zədələnmələrində,
5. *Qapalı pnevmotorakslar zamanı.

Ədəbiyyat: M.Y.Nəsirov, Z.Ə.Salahov, Hərbi-səhra cərrahlığı, 1998., Z.Ə.Salahov, M.Y.Nəsirov, Hərbi cərrahlıq, 2009

Sual 140. Rivilua-Qrequar sınağı nəyi göstərir?

1. *Boşluqlarda qanaxmanın davam etməsini,
2. Hematomanın sorulmasını,
3. İntoksikasiyanın olmasını,
4. Tənəffüsön stabilliyini,
5. Hipoksiyanın olmasını.

Ədəbiyyat: M.Y.Nəsirov, Z.Ə.Salahov, Hərbi-səhra cərrahlığı, 1998., Z.Ə.Salahov, M.Y.Nəsirov, Hərbi cərrahlıq, 2009

Sual 141. Plevra boşluğundan minimal olaraq saatda nə qədər qanın xaric olması torakotomiyaya göstərişdir?

1. *300 ml-dən çox,
2. 500 ml-dən çox,

3. 100 ml-dən çox,
4. 200 ml-dən çox
5. 400 ml-dən çox.

Ədəbiyyat: M.Y.Nəsirov, Z.Ə.Salahov, Hərbi-səhra cərrahlığı, 1998., Z.Ə.Salahov, M.Y.Nəsirov, Hərbi cərrahlıq, 2009

Sual 142. Döş qəfəsinin daxilə keçən yaralanması dedikdə nə nəzərdə tutulur?

1. Ağciyərin zədələnməsi,
2. Ağciyərin qabırğa sınığı ilə birlikdə müşahidə olunması,
3. Qabırğaların çoxsaylı sınıqları
4. Pnevmotoraksın olması,
5. *Parietal plevranın zədələnməsi.

Ədəbiyyat: M.Y.Nəsirov, Z.Ə.Salahov, Hərbi-səhra cərrahlığı, 1998., Z.Ə.Salahov, M.Y.Nəsirov, Hərbi cərrahlıq, 2009

Sual 143. Aşağıdakı sınaqlardan hansılar plevra boşluğunda olan qanın köçürmə üçün yararlı olduğunu göstərir?

1. Rivilua-Qrekar sınağı,
2. Əfəndiyev sınağı,
3. Petrov sınağı,
4. *2-ci və 3-cü cavablar düzgündür,
5. 1-ci və 2-ci cavablar düzgündür.

Ədəbiyyat: M.Y.Nəsirov, Z.Ə.Salahov, Hərbi-səhra cərrahlığı, 1998., Z.Ə.Salahov, M.Y.Nəsirov, Hərbi cərrahlıq, 2009

Sual 144. Gərgin pnevmotorakslar zamanı BTM-də həkim nəyi mütləq yerinə yetirməlidir?

1. Döş qəfəsinin auskultasiyasını,
2. Qanın reinfuziyasını,
3. *Plevranın punksiyasını,
4. Plevranın punksiyasını və drenajının qoyulmasını,
5. Söni tənəffüsün verilməsini.

Ədəbiyyat: M.Y.Nəsirov, Z.Ə.Salahov, Hərbi-səhra cərrahlığı, 1998., Z.Ə.Salahov, M.Y.Nəsirov, Hərbi cərrahlıq, 2009

Sual 145. Yuxarı mediastinotomiya nə zaman aparılmalıdır?

1. Gərgin pnevmotorakslar zamanı,
2. Total hemotorakslar zamanı,
3. Diafraqmanın zədələnməsi zamanı,
4. *Divararalığının artan emfiçemaları zamanı,
5. Bütün cavablar düzgündür.

Ədəbiyyat: M.Y.Nəsirov, Z.Ə.Salahov, Hərbi-səhra cərrahlığı, 1998., Z.Ə.Salahov, M.Y.Nəsirov, Hərbi cərrahlıq, 2009

Sual 146. Aşağıdakılardan hansı hemotoraksların təsnifatına uyğun deyil?

1. Kiçik hemotorakslar,
2. *Parsial hemotorakslar,
3. Orta hemotorakslar,
4. Böyük hemotorakslar
5. Total hemotorakslar.

Ədəbiyyat: M.Y.Nəsirov, Z.Ə.Salahov, Hərbi-səhra cərrahlığı, 1998., Z.Ə.Salahov, M.Y.Nəsirov, Hərbi cərrahlıq, 2009

Sual 147. Aşağıdakılardan hansı pnevmotoraksların təsnifatına uyğun deyil?

1. Qapalı pnevmotorakslar,
2. Qapaqlı pnevmotorakslar,
3. Açıq pnevmotorakslar,
4. Gərgin pnevmotorakslar,
5. *Bazal pnevmotorakslar.

Ədəbiyyat: M.Y.Nəsirov, Z.Ə.Salahov, Hərbi-səhra cərrahlığı, 1998., Z.Ə.Salahov, M.Y.Nəsirov, Hərbi cərrahlıq, 2009

Sual 148. Laparosenozin aparılmasına göstərişə nələr daxildir?

1. Qarın boşluğu orqanlarının zədələnməsinə şübhə olduqda,
2. Boşluqlu orqanların zədələnməsinə şübhə olduqda,
3. Parenximatov orqanların zədələnməsinə şübhə olduqda,
4. Daxili qanaxmaların təyini
5. *Bütün cavablar düzgündür,

Ədəbiyyat: M.Y.Nəsirov, Z.Ə.Salahov, Hərbi-səhra cərrahlığı, 1998., Z.Ə.Salahov, M.Y.Nəsirov, Hərbi cərrahlıq, 2009

Sual 149. Qarın boşluğuna keçən yaralanmaların mütləq əlamətlərinə hansılar daxildir?)

- A) Bağırsaqların və piyliyinin xaric olması,
- B) Yaradan ödə, bağırsaqların möhtəviyyatının, ödə xaric olması,
- C) Nəbz təzlaşması və arterial təzyiqin enməsi,
- D) Dilin quruluğu və susuzluğun olması,
- E) *A və B cavabları doğrudur.

Ədəbiyyat: M.Y.Nəsirov, Z.Ə.Salahov, Hərbi-səhra cərrahlığı, 1998., Z.Ə.Salahov, M.Y.Nəsirov, Hərbi cərrahlıq, 2009

Sual 150. Briqada tibb məntəqəsində qanköçürmə hansı hallarda həyata keçirilməlidir?

- A) 500 ml-dən çox qan itirdikdə,
- B) Davam edən qanaxmalarda,
- C) *Yalnız həyati göstəriş əsasında,
- D) Trombositlərin sayının azalması hallarında,
- E) Asfiksiyalar zamanı.

Ədəbiyyat: M.Y.Nəsirov, Z.Ə.Salahov, Hərbi-səhra cərrahlığı, 1998., Z.Ə.Salahov, M.Y.Nəsirov, Hərbi cərrahlıq, 2009

Sual 151. Qarın boşluğuna keçən odlu silah yaralanmaları zamanı hansı kəsiklərdən istifadə edilməlidir?

- A) Fyodrov kəsiyindən,
- B) Atipik kəsiklərdən,
- C) Transrektal kəsikdən,
- D) *Orta laparotom kəsikdən,
- E) Pfannenştil kəsiyindən.

Ədəbiyyat: M.Y.Nəsirov, Z.Ə.Salahov, Hərbi-səhra cərrahlığı, 1998., Z.Ə.Salahov, M.Y.Nəsirov, Hərbi cərrahlıq, 2009

Sual 152. Kombinə olunmuş kimyəvi zədələnmələrdə (iprit və lüizitə zədələnmələrdə) bağırsağ ilgəyi xaricə çıxmışsa, ixtisaslı cərrahi yardım necə yerinə yetirilməlidir?

- A) Bağırsağ ilgəyi antiseptiklərlə yuyulmalı, ilgəkdə zədələnmə yoxdursa, qarın boşluğuna salınmalıdır,
- B) *Bağırsağ ilgəyinin kənara çıxmış hissəsi rezeksiya olunmalı, yara cərrahi işləndikdən sonra laparotomiya həyata keçirilməlidir. Laparotom kəsiyi yarıdan kənar sahədən aparılmalıdır,
- C) Bağırsağ ilgəyinin kənara çıxmış hissəsi rezeksiya olunmalı, yara cərrahi işləndikdən sonra laparotomiya həyata keçirilməlidir. Laparotom kəsiyi bilavasitə yarıdan aparılmalıdır,
- D) Bağırsağ ilgəyinin kənara çıxmış hissəsi rezeksiya olunmadan yara cərrahi işlənilməli daha sonra laparotomiya həyata keçirilməlidir.
- E) A və B cavabları düzgündür.

Ədəbiyyat: M.Y.Nəsirov, Z.Ə.Salahov, Hərbi-səhra cərrahlığı, 1998., Z.Ə.Salahov, M.Y.Nəsirov, Hərbi cərrahlıq, 2009., Salahov Z.A. 200 Questions About Gunshot Wounds., Azerbaijan Republic, Baku, 2006, Salahov Z.A., Situational questions about gunshot wounds (Circumstantial questionnaire about fire arm injuries of the Garabakh War) Azerbaijan Republic, Baku, 2008, p.135.

Sual 153. Qarın boşluğu yaralanmalarında operativ müdaxilə hansı ardıcılıqla yerinə yetirilməlidir?

- A) *Qarın boşluğu orta laparotom kəsiklə açılmalı, qanaxma saxlanılmalı, qarın boşluğu təftiş olunmalı, zədələnmiş orqanlarda zədələnmələrə uyğun əməliyyatın yerinə yetirilməsi, qarın boşluğu tutulmalı, drenaj qoyulmalı və laparotom yarası bağlanılmalıdır.
- B). Qarın boşluğu orta laparotom kəsiklə açılmalı, qarın boşluğu təftiş olunmalı, zədələnmiş orqanlarda zədələnmələrə uyğun əməliyyatın yerinə yetirilməsi, qarın boşluğu tualet olunmalı, drenaj qoyulmalı və laparotom yarası bağlanılmalıdır.
- C) Qarın boşluğu orta laparotom kəsiklə açılmalı, qanaxma saxlanılmalı, qarın boşluğu təftiş olunmalı, zədələnmiş orqanlarda zədələnmələrə uyğun əməliyyatın yerinə yetirilməsi, qarın boşluğu tualet olunmalı, drenaj qoyulmalı və laparotom yarası bağlanılmalıdır.
- D) Qarın boşluğu orta laparotom kəsiklə açılmalı, qanaxma saxlanılmalı, qarın boşluğu təftiş olunmalı, zədələnmiş orqanlarda zədələnmələrə uyğun əməliyyatın yerinə yetirilməsi, qarın boşluğu tualet olunmalı və laparotom yarası bağlanılmalıdır.
- E) Qarın boşluğu zədə nahiyəsindən açılmalı, qanaxma saxlanılmalı, qarın boşluğu təftiş olunmalı, zədələnmiş orqanlarda zədələnmələrə uyğun əməliyyatın yerinə yetirilməsi, qarın boşluğu tualet olunmalı, drenaj qoyulmalı və laparotom yarası bağlanılmalıdır.

Ədəbiyyat: M.Y.Nəsirov, Z.Ə.Salahov, Hərbi-səhra cərrahlığı, 1998., Z.Ə.Salahov, M.Y.Nəsirov, Hərbi cərrahlıq, 2009

Sual 154. Qarın daxilə keçən yarası döyüş zəhərləri (iprit, lüizit, fosforla) çirkləndiyi hallarda laparotomiya hansı kəsiklə aparılmalıdır?

- A) Əvvəlcə orta laparotom kəsiklə qarın boşluğu açılmalı, operativ müdaxilə başa çatdıqdan sonra yara cərrahi işlənilməlidir,
- B) Yara cərrahi işlənildikdən sonra genişləndirilməli və operativ müdaxilə yerinə yetirilməlidir,
- C) *Əvvəlcə yara birincili cərrahi işlənilməli və yalnız bundan sonra yaradankənar sahədən geniş laparotomiya olunmalıdır.
- D) Yara nahiyəsindən qarın boşluğu açılmalı, operativ müdaxilə yaranın birincili cərrahi işlənilməsilə başa çatdırılmalıdır.
- E) Bütün cavablar düzgündür.

Ədəbiyyat: M.Y.Nəsirov, Z.Ə.Salahov, Hərbi-səhra cərrahlığı, 1998., Z.Ə.Salahov, M.Y.Nəsirov, Hərbi cərrahlıq, 2009

Sual 155. Bağırsağ divarında hematoma olduğu hallarda cərrahın taktikası nədən ibarət olmalıdır?

- A) Hematoma nahiyəsi vizual olaraq diqqətlə yoxlanılmalıdır.
- B) Hematoma boşaldılmalı və bağırsağın zədələnməsi vizual olaraq yoxlanılmalıdır,
- C) *Hematoma boşaldıqdan sonra zədə nahiyəsindən yuxarı və aşağıda bağırsağ ilgöyi barmaqla sıxılmalı və basılmalıdır. Bağırsağ daxilində artan təzyiq onun mənfəzinin zədələnməsinin olmasını təsdiq edir.
- D) Bağırsağın digər sahələri də yoxlanılmalıdır.
- E) Bütün cavablar düzgündür.

Ədəbiyyat: M.Y.Nəsirov, Z.Ə.Salahov, Hərbi-səhra cərrahlığı, 1998., Z.Ə.Salahov, M.Y.Nəsirov, Hərbi cərrahlıq, 2009

Sual 156. Bağırsaqda bir ədəd yara olduqda cərrahın taktikası nədən ibarət olmalıdır?

- A) Yara kənarları kəsilib götürüldükdən sonra tikilməlidir.
- B) Yara böyükdürsə, bağırsağ rezeksiya olunmalıdır,
- C) *Odlu silah yaralanmaları zamanı bağırsağın tək yarası çox az hallarda rast gəlinir. Bu zaman cərrah ikinci yaranı axtarmalıdır. Əgər ikinci yara tapılmırsa, yad cisim bağırsağın daxilində axtarılmalıdır.
- D) Bütün cavablar düzgündür,
- E) Yalnız 1-ci cavab düzgündür.

Ədəbiyyat: M.Y.Nəsirov, Z.Ə.Salahov, Hərbi-səhra cərrahlığı, 1998., Z.Ə.Salahov, M.Y.Nəsirov, Hərbi cərrahlıq, 2009

Sual 157. Qalxan və enən çənbər bağırsağ zədələnmələri zamanı cərrahın taktikası nədən ibarət olmalıdır?

- A) Qalxan və enən çənbər bağırsağ yaralanmalarında cərrahın taktikası yoğun bağırsağ yaralanmalarında qəbul olunmuş qaydada olmalıdır
- B) *Qalxan və enən çənbər bağırsağın müsariqəsi olmadığından, onun yaralanmalarında orqanün ekstraperitoneal hissələri yoxlanılmalıdır.
- C) Bağırsağın zədələnmiş hissəsi kənara çıxarılmalı və stoma qoyulmalıdır.
- D) Bağırsağ yarası tikilməli və qarın boşluğunda saxlanılmalıdır,
- E) Bağırsağ yarası tikildikdən sonra ekstraperitonizə edilməlidir.

Ədəbiyyat: M.Y.Nəsirov, Z.Ə.Salahov, Hərbi-səhra cərrahlığı, 1998., Z.Ə.Salahov, M.Y.Nəsirov, Hərbi cərrahlıq, 2009

Sual 158. Bağırsağın odlu silah yaralanmaları zamanı onun rezeksiyasına göstəriş nədən ibarət olmalıdır?

- A) Bağırsağın çoxsaylı yaralanmaları zamanı bağırsağ rezeksiya olunmalıdır.
- B) Bağırsağın həddən artıq geniş zədələnməsi zamanı bağırsağ rezeksiya olunmalıdır.
- C) Müsariqə damarlarının zədələnmələri zamanı bağırsağ nekrozlaşsın, rezeksiya olunmalıdır
- D) Bağırsağın çoxsaylı yaralarının biri birinə yaxın olduğu hallarda və yaranın bağırsağ mənfəzinin 2/3 hissəsindən böyük olduğu hallarda və müsariqə damarlarının zədələnməsi hallarında bağırsağ rezeksiya olunmalıdır.
- E) *Bütün cavablar düzgündür.

Ədəbiyyat: M.Y.Nəsirov, Z.Ə.Salahov, Hərbi-səhra cərrahlığı, 1998., Z.Ə.Salahov, M.Y.Nəsirov, Hərbi cərrahlıq, 2009

Sual 159. Mədə yaralanmasında cərrahi taktika nədən ibarət olmalıdır?

- A) *Mədənin adi yaraları tikilməli, geniş yaralanmalarında atipik rezeksiya həyata keçirilməlidir. Mədənin tək yaralanmasında *lig. Gastrocolica* açılmalı, və onun arxa divarı yoxlanılmalıdır
- B) Mədənin adi yaraları tikilməli, geniş yaralanmalarında atipik rezeksiya həyata keçirilməlidir.
- C) Mədə yarası tikildikdən sonra gastroenteroanastomoz qoyulmalıdır.
- D) B cavabı düzgündür.
- E) Bütün cavablar düzgündür.

Ədəbiyyat: M.Y.Nəsirov, Z.Ə.Salahov, Hərbi-səhra cərrahlığı, 1998., Z.Ə.Salahov, M.Y.Nəsirov, Hərbi cərrahlıq, 2009

Sual 160. 12 barmaq bağırsağ yaralanmalarında operativ müdaxilə nə ilə başa çatdırılmalıdır?

- A) Bağırsağın arxa divarı yoxlanılmalı və retroperitoneal sahə drenaj olunmalıdır.
- B) Bağırsağ yarası tikilməli, qarın boşluğu drenaj olunmalıdır.
- C) Bağırsağ yarası tikilməli, mədənin çıxacaq hissəsi bağlanılmalı, gastroenteroanastomoz qoyulmalıdır.
- D) *Bağırsağ yarası tikilməli, mədənin çıxacaq hissəsi bağlanılmalı, gastroenteroanastomoz qoyulmalı, öd yolları və qarın boşluğu drenaj olunmalıdır.
- E) Bütün cavablar düzgündür.

Ədəbiyyat: M.Y.Nəsirov, Z.Ə.Salahov, Hərbi-səhra cərrahlığı, 1998., Z.Ə.Salahov, M.Y.Nəsirov, Hərbi cərrahlıq, 2009

Sual 161. Qartman operasiyası nədir?

- A) Kolostomanın qoyulması,
- B) Terminal iliostomanın qoyulması
- C) *Yoğun bağırsağın distal hissəsinin zədələnmələrində bağırsağın distal hissəsinin tikilib qarın boşluğunda saxlanması, proksimal hissənin kənara çıxarılmasıdır.
- D) Sigmastomanın qoyulmasıdır,

E) Qida borusunda həyata keçirilən cərrahi əməliyyatdır.

Ədəbiyyat: M.Y.Nəsirov, Z.Ə.Salahov, Hərbi-səhra cərrahlığı, 1998., Z.Ə.Salahov, M.Y.Nəsirov, Hərbi cərrahlıq, 2009

Sual 162. Düz bağırsağın zədələnmələrində operativ müdaxilə nə ilə başa çatdırılmalıdır?

- A) Operativ müdaxilə bağırsağ yarasının tikilməsi ilə başa çatdırılmalıdır.
- B) Operativ müdaxilə pararektal sahənin drenajı ilə başa çatdırılmalıdır.
- C) Operativ müdaxilə çanaq boşluğunun drenajı ilə başa çatdırılmalıdır
- D) *Operativ müdaxilə bağırsağın hansı hissəsinin zədələnməsindən asılı olmayaraq, sigmastomanın qoyulması ilə başa çatdırılmalıdır.
- E) Bütün cavablar düzgündür.

Ədəbiyyat: M.Y.Nəsirov, Z.Ə.Salahov, Hərbi-səhra cərrahlığı, 1998., Z.Ə.Salahov, M.Y.Nəsirov, Hərbi cərrahlıq, 2009

Sual 163. Düz bağırsağın ekstraperitoneal zədələnmələrində cərrahi taktika nədən ibarət olmalıdır?

- A) Pararektal sahə drenaj olunmalıdır.
- B) Pararektal sahə açılmalı, zədə nahiyəsi tikilməli, pararektal sahə drenaj olunmalıdır.
- C) *Düz bağırsağ yaralanması müştərək xarakterə malik ola bilər. Buna şübhə olduqda laparotomiya olunmalı, digər orqanların tamlığı yoxlanılmalı, sigmastoma qoyulmalı və pararektal sahə drenaj olunmalıdır. İmkan olarsa bağırsağ yarası tikilməlidir
- D) Düz bağırsağ yaralanması müştərək xarakterə malik ola bilər. Buna şübhə olduqda laparotomiya olunmalı, digər orqanların tamlığı yoxlanılmalı və pararektal sahə drenaj olunmalıdır. İmkan olarsa yara tikilməlidir.
- E) "D" cavabı düzgündür.

Ədəbiyyat: M.Y.Nəsirov, Z.Ə.Salahov, Hərbi-səhra cərrahlığı, 1998., Z.Ə.Salahov, M.Y.Nəsirov, Hərbi cərrahlıq, 2009

Sual 164. Sidik kisəsinin hansı yaralanmaları məlumdur?

- A) Sidik kisəsinin intraperitoneal zədələnmələri.
- B) Sidik kisəsinin ekstraperitoneal zədələnmələri.
- C) Sidik kisəsinin intraekstraperitoneal zədələnmələri.
- D) *A,B,C cavabları düzgündür
- E) Yalnız A cavabı düzgündür.

Ədəbiyyat: M.Y.Nəsirov, Z.Ə.Salahov, Hərbi-səhra cərrahlığı, 1998., Z.Ə.Salahov, M.Y.Nəsirov, Hərbi cərrahlıq, 2009

Sual 165. Qaraciyərin diafraqma səthinin yaralanamalarında cərrahi taktika nədən ibarət olmalıdır?

- A) Aşağı qabırğalar kəsildikdən sonra qaraciyər yarası tikilməlidir.
- B) Omentohepatopeksiya cərrahi əməliyyatı yerinə yetirilməlidir
- C) Qaraciyər rezeksiya edilməlidir.
- D) Öd yolları drenaj olunmalıdır.
- E) *Qaraciyərin oraqvari bağı kəsilməklə ona mobil vəziyyət verilməli, orqanün yarası tikildikdən sonra kəsilmiş bağıın tamlığı bərpa olunmalıdır.

Ədəbiyyat: M.Y.Nəsirov, Z.Ə.Salahov, Hərbi-səhra cərrahlığı, 1998., Z.Ə.Salahov, M.Y.Nəsirov, Hərbi cərrahlıq, 2009

Sual 166. Splenektomiyaya göstəriş nədir?

- A) Dalağın dağılmış şəkilli yaralanması.
- B) Dalaq ayaqcığının tamlığının pozulması
- C) *1-ci və 2-ci cavablar düzgündür.
- D) “B” cavabı səhvdir.
- E) “A” cavabı düzgündür.

Ədəbiyyat: M.Y.Nəsirov, Z.Ə.Salahov, Hərbi-səhra cərrahlığı, 1998., Z.Ə.Salahov, M.Y.Nəsirov, Hərbi cərrahlıq, 2009

Sual 167. Splenektomiya operasiyası nə ilə başa çatdırılmalıdır?

- A) Qarın boşluğunun drenajı ilə.
- B) Qarın və çanaq boşluğunun drenajı ilə
- C) Güdülün bağlanması ilə
- D) Güdülün tikilməsi ilə
- E) *Dalağın immun prosesdə rolunu nəzərə alaraq, operativ müdaxilə dalaq toxumasının implantasiyası ilə başa çatdırılmalıdır.

Ədəbiyyat: M.Y.Nəsirov, Z.Ə.Salahov, Hərbi-səhra cərrahlığı, 1998., Z.Ə.Salahov, M.Y.Nəsirov, Hərbi cərrahlıq, 2009

Sual 168. Böyrək zədələnmələrində nefrektomiyaya göstəriş nədən ibarət olmalıdır?

- A) Böyrəyin tam dağılmış yaralanmaları.
- B) Böyrəyin parçalanması ilə olan yaralanmaları.
- C) Böyrək damarlarının və sidik axarının dağılmış yaralanmaları.
- D) Böyrəyin ləyən-kasaciq aparatının sıradan çıxması halları
- E) *Bütün cavablar düzgündür.

Ədəbiyyat: M.Y.Nəsirov, Z.Ə.Salahov, Hərbi-səhra cərrahlığı, 1998., Z.Ə.Salahov, M.Y.Nəsirov, Hərbi cərrahlıq, 2009

Sual 169. Böyrək zədələnmələrində hansı hallarda hematuriya olmaya bilər?

- A) *Böyrəyin yüngül zədələnmələrində onun ləyən və kasaciq aparatının tamlığının pozulmadığı hallarda və böyrəyin onun ayaqcığından qopması hallarında.
- B) Yalnız sidik axarının qırılması hallarında.
- C) Böyrək ayaqcığının qırılması hallarında.
- D) “B” və “C” düzgündür.
- E) Hematuriya böyrək zədələnmələrinin mütləq əlamətidir.

Ədəbiyyat: M.Y.Nəsirov, Z.Ə.Salahov, Hərbi-səhra cərrahlığı, 1998., Z.Ə.Salahov, M.Y.Nəsirov, Hərbi cərrahlıq, 2009

Sual 170. Torakoabdominal yaralanmaların hansı klinik formaları məlumdur?

- A) Döş qəfəsi orqanlarının zədələnməsi əlamətlərinin üstünlüyü ilə,
- B) Qarın boşluğu orqanlarının zədələnməsi əlamətlərinin üstünlüyü ilə,

- C) Həm qarın, həm də döş qəfəsi orqanlarının zədələnməsi əlamətləri ilə,
- D) Boşluqlu orqanların zədələnməsi əlamətlərinin üstünlüyü ilə,
- E) * "A", "B", "C" cavabları düzdür.

Ədəbiyyat: M.Y.Nəsirov, Z.Ə.Salahov, Hərbi-səhra cərrahlığı, 1998., Z.Ə.Salahov, M.Y.Nəsirov, Hərbi cərrahlıq, 2009

Sual 171. Torakoabdominal yaralanmaların hansı kliniki forması daha ağırdır?

- A) Döş qəfəsi orqanlarının zədələnməsi əlamətlərinin üstünlüyü ilə,
- B) Qarın boşluğu orqanlarının zədələnməsi əlamətlərinin üstünlüyü ilə,
- C) *Həm qarın, həm də döş qəfəsi orqanlarının zədələnməsi əlamətləri ilə,
- D) "A" və "B" cavabları düzgündür.
- E) "B" və "C" cavabları düzgündür.

Ədəbiyyat: M.Y.Nəsirov, Z.Ə.Salahov, Hərbi-səhra cərrahlığı, 1998., Z.Ə.Salahov, M.Y.Nəsirov, Hərbi cərrahlıq, 2009

Sual 172. Torakoabdominal yaralanmalar zamanı qarın zədələnmələri əlamətlərinin kifayət qədər olmadığı hallarda səhra şəraitində hansı diaqnostik metodlardan istifadə edilməlidir?

- A) *Lamapozentezdən.
- B) Laparoskopiyadan.
- C) Qarın boşluğunun rentgen müayinəsindən.
- D) Sınaq laparotomiyasından.
- E) Qarının ultrasəs müayinəsindən.

Ədəbiyyat: M.Y.Nəsirov, Z.Ə.Salahov, Hərbi-səhra cərrahlığı, 1998., Z.Ə.Salahov, M.Y.Nəsirov, Hərbi cərrahlıq, 2009

Sual 173. Torakoabdominal yaralanmalar zamanı operativ tədbirlər nədən başlanılmalıdır?

- A) Torakotomiyadan.
- B) Laparozentezdən.
- C) *Torakozentezdən.
- D) Laparotomiyadan.
- E) "B" və "C" cavabları düzgündür.

Ədəbiyyat: M.Y.Nəsirov, Z.Ə.Salahov, Hərbi-səhra cərrahlığı, 1998., Z.Ə.Salahov, M.Y.Nəsirov, Hərbi cərrahlıq, 2009

Sual 174. Torakoabdominal yaralanmalar zamanı plevra boşluğundan alınmış qan hansı hallarda köçürülə bilər?

- A) Plevra boşluğundan alınmış qan konservləşdirilməli və köçürülməlidir.
- B) Plevra boşluğundan alınmış qan konservləşdirilməli laborator müayinəsindən keçirilməli və yalnız bundan sonra köçürülməlidir.
- C) *Plevra boşluğundan alınmış qan yalnız laparotomiya zamanı boşluqlu orqanların zədələnməsi olmadığı hallarda köçürülə bilər.
- D) Plevra boşluğundan alınmış qan yalnız infeksiyalaşmamış hallarda köçürülə bilər.
- E) Plevra boşluğundan alınmış qan soyuducuya qoyulmalı və onun plazmasından istifadə edilməlidir.

Ədəbiyyat: M.Y.Nəsirov, Z.Ə.Salahov, Hərbi-səhra cərrahlığı, 1998., Z.Ə.Salahov, M.Y.Nəsirov, Hərbi cərrahlıq, 2009

Sual 175. Torakoabdominal yaralanmalar zamanı diafraqmanın yarasının tikilməsi yaddan çıxarılsa hansı fəsadlaşma baş verə bilər?

- A) Pnevmoniyalar.
- B) *Pnevmotoraks.
- C) Qarın boşluğu orqanlarının plevra boşluğuna keçməsi.
- D) Plevritlər.
- E) Hemotorakslar.

Ədəbiyyat: M.Y.Nəsirov, Z.Ə.Salahov, Hərbi-səhra cərrahlığı, 1998., Z.Ə.Salahov, M.Y.Nəsirov, Hərbi cərrahlıq, 2009

Sual 176. Ətraf zədələnmələri zamanı sınıqların mütləq əlamətləri hansılardır?

- A) Zədələnmə nahiyəsində sümük krepitasiyasının olması.
- B) Zədə nahiyəsindən sümük uclarının kənara çıxması, yaxud yarada sümük qırıqlarının olması.
- C) Zədə nahiyəsində patoloji hərəkətliliyin olması.
- D) Ətrafın qısalması.
- E) *"A", "B" və "C" cavabları düzgündür.

Ədəbiyyat: M.Y.Nəsirov, Z.Ə.Salahov, Hərbi-səhra cərrahlığı, 1998., Z.Ə.Salahov, M.Y.Nəsirov, Hərbi cərrahlıq, 2009

Sual 177. Sınıqların olmasının nisbi əlamətlərinə hansılar daxildir?

- A) Ətrafda qısalması və deformatsiyanın olması.
- B) Zədə nahiyəsində ağrının və şişkinliyin olması.
- C) Ətrafın oxu istiqamətində təzyin edərkən ağrıların artması
- D) "A", "B" və "C" cavabları düzgündür.
- E) *Yalnız "B" və "C" cavabları düzgündür.

Ədəbiyyat: M.Y.Nəsirov, Z.Ə.Salahov, Hərbi-səhra cərrahlığı, 1998., Z.Ə.Salahov, M.Y.Nəsirov, Hərbi cərrahlıq, 2009

Sual 178. Odlu silah yarası kimyəvi zəhərli maddə ilə çirklənmişdir. Yaradan xardal iyi gəlir. Yaranın rəngi mixəyi-qonur rənglidir. Yara ətrafında suluqlanmalar vardır. Suluqların daxili sarı rəngli maye ilə doludur. Zədələnmədən 1 sutka keçmişdir. Yara hansı zəhərli maddə ilə çirklənmişdir?

- A) Lüizitə.
- B) *İpritlə.
- C) Adamsitlə.
- D) Fosforla.
- E) Sian turşusu ilə.

Ədəbiyyat: M.Y.Nəsirov, Z.Ə.Salahov, Hərbi-səhra cərrahlığı, 1998., Z.Ə.Salahov, M.Y.Nəsirov, Hərbi cərrahlıq, 2009, Salahov Z.A. 200 Questions About Gunshot Wounds., Azerbaijan Republic, Baku, 2006, Salahov Z.A., Situational questions about gunshot wounds (Circumstantial questionnaire about fire arm injuries of the Garabakh War) Azerbaijan Republic, Baku, 2008, p.135.

Sual 179. Yara kimyəvi zəhərli maddə ilə çirklənmişdir. Yaranın rəngi boz kül rəngində və ətrafı bullöz dermatiti xatırladır. Yara nahiyəsində güclü göynəmə vardır. Yaradan ətir qoxusu gəlir. Bu keyfiyyətlər hansı zəhərli maddəyə xasdır?

- A) İpritə
- B) *Lüizitə
- C) Fozgenə
- D) Sian turşusuna
- E) Sulfat turşusuna

Ədəbiyyat: M.Y.Nəsirov, Z.Ə.Salahov, Hərbi-səhra cərrahlığı, 1998., Z.Ə.Salahov, M.Y.Nəsirov, Hərbi cərrahlıq, 2009, Salahov Z.A. 200 Questions About Gunshot Wounds., Azerbaijan Republic, Baku, 2006, Salahov Z.A., Situational questions about gunshot wounds (Circumstantial questionare about fire arm injuries of the Garabakh War) Azerbaijan Republic, Baku, 2008, p.135.

Sual 180. Yara kimyəvi zəhərli maddə ilə çirklənmişdir. Rəngi al qırmızı rəngdədir, qanaxmaya meyillidir. Yaradan acı badam iyi gəlir. Yara hansı zəhərli maddə ilə çirklənmişdir?

- A) İpritlə.
- B) Lüizitə.
- C) *Sian turşusu ilə
- D) Fosforla
- E) Deksetilsulfenlə

Ədəbiyyat: M.Y.Nəsirov, Z.Ə.Salahov, Hərbi-səhra cərrahlığı, 1998., Z.Ə.Salahov, M.Y.Nəsirov, Hərbi cərrahlıq, 2009, Salahov Z.A. 200 Questions About Gunshot Wounds., Azerbaijan Republic, Baku, 2006, Salahov Z.A., Situational questions about gunshot wounds (Circumstantial questionare about fire arm injuries of the Garabakh War) Azerbaijan Republic, Baku, 2008, p.135.

Sual 181. Yara kimyəvi zəhərli maddə ilə çirklənmişdir. Yara ətrafında əzələlərin fibrilyasiyası zəhərlənmənin ilk dəqiqələrində bronxların spazmı, tənəffüsün çətinləşməsi, ümumi narahatlıq müşahidə olunur. Bəzən əzələ qıcolmaları bütün bədənə yayılaraq vəziyyəti daha da ağırlaşdırır. Bu əlamətlər hansı zəhərli maddəyə xasdır?

1. İpritə
2. Lüizitə
3. *Adamsitə
4. Fosfora
5. Sian turşusuna

Ədəbiyyat: M.Y.Nəsirov, Z.Ə.Salahov, Hərbi-səhra cərrahlığı, 1998., Z.Ə.Salahov, M.Y.Nəsirov, Hərbi cərrahlıq, 2009, Salahov Z.A. 200 Questions About Gunshot Wounds., Azerbaijan Republic, Baku, 2006, Salahov Z.A., Situational questions about gunshot wounds (Circumstantial questionare about fire arm injuries of the Garabakh War) Azerbaijan Republic, Baku, 2008, p.135.

Sual 182. Cərrahi əməliyyatdan əvvəl ipritlə zəhərlənmiş yaranın kənarları necə deqazasiya olunmalıdır?

- A) *Yara xloraminin 10%-li spirtli məhlulu ilə deqazasiya olunmalı və 5%-li hidrogen peroksid məhlulu ilə yuyulmalıdır.
- B) 5%-li yod tinkurası ilə deqazasiya olunmalı və 5%-li hidrogen peroksid məhlulu ilə yuyulmalıdır.
- C) Yara kənarlarına yod çəkilməli və spirtlə silinməlidir.
- D) Yara 5%-li göydaş məhlulu ilə yuyulmalıdır.

E) Yara əvvəlcə 5%-li hidrogen peroksid məhlulu ilə yuyulmalı və 10%-li xloraminin spirtli məhlulu ilə sarınmalıdır.

Ədəbiyyat: M.Y.Nəsirov, Z.Ə.Salahov, Hərbi-səhra cərrahlığı, 1998., Z.Ə.Salahov, M.Y.Nəsirov, Hərbi cərrahlıq, 2009, Salahov Z.A. 200 Questions About Gunshot Wounds., Azerbaijan Republic, Baku, 2006, Salahov Z.A., Situational questions about gunshot wounds (Circumstantial questionare about fire arm injuries of the Garabakh War) Azerbaijan Republic, Baku, 2008, p.135.

Sual 183. Cərrahi əməliyyatdan əvvəl lüizitlə zəhərlənmiş yaranın kənarları necə deqazasiya olunmalıdır?

A) Yara xloraminin 10%-li spirtli məhlulu ilə deqazasiya olunmalı və 5%-li hidrogen peroksid məhlulu ilə yuyulmalıdır.

B) *5%-li yod tinkurası ilə deqazasiya olunmalı və 5%-li hidrogen peroksid məhlulu ilə yuyulmalıdır.

C) Yara kənarlarına yod çəkilməli və spirtlə silinməlidir.

D) Yara 5%-li göydaş məhlulu ilə yuyulmalıdır.

E) Yara əvvəlcə 5%-li hidrogen peroksid məhlulu ilə yuyulmalı və 10%-li xloraminin spirtli məhlulu ilə sarınmalıdır.

Ədəbiyyat: M.Y.Nəsirov, Z.Ə.Salahov, Hərbi-səhra cərrahlığı, 1998., Z.Ə.Salahov, M.Y.Nəsirov, Hərbi cərrahlıq, 2009, Salahov Z.A. 200 Questions About Gunshot Wounds., Azerbaijan Republic, Baku, 2006, Salahov Z.A., Situational questions about gunshot wounds (Circumstantial questionare about fire arm injuries of the Garabakh War) Azerbaijan Republic, Baku, 2008, p.135.

Sual 184. Döyüş zəhərli maddələrlə çirklənmiş yaralar cərrahi işləndikdən sonra alətlər necə zərərsizləşdirilməlidir?

A) *İşlənmiş cərrahi alətlər benzində silinməli və 20-30 dəqiqə ərzində 2%-li natrium bikarbonat məhlulunda qaynadılmalıdır.

B) İşlənmiş cərrahi alətlər ağ neftlə silindikdən sonra 30 dəqiqə qaynadılmalıdır.

C) İşlənmiş cərrahi alətlər 40 dəqiqə qaynadılmalıdır.

D) İşlənmiş cərrahi alətlər adi suda yuyulduqdan sonra quruducu şkafta 40 dəqiqə müddətində saxlanılmalıdır.

E) İşlənmiş cərrahi alətlər xlorheksidin məhlulu ilə silindikdən sonra soda məhlulunda 30 dəqiqə qaynadılmalı və avtoklava verilməlidir.

Ədəbiyyat: M.Y.Nəsirov, Z.Ə.Salahov, Hərbi-səhra cərrahlığı, 1998., Z.Ə.Salahov, M.Y.Nəsirov, Hərbi cərrahlıq, 2009, Salahov Z.A. 200 Questions About Gunshot Wounds., Azerbaijan Republic, Baku, 2006, Salahov Z.A., Situational questions about gunshot wounds (Circumstantial questionare about fire arm injuries of the Garabakh War) Azerbaijan Republic, Baku, 2008, p.135.

Sual 185. Döyüş zəhərli maddələrlə zədələnmiş yaraların işlənməsi zamanı cərrah və əməliyyat tibb bacısı necə geyinməlidirlər?

A) *Cərrah və tibb işçiləri operativ müdaxiləyə qədər kalpak, xüsusi eynək, 8-qatlı maska, müşənbə döşlük taxmalı, rezin çəkmə, ikiqat steril xalat və əlcək geyinməlidirlər.

B) Cərrah və tibb işçiləri operativ müdaxiləyə qədər kalpak, 8-qatlı maska, müşənbə döşlük taxmalı, rezin çəkmə, steril xalat və əlcək geyinməlidirlər.

C) Cərrah və tibb işçiləri operativ müdaxiləyə qədər kalpak, xüsusi eynək, 8-qatlı maska, rezin çəkmə, ikiqat steril xalat və əlcək geyinməlidirlər.

D) Cərrah və tibb işçiləri operativ müdaxiləyə qədər kalpak, xüsusi eynək, 8-qatlı maska, müşənbə döşlük taxmalı, ikiqat steril xalat və əlcək geyinməlidirlər.

E) Operativ müdaxilədən əvvəl cərrah respirator taxmalı, xüsusi eynəkdən istifadə etməli, görünən dəri örtüyü xüsusi kimyəvi paket mayesi ilə silinməlidir.

Ədəbiyyat: M.Y.Nəsirov, Z.Ə.Salahov, Hərbi-səhra cərrahlığı, 1998., Z.Ə.Salahov, M.Y.Nəsirov, Hərbi cərrahlıq, 2009

Sual 186. Yarada hansı toxuma zəhərli maddəni daha çox saxlamaq qabiliyyətinə malikdir?

A) *Piy toxuması

B) Əzələ toxuması

C) Sümük toxuması

D) Dəri

E) Fasiyal qatlar

Ədəbiyyat: M.Y.Nəsirov, Z.Ə.Salahov, Hərbi-səhra cərrahlığı, 1998., Z.Ə.Salahov, M.Y.Nəsirov, Hərbi cərrahlıq, 2009

Sual 187. Hansı kimyəvi zəhərləyici maddə ilə çirklənmiş yaranın cərrahi işlənməsindən sonra kontrol rentgen müayinəsi vacibdir?

A) İpritlə

B) Zarinlə

C) Zomanla

D) *Lüizitə

E) Sian turşusu ilə

Ədəbiyyat: M.Y.Nəsirov, Z.Ə.Salahov, Hərbi-səhra cərrahlığı, 1998., Z.Ə.Salahov, M.Y.Nəsirov, Hərbi cərrahlıq, 2009, Salahov Z.A. 200 Questions About Gunshot Wounds., Azerbaijan Republic, Baku, 2006, Salahov Z.A., Situational questions about gunshot wounds (Circumstantial questionare about fire arm injuries of the Garabakh War) Azerbaijan Republic, Baku, 2008, p.135.

Sual 188. Hansı orqan zəhərli maddələrin təsirinə daha davamlıdır?

A) *Ağciyərlər

B) Qaraciyər

C) Dalaq

D) Beyin toxuması

E) Böyrəklər

Ədəbiyyat: M.Y.Nəsirov, Z.Ə.Salahov, Hərbi-səhra cərrahlığı, 1998., Z.Ə.Salahov, M.Y.Nəsirov, Hərbi cərrahlıq, 2009

Sual 189. Kəllə beyin kombinə olunmuş kimyəvi zədələnmələrində yara necə işlənilməlidir?

A) *Baş və beynin zədələnmələrində yara 5%-li hidrogen peroksid məhlulu ilə axın (şırınqa) şəklində yuyulmalı, bütün zədələnmiş toxumalar çıxarılmalıdır. Beynin sərt qişası deqzasiya mayesi ilə yuyulmalı, açılmalı, hematoma çıxarılmalıdır. Dərində yerləşmiş yad cisimlərin axtarılmasına yol verilməməlidir. Cərrahi əməliyyatın axırında yara təkrarən 5%-li hidrogen peroksid məhlulu ilə yuyulub drenaj edilməli və aseptik sarınmalıdır.

B) Baş və beynin zədələnmələrində yara 5%-li yod məhlulu ilə silinməli, bütün zədələnmiş toxumalar çıxarılmalıdır. Dərində yerləşmiş yad cisimlər mütləq çıxarılmalıdır. Cərrahi əməliyyatın axırında yara təkrarən 5%-li hidrogen peroksid məhlulu ilə yuyulub drenaj edilməli və aseptik sarınmalıdır.

C) Yara 10%-li xloraminin spirtli məhlulu ilə yuyulmalı, bütün zədələnmiş toxumalar çıxarılmalıdır. Beynin sərt qişası deqzasiya mayesi ilə yuyulmalı, açılmalı, hematoma çıxarılmalıdır. Dərində yerləşmiş yad cisimlərin axtarılmasına yol verilməməlidir. Cərrahi əməliyyatın axırında yara təkrarən 5%-li hidrogen peroksid məhlulu ilə yuyulub drenaj edilməli və aseptik sarınmalıdır.

D) Yara 5%-li hidrogen peroksid məhlulu ilə yuyulmalı, yad cisimlər çıxarılmalıdır. Dərində yerləşmiş yad cisimlərin axtarılmasına yol verilməməlidir. Cərrahi əməliyyatın axırında yara təkrarən 5%-li hidrogen peroksid məhlulu ilə yuyulub drenaj edilməli və aseptik sarınmalıdır.

E) Yara 5%-li hidrogen peroksid məhlulu ilə yuyulmalı, bütün zədələnmiş toxumalar çıxarılmalıdır. Dərində yerləşmiş yad cisimlərin axtarılmasına yol verilməməlidir. Cərrahi əməliyyatın axırında yara 10%-li xloramin məhlulu ilə yuyulmalı və drenaj edilməlidir.

Ədəbiyyat: M.Y.Nəsirov, Z.Ə.Salahov, Hərbi-səhra cərrahlığı, 1998., Z.Ə.Salahov, M.Y.Nəsirov, Hərbi cərrahlıq, 2009, Salahov Z.A. 200 Questions About Gunshot Wounds., Azerbaijan Republic, Baku, 2006, Salahov Z.A., Situational questions about gunshot wounds (Circumstantial questionare about fire arm injuries of the Garabakh War) Azerbaijan Republic, Baku, 2008, p.135.

Sual 190. Döş qəfəsinin zəhərli maddələrlə zədələnməsi zamanı yara necə işlənilməlidir?

- A) *Döş qəfəsinin zəhərli maddələrlə çirklənmiş yarası diqqətlə işlənilməli, zəhərli maddələrlə təmasda olmuş toxumalar kəsilib götürülməli, zədələnmiş qabırğalar sağlam hissədən rezeksiya olunmalıdır.
- B) Döş qəfəsinin zəhərli maddələrlə çirklənmiş yarası diqqətlə işlənilməli, zəhərli maddələrlə təmasda olmuş toxumalar diqqətlə kəsilib götürülməlidir.
- C) Döş qəfəsinin zəhərli maddələrlə çirklənmiş yarası diqqətlə işlənilməli, zəhərli maddələrlə təmasda olmuş toxumalar kəsilib götürülməli, yara Vişnevski məlhəmi ilə sarınmalıdır.
- D) Yara diqqətlə işlənilməli, zəhərli maddələrlə təmasda olmuş toxumalar diqqətlə kəsilib götürülməli, zədələnmiş qabırğalar xüsusi məhlulla yuyulmalıdır.
- E) Bütün hallarda yaranın birincili cərrahi işlənməsi qaydalarına əməl olunmalı, dəriyə tikiş qoyulmamalıdır.

Ədəbiyyat: M.Y.Nəsirov, Z.Ə.Salahov, Hərbi-səhra cərrahlığı, 1998., Z.Ə.Salahov, M.Y.Nəsirov, Hərbi cərrahlıq, 2009, Salahov Z.A. 200 Questions About Gunshot Wounds., Azerbaijan Republic, Baku, 2006, Salahov Z.A., Situational questions about gunshot wounds (Circumstantial questionnaire about fire arm injuries of the Garabakh War) Azerbaijan Republic, Baku, 2008, p.135.

Sual 191. Aşağıdakılardan 2-ci dərəcəli donmaya hansılar aiddir?

- A) Kəskin ağrılar, göynəmə, qaşınma və paresteziya müşahidə olunur. Reaktiv dövrdə dəri sianozlaşır və ödem meydana çıxır. Ağrı hissiyyatı saxlanılır. Sancağın yerindən al-qırmızı rəngli qan çıxır.
- B) *Şişkin dəridə suluqlanmalar əmələ gəlir. Suluqların daxilində şəffaf maye olur. Ağrı hissiyyatı saxlanılmış olur. Sancağın yerindən kapilyar qanaxma baş verir.
- C) Dəridə içərisində hemorragik maye ilə dolu suluqlar əmələ gəlir. Zədələnmənin 3-4-cü günlərindən başlayaraq dəridə donmanın aşkar əlamətləri meydana çıxır. Donmuş dəri tünd-qırmızı rəngli olur. Dəri hissiyyatı itir.
- D) Dəri qatı, dərialtı təbəqələrlə yanaşı əzələlər, vətərlər və sümüklər də prosesə uğramışdır.
- E) Dəri şişkindir, yara ətrafında içərisi sarı rəngli seroz maye vardır. Yaradan xardal, yaxud yandırılmış rezin iyi gəlir

Ədəbiyyat: M.Y.Nəsirov, Z.Ə.Salahov, Hərbi-səhra cərrahlığı, 1998., Z.Ə.Salahov, M.Y.Nəsirov, Hərbi cərrahlıq, 2009

Sual 192. Aşağıdakılardan 3-cü dərəcəli donmaya hansılar aiddir?

- A) Kəskin ağrılar, göynəmə, qaşınma və paresteziya müşahidə olunur. Reaktiv dövrdə dəri sianozlaşır və ödem meydana çıxır. Ağrı hissiyyatı saxlanılır. Sancağın yerindən al-qırmızı rəngli qan çıxır.
- B) Şişkin dəridə suluqlanmalar əmələ gəlir. Suluqların daxilində şəffaf maye olur. Ağrı hissiyyatı saxlanılmış olur. Sancağın yerindən kapilyar qanaxma baş verir.
- C) *Dəridə içərisində hemorragik maye ilə dolu suluqlar əmələ gəlir. Zədələnmənin 3-4-cü günlərindən başlayaraq dəridə donmanın aşkar əlamətləri meydana çıxır. Donmuş dəri tünd-qırmızı rəngli olur. Dəri hissiyyatı itir.
- D) Dəri qatı, dərialtı təbəqələrlə yanaşı əzələlər, vətərlər və sümüklər də prosesə uğramışdır.
- E) Dəri şişkindir, yara ətrafında içərisi sarı rəngli seroz maye vardır. Yaradan xardal, yaxud yandırılmış rezin iyi gəlir

Ədəbiyyat: M.Y.Nəsirov, Z.Ə.Salahov, Hərbi-səhra cərrahlığı, 1998., Z.Ə.Salahov, M.Y.Nəsirov, Hərbi cərrahlıq, 2009

Sual 193. Hərbi-səhra cərrahlığının əsas vəzifələrinə aşağıdakılardan hansı daxil deyildir?

- A) Hərbi zədələnmələrdə cərrahi patologiyanın hərtərəfli öyrənilməsi.
- B) Silahlı Qüvvələrin fəaliyyəti zamanı cərrahi profil üzrə zədələnmələrə yardım işində təşkilati məsələlərin həlli prinsipləri və müalicə metodunun işlənilib hazırlanması.
- C) Keçmiş müharibələr və Silahlı Qüvvələrin cari döyüş fəaliyyətində xəstə və yaralılara cərrahi yardımın təşkilində əldə edilmiş təcrübələrin təhlili və ümumiləşdirilməsi.

D) Mühərribədə əldə edilmiş təcrübələrin sülh və əminəmənlıq dövründə tətbiqi.

E) *Qoşunun maliyyə təminatının təşkili və onun yaralıların sosial reabilitasiyasında tətbiqi

Ədəbiyyat: M.Y.Nəsirov, Z.Ə.Salahov, Hərbi-səhra cərrahlığı, 1998., Z.Ə.Salahov, M.Y.Nəsirov, Hərbi cərrahlıq, 2009

Sual 194. Aşağıdakılardan hansı yardım növünə daxil deyil?

A) İlk tibbi yardım.

B) Həkiməqədərki tibbi yardım (feldşer yardımı).

C) *Sanitar yardımı.

D) İxtisaslı cərrahi yardım.

E) İxtisaslaşdırılmış cərrahi yardım.

Ədəbiyyat: M.Y.Nəsirov, Z.Ə.Salahov, Hərbi-səhra cərrahlığı, 1998., Z.Ə.Salahov, M.Y.Nəsirov, Hərbi cərrahlıq, 2009

Sual 195. Aşağıdakılardan hansı ixtisaslı cərrahi yardıma daxil deyildir?

A) Xarici və daxili qanaxmaların operativ yolla qarşısının alınması tədbirləri, şok, travmatik toksikoz, kəskin qanitirmələrlə mübarizə tədbirləri

B) Anaerob infeksiyaya qarşı operativ tədbirlər, açıq pnevmotoraksın ləğvi, gərgin-qapaqlı pnevmotorakslarda plevra boşluğunun drenajı

C) Qarın yaralanmalarında və qarının qapalı küt travmalarında laparotomiya, sidik kisəsinin zədələnmələrində həyata keçirilən operativ müdaxilələr

D) Ətrafın kəskin işemiyası ilə müşayiətlənən, lakin qanaxma verməyən böyük damarların zədələnmələri zamanı nəzərdə tutulan operativ müdaxilələr,

E) *Ətrafların zədələnmələri zamanı standart və qeyri standart şinlərdən istifadə edilməsi, asfiksiyanın qarşısının alınması üçün dilin yaxalığa tikilməsi

Ədəbiyyat: M.Y.Nəsirov, Z.Ə.Salahov, Hərbi-səhra cərrahlığı, 1998., Z.Ə.Salahov, M.Y.Nəsirov, Hərbi cərrahlıq, 2009

Sual 196. Aşağıdakılardan hansı ixtisaslı cərrahi yardım zamanı həyata keçiriləcək tədbirlərin 2-ci qrupuna daxil deyildir?

A) Magistral damarların zədələnmələrində ətrafın nekrozu baş verdikdə ilkin amputasiyaların yerinə yetirilməsi,

B) Sidik kanalının zədələnmələrində episistostomanın qoyulması,

C) Düz baürsəün ekstraperitoneal zədələnmələrində sigmastomanın qoyulması,

D) Zəhərli maddələrlə təmasda olmuş, yaxud həddən artıq çirklənmiş, eləcə də yumşaq toxumaların geniş şəkilli yaralanmaları zamanı yaraların birincili cərrahi işlənməsi

E) *Yumşaq toxumaların yaralanmalarının və çirklənmiş yanıt sahələrinin ilkin cərrahi işlənməsi

Ədəbiyyat: M.Y.Nəsirov, Z.Ə.Salahov, Hərbi-səhra cərrahlığı, 1998., Z.Ə.Salahov, M.Y.Nəsirov, Hərbi cərrahlıq, 2009

Sual 197. Aşağıdakılardan hansı yaranın birincili cərrahi işlənməsinə daxil deyildir?

- A) Yara kənarının kəsilib götürülməsi
- B) Yaranın mümkün qədər geniş açılması,
- C) Həyati qabiliyyəti olmayan nekrotik toxumaların kəsilib götürülməsi,
- D) *Odlu sildah yaralarının birincili aseptik sarınması
- E) Etibarlı hemostaz olunmalı yaranın drenajı yerinə yetirilməsi

Ədəbiyyat: M.Y.Nəsirov, Z.Ə.Salahov, Hərbi-səhra cərrahlığı, 1998., Z.Ə.Salahov, M.Y.Nəsirov, Hərbi cərrahlıq, 2009

Sual 198. İlk həkim yardımı mərhələsində göstərilən köməyin həcmi hansı cavabda düzgün verilmişdir?

- A) Yaranın ilkin cərrahi işlənməsi, sarğının dəyişdirilməsi, qan və qanəvəzəci mayələrin damcı üsulu ilə köçürülməsi
- B) *Asfiksiya, qanaxma və şok əleyhinə mübarizə
- C) Sınıq uclarının repozisiyası, daxili qanaxma mənbəinə cərrahi müdaxilə aparılması, plan üzrə cərrahi əməliyyatların aparılması
- D) “A” və “C” düzdür
- E) Yalnız “B” düzdür

Ədəbiyyat: M.Y.Nəsirov, Z.Ə.Salahov, Hərbi-səhra cərrahlığı, 1998., Z.Ə.Salahov, M.Y.Nəsirov, Hərbi cərrahlıq, 2009

Sual 199. Yaraların birincili cərrahi işlənməsinin məqsədinə hansı aiddir?

- A) *Yarada infeksiyanın qarşısının alınması
- B) Yarada baş vermiş infeksiyanın aradan qaldırılması
- C) Yarada qanaxmanın saxlanılması
- D) Yaranahiyəsindən ödemənin aradan qaldırılması
- E) “A” və “B” cavabları düzgündür

Ədəbiyyat: M.Y.Nəsirov, Z.Ə.Salahov, Hərbi-səhra cərrahlığı, 1998., Z.Ə.Salahov, M.Y.Nəsirov, Hərbi cərrahlıq, 2009

Sual 200. Yaraların ikincili cərrahi işlənməsinin məqsədinə hansı aiddir?

- A) Yarada infeksiyanın qarşısının alınması
- B) Yarada baş vermiş infeksiyanın aradan qaldırılması
- C) Yarada qanaxmanın saxlanılması
- D) Yara nahiyəsindən ödemənin aradan qaldırılması
- E) * “A” və “B” cavabları düzgündür

Ədəbiyyat: M.Y.Nəsirov, Z.Ə.Salahov, Hərbi-səhra cərrahlığı, 1998., Z.Ə.Salahov, M.Y.Nəsirov, Hərbi cərrahlıq, 2009

Sual 201. Aşağıdakılardan hansı doğru deyil?

- A) Hərbi-səhra cərrahiyyəsi hərbi əməliyyat meydanında cərrahi yardımın təşkili və yaralıların ayrı-ayrı mərhələlərdə müalicəsi məsələlərini öyrənən elm sahəsidir.
- B) Bunun tərkib hissəsi ümumi və xüsusi cərrahlıq və tibbi xidmətin təşkili və idarə olunması təşkil edir
- C) Hərbi-səhra cərrahiyyəsi elmi müharibə şəraitində tətbiq olunan cərrahlıq sahəsidir.
- D) *Hərbi-səhra cərrahiyyəsi çətinliklər şəraitində yaralı və xəstələrə yardımın təşkili və onun həyata keçirilməsi haqqında elmdir
- E) Hərbi-səhra cərrahiyyəsi ümumqoşun təcrübəsində cərrahi xidməti təşkil edir.

Ədəbiyyat: M.Y.Nəsirov, Z.Ə.Salahov, Hərbi-səhra cərrahlığı, 1998., Z.Ə.Salahov, M.Y.Nəsirov, Hərbi cərrahlıq, 2009

Sual 202. Aşağıdakılardan hansı daha düzgündür?

- A) *Qoşunun müalicə-təxliyə məsələləri daimilik, ardıcillıq və tamamlama prinsipi üzrə vahid göstəriş əsasında yerinə yetirilməlidir.
- B) Qoşunun müalicə-təxliyə məsələləri daimi müşahidə, ardıcillıq və tamamlama prinsipi üzrə vahid göstəriş əsasında yerinə yetirilməlidir.
- C) Qoşunun müalicə-təxliyə məsələləri daimilik, ardıcıl tədqiqat və tamamlama prinsipi üzrə vahid göstəriş əsasında əsasında yerinə yetirilməlidir.
- D) "A" və "B" cavabları düzgündür
- E) "B" və "C" cavabları düzgündür

Ədəbiyyat: M.Y.Nəsirov, Z.Ə.Salahov, Hərbi-səhra cərrahlığı, 1998., Z.Ə.Salahov, M.Y.Nəsirov, Hərbi cərrahlıq, 2009

Sual 203. Hərbi-tibbi doktrinanın tərkib hissələri nədən ibarətdir?

- A) Döyüş zədələnmələrində orqanizmdə baş vermiş patoloji proses haqda vahid anlayış olmasından
- B) Yaralanmalar zamanı fəsadlaşmaların müalicəsi və profilaktikasının vahid göstəriş əsasında yerinə yetirilməsindən
- C) Təxliyə mərhələlərində müalicə tədbirlərinin vaxtında, ardıcıl, möntəzəm və tamamlama prinsipi əsasında həyata keçirilməsindən
- D) Bütün mərhələlər üzrə sənədləşdirmə işləri yaralıların tibbi çeşidlənməsini, həyata keçirilmiş yardımın növbəliliyini və xarakterini, eləcə də növbəti təxliyənin məqsəd və vəzifələrini düzgün əks etdirməlidir.
- E) *. Bütün cavablar doğrudur

Ədəbiyyat: M.Y.Nəsirov, Z.Ə.Salahov, Hərbi-səhra cərrahlığı, 1998., Z.Ə.Salahov, M.Y.Nəsirov, Hərbi cərrahlıq, 2009

Sual 204. Peterburq mediko-cərrahlıq akademiyasını bitirən ilk azərbaycanlı həkim kimdir?

- A) M.Şıxlinski
- B) A.Talışinski
- C) A.Tahirov
- D) *A.Mehmandarov
- E) Ə.Qarayev

Ədəbiyyat: M.Y.Nəsirov, Z.Ə.Salahov, Hərbi-səhra cərrahlığı, 1998., Z.Ə.Salahov, M.Y.Nəsirov, Hərbi cərrahlıq, 2009

Sual 205. Böyük Vətən müharibəsi zamanı Leningrad cəbhəsində hospital bazanın baş cərrahı vəzifəsində çalışmış, sonralar Leningrad hərbi dairəsində cərrahi xidmətə rəhbərlik etmiş Azərbaycanlı alim kimdir?

- A) M.Topçubaşov
- B) F.Əfəndiyev
- C) Q.Məmmədzaadə
- D) *B.Mahmudbəyov
- E) A.Talışinski

Ədəbiyyat: M.Y.Nəsirov, Z.Ə.Salahov, Hərbi-səhra cərrahlığı, 1998., Z.Ə.Salahov, M.Y.Nəsirov, Hərbi cərrahlıq, 2009

Sual 206. Hərbi-səhra cərrahiyyəsinin əsas vəzifələrinə hansı daxil deyildir?

- A) Hərbi zədələnmələrdə cərrahi patologiyanın hərtərəfli öyrənilməsi.
- B) Silahlı Qüvvələrin fəaliyyəti zamanı cərrahi profil üzrə zədələnmələrə yardım işində təşkilati məsələlərin həlli prinsipləri və müalicə metodunun işlənilib hazırlanması
- C) *Yeni iqtisadi mönasibətlərə uyğun olaraq hərbi yaralanmaların müalicəsində dünya təbabətinin nailiyyətlərinin tətbiqi
- D) Keçmiş müharibələr və Silahlı Qüvvələrin cari döyüş fəaliyyətində xəstə və yaralılara cərrahi yardımın təşkilində əldə edilmiş təcrübələrin təhlili və ümumiləşdirilməsi
- E) Müharibədə əldə edilmiş təcrübələrin sülh və əminamanlıq dövründə tətbiqi

Ədəbiyyat: M.Y.Nəsirov, Z.Ə.Salahov, Hərbi-səhra cərrahlığı, 1998., Z.Ə.Salahov, M.Y.Nəsirov, Hərbi cərrahlıq, 2009

Sual 207. Yardımın həcmi nədir?

- A) *Hərbi tibb myəssisəsinin müəyyən mərhələsində sutka ərzində həyata keçirilən müalicə-profilaktik tədbirlərin məcmusu yardımın həcmi kimi başa düşülür. Döyüş şəraitindən asılı olaraq, yardım tam, yaxud ixtisarda yerinə yetirilə bilər.
- B) Xəstə və yaralılara planlı və təcili həyata keçirilmiş yardımın kompleks şəkildə ifadəsidir.
- C) Hospitalın tam imkanı daxilində yerinə yetirilmiş yardımın məcmusu.
- D) Hərbi tibb myəssisəsinin müəyyən mərhələsində həftə ərzində həyata keçirilən müalicə-profilaktik tədbirlərin məcmusu yardımın həcmi kimi başa düşülür.

E) Döyüş şəraitindən asılı olaraq, yalnız tam həcmdə həyata keçirilən müalicə-profilaktik tədbirlərin məcmusu kimi başa düşülür.

Ədəbiyyat: M.Y.Nəsirov, Z.Ə.Salahov, Hərbi-səhra cərrahlığı, 1998., Z.Ə.Salahov, M.Y.Nəsirov, Hərbi cərrahlıq, 2009

Sual 208. Dönyanın ilk mediko-cərrahlıq akademiyası harada və nə vaxt açılmışdır?

- A) *Dönyanın ilk mediko-cərrahlıq akademiyası 1685-ci ildə Vyanada açılmışdır
- B) Dönyanın ilk mediko-cərrahlıq akademiyası 1731-ci ildə Parisdə açılmışdır.
- C) Dönyanın ilk mediko-cərrahlıq akademiyası 1707-ci ildə Moskvada açılmışdır
- D) Dönyanın ilk mediko-cərrahlıq akademiyası 1650-ci ildə Roma şəhərində açılmışdır
- E) Dönyanın ilk mediko-cərrahlıq akademiyası Şərq ölkələrində açılmışdır

Ədəbiyyat: M.Y.Nəsirov, Z.Ə.Salahov, Hərbi-səhra cərrahlığı, 1998., Z.Ə.Salahov, M.Y.Nəsirov, Hərbi cərrahlıq, 2009

Sual 209. Azərbaycanda ilk hərbi-səhra cərrahiyyəsi hospitalı nə vaxt və harada açılmışdır?

- A) *Azərbaycanda ilk hərbi-səhra cərrahiyyəsi hospitalı 1992-ci ilin fevral ayının 17-də Ağdam istiqamətində gedən döyüşlər zamanı açılmışdır.
- B) Azərbaycanda ilk hərbi-səhra cərrahiyyəsi hospitalı 1990-cı ilin yanvar ayının 19-da açılmışdır.
- C) Azərbaycanda ilk hərbi-səhra cərrahiyyəsi hospitalı 1918 ilin aprelində açılmışdır.
- D) Azərbaycanda ilk hərbi-səhra cərrahiyyəsi hospitalı 1942-ci ilin aprelində açılmışdır.
- E) Azərbaycanda ilk hərbi-səhra cərrahiyyəsi hospitalı 1944-cü ilin aprelində açılmışdır.

Ədəbiyyat: M.Y.Nəsirov, Z.Ə.Salahov, Hərbi-səhra cərrahlığı, 1998., Z.Ə.Salahov, M.Y.Nəsirov, Hərbi cərrahlıq, 2009

Sual 210. Bakı şəhərində ilk xəstəxana nə vaxt açılmışdır?

- A) *Bakıda ilk xəstəxana 1875-ci ildə açılmışdır. 25 çarpayıdan ibarət olan bu xəstəxana (Mixaylovsk xəstəxanası) indiki A.Sultanova adına doğum evinin ərazisində yerləşirdi.
- B) Bakıda ilk xəstəxana 1903-cü ildə Sabunçu qəsəbəsində açılmışdır. 40 çarpayıdan ibarət həmin xəstəxana sonralar A.Caparidzenin adını daşıyırdı.
- C) Bakıda ilk xəstəxana 1905-ci ildə qara şəhərdə açılmışdır. Sovet hakimiyyəti vaxtlarında həmin xəstəxana S.Şaumyanın adını daşıyırdı. Hazırda M.Əfəndiyev adına 2 S-lı xəstəxana kimi fəaliyyət göstərir.
- D) Bakıda ilk xəstəxana 1865-cü ildə Bayılada açılmışdır.
- E) Bakıda ilk xəstəxana 1890-cı ildə içəri şəhərdə açılmışdır.

Ədəbiyyat: M.Y.Nəsirov, Z.Ə.Salahov, Hərbi-səhra cərrahlığı, 1998., Z.Ə.Salahov, M.Y.Nəsirov, Hərbi cərrahlıq, 2009

Sual 211. Dönyada ilk dəfə odlu silah nə vaxt və harada tətbiq edilmişdir?

- A) İlk dəfə Solferino döyüşündə tətbiq edilmişdir
- B) Ambruz Parenin dövründü Turn müharibəsində tətbiq edilmişdir
- C) İlk dəfə Qədim Yunanıstanda Troya müharibəsində tətbiq edilmişdir
- D) Qədim Çində barıtın kəşfindən az sonra tətbiq edilmişdir
- E) *1346-cı ildə Kresy döyüşündə

Ədəbiyyat: M.Y.Nəsirov, Z.Ə.Salahov, Hərbi-səhra cərrahlığı, 1998., Z.Ə.Salahov, M.Y.Nəsirov, Hərbi cərrahlıq, 2009

Sual 212. Odlu silah yaralanmaları zamanı yaranın geniş açılması ideyası ilk dəfə kim tərəfindən irəli sürülmüşdür?

- A) *Fransız cərrahı A.Ledran tərəfindən
- B) İ. Belger tərəfindən
- C) P. Perst tərəfindən
- D) D.Larrey tərəfindən
- E) J.Hunter tərəfindən

Ədəbiyyat: M.Y.Nəsirov, Z.Ə.Salahov, Hərbi-səhra cərrahlığı, 1998., Z.Ə.Salahov, M.Y.Nəsirov, Hərbi cərrahlıq, 2009

Sual 213. Yaraların birincili və ikincili sağalması termini ilk dəfə nə vaxt və kim tərəfindən verilmişdir?

- A) 18-ci əsrdə J. Hunter tərəfindən,
- B) D.Larrey tərəfindən
- C) N.İ.Piroqov tərəfindən
- D) *1250-ci ildə Bruna de Lonqoburqo tərəfindən
- E) Eramızdan əvvəl Hippokrat tərəfindən

Ədəbiyyat: M.Y.Nəsirov, Z.Ə.Salahov, Hərbi-səhra cərrahlığı, 1998., Z.Ə.Salahov, M.Y.Nəsirov, Hərbi cərrahlıq, 2009

Sual 214. Odlu silah yaralarının cərrahi işlənilməsinin elmi əsası ilk dəfə kim tərəfindən verilmişdir

- A) *K.K.Reyer tərəfindən
- B) N.İ.Piroqov tərəfindən
- C) E.Berqman tərəfindən
- D) J.Lister tərəfindən
- E) L.P Fridrix tərəfindən

Ədəbiyyat: M.Y.Nəsirov, Z.Ə.Salahov, Hərbi-səhra cərrahlığı, 1998., Z.Ə.Salahov, M.Y.Nəsirov, Hərbi cərrahlıq, 2009

Sual 215. İlk fərdi sarğı paketini kim icad etmişdir?

- A) *İlk fərdi sarğı paketi 1876-cı ildə Esmarx tərəfindən icad olunmuşdur
- B) 1756-cı ildə Con Prinqlə tərəfindən icad olunmuşdur
- C) 1741-ci ildə A.Kuper tərəfindən icad olunmuşdur
- D) 1820-ci ildə E.O.Muxin tərəfindən icad olunmuşdur
- E) 1630-cu ildə Klara Barton tərəfindən icad olunmuşdur

Ədəbiyyat: M.Y.Nəsirov, Z.Ə.Salahov, Hərbi-səhra cərrahlığı, 1998., Z.Ə.Salahov, M.Y.Nəsirov, Hərbi cərrahlıq, 2009

Sual 216. Aşağıdakılardan hansı qanaxmaların təsnifatına daxil deyildir?

- A) Birincili qanaxmalar
- B) Təkrari qanaxmalar
- C) İkincili qanaxmalar
- D) *Erkən qanaxmalar
- E) İkincili gec qanaxmalar

Ədəbiyyat: M.Y.Nəsirov, Z.Ə.Salahov, Hərbi-səhra cərrahlığı, 1998., Z.Ə.Salahov, M.Y.Nəsirov, Hərbi cərrahlıq, 2009

Sual 217. Alqoverin şok indeksi dedikdə nə başa düşülür?

- A) Şokun ağırlığı
- B) Maksimal qan təzyiqinin qiymətinin nəbzın sayına olan nisbəti
- C) Minimal qan təzyiqinin qiymətinin nəbzın sayına olan nisbəti
- D) *Nəbzın sayının maksimal qan təzyiqinə olan nisbəti
- E) Yaralılara lazım olan infuzion həcmın hesablanması

Ədəbiyyat: M.Y.Nəsirov, Z.Ə.Salahov, Hərbi-səhra cərrahlığı, 1998., Z.Ə.Salahov, M.Y.Nəsirov, Hərbi cərrahlıq, 2009

Sual 218. Alqoverin şok indeksinin göstəricisi ilə qanitirmənin həcmi arasında asılılıq necədir?

- A) Şok indeksi dedikdə, ürək vurğularının arterial təzyiqə olan nisbəti (N/MT) nəzərdə tutulur. Normada bu göstərici 0,5-0,6-ya bərabərdir. Bu rəqəmin hər 0,1-ə qədər artması 200 ml qanitirməyə, yaxud dövrən edən qanın həcmının 4%-nə bərabərdir.
- B) Şok indeksinin vahidə bərabər olması qanitirmənin 1 litrə çatması, yaxud dövrən edən qanın həcmının 20%-nin azalmasına;
- C) 1,5-ə bərabər olması qanitirmənin 1,5 litrə qədər olması; dövrən edən qanın 30%-nin azalmasına bərabərdir.
- D) Şok indeksinin 2-yə bərabər olması isə qanitirmənin 2 litrə qədər olması və dövrən edən qanın həcmının 40% azalması deməkdir. Qanitirmələrin hesablanması zamanı yaralının bədən çəkisi də nəzərə alınmalıdır
- E) Bütün cavablar düzgündür.

Ədəbiyyat: M.Y.Nəsirov, Z.Ə.Salahov, Hərbi-səhra cərrahlığı, 1998., Z.Ə.Salahov, M.Y.Nəsirov, Hərbi cərrahlıq, 2009

Sual 219. İrinli-rezorbktiv qıçdırma nədir?

A) *Xronik irinli ocaqlardan toksik toxuma parçalanma məhsullarının mütəmadi olaraq qana sorulmasına cavab olaraq daimi temperatur yüksəlməsi orqanizmi əldən salır. Bu, irinli-rezorbktiv qıçdırma adlanır.

B) Sepsislə irinli-rezorbktiv qıçdırma arasında heç bir fərq yoxdur.

C) İrinli-rezorbktiv qıçdırmanın digər adı toksik-rezorbktiv qıçdırma da adlanır

D) A və B cavabları düzgündür.

E) A və C cavabları düzgündür

Ədəbiyyat: M.Y.Nəsirov, Z.Ə.Salahov, Hərbi-səhra cərrahlığı, 1998., Z.Ə.Salahov, M.Y.Nəsirov, Hərbi cərrahlıq, 2009

Sual 220. Sepsislə bakteriemiyanın nə fərqi vardır?

A) Sepsis zamanı yaralı orqanizmin immunobioloji müqavimət qabiliyyəti ilk növbədə intoksikasiyanın xarakterindən və dərinlik dərəcəsindən, eləcə də hipovolemiya, anemiya, hipo- və disproteinemiyadan, elektrolit, turşu və duz müvazinətindəki pozğunluqdan və i.a. çox asılıdır.

B) Mikroorqanizmin təkcə qana keçməsi hələ sepsis demək deyildir. Bu, bakteriemiya adlanır. Bakteriemiyalar zamanı sağlam orqanizmin mübarizə mexanizmləri işə düşür və qana keçmiş mikrob qan dövrənindən kənar edilir.

C) Sepsis orqanizmin reaktivlik qabiliyyətinin və onun immun sisteminin zəifləməsi fonunda irinli prosesin, yəni bakteriya və onların toksinlərinin, eləcə də toxumaların irinli-nekrotik parçalanma məhsullarının qan dövrəni ilə ümumi orqanizmə yayılması ilə xaraktericə olunan mürəkkəb prosesdir.

D) *B, C düzdür

E) Heç biri düz deyil

Ədəbiyyat: M.Y.Nəsirov, Z.Ə.Salahov, Hərbi-səhra cərrahlığı, 1998., Z.Ə.Salahov, M.Y.Nəsirov, Hərbi cərrahlıq, 2009

Sual 221. Septisemiya ilə septikopiemiyanın nə fərqi vardır?

A) Septisemiya ümumi infeksiyanın metastazicə, septikopiemiya isə infeksiyanın orqanizmin bu və ya digər nahiyələrinə metastazının olması ilə xaraktericə olunur. Bu zaman daxili orqanlarda irinli ocaqlar əmələ gəlir.

B) Septisemiya irinin qana keçməsidir. Septikopiemiya isə irinin daxili orqanlara metastazı deməkdir.

C) Sepsis orqanizmin reaktivlik qabiliyyətinin və onun immun sisteminin zəifləməsi fonunda irinli prosesin, yəni bakteriya və onların toksinlərinin, eləcə də toxumaların irinli-nekrotik parçalanma məhsullarının qan dövrəni ilə ümumi orqanizmə yayılması ilə xaraktericə olunan mürəkkəb prosesdir.

D) İrinli prosesin qanla digər sahələrdə də metastaz verməsi piemiya, septik prosesin qarışıq şəkildə müşahidə olunması, yəni həm metastazla, həm də onsuz keçməsi isə septikopiemiya adlanır.

E) *Hamısı düzdür.

Ədəbiyyat: M.Y.Nəsirov, Z.Ə.Salahov, Hərbi-səhra cərrahlığı, 1998., Z.Ə.Salahov, M.Y.Nəsirov, Hərbi cərrahlıq, 2009

Sual 222. Aşağıdakılardan hansı qazlı qanqrenaya aid deyildir?

A) Cl. perfringens,

B) *Cl. tertium,

C) Cl. oedematiens,

D) Cl. hystoliticum,

E) Cl. septicum

Ədəbiyyat: M.Y.Nəsirov, Z.Ə.Salahov, Hərbi-səhra cərrahlığı, 1998., Z.Ə.Salahov, M.Y.Nəsirov, Hərbi cərrahlıq, 2009

Sual 223. Yanıq xəstəliyində maye köçürülməsi hansı qaydada aparılmalıdır?

A) İlk sutka ərzində köçürülən mayenin həcmi $V=(P \cdot S) \cdot 2-3$ ml düsturu ilə hesablanır. Burada P bədən çəkisi kiloqramlarla, S yanıq səthi faizlə götürülür. İlk sutka ərzində köçürülən mayenin həcmi 7-8 litrdən artıq olmamalıdır.

B) Nəzərdə tutulmuş mayenin həcmnin $2/3$ hissəsi günün birinci yarısında köçürülməlidir. 2-ci sutka köçürülən mayenin həcmi birinci sutkadakinin $2/3$ -nə, 3-cü sutka $1/3$ -nə bərabər olmalıdır.

C) Sonrakı müddətlərdə xəstələrə köçürülən mayenin həcmi xəstələrin vəziyyətlərindən asılı olaraq yerinə yetirilir. Kristalloidlərin kolloidlərə olan nisbəti yüngül şok vəziyyətlərində 1:1; ağır şok vəziyyətlərində 1:2 olmalıdır. İlk 12 saat ərzində duz məhlullarının köçürülməsinə daha çox üstünlük verilməlidir.

D) B və C cavabları düzgündür

E) A, B, C cavabları düzgündür.

Ədəbiyyat: M.Y.Nəsirov, Z.Ə.Salahov, Hərbi-səhra cərrahlığı, 1998., Z.Ə.Salahov, M.Y.Nəsirov, Hərbi cərrahlıq, 2009

Sual 224. «Azərbaycan Respublikası Silahlı Qüvvələrində mərhələli müalicənin növləri yalnız hansı cavabda düzgün açılmışdır?»

A) Ambulator müalicə, ilk yardım, ilk həkim yardımı, stasionar müalicə.

B) Ambulator müalicə, stasionar müalicə, təcili və təxirəsalınmaz yardım.

C) * İlk tibbi yardım, həkiməqədərki yardım, ilk həkim yardımı, ixtisaslı və ixtisaslaşdırılmış tibbi yardım.

D) Təcili və təxirəsalınmaz yardım, planlı cərrahi əməliyyatlar.

