



THE FINNISH MEDICAL SOCIETY
DUODECIM



SÜBUTLARA ƏSASLANAN TƏBABƏT

**İlkin səhiyyə xidmətləri göstərən
mütəxəssislər üçün
Klinik Təvsiyələr Toplusu**

Bölmə 3. Pediatriya

Bakı – 2022

SÜBUTLARA ƏSASLANAN TƏBABƏT.
İlkin səhiyyə xidməti göstərən mütəxəssislər üçün
Klinik Tövsiyələr Toplusu.
Bölmə 3. Pediatriya

Həkim və orta tibb işçiləri üçün rəhbərliklər seriyası
www.ebmg.az

Ümumi redaktor: Qəhraman Haqverdiyev

Redaktor: Nabil Seyidov

Layihə iştirakçıları: Şəhla İsmaylova, Kamila Kərimova

Mündəricat

Uşaqlarda və yeniyetmələrdə davranış pozğunluqları	4
Yeniyetməlik dövründə intihar riski.....	11
Yeniyetmələrin zərərli vərdişləri	15
Faringit və tonzillit	20
Uşaqlarda residivləşən infeksiyalar və immunodefisitlər	30
Uşaqlarda naməlum mənşəli uzun müddət davam edən qızdırmalar	40
Uşaqlarda sidik yolları infeksiyası	45
Xayaların enməməsi	51
İmpediqo və digər piodermiyalar	53
Cinsi inkişaf və rast gəlinən pozğunluqlar	56
Uşaqlarda baş ağrısı	63
Uşaqlarda qəbizlik.....	75
Uşaqlarda kəskin qıcolmaların (tutmaların) müalicəsi.....	83
Uşaqlarda bronxial astmanın diaqnostikası və müalicəsi.....	92

Uşaqlarda və yeniyetmələrdə davranış pozğunluqları

(EBM Klinik protokolları, 09.04.2021

Sonuncu dəyişiklik 28.08.2019

Müəllif - Päivi Lindholm, Redaktor – Nabil Seyidov)

Əsas məqamlar

- ▶ Davranış pozğunluqları uşaqlarda və yeniyetmələrdə ən çox görülən psixiatrik xəstəliklərdir.
- ▶ Bunun arxasında dayanan səbəblər müxtəlif amillərlə bağlıdır və heç bir amil təklikdə davranış pozğunluğunun səbəbini izah etmir.
- ▶ Davranış pozğunluqları, yaşa uyğun sosial gözləntiləri pozan, təkraredici, antisosial və ya aqressiv davranış ilə xarakterizə olunur.
- ▶ Həm risk faktorlarını, həm də davranış pozğunluğunun fərdi xüsusiyyətlərinə yönələn erkən müdaxilə, çox vaxt müalicəsi çətin olan bu xəstəliklərin proqnozunu asanlaşdırır.
- ▶ Davranış pozuntuları çox vaxt inkişaf problemləri, yanaşı xəstəliklər və psixososial stress ilə əlaqəli müşahidə olunur.
- ▶ Hərtərəfli müdaxilə ümumiyyətlə effektiv şəkildə əlaqələndirmə imkanları olan çox professional komandanın cəlb olunmasını tələb edir.
- ▶ Semptomlar yoxlanılmasa, uşağa yaxın olan adamlar davranış problemlərini müalicə edilə bilən simptomlar deyil, uşağın şəxsiyyətinin bir hissəsi kimi görməyə başlayacaqlar. Bu da öz növbəsində müalicə ehtimalı ilə əlaqədar pessimizmə səbəb ola bilər.

Pozğunluqların təsnifatı

Davranışın ailə ilə məhdudlaşmış pozğunluğu (F91.0)

- ▶ Anormal davranış valideynlər və ya ailə üzvləri ilə qarşılıqlı münasibətlərlə məhdudlaşır.

- ▶ Proqnoz digər davranış pozuntuları ilə bağlı nisbətən daha yaxşıdır.

Davranışın ictimailəşdirilməmiş (sosiallaşmama) pozğunluğu (F91.1)

- ▶ Uşaq başqaları ilə müsbət münasibət qurmur və empatiya bacarıqları zəifdir.

İctimailəşmiş davranış pozğunluğu (F91.2)

- ▶ Uşağın eyni yaşda olanlarla dostluğu var və onlarla empatiya hiss etməyə qadirdir. Uşağın yüksək eqosu cəmiyyətin normalarından kənara çıxıb bilər, lakin həmyaşıdların normalarına uyğun gələ bilər.

Nəzakətsiz müxalifət pozğunluğu (F91.3)

- ▶ Xarakterik olaraq yalnız 10 yaşdan kiçik uşaqlarda görülür.
- ▶ Uşağın davranışı ümumiyyətlə sərt aqressivlik olmadan itaətsiz olur.
- ▶ Müalicə olunmasa, tez-tez yuxarıda göstərilən davranış pozğunluqlarından birinə çevrilir.

Diaqnostika

- ▶ Bütün davranış problemləri davranış pozğunluqları deyil. Diaqnoz diqqətli qiymətləndirmə və ICD-10 meyarlarının yerinə yetirilməsini tələb edir. Üstəlik, bu uşaqlar adətən ədalətli olmurlar və zəif empatiya bacarıqlarına malikdirlər.
 - ✓ Simptomlar aşağıdakılardan bəzilərini əhatə edə bilər: tez-tez əsəbləşir, mübahisə edir, itaətsiz olur, insanları qəsdən əsəbiləşdirir, başqalarını öz səhvlərinə görə günahlandırır, toxunur və ya asanlıqla əsəbləşir, tez-tez qəzəbli, kinli və ya intiqam hisli olur, şəxsi mənfəət əldə etmək üçün yalan danışır, fiziki döyüşlər aparır, silah istifadə edir, qadağalara baxmayaraq gecə bayırda qalır (13 yaşından əvvəl), insanlara və ya heyvanlara qarşı fiziki qəddarlıq göstərir, başqalarının əmlakını məhv

edir, qəsdən atəş yandırır, oğurlayır, məktəbdən qaçırır, cinayət törədir. qurbanla üzləşən zaman cinayət törədir, məcburi cinsi fəaliyyət, hədələmə və qorxutma, oğurluq.

- ✓ Diaqnoz yalnız uşağın təkrarlanan və davamlı davranış nümunəsi göstərdiyi təqdirdə edilə bilər. Təcrid edilmiş antisosial və ya cinayət əməlləri özlüyündə diaqnoz üçün əsas deyildir.
- ▶ Uşaqlıqda (10 yaşından əvvəl) və daha sonra yeniyetməlik dövründə başlayan pozğunluqlar ayrıca pozğunluq növləri kimi qəbul edilə bilər.
- ▶ Diaqnoz təyin edildikdən sonra pozğunluğun şiddət dərəcəsi də müəyyən edilir: yüngül, orta, ağır.
- ▶ Tez-tez şiddətli bir pozğunluğu (peşmançılıq və ya günahkarlığın olmaması, zəif empatik qabiliