

AZƏRBAYCAN RESPUBLİKASI SƏHIYYƏ NAZİRLİYİ

**Ə.ƏLİYEV adına AZƏRBAYCAN DÖVLƏT HƏKİMLƏRİ
TƏKMİLLƏŞDİRMƏ İNSTİTUTU**

Əlyazması hüququnda

QURBAN MEYFALI oğlu İSMAYILOV

**ENUKLEASİYA VƏ EVİSSERASİYA ƏMƏLİYYATLARININ
SƏBƏBLƏRİ, FƏSADLARI VƏ XƏSTƏLƏRİN SOSIAL –
GİGİYENİK DURUMU**

3212.01 - Səhiyyə və onun təşkili

Tibb üzrə fəlsəfə doktoru elmi dərəcəni almaq üçün dissertasiya işinin

A V T O R E F E R A T I

BAKİ – 2018

Dissertasiya işi Ə.Əliyev adına Azərbaycan Dövlət Həkimləri Təkmilləşdirmə İnstitutunda yerinə yetirilib.

Elmi rəhbər:

tibb üzrə elmlər doktoru,
professor, əməkdar elm xadimi

Fazil Balamirzə oğlu Ağayev

Rəsmi opponentlər:

tibb üzrə elmlər doktoru

Aydın Əhmədağa oğlu Əhmədov

tibb üzrə fəlsəfə doktoru

Rafiq Balaşirin oğlu Liftiyev

Aparıcı təşkilat – Azərbaycan Respublikası Səhiyyə Nazirliyinin V. Axundov adına Milli Elmi-Tədqiqat Tibbi Profilaktika İnstitutu (Elmi tədqiqatların əlaqələndirilməsi və səhiyyənin təşkili şöbəsi)

Müdafiə “ _____ ” “ _____ ” 2018-cı il tarixində saat “ _____ ” da Azərbaycan Respublikası Səhiyyə Nazirliyi Ə.Əliyev adına Azərbaycan Dövlət Həkimləri Təkmilləşdirmə İnstitutunun nəzdində B/FD 03.041 Dissertasiya Şurasının iclasında keçiriləcəkdir.

Unvan: AZ 1012, Bakı ş., Tbilisi prospekti, məhəllə 3165

Dissertasiya işi ilə Azərbaycan Respublikası Səhiyyə Nazirliyi Ə.Əliyev adına Azərbaycan Dövlət Həkimləri Təkmilləşdirmə İnstitutunun kitabxanasında tanış olmaq olar.

Avtoreferat “ _____ ” “ _____ ” 2018-ci ildə göndərilmişdir.

**B/FD 03.041 Dissertasiya
Şurasının elmi katibi, t.ü.f.d.**

Samirə Əliəkbər qızı Əkrəbəyova

İŞİN ÜMUMİ XARAKTERİSTİKASI

Mövzunun aktuallığı. E nukleasiya və evisserasiya oftalmologiyada ciddi tibbi göstərişlərlə bağlı qaçılmaz olan, pasiyentin sağlamlığını və həyat keyfiyyətini yaxşılaşdırmağa yönələn, anoftalm kimi ağır tibbi – sosial yükü formalaşdıran əməliyyatlardır [Филатова И.А., Вериго Е.Н., Катаев М.Г., Харлампици М.П., Саакян С.В., Пантелеева О.Г., Вальский В.В., 2015]. Bu əməliyyatlara göstərişləri formalaşdıran patologiyaların çeşidləri çoxdur və onların nozoloji strukturunda regionlar və ölkələr arasında fərq mövcuddur. Belə ki, Kamerunda [Kagmeni G., Noche C.D., Nguetack-Tsague G., and Wiedemann P., 2014] göz almasının çıxarılması zərurətinin 33,2% hallarda perforasiya olunmuş korneal xora, 18,2% hallarda endoftalmit, 17,4% hallarda travmaların nəticələri, 10,7% hallarda yenitörəmələr, İordaniyada [Ababneh O.H., AboTaleb E. A., Ameerh M.A., Yousef Y.A., 2015] – 33,3 – 50,0% hallarda travmalar, 12 – 19% hallarda qlaukoma, 28,6 – 3,8% hallarda endoftalmit, 23,8 – 7,7% hallarda keratit, Hindistanda [Sengupta S., Krishnakumar S., Biswas J., Gopal L., Khetan V., 2012] 38 – 58% hallarda retinoblastoma, 24,0 – 4,5% hallarda travmaların nəticələri, 6,4 – 3,3% hallarda xroniki uveit, İranda [Valeshabad A.K., Naseripoor M., Asghari R., Parhizgar S.H., 2014] 38,3% hallarda travmaların nəticələri, 20,6% haarda eybəcərləşdirən korluq və sair patologiyalar yaratmışdır.

Ölkələr arasında fərq əməliyyat növünün seçimində (enukleasiya və evisserasiya), əməliyyatın fəsadlarının strukturunda və tezliyində, onların risk amillrinin rolunda daha çox özünü göstərir [Zigiotti G.L., Cavarretta S., Morara M., Nam S.M. et al., 2012; Sundelin K.C., Dafga E.M., 2014; Цурова Л.М., Миллюдин Е.С., 2014; Lu X., Ng S.D., Zheng K., Peng K., Jin C., Xia H., Chen W., Chen H., 2016 və sair].

E nukleasiya və evisserasiya əməliyyatlarının zərurət olanda vaxtında aparılmaması çox vaxt kontrlateral gözdə də ağır fəsadlara səbəb olur [Thylefors B., 1992; Negrel A.D., Thylefors B., 1998; Vittorino M., Serrano F.L., Suárez F., 2007; Chen K.J., Chen Y.P., Chao A.N., Wang N.K., Wu W.C., Lai C., Chen T.L., 2017]. Son illərdə həm inkişaf etmiş ölkələrdə (əsasən qlaukoma, travma və yenitörəmələrlə bağlı), həm də zəif inkişaf etmiş ölkələrdə (əsasən infeksiyon fəsadlarla bağlı) göz almasının çıxarılmasına ehtiyacın çoxalması ilə bağlı profilaktik tədbirlərin elmi əsaslandırılmasına yönəlmiş tədqiqatlar aparılır [Foster P.J., Oen F.T., Machin D., Ng T.P., Devereux J.G., Johnson G.J., Khaw P.T., Seah S.K.,

2000; Rautaraya B., Sharma S., Kar S., Das S., Sahu S.K. , 2011; Галимова Л.Ф., Курчатова Н.Н., Степанов М.В., Юсупова Р.Ш., Усманова А.Ф., 2013; Янченко Т.В, 2015; Jung K.I., MD, Ph D., Park C.K. 2015 və sair]. Azərbaycanda enukleasiya və evisserasiya əməliyyatlarının səbəblərinin nozoloji strukturu, risk amilləri və onların səbəblərə yönəlmiş ilkin profilaktikasının istiqamətləri barədə elmi tədqiqatlar aparılmamışdır. Ona görə də planlaşdırılmış tədqiqatımızın mövzusu aktualdır.

Tədqiqatın məqsədi: Azərbaycanda enukleasiya və evisserasiya əməliyyatlarının səbəblərini, risk amillərini, fəsadlaşma ehtimalını və prediktorlarını qiymətləndirmək və onların ilkin və ikinci profilaktikası imkanlarını əsaslandırmaq.

Tədqiqatda həll olunan məsələlər:

- E nukleasiya və evisserasiya olunmuş şəxslərin tibbi (əməliyyatın səbəbləri, pasiyentlərin sağlamlıq durumu və sair), sosial (yaş, cins, yaşayış yeri, anoftalmla assosiasiya olunan ömür, həyat keyfiyyəti və s.) səciyyələrini kompleks qiymətləndirmək;
- E nukleasiya və evisserasiya əməliyyatlarından sonra fəsadların tezliyini, strukturunu, risk amillərini və prediktorlarını müəyyənləşdirmək;
- E nukleasiya və evisserasiya əməliyyatlarının zərurətini formalaşdırmaqda göz travmatizminin rolunu, onun profilaktikasının idarə olunma ehtimalını nəzərə almaqla anoftalmin tibbi – sosial ağırlığının azaldılması potensialını araşdırmaq;
- E nukleasiya və evisserasiya əməliyyatlarının birincili və ikincili profilaktikası üçün tövsiyyəni əsaslandırmaq.