E) Ambulator cərrahi yardım, təcili cərrahi yardım, planlı cərrahi yardım.

Ədəbiyyat: M.Y.Nəsirov, Z.Ə.Salahov, Hərbi-səhra cərrahlığı, 1998., Z.Ə.Salahov, M.Y.Nəsirov, Hərbi cərrahlıq, 2009

Sual 225. «Yaraların mikroorqanizmlərə yoluxmasının endogen mənbəyinə aiddir»

A) Yaranın havadan çirklənməsi

B) Yaraya toxunan əşyalardan çirklənməsi

C) Yara və yaraətrafı toxumalarda buraxılıb qalan yad cisimlərdən

D) Əməliyyatda istifadə olunan ləvazimat düzgün sterilizə olunmadıqda

E) * Xəstənin orqanizmində olan infeksiya ocaqlarından

Ədəbiyyat: M.Y.Nəsirov, Z.Ə.Salahov, Hərbi-səhra cərrahlığı, 1998., Z.Ə.Salahov, M.Y.Nəsirov, Hərbi cərrahlıq, 2009

Sual 226. Təcili cərrahi müdaxilədən qabaq hazırlıq prosesinə daxildir

A) Həyat üçün qorxulu hallarda praktik olaraq heç bir hazırlıq aparılmır

B) Xəstə soyundurulub operasiya otağına aparılır, A/T ölçülür, narkotik və ürək dərmanları verilir, əməliyyat sahəsində tüklər qırılıb, spirt və yod məhlulu ilə təmizlənir

C) Xəstənin vəziyyəti imkan verdikdə, əlavə müayinələr (rentgen, sidəyin və qanın analizi), mədənin yuyulması, imalələr, maye və qan köçürülməsi

D) Xəstənin və ya yaxın qohumlarının cərrahi əməliyyata rəzilığı alınır

E) *Bütün cavablar düzdür

Ədəbiyyat: M.Y.Nəsirov, Z.Ə.Salahov, Hərbi-səhra cərrahlığı, 1998., Z.Ə.Salahov, M.Y.Nəsirov, Hərbi cərrahlıq, 2009

Sual 227. Qan axan nahiyənin azca yuxarı qaldırılmış vəziyyəti hansı hallarda səmərəlidir?

A) *Venoz qanaxmalarda

- B) Basıcı sarğıdan sonra
- C) Turna qoyulmasından sonra
- D) Yaranın tamponadasından sonra
- E) “A” və “B” düzdür

Ədəbiyyat: M.Y.Nəsirov, Z.Ə.Salahov, Hərbi-səhra cərrahlığı, 1998., Z.Ə.Salahov, M.Y.Nəsirov, Hərbi cərrahlıq, 2009

Sual 228. Qanəvəzədici preparatların təsnifata uyğun növləri hansı cavabda düzgün göstərilməmişdir?

- A) Parenteral qidalandırıcılar
- B) Dezintoksikasiya vasitələri
- C) Hemodinamikanı stabilləşdirən vasitələr
- D) * Antiseptiklər, şok və qanitirmələrlə mübarizə vasitələri
- E) Bütün cavablar düzdür

Ədəbiyyat: M.Y.Nəsirov, Z.Ə.Salahov, Hərbi-səhra cərrahlığı, 1998., Z.Ə.Salahov, M.Y.Nəsirov, Hərbi cərrahlıq, 2009

Sual 229. Qanköçürmənin ağırlaşmalarına aiddir:

- A) Ürək fəaliyyətinin müvəqqəti dayanması
- B) *Hemotransfuzion şok
- C) Tromboflebit
- D) Hemofiliya
- E) Hematuriya

Ədəbiyyat: M.Y.Nəsirov, Z.Ə.Salahov, Hərbi-səhra cərrahlığı, 1998., Z.Ə.Salahov, M.Y.Nəsirov, Hərbi cərrahlıq, 2009

Sual 230. Qarın boşluğuna tökülmiş qan hansı hallarda köçürmə üçün yararlıdır?

- A) Arterial və venoz qan qarın boşluğuna yığılarsa
- B) Öd kisəsi zədələnmədikdə
- C) Bağırsaqlar zədələndikdə
- D) Yalnız parenximatoz orqanların zədələnmələrində
- E) *“A” və “Q” düzdür

Ədəbiyyat: M.Y.Nəsirov, Z.Ə.Salahov, Hərbi-səhra cərrahlığı, 1998., Z.Ə.Salahov, M.Y.Nəsirov, Hərbi cərrahlıq, 2009

Sual 231. Ürək fəaliyyətinin dayanması vaxtı göstərilən ilk tibbi yardım nədən ibarətdir?

- A) Ürəyin massajı
- B) Söni tənəffüs
- C) Ürəyə birbaşa adrenalin məhlulu inyeksiyası
- D) Miokardın defibrasiyası
- E) * Bütün cavablar düzdür

Ədəbiyyat: M.Y.Nəsirov, Z.Ə.Salahov, Hərbi-səhra cərrahlığı, 1998., Z.Ə.Salahov, M.Y.Nəsirov, Hərbi cərrahlıq, 2009

Sual 232. İxtisaslaşdırılmış tibbi yardım mərhələsində icra olunan cərrahi tədbirlərin həcmi hansı cavabda tam əhatə olunmuşdur?

- A) Qanaxmanın dayandırılması, döş qəfəsi orqanlarında planlı cərrahi əməliyyatların aparılması
- B) Ambulator cərrahi yardım göstərilməsi, qarın boşluğu orqanlarında planlı cərrahi əməliyyatlar
- C) Kəskin cərrahi xəstəliklərin müalicəsi
- D) Həyati göstərişlərlə aparılan cərrahi əməliyyatlar, birincili və ikincili təxirəsalınmaz əməliyyatlar
- E) *Bütün cavablar düzdür

Ədəbiyyat: M.Y.Nəsirov, Z.Ə.Salahov, Hərbi-səhra cərrahlığı, 1998., Z.Ə.Salahov, M.Y.Nəsirov, Hərbi cərrahlıq, 2009

Sual 233. Odlu silah yarasında morfoloji əlamət ilkin nekroz zonası anlayışı hansı cavabda düzgün göstərilmişdir?

- A) Zədələyici amilin düzünə zərbə təsirindən yaranan toxuma defekti zonasıdır
- B) *Zədələyici amilin yan zərbə təsirindən yaranan, ölmüş toxumalardan ibarət yara kanalının divarlarıdır
- C) Yara kanalının molekulyar silkələnməyə məruz qalan sahəsidir
- D) Birincili mikrobla çirklənmə zonasıdır
- D) İkincili mikrobla çirklənmə zonasıdır

Ədəbiyyat: M.Y.Nəsirov, Z.Ə.Salahov, Hərbi-səhra cərrahlığı, 1998., Z.Ə.Salahov, M.Y.Nəsirov, Hərbi cərrahlıq, 2009

Sual 234. Müştərək zədələnmələr nəyə deyilir?

- A) Odlu silah yaranması və radioaktiv şüalanma
- B) Məişət travması və yanıq
- C) *Eyni bir amildən bir neçə orqanın zədələnməsi
- D) Donvurma və istivurma
- E) Eyni vaxtda bir neçə travma alınması

Ədəbiyyat: M.Y.Nəsirov, Z.Ə.Salahov, Hərbi-səhra cərrahlığı, 1998., Z.Ə.Salahov, M.Y.Nəsirov, Hərbi cərrahlıq, 2009

Sual 235. Travmatik şokun müalicəsi məqsədlə göstərilən ilk tibbi yardım tədbirləri hansılardır?

- A) İmmobilizasiya və sargıların düzəldilməsi, qoyulmuş qansaxlayıcı turnaya nəzarət, yaralının isidilməsi, ağrıkəsicilərin tətbiqi
- B) *Xarici qanaxmanın müvəqqəti dayandırılması, fərdi sargı paketi (FSP) ilə yaraya qoruyucu sargı qoyulması, əlaltı vasitələrlə nəqliyyat immobilizasiyası, şpris – tübikdəki ağrıkəsicilərin tətbiqi, növbəti mərhələyə təxliyyə
- C) Standart nəqliyyat immobilizasiyası, göstərişlər üzrə ağrıkəsicilər və ürək dərmanlarının işlədilməsi, novokain blokadaları, venadaxilinə məhlulların köçürülməsi və növbəti mərhələyə təxliyyə
- D) Yaralıların xüsusi şok əleyhinə palatalara yerləşdirilərək müalicəsi
- E) Bütün cavablar düzdür

Ədəbiyyat: M.Y.Nəsirov, Z.Ə.Salahov, Hərbi-səhra cərrahlığı, 1998., Z.Ə.Salahov, M.Y.Nəsirov, Hərbi cərrahlıq, 2009

Sual 236. Yanıqlarda mərhələli müalicə məqsədi ilə göstərilən ilk tibbi yardım tədbirlərinə aiddirmi?

- A) Zərərçəkənin termik təsir zonasından çıxarılması, yanan paltarın soyundurulması və ya söndürülməsi
- B) Yanmış səthə qoruyucu quru steril sargının qoyulması
- C) Ağrıkəsicilərin vurulması
- D) Ətrafların geniş və dərin yanıqlarında nəqliyyat immobilizasiyası
- E) *Bütün cavablar doğrudur

Ədəbiyyat: M.Y.Nəsirov, Z.Ə.Salahov, Hərbi-səhra cərrahlığı, 1998., Z.Ə.Salahov, M.Y.Nəsirov, Hərbi cərrahlıq, 2009

Sual 237. Sadalananlardan hansı donvurmanı sürətləndirən amillərə aid deyildir?

- A) Qəbul olunan qıdanın kalori çatmamazlığı
- B) Nəm paltar
- C) Adinamiya
- D) Dar ayaqqabı
- E) *Havaların isti keçməməsi

Ədəbiyyat: M.Y.Nəsirov, Z.Ə.Salahov, Hərbi-səhra cərrahlığı, 1998., Z.Ə.Salahov, M.Y.Nəsirov, Hərbi cərrahlıq, 2009

Sual 238. Kəllə sümüklərinin açıq sınıqlarının fəsadlaşmalarına hansı cavab aid deyildir?

- A) İrinli meningit
- B) *Epidemik ensefalit
- C) İkicili ensefalit
- D) Beyin absesi
- E) Bütün cavablar düzdür

Ədəbiyyat: M.Y.Nəsirov, Z.Ə.Salahov, Hərbi-səhra cərrahlığı, 1998., Z.Ə.Salahov, M.Y.Nəsirov, Hərbi cərrahlıq, 2009

Sual 239. Beyin sıxılması hansı amillərin təsirindən baş verir?

- A) Sümük qəlpəsinin beyin toxumasına keçməsi
- B) *Kəllədaxili qanaxma (hematoma)
- C) Beyin toxumasının əzilməsindən sonra baş verən reaktiv ödem
- D) İri qəlpə və ya digər yad cismin kəllə boşluğuna keçməsi
- E) Bütün cavablar düzdür

Ədəbiyyat: M.Y.Nəsirov, Z.Ə.Salahov, Hərbi-səhra cərrahlığı, 1998., Z.Ə.Salahov, M.Y.Nəsirov, Hərbi cərrahlıq, 2009

Sual 240. Lokalizasiyasına görə fəqərə sütununun odlu silah yaralanmaları hansı cavabda qəbul olunmuş təsnifata uyğun verilmişdir?

- A) Fəqərə sütununun yuxarı, orta və aşağı üçdə birinin yaralanmaları
- B) *Fəqərə sütununun boyun, döş, bel, oma və büzdüm şöbəsinin yaralanmaları
- C) Fəqərə sütununun boyun, döş, bel, oma və büzdüm şöbələrinin yuxarı, orta, aşağı üçdə birinin yaralanmaları
- D) «A» və «B» cavabları doğrudur
- E) Bütün cavablar düzdür

Ədəbiyyat: M.Y.Nəsirov, Z.Ə.Salahov, Hərbi-səhra cərrahlığı, 1998., Z.Ə.Salahov, M.Y.Nəsirov, Hərbi cərrahlıq, 2009

Sual 241. Qarnın odlu silah yaralanmalarının təsnifatı yalnız hansı cavabda düzgün verilmişdir?

- A) Qarnın qapalı və açıq zədələnmələri
- B) Qapalı, açıq, qanaxma ilə ağırlaşmış və ağırlaşmamış zədələnmələr
- C) *Kor, dəlib keçən, toxunub keçən, qarın boşluğuna işləyən və qarın boşluğuna işləməyən yaralanmalar
- D) Qanaxma ilə ağırlaşmış və ya ağırlaşmamış, kor, toxunub keçən
- E) Bütün cavablar düzdür

Ədəbiyyat: M.Y.Nəsirov, Z.Ə.Salahov, Hərbi-səhra cərrahlığı, 1998., Z.Ə.Salahov, M.Y.Nəsirov, Hərbi cərrahlıq, 2009

Sual 242. Tibbi təxliyə mərhələlərində ətrafların nəqliyyat immobilizasiyası məqsədilə istifadə olunan vasitələrə aid deyildir

- A) Kramer və Diterixs şinaları
- B) Əlaltı materiallardan hazırlanmış şinalar
- C) Vakuum – immobilizəedici xərəklər

D) *Gips sarğıları, longetlər

E) Bütün cavablar düzdür

Ədəbiyyat: M.Y.Nəsirov, Z.Ə.Salahov, Hərbi-səhra cərrahlığı, 1998., Z.Ə.Salahov, M.Y.Nəsirov, Hərbi cərrahlıq, 2009

Sual 243. Hərbi – səhra cərrahiyyəsi anlayışı hansı cavabda düzgün açılmışdır?

A) Müharibə şəraitində cərrahi yardımın təşkili haqqında elmdir.

B) Müharibə şəraitində cərrahi xəstəliklərin müalicəsi haqqında elmdir.

C) *Hərbi əməliyyat meydanında cərrahi yardımın təşkili və xəsarətalmışların mərhələli müalicəsi barədə elmdir.

D) Müharibə şəraitində tibbi yardımın təşkili haqqında elmdir.

E) Müharibə və sülh dövründə cərrahi xəstəliklərin müalicəsi barədə elmdir.

Ədəbiyyat: M.Y.Nəsirov, Z.Ə.Salahov, Hərbi-səhra cərrahlığı, 1998., Z.Ə.Salahov, M.Y.Nəsirov, Hərbi cərrahlıq, 2009

Sual 244. Əməliyyatdan əvvəlki dövr nədir?

A) Xəstələnmə günündən cərrahi əməliyyat aparılana qədərki müddət

B) *Xəstənin stasionara daxil olduğu gündən əməliyyatın keçirildiyi günə qədərki müddət

C) Ağrılar başlayan gündən əməliyyat aparılan vaxta qədər keçən müddət

D) Xəstələnmə günündən əməliyyatdan sonra sağalma gününə qədər keçən vaxt

E) Stasionara daxil olandan müalicədən yazılma vaxtına qədərki müddət

Ədəbiyyat: M.Y.Nəsirov, Z.Ə.Salahov, Hərbi-səhra cərrahlığı, 1998., Z.Ə.Salahov, M.Y.Nəsirov, Hərbi cərrahlıq, 2009

Sual 245. Qanaxmanın müvəqqəti dayandırma üsullarının tətbiqi hansı məqsədləri güdür?

A) Təhlükəli qanıtürmənin qarşısını almaq

B) Təxliyə üçün vaxt qazanmaq

C) Diaqnozu müəyyən etmək və qəti tədbirlər görməyə imkan qazanmaq

D) Homeostazın saxlanması üçün

E) *Bütün cavablar düzdür

Ədəbiyyat: M.Y.Nəsirov, Z.Ə.Salahov, Hərbi-səhra cərrahlığı, 1998., Z.Ə.Salahov, M.Y.Nəsirov, Hərbi cərrahlıq, 2009

Sual 246. Yaranın kip tamponadası üsulu ilə qanaxmanın müvəqqəti dayandırılması hansı qaydada aparılır?

A) Sümüklərin üstündə nazik qatla yerləşmiş yumşaq toxumalardan qanaxmalar, yara üzərinə steril tampon qoyulub, bintlə möhkəm sarınmaqla dayandırılır

- B) Qalın qatlı yumşaq toxumalardan qanaxmalar zamanı yara boşluğunun tamponadası vasitəsilə qanaxma dayandırılır
- C) *Yara boşluğunu sıx dolduran tamponun yaraya daxil edilməsi və təzyiqedici sarğı qoyulması vasitəsilə qanaxma dayandırılır
- D) Arteriyanın boyu uzunluğunu zədələnməmiş yerdən yuxarı olmaq şərti ilə tampon üstündən barmaqla sıxılmaqla qanaxma dayandırılır
- E) B və D cavabları düzdür

Ədəbiyyat: M.Y.Nəsirov, Z.Ə.Salahov, Hərbi-səhra cərrahlığı, 1998., Z.Ə.Salahov, M.Y.Nəsirov, Hərbi cərrahlıq, 2009

Sual 247. Qanın köçürülmə yollarına aiddir

- A) Arteriya və vena daxilinə
- B) Sümük daxilinə
- C) Dəri altına
- D) * A və B cavabları düzdür
- E) Bütün cavablar düzdür

Ədəbiyyat: M.Y.Nəsirov, Z.Ə.Salahov, Hərbi-səhra cərrahlığı, 1998., Z.Ə.Salahov, M.Y.Nəsirov, Hərbi cərrahlıq, 2009

Sual 248. Səhra şəraitində yaralılara köçürmək üçün istifadə olunan qan mənbələri hansı cavabda düzgün verilmişdir?

- A) Util qanı
- B) *Donor qanı
- C) Meyit qanı
- D) Cift qanı
- E) Yaradan axan qan

Ədəbiyyat: M.Y.Nəsirov, Z.Ə.Salahov, Hərbi-səhra cərrahlığı, 1998., Z.Ə.Salahov, M.Y.Nəsirov, Hərbi cərrahlıq, 2009

Sual 249. Odlu silah yaralanmalarının təsnifat prinsipləri hansılardır?

- A) Zədələyici amilin növünə görə: güllə və qəlpə (bomba, mina, artilleriya mərmilərinin) yaralanmaları
- B) Yaranın xarakterinə görə: kor, dəlib keçən, toxunan yaralanmalar
- C) Bədən boşluqlarını mənəşibətində görə: boşluqlara nüfuz edən və boşluqlara nüfuz etməyən yaralanmalar
- D) Çoxsaylı və müştərək yaralanmalar
- E) *Bütün cavablar düzdür

Ədəbiyyat: M.Y.Nəsirov, Z.Ə.Salahov, Hərbi-səhra cərrahlığı, 1998., Z.Ə.Salahov, M.Y.Nəsirov, Hərbi cərrahlıq, 2009

Sual 250. Kombinə olunmuş radiasiya zədələnmələrində tibbi yardım göstərilməsi və müalicənin prinsipləri hansılardır?

- A) Nüvə partlayışı ocağında zərbə dalğası və termik şüalanmadan xəsarət alanların uçuqun altından çıxarılması, alovlanmış paltarının söndürülməsi
- B) Sarğı qoyulduqdan və nəqliyyat immobilizasiyasından sonra yaralıların radioaktiv zonadan kənara çıxarılması
- C) Kombinə edilmiş zədələnmələri olan bütün yaralı və xəstələrə parenteral və ya per os antibiotiklərin verilməsi
- D) Zərbə dalğası təsirindən yalnız açıq və qapalı mexaniki zədələnmələri olanlara tibbi yardım ümumi prinsiplər üzrə göstərilir
- E) *Bütün cavablar düzdür

Ədəbiyyat: M.Y.Nəsirov, Z.Ə.Salahov, Hərbi-səhra cərrahlığı, 1998., Z.Ə.Salahov, M.Y.Nəsirov, Hərbi cərrahlıq, 2009

Sual 251. Travmatik şokun profilaktika və müalicəsinin əsas prinsipləri hansılardır?

- A) Zədələnməmiş nahiyədən neyreflektor təsirin qarşısının alınması, sinir sisteminin pozulmuş funksiyalarının normalaşdırılması
- B) Tənəffüs və qan dövrəni pozğunluqlarının aradan qaldırılması
- C) Maddələr mübadiləsi və endokrin pozulmalarının ləğvi
- D) Birincili qanitirmələrin profilaktikası
- E) *Bütün cavablar düzdür

Ədəbiyyat: M.Y.Nəsirov, Z.Ə.Salahov, Hərbi-səhra cərrahlığı, 1998., Z.Ə.Salahov, M.Y.Nəsirov, Hərbi cərrahlıq, 2009

Sual 252. Yanıq baş verdikdən bir neçə gün sonra və ya birinci gün başlanan ağrılar, orqanizmin intoksikasiyası əlamətləri, zülal mübadiləsinin pozulması, plazma itirilməsi yanıq xəstəliyinin hansı dövrü üçün səciyyəvidir?

- A) Yanıq şoku dövrü
- B) *Toksemiya dövrü
- C) Septiko – toksemiya dövrü
- D) Rekonvalessensiya dövrü
- E) Yanıq arıqlamasının inkişafı

Ədəbiyyat: M.Y.Nəsirov, Z.Ə.Salahov, Hərbi-səhra cərrahlığı, 1998., Z.Ə.Salahov, M.Y.Nəsirov, Hərbi cərrahlıq, 2009

Sual 253. Donvurmanın dərəcələrinə uyğun təsnifat hansı cavabda dəqiqdir?

- A) *I, II, III, IV və səngər ayağı, immersion ayaq
- B) Ümumi soyuma, yüngül donvurma, orta dərəcəli donvurma, fəsadlaşmış donvurma
- C) Quru qanqrena, səngər ayağı, tam donma

D) Donvurma xəstəliyi, yerli donvurma

E) Bütün cavablar düzdür

Ədəbiyyat: M.Y.Nəsirov, Z.Ə.Salahov, Hərbi-səhra cərrahlığı, 1998., Z.Ə.Salahov, M.Y.Nəsirov, Hərbi cərrahlıq, 2009

Sual 254. Kəllə boşluğuna və beyinə işləmiş odlu silah yaralanmalarını infeksiyon ağırlaşmalarına aiddir

A) *Meningit, beyin absesi, meninqoensefalit

B) Poliomielit, epilepsiya

C) Bayılma, kollaps, koma

D) «A» və «B» doğrudur

E) Bütün cavablar doğrudur

Ədəbiyyat: M.Y.Nəsirov, Z.Ə.Salahov, Hərbi-səhra cərrahlığı, 1998., Z.Ə.Salahov, M.Y.Nəsirov, Hərbi cərrahlıq, 2009

Sual 255. Onurğa beyni odlu silah yaralanmalarının təsnifatı yalnız hansı cavabda tam və düzgün verilmişdir?

A) Boşluqları zədələyən, onurğa beynini zədələyən, toxunan

B) Qanaxma ilə müşayiət olunan, qanaxma ilə müşayiət olunmayan

C) *Kor, dəlib keçən, toxunan, onurğa kanalına keçən, onurğa kanalına keçməyən

D) Açıq, qapalı, ağırlaşmış, ağırlaşmamış

E) Bütün cavablar doğrudur

Ədəbiyyat: M.Y.Nəsirov, Z.Ə.Salahov, Hərbi-səhra cərrahlığı, 1998., Z.Ə.Salahov, M.Y.Nəsirov, Hərbi cərrahlıq, 2009

Sual 256. Döş qəfəsinin odlu silah yaralanmalarının təsnifatı yalnız hansı cavabda tam düzgün verilmişdir?

A) Qanaxma, pnevmotoraks, kəskin tənəffüs çatmamazlığı, plevral abses və s., ağırlaşma və fəsadlarla keçən odlu silah yaralanmaları

B) Ağırlaşmış və ağırlaşmamış odlu silah yaralanmaları

C) *Kəskin tənəffüs çatmamazlığı ilə müşayiət olunan, kəskin tənəffüs çatmamazlığı ilə müşayiət olunmayan odlu silah yaralanmaları

D) Kor, dəlib keçən, toxunub keçən, döş boşluğuna işləyən və ya işləməyən sümüklərin sınması və ya sınınmaması ilə müşayiət olunan odlu silah yaralanmaları

E) Bütün cavablar düzdür

Ədəbiyyat: M.Y.Nəsirov, Z.Ə.Salahov, Hərbi-səhra cərrahlığı, 1998., Z.Ə.Salahov, M.Y.Nəsirov, Hərbi cərrahlıq, 2009

Sual 257. Ətraf sümükləri sınıqlarının sonrakı ağırlaşmalarına aiddir

- A) Osteomielitlər
- B) Psevdoartrozlar
- C) Kontrakturalar
- D) Qanqrena
- E) *Bütün cavablar düzdür

Ədəbiyyat: M.Y.Nəsirov, Z.Ə.Salahov, Hərbi-səhra cərrahlığı, 1998., Z.Ə.Salahov, M.Y.Nəsirov, Hərbi cərrahlıq, 2009

Sual 258. Ürək fəaliyyətinin pozulması və dayanması zamanı ilk tibbi yardım tədbirləri hansı cavabda düzgün göstərilmişdir?

- A) Ağciyərlərin ventilyasiyasının gücləndirilməsi, təcili vena və arteriya daxilinə qan, qanəvəzedicilər, fizioloji məhlul köçürmək
- B) *Silvestr üsulu ilə söni tənəffüs, ürəyin massajı
- C) Ağrıkəsicilərin vurulması
- D) Ürək dayandıqdan sonra 5 dəqiqədən artıq keçmişsə, bilavasitə ürəyə punksiya yolu ilə adrenalin vurulması
- E) Bütün cavablar düzdür

Ədəbiyyat: M.Y.Nəsirov, Z.Ə.Salahov, Hərbi-səhra cərrahlığı, 1998., Z.Ə.Salahov, M.Y.Nəsirov, Hərbi cərrahlıq, 2009

Sual 259. İkincili peritonitlərə aiddir

- A) Sayca ikinci dəfə əmələ gələn peritonitlər
- B) Qarın boşluğunda aparılmış cərrahi əməliyyatlardan sonra əmələ gəlmiş peritonitlər
- C) *Qarın boşluğu orqanlarının xəstəliklərinin cərrahi ağırlaşmalarından baş verən peritonitlər
- D) Daxili qanaxmalar nəticəsində baş verən peritonitlər
- E) İrinləmələrdən yaranan peritonitlər

Ədəbiyyat: Ağayev B.A. Cərrahi xəstəliklər. Bakı: Azərbaycan nəşriyyatı, 2000, 727 s., Quliyev Ş.B. Cərrahi xəstəliklər. Bakı: 2000, 754s.

Sual 260. Cərrahi əməliyyatdan sonrakı dövr nəyə deyilir?

