CƏRRAHİ İNFEKSİYA

Tərtib etdi dos. Qurbanov V.Z.

Cərrahiyyə tarixi boyunca infeksiya onun inkişafına mane olmuşdur. Asepteka və antiseptikanın kəşfi və tətbiqi cərrahiyyənin ininkşafına xüsusi təkan vermişdir. Hal-hazırda mürəkkəb cərrahi əməliyyatların (o cümlədən, rekonstruktiv və orqanköçürmə) aparılması zamanı cərrahıi nfeksiya aktual bir problem kimi qalır. Müasir antibakterial və antiseptik preparatların tətbiqi nəinki bu problem yox etdi, hətta bir ölçüdə onu kəskinləşdirdi, beləki, daima yeni dayanıqlı ştammlar əmələ gəlir ki, onlarla mübarizə aparmaq üçün yeni və daha effektiv preparatlar və üsullar axtarmağı tələb edir. İnfeksiya (infektio) termin kimi 1841-ci ildə Qufeland tərəfindən işlədilmişdir və “yoluxdururam” mənasını verir.

Hal-hazırda infeksiyanı-mikrobların orqanizmə daxil olması və inkişafı, mikro- və makroorqanizm arasında gedən qarşılıqlı çoxtərəfli təsir kimi müəyyən edirlər. Mikrobların orqanizmə daxil olmasından sonra makroorqanizmin ya infeksiyadaşıyıcı olması və ya infeksion xəstəliyə tutulması baş verir. Beləki, infeksiya bir çox patoloji proseslərin səbəbi olur, bu da təbabətin müxtəlif sahələrində öyrənilir. Cərrahi infeksiya dedikdə biz infeksion proseslərin müalicəsində cərrahi müdaxilə ilə müalicəsi və cərrahi əməliyyatlardan sonrakı infeksion fəsadları müalicə prinsiplərini anlayırıq. Əsasında cərrahi infeksiya duran xəstəliklər bütün cərrahi xəstəliklərin 1/3-ni təşkil edir. İstənilən cərrahi infeksiya xəstənin həyatı üçün təhlükə yarada bilər, beləki, hətta bəsit bir infeksiya dərinləşə və ağır nəticələrə gətirə bilər.

Dünyanın bütün ölkələrində irinli-iltihabi xəstəliklərin tezliyinin artdığı müşahidə edilir. Bu hal mikroorqanizmlərin ştammlarının antibiotiklərə dayanıqlığı və əhalinin immunoloji rezistentliyinin dəyişməsi ilə əlaqədardır. Hər il dünyada milyonlarla insan irinli-iltihabi xəstəliklə müalicə olur ki, bu da küllü miqdarda vəsait tələb edir. Ona görə cərrahi infeksiyanın profikaktika və müalicəsi üçün etiologiya və patogenezin mükəmməl öyrənilməsi şərtdir. İnfeksiya bütün cərrahi profillər üçün önəmli sahədir. Ona görə cərrahi əməliyyat fəaliyyətində olan həkim bu sahəni mükəmməl bilməlidir.

Cərrahi infeksiya belə təsnif edilir:

Gedişinə görə:

Kəskin cərrahi infeksiya:

A) Irinli infeksiya;

B) Çürüntülü infeksiya;

C) Anaerob infeksiya;

D) Spesifik (tetanus, sibir yarası, difteriya).

Xroniki cərrahi infeksiya:

A) Spesifik (vərəm, sifilis, aktinomikoz, cüzam);

B) Qeyri sepesifik

Etoloğiyasına görə:

Xəstəxanadanxaric;

Xəstəxanadaxili

Mənbəyinə görə:

Endogen;

Ekzogen

Törədicisinə görə:

Stafilokokk

Streptokokk

Pnevmokokk

Kolibasillyar

Sporəmələgətirməyən anaerob

Qonokokk

Klostridial anaerob

Qarışıq

Patologiyanın strukturuna görə:

İnfeksion cərrahi xəstəliklər

Cərrahi xəstəliklərin ifeksion ağırlaşmaları

Əməliyyatdan sonrakı infeksion fəsadladr

Açıq və qapalı zədələnmələrin infeksion fəsadları

Yayılmasına görə:

Yerli;

Ümumi

Lokalizasiyasına görə:

Dəri və dərialtı toxumanın cərrahi infeksiyası

Beyin toxuması və qişalarının infeksiyası

Boyun nahiyəsi strukturunun zədələnməsi (infeksion)