Tədqiqatın nəticələrinin elmi yeniliyi:

- Azərbaycanın tibbi – sosial sistemində enukleasiya və evisserasiya əməliyyatlarının səbəblərinin strukturunun, fəsadlarının tezliyinin, risk amilərinin növlərinin, nisbi və atributiv riskin səviyyəsinin, prediktorlarının xüsusiyyətlərinin aşkar edilməsi;
- Operativ anoftalm fonunda pasiyentlərin tibbi – demoqrafik və həyat keyfiyyətinin səciyyələrinin müəyyənləşdirilməsi;
- E nukleasiya və evisserasiya zərurətini formalaşdırmaqda göz travmatizminin səbəblərinin, tibbi – sosial nəticələrinin qiymətləndirilməsi, ilkin profilaktikanın potensial imkanlarının aşkar edilməsi.

Tədqiqatın nəticələrinin elmi – praktik əhəmiyyəti:

- E nukleasiya və evisserasiya əməliyyatlarının ilkin profilaktikası

üçün prioritetlərin seçimi;

- E nukleasiya və evisserasiya əməliyyatlarının fəsadlaşma ehtimalını artıran risk amillərini nəzərə almaqla ikincili profilaktik tədbirlərin çeşidlərini müəyyənləşdirmək və həyata keçirmək;
- E nukleasiya və evisserasiya əməliyyatlarının fəsadları və risk amillərinin rolunu nəzərə almaqla planlaşdırılması;
- E nukleasiya və evisserasiya əməliyyatlarını icra edən mütəxəssislərin fəaliyyətini keyfiyyətə qiymətləndirmək üçün fəsadların risk amillərini nəzərə almaqla qiymətləndirmək.

Dissertasiya işinin aprobasiyası. Dissertasiya işinin nəticələri Ə.Əliyev adına ADHTİ-nin Elmi Şurasında müzakirə olunmuş, Beynəlxalq elmi – praktik konfransda məruzə olunmuşdur. Dissertasiyanın ilkin müzakirəsi Ə.Əliyev adına ADHTİ-nin kafedralararası (Sosial gigiyena və səhiyyənin təşkili, Əczaçılıq, Gigiyena və Oftalmologiya kafedraları) elmi iclasında keçirilmişdir (28.02.2018, 11 sayılı prot.). Dissertasiya işinin aprobasiyası 24 may 2018-ci il tarixində Aprobasiya Şurasında aparılmışdır (1 sayılı rprotokol).

Dissertasiyanın mövzusu üzrə nəşr olunmuş əsərlər. Dissertasiyanın əsas nəticələri 6 jurnal məqaləsində, o cümlədən 2-i Rusiyada (ikisi Rusiya Ali Attestasiya Komissiyasının dissertasiya işlərinin nəşri üçün müəyyən etdiyi jurnallar), 1-i Belarusiyada, 3-ü Azərbaycan Respublikası Ali Attestasiya Komissiyasının dissertasiya işlərinin nəşri üçün təsdiqlədiyi jurnallarda verilmişdir.

Dissertasiya işinin həcmi və strukturu. Dissertasiya işi giriş, ədəbiyyat icmalı, material və metodlar bölmələrindən, şəxsi məlumatları əks etdirən fəsildən, nəticə, praktik tövsiyə və ədəbiyyat siyahısından ibarətdir. Dissertasiya işinin ümumi həcmi 172 səhifədir, ədəbiyyat siyahısında 193 mənbəyə istinad verilmişdir, 25 cədvəl və 16 qrafiklə zənginləşdirilmişdir.

Dissertasiya işinin müdafiəyə təqdim olunmasının əsas müddəaları.

1. E nukleasiya və evisserasiya olunmuş pasiyentlərin tibbi – sosial səciyyələrinin kompleksi qiymətləndirilməsi əməliyyata göstərişi formalaşdıran patologiyaların profilaktikasını, əməliyyatın adekvat təşkilini planlaşdırmaq üçün zəruridir.
2. E nukleasiya və evisserasiya əməliyyatlarının fəsadlaşmalara ehtimalını çoxaldan amillərin əksəriyyəti (yaş, cins, etioloji səbəb) çətin idarə olunur, idarə olunan risk amillərinin (polimorbidlik,

yanaşı xəstəliklər, klinik səciyyələri) korreksiyası fəsadların azaldılmasına şərait yaradır.

3. E nukleasiya və evisserasiya əməliyyatlarına zərurəti azaltmaq üçün ilkin profilaktika imkanı göz travmatizminin birincili və ikincili profilaktikası, qlaukomanın ikincili profilaktikası ilə realdır.

TƏDQIQATIN MATERIALLARI VƏ METODLARI

Tədqiqatın məqsəd və vəzifələrinə müvafiq müşahidə vahidi seçilmiş, onların həcmi əsaslandırılmış və statistik işlənməsi təmin edilmişdir. Qeyd olunanlara əsaslanaraq müşahidə toplumunun həcmi 510 götürülmüşdür.

Müşahidə ucdantutma yolu ilə aparılmışdır. Bütün pasiyentlər üçün standart müşahidə proqramı müəyyən edilmişdir. müşahidə proqramına aşağıdakı məlumat bazası daxil edilmişdir:

- Pasiyentin yaşı, cinsi, yaşayış yeri;
- E nukleasiya və evisserasiya zərurətini yaradan klinik durum (ilkin xəstəlik və ya travma, onların fəsadları, görmə orqanının funksional durumu);
- Pasiyentin ambulator kartından çıxarış (onun keçirtiyi və hal-hazırda davam edən xroniki xəstəlikləri);
- Pasiyentin oftalmoloji, laborator-diaqnostik səciyyələri;
- E nukleasiya və evisserasiya əməliyyatlarından sonra qeydə alınmış fəsadlar (bir illik müşahidəyə görə);

E nukleasiya və evisserasiya əməliyyatından öncə pasiyentlərin oftalmoloji müayinəsinin alqoritmi:

- Sorğu və vizual baxış;
- Vizometriya, tonometriya, görmə sahəsinin təyini, biomikroskopiya, oftalmoskopiya;
- Elektrofizioloji və exoqrafik müayinələr;
- Rentgenoloji müayinələr;
- İmmunoloji müayinələr və sair.

E nukleasiya və evisserasiya zərurətini formalaşdıran ilkin səbəbdən asılı (postravmatik durum, ağrılı qlaukoma, yenitörəmələr, panoftalmit və sair) müayinə proqramı dərinləşdirilmişdir. Kontrilateral gözdə simpatik oftalmiya əlamətlərini aşkar etməyə imlan verən müşahidələr nəzərə alınmışdır.

Əməliyyatdan sonra müşahidə və müalicə tədbirlərini klinik situasiya nəzərə alınmaqla klinik protokol çərçivəsində həyata keçirilmişdir.

Pasiyentlər evə yazıldıqdan sonra mütəmadi əlaqə yaradılmış, hər hansı diskomfort və ya fəsadlaşma ehtimalı olanda pasiyent müayinə və müalicə olunmuşdur.

Əməliyyatdan öncə pasiyentlərin həyat keyfiyyətinin qiymətləndirilməsində Azərbaycan dilinə tərcümə edilmiş SF-36 (Short Form Health Survey) istifadə olunmuşdur.