- A) Əməliyyat qurtardığı andan xəstə palataya gətirilənə qədərki vaxta
- B) Əməliyyat qurtardığı andan xəstə narkozdan ayılana qədərki vaxta
- C) *Əməliyyat qurtardığı andan xəstənin stasionardan yazıldığı dövr
- D) Əməliyyat qurtardığı andan keçən ilk saatlar
- E) Bütün cavablar düzdür

Ədəbiyyat: Ağayev B.A. Cərrahi xəstəliklər. Bakı: Azərbaycan nəşriyyatı, 2000, 727 s., Quliyev Ş.B. Cərrahi xəstəliklər. Bakı: 2000, 754s.

Sual 261. Qanköçürmənin təsir mexanizmi necədir?

- A) Əvəzedici təsir
- B) Stimuləedici təsir
- C) Qandayandırıcı təsir
- D) Zərərsizləşdirici təsir
- E) *Bütün cavablar düzdür

Ədəbiyyat: Ağayev B.A. Cərrahi xəstəliklər. Bakı: Azərbaycan nəşriyyatı, 2000, 727 s.,

Quliyev Ş.B. Cərrahi xəstəliklər. Bakı: 2000, 754s.

Sual 262. Kəskin cərrahi infeksiyaların təsnifatı hansı cavabda düzgün göstərilməmişdir?

- A) Dəri və dərialtı birləşdirici toxumanın cərrahi xəstəlikləri
- B) Orqan və ya toxumaların kəskin irinli və çürüntülü infeksiyaları
- C) Sümüklərin və oynaqların kəskin xəstəlikləri
- D) *Xronik spesifik infeksiyalar
- E) Ümumi irinli infeksiyalar

Ədəbiyyat: Ağayev B.A. Cərrahi xəstəliklər. Bakı: Azərbaycan nəşriyyatı, 2000, 727 s.,

Quliyev Ş.B. Cərrahi xəstəliklər. Bakı: 2000, 754s.

Sual 263. İlk tibbi yardım kim tərəfindən göstərilir sualının cavabı hansı variantda düzgün verilməmişdir?

- A) *Döyüş meydanında döyüşçünön özü – özönə və başqasına qarşılıqlı yardım müddəasına əsaslanmışdır
- B) Döyüş meydanında feldşerin göstərdiyi tibbi yardım nəzərdə tutulmuşdur
- C) Tabor tibb məntəqəsində feldşer tərəfindən göstərilən tibbi yardımdır
- D) Alay tibb məntəqəsində həkim tərəfindən göstərilir
- E) "B" və "C" düzdür

Ədəbiyyat: M.Y.Nəsirov, Z.Ə.Salahov, Hərbi-səhra cərrahlığı, 1998., Z.Ə.Salahov, M.Y.Nəsirov, Hərbi cərrahlıq, 2009

Sual 264. Həyati göstərişlərlə aparılan cərrahi əmliyyatlara aiddir

- A) Yaranın 1-li cərrahi işlənməsi
- B) Şokun və travmatik toksikozun kompleks müalicəsi
- C) *Anaerob infeksiya ilə mübarizə, daxili qanaxmanın dayandırılması
- D) Açıq pnevmotoraksın qapalı pnevmotoraksa çevrilməsi, qapalı pnevmotoraksın drenajı, sidik kisəsinin punksiyası

E) Bütün cavablar düzdür

Ədəbiyyat: M.Y.Nəsirov, Z.Ə.Salahov, Hərbi-səhra cərrahlığı, 1998., Z.Ə.Salahov, M.Y.Nəsirov, Hərbi cərrahlıq, 2009

Sual 265. Sarğılar hansı məqsədlərlə qoyulur?

- A) Yara nahiyəsini örtən materialı sarğı ilə bərkitmək üçün
- B) Bədənin müəyyən hissəsində daimi təzyiq yaratmaq üçün
- C) Bədənin bu və ya başqa hissəsinin vəziyyətini düzəltmək üçün
- D) Bədənin bir hissəsini hərəkətsiz vəziyyətdə saxlamaq üçün
- E) *Bütün cavablar düzdür

Ədəbiyyat: M.Y.Nəsirov, Z.Ə.Salahov, Hərbi-səhra cərrahlığı, 1998., Z.Ə.Salahov, M.Y.Nəsirov, Hərbi cərrahlıq, 2009

Sual 266. Xarici qanaxmanın dayandırılması, fərdi sarğı paketi (FSP) ilə steril sarğı qoyulması, nəqliyyat hərəkətsizləşdirilməsinin tətbiqi və ağrıkəsicilərin vurulması odlu silah yaralanmalarının mərhələli müalicəsində tibbi yardımın hansı növünə aiddir?

- A) *İlk tibbi yardım
- B) Həkiməqədərki yardım
- C) İlk həkim yardımı
- D) İxtisaslı yardım
- E) İxtisaslaşdırılmış yardım

Ədəbiyyat: M.Y.Nəsirov, Z.Ə.Salahov, Hərbi-səhra cərrahlığı, 1998., Z.Ə.Salahov, M.Y.Nəsirov, Hərbi cərrahlıq, 2009

Sual 267. Travmatik şok nədir?

- A) Şiddətli ağrıdan xəstənin huşunu itirməsidir
- B) Ağrı hissiyatından sinir sisteminin həddən artıq oyanmasıdır
- C) Travmatik şok yalnız şiddətli qanitirmə ilə bağlıdır
- D) *İfrat qıcığa qarşı orqanizmin cavab reaksiyasıdır
- E) İfrat qıcığa qarşı orqanizmin cavab reaksiyasının itməsidir

Ədəbiyyat: M.Y.Nəsirov, Z.Ə.Salahov, Hərbi-səhra cərrahlığı, 1998., Z.Ə.Salahov, M.Y.Nəsirov, Hərbi cərrahlıq, 2009

Sual 268. Travmatik şokun müalicəsi məqsədilə göstərilən həkiməqədərki yardım tədbirləri hansılardır?

- A) *İmmobilizasiya və sarğılara düzəlişlərin aparılması, qoyulmuş qan kəsici turnalara nəzərət, yaralının isidilməsi, ağrıkəsicilərin və ürək dərmanlarının işlədilməsi, lazım gəldikdə söni tənəffüsün verilməsi
- B) Daxili qanaxmanın dayandırılması, FSP ilə yaraya qoruyucu sarğı qoyulması, əlaltı vasitələrlə nəqliyyat immobilizasiyası, şpris – tübikdəki ağrıkəsicilərin tətbiqi, növbəti mərhələyə təxliyə

C) Standart nəqliyyat immobilizasiyası, göstərişlər üzrə ağrıkəsicilər və ürək dərmanlarının işlədilməsi, novokain blokadaları, vena daxilinə məhlulların köçürülməsi və növbəti mərhələyə təxliyə

D) Yaralıların xüsusi şok əleyhinə palatalara yerləşdirilərək müalicəsi

E) Bütün cavablar düzdür

Ədəbiyyat: M.Y.Nəsirov, Z.Ə.Salahov, Hərbi-səhra cərrahlığı, 1998., Z.Ə.Salahov, M.Y.Nəsirov, Hərbi cərrahlıq, 2009

Sual 269. Yanıq səthini ölçmə qaydalarına aiddir

A) 9-lar qaydası

B) ovuc qaydası

C) bədənin müxtəlif nahiyələrinin onun ümumi səthinə nisbətində faizlə hesablanması

D) dəqiq metod

E) * «A», «B» və «C» düzdür

Ədəbiyyat: M.Y.Nəsirov, Z.Ə.Salahov, Hərbi-səhra cərrahlığı, 1998., Z.Ə.Salahov, M.Y.Nəsirov, Hərbi cərrahlıq, 2009

Sual 270. Donvurmada ilk tibbi yardım nədən ibarətdir?

A) Donvurmuş şəxsin isti mühitə keçirilməsi

B) Donvurmuş şəxsə isti su, çay, spirtli içkilər, kofe verilməsi

C) Donvurmuş ətrafların ilıq suya salınması və yüngül masaj edilməsi

D) Ürək qlukozidlərinin tətbiqi

E) *Bütün cavablar düzdür

Ədəbiyyat: M.Y.Nəsirov, Z.Ə.Salahov, Hərbi-səhra cərrahlığı, 1998., Z.Ə.Salahov, M.Y.Nəsirov, Hərbi cərrahlıq, 2009

Sual 271. Kəllə sümüklərinin sınıqlarından ən ağır klinik gedişi olanı hansıdır?

A) Açıq sınıqlar

B) Qapalı sınıqlar

C) *Kəllə əsas sınıqları

D) Xətti sınıqlar və çatlama

E) Təpə sümüklərinin dairəvi sınıqları

Ədəbiyyat: M.Y.Nəsirov, Z.Ə.Salahov, Hərbi-səhra cərrahlığı, 1998., Z.Ə.Salahov, M.Y.Nəsirov, Hərbi cərrahlıq, 2009

Sual 272. Pnevmotoraksın növlərinə aid deyil

A) Açıq

B) qapalı

C) qapaqlı

D) * kor

E) «A», «B», «C» variantları düzdür

Ədəbiyyat: M.Y.Nəsirov, Z.Ə.Salahov, Hərbi-səhra cərrahlığı, 1998., Z.Ə.Salahov, M.Y.Nəsirov, Hərbi cərrahlıq, 2009

Sual 273. Qarın boşluğuna keçən odlu silah yaralanmalarının sonrakı ağırlaşmalarına aiddir

A) *Peritonit, bağırsaqların atoniyası (keçməməzliyi), ilgəklərəarası abses, gecikmiş qanaxma

B) Qanlı ishal, pankreatit, kəskin qaraciyər çatmamazlığı

C) Kəskin böyrək çatmamazlığı, travmatik toksikoz, travmatik şok, anuriya

D) Yalnız «b» cavabı düzdür

E) Bütün cavablar düzdür

Ədəbiyyat: M.Y.Nəsirov, Z.Ə.Salahov, Hərbi-səhra cərrahlığı, 1998., Z.Ə.Salahov, M.Y.Nəsirov, Hərbi cərrahlıq, 2009

Sual 274. Cərrahi əməliyyatdan sonrakı dövrün ağırlaşmalarına aiddirmi?

A) Kollaps, yuxusuzluq, psixikanın pozulmaları

B) Orqanizmdə su-duz, karbohidrat və zülal mübadiləsinin pozulması

C) İkincili kəskin qanitirmə, ağciyər ödemi, tromboz və emboliyalar

D) Qusma anuriya, hematuriya

E) *Bütün cavablar düzdür

Ədəbiyyat: M.Y.Nəsirov, Z.Ə.Salahov, Hərbi-səhra cərrahlığı, 1998., Z.Ə.Salahov, M.Y.Nəsirov, Hərbi cərrahlıq, 2009

Sual 275. Feldşerin qanaxmanı dayandırmaq üçün yerinə yetirdiyi tədbirlər hansı cavabda düzgün göstərilməmişdir?

A) Ətrafların xırda damarlarından (venoz, kapilyar) qanaxmalar zamanı qanaxan yaraya təzyiqedici sarğı qoymaq, ətrafa höndür vəziyyət vermək

B) Gövdədə, boyunda, başda qanaxmalar olduqda damarı barmaqla basmaq, yaranı kip tamponada etmək, təzyiqedici sarğı qoymaq

C) Daxili qanaxma zamanı yerli olaraq soyuq qoymaq

D) Hemostatik preparatlar (vikasol, kalsium xlorid və s.) vurmaq

E) *Yaraya kiçik həcmli cərrahi müdaxilə edib qanaxmanı dayandırmaq

Ədəbiyyat: M.Y.Nəsirov, Z.Ə.Salahov, Hərbi-səhra cərrahlığı, 1998., Z.Ə.Salahov, M.Y.Nəsirov, Hərbi cərrahlıq, 2009

Sual 276. Qanköçürməyə mütləq göstərişlər hansılardır?

- A) insult, hipertoniya xəstəliyi, tromboflebit
- B) kəkin nefrit, meningit, yaraların infeksiyalaşması
- C) *kəskin qanitirmə, travmatik şok, yanıqlar, xroniki qanazlığı, irinli və septik proseslər, hemorragik diatezlər
- D) kəskin hepatit, endokardit, bronxial astma, böyrək xəstəlikləri
- E) ürək-damar sisteminin, ağciyərlərin, qaraciyərin və böyrəklərin ağır xəstəlikləri, ürək-damar fəaliyyətinin dekompensasiyası

Ədəbiyyat: Ağayev B.A. Cərrahi xəstəliklər. Bakı: Azərbaycan nəşriyyatı, 2000, 727 s.,

Quliyev Ş.B. Cərrahi xəstəliklər. Bakı: 2000, 754s., M.Y.Nəsirov, Z.Ə.Salahov, Hərbi-səhra cərrahlığı, 1998., Z.Ə.Salahov, M.Y.Nəsirov, Hərbi cərrahlıq, 2009

Sual 277. Qan qruplarından hansı universal donor adlanır?

- A) *I qrup
- B) II qrup
- C) III qrup
- D) IV qrup
- E) bütün qruplar

Ədəbiyyat: Ağayev B.A. Cərrahi xəstəliklər. Bakı: Azərbaycan nəşriyyatı, 2000, 727 s., Quliyev Ş.B. Cərrahi xəstəliklər. Bakı: 2000, 754s.

Sual 278. Travmatik şokun inkişaf fazalarını təşkil edir

- A) Gizli, başlanğıc, son fazalar
- B) İlkin, terminal, sağalma fazaları
- C) *Eretil, torpid və terminal fazalar
- D) Erkən, aralıq və son fazalar
- E) Şokun artma və azalma fazaları

Ədəbiyyat: M.Y.Nəsirov, Z.Ə.Salahov, Hərbi-səhra cərrahlığı, 1998., Z.Ə.Salahov, M.Y.Nəsirov, Hərbi cərrahlıq, 2009

Sual 279. Travmatik toksikoz sindromu nədir?

- A) Orqanizmin ağrıya cavab reaksiyası olub, intoksikasiya mənşəli haldır
- B) Travmatik toksikoz yalnız ağrıya cavab reaksiyasıdır
- C) *Yumşaq toxumaların uzunmüddətli sıxılması nəticəsində orqanizmdə törənən kompleks pozğunluqlar sistemidir
- D) Travmatik toksikoz ağrı və qanaxma nəticəsində huşun davamlı itməsidir
- E) Travmatik toksikoz orqanizmin zəhərlənməsidir

Ədəbiyyat: M.Y.Nəsirov, Z.Ə.Salahov, Hərbi-səhra cərrahlığı, 1998., Z.Ə.Salahov, M.Y.Nəsirov, Hərbi cərrahlıq, 2009

Sual 280. Dəri və dərialtı toxumaların müxtəlif dərinlikdə nekrozlaşması donvurmanın hansı dərəcəsinə uyğundur?

- A) I dərəcə
- B) II dərəcə
- C) *III dərəcə
- D) IV dərəcə
- E) Ümumi donvurma

Ədəbiyyat: Ağayev B.A. Cərrahi xəstəliklər. Bakı: Azərbaycan nəşriyyatı, 2000, 727 s., Quliyev Ş.B. Cərrahi xəstəliklər. Bakı: 2000, 754s., M.Y.Nəsirov, Z.Ə.Salahov, Hərbi-səhra cərrahlığı, 1998., Z.Ə.Salahov, M.Y.Nəsirov, Hərbi cərrahlıq, 2009

Sual 281. Beyin silkələnməsi (commotio cereribri) nədir?

- A) *Mexaniki zərbədən beyin toxumasında patoloji anatomik dəyişilmə olmadığı halda kəllə boşluğu mayesinin hidrodinamik dalğasının mədəciklərə və beyin toxumasına təsiridir
- B) Beyin toxumasının sınıq ucları, vasitəsiç zədə törədən əşya təsiri və ya əks – zərbədən zədələnməsidir
- C) Beyin toxumasının sıxılmasıdır
- D) İnsult nəticəsində daxili qanaxmadan yaranan ağır kliniki vəziyyətdir
- E) Bütün cavablar düzdür

Ədəbiyyat: Ağayev B.A. Cərrahi xəstəliklər. Bakı: Azərbaycan nəşriyyatı, 2000, 727 s., Quliyev Ş.B. Cərrahi xəstəliklər. Bakı: 2000, 754s.

Sual 282. Beyin toxumasının əzilməsinin klinikasını beyin silkələnməsindən fərqləndirən əsas klinik əlamətlər hansılardır?

- A) Baş gicəllənməsi, baş ağrıları, yuxusuzluq
- B) Reflekslərin itməsi
- C) Zədələnmiş beyin toxumasına müvafiq yerli nevroloji əlamətlərin mövcudluğu
- D) Ətrafların monoparezi, hissiyatın zəifləməsi
- E) * «C» və «D» düzdür

Ədəbiyyat: Ağayev B.A. Cərrahi xəstəliklər. Bakı: Azərbaycan nəşriyyatı, 2000, 727 s., Quliyev Ş.B. Cərrahi xəstəliklər. Bakı: 2000, 754s., M.Y.Nəsirov, Z.Ə.Salahov, Hərbi-səhra cərrahlığı, 1998., Z.Ə.Salahov, M.Y.Nəsirov, Hərbi cərrahlıq, 2009

Sual 283. Pnevmtoraks nədir?

- A) Kəllə qapağının travmadan deşilməsidir
- B) Qarın boşluğunun açıq yaralanmasıdır

C) *Plevra boşluğuna hava daxil olmasıdır

D) Diafraqmanın deşilməsidir

E) Ağciyərlərin imbibisiyasıdır

Ədəbiyyat: Ağayev B.A. Cərrahi xəstəliklər. Bakı: Azərbaycan nəşriyyatı, 2000, 727 s., Quliyev Ş.B. Cərrahi xəstəliklər. Bakı: 2000, 754s., M.Y.Nəsirov, Z.Ə.Salahov, Hərbi-səhra cərrahlığı, 1998., Z.Ə.Salahov, M.Y.Nəsirov, Hərbi cərrahlıq, 2009

Sual 284. Qarın boşluğunun odlu silah yaralanmalarında zədələnə bilən orqanlar sırasında hansı cavab düz verilməmişdir?

A) Qaraciyər

B) Dalaq

C) Bağırsaqlar

D) *Sidik kanalı

E) Qarın aortası və qapı venası

Ədəbiyyat: M.Y.Nəsirov, Z.Ə.Salahov, Hərbi-səhra cərrahlığı, 1998., Z.Ə.Salahov, M.Y.Nəsirov, Hərbi cərrahlıq, 2009

Sual 285. Narkoz zamanı baş verən ağırlaşmalara aiddirmi?

A) Tənəffüsün dayanması

B) Dilin qatlanmasından asfiksiya

C) Qusma kütlələrinin aspirasiyası

D) Ürək fəaliyyətinin pozulması və dayanması

E) *Bütün cavablar düzdür

M.Y.Nəsirov, Z.Ə.Salahov, Hərbi-səhra cərrahlığı, 1998., Z.Ə.Salahov, M.Y.Nəsirov, Hərbi cərrahlıq, 2009

Sual 286. Tibbi təxliyə mərhələlərində standart şinlər və əlaltı vasitələr olmadıqda ətrafların nəqliyyat immobilizasiyası məqsədilə hansı üsullardan istifadə edilir?

A) Zədələnmiş yuxarı ətraf orta fizioloji vəziyyətdə gövdəyə bərkidilir

B) Zədələnmiş aşağı ətraf sağlam aşağı ətrafa bərkidilir

C) Zədələnmiş yuxarı ətraf orta fizioloji vəziyyətdə aşağı ətrafa, zədələnmiş aşağı ətraf gövdəyə bərkidilir

D) *Yalnız «a» və «b» cavabları doğrudur

E) Bütün cavablar düzdür

Ədəbiyyat: M.Y.Nəsirov, Z.Ə.Salahov, Hərbi-səhra cərrahlığı, 1998., Z.Ə.Salahov, M.Y.Nəsirov, Hərbi cərrahlıq, 2009

Sual 287. Qanaxmanın növlərinə aiddir:

- A) Arterial qanaxma
- B) Venoz qanaxma
- C) Kapilyar qanaxma
- D) Parenximatoz qanaxma
- E) *Bütün cavablar düzdür

Ədəbiyyat: M.Y.Nəsirov, Z.Ə.Salahov, Hərbi-səhra cərrahlığı, 1998., Z.Ə.Salahov, M.Y.Nəsirov, Hərbi cərrahlıq, 2009

Sual 288. Turnanın (sıxac, jcut) qoyulma qaydaları hansı cavabda düzgün açıqlanmışdır?

- A) Yaradan aşağı, açıq dəri üzərindən, 3 saat müddətinə qoyulur
- B) Yaradan 10 sm yuxarı, periferiyada nəbz zəifləyəncə qədər, 3,5 saat müddətinə qoyulur
- C) *Yaradan yuxarı, periferiyada nəbz itənə qədər, 1,5-2 saat müddətinə qoyulur
- D) İstənilən yerdən, qanaxma kəsilənə qədər, təxliyə mərhələsinə çatdırılan müddətə açmamaq şərti ilə
- E) Paltar üzərindən, qoyulma vaxtını göstərməklə, 2,5 saat müddətinə

Ədəbiyyat: M.Y.Nəsirov, Z.Ə.Salahov, Hərbi-səhra cərrahlığı, 1998., Z.Ə.Salahov, M.Y.Nəsirov, Hərbi cərrahlıq, 2009

Sual 289. Qanköçürməyə əks göstərişlər hansılardır?

- A) Hemorragik insult, hipertoniya xəstəliyi, tromboflebit
- B) Kəskin nefrit, meningit, yaraların infeksiyalaşması
- C) Kəskin hepatit, endokardit, bronxial astma, böyrək xəstəlikləri
- D) Ağciyərlərin, qaraciyərin və böyrəklərin ağır xəstəlikləri, ürək-damar fəaliyyətinin dekompensasiyası, tromboflebit, endokardit
- E) *bütün cavablar düzdür

Ədəbiyyat: Ağayev B.A. Cərrahi xəstəliklər. Bakı: Azərbaycan nəşriyyatı, 2000, 727 s., Quliyev Ş.B. Cərrahi xəstəliklər. Bakı: 2000, 754s., M.Y.Nəsirov, Z.Ə.Salahov, Hərbi-səhra cərrahlığı, 1998., Z.Ə.Salahov, M.Y.Nəsirov, Hərbi cərrahlıq, 2009

Sual 290. Qan qruplarından hansı universal resipiyent adlanır?

- A) I qrup
- B) II qrup
- C) III qrup
- D) *IV qrup
- E) Bütün qruplar

Ədəbiyyat: Ağayev B.A. Cərrahi xəstəliklər. Bakı: Azərbaycan nəşriyyatı, 2000, 727 s., Quliyev Ş.B. Cərrahi xəstəliklər. Bakı: 2000, 754s., M.Y.Nəsirov, Z.Ə.Salahov, Hərbi-səhra cərrahlığı, 1998., Z.Ə.Salahov, M.Y.Nəsirov, Hərbi cərrahlıq, 2009

Sual 291. Tibbi çeşidləmə nədir?

- A) Yaralanmanın ağırlıq dərəcəsinə uyğun sarğıların qoyulması
- B) Yaralılara daxil olma növbəsinə görə cərrahi əməliyyat aparılması
- C) *Xəstə və yaralıların eyni tipli müalicə -təxliyə qruplarına bölünməsi
- D) Asfiksiya, qanaxma və digər şok əleyhinə tədbirlərin müəyyən ardıcılıqla icrası
- E) Xəsarətə uğramışlara növbə ilə yardım göstərilməsinin təşkili

Ədəbiyyat: M.Y.Nəsirov, Z.Ə.Salahov, Hərbi-səhra cərrahlığı, 1998., Z.Ə.Salahov, M.Y.Nəsirov, Hərbi cərrahlıq, 2009

Sual 292. Kombinə olunmuş travma nəyə deyilir?

- A) Sınıqlarla yanaşı yumşaq toxumaların zədələnməsinə
- B) *İki və daha artıq amilin təsiri nəticəsində baş verən travma
- C) Eyni mərmə qəlpələrinin orqanizmdə bir və bir neçə orqanı zədələnməsi
- D) Yaralanma ilə bərabər magistral damar və sinirlərin zədələnməsi
- E) Sınıq, daxili qanaxma, şüa xəstəliyi kompleksi

Ədəbiyyat: M.Y.Nəsirov, Z.Ə.Salahov, Hərbi-səhra cərrahlığı, 1998., Z.Ə.Salahov, M.Y.Nəsirov, Hərbi cərrahlıq, 2009

Sual 293. Ümumi vəziyyət kafi və ya orta ağırlıqda, nəbz tezliyi dəqiqədə 90 – 100 vuruq, arterial təzyiq 100/60mm.c.st., dəri və selikli qişaların avazıması, şüurun aydın, tənəffüsün bir qədər tezləşməsi əlamətləri travmatik şokun hansı ağırlıq dərəcəsinə uyğundur?

- A) *I dərəcəli şok
- B) II dərəcəli şok
- C) III dərəcəli şok
- D) IV dərəcəli şok
- E) Bu əlamətlər şokun erektil fazası üçün səciyəvidir

Ədəbiyyat: M.Y.Nəsirov, Z.Ə.Salahov, Hərbi-səhra cərrahlığı, 1998., Z.Ə.Salahov, M.Y.Nəsirov, Hərbi cərrahlıq, 2009

Sual 294. Yanıq xəstəliyi nədir?

- A) Bütün formalı yanıqlar zamanı orqanizmin vəziyyətidir
- B) *Bədən səthinin 10%-dən artıq sahəsini əhatə edən yanıqlar zamanı orqanizmin mərhələlərlə davam edən ümumi patoloji vəziyyətidir

- C) Radiasion yanıqlar zamanı yaranan patologiyadır
- D) Dərinin 5%-ə qədər sahəsini əhatə edən yanıqlar zamanı orqanizmin vəziyyətidir
- E) Bütün cavablar düzdür

Ədəbiyyat: M.Y.Nəsirov, Z.Ə.Salahov, Hərbi-səhra cərrahlığı, 1998., Z.Ə.Salahov, M.Y.Nəsirov, Hərbi cərrahlıq, 2009

Sual 295. II dərəcəli donvurma nəyə deyilir?

- A) Donma nəticəsində dərialtı toxumaları və sümüyü əhatə edən nekrozlaşma, demarkasion xəttin əmələ gəlməsi
- B) Donmalar zamanı dəri nahiyəsində yerli qan dövranının sonradan tam bərpa olan pozulmaları
- C) *Donmalar qan dövranının dərin pozulması, şəffaf maye ilə dolu suluqların əmələ gəlməsilə xaraktericə olunur
- D) Donmalar dəri və dərialtı toxumaların müxtəlif dərinlikdə nekrozlaşması, hemorragik möhtəviyyətli suluqların əmələ gəlməsi
- E) Bütün cavablar düzdür

Ədəbiyyat: M.Y.Nəsirov, Z.Ə.Salahov, Hərbi-səhra cərrahlığı, 1998., Z.Ə.Salahov, M.Y.Nəsirov, Hərbi cərrahlıq, 2009

Sual 296. Hansı cavabda başın odlu silah yaralanmaları qəbul olunmuş təsnifata uyğun verilmişdir?