Döş qəfəsi və qəfəsdaxili orqan və toxumaların zədələnməsi

Ağciyər

Plevra

Divararalığı

Perikard

Qarın boşluğu orqanları

Çanaq orqanları

Sümük və oynaqlar

Cərrahi infeksiya törödicilərini ilk dəfə R.Kox (1878) tədqiq edərək infeksiyanın spesifik və qeyri spesifik olduğunu öyrəndi. Hal-hazırda cərrahi infeksiya törədicilərinin 30-dan çox növü olduğu məlumdur. Dünya ədəbiyyatına görə ən tez-tez rast gələn cırrahi infeksiya törədənlər:

Staphilicoccus aureus

Pseudomonas aeruginosa

Eisherchia coli

Enterococcus

Enterobacter

Streptococcus

Proteus vulqaris

Pneumococcus

Cərrahi infeksiyanın patogenezi 3 əsas elementlə müəyyən edilir:

Törədicinin növü və özünəməxsus xususiyyətləri

Törədicinin orqanizmə daxil olduğu yer (giriş qapısı)

Makroorqanizmin daxil olan törədiciyə reaksiyası

Törədicinin yaratdığı infeksion proses onun, invazivliyi, toksikiliyi, fermentativliyi, antifaqositar maddə yaratması, virulentliyi və s. kimi qabiliyyətindən asılıdır.

Normal şəraitdə dəri və selikli qişalar orqanizmi törədicilərdən qoruyan baryerdir. Bu örtüklərin mikro və makro zədələnmələri zamanı ekzogen dediyimiz infeksiya toxumaya daxil olur. Daxil olan törədicinin xüsusuyyətindən, kəmiyyətindən, makroorqanizmin müqavimətindən və şəraitdən asılı olaraq infeksion proses inkişaf edə də bilər, etməyə də bilər. Belə ki, giriş qapısının hansı nahiyədə olması – oranın qan təchizatı, makroorqanizmin infeksiyaya qarşı dayanıqlılığından asılıdır.

İnfeksiyanın inkişafına zəmin yaradan faktlar – cins, yaş, xroniki yorgunluq, aclıq, yetərsiz yuxu, anemiya, hipoproteinemiya, hipo və avitaminozc və digər avitaminozlar, hipoqlobulinemiya və bəzi xroniki və kəskin xəstəliklədir.

Cins – qadınlar daha güclü müdafiə reaksiyasına malik olduğuna görə onlar daha qayanıqlıdırlar.

Yaş – infeksion xəstəliklərlə ən tez tez xəstələnənlər yaşlılar və uşaqlardır.

Bəzi xəstəliklər: urək-damar sistemi və şəkər xəstəliyi toxumalara qan daşınmasının zəifləməsi və yerli antibakterial müqavimətin zəifləməsi; böyrəküstü vəz çatmazlığı, qaraciyər sirrozu, kaxeksiya, şiş xəstəlikləri ağır psixi pozğunluqlar da infeksiyanın inkişafına zəmin yaradır.

Müxtəlif immunodefisit vəziyyətlərin infeksiyanın inkişafında və ağırlaşmasında xüsusi rolunu qeyd etməliyik, belə ki, spontan və qazanılmış immunodepressiya (mexaniki, fiziki, kimyəvi, bioloji amillər – splenektomiya, timektomiya, şua terapiyası, sitostatiklərin, antirevmatoid preparatların, narkotik və kortikosteroidlərin qəbulu) bu baxımdan önəmlidir.

İnfeksion prosesin gedişini 3 dövrə bölürlər: inkubasiya, inkişaf, sağalma. Bu dövrlərin hər birində pataloji prosesin müxtəlif ölçüdə inkişaf dəyişikliklərinin yerli və ümumi əlamətlərlə büruzə verməsi törədicilərin xüsusiyyətindən, fəaliyyətindən və orqanizmin müdafiə qabiliyyətinin nə dərəcədə olmasından asılıdır.

İnkubasion dövr mikroorqanizmin toxumalara girməsi daxil olması və klinik əlamətlərin əmələ gəlməsidir. Bu dövr ortalama 5-6saat çəkir.

İnkişaf dövründə törədicinin xüsusiyyətləri və orqanizmin müdafiə reaksiyası tam özünü göstərərək pataloji pozğunluqların xarakterini müəyyən edir.

Sağalma (rekonvalessensiya) dövründə aparılan müalicə tədbirləri və orqanizmin müdafiə reaksiyasının aktivləşməsi ilə törədicilərin fəaliyyətinin yox dərəcəsinə endirilməsi, infeksion prosesin sönməsi, orqanizmin zədələnmənin nəticələrini ləğv edilməsi ilə yaranın sağalması və orqanın funksiyasının bərpası ilə nəticələnir.

Diaqnostika – obyektiv, instumental və laborator müayinələr.