Tədqiqatda həll olunan məsələlərdən biri də göz travmatizminin yayılmasını və səbəblərini öyrənməklə travmatizmin profilaktikası yolu ilə enukleasiya və evisserasiya ehtimalını azaltmaq imkanlarını araşdırmaq olmuşdur. Bu məqsədlə tam təqvim ilində Bakıda ambulator-poliklinika (o cümlədən təcili yardım şöbəsində) və stasionar müəssisələrində qeydə alınmış göz travmaları barədə məlumat toplanmışdır. Travmatizmin səviyyəsi əhəlinin yaş və cins qrupları üzrə hesablanmış və müqayisə edilmişdir.

Göz travmalarının baş verdiyi yerə görə bölgüsü də XBT-10 –a görə müəyyən edilmişdir:

- Ev (mənzil, pansion, dayanacaqlar, yaşayış binaları, qaraj, bağ, həyət, şəxsi hovuzlar);
- Xüsusi idarələr (uşaq bağçası, yataqxana, internat evləri, hərbi düşərgə, həbsxana və sair);
- Məktəb və digər müəssisələr (iclas zalı, məscid, kinoteatr, kollec, rəqs zalı, xəstəxana, qalereya, ali məktəblər, kitabxana, muzey, poçt, məktəblər, universitetlər və sair);
- İdman meydançıları və zalları;
- Küçə və avto magistrallar;
- İstehsalat və tikinti meydançıları və sahələri;
- Digər (ticarət və xidmət müəssisələri, ferma, digər yerlər).

Travmaların səbəblərinə görə aşağıdakı qruplar ayırd edilmişdir:

- İstehsalat travmaları (iş zamanı gözə yad cizmin düşməsi, alətlərlə gözün zədələnməsi);
- Məişət travmaları (küt əşyalarla, butilka, rezin və sair məişətdə istifadə olunan əşyalarla zədələr);
- Kriminal travmalar (kriminal hadisələrdə alınmış travmalar);
- İdman travmaları (top, əlcək və sair idman alətləri ilə zərbə).

Toplanmış materialların statistik işlənməsi fərdi kompyuterdə “məlumatların təhlili” paketinin köməyi ilə Excel proqramında aparılmış və sübutlu təbabətin müasir imkanlarından istifadə edilmişdir.

ENUKLEASIYA VƏ EVISSERASIYA OLUNMUŞ ŞƏXSLƏRİN TİBBİ – SOSIAL SƏCİYYƏLƏRİ

Azərbaycanda gözün çıxarılması zərurəti olan hallarda $25,9 \pm 1,9\%$ xəstələrdə enukleasiya, $74,1 \pm 1,9\%$ xəstələrdə evisserasiya əməliyyatı tətbiq olunur.

Enukleasiya və evisserasiya əməliyyatına məruz qalmış pasiyentlərin $37,0 \pm 2,1\%$ -i qadındır, $63,0 \pm 2,1\%$ -i kişilərdir; bütün kontingentin $4,7 \pm 0,9\%$ -i 0 – 9, $7,7 \pm 1,2\%$ -i 10 – 19, $11,2 \pm 1,45\%$ -i 20 – 29, $10,0 \pm 1,3\%$ -i 30 – 39, $15,4 \pm 1,6\%$ -i 40 – 49, $12,4 \pm 1,5\%$ -i 50 – 59, $15,3 \pm 1,6\%$ -i 60 – 69, $19,2 \pm 1,7\%$ -i 70 – 79 və $4,1 \pm 0,9\%$ -i 80 və yuxarı yaşlarda olmuşdur.

Enukleasiya və evisserasiya üçün klinik zərurəti formalaşdıran göstərişlərin ilkin səbəblərinə aiddir: qlaukoma ($39,8 \pm 2,2\%$); endoftalmitlər ($20,4 \pm 1,8\%$); travmalar ($13,3 \pm 1,5\%$); keratitlər ($5,5 \pm 1,0\%$); yenitörəmələr ($4,7 \pm 0,9\%$) və digərləri ($16,3 \pm 1,8\%$).

Enukleasiya və evisserasiyaya göstərişin səbəbindən asılı pasiyentlərin yaş tərkibi fərqlidir. Endoftalmitlər, keratitlər və qlaukoma ilə bağlı göstərişləri olan qruplarda müvafiq olaraq 60 və yuxarı yaşlı ($26,9 \pm 4,3\%$ 60 – 69 yaş, $28,9 \pm 4,4\%$ 70 – 79 yaş, $5,8 \pm 2,3\%$ 80 və yuxarı yaş keratitlər fonuna; $14,3 \pm 3,4\%$ 60 – 69 yaş, $23,6 \pm 4,2\%$ 70 – 79 yaş, $3,9 \pm 1,4\%$ 80 və yuxarı yaşlarda qlaukoma fonunda), travmalarla bağlı göstərişi olan qrupda 30 yaşa qədər ($26,4 \pm 5,3\%$ 10 – 19 yaş, $23,5 \pm 5,1\%$ 20 – 29 yaş) şəxslər üstünlük təşkil edir. Yenitörəmələrlə bağlı əməliyyata göstəriş olanlar arasında 30 yaşa qədər ($16,8 \pm 7,6\%$ 0 – 9 yaş, $8,3 \pm 5,6\%$ 10 – 19 yaş, $8,3 \pm 5,6\%$ 20 – 29 yaş) və 50 yaşdan yuxarı ($16,7 \pm 7,6\%$ 50 – 59 yaş, $12,5 \pm 6,7\%$ 60 – 69 yaş, $12,5 \pm 6,7\%$ 70 – 79 yaş) yaşlı şəxslər çoxluq təşkil edir.

Ayrı – ayrı yaş qruplarında enukleasiya və evisserasiyaya göstərişlərin strukturu bir – birindən fərq etmir: 0 – 9 yaşlarda endoftalmitlər və qlaukoma ($29,3 \pm 9,3$ və $25,0 \pm 8,8\%$), 10 – 19 yaşlarda travmalar və endoftalmitlər ($46,0 \pm 8,0$ və $20,5 \pm 6,5\%$), 20 – 29 yaşlarda travmalar və qlaukoma ($28,0 \pm 5,9$ və $31,6 \pm 8,6\%$), 30 – 39 yaşlarda travmalar və qlaukoma ($23,5 \pm 5,9$ və $27,5 \pm 6,2\%$) 40 – 49 və 50 – 59 yaşlarda qlaukoma ($60,7 \pm 5,5$ və $44,4 \pm 6,3\%$), 60 – 69 və yuxarı yaşlarda qlaukoma ($\geq 37,3 \pm$

5,5%) və endoftalmitlər ($\geq 28,6 \pm 9,8\%$), göstərişlər arasında üstünlük təşkil edir.

Qadın və kişi pasiyentlərin evisserasiya və enukleasiyaya səbəb olan göstərişlərin xüsusi çəkiliəri fərqlidir: qadınlarda: qlaukoma – 32,8%; endoftalmitlər – 28,6% və travmalar – 11,6%; kişilərdə: qlaukoma – 43,9%; endoftalmitlər – 15,6% və travmalar – 24,3%. Kişilərdə travmaların və qlaukomanın nisbi riski 2,1 və 1,3 dəfə, qadınlarda endoftalmitlərin nisbi riski – 1,8 dəfə yüksəkdir.

Evisserasiya və enukleasiyaya göstərişi olan pasiyentlərin orta yaşı, mediana və modası müvafiq olaraq $48,5 \pm 0,98$ il, 50 və 79 il təşkil edir, əməliyyatın əsas səbəbindən asılı fərqlidir: travmalarda - $33,0 \pm 2,38$; 29 və 18 il; endoftalmitlərdə - $54,7 \pm 2,29$; 64 və 64 il; qlaukomalarda – $52,8 \pm 1,37$; 54 və 79 il; keratitlərdə - $52,6 \pm 4,58$; 59,5 və 70 il; yenitörəmələrdə - $43,5 \pm 5,43$; 49,5 və 65 il; digər səbəblərdə - $43,2 \pm 2,21$; 40 və 30 il.

Evisserasiya və enukleasiya olunmaq üçün göstərişi olan pasiyentlərin yaşı ilə ölkədə ömrün davam müddəti arasında fərq olduğuna görə pasiyentlərin anoftalmla assosiasiya olunan ömrü orta hesabla, ki^oi pasiyentlər üçün 22,3, qadın pasiyentlər üçün 27,3 il təşkil edir. Bu göstərici anoftalmin tibbi – sosial ağırlığın meyarıdır və əməliyyatın ilkin səbəbindən asılı dəyişir: travmalarla bağlı – 40,5 evisserasiya və enukleasiyaya 2,8 il; endoftalmitlərlə bağlı 18,8 evisserasiya və enukleasiyaya 2,3 il; qlaukoma ilə bağlı 20,7 evisserasiya və enukleasiyaya 1,4 il; keratitlə bağlı 20,9 evisserasiya və enukleasiyaya 4,6 il; yenitörəmələrlə bağlı 30,0 evisserasiya və enukleasiyaya 5,4 il; digər səbəblərlə bağlı 30,3 evisserasiya və enukleasiyaya 2,2 il olmuşdur.

Evisserasiya və enukleasiyaya göstərişi olan pasiyentlərin 50,2%-i kənd və 49,8%-i şəhər sakinləridir. Kənd və şəhər sakinlərinin evisserasiya və enukleasiyaya göstərişlərinin strukturu əsasən oxşar olsa da bəzi səbəblərin xüsusi çəkisinə görə fərq əhəmiyyətli dərəcədə böyükdür: qlaukoma – $32,8 \pm 2,9$ və $46,9 \pm 3,1\%$; travmalar - $16,4 \pm 2,3$ və $10,2 \pm 1,9\%$; digər səbəblər – $21,9 \pm 2,6$ və $10,6 \pm 1,9\%$. Şəhər sakinləri üçün qlaukomanın, kənd əhalisi üçün travma və digər səbəblərin yüksək nisbi riski səciyyəvidir.

Enukleasiya və evisserasiya əməliyyatlarının zərurəti onlara göstərişlərin ilkin səbəblərindən asılı dəyişir: evisserasiya zərurəti endoftalmitlərdə 3,1 (müvafiq olaraq $24,2 \pm 2,2$ və $78 \pm 2,4\%$) dəfə çox (nisbi ekstensivlik göstəricisi) olsa da travmalarda 2,7 dəfə ($9,4 \pm 1,5$ və $25,0 \pm 3,8\%$) az, tətbiq edilir, yenitörəmələrdə ümumən istifadə olunmur.

Pasiyentin yaşı, yaşayış yeri (kənd və şəhər) və əməliyyata göstərişin ilkin səbəbindən asılı enukleasiya və evisserasiya əməliyyatlarının seçimi dəyişir.

Enukleasiya və evisserasiya əməliyyatına göstərişi olan pasiyentlərdə onların yaşından asılı hər 100 nəfərə $547,2 \pm 0,2$ – $638,1 \pm 0,3$ somatik xəstəlik qeydə alınır ki, bu da onlar üçün polimorbidliyin (multimorbidliyin) səciyyəsi olmasını sübut edir. Polimorbidliyi formalaşdıran əsas patologiyalara aiddir: həzm orqanlarının (ağız boşluğu orqanlarının xəstəlikləri daxil olmaqla) xəstəlikləri ($158,4 \pm 0,1$ – $207,0 \pm 0,1$), tənəffüs orqanlarının (yuxarı tənəffüs orqanları patologiyaları daxil olmaqla) xəstəlikləri ($41,7 \pm 4,7$ – $73,0 \pm 5,6$), qan və qanyaradıcı orqanlarının (anemiya daxil olmaqla) xəstəlikləri ($34,5 \pm 3,4$ – $60,3 \pm 6,2$), endokrin sistemi xəstəlikləri və maddələr mübadiləsinin pozğunluqları ($23,8 \pm 5,4$ – $36,6 \pm 3,4$).

Enukleasiya və evisserasiya əməliyyatlarına göstərişi olan pasiyentlərin hər 100 nəfərinə yaşdan asılı olaraq $146,2 \pm 0,1$ – $219,0 \pm 0,2$ göz və onun əlavə aparatının xəstəliyi düşür. Göz patologiyalarının polimorbidliyi əsasən göz əzələləri xəstəlikləri, gözlərin müştərək hərəkətinin, akkomodasiya və refraksiyanın pozğunluqları ($14,8 \pm 3,0$ – $109,5 \pm 0,1$), konyuktivanın xəstəlikləri ($5,6 \pm 2,2$ – $42,8 \pm 6,2$), sklera, buynuz qişanın xəstəlikləri ($14,2 \pm 2,5$ – $22,2 \pm 5,2$), qlaukoma ($15,9 \pm 4,6$ – $53,5 \pm 4,2$) və digər patologiyalara görə formalaşır.

Enukleasiya və evisserasiya əməliyyatlarına göstərişi olan pasiyentlərin həyat keyfiyyətinin pisləşməsi müşahidə olunur. Pasiyentlərdə ağrı duyğusu, sosial funksionallıq, emosional funksionallıq və psixi sağlamlıqla bağlı həyat keyfiyyəti pisləşir. Pasiyentlərin həyat keyfiyyətinin pisləşməsini komorbidlik (pasiyentdə 3 və çox xəstəliyin olması), kontrlateral gözde pozğunluğunun ağırlıq dərəcəsi çoxaldır.

ENUKLEASIYA VƏ EVISSERASIYA ƏMƏLİYYATINDAN SONRA FƏSADLARIN TEZLİYİ, STRUKTURU, RİSK AMİLLƏRİ VƏ PREDİKTORLARI

Evisserasiya və enukleasiyadan sonra hər 100 əməliyyata görə müvafiq olaraq $17,0 \pm 1,9$ və $22,7 \pm 3,7$ fəsadlaşma qeydə alınır, fəsadların əsas növlərinə aiddir: tikişlərin açılması ($29,2 \pm 5,6$ və $20,7 \pm 7,5\%$), implantın ekspozisiyası ($12,3 \pm 4,1$ və $10,3 \pm 5,6\%$), implantın ekstruziyası ($13,9 \pm 4,3$ və $20,7 \pm 7,5\%$), implantın miqrasiyası (0 və $6,9 \pm 4,7\%$), inyeksiyalaşma ($30,7 \pm 5,7$ və $13,8 \pm 6,4\%$), digər fəsadlar ($13,9 \pm 4,3$ və $27,8 \pm 8,3\%$).

Fəsadlaşma riski əməliyyat üçün göstərişi formalaşdıran ilkin səbəbdən asılı 15,8±2,6 5-lə (qlaukoma) 33,3±9,6% (yenitörəmələr) intervalında dəyişir və bir – birindən statistik dürüst fərqlənmiş.

Enukleasiya və evisserasiya əməliyyatlarının fəsadlarının riski pasiyentin yaşından asılı 12,7±4,2 – 21,3±2,9 (100 əməliyyata görə) intervalında dəyişmiş və bir – birindən statistik dürüst fərqlənməmişdir.

Enukleasiya və evisserasiya əməliyyatlarının fəsadlaşma riski pasiyentin cinsindən asılı 22,1±2,3 – 12,2±2,4 (100 əməliyyata görə) intervalında dəyişmiş, bir – birindən statistik dürüst fərqlənmiş ($P < 0,05$), kişilərdə riskin səviyyəsi 1,8 dəfə çox olmuşdur.

Enukleasiya və evisserasiya əməliyyatlarında qeydə alınmış fəsadların strukturun yalnız infeksiyon fəsadların xüsusi çəkisinə görə (müvafiq olaraq 13,8±6,4 və 30,7±5,7%) bir – birindən statistik dürüst fərqlənmişdir.

Enukleasiya və evisserasiya əməliyyatlarının tezliyinə görə statistik dürüst fərq əməliyyatın göstərişlərini formalaşdıran ilkin səbəblərdən asılı aşağıdakı səciyələrin müqayisəsində (100 əməliyyata görə) statistik dürüst olmuşdur: şəhər (11,8±3,5 – 6,0±5,2) və kənd (20,2±4,4 – 25,9±6,0) sakinlərində; anemiyası olan (23,6±4,5 – 30,1±4,8) və olmayanlarda (9,8±4,6 – 10,9±3,0); endokrin sistemi xəstəlikləri olan (27,0±5,2 – 40,0±6,9) və olmayanlarda (9,3±2,6 – 13,0±4,6); qandövrənə sistemi xəstəlikləri olan (25,8±5,6 – 43,1±6,5) və olmayanlarda (1,9±1,3 – 14,3±5,4), tənəffüs orqanlarının xəstəlikləri olan (21,4±4,0 – 36,0±6,8) və olmayanlarda (7,4±3,6 – 12,2±2,9); oral infeksiya ocaqları olan (27,0±5,2 – 46,9±7,1) və olmayanlarda (9,3±2,6 – 13,3±4,4); qanda hemoqlobinin miqdarı (q/l) < 10 (24,4±4,5 – 33,3±6,1) və ≥ 10 (4,6±3,2 – 14,7±3,4) olanlarda; hematokrit < 30 (26,7±4,7 – 36,3±5,4) və ≥ 30 (7,1±2,4 – 11,1±4,3) olanda; eritrositlərin çökmə sürəti (mm/saat) > 10 (22,2±4,6 – 33,3±7,0) ≤ 10 (9,8±2,9 – 11,9±4,2) olanda; qanda fibrinogen (q/l) > 4 (28,8±5,3 – 40,0±7,8) və ≤ 4 (9,4±3,6 – 14,6±3,1) olanda; qanda ümumi zülal (q/l) < 60 (31,8±7,0 – 37,5±7,0) və ≥ 60 (6,9±2,1 – 13,3±4,4) olanda; qanda bilirubin (mkmol/l) > 10 (35,0±7,5 – 45,5±7,5) və ≤ 10 (3,3±2,3 – 13,6±2,7) olanda; qanda sidik cövhəri (mkmol/l) > 4 (25,7±7,4 – 57,9±8,0) və ≤ 4 (6,1±1,9 – 18,8±4,7) olanda; kreatinin (mkmol/l) ≥ 60 (35,0±7,5 – 40,0±8,3) və < 60 (11,0±2,5 – 15,5±2,8) olanda; qanda S – reaktiv zülal (mq/l) ≥ 4 (27,3±6,7 – 37,5±7,7) və < 4 (12,6±2,6 – 15,7±4,4) olanda.

Fəsadların prediktorlarının (risk amillərinin) həssaslığı (fəsadlar fonunda prediktorun olması ehtimalı) 40,4 – 75,5%, spesifikliyi (fəsad olmayanda prediktorun olmaması ehtimalı) 53,1 – 84,4%, pozitivliyinin

proqnostik əhəmiyyəti (prediktorun fonunda fəsadlaşma ehtimalı) 23,8 – 42,0%, neqativliyinin proqnostik əhəmiyyəti (prediktorsuz fonda fəsadların olmaması ehtimalı) 86,0 – 92,1% intervalında dəyişir.

EVİSSERASIYA VƏ ENUKLEASIYA ƏMƏLİYYATLARININ TİBBİ-SOSIAL AĞIRLIĞININ AZALDILMASI İMKANLARI

Travmaların nəticəsi olan anoftalm bütün yaşlarda qeydə alınsa da əsasən gənc yaşlarda (yaşın modası 18, medianası 29, orta səviyyəsi 33,0±2,38 il) müçahidə olunur. Bu kateqoriyalı pasiyentlərin orta yaşı endoftalmitlərlə, qlaukomalarla, keratitlərlə, yenitörəmələr və digər səbəblərlə bağlı yaranan anoftalmı olan pasiyentlərin orta yaşından (müvafiq olaraq: 54,7±2,29; 52,8±1,37; 52,6±4,56; 43,5±5,43; 43,2±2,21) 1,3 – 1,7 dəfə azdır. Ona görə də posttravmatik anoftalmin tibbi –sosial ağırlığı 1,3 – 2,2 dəfə çoxdur. Qeyd olunanları nəzərə alsaq anoftalmin tibbi – sosial ağırlığının azaldılması üçün real imkanların göz travmatizminin profilaktikası yolu ilə mümkün olduğu şübhəsizdir. Ona görə tədqiqatımızda bu imkanların təhlilinə diqqət verilmişdir. Müşahidəmiz Bakı şəhərinin müalicə-profilaktika müəssisələrinin 2014 və 2015-ci illərdki məlumat bazasına əsaslanır.

Bakı şəhərinin poliklinika və xəstəxanalarının məlumatlarına görə göz travmatizminin bütün əhali arasında yayılma səviyyəsi 2,68±0,04% təşkil edir. Travmatizmin yayılma səviyyəsi kişi populyasiyasında (4,00±0,06%) qadın populyasiyası (1,38±0,04%) ilə müqayisədə 2 dəfədən çox yüksəkdir. Göz travmatizminin yayılma səviyyəsi əhalinin yaşında asılı dəyişir, göstəricinin ən aşağı səviyyəsi 0 – 9 yaşlarda qeydə alınmışdır (0,74±0,05%), ən yüksək səviyyə 10 – 19 yaşlı əhali arasında (4,32±0,13%) müşahidə edilmişdir. Bu yaş intervalında 0 – 9 yaşla müqayisədə göz travmatizminin yayılma səviyyəsi 5,8 dəfə yüksəkdir. Sonrakı yaş intervalında (20 – 29 yaş) göz travmatizminin səviyyəsi (2,78±0,08%) statistik dürüst azalır, amma 0 – 9 yaş intervalı ilə müqayisədə 3,8 dəfə yüksək səviyyədə qalır. 20 – 29 və 30 – 39 yaş intervallarında göz travmatizminin səviyyəsi müvafiq olaraq 2,78±0,08 və 2,99±0,09% təşkil etmiş və bir-birindən statistik dürüst fərqlənməmişdir. Göz travmatizminin növbəti artması 40 – 49 yaş intervalında müşahidə olunur (4,00±0,11%). Göz travmatizminin yüksək olduğu 10 – 19 və 40 – 49 yaş intervallarında (müvafiq olaraq 4,32±0,13 və 4,0±0,11%) göstəricinin səviyyəsi bir-birindən statistik dürüst fərqlənmir ($p>0,05$).

40 – 49 yaş intervalından sonrakı yaş intervallarında göz travmatizminin yayılma səviyyəsi dinamik azalır (50 – 59 yaş intervalında $2,13 \pm 0,08\%$; 60 və yuxarı yaşlarda $-1,76 \pm 0,09\%$).

Beləliklə, göz travmatizminin yaşla bağlı əsas trendi artımdır, artım düzxətli deyildir, izafi artımın iki piki qeydə alınır (10 – 19 və 40 – 49 yaşlar). Travmatizmin ümumi əhali arasında yaşdan (x) asılı yayılmasının (y) dinamikasını aşağıdakı polinomial reqressiya tənliyi ilə ifadə etmək olar:

$$Y = 0,0662 x^5 - 1,3723 x^4 + 10,65 x^3 - 38,215 x^2 + 62,227 x - 32,626 \\ (R^2 = 0,9963)$$

Göz travmatizminin əksəriyyəti stasionar müalicəsinə təlbati formalaşdırmır. Ağır və təhlükəli göz travmalarında pasiyentlər xəstəxanaya qəbul edirlər. Stasionar tipli müəssisələrin məlumat bazasına görə Bakı şəhəri əhalisinin hər 100 min nəfərinə $7,3 \pm 0,6$ göz travmatizmi hadisəsi qeydə alınmışdır. Bütün göz travmalarının orta hesabla $2,72\%$ -i stasionar müalicəsi, böyük qismi isə ($97,28\%$) ambulator-poliklinika yardımı almışdır.

Stasionar müalicəsi tələb edən göz travmatizminin əhali arasında yayılma səviyyəsi yaşdan asılı dar intervalda dəyişmişdir: $5,0 \pm 1,4^{0/0000}$ 10 – 19 yaşlarda; $9,6 \pm 2,0^{0/0000}$ 60 və yuxarı yaşlarda. Uşaq və yeniyetmə yaşlarından başlayaraq stasionar müalicəsi tələb edən göz travmatizmi artmağa meyilli olmuş, arta tempi zəif olsa da statistik dürüst xarakterinə malikdir.

Bütün göz travmaları arasında stasionar müalicəsi tələb edən travmatizmin xüsusi çəkisi 0 – 9 yaş intervalında ən yüksək olmuş və $8,24\%$ təşkil etmişdir. Sonrakı yaş intervallarında bu göstərici aşağı səviyyədədir və müvafiq olaraq 10 – 19; 20 – 29; 30 – 39; 40 – 49; 50 – 59; 60 və yuxarı yaşlarda təşkil etmişdir: 1,16; 1,91; 3,04; 2,30; 3,52 və 5,45. Bu göstəricinin yaş dinamikası 10 yaşdan sonra artımla səciyyələnir.

Göz travmatizminin profilaktikasını təşkil etmək və ağırlaşma ehtimalını proqnozlaşdırmaq baxımından onların klinik formalarının və səbəblərinin araşdırılması zəruridir.

Travmaların nozoloji tərkibində birinci yeri göz almasının və göz yuvası toxumalarının əzilməsi tutur ($44,4 \pm 2,8\%$; 95% etibarlılıq intervalı $38,8 - 50,0\%$). Göz almasının yad cismlə deşilmiş yarası bütün travmalar arasında $24,3 \pm 2,4\%$ (95% etibarlılıq intervalı $19,5 - 29,1\%$) paya malikdir və onlar ikinci yerdə yerləşirlər. Digər kliniki formaların xüsusi çəkisi 10% -dən azdır və bir-birinə yaxındır: göz qapağı və göz alması ətrafi

nahiyələrin əzilməsi – $5,6 \pm 1,3\%$ (95% etibarlılıq intervalı 3,0 – 8,2%); göz qapağı və göz alması ətrafı nahiyələrin açıq yarası – $7,1 \pm 1,4\%$ (95% etibarlılıq intervalı 4,3 – 9,9%); gözün cırılmış yarası – $5,3 \pm 1,3\%$ (95% etibarlılıq intervalı 2,7 – 7,9%); yad cisimsiz gözün deşilmiş yarası – $6,5 \pm 1,4\%$ (95% etibarlılıq intervalı 3,7 – 9,3%) və digər klinik formalar – $6,8 \pm 1,4\%$ (95% etibarlılıq intervalı 4,0 – 9,6%).

Stasionar yardımı tələb edən göz travmatizmi hadisələrinin səbəblərinə görə bölgüsündə birinci yeri məişət travmaları tuturlar ($56,2 \pm 2,8\%$; 95% etibarlılıq intervalı 50,6 – 61,8%). Bu bölgüdə ikinci yerdə idman travmalarıdır ($14,9 \pm 2,0\%$; 95% etibarlılıq intervalı 10,9 – 18,9%). İstehsalat travmaları üçüncü yerdədirlər və onların xüsusi çəkisi $11,2 \pm 1,8\%$ (95% etibarlılıq intervalı 7,6 – 14,8%) təşkil edir. Kriminal travmaların stasionar müalicəsi tələb edən göz travmaları arasında payı $10,3 \pm 1,7\%$ - dir (95% etibarlılıq intervalı 6,9 – 13,7%). Digər səbəbli travmaların xüsusi çəkisi nisbətən azdır ($7,4 \pm 1,6\%$; 95% etibarlılıq intervalı 4,2 – 10,6%).

Stasionar yardımı tələb edən göz travmalarının baş veridiyi yerlərə görə bölgüsü göstərir ki, belə travmalar ən çox küçədə və avtomagistrallarda alınmışdır ($26,7 \pm 2,5\%$; 95% etibarlılıq intervalı 21,7 – 31,7%). Xüsusi çəkisinə görə ikinci yerdə evdə və xüsusi müəssisələrdə alınmış göz travmaları durur, onların xüsusi çəkisi $21,1 \pm 2,3\%$ təşkil etmişdir (95% etibarlılıq intervalı 16,5 – 25,7%). İdman zallarında və idman yarışlarında alınmış göz travmalarının xüsusi çəkisi $14,9 \pm 2,0\%$ -dir (95% etibarlılıq intervalı 10,9 – 18,9%) və onlar stasionar yardımı tələb göz travmaları arasında üçüncü yerdədirlər. İstehsalat sahələrində baş vermiş travmaların xüsusi çəkisi $11,2 \pm 1,85$ olmuşdur (95% etibarlılıq intervalı 7,6 – 14,8%). Məktəb və digər müəssisələrdə alınmış travmaların xüsusi çəkisi $14,0 \pm 1,9\%$ -dir (95% etibarlılıq intervalı 10,2 – 17,8%).

Göz travmalarının stasionar müalicəsinin nəticələri həmişə uğurlu olmamışdır. Pasiyentlər evə yazılanda onların zədələnmiş gözlərinin böyük qisminə (342 gözün 161-i, yəni $47,1 \pm 2,7\%$) görmə tezliyi $>6/12$ olmuşdur. Görmə tezliyinin 6/18-dən az olması Xəstəliklərin Beynəlxalq Təsnifatında korluğun müxtəlif kateqoriyalarına aid edilir: görmə itiliyi 6/18 – 20/200 (I kateqoriya), 6/60 – 2/400 (II kateqoriya), 3/60 – 1/60 (III kateqoriya), 1/60 – işıq duyğusu (IV kateqoriya) və işıq duyğusunun olmaması (V kateqoriya).

Göz travmalarının stasionar müalicəsi nəticəsində I, II, III, IV və V kateqoriyalı korluğu müvafiq olaraq $21,9 \pm 2,2\%$ (75 göz), $9,1 \pm 1,6\%$ (31

göz), $7,0 \pm 1,4\%$ (24 göz), $8,5 \pm 1,5\%$ (29 göz) və $6,4 \pm 1,3\%$ (22 göz) gözdə qeydə alınmışdır.

Enukleasiya və ya evisserasiya zərurəti V kateqoriyalı posttravmatik korluqla bağlı yaranır. İlin fərqli mövsümlərində baş verən göz travmalarının müalicəsindən sonra V kateqoriyalı korluqla nəticələnmə hallarının tezliyi $5,7 \pm 2,8\%$ -lə (qışda) – $7,3 \pm 2,9\%$ (yazda) intervalında dəyişmiş və bir-birindən statistik dürüst fərqlənməmişdir ($p > 0,05$). Hesab etmək olar ki, V kateqoriyalı posttravmatik korluq travmanın hansı fəsildə alınmasından asılı olmamışdır.

IV və V kateqoriyalı korluq əlilliyin əlamətidir. Bu kateqoriyalı korluq ehtimalı təşkil etmişdir:

- Travma iş günlərində baş verdikdə $-10,4 \pm 1,8\%$, bayram və istirahət günlərində baş verdikdə $-38,9 \pm 6,6\%$ ($P < 0,01$);
- Travma gündüz saatlarında (8 – 16 saat) – $12,8 \pm 2,3\%$, axşam və gecə saatlarında (16 – 24) baş verdikdə $-18,5 \pm 3,6\%$ ($p > 0,05$);
- Pasiyent xəstəxanaya travmadan sonra 2 saat müddətində çatdırıldıqda – $12,9 \pm 3,4\%$, 24 saatdan gec çatdırıldıqda – $30,6 \pm 7,7\%$ ($P < 0,05$).