- A) *Başın yumşaq toxumalarının yaralanmaları, kəllə boşluğuna kezməyən yaralanmalar, kəllə boşluğuna keçən yaralanmalar.
- B) Kəllədaxili hematomalar, kəllə sümüklərinin sınıqları, aqonal vəziyyət
- C) Beyinin kontuziyası, beyinin kommosiyası, beyinin kompressiyası
- D) «B» və «C» düzdür
- E) Bütün cavablar düzdür

Ədəbiyyat: M.Y.Nəsirov, Z.Ə.Salahov, Hərbi-səhra cərrahlığı, 1998., Z.Ə.Salahov, M.Y.Nəsirov, Hərbi cərrahlıq, 2009

Sual 297. Baş beynin qapalı zədələnmələrinə aiddir

- A) Meningit, ensefalit, ensefalopatiya
- B) *Beyin silkələnməsi, beyin əzilməsi, beyinin artmaqda olan hematoması
- C) Bayılma, kollaps, koma
- D) Nevroz, reaktiv vəziyyət, epilepsiya
- E) Bütün cavablar doğrudur

Ədəbiyyat: M.Y.Nəsirov, Z.Ə.Salahov, Hərbi-səhra cərrahlığı, 1998., Z.Ə.Salahov, M.Y.Nəsirov, Hərbi cərrahlıq, 2009

Sual 298. Açıq pnevmotoraks zamanı ilk tibbi yardım nədən ibarətdir?

- A) *Hermetik sargı vasitəsilə açıq pnevmotoraksı qapalı formaya çevirməkdən
- B) Yaranın tikilməsindən
- C) Yaradan plevra boşluğunun tamponadasından
- D) Ağrıkəsicilərin vurulmasından
- E) Plevra boşluğunun drenaj edilməsindən

Ədəbiyyat: M.Y.Nəsirov, Z.Ə.Salahov, Hərbi-səhra cərrahlığı, 1998., Z.Ə.Salahov, M.Y.Nəsirov, Hərbi cərrahlıq, 2009

Sual 299. Ətraf sümüklərinin sınıqlarında ilk tibb yardım tədbirlərindən ən vacibi hansı cavabda verilmişdir?

- A) Antibiotiklərin sınıq nahiyəsinə vurulması (toz halında səpilməsi)
- B) Dərhal və mönasib nəqliyyatla təxliyə
- C) Qanaxmanın dayandırılması
- D) Zədələnmiş şəxsə narkoz verilməsi
- E) *Ətrafın immobilizasiyası

Ədəbiyyat: M.Y.Nəsirov, Z.Ə.Salahov, Hərbi-səhra cərrahlığı, 1998., Z.Ə.Salahov, M.Y.Nəsirov, Hərbi cərrahlıq, 2009

Sual 300. Tənəffüs mərkəzinin iflici əlamətləri hansı cavabda düzgün göstərilməmişdir?

- A) Sianoz, zəif dolğunluqlu tezləşmiş nəbz
- B) Seyrək nəfəs almaqla səthi tənəffüs
- C) Göz bəbəklərinin genişlənməsi
- D) Göz bəbəklərinin işığa qarşı reaksiyasının olmaması
- E) * Arterial təzyiqin kəskin aşağı düşməsi

Ədəbiyyat: M.Y.Nəsirov, Z.Ə.Salahov, Hərbi-səhra cərrahlığı, 1998., Z.Ə.Salahov, M.Y.Nəsirov, Hərbi cərrahlıq, 2009

Sual 301. Baş beyinin silkələnməsinə nə aiddir?

- A) *Yüngül kəllə-beyin travması
- B) Orta kəllə-beyin travması
- C) Ağır kəllə-beyin travması
- D) Kəllə sümüklərinin zədələnməsi ilə travma
- E) Subaraxnoidal qanaxma ilə travma

Ədəbiyyat: B.B.Лебедев, В.В.Крылов. Неотложная нейрохирургия. Москва, 2000, 437 с.

Sual 302. Baş beyinin silkələnməsində huşun itirilməsi nə qədər davam edir?

- A) *10 dəqiqəyə qədər
- B) 1 saata qədər
- C) 1saatdan çox
- D) Bir neçə saat
- E) 1 sutkadan çox

Ədəbiyyat: В.В.Лебедев,В.В.Крылов.Неотложная нейрохирургия. Москва,2000,437 с.

Sual 303. Retrograd amneziya nədir?

- A) Travmaya qədərki qısamüddətli amneziya
- B) *Travmadan sonra qısamüddətli amneziya
- C) Travmadan sonra və qabaq qısamüddətli amneziya
- D) Travma müddətində amneziya
- E) Bütün sadalananlar doğrudur

Ədəbiyyat: В.В.Лебедев,В.В.Крылов.Неотложная нейрохирургия. Москва,2000,437 с.

Sual 304. Baş beyinin silkələnməsində ümumi beyin simptomları arasında hansı müşahidə olunur?

- A) Başağrısı ,ürəkbulanma, qusma
- B) Huşun qısamüddətli itirilməsi
- C) İşıqdan qorxma ,keçən nistaqm
- D) Kobud olmayan anizorefleksiya
- E) *Hamısı

Ədəbiyyat: В.В.Лебедев,В.В.Крылов.Неотложная нейрохирургия. Москва,2000,437 с.

Ədəbiyyat: В.В.Лебедев,В.В.Крылов.Неотложная нейрохирургия. Москва,2000,437 с.

Sual 305. Baş beyinin silkələnməsində stasionarda qalma müddəti nə qədərdir?

- A) 3 gün
- B) * 7 gün
- C) ambulator müalicə
- D) 14 gün
- E) 1 ay

Ədəbiyyat: В.В.Лебедев,В.В.Крылов. Неотложная нейрохирургия. Москва,2000,437 с.

Sual 306. Epidural hematoma üçün hansı xarakterikdir?

- A) Travmadan müəyyən vaxtdan sonra huşun itməsi
- B) Travmadan sonra huşun itməsi (ışıqlı mərhələ olmadan)
- C) * Huşun itməsi, ışıqlı mərhələ, sonra təkrar huşun itməsi
- D) Huşun itməsi olmur
- E) Bütün sadalananlar

Ədəbiyyat: В.В.Лебедев, В.В.Крылов. Неотложная нейрохирургия. Москва, 2000, 437 с.

Sual 307. Çanaq sümüklərinin sınığı zamanı əsasən hansı orqanlar zədələnir?

- A) Qadınlarda uşaqlıq yolu, kişilərdə penis
- B) Sidik kisəsi
- C) Sidik kanalının distal hissəsi
- D) * Uretra (onun prostat hissəsi)
- E) Kişilərdə prostat vəz, qadınlarda isə yumurtalıq

Ədəbiyyat: Клиническая хирургия. Под ред. Р. Конзена и Л. Найхуса. М., 1998, 715 с.

Sual 308. Baş beynin silkələnməsi diaqnozu hansı simptomların əsasında qoyulur ?

- A) * Öyümə, baş gicəllənməsi. Sifətə qan axınının güclənməsi, qulaqda küy. Davamsız, dəyişkən anizokoruya olması, zəif meningeal simptomu
- B) Öyümə, baş gicəllənməsi. Davamsız, dəyişkən anizokariya olması, zəif meningeal simptomu, 10-12 gündə sonra keçici nistaqm
- C) Öyümə, baş gicəllənməsi. Sifətə qan axınının güclənməsi, qulaqda küy. Davamsız, dəyişkən anizokariya olması, 10-12 gündə sonra keçici nistaqm
- D) Sifətə qan axınının güclənməsi, qulaqda küy. Davamsız, dəyişkən anizokariya olması, zəif meningeal simptomu. 10-12 gündə sonra keçici nistaqm
- E) Öyümə, baş gicəllənməsi .Sifətə qan axınının güclənməsi, qulaqda küy, zəif meningeal əlamət, 10-12 gündə sonra keçici nistaqm

Ədəbiyyat: Клиническая хирургия. Под ред. Р. Конзена и Л. Найхуса. М., 1998, 715 с.

Sual 309. Sagittal sinus nahiyəsinin açıq zədələnmələrində xəstənin nəqli nə vəziyyətdə olunmalıdır?

- A) * Yarımoturaq vəziyyətdə
- B) Arxası üstə uzanmış vəziyyətdə
- C) Baş qaldırılmaqla yana üstə uzanmış vəziyyətdə
- D) Başı yuxarı qaldırılmaqla arxası üstə uzanmış vəziyyətdə
- E) Qarnı üstə uzanmış vəziyyətdə

Ədəbiyyat: Клиническая хирургия. Под ред. Р. Конзена и Л. Найхуса. М., 1998, 715 с.

Sual 310. Böyük oynaqların dərin termik yanıqları zamanı zədələnmənin ilk günlərində hansı kliniki əlamətlər xaraktericə olunur?

- A) Zərərəkən oynaqda ağrılar hiss edir, zərərəkən oynaqda hərəkətin məhdudlaşmasını hiss edir
- B) Yanıq qabığı oynaq kapsulasını təşkil edir. Hərəkətin yüksəlməsi qeyd edilir
- C) Zərərəkən oynaqda hərəkətin məhdudlaşmasını hiss edir, hərəkətin yüksəlməsi qeyd edilir
- D) Yanıq qabığı oynaq kapsulasını təşkil edir
- E) *Yanıq qabığı oynaq kapsulasını təşkil edir, zərərəkən oynaqda hərəkətin məhdudlaşmasını hiss edir

Ədəbiyyat: Клиническая хирургия. Под ред. Р. Конзена и Л. Найхуса. М., 1998, 715 с.

Sual 311. III A dərəcəli termik yanıq zamanı mütləq hansılar zədələnir?

- A) * Dərinin orqanelları hissəvi epitelial xarakterdə, məməyəbənzər qat
- B) Dərinin bütün torlu qatı, dərinin orqanelları hissəvi epitelial xarakterdə
- C) Məməyəbənzər qat, hissəvi dərialtı piy qat
- D) Dərinin orqanelları hissəvi epitelial xarakterdə, hissəvi dərialtı piy qat
- E) Dərinin bütün torlu qatı, məməyəbənzər qat

Ədəbiyyat: Клиническая хирургия. Под ред. Р. Конзена и Л. Найхуса. М., 1998, 715 с.

Sual 312. Yanıqla xəstələrdə ilk yardım göstərilməsinə hansı aiddir?

- A) Yanmış ətrafa Vişnevski məlhəmi ilə sarğının qoyulması
- B) Levomikol ilə sarğının qoyulması
- C) Furasilinlə sarğının qoyulması
- D) Spirtli sarğı ilə yaranın örtülməsi
- E) *Yanıq yarasının su ilə soyudulması və ya duş altında soyudulması, sonra isə aseptik sarğının qoyulması

Ədəbiyyat: Клиническая хирургия. Под ред. Р. Конзена и Л. Найхуса. М., 1998, 715 с.

Sual 313. Yanıq şoku üçün hansı xarakterikdir?

- A) Hipovolemiya, anemiya
- B) Bədənin normal hərəkəti, hipertermiya
- C) *Bədənin normal hərəkəti, hipovolemiya
- D) Bədənin normal hərəkəti, anemiya
- E) Hipertermiya, hipovolemiya

Ədəbiyyat: Клиническая хирургия. Под ред. Р. Конзена и Л. Найхуса. М., 1998, 715 с.

Sual 314. Kəskin yanıq toksemiyası üçün nə xarakterikdir?

- A) Hemokonsentrasiya, anemiya, dərin intoksikasiya
- B) Dərin intoksikasiya, hipo və disproteinemiya
- C) *Anemiya, dərin intoksikasiya, hipo və disproteinemiya
- D) Hemokonsentrasiya, anemiya
- E) Hemokonsentrasiya, dərin intoksikasiya, hipo və disproteinemiya

Ədəbiyyat: Клиническая хирургия. Под ред. Р. Конзена и Л. Найхуса. М., 1998, 715 с.

Sual 315. Yarada qram-mənfi infeksiya tapılırsa hansını istifadə etmək lazımdır?

- A) Bor məlhəmi, furasilin məlhəmi, mafenid
- B) *Bor məlhəmi, mafenid, yodopiron məlhəmi
- C) Furasilin məlhəmi, yodopiron məlhəmi
- D) Bor məlhəmi, furasilin məlhəmi, mafenid, yodopiron məlhəmi
- E) Furasilin məlhəmi, mafenid, yodopiron məlhəmi

Ədəbiyyat: Клиническая хирургия. Под ред. Р. Конзена и Л. Найхуса. М., 1998, 715 с.

Sual 316. Kəskin yanıq toksemiyasının ilk kliniki əlamətini nə təşkil edir?

- A) Dinrezin normallaşması
- B) *Bədən hərarətinin yüksəlməsi
- C) Arterial təzyiqin enməsi
- D) Disprotenemiya
- E) Anemiya

Ədəbiyyat: Клиническая хирургия. Под ред. Р. Конзена и Л. Найхуса. М., 1998, 715 с.

Sual 317. Əgər yanıq yarası güy-yaşıl irin züpləri ilə infeksiyalaşarsa hansı istifadə olunmalıdır?

- A) Furasilin məhlulu, proposeum
- B) Furasilin məhlulu, dioksidin məhlulu
- C) Levomekol, proposeum
- D) *Dioksidin məhlulu, levomekol
- E) Furasilin məhlulu, levomekol

Ədəbiyyat: Клиническая хирургия. Под ред. Р. Конзена и Л. Найхуса. М., 1998, 715 с.

Sual 318. Sifətin dərin yanığı zamanı antoderoplastika necə icra edilir?

- A) Lockutlu transplantat
- B) Perperasiya olunmuş antodəri transplantantı
- C) Bütöv qatlı dəri transplantantı
- D) *Perforasiya olunmamış autodəri transplantantı
- E) Dəri-fassial antotransplantantı

Ədəbiyyat: Клиническая хирургия. Под ред. Р. Конзена и Л. Найхуса. М., 1998, 715 с.

Sual 319. Uretranın travması zamanı əsas simptom hansıdır ?

- A) Tezləşmiş ağrılı sidik ifrazı
- B) Aralığın hematoması
- C) Sidik ifrazının ləngiməsi
- D) Makrohемaturiya
- E) *Uretorragiya

Ədəbiyyat: Клиническая хирургия. Под ред. Р. Конзена и Л. Найхуса. М., 1998, 715 с.

Sual 320. Sidik kisəsinin periton xaric cırılmasının ən çox rast gələn səbəblərinə hansı aiddir?

- A) *Çanaq sümüklərinin yerdəyişməsi ilə sınıqları
- B) Yatrogen travma
- C) Sidik kisəsinin həddən artıq dolu olması
- D) Dolu sidik kisəsi zamanı qarına zərbə
- E) Hündürlükdən yıxılma

Ədəbiyyat: Клиническая хирургия. Под ред. Р. Конзена и Л. Найхуса. М., 1998, 715 с.

Sual 321. Sidik kisəsinin cırılmasına ən çox rast gələn səbəb hansıdır ?

- A) Çanaq sümüklərinin yerdəyişməsi ilə sınıqları
- B) Yatrogen travma
- C) Hündürlükdən yıxılma
- D) Sidik kisəsinin həddən artıq dolu olması
- E) *Sidik kisəsi dolu olarkən qarına zərbə

Ədəbiyyat: Клиническая хирургия. Под ред. Р. Конзена и Л. Найхуса. М., 1998, 715 с.

Sual 322. Sidik kisəsinin travması zamanı ilk nüvbədə rentgen müayinəyə hansı daxildir?

- A) *Retrograd sistografiya

- B) Uretroqrafiya
- C) Ekskretor uroqrafiya
- D) İcmal uroqrafiya
- E) Pnevmosistoqrafiya

Ədəbiyyat: Клиническая хирургия. Под ред. Р. Конзена и Л. Найхуса. М., 1998, 715 с.

Sual 323. Bүйrəklərin zədələnməsinin əsas əlamətlərini hansılar təşkil edir?

- A) Bel nahiyəsində ağrılar, hematuriya, bүйrək funksiyasının pözulması, yüksək hərarət
- B) Bel nahiyəsində ağrılar, bel nahiyəsində şişkinik, hematuriya, yüksək hərarət
- C) *Bel nahiyəsində ağrılar, bel nahiyəsində şişkinik, hematuriya, bүйrək funksiyasının pözulması
- D) Bel nahiyəsində şişkinik, hematuriya, bүйrək funksiyasının pözulması, yüksək hərarət
- E) Bel nahiyəsində ağrılar, bel nahiyəsində şişkinik, hematuriya, bүйrək funksiyasının pözulması, yüksək hərarət

Ədəbiyyat: Клиническая хирургия. Под ред. Р. Конзена и Л. Найхуса. М., 1998, 715 с.

Sual 324. Uretranın cırılmasının diaqnostikası üçün aşağıdakılardan hansını həyata keçirmək lazımdır?

- A) Urofloumetriya
- B) Sistometriya
- C) Miksion sistoqrafiya
- D) Ekskretor uroqrafiya
- E) *Qalxan (retroqrad) uroqrafiya

Ədəbiyyat: Исаков Ю.Ф. Детские хирургические болезни. М., 379 с.

Sual 325. Uretranın cırılması zamanı aşağıdakılardan hansını aparmaq qadağandır?

- A) *Sidik kisəsinin kateterizasiyası
- B) Infuzion uroqrafiya
- C) Qalxan uroqrafiya
- D) Miksion sistoureteroqrafiya
- E) Urofloumetriya

Ədəbiyyat: Исаков Ю.Ф. Детские хирургические болезни. М., 379 с.

Sual 326. Tetanusun tam aydın şəkli qeyd olunan xarakter simptomlarla keçir?

- A) Ətraflarda və bədəndə əzələlərin yayılmış qıcolmaları, bədən hərarətinin 42°C –yə qədər yüksəlməsi, huşun itməsi, kəskin nəzərəzarpan taxikardiya

- B) *Ətraflarda və bədəndə əzələlərin yayılmış qıcolmaları, bədən hərarətinin 42°C –yə qədər yüksəlməsi, kəskin nəzərə zarpan taxikardiya, sidik ifrazının ləngiməsi
- C) Ətraflarda və bədəndə əzələlərin yayılmış qıcolmaları, bədən hərarətinin 42°C -yə qədər yüksəlməsi, huşun itməsi, kəskin nəzərə zarpan taxikardiya, sidik ifrazının ləngiməsi
- D) Ətraflarda və bədəndə əzələlərin yayılmış qıcolmaları, huşun itməsi, kəskin nəzərə zarpan taxikardiya, sidik ifrazının ləngiməsi
- E) Bədən hərarətinin 42–yə qədər yüksəlməsi, huşun itməsi, kəskin nəzərə zarpan taxikardiya, sidik ifrazının ləngiməsi

Ədəbiyyat: Клиническая хирургия. Под ред. Р. Конзена и Л. Найхуса. М., 1998, 715 с.

Sual 327. Tetanus əleyhinə zərdab profilaktik məqsədlə hansı hallarda vurulmalıdır?

- A) Budun 2-ci dərəcəli termik yanığı zamanı, kəskin qanqrenoz appendisit zamanı, bazunun açıq sınığında, baldırın qapalı sınında
- B) *Başın əzilmiş yarasında, budun 2-ci dərəcəli termik yanığı zamanı, kəskin qanqrenoz appendisit zamanı, bazunun açıq sınığında
- C) Başın əzilmiş yarasında, budun 2-ci dərəcəli termik yanığı zamanı, bazunun açıq sınığında, baldırın qapalı sınında
- D) Başın əzilmiş yarasında, budun 2-ci dərəcəli termik yanığı zamanı, kəskin qanqrenoz apendisit zamanı, bazunun açıq sınığında, baldırın qapalı sınında
- E) Başın əzilmiş yarasında, kəskin qanqrenoz appendisit zamanı, bazunun açıq sınığında, baldırın qapalı sınında

Ədəbiyyat: Клиническая хирургия. Под ред. Р. Конзена и Л. Найхуса. М., 1998, 715 с.

Sual 328. Kəskin hematogen osteomielit septikopiemiya ilə ağırlaşan zamanı irinli ocaq əsasən harda lokalizasiya olmur?

- A) Ağciyərdə
- B) *Baş beyində
- C) Qaraciyərdə
- D) Ürəkdə
- E) Dalaqda

Ədəbiyyat: Клиническая хирургия. Под ред. Р. Конзена и Л. Найхуса. М., 1998, 715 с.

Sual 329. Sepsis zamanı antibiotiklərin qəbul olunmasının ən rasional yolu hansıdır?

- A) *Venadaxili və endolimfatik
- B) Peroral
- C) Sümükdaxili və əzələdaxili
- D) Endolimfatik
- E) Əzələdaxili və venadaxili

Sual 330. Antibiotik terapiyasında nə vacibdir?

- A) Müalicə zamanı antibiotiklərin eyni şprislə bir-birinə qarışdırılmasına yol verilməməli və onlar ayrı-ayrı saatlarda istifadə olunmalıdır.
- B) Antibiotiklərin istifadəsi zamanı onların parenximatoz orqanlərə toksik təsiri də nəzərə alınmalıdır.
- C) Antibiotiklərin uzunmüddətli istifadəsi kandidoz verir.
- D) Antibiotiklərin yaralanmanın ilk saatlarında hələ toxumalarda mikrosirkulyasiyanın pozulmadığı dövrdə yüksək dozada istifadəsi məqsədəuyğundur. Antibiotiklərin istifadəsində sınaq reaksiyası aparılmalıdır
- E) *Bütün cavablar düzgündür

Sual 331. Septikopiyemiya üçün hansı əlamətlər xarakterdir?

- A) İrinli ocaqların əmələ qəlməsini sonunda prosesin nisbi sönməsi
- B) Hektik bədən hərəkəti
- C) Ümumi zəiflik, halsizlik
- D) Səthi irinli ocaqların kəskin iltihabı və ağrısı
- E) *İrinli ocaqların digər orqanlara və toxumalara yayılması

Ədəbiyyat: Ağayev B.A. Cərrahi xəstəliklər. Bakı: Azərbaycan nəşriyyatı, 2000, 727 s., Quliyev Ş.B. Cərrahi xəstəliklər. Bakı: 2000, 754s.

Sual 332. İstiliyin konveksion və koduksion ötürülməsinin radiasion ötürmələdən nə fərqi var?

- A) *İstiliyin konveksion və koduksion ötürülməsi nəticəsində əvvəlcə dəri, dərialtı toxuma və orada dövrən edən qanın qızması, ən axırda isə daxili orqanlar və toxumaların qızması baş verir. radiasion ötürmələrdə isə infraqırmızı şüalanma səthi və dərin toxumaları eyni zamanda qızdırır.
- B) İstiliyin radiasion ötürmələrdə əvvəlcə dəri, dərialtı toxuma və orada dövrən edən qanın qızması, ən axırda isə daxili orqanlar və toxumaların qızması baş verir. konveksion və koduksion ötürülmələrdə isə səthi və dərin toxumalar eyni zamanda qızır.
- C) İstiliyin konveksion ötürülməsi nəticəsində dəri, dərialtı toxuma və orada dövrən edən qanın qızması, ən axırda isə daxili orqanlar və toxumaların qızması baş verir. Radiasion və koduksion ötürmələrdə isə səthi və dərin toxumaları eyni zamanda qızdırır.
- D) İstiliyin konveksion və radiasion ötürmələri məlumdur.
- E) Radiasion ötürmələr yalnız radioaktiv şüalanmalar şəraitində mümkündür

Sual 333. Orqanizm istiliyi ətrafa hansı yollarla ötürür?

- A) *Orqanizm istiliyi ətrafa konveksiya, konduksiya və radiasiya yolu ilə verir.
- B) Orqanizm istiliyi ətrafa konveksiya yolu ilə ötürür.
- C) Orqanizm istiliyi ətrafa konduksiya və radiasiya yolu ilə verir.
- D) Orqanizm istiliyi ətrafa konveksiya və radiasiya yolu ilə verir.
- E) D variantı düzdür

Sual 334. İstilik nevrastenik sindromu hansı klinik əlamətlərlə müşahidə olunur?

- A) İstilik nevrastenik sindromu hipertermiyanın kompensasiya fazasında baş verir
- B) İstilik nevrastenik sindromu iş qabiliyyətinin enməsi, süslük, zəiflik, yuxululuq, hipovolemiya, yuxunun pozğunluğu, əsəbilik, başağrıların olması ilə xaraktericə olunur.
- C) A variantı düzgündür
- D) B variantı düzgündür
- E) *A və B variantı düzgündür

Sual 335. Ətraf mühitin yüksək temperatu ilə əlaqədar hipertermiyanın kompensasiya mərhələsində istilik nevrastenik sindromu baş verir. Bu, zaman orqanizmdə nə kimi pozğunluqlar baş verir?

- A) Ətraf mühitin temperaturu 38-39°C-yə çatdıqda bədən temperaturu normadan 1,5-2°C artıq olur.
- B) Bu zaman dəri və selikli qişalarda hiperemiya, profuz tərləmə, ürəyin dəqiqəlik vurğusunun artması, sistolik təzyiğin artması, diastolik təzyiğin azalması, ağciyərin ventilyasiya həcmi artır, hipokapniya, respirator alkaloz aşkarlanır.
- C) Yüksək temperaturda alkaloz tezliklə metabolik asidozla əvəz olunur.
- D) Uzunmüddətli tərləmə hipohidratasiyaya və qanın qatılaşmasına, suda həll olan vitaminlərin, elektrolitlərin itirilməsinə səbəb olur.
- E) Bütün cavablar düzgündür.

Sual 336. Hiperemik kardiovaskulyar sindrom nədir?

- A) Ətraf mühitin temperaturu 41-43°C-yə çatdıqda orqanizmin istilikverməsi çətinləşir. Nəticə etibarilə dəri quru və isti olur, tərləmə azalır, çox vaxt yalnız yapışqanlı tərləmə ifraz olunur.
- B) Dəri quru və hiperemiyalı olur. Orqan və sistemlərdə funksional pozğunluqlar baş verir. Hiperemik kardiovaskulyar sindrom meydana çıxır.
- C) Bu, taxikardiya, ürəyin vurğu həcmi azalması, ürək vurğularının tezləşməsi, mikrosirkulyasiyanın pozulması, damardaxili laxtalanma sindromunun və fibrinolozin baş verməsi şəklində özünü təzahür etdirir.
- D) Asidozun baş verməsi ağciyərlərin ventilyasiyasının artmasına, oksigenə olan tələbatın artmasına, sirkulyator pozğunluğun baş verməsinə, hipoksiya və hipoksemiya səbəb olur.
- E) *Bütün cavablar düzgündür

Sual 337. İstivurmanın patogenezinin əsasını nə təşkil edir?

- A) İstivurma –hipertermiyanın özünəməxsus forması olub, bu zaman həyati funksiyalar daha tez pozulur. 30% hallarda ölüm intoksikasiya fonunda tənəffüs çatmamazlığından baş verir.
- B) İstivurma zamanı rektal temperatur 42-43°C-yə çatır.
- C) İstivurma xarici temperatura qarşı adaptasiyanın zəifləməsi ilə əlaqədar olur.
- D) İstivurmanın patogenezinin əsasını intoksikasiya təşkil edir.
- E) *Bütün cavablar düzgündür.

MƏSLƏNƏT GÖRÜLƏN ƏDƏBİYYAT

1. Абакумов М.М., Лебедев Н.В., Малярчук В.И. Объективная оценка тяжести травмы у пострадавших с сочетанными повреждениями., //Вестник хирургии, 2001, 6, 42-45.
2. Абакумов М.М., Погодина А.Н., Голиков П.П. Биохимические критерии оценки тяжести состояния раненых с огнестрельными повреждениями груди и живота., //Вестник хирургии., 1998, 4, 57-61.
3. Абакумов М.М., Малярчук В.И., Лебедев Н.В. Повреждения живота при сочетанной травме., М, 2005, 176.
4. Алиев Г.К. Травматические аневризмы на почве военно-полевых (огнестрельных) ранений и их оперативное лечение., Труды научной конференции эвакогоспиталей Азербайджана, Баку, 1945, 73-83.
5. Алиев С.А., Салахов З.А. Огнестрельные ранения толстой кишки, //Хирургия, 2009, 1,14-19.
6. Алисов П.Г., Котенко П.К., Ермакова Г.Ю. Характеристика и особенности лечения непроникающих ранений живота., //ВМЖ, 1993, 7, 28-29
7. Баринов В.С., Хан Ака, Хирургическая коррекция ранений кровеносных сосудов и их последствий. //ВМЖ, 1994, 5, 56.
8. Баяндин Л.Н. Пластика артерий в условиях инфицированной раны. Автореферат кандидатской диссертации, Москва, 1967.
9. Белоусов А.Е. К вопросу об интрамедуллярной фиксации гвоздем при огнестрельных переломах костей голени. //Ортопедия, травм. и протезирование, 1976,1, 67-69.
10. Бисенков Л.Н., Тынянкин Н.А., Саид Х.А. Особенности диагностики и лечения ушибов сердца огнестрельного происхождения. ВМЖ, 1992, 4-5, 57-60.
11. Бисенков Л.Н. Хирургия огнестрельных ранений груди. СПб.: Гиппократ, 2000, 312.
12. Богомоллов Б.Н., Пантелеев А.В., Полушин Ю.С. Реаниматологическая помощь при минно-взрывной травме., //Анест. и реаниматол., 1998;(2):11-6.
13. Бояринцев В.В. Эндовидеохирургия в диагностике и лечении ранений травм: Автореферат д.м.н, СПб., 2004
14. Брюсов П.Г. Неотложная инфузионно-трансфузионная терапия массивной кровопотери. //Гематол. и трансфузиол., 1991, 2, 8-13.
15. Брюсов П.Г., Жижин В.Н., Коноваленко С.И. Медицинская сортировка–важнейший организационный элемент оптимизации медицинской помощи пострадавшим при чрезвычайных ситуациях. //ВМЖ, 1992, 1, 31-35.
16. Брюсов П.Г., Ефименко Н.А., Розанов В.Е. Оказание специализированной хирургической помощи при тяжелой механической сочетанной травме., //Вестник хирургии, 2001, 1, 43-47.
17. Бугров С.А., Литовченко В.В. Авиационное обеспечение мероприятий по оказанию медицинской помощи пострадавшим при стихийных бедствиях, авариях и катастрофах. //ВМЖ, 1990, 4, 22-25.
18. Быков Ю.И., Ефименко Н.А., Гуманенко Е.К. Военно-полевая хирургия. (Национальное руководство), Москва, 2006, 815стр.
19. Вагнер Е.А., Заугольников В.С., Ортенберг Я.А. Инфузионно-трансфузионная терапия острой кровопотери. Москва, 1986.
20. Вагнер Е.А., Тавровский В.М. Ошибки, опасности и осложнения в легочной хирургии. Пермь, 1977.
21. Величко М.А. Недостатки в оказании медицинской помощи раненым в догоспитальном периоде. //ВМЖ, 1992, 4-5, 39-43.
22. Ворбьев Г.И., Проценко В.М., Саламов К.Н. Огнестрельное ранение крестца и прямой кишки. //ВМЖ, 1994, 9, 50.
23. Вязицкий П.О., Комаров В.И., Хабиби В. Поражения легких при огнестрельных ранениях и минно-взрывной травме предшествующие развитию пневмонии. //ВМЖ, 1989, 9, 19-22.
24. Вязицкий П.О., Комаров В.И., Хабиби В. Механизмы развития и клинические предвестники вторичных пневмоний при минно-взрывной травме (первое сообщение). //ВМЖ, 1988, 11, 25-28.
25. Гембитский Е.В., Коломоец В.Г., Новоженков В.Г. Легочные осложнения при тяжелой сочетанной черепно-мозговой травме (патогенез, клиника, диагностика и лечение). //Клиническая медицина,

- 1996; 2,12-16.
26. Гофман В.Р., Киселев А.С. Хирургическая тактика при слепых огнестрельных ранениях основании черепа., //Вестник хирургии, 1998, 5, 74-78.
 27. Григорьев В.В., Зайцева К.К., Косачев И.Д. Морфология заживления огнестрельной раны после первичной хирургической обработки в эксперименте. //Архив патологии, 1983, т. 45, выпуск 8, 64-72.
 28. Грицанов А.И., Рыбаченко П.В., Фомин Н.Ф. Нейродистрофические расстройства при минно-взрывной травме и возможности их коррекции. //ВМЖ, 1993, 1, 31-39.
 29. Грицанов А.И., Фомин Н.Ф., Миннуллин И.П. Особенности патогенеза, клиники, диагностики и лечения минно-взрывных повреждений. //ВМЖ, 1990, 9, 46-48.
 30. Гузеев В.А. Пластика артерий в инфицированной ране. Автореферат кандидатской диссертации. Алма-Ата, 1964.
 31. Гуманенко Е.К., Бояринцев В.В., Супрун Т.Ю. Методология объективной оценки тяжести травм (часть II). Оценка тяжести огнестрельных ранений. //Вестник хирургии, 1997, 3, 40-42.
 32. Гуманенко Е.К., Самохвалов И.М. Актуальные проблемы лечения минно-взрывных ранений., //Вестник хирургии, 2001, 5, 76-81.
 33. Гуманенко Е.К., Немченко Н.С., Пашковский Э.В., Гончаров А.В. Патогенетические особенности первого периода травматической болезни при острой сердечной недостаточности., //Вестник хирургии, 2005, 4, 44-48.
 34. Гуманенко Е.К., Немченко Н.С., Гончаров А.В., Пашковский Э.В. Патогенетические особенности первого периода травматической болезни при острой дыхательной недостаточности., //Вестник хирургии, 2005, 2, 38-42.
 35. Гуманенко Е.К., Немченко Н.С., Гончаров А.В. Хирургическая помощь контртеррористических операциях на Северном Кавказе, ВМЖ, 2006, 1,3-9.
 36. Гуревич К.Я., Воробьев А.А., Глазников Л.А. Основные принципы экстракорпоральной детоксикации в военно-полевой хирургии. //ВМЖ, 1991, 7, 7-11.
 37. Давыдовский И.В. Огнестрельная рана человека. Т.1., Москва, 1952, 11-32; 135-150.
 38. Давыдовский И.В. Огнестрельная рана человека. Т.П., Москва, 1954. 355с.
 39. Дерябин И.И. Травматическая болезнь //Вестник хирургии, 1983, 10, 75-79
 40. Дедушкин В.С., Косачев И.Д., Ткаченко С.С. Оказание медицинской помощи и объем лечения пострадавших с взрывными повреждениями. //ВМЖ, 1992, 1, 13-18.
 41. Долинин В.А. Необратимость состояний при травмах и огнестрельных ранениях различной локализации. //Вестник хирургии, 1991, 2, 47-51.
 42. Дыскин Е.А., Озерецковский Л.Б, Попов В.Л. Ранения современным стрелковым оружием и международное гуманитарное право. //ВМЖ, 1992, 1, 4-10.
 43. А.С.Ермаков, М.М.Абакумов, В.В.Соколов, В.И.Картавенко, Н.М.Епифанова Общие вопросы оказания медицинской помощи при сочетанной травме., //Хирургия, 2003, 7-11.
 44. Ермолаев В.Р. Транспортное обезболивание и транспортная иммобилизация., Издательство Саратовского Униаерситета, 1973, 80с.
 45. Ерюхин И.А., Алисов П.Г. Огнестрельные и взрывные повреждения живота. Вопросы механогенеза, диагностически и лечебной тактики по опыту оказания хирургической помощи раненым во время войны в Афганистане (1980-1989). //Вестник хирургии, 1998, 5, 53-61.
 46. Ерюхин И.А., Алексеев А.В., Корнилов В.А. Использование принципов военно-полевой хирургии при оказании медицинской помощи пострадавшим во время катастроф. //ВМЖ, 1991, 6, 22-26.
 47. Ерюхин И.А., Хрупкин В.И., Самохвалов И.М. Лечение сочетанных огнестрельных и взрывных повреждений на этапах медицинской эвакуации. //ВМЖ, 1992, 4-5, 99.
 48. Ерюхин И.А., Гаврилин С.В., Немченко Н.С., Павленко А.И., Иванов Г.А. Эндотоксикоз при тяжелой сочетанной травме., //Вестник хирургии, 2001, 5, 120-124.
 49. Ерюхин И.А., Зубарев П.Н., Хрупкин В.И. и др. Организация и содержание хирургической помощи /Опыт медицинского обеспечения войск в Афганистане 1979-1989гг., Т.2, 2002,14-67.
 50. Ефименко Н.А., Пинчук О.В., Курицын А.Н. Лечение огнестрельных ранений вен в первом эшелоне специализированной хирургической помощи., //Хирургия, 2003, 11, 4-7.
 51. Жуков Г.А. О последствиях в районе персидского залива. //ВМЖ, 1992, 12, 17-19.
 52. Жуков Г.А. Некоторые данные о медицинской службе США в Южном Вьетнаме. //ВМЖ, 1968, 9, 15-18.
 53. Зуев В.К. Реконструктивная и пластическая микрохирургия при лечении боевых травм

- конечностей. //ВМЖ, 1998, 5, 35-38.
54. Ивашкин В.Т. Изменения внутренних органов у раненых. //ВМЖ, 1993, 1, 25-30.
 55. Коваленко В.П., Андронов А.С. Влияние ускоренной адаптации на работоспособность военнослужащих в условиях жаркого климата. //ВМЖ, 1990, 11, 48-51.
 56. Козлов Г.К., Ивашкевич В.С., Спичев В.П. Актуальные вопросы развития полевой рентгеновской техники. //ВМЖ, 1991, 5, 63-67.
 57. Королев М.П., Кутушев Ф.Х., Уракчеев Ш.К. Некоторые вопросы диагностики и хирургической помощи при торакоабдоминальных ранениях. //Вестник хирургии, 1997, 1, 83-85.
 58. Кочергаев О.В., Муталлибов М.М., Прокин И.Г., Мурадов Х.И. Диагностика и лечение огнестрельных ранений груди., //Хирургия, 2002, 5, 36-39.
 59. Кочергаев О.В., Хестанов К., Дзгаев Х.В., Миндзаева Е.Г. Хирургическая тактика при огнестрельных ранениях ободочной кишки., //Хирургия, 2002, 5, 40-43.
 60. Кочетов Г.П. Течение шока у раненых в условиях жаркого климата. ВМЖ, 1988, 45, 97-101.
 61. Курбанов Г.Р. Ранняя пластика при огнестрельных разрушениях лица. Труды научной конференции эвакогоспиталей Азербайджана, Баку, 1945, 185-187.
 62. Кургузов О.П., Балагуров И.И. Сочетанное проникающее ранение забрюшинного пространства, брюшной и плевральной полостей через промежность., //Хирургия, 2003, 11, 49-50.
 63. Левшанков А.И. Организация анестезиологической и реаниматологической помощи в военно-полевых условиях. //ВМЖ, 1993, 1, 39-45.
 64. Леменев В.Л., Михайлов И.П., Котов, А.С. Исаев Г.А. Лечение больных с посттравматической декомпенсированной ишемией конечностей., //Вестник хирургии, 2000, 3, 30-34.
 65. Лещенко И.Г. Выбор хирургических методов при огнестрельных ранениях толстой кишки. //Клиническая хирургия, 1998, 4, 21-22.
 66. Лоховицкий С.В., Сагинов Т.А., Никонов В.В. Ранения живота и таза с повреждениями магистральных сосудов. //Вестник хирургии, 1995, 3, 65-67.
 67. Маскин С.С., Коровкин А.Я. Массивные реинфузии крови при сочетанном огнестрельном ранении органов брюшной полости. //Клинич. хирургия, 1990, 6, 54-55.
 68. Маслякова Г.А. Сущность и значения ДВС синдром при остром перитоните., //Хирургия, 2002, 1, 21-23.
 69. Махлин И.А. Повреждения сосудов нижних конечностей при ранениях. ВМЖ, 1990, 1, 69.
 70. Муталлибов М.М., Прокин И.Г., Мурадов Х.И. Диагностика и лечение огнестрельных ранений груди., //Хирургия, 2002, 5, 36-39.
 71. Немченко Н.С., Гончаров А.В., Борисов М.Б. Метаболические основы патогенеза тяжелой сочетанной травмы., //Вестник хирургии, 2001, 5, 114-119.
 72. Непран Л.П., Шумило А.В. Применение чрескостного остеосинтеза при осложненной огнестрельной травме конечности. //ВМЖ, 1991, 7, 25-27.
 73. Нечаев Э.А., Бисенков Л.Н. Торакоабдоминальные ранения., Санкт-Петербург, 1995
 74. Озерецковский Л.Б., Гуманенко Е.К., Бояринцев В.В. Раневая баллистика –СПб.: Калашников, 2006, 373.
 75. Пауль фон Брунс Негуманное оружие на войне. //ВМЖ, 1992, 1, 11-12.
 76. Пашковский Э.В., Гайдук С.В., Гончаров А.В. Состояние центральной гемодинамики при травматической болезни., //Вестник хирургии, 2001, 5, 109-113.
 77. Пепе П. Влияние догоспитальных мероприятий на исход и полноценность возмещения кровопотери при травмах. //ВМЖ, 1990, 8, 50-52.
 78. Пирогов Н.И. Начало общей военно-полевой хирургии. М., 1941.
 79. Поликевич В.И., Веревкин И.Н., Чибисов В.А. Аутотрансплантация тканей селезенки после спленэктомии при огнестрельных ранениях живота. //Вестник хирургии, 1990, 5, 66-70.
 80. Потапов А.И., Теряев В.Г. Принципы оказания медицинской помощи пострадавшим в зоне катастрофы и во время эвакуации. //ВМЖ, 1990, 8, 43-45.
 81. Ревской А.К., Люфинг А.А. Хирургическая тактика при огнестрельных ранениях живота. //Хирургия, 1998, 10, 15-19.
 82. Ревской А.К., Войновский Е.А., Клипак В.М., Щекочихин А.В. Хирургическая тактика при огнестрельных сочетанных ранениях таза., //Хирургия, 2001, 9, 41-46.
 83. Рыжало М.Н., Костенко В.П., Саидов Р.С. Лапаростомия при лечении огнестрельного прогрессирующего перитонита. //ВМЖ, 1994, 5, 54-55.

84. Салахов З.А. Особенности обезболивания при травме грудной клетки у раненых с различными заболеваниями сердца, легких и других жизненноважных органов., Материалы выездной научно-практической конференции, посвященной актуальным проблемам травматологии и ортопедии Азербайджанской Республики., Баку, 1992, 18-20.
85. Салахов З.А. Тактика лечения огнестрельных ранений толстой кишки в условиях военно-полевого хирургического госпиталя., //ВМЖ, 2000, 10, 22.
86. Салахов З.А. Некоторые особенности диагностики и оказания квалифицированной хирургической помощи при огнестрельных ранениях живота в военно-полевом хирургическом госпитале., //ВМЖ, 2000, 11,46.
87. Салахов З.А. Тактика хирурга при лечении ранений печени и гепатопанкреатодуоденальной зоны в условиях военно-полевого хирургического госпиталя., //ВМЖ, 2001, 5, 40.
88. Салахов З.А. Результаты лечения огнестрельных ранений таза и тазовых органов в условиях военно-полевого хирургического госпиталя, //Sağlamlıq, 2003, 6,15-17.
89. Салахов З.А. Результаты лечения огнестрельных ранений грудной клетки при вооруженных конфликтах на территории Азербайджанской республики, //Sağlamlıq, 2003,4, 23-25.
90. Салахов З.А. Результаты лечения огнестрельных ранений живота, полученных в вооруженных конфликтах на территории Нагорного Карабаха., Азербайджанской республики., //Azərbaycan Tibb Jurnalı, 2004, 1. 128-130.
91. Салахов З.А. Нерешенные вопросы огнестрельных торакоабдоминальных ранений, вопрос классификации и организации лечебно-эвакуационных мероприятий в зоне современных военных конфликтах., //Azərbaycan onkologiya və hematologiya jurnalı, Bakı, 2009, 1, 163-172.
92. Салахов З.А. Принципы современного лечения огнестрельного ранения живота., //Клиническая хирургия, Киев, 2009, 5, 24-26.
93. Салахов З.А. Результаты квалифицированной хирургической помощи при огнестрельных ранениях в зоне военных действий., //Журнал "Научная жизнь", Москва, 2009, 4, 13-20.
94. Салахов З.А. Улучшение результатов лечения боевых травм путем модернизации системы лечебно-эвакуационных мероприятий., //Azərbaycan ortopediya və travmatologiya jurnalı, 2009, 1-2, 63-66.
95. Салахов З.А. Улучшение результатов квалифицированной хирургической помощи пострадавшим с огнестрельными ранениями грудной клетки путем модернизации и усовершенствования системы лечебно-эвакуационных мероприятий. (На основе материалов военно-полевого хирургического госпиталя №1), //Журнал Харьковская хирургическая школа, Харьков, 2009, 3, 43-47.
96. Салахов З.А. Модернизация и усовершенствование системы лечебно-эвакуационных мероприятий в оказании квалифицированной хирургической помощи раненым с огнестрельными ранениями таза и тазовых органов., //Украинский журнал хирургии, Донецкий, 2010, 1, 102-106.
97. Салахов З.А. Пути улучшения результатов квалифицированной хирургической помощи раненым с огнестрельными ранениями живота (по материалам Передового госпиталя №1), //Вестник хирургической гастроэнтерологии, Москва, 2010, 1, 39-44.
98. Салахов З.А. К вопросу о классификации огнестрельных тангенциальных (торако-абдоминальных) ранений., //Хирургия, Москва, 2010, 8, 38-43.
99. Салахов З.А., Гасанов М.И., Исмаилова Д.А. Нерешенные вопросы классификации огнестрельных торакоабдоминальных ранений в отношении тангенциальных ранений., //Клиническая хирургия, Киев, 2012, 3, 33-39.
100. Самохвалов И.М., Завражнов А.А., Кизявка М.И. Диагностика и хирургическая тактика при ранениях сердца и перикарда., //Вестник хирургии, 2001, 5, 102-108.
101. Сапожков А.Ю., Никольский В.И. Повреждения печени при непроникающих огнестрельных ранениях живота. //Клиническая хирургия, 1990, 9, 75.
102. Сингаевский А.Б., Карнаевич Ю.А., Малых И.Ю. Причины летальных исходов при тяжелой сочетанной травме., //Вестник хирургии, 2002, 2, 62-65.
103. Ткаченко С.С., Николенко В.К., Ерохов А.Н. Общее и местное лечение раненых с огнестрельными переломами на этапах медицинской эвакуации. //ВМЖ, 1991, 2, 24-26.
104. Топчубашев М.А. Аппарат для удаления инородных тел и его применение. Баку, изд. Академии наук Азерб. ССР, 1949, 120.
105. Топчубашев М.А., Ахмедов А.А. Рациональные хирургические доступы к органам, расположенным под диафрагмой. Баку, Элм, 1973.
106. Тотиков В.З., Хестанов А.К., Дзгаев Х.В., Миндзаева Е.Г. Хирургическая тактика при

- огнестрельных ранениях ободочной кишки., //Хирургия, 2002, 5, 40-43.
107. Тотиков В.З., А Маслякова Сущность и значения ДВС синдром при остром перитоните., //Хирургия, 2002, 1, 21-23.
 108. Уханов А.П., Беляков О.И. Огнестрельные ранения живота с повреждением органов брюшной полости и забрюшинного пространства. //Вестник хирургии, 1990, 2, 75.
 109. Фомин Н.Ф. Механогенез повреждений органов и тканей при минно-взрывных отрывах нижних конечностей. //ВМЖ, 1994, 5, 12-16.
 110. Фомин Н.Ф., Грицанов А.И., Попов В.А. Клинико-морфологическая характеристика минно-взрывных отрывов нижних конечностей. //ВМЖ, 1992, 1, 22-24.
 111. Хрупкин В.И. Применение нативной плазмы в хирургии ранений и их осложнений. //Вестник хирургии, 1998, 2, 43-47.
 112. Цыбуляк Г.Н., Бечик С.Л. Ранения и травмы груди. //Хирургия, 1997, 3, 5-9.
 113. Г.Н.Цыбуляк, С.Д.Шкянов Ранения и травмы живота: современная диагностика и новые подходы в лечении., //Вестник хирургии, 2001, 5, 81-88.
 114. Г.Н.Цыбуляк Общая хирургия повреждений СПб.: Гиппократ, 2005, 448с.
 115. Шанин В.Ю., Костюченко А.Л., Гаврилин С.В. Предоперационная интенсивная терапия при огнестрельных проникающих ранениях живота. //ВМЖ, 1992, 1, 41-44.
 116. Шаповалов В.М. и др., Хирургическая стабилизация таза у раненых и прстрадавшихСПб.:2000, 239с.
 117. Шерман Д.М. Медицина катастроф и военно-медицинский аспект проблемы шока. //ВМЖ, 1993, 5, 11-15.
 118. Шестопалов А.Е. О компенсации кровопотери в условиях жаркого климата. //ВМЖ, 1982, 39, 155-159.
 119. Эфендиев Ф.А. Торакоскопия при травматических эмпиемах плевры и ее диагностическое значение. Труды научной конференции эвакогоспиталей Азербайджана, Баку, 1945, 138-144.
 120. Эфендиев Ф.А. Об одной пробе, указывающей на переход гемоторакса в нагноение. Изб. Труды, т. I, Баку, 1967, 30-34.
 121. Яковлев В.А., Шишмарев Ю.Н., Ерюхин И.А. Возможности электрокардиографии в диагностике закрытых сочетанных повреждений органов груди. //ВМЖ, 1990, 3, 41-44.
 122. Adams D.B., Schwab C.W., "Twenty One Years Experience with Land Mine Injuries", //J Trauma, 1998, 28, 159-162.
 123. Andrea F., John D.M., Hastings K. Hypothermia and Acidosis Worsen Coagulopathy in the Patient Requiring Massive Transfusion. Am J. Surg., 1990, 160, 11, 515-518.
 124. Bellamy R.F. History of surgery for penetrating chest trauma //Chest Surg. Clin North Amer/ 2000, 1, 55-70.
 125. Carrillo E.H., Kozloff M., Saridakis A., Bragg S., Levy J. Thoracoscopic applications of a topical sealant for the management of persistent posttraumatic pneumothorax // J. Trauma, 2006, 1? 111-114.
 126. Davis J.H. History of Trauma /in Mattox K.L., Moore E.E., Feliciano D.V. (eds): Trauma, Appleton & Lange 1988, 3-14.
 127. Davis N.S. History of Medicine. Chicago, 1907.
 128. Durand Andre. History of the International Committee of the Red Cross, vol. II, Geneva, 1984.
 129. Gavande A. Casualties of war. Military care for the wounded from Iraq and Afghanistan //N. Engl. J Med., 2004, 2471-75
 130. George J. The Nazi Doctors and the Nuremberg Code Human Rights in Annas and Michael A. G Human .Experimentation. Oxford University Press, Oxford, 1992, 111-371.
 131. Katz R., Golijanin D., Blachar A. Resolution of posterior urethral rupture caused by a gunshot injury, treated with only suprapubic drainage. //Br J. of Urology 1997, 80(3): 498-499.
 132. Kauvar D.S., Holcomb J.B., Norris G.C., Hess J.R. Fresh whole blood transfusion: a controversial military practice //J.Trauma, 2006, 1, 181-184.
 133. Kelemen J.J, Martin R.R, Obney J.A, Jenkins D, Kissinger D.P. Evaluation of diagnostic peritoneal lavage in stable patients with gunshot wounds to the abdomen. //Arch Surg 1997; 132:909-913.
 134. Kevin M.M., Thomas M.D., Nilson M.T., McGaon D., Shabot M.M. Objective indications for early tracheostomy after blunt head trauma. Amer. J. Surg., 2004, 186, 6, 615-619.
 135. Khan A. Z., Parry J. M., Crowley W.F., McAllen K., Davis A.T., Bonnell B.W., Hoogeboom J.E. Recombinant factor VIIa for the treatment of severe postoperative and traumatic hemorrhage. American J.S., 2005, 189, 3, 331-334

136. Killeen K.L, Shanmuganathan K, Poletti P.A, Cooper C, Mirvis S.E. Helical computed tomography of bowel and mesenteric injuries. //J Trauma 2001; 51:26-36.
137. Korver A.J. Injuries of the lower limbs caused by antipersonnel mines: the experience of the International Committee of the Red Cross. //Injury. 1996; 27(7): 477-9.
138. Kroll W., Gassmayr S.E., Izmail S., List W.F. Prehospital fluid resuscitation. //Acta Anaesthologica Scandinavica Supplementum., 1997, 111, 301-302.
139. Leblang S.D, Nuñez D.B, Rivas L.A, Falcone S, Pogson S.E. Helical computed tomographic angiography in penetrating neck trauma. //Emerg Radiol 1997; 4:200-206.
140. Leibovici D., Fredman B., Gofrit O.N. Prehospital cricothyroidotomy by phisicians., //American J. of Emergency Medicine., 1997, 15 (1): 91-93.
141. Maye J., Marshall N.E. Penetrating mine injury to the heart with a pericardial tamponade. //CRNA., 1996;7(1):25-8.
142. McGrath V. Rectal trauma: management based on anatomic distinctions. //Am. Surg. 1998 ;64(12):1136-1141.
143. McKinley W.O. Clinical presentations, medical complications, and functional outcomes of individuals with gunshot wound-induced spinal cord injury. //Am. J. Phys. Med. Rehabil. 1999 ;78(2):102-107.
144. Manley G.T., Pitts L.H., Morabito D. Brain tissue oxygenation during hemorrhagic shock, resuscitation, and alterations in ventilation. //J. of Trauma 1999, 46(2): 261-267.
145. Marekovic Z., Derezić D., Krhen I., Kastelan Z. Uragenital war injuries. //Military Medicine 1997, 162(5): 346-348.
146. Martin R.R., Mattox K.L., Burch J.M. Advances in treatment of vascular injuries from blunt and penetrating limb trauma. //World J. Surg., 1992; 16:930-937.
147. Marzi I. Hemorrhagic shock: update in pathophysiology and therapy. //Acta Anaesthesiologica Scand. 1997, 111: 42-44.
148. Michael L., Self M.D., Blake M.D., Witley R.N., Leonard M.D., Ernest M.D. The benefit of routine thoracic, abdominal and pelvic computed tomography to evaluate trauma patient with closed head injuries. //Am J. Surg., 2004, 186, 6, 609-614.
149. Mirvis SE, Shanmuganathan K. MR imaging of thoracic trauma. Magn Reson Imaging //Clin N Am 2000; 8:91-104.
150. Misliwetz J. Pump-gun as a weapon. Type of injuries, prohibition of weapons. //Arch Kriminol. 1999; 203(1-2): 10-18.
151. Mital V. Penetrating cardiac injuries. //Am Surg. 1999; 65(5):444-448.
152. Moomey C.B.J., Fabian T.C., Croce M.A. Determinants of miocardial performance after blunt chest trauma. //J. of Trauma 1998, 45(6):988-996.
153. Muller M.G., Slaikou J.D., Bonelli P., Davis A.T., Hoogeboom J.E., Bonnell B.W. Early tracheostomy versus late tracheostomy in the surgical intensive care unit American J.S., 2005, 189, 3, 293-296.
154. Múnera F, Soto J.A, Palacio D, Velez S.M, Medina E. Diagnosis of arterial injuries caused by penetrating trauma to the neck: comparison of helical CT angiography and conventional angiography. //Radiology 2000; 216:356-362.
155. Múnera F, Soto J.A, Palacio D. Penetrating neck injuries: helical CT angiography for initial evaluation. //Radiology 2002; 224:366-372.
156. Murphy P., Colwell C. Prehospital management of neck trauma. Emerg Med Serv. 2000 ;29 (5):53-4, 56-8.
157. Murray JA, Demetriades D, Asencio JA, et al. Occult injuries to the diaphragm: prospective evaluation of laparoscopy in penetrating injuries to the left lower chest. //J Am Coll Surg. 1998, 187(6):626-630.
158. Muzaffar W., Khan M.D., Akbar M.K., Malik A.M., Durrani O.M. Mine blast injuries: ocular and social aspects. //Br. J. Ophthalmol. 2000; 84(6):626-30.
159. Nathan R. The management of penetrating trauma to the hand. Hand Clin. 1999;15(2):193-9.
160. Navsaria P.H., Shaw J.M., Zellweger R., Nicol A.J., Kahn D. Diagnostic laparoscopy and diverting sigmoid loop colostomy in the management of civilian extraperitoneal rectal gunshot injury., //BJS, 2005, Vol. 91, N4, 460-464.
161. Nelson A.J. Traumatic nerve injuries about the elbow. //Orthop Clin North Am. 1999 ;30(1):91-94. Review.
162. Nəsirov M.Y., Salahov Z.Ə., Hərbi-səhra cərrahlığı, Bakı, 1998 (Dərslik).
163. Nikolic D., Draskovic V., Vulovic R., Mladenovic M. Missile injuries of the knee joint. //J.Injury. 2000;31(5):317-324.

164. Nikolic D., Jovanovic Z., Vulovic R., Mladenovic M. Primary surgical treatment of war injuries of the foot. //Injury. 2000;31(3):193-197.
165. Nishiyama T., Hanaoka K. Free hemoglobin concentrations in patients receiving massive blood transfusion during emergency surgery for trauma., //Can. J. Anaesth. 2000;47(9):881-5.
166. Omokawa S., Notoya T., Kumagai M., Takada G. Development of a rapid blood transfusion system with the capability of blood. Purification., Ther Apher. 2000; 4(5):377-81.
167. Ortega AE, Tang E, Froes ET. Laparoscopic evaluation of penetrating thoracoabdominal traumatic injuries. //Surg Endosc. 1996;10(1):19-22.
168. Owen-Smith M. High Velocity Missile Wounds. Arnold, London, 1981, 3-20
169. Parker P.J. Damage control surgery and casualty evacuation: techniques for surgeons, lessons for medical planners. //J.R. Army Medical Corps. 2006,4 202-211/
170. Patel F. Traumatic subarachnoid haemorrhage in nonpenetrating head injury. //J. of Trauma 1998, 44 (1):2
171. Paşayeva P.H., Truman Q.L, Mehdiyeva C.A., Ağayev Ə.T. Böyük Vətən Müharibəsi illərində Azərbaycan alimlərinin tibb elminin və xalq səhiyyəsinin inkişafında rolu, //Azərbaycan tibb jurnalı, 1986, 5, 3-8.
172. Peckinpaugh K., Izsak E., Lindstrom D. The advanced pedi-bag program: a hospital-EMS partnership to implement prehospital training, equipment, and protocols., //Pediatr Emerg Care. 2000;16(6):409-412.
173. Plotkin J.S. Excess mortality associated with the use of rapid infusion system at level 1 trauma center. Resuscitation 1997, 34(1): 93-95.
174. Posel C., Moss J. Psychiatric morbidity in a series of patients referred from a trauma service. General Hospital Psychiatry 1998, 23(3): 198-201.
175. Quatrehomme G. Gunshot wounds to the skull: comparison of entries and exits. //Forensic Sci Int. 1998, 8;94(1-2):141-146.
176. Saadia R. Management of combined penetrating cardiac and abdominal trauma. //J.Injury. 1997 ;28(5-6):343-347.
177. Sahni R., Menegazzi J.J., Mosesso V.N.J. Paramedic evaluation of clinical indicators of cervical spinal injury. //Prehospital Emergency Care 1997, 1(1): 16-18.
178. Salahov Z.A. Treatment results depending on commented errors in gunshot injuries, //Azerbaijan Medical Journal, 2004, 2, 24-27.
179. Salahov Z.A. Some Peculiarities in Diagnosis and Management of Gunshot Pelvic Injuries in Field Hospitals., //Azerbaijan Journal of Oncology and Related Sciences, 2003, 10, 2, 106-107.
180. Salahov Z.Ə. Hərbi-səhra hospitalı şəraitində travmatik şokun müalicəsinin müasir problemləri, //Azərbaycan tibb jurnalı, 1997, 4, 6–9.
181. Salahov Z.Ə. Odlu silahla yaralanmalar zamanı hospitala qədərki mərhələnin əhəmiyyəti və müalicənin nəticələrinə təsiri., //Azərbaycan tibb jurnalı, 1997, 1, 29–31.
182. Salahov Z.Ə. Академик М.А. Топçубаşовун müharibə illərində fəaliyyəti., //Azərbaycan tibb jurnalı, 1996, 3, 110-111.
183. Salahov Z.Ə. Daxilə keçməyən odlu silah yaralanmaları zamanı orqanların zədələnmə təsadüfləri., //Sağlamlıq, 1997, 2, 33-36.
184. Salahov Z.Ə. Döş qəfəsinin mina və qəlpə yaralanmalarının gedişi və müalicə taktikasının bəzi xüsusiyyətləri., //Sağlamlıq, 1999, 2, 14–16.
185. Salahov Z.Ə. Çanaq yaralanmalarının müalicəsində diaqnostik səhvlərin analizi., //Sağlamlıq, 1999, 6, 41-42.
186. Salahov Z.Ə. Sidik-ifrazan sistemi orqanlarının odlu silah yaralanmaları zamanı müalicə taktikası və onun nəticələrinin müzakirəsi., //Sağlamlıq, 1999, 7, 11-12.
187. Salahov Z.Ə. Çanağın odlu silah yaralanmalarının xarakteristikası və müalicəsinin bəzi xüsusiyyətləri., //Sağlamlıq, 2000, 2, 16-17.
188. Salahov Z.Ə. Qaraciyərin odlu silah yaralanmalarında fəsadlaşmalar, onların profilaktikası və müalicəsi., Профилактика и лечение осложнений боевых травм в условиях горно-пустынной местности по опыту войны в Карабахском регионе Азербайджанской Республики (тезисы докладов), Баку, 1994, 91-92.
189. Salahov Z.Ə. Qarının odlu silah yaralanmalarında fəsadlaşmalar, onların profilaktikası və müalicəsi., Профилактика и лечение осложнений боевых травм в условиях горно-пустынной местности по опыту войны в Карабахском регионе Азербайджанской Республики (тезисы докладов), Баку, 1994, 92 -93.

190. Salahov Z.Ə. Operasiya avto-qoşğusunun səhra şəraitində sınaqdan çıxarılması., Akademik M.Topçubaşovun 100 illiyinə həsr edilmiş elmi konfransın tezisləri, Bakı, 1995, 158.
191. Salahov Z.Ə. Azərbaycanca odlu silah yaralanmalarının müalicəsinin inkişafına dair., //Hərbi bilik, 1996, 4, 95-99.
192. Salahov Z.Ə. Ətrafların odlu silah yaralanmalarının müalicəsinin analizi və alınmış nəticələrin retrospektiv qiymətləndirilməsi. Ortopedita və travmatologiyanın actual problemləri., Bakı, 1999, 148-154.
193. Salahov Z.Ə. Odlu silah yaralanmalarına dair situasiya məsələlər, Bakı, 2000, 156s.
194. Salahov Z.Ə. Torakoabdominal odlu silah yaralanmaları zamanı cərrahi taktika (metodik tövsiyə)., Bakı, 1997, 28s.
195. Salahov Z.Ə. Odlu silah yaralanmalarının mexanizmi və yaraların cərrahi işlənməsinin prinsipləri (metodik tövsiyə), Bakı, 1997, 33s.
196. Salahov Z.Ə. Hərbi-səhra cərrahlığının tədrisinin müasir problemləri (metodik tövsiyə)., Bakı, 1997, 30s.
197. Salahov Z.Ə. Döş qəfəsinin odlu silah yaralanmaları zamanı müalicə taktikası (metodik tövsiyə)., Bakı, 1997, 32s.
198. Salahov Z.Ə. Qarının odlu silah yaralanmaları zamanı müalicə taktikası (metodik tövsiyə)., Bakı, 1997, 42s.
199. Salahov Z.Ə. Çanağın odlu silah yaralanmaları zamanı müalicə taktikası (metodik tövsiyə)., Bakı, 1997, 19s.
200. Salahov Z.Ə. Qarabağ müharibəsində odlu silah yaralanmaları zamanı ixtisaslı cərrahi yardımın təşkili, fəsadlaşmaların profilaktikası və müalicəsi (monoqrafiya), Bakı, 2001, 238s.
201. Salahov Z.Ə. Odlu silah yaralanmalarının müalicəsinin nəticələrinin mənfi ekzogen amillərdən asılı olaraq qiymətləndirilməsi, //Azərbaycan tibb elmi və praktik səhiyyənin müasir nailiyyətləri, II cild, Bakı, 2003,42-52.
202. Salahov Z.Ə. Odlu silah yaralanmaları zamanı fəsadlaşmaların baş verməsinin yaralıların fiziki hazırlıq qabiliyyətindən asılılığı və yanaşı xəstəliklərin odlu silah yaralanmalarının nəticələrinə mənfi təsiri., //Azərbaycanda tibb elmi və praktik səhiyyənin müasir nailiyyətləri 2005, 1, 144-147.
203. Salahov Z.Ə. Odlu silah yaralanmaları zamanı ixtisaslı cərrahi yardımın nəticələrinin hospitalaqədərkə mərhələnin fəaliyyətindən asılı olaraq qiymətləndirilməsi., //Azərbaycanda tibb elmi və praktik səhiyyənin müasir nailiyyətləri 2005, 1, 179-185.
204. Salahov Z.A. 200 Questions About Gunshot Wounds., Azerbaijan Republic, Baku, 2006.
205. Salahov Z.A., Situational questions about gunshot wounds (Circumstantial questionnaire about fire arm injuries of the Garabakh War) Azerbaijan Republic, Baku, 2008, p.135.
206. Salahov Z.A., Tangential (nonpenetrating) thoracoabdominal gunshot injuries., //Bulgarian scientific journal, Academic Publishing House, Sofia, 2009, 3, 17-23.
207. Salahov Z.A., The actual problems of pelvic gunshot injuries in regional military conflicts., //Journal "Nauka I studia", Poland, 2009, №6, (18) 100-105.
208. Salahov Z.Ə. Hərbi münaqişə bölgələrində döş qəfəsinin odlu silah yaralanmaları zamanı müalicə taktikası və onun nəticələrinin yaxşılaşdırılması yolları., //Azərbaycan ortopediya və travmatologiya jurnalı, 2009, 1-2, 59-62.
209. Salahov Z.Ə., Gərgin pnevmotorakslar zamanı qapaqlı drenaj metodu., //Azərbaycan təbabətinin müasir nailiyyətləri., Bakı, 2010, 1, 88-91.
210. Salahov Z.Ə. Azərbaycan Respublikasının Qarabağ bölgəsində hərbi münaqişə illərində odlu silah yaralanmaları zamanı ixtisaslı cərrahi yardımın təşkili fəsadlaşmaların profilaktikası və müalicəsi, Doktorluq dissertasiyası, Bakı, 2010, 280s.
211. Sandoz J. Prohibitions of restriction on the use of certain conventional weapons. //Int. Rev. Red Cross. 1981, 21,
212. Sakka S.G., Huettemann E., Giebe W., Reinhart K., Late cardiac arrhythmias after blunt chest trauma. //Intensive Care Med. 2000; 26 (6):792-795.
213. Satoh M., Hirabayashi Y., Seo N. Intravenous patient controlled analgesia combined with continuous thoracic epidural analgesia for post-thoracotomy pain., //Masui. 2000; 49 (11):1222-5.
214. Sauaia A., Moore F.A., Moore E.E. Multiple organ failure can be predicted as early as 12 hours after injury., //J of Trauma 1998, 45, (2): 291-301.
215. Shanmuganathan K, Killeen K, Mirvis S.E. Imaging of diaphragmatic injuries. //J.Thorac Imaging, 2000; 15:104-111.
216. Shanmuganathan K, Mirvis S.E, Chiu W.C, Killeen K.L, Scalea T.M. Triple-contrast helical CT in

- penetrating torso trauma: a prospective study to determine peritoneal violation and the need for laparotomy. //AJR Am J Roentgenol 2001; 177:1247-1250.5:1065.
217. Sheppard G.H. High-energy, low velocity close-range shotgun wounds. //J.Trauma, 1980, 20:1065
 218. Silvestre S., Aronson S. Severe head injury: prehospital and emergency department management. //Mount Sinai J. of Medicine 1997, 64 (4-5): 329-338.
 219. Sing R.F. Balloon catheter tamponade of exsanguinating facial hemorrhage:a case report. //J.Emerg. Med. 1998 ;16(4):601-602.
 220. Smith R.C. To cut or not to cut: the evolution of exploratory laparotomy for abdominal gunshot wounds. //Am. Surg. 1999; 65(4):388-389.
 221. Soldo S., Puntaric D., Petrovicki Z., Prgomet D. Injuries caused by antipersonnel mines in Croatian Army soldiers on the East Slavonia front during the 1991-1992 war in Croatia. //Mil. Med. 1999;164 (2): 141-144.
 222. Sosa J.L, Arrillaga A, Puente I, Sleeman D, Ginzburg E, Martin L. Laparoscopy in 121 consecutive patients with abdominal gunshot wounds. //J Trauma 1995; 39:501-506.
 223. Sosa J.L., Pombo H., Puente I. Thoracoscopy in the evaluation and management of thoracic trauma. //Int. Surg. 1998; 83 (3):187-189.
 224. Soucy D.M., Rude M., Hsia W.C. The effects of varying fluid volume and rate of resuscitation during uncontrolled hemorrhage. //J. of Trauma 1999, 46 (2): 209-215.
 225. Spaite D.V., Criss E.A., Valenzuela T.D., Veislin H.W. Prehospital advanced life support for major trauma. //Annals of Emergency Medicine 1998, 32 (4): 480-489.
 226. Splayski B. Early surgery and other indicators influencing the outcome of war missile skull base injuries. //Surg. Neurol. 1998;50(3): 194-199.
 227. Stenback P., Davey S. The role of the Red Cross and the Red Crescent in coordination of international help in the extreme situations. //MMJ(R); 1990, 8, 27-28.
 228. Steele J. A. Plastic bullet injuries in Northern Ireland: experiences during a week of civil disturbance. //J. Trauma. 1999; 46 (4):711-711-714.
 229. Suserud B.O., Haljamae H. Nurse competence: advantageous in pre-hospital emergency care? //Accident & Emergency Nursing 1999, 7 (1): 18-25.
 230. Swan K.G. The us M-16 rifle versus the Russian AK-47 rifle: a comparison of terminal ballistics. //Am. J. Surg., 1983, 9, 472- 477.
 231. Taher A. A. Management of weapon injuries to the craniofacial skeleton. //J.Craniofac Surg. 1998; 9(4):371-382.
 232. Teitelbaum G. P. Carotid angioplasty and stenting in high-risk patients. //Surg Neurol. 1998; 50(4): 300-312.
 233. Thomas E., Bowen M.D., Emergency War Surgery NATO, Washington D.C., 1988.
 234. Thompson I.M., Flaherty S.F., Morey A.F. Battlefield urologic injuries: the Gulf War experience. //J.of the American College of Surgeons 1998, 187(2): 139-141.
 235. Trunkey D. D. Treatment of major hepatic trauma. Master of Surgery, Chicago; 1997, 1073-1084.
 236. Tubbs N. Abhorrent weapons and ‘superfluous injury or unnecessary suffering’: a concern for trauma surgeons? //J. Injury 1998, 29(2): 85-86.
 237. Tudor M. Prediction of outcome in patients with missile craniocerebral injuries during the Croatian War. //Mil Med. 1998;163(7):486-489.
 238. Udobi KF, Rodriguez A, Chiu W, Scalea TM. Role of ultrasonography in penetrating abdominal trauma: a prospective clinical study. //J Trauma 2001; 50:475-479.
 239. Uravic M. Colorectal war injuries. Military Medicine 2000, 165(3): 186-188.
 240. Vaccarili M, Lococo A. Related Articles Videothoracoscopy in the diagnosis and treatment of hemothorax. //Ann. Ital. Chir. 2000;71(2):181-185.
 241. Valadka A.B., Robertson C.S. Should be we using hypertonic saline to treat intracranial hypertension? //Critical Care Medicine 2000, 28(4):1245-1246.
 242. Van C., Deloos H.H., Current trauma scoring systems and their applications., //European J. of Emergency Medicine 1998, 5 (3):341-353.
 243. Van Rooyen M.J., Erickson T.B., Cruz C. Training military medics as civilian prehospital care providers in Southern Sudan. //Prehospital Emergency Care 2000, 4(1): 65-69.
 244. Velmahos G. C. Predicting the need for thoracoscopic evacuation of residual traumatic hemothorax: chest radiograph is insufficient. //J. Trauma. 1999; 46 (1):65-70.
 245. Velmahos G.C. Selective management of renal gunshot wounds. Br. J. Surg., 1998 ;85 (8):1121-1124.

246. Vowden K.R., Vowden P. Wound debridement, Part 2. *J. of Wound Care* 1999, 8(6): 291-294.
247. Wall M.J.J., Soltero E. Damage control for thoracic injuries. *//Surgical Clinics of North America* 1997, 77(4): 863-878.
248. Wang H.E., O'Connor R.E., Schnyder M.E. Patient status and time to intubation in the assessment of prehospital intubation performance. *//Prehospital Emerg Care.* 2001;5(1):10-18.
249. Watts J. Fluid resuscitation with colloid or crystalloid solutions. *B.M.J.*, 1998, 317 (7153): 277.
250. Waxman K. Are resuscitation fluids harmful? *Critical Care Medicine* 2000, 28(1): 264-265.
251. Wayne M.A., Delbridge T.R., Ornato J.P. Concepts and application of prehospital ventilation. *//Prehosp. Emerg. Care.* 2001;5(1):73-78.
252. Werner T. Erectile dysfunction caused by sacral gunshot injury. *Scand //J.Urol Nephrol.* 1999 ;33 (1):69-70.
253. Westaby S. Resuscitation in thoracic trauma. *//Br. J. Surg.*, 1994, 81,7,929-931.
254. Wilson E.H., Doan C.A., Miller D.F. Bear maggot treatment of osteomyelitis. Preliminary report of 26 cases. *//J.Am. Ass.* 1932, 98, 1149-1152.
255. Wong M.S., Tsoi E.K., Henderson V.J., Hirvela E.R. Videothoracoscopy an effective method for evaluating and managing thoracic trauma patients. *//Surg. Endosc.* 1996; 10(2): 118-21.
256. Yetiser S., Kahramanyol M. High-velocity gunshot wounds to the head and neck: a review of wound ballistics. *Mil. Med.* 1998;163(5): 346-351.
257. Yoganandan N., Pintar F.A. Biomechanics of penetrating trauma. *//Crit Rev Biomed Eng.* 1997; 25(6): 485-501.
258. Zafonte R.D. Moving bullet syndrome: a complication of penetrating head injury. *//Arch Phys Med Rehabil.* 1998, 79 (11): 1469-1472.
259. Zajtchuk R. Sullivan G.R. Battlefield trauma care: focus on advanced technology. *//Military Medicine* 1995, 160(1): 1-7
260. Zalstain S. Cameron P A. Helicopter emergency medical services: their role in integrated trauma care. *Australian & New Zealand //J of Surgery* 1997, 67(9): 593-598.
261. Zantut LF, Ivatury RR, Smith RS, et al. Diagnostic and therapeutic laparoscopy for penetrating abdominal trauma: a multicenter experience. *//J Trauma.* 1997; 42(5):825-831.

MÜNDƏRİCAT

ÖN SÖZ	3
GİRİŞ	4
FƏSİL 1 Hərbi-səhra cərrahiyyəsi haqqında anlayış, onun məzmunu, inkişaf mərhələləri. Müharibə şəraitində tibbi yardımın təşkili və həyata keçirilməsi qaydaları. Cərrahi profilli sanitar itgisinin xarakteristikası və xüsusiyyətləri	6
FƏSİL 2 Müasir döyüş zədələnmələri zamanı yardımın həyata keçirilməsi prinsipləri	31
FƏSİL 3 Odlu silah yaralanmaları	40
FƏSİL 4 Nüvə partlayışı zədələnmələri	54
FƏSİL 5 Döyüş zədələnmələri zamanı kəskin qanaxmalar və qanitirmələr	63
FƏSİL 6 Travmatik şok	73
FƏSİL 7 Toxumaların uzunmüddətli sıxılma sindromu (Travmatik toksikoz)	86
FƏSİL 8 Döyüş zədələnmələrində infeksiyon fəsadlaşmalar	98
FƏSİL 9 Anaerob və çürüntülü infeksiya	112
FƏSİL 10 Tetanus (güzəz)	120
FƏSİL 11 Hərbi xidmətçilər arasında termik zədələnmələr. Yanıqlar	128
FƏSİL 12 Aşağı temperaturun təsirindən zədələnmələr (Donmalar)	153
FƏSİL 13 Kombinə olunmuş zədələnmələr	161
FƏSİL 14 Başın odlu silah yaralanmaları və zədələnmələri	172
FƏSİL 15 Görmə orqanının odlu silah yaralanmaları və zədələnmələri	200
FƏSİL 16 LOR orqanlarının odlu silah yaralanmaları və zədələnmələri	208
FƏSİL 17 Üz-çənə nahiyəsinin odlu silah yaralanmaları və zədələnmələri	216
FƏSİL 18 Boynun odlu silah yaralanmaları və zədələnmələri	227
FƏSİL 19 Döş qəfəsinin odlu silah yaralanmaları və zədələnmələri	235
FƏSİL 20 Torakoabdominal yaralanmalar və zədələnmələr	251
FƏSİL 21 Qarının odlu silah yaralanmaları və zədələnmələri	269
FƏSİL 22 Çanaq və çanaq orqanlarının odlu silah yaralanmaları və zədələnmələri	287
FƏSİL 23 Fəqərə sütununun odlu silah yaralanmaları və zədələnmələri	301
FƏSİL 24 Sidik-cinsiyyət orqanlarının odlu silah yaralanmaları və zədələnmələri	317
FƏSİL 25 Qadın cinsi orqanlarının odlu silah yaralanmaları və zədələnmələri	324
FƏSİL 26 Ətrafların odlu silah yaralanmaları və zədələnmələri	333
FƏSİL 27 Magistral damarların odlu silah yaralanmaları və zədələnmələri	355

FƏSİL 28 Periferik sinirlərin odlu silah yaralanmaları və zədələnmələri	366
FƏSİL 29 Partlayış zədələnmələri	371
FƏSİL 30 Müştərək hərbi zədələnmələr	381
FƏSİL 31 Yaralanmalar zamanı zədə xəstəliyi	389
FƏSİL 32 Fəlakətlər təbabəti	403
FƏSİL 33 Yanaşı xəstəliyi olan şəxslərdə odlu silah yaralanmaları və zədələnmələri	413
FƏSİL 34 Odlu silah yaralanmaları zamanı mənfi ekzogen amillərin mənfi təsiri	431
FƏSİL 35 Döyüş zədələnmələrində infuzion-transfuzion terapiya	447
FƏSİL 36 Döyüş zədələnmələri zamanı reanimasiya və intensiv terapiya	454
Odlu silah yaralanmalarına dair situasiya məsələlər	467
Odlu silah yaralanmaların müalicəsinə dair praktik tövsiyələr	516
Hərbi-səhra cərrahiyyəsinə dair test sualları	523
Məsləhət görülən ədəbiyyat	604