Müalicə - yerli və ümumi olaraq orqanizm tərəfindən və mikroorqanizmin xüsusiyyətlərini nəzərə alaraq kompleks şəkildə aparılır.

Dəri və dəriaitı toxumanın iltihabi xəstəlikləri yerli iltihabi xəstəliklər içərisində böyük xüsusi çəkiyə malikdir. Bunlardan follikulit (folliculitis) – tük kisəsinin irinli iltihabi olaraq tək və çoxsaylı ola bilər. Etioloji olaraq əsas etibarı ilə qızılı stafilakokklar tərəfindən törədilir. Kliniki təzahürü və diaqnostikası digər iltihabi proseslərdən yüngüllüyünə görə fərqlənir. Müalicəsinə gəldikdə isə əsasən yerli (antiseptik preparatlarla, UBŞ, antibiotik və stafilakokk faqı ilə elektroporez, diadinamoterapiya) bəzən yanaşı gedən xəstəliklər (şəkərli diabet, maddələr mübadiləsinin korreksiyası) olduqda və xroniki follikulitlər zamanı ümumi (antibakterial-immuno-vitaminoterapiya) aparılır.

Furunkul (furunculus) – kəskin irinli-nekrotik iltihab olaraq tük follikulu, piy vəzisi və ətraf piy toxumasının qoşulduğu prosesdir. Birdən artıq furunkulun olması furunkulyoz olduğunu gostərir. Əmələ gəlmə səbəbində dərinin mikrotravmalarının rolunu göstərmək olar. Etioloji olaraq ən tez-tez qızılı stafilokokk, nadir hallarda digər irintörədicilər rol oynayır. Kliniki gedişi özünəməxsus olduğuna görə diaqnostikasında çətinlik yaranmır. Müalicəsi konservativ olaraq əvvəlcə 70% etanol məhlulu, 2% salisil spirti ilə işlənir və ultraqısa dalğa ilə müalicə seansları aparılır. Furunkulu yardıqdan sonra proteolitik fermentlərlə, natrum xlorid duzunun hipertonik məhlulu ilə sarğı qoyulur, ultrabənövşəyi şüalar tətbiq edilir. Furunkulun ağırlaşmaları zamanı qospitalizasiya və müvafiq ümumi müalicə aparılır, o cümlədən yanaşı gedən xəstəliklərə görə xüsusi müalicə tədbirləri görülür.

Karbunkul (carbunculus) – kəskin yayılmış irinli-nekrotik iltihab olub bir neçə tük kisəciyini, piy vəzini əhatə edərək ümumi infiltrat – dəri nekrozu , dərialtı piy toxumasının nekrozu və damarların trombozu ilə nəticələnən xəstəlikdir. Etroloji olaraq tez-tez rast gələn törədici qızılı stafilakokk, nadir hallarda – streptokokk, hərdən – qarışıq infeksiya olur. Ən tez-tez rast gələn lokalizasiyası boyunun arxa səthi, ənsə, yuxarı və aşağı dodaqlar, bel və qurşaq nahiyələridir. Kliniki gedişi çox spesifik olduğuna görə diaqnostikada çətinlik olmur. Bu xəstələrə nəzarət zamanı əgər toxumaların ödem sahəsinin artması, nekrozun proqressivləşməsi, ümumi infeksikasiya simptomlarının artması-üzücü titrətmə, çox tərləmə, limfanqit, limfadenit, tromboflebit müşahidə edilirsə bunu karbunkulun fleqmonaya keçməsi və sepsisin başlanması kimi qiymətləndirmək lazımdır.

Karbunkulun üz nahiyəsində olması meninqitin əmələgəlmə və inkişafına səbəb ola bilməsinə görə xüsusi təhlükəlidir. Müalicəsi yerli konservativ cərrahi və ümumi üsullarla aparılır. Belə ki, aparılan konservativ müalicə 2-3 gün ərzində effekt vermirsə onda xaçvari kəsiklə infiltrat fasiyaya qədər kəsilir və nekrotik toxumalar kəsilib xaric edilir. Əməliyyatdn sonrakı müalicə irinli yaraların müalicə prinsipi ilə aparılır.

Hidradenit (hidradenitis) – apokrin tər vəzilərinin irinli iltihabıdır. Əsasən törədiciləri qızılı stafilakokkdur. Kliniki gedişi və lokalizasiyası tipik olduğuna görə diaqnostikası çətinlik yaratmır. İlk mərhələlərində yerli konservativ və antibiotikoterapiya aparılır. Abssesləşmə zamanı cərrahi müdaxiləyə baş vurulur – irinlik açılır, əgər sepsis əmələgəlmə təhlükəsi olarsa piy toxumasını karbinkulda olduğu kimi tamam kəsib götürmək lazımdır.

Abssess – irinlik (abscessus) – toxumalarda və orqanlarda toxumanın irinli əriməsi və məhdud boşluğa yığılmasıdır. Lokalizasiyasına görə boyunun piy boşluğunun, divararalığının, peritonarxasinin, pararektal sahənin (məhdud irinlik), bəzi parenximatoz orqanların və dərialtı piy toxumasının, əzələlərin, qarın boşluğu orqanlarının, qarın boşluğunun (diafraqmaaltı, qaraciyəraltı, ildəkarası və s.) abssessi ayırd edilir.

İrinli infeksiyanın törədicisi monokultura kimi stafilikokk olur bura başqa mikroorqanizmlərin (bağırsaq çöpləri, streptokokk, bakeroidlər və s.) assosiasiyası qoşulala bilər. Çox zaman infeksiya ekzogen, nadir hallarda endogen ola bilır.

Abses boşluğu sadə-birkameralı və ya mürəkkəb-çoxkameralı ola bilər. Kliniki əlamətlərinə görə səthi yerləşən kəskin abses zamanı qızartı, şişkinlik, ağrı, yerli hərarətin yüksəlməsi, bəzən funksiya pozğunluğu, bəzən fluktuasiya təyin edilməsi müşahidə edilir. Abses boşluğunda olan irinin xarakterindən asılı olaraq törədici növünü təyin etmək mümkündür, belə ki, üfunətli qoxu, boz –torpaq rəngi cürüntülü infeksiyaya qatı sarı-yaşıl rəng stafilokokka, göy-yaşıl rəng və şirintəhər iy göy-yaşıl çöplərə, aiddir. Absesi hematomadan, kistadan, dağılmış şiş toxumasi ilə differensasiyaya etmək lazımdır. Diaqnostik punksiya böyük əhəmiyyət kəsb edir. Belə ki, punksiya zamanı alınan möhtəviyatın irin olması həm diaqnozun qoyulması, həm də şübhəli hallarda baktrioloji tədqiqatın aparılması və antibiotiklərə qarşı həssaslığın təyin edilməsini təmin edir. Absesin müalicəsi onun açılması və irinin buraxılması , boşluğun antiseptiklərlə yuyulması və drenajlanması ilə aparılır. Ümumi müalicəyə - möhkəmləndirici terapiya, qanköçürmə, antibiotikoterapiya (həssaslığına görə), stafilakokk anatoksini ilə immunizasiya, spesifik qamma-qlobulin tətbiqi və s. aid ola bilər.

Fleqmona ( phleqmona) – kəskin yayılmış irinli iltihab olaraq piy-boşbirləşdirici toxumada olub məhdudlaşma meyilliyi yoxdur. Lokalizasiyası və yayıldığı anatomik strukturun adı ilə adlanır – irinli mediastinit, paranefrit, paraproktit, paraartikulyar fleqmona və s. Limfa düyünlərinin irinli iltihabından inkişaf edib yayılan fleqmona adenofleqmona adlanır. Fleqmonalar toxuma boşluqları, damar yataqları və əzələarası, fassial futlyarla yayılır. Fleqmonanın törədiciləri müxtəlif irintörədici - aerob və anaerob mikroorqanizmlər ola bilər, ancaq ən tez-tez rast gələn stafilokokk, streptokokk, enterobakterlər, protey, bağırsaq çöpləridir. Mikroorqanizmin toxumaya girməsi ekzogen və endogen yolla ola bilər.

Törədicilərin birbaşa və ya hemotogen yolla toxumaya daxil olması birincili fleqmona yaradırsa başqa toxumalarda olan irinli-iltihabi proses (osteomelit, artrit, pielonefrit və s. zamanı) piy toxumasına yayılaraq ikincili fleqmona – paraossal, paraartikulyar, paranefral və s. kimi əmələ gələ bilər. Fleqmonanın inkişafı piy toxumasının seroz infiltrasıyasından başlayır, eksudasiya tezliklə irinli xarakter daşıyaraq nekroz əmələ gətirir hansı ki, sonradan bunlar birləşir, nekroz prosesi və toxumanın “əriməsi” fleqmonanın abssesləşməsinə gətirib çıxarır.

Kliniki əlamətləri digər irinli-iltihabi proseslər zamanı olduğu kimi (temperaturun qalxması, zəiflik, əzğinlik, baş ağrısı və s.) özünü göstərir. Yerli əlamətlər klassik olaraq – şişkinlik, hiperemiya, yerli temperaturun qalxması, ağrı, əlləmə zamanı ağrılı bərklik və hərəkətsizlik, sərhədlər dəqiq təyin edilmir, regionar limfa düyünləri büyüyür. Müalicəsi operativdir, yalnız başlanğıc mərhələdə (seroz iltihab) konservativ iltihab əleyhinə aparılan müalicə növlərini (bioloji, kimyəvi, fiziki) tətbiq etmək olar, ancaq 12-24 saat müddətində müalicənin effekti olmazsa cərrahi müdaxilə qaçınılmazdır. Əməliyyatdan sonrakı müalicə irinli iltihab zamanı aparılan müalicə prinsipidir.

Qızıl yel (erysipelas) – xüsusi dərinin nadir hallarda selikli qişanın proqressivləşən kəskin iltihabıdır. Bu infeksion xəstəlik müxtəlif streptokokk növləri ilə törənir və kontagioz xəstəliklərə aiddir. Antiseptik anlayışı olmayan zamanlarda bu xəstəlik cərrahi yaraların xəstəxanadaxili əsas ağırlaşmalarından biri idi. Hal-hazırda da (baxmayaraq ki, geniş təsir spektrə malik antibiotiklər mövcuddur) xəstəxanadaxili yoluxma təhlükəsi mövcuddur ( xüsusən kütləvi yaralanmalar zamanı).

Mikroflora dəriyə, bəzən selikli qişaya xaricdən daxil olur. Başqa cərrahi infeksiyalara nisbətən çox nadir hallarda hematogen və limfogen yolla daxil ola bilər. Patogen streptokokkun daxil olduğu yerdə seroz iltihab baş verir. İltihabi proses dərinin torlu qatında eninə doğru inkişaf edərək dərinin yeni-yeni sahələrini tutur, qan və limfa kapillyarlarında durğunluq yaranır. Belə dəyişikliklər qızıl yelin eritematoz növünə xarakterikdir.

Prosesin inkişafı ilə epidermisin deskvamasiyası baş verir, epidermisin altına ekssudat yığılır və suluqlar əmələ gəlir. Bu qızıl yelin bullyoz növünə xarakterikdir. İltihabi proses getdikcə proqressivləşir və irinli infiltrasiya və dərialtı toxumada fleqmona inkişaf edir və qızıl yelin fleqmanoz forması əmələ gəlir. Dəridə gedən irinli iltihabi proses get gedə dərinləşir, qan dövranı pozulur – damarlarda tromboz və dəridə nekroz-qanqrena əmələ gəlir. Bu qızıl yelin nekrotik formasıdır.

Qızıl yel residivə meyillidir. Bu orqanizmin desensibilizasiyasından irəli gəlir. Rezidiv iltihabi proses dərinin sklerozlaşmasına və linfa dövranı pozğunluğuna gətirib çıxarır, bu da əvvəlcə limfostaz, sonra filayaqlılıqla (fikkilik) nəticələnir.

Qızıl yelin müalicəsi kliniki forma və gedişdən asılı olmayaraq ultrabənövşəyi şüalandırma, antibiotikoterapiya, sulfanilamid preparatları təyin edilsə də fleqmanoz formada damarlarda tromboz əmələgəlmə təhlükəsi olduğuna görə UBŞ ehtiyatlı təyin edilir, qanqrenoz formada isə UBŞ ümumiyyətlə əks göstərişdir.

Qızıl yelin müalicəsində nəm sarğı, kompress, vanna qəti qadağandır. Yerli olaraq bullyoz formada sluqlar spirtlə işləndikdən sonra deşilir, xloramfenikol emulsiyası ilə, streptosid suspenziyası ilə, tetrasiklin məlhəmi ilə sarğılar qoyulur. Qaqrenoz və fleqmonoz formalarda irinliyin açılması, nekrektomiya kimi manipulyasiyalarla birlikdə ümumi və yerli müalicə təyin edilir.

Müalicənin effektiv nəticələnməsi üçün xəstələrə xüsusi qulluq və keyfiyyətli qidalandırma şərtdir, aseptika qaydalarına qüsursuz əməletmə və ən yaxşısı onları ayrı otağa (palataya) yerləşdirib izolə etmək lazımdır.

Boşbirləşdirici toxumanın irinli-iltihabi xəstəliklərindən boynun dərin fleqmonasını qeyd etmək lazımdır. Bu xəstəliyin əmələgəlmə və prosesin yayılma xüsusiyyətləri limfa damarları və düyünləri ilə zəngin və bu nahiyənin fassiyalarının qurluşundan ( aralarında məhdud yarıqlar və boşluqlar var ki, onlar boşbirləşdirici toxumalar və limfa düyünləri ilə doludur) asılı olub kliniki gedişini təyin edir. Boyun fleqmonasının törədiciləri stafilokokklar, steptokokklar, enterobakterlər, sporəmələgətirməyən anaeroblar və s. mikroorqanizmlərdir. Onlar tək-tək və qarışıq ola bilər. Mikroorqanizmlərin bu prosesi törədə bilməsi üçün onların ilkin, yəni başın, boynun, üz-dodaq-çənə nhiyəsinin, ağız-burun-boğaz, udlaq, qırtlaq, traxrya qida borusu və boyun fəqərələrində olan irinli iltihabi ocaqdan və ya traxeya və qida borusunun yad cismlə zədələnməsi zamanı və infeksiyanın boşbirləşdirici toxumaya düşməsi ilə olur. Bəzən boyunda irinli iltihabın inkişafı septikopiemiyanın nəticəsində ola bilər. Boynun fleqmonası xüsusi gedişə malik olub digər nahiyəvi xəstəliklərdən fərqlənir və bəzi bilavasıtə simptomlarla da digər xəstəliklərdən (irinli fonrillit, tireoidit, limfanqit-limfadenit) ayırmaq olur. Diaqnoz qoyulduqdan sonra xəstə stasionara yerləşdirilir, rahatlıq yaradılır. İlk mərhələdə (seroz ödem) yerli hipotermiya, antibiotikoterapiya: ancaq irinləmə qeyd olunursa , antibiotikoterapiya – sefalosparinlər və aminoqlikozidlərin kombinasiyası, anaerob əleyhinə müalicə tədbirləri aparılır. Aparılan kompleks tədbirlər nəticəsində temperaturun düşməsi, ödemin azalması, ağrıların gedərək azalması, özünü hissetmənin yaxşılaşması və ümumiyyətlə iltihabi əlamətlərin azalması prosesin geri inkişafını göstərir. Ancaq göstərilən əlamətlər artırsa bu prosesin proqressivləşdiyini yəni toxumaların irinləməsini göstərir və operativ müdaxilənin labüdlüyünü müəyyən edir.

İrinli mediastinit (mediastinitis) yəni divararalığının boşbirləşdirici toxumasının irinli iltihabı. Törədici ən çox stafilokokklar, enterobakterlər, nadir hallarda streptokokk, plevmokokk, hətta qarışıq irin və çürümə törədən mikroblar, bəzi hallarda anaeroblar olur. Mediastinit əsasən ikincili xəstəlik olub qida borusunun və traxeyanın deşilməsi və ağız boşluğunda, əsnəkdə olan irinli iltihabdan, boyun fleqmonasından, pnevmoniyadan və digər nahiyəvi irinli iltihabdan olan ağırlaşma kimi sayılır.

Peritonarxası fleqmona (phleqmone retroperitonealis) – bel və qalça peritonarxası sahələrin irinli iltihabi prosesi olub, bir qayda olaraq ikincili xarakter daşıyır. Xəstəliyin əmələ gəlməsinə səbəbkəskin appendisit, çanaq sümüklərinin osteomieliti, böyrəklərin irinli iltihabi (karbunkul, pionefroz) xəstəlikləri, onikibarmaq bağırsaq xorasının arxaya perforasiyası, irinli pankreatit, qalxan və enən çəmbər bağırsağın sisinin parçalanması və perforasiyası, zədələnmə ilə deşilməsi kimi hallarda, çox nadir hallarda hematogen infeksiya ilə olur.

Kliniki olaraq başlanğıc mərhələsində özünü dəqiq ğöstərmir, belə ki, ilk mərhələdə ümumi əlamətlər - t-un qalxması, titrətmə, zəiflik-halsızlıq, başağrıları, sonralar isə yerli əlamətlər (ağrı, şişkinlik, əlləmə zamanı ağrılar və s.) özünü ğöstərir. Elə buna görə də xəstəlik başlayanda qripp, yatalaq kimi özünü göstərir. Bu xəstəlik zamanı əsas simptomlardan biri ağrıdır, ağrı müvafiq nahiyədə - qarın, qalça çüxuru və nadir də olsa bel nahiyəsində olur. Kliniki simptomlardan bel naiyəsini döyəcləyəndə ağrıların olması, budun məcburi kontrakturası- yəni gövdəyə doğru qatlanaraq bir qədər içəriyə tərəf rotasiyası bel-qalça əzələsinə irinliyin təzyiqi ilə onun yığılması, ayağını açmağa cəhd göstərdikdə ağrıların güclənməsi retroperitoneal sahədə olan iltihabi proses üçün patoqnomonik olub “psoas-simptom” adı ilə məlumdur.

Müalicə ilk mərhələdə konservativ olaraq (antibiotikoterapiya, dezintoksikasiya, ümumi möhkəmləndirici terapiya) aparılır, ancaq effektiv nəticə alınmayanda cərrahi müdaxiləyə baş vururuq. Hansı anatomik sahədə olmasından asılı olaraq müvafiq kəsiklərlə irinlik açılır, boşluq antiseptiklərlə yuyulur, nekrotik toxumalar varsa ekssiziya edilərək ğötürülür. Boşluq yenidən antiseptiklə yuyulur drenaj və ya drenajllar qoyulur, ümumi müvafiq müalicə davam etdirilir.

Boş birləşdirici toxuma sahələrindən düzbağırsaq ətrafı toxumaların iltihabi – paraproktitin (paraproetetitis) əmələ gəlməsində əsas rol oynayan bakteriyalar – qızılı və ağ streptokokklar, anaeroblar və s., çox vaxt qarışıq flora toxumaya duzbağırsaqsağın çati, hemoroidal düyünlərin iltihabi, selikli qişa və kriptaların zədələnməsi zamanı keçir. İnfeksiyanın hansı dərinlikdə olmasından asılı olaraq dərialtı, işiorektal, selikliqişaaltı,pelviorektal və retrorektal olur. Başlanğıcda konservativ müalicə (kalium-petmanqanatlı isti oturma vannaları, lumbal prokain blokadası, isitqac, UYT (ultrayüksək tezlikli) – terapiya, antibiotikoterapiya və s.) tətbiq edilir, ancaq belə müalicənin effektivsizliyi cərrahi müdaxiləyə göstərisidir.Əməliyyat kəsikləri və manipulyasiyalar irinliyin anatomik lokalizasiyasına uyğun aparılır.

Vəzili orqanların iirinli iltihabi xəstəliklərindən qulaqətrafı vəzi və süd vəzinin xəstəliklərini qeyd etmək lazımdır. Parotit (parotitis) ən tez-tez stafilokokk tərəfindən, bəzən qarışıq mikroblar tərəfindən törədilir. Bu mikroblar əsasən ağız boşluğundan vəzə daxil olaraq iltihab törədir. İltihabi prosesin proqressivləşməsi üçün əlverişli şərait vəzin ekskresiyasının (pozulması) dayanması, orqanizmin müqavimət və müdafiə qabiliyətinin zəifləməsi və s. yaranır və iltihabi proses inkişaf edir. Kliniki gedişi yerli və ümumi əlamətlərlə ozünü göstərir. Bütün iltihab proseslərində olduğu kimi bu zaman da xarakterik və qeyri xarakterik əlamətlər biruzə verir. İlk mərhələdə yəni seroz-ödemli formada konservativ – iltihab əleyhinə müalicə aparılır və çox vaxt prosesin geri qayıtmasına nail olunur. Konservativ tədbirlər nəticısiz olarsa və irinli parotit inkişaf edərsə cərrahi müdaxilıyə göstəriş qoyulur. Parotitin absses və fleqmonaya keçməsi zamanı xüsusi kəsiklərlə irinliyin açılması və sonrakı ümumi müalicə kompleksinin davam etdirilməsini tələb edir.

Mastit (mastitis) – süd vəzinin parenximası və interstisial toxumasının iltihabıdır. kəskin mastit bir qayda olaraq doğuşdan sonrakı birinci iki həftədə əmizdirən qadınlarda – laktasion mastit, nadir hallarda əmizdirməyən qadınlarda, çox nadir hallarda hamiləlik zamanı olur.

Mastit əsasən birtərəfli, nadir hallarda ikitərəfli olur.

Mastitin aşağıdakı kliniki formaları var:

Ödemli mastit

İnfiltrativ mastit

İrinli destruktiv mastit

A) absesləşən mastit

B) fleqmanoz mastit

C) qanqrenoz mastit

IY. Kəskin mastit, xronoki mastit.

Etioloji olaraq mastiti törədən mikroorqanizmlərdən əsasən stafilokokkları qeyd etmək lazımdır: qarışıq olanda bağırsaq çöpləri, streptokokklat, bəzən nadir də olsa təkbaşına bağırsaq çöpləri və ya streptokokklar, göy-irin çöpləri, anaerob flora, göbələklər və çox nadir də olsa vərəm çöpləri törödici ola bilər. Hətta sifilitik mastitə də rast gəlmək olur. Kəskin mastit doğuşdan sonra xəstəxanadaxili və sonra ola bilər, infeksiya mənbəyi bakteriyadaşıyıcılar (örtülü) və açıq irinli yaraları olan insanlar yeni doğmuşlarla bir otaqda və ya yaxınlıqda olduqda patogen bakteriyalar qadının paltarına, dərisinə və hətta körpənin ağız boşluğuna düşə bilər və oradan gilə yolu ilə və ya çatdan vəzə daxil ola bilər ki, sonradan mastitin əmələ gəlməsi baş verir. Mastitin birinci iki forması zamanı aktiv konservativ terapiya (o cümlədən vəzin (südün) sağılması, antibiotikoterapiya, fizioterapiya, möhkəmləndirici müalicə tədbirləri və s.) aparılır.

Aparılan müalicə tədbirləri effektsiz qalırsa və proses proqressivləşib sonrakı formaları (irinli və qanqrenoz) keçərsə və ya birbaşa ildırım sürətli kəskin irinli-qanqrenoz mastit olarsa təcili cərrahi əməliyyata göstəriş qoyulur. Əməliyyat irinliyin vəzin hansı qatında olmasından və lokalizasiyasından asılı olaraq düzdün seçilmiş kəsiklərlə aparılır. Əməliyyatdan sonra ümümi müalicə davam etdirilir.

Seroz boşluqların irinli iltihisbı xəstəlikləri - peritonit (peritonitis), irinli plevrit (pleuritis purulenta), plevranın empienası (empiema pleurae).

Petitonit – parietal və vissetal peritonun yerli və ümumi dəyişikliklər və intoksikasiya ilə gedən iltihabi xəstəliyidir.

Peritonitin təsnifatı mənşəyi, prosesin yayılması, ekssudatın xarakteri və toksikozun mərhələsinə görə ardıcıl olaraq belə aparılır:

Mənşəyinə görə

1) Qarın boşluğu orqanlarının kəskin iltihabi xəstəlikləri

2) Qarının və peritonarxası sahənin orqanlarının qapalı və açıq zədələnmələri

3) Əməliyyatdan sonrakı ağırlaşmalar

4) Mənşəyi məlum olmayan səbəb

II. Prosesin yayılmasına görə:

1) Məhdud yayılma (qarın boşluğunun 1-2 sahəsinə qədər)

2) Yayılmış (ikidən çox və ya total yayılma)

Ekssudatın xarakterinə görə:

1) irinli

2) ödlu

3) nəcisli

4) sidikli

5) qarışıq

Toksikozun mərhələsinə görə:

1) I. II. III – toksemiya mərhələsi

2) IV – orqan çatmazlığı

Etioloji olaraq peritoniti müxtəlif irintörədici mikroblar (stafilokokk, protey, bağırsaq çöpləri, sporəmələgətirməyən anaeroblar və s.) əmələ gətirir. Periton boşluğuna mikroblar qarın boşluğunun orqanlarının iltihabi və qarın boşluğuna sirayət edən yaralanmalar zamanı düşür. Kliniki təcrübədə peritonit diaqnozunun qoyulması üçün prosesin mənşəyini, yayılmasını, toksikozun dərəcəsini və orqan çatmazləğının olub-olmadığını müəyyən etmək vacibdir.

Peritonitin ilk 12-24 saat müddətində inkişafı ilə - ağrıların intensiv artması, t° – 38° C-yə qədər qalxması, taxikardiya, narahatlıq və s. bu əlamətlərlə get-gedə ağır-laşaraq sonrakı 24-48 müddətində ağır intoksikasiya və bağırsaq parezi ilə davam edir. Sonrakı mərhələdə orqan və poliorqan çatmazlığı başlayır. Poliorqan çatmazlığı 48-72 saatdan sonra başlayaraq dərin intoksikasiyanın olduğunu göstərir.

Peritonit zamanı xəstə obyektiv, kliniko-instrumental və laborator müayinələrdən keçdikdən sonra ağırlıq dərəcəsinə görə müəyyən müddət hazırlandıqdan sonra əməliyyata götürülür. Əməliyyatdan sonrakı müalicə xəstənin vəziyyətinə görə aparılır.

İrinli plevrit, plevranın empieması etiologiyasına görə - stafilokokk, streptokokk, nevmokokk və qarışığ; yayılmasına görə - az, orta, total, bir və bir neçə kameralı (cibli); ekssudatın xarakterinə görə- irinli, çürüntülü, irinli-şürüntülü, piopnevmototaks, hemopnevmotoraks; kliniki gedişinə görə - kəskin, xroniki kimi təsnif edilir.

Müalicəsi kliniki formasından, xəstəliyin mənşə və dərinliyindən, xəstənin ümumi vəziyyətindən asılı olaraq (əməliyyata hazırlanması, yığıntı və prosesin lokalizasiyası) cərrahi müdaxilə forması seçilir. Əmməliyyatdan sonrakı müalicə xəstənin vəziyyətindən asılı olaraq bu və ya digər formada davam etdirilir.