Stasionar yardımı tələb edən göz travmalarının böyük qismi məişət travmalarıdır ($56,2 \pm 2,8\%$), istehsalat, idman və kriminal travmaların xüsusi çəkilişi nisbətən azdır (müvafiq olaraq $11,2 \pm 2,8$; $14,92,0$ və $10,3 \pm 1,75$). Bu travmaların $26,7 \pm 2,5\%$ -i küçə və avtomagistrallarda, $21,1 \pm 2,3\%$ -i evdə və xüsusi idarələrdə, $14,9 \pm 2,0\%$ -i idman meydançalarında və zallarında, $11,2 \pm 1,8\%$ -i məktəb və digər müəssisələrdə, $11,2 \pm 1,8\%$ -i istehsalat sahələrində baş vermişdir.

Stasionar yardımı tələb edən göz travmalarının baş verməsində mövsümlilik müşahidə olunur, travmatizmin riski iyul və avqust ($10,6 \pm 1,68$ və $10,99 \pm 1,74\%$) aylarında dekabr ($6,71 \pm 1,39\%$) ayı ilə müqayisədə, may – oktyabr aylarında ($56,5 \pm 2,8\%$) noyabr – dekabr ayları ($43,5 \pm 2,8\%$) ilə müqayisədə, yay fəslində ($30,8 \pm 2,6\%$) qış fəslilə ($20,5 \pm 2,3\%$) müqayisədə statistik dürüst yüksəkdir.

Stasionar yardımı tələb edən göz travmalarının böyük əksəriyyəti ($66,2 \pm 2,6\%$) gündüz saatlarında (8 – 16 saat), çox az qismi gecə (0 – 8 saat) saatlarında ($1,2 \pm 0,6\%$) baş verir. Xəstələrin stasionara çatdırılması vaxtında təmin edilmir: $9,6\%$ hallarda 6 saatdan sonra, $29,8\%$ hallarda 4 – 6 saat ərzində, $13,7\%$ hallarda 2 – 4 saat ərzində çatdırılır.

Göründüyü kimi göz travmatizmi nəticəsində pasiyentin əlilləşmə ehtimalı müalicə yardımının keyfiyyətindən və vaxtında göstərilməsindən

asıldır. Göz tarumatizminin profilaktikası, müalicəsinin adekvat təşkili enukleasiya və evisserasiya zərurətini azaltmağa və anoftalm sindromunun sosial ağırlığını azaltmağa real imkan verə bilər.

NƏTİCƏLƏR

1. Enukelasiya və evissersiya oftalmoloji təcrübədə alternativini olmayan, $39,8 \pm 2,2\%$ hallarda ağır qlaukoma, $20,4 \pm 1,8\%$ hallarda endoftalmitlər, $13,3 \pm 1,5\%$ hallarda bilavasitə travmalar, $5,5 \pm 1,0\%$ hallarda keratitlər, $4,7 \pm 0,9\%$ hallarda yenitörəmələr və $16,3 \pm 1,8\%$ hallarda digər səbəblərlə bağlı göstərişlərə əsasən bütün yaşlarda (0 – 9 yaşlarda $4,7 \pm 0,9\%$; 10 – 19 yaşlarda $7,7 \pm 1,2\%$; 20 – 29 yaşlarda $11,2 \pm 1,4\%$; 30 – 39 yaşlarda $10,0 \pm 1,3\%$; 40 – 49 yaşlarda $15,4 \pm 1,6\%$; 50 – 51 yaşlarda $12,4 \pm 1,5\%$; 60 – 69 yaşlarda $15,3 \pm 1,6\%$; 70 – 79 yaşlarda $19,2 \pm 1,7\%$; 80 və yuxarı yaşlarda $4,1 \pm 0,9\%$) həyata keçirilən, gender fərqi ilə seçilən ($63,0 \pm 2,1\%$ kişilərdə, $37,0 \pm 2,1\%$ qadınlarda) əməliyyatdır.
2. Enukleasiya və evisserasiya əməliyyatlarına göstərişi olan pasiyentlər üçün polimorbidlik (bir nəfərə $5,47 - 6,38$ xroniki xəstəlik düşür), kontrlateral gözdə görmə funksiyasının pozulması (yaşdan asılı $1,6 - 5,6\%$ hallarda IV, $6,4 - 11,2\%$ hallarda III, $9,5 - 13,95$ hallarda II, $29,4 - 50,8\%$ hallarda I kateqoriyalı korluq), həyat keyfiyyətinin pisləşməsi (fiziki, sosial və emosional funksionallığın $\leq 69,25 \pm 1,27\%$) səciyyəvidir.
3. Əksər hallarda planlı həyata keçirilən enukleasiya və evisserasiya əməliyyatlarının fəsadlaşma ehtimalı nisbətən yüksəkdir ($18,4 \pm 1,7$ fəsad 100 əməliyyata görə), fəsadların strukturunda $20,7 \pm 7,5\%$ tikişlərin açılması, implantın ekstruziyası, $13,8 \pm 6,4\%$ infeksiyaləşmə, $10,3 \pm 5,6\%$ implantın ekspozisiyası, $6,9 \pm 4,7\%$ implantın miqrasiyası, $27,8 \pm 8,3\%$ digər fəsadlar yer tutur.
4. Enukleasiya və evisserasiya əməliyyatlarının fəsadlaşma ehtimalı pasiyentin cinsindən (nisbi risk 1,8), yaşayış yerindən (kənd sakilərinde risk yüksəkdir), polimorbidlikdən, hemoqlobinin, hematokritin, eritrositlərin çökmə sürətindən, gibrinogenin, ümumi zülalın, bilirubin, sidik cövhərinin, kreatininin və S-reaktiv zülalın qanda miqdarının anormal olmasından asılıdır. Risk amillərinin həssaslığı $40,4 - 75,5\%$, spesifikliyi $53,1 - 84,4\%$, pozitivliyinin

proqnostik əhəmiyyəti 23,8 – 42,0% və neqativliyinin proqnostik əhəmiyyəti 85,7 – 92,5% intervalındadır.

5. Enukleasiya və evisserasiya zərurəti bilavasitə və dolayı yolla (endoftalmit və keratitlərin ilkin səbəbi kimi) formalaşdıran göz travmatizmi $2,68 \pm 0,04\%$ səviyyəsindədir, kişilərdə qadınlara nisbətən 2,9 dəfə çoxdur, yaşdan asılı dəyişkəndir (0 – 9 yaşlarda 0,74%, digər yaşlarda ≥ 2 dəfə), əksər hallarda ambulator, nisbətən az hallarda (0,073%) stasionar müalicəsi tələb edir, onların $44,4 \pm 2,8\%$ -i göz alamsının və göz yuvasının toxumalarının əzilməsi, $24,3 \pm 2,4\%$ -i göz almasının yad cismi, $7,1 \pm 1,4\%$ -i göz qapağı və göz alamsı nahiyəsinin açıq yarası, $6,5 \pm 1,45\%$ -i yad cismsiz deşilmiş yara, $5,3 \pm 1,3\%$ -i gözün cırılmış yarası diaqnozu ilə səciyyələnir.
6. Göz travmatizminin rsiki iyul və avqust aylarında digər aylara nisbətən çoxdur, əsasən gündüz saatlarında ($66,2 \pm 2,6\%$ hallarda 8 – 16 saat intervalında) küçə və avtomagistrallarda ($26,7 \pm 2,5\%$), evdə ($21,1 \pm 2,3\%$), idman meydançalarında ($14,9 \pm 2,0\%$) və məktəblərdə ($11,2 \pm 1,8\%$) baş verir, onların fəsadlaşma ehtimalını artıran amilləri (xəstəxanaya gec çatdırılma, istirahət və bayram günlərində adekvat tibbi yardımın olamaması) nəzərə alınmaqla profilaktikası enukeasiya və evisserasiya zərurətini azalda bilər.

PRAKTİKİ TÖVSIYƏLƏR

1. Enokeasiya və evissersiya zərurətini azaltmaq məqsədi ilə onlara göstərişləri formalaşdıran ilkin səbəblərin (qlaukoma, travmalar, endoftalmitlər, keratitlər və sair) profilaktikası üçün dövlət səhiyyə sisteminin bütün imkanlarını səfərbər etmək;
2. Enokeasiya və evissersiya zərurətini bilavasitə və dolayı yolla artıran göz travmatizminin profilaktikasını prioritet vəzifə kimi saxlamaqla, travmaların ağır nəticələrinin riskini çoxaldan amilləri (pasiyentlərin xəstəxanaya gec çatdırılması, bayram və istirahət günlərində tibbi yardımın həcmnin azlığı) aradan qaldırmaq;
3. Evissersiyanın və enokeasiyanın fəsadlaşmasının prediktorlarını (yaş, cins, əməliyyatın növü, əməliyyatın göstərişləri, pasiyentin sağlamlıq durumu və sair) nəzərə almaqla əməliyyatların planlaşdırılmasında qabaqlayıcı profilaktika tədbirlərinin görülməsi.

DİSSERTASIYANIN MÖVZUSU ÜZRƏ ÇAP OLUNMUŞ MƏQALƏLƏRİN SİYAHISI

1. Исмаилов Г.М. Особенности глазного травматизма по материалам амбулаторно-поликлинических и стационарных учреждений // Интернаука, Научная дискуссия: Вопросы медицины. Москва, 2016, №11(41), с.18-23
2. İsmayılov Q.M. Göz enukleasiya və evisserasiyasının nozoloji səbəblərinin strukturunun səciyyələri // “Sağlamlıq”, Bakı, 2016, №5, səh.102-107
3. İsmayılov Q.M. Gözün evisserasiya və enukleasiyasının səbəblərindən asılı tibbi – sosial ağırlığı // Azərbaycan Təbabətinin Müasir Nailiyyətləri, Bakı, №1, 2017, səh. 37-40
4. Исмаилов Г.М., Рзаева А.Д. Распространенность глазного травматизма в городе Баку // Казанский медицинский журнал, Казань, 2017, №2, Том ХСVIII, с.248-251
5. Исмаилов Г.М. Характеристика причин травм глаза и его придаточного аппарата по материалам госпитализации в городе Баку // Офтальмология. Восточная Европа, Белоруссия, 2017, том.7, №1, с. 54-59
6. İsmayılov Q.M. E nukleasiya və evisserasiya əməliyyatlarından sonra fəsadların tezliyi və strukturu // “Sağlamlıq”, Bakı, 2017, №1, səh.58-61

ПРИЧИНЫ И ОСЛОЖНЕНИЯ ОПЕРАЦИЙ ЭНУКЛЕАЦИИ И ЭВИСЦЕРАЦИИ И СОЦИАЛЬНО-ГИГИЕНИЧЕСКИЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ ПАЦИЕНТОВ

РЕЗЮМЕ

Цель исследования: Обоснование мер по первичной и вторичной профилактике операций энуклеации и эвисцерации на основе изучения их причин, осложнений, факторов риска.

Для достижения поставленной цели, были решены задачи: анализ социально-гигиенической характеристики больных оперированных по поводу энуклеации и эвисцерации; изучение частоты осложнений после оперативного вмешательства; определены доли причин формирующих поводов для оперативного лечения, выявления факторов риска и обоснование путей первичной и вторичной профилактики.

Материалы и методы. Ретроспективно проанализированны первичные документы 510 оперированных пациентов и проспективно оценено качество жизни инвалидов вследствие анофтальма. В работе использованы методы анализа качественных признаков.

Результаты. Установлено, что энуклеация и эвисцерация в офтальмологической практике проведены в основном из-за осложнений глаукомы ($34,8 \pm 2,2\%$), офтальмий ($20,4 \pm 1,8\%$), травматических повреждений глаз ($13,3 \pm 1,5\%$), кератитов ($5,5 \pm 1,0\%$) и новообразований ($4,7 \pm 0,9$).

Наиболее частыми послеоперационными осложнениями являются расхождение швов ($20,7 \pm 7,5\%$), экстррузия ($13,8 \pm 6,4\%$), экспозиция ($10,3 \pm 5,6\%$) имплантата, инфицированность раны ($6,9 \pm 4,7$). Показаны социально-гигиенические характеристики больных и выявлена их роль в формировании риска осложнений.

Рекомендуется пути профилактики, среди которых ведущим является первичная профилактика офтальмотравм.

ISMAYILOV G.M.

**REASONS AND COMPLICATIONS OF ENUCLEATION AND
EVISCERATION OPERATIONS AND SOCIAL-HYGIENIC
CHARACTERISTICS OF PATIENTS**

SUMMARY

Research objective: Substantiation of measures on primary and secondary prevention of operations of an enucleation and evistseration on the basis of studying of their occasions, complications, risk factors.

The following tasks were solved to achieve this goal: analysis of the socio-hygienic characteristics of patients operated on for enucleation and evisceration; studying the frequency of complications after surgery; the causes of forming causes for operative treatment are determined. Identifications of risk factors and justification of ways of primary and secondary prevention.

Materials and methods. Retrospectively analyzed primary documents of 510 operated patients and prospectively assessed the quality of life of disabled people due to anophthalmia. The methods of analyzing qualitative features are used in the work.

Results. It was found that enucleation and evisceration in ophthalmic practice were mainly due to glaucoma complications ($34.8 \pm 2.2\%$), ophthalmia ($20.4 \pm 1.8\%$), traumatic eye injuries ($13.3 \pm 1, 5\%$), keratitis ($5.5 \pm 1.0\%$) and neoplasms (4.7 ± 0.9).

The most frequent postoperative complications are seam divergence ($20.7 \pm 7.5\%$), extrusion ($13.8 \pm 6.4\%$), exposition ($10.3 \pm 5.6\%$) of the implant, infection of the wound (6.9 ± 4.7). The social and hygienic characteristics of patients are shown and their role in the formation of the risk of complications is revealed.

The ways of prevention are recommended, among which the primary prevention of ophthalmotrauma is the leading.

QISALDILMIŞ TERMİNLƏRİN SİYAHISI

XBT – Xəstəliklərin Beynəlxalq Təsnifatı

PF – Physical Functioning (fiziki funksionallıq)

RP – Role Functioning (məvqə funksionallığı)

P – Pain (ağrı)

GH – Geeneral Health (ümumi sağlamlıq)

Vt – Vitality (Həyat qabiliyyəti)

SF – Social Functioning (sosial funksionallıq)

RE – Role Emotional (emosional funksionallıq)

MH – Mental Health (ruhi sağlamlıq)

Sifariş № 22. Tirajı 100 nüsxə
Azərbaycan MEA Geologiya və Geofizika İnstitutu
“Nafta-Press” nəşriyyatının mətbəəsi
Bakı, H.Cavid pr., 119, Tel.: 539-39-72

**МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
АЗЕРБАЙДЖАНСКОЙ РЕСПУБЛИКИ**

**АЗЕРБАЙДЖАНСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ ИНСТИТУТ
УСОВЕРШЕНСТВОВАНИЯ ВРАЧЕЙ ИМ. А.АЛИЕВА**

На правах рукописи

ГУРБАН МЕЙФАЛЫ оглы ИСМАИЛОВ

**ПРИЧИНЫ И ОСЛОЖНЕНИЯ ОПЕРАЦИЙ ЭНУКЛЕАЦИИ И
ЭВИСЦЕРАЦИИ И СОЦИАЛЬНО-ГИГИЕНИЧЕСКИЕ ХАРАК-
ТЕРИСТИКИ ПАЦИЕНТОВ**

3212.01 – Здоровоохранение и его организация

АВТОРЕФЕРАТ

диссертации на соискание учёной степени
доктора философии по медицине

БАКУ - 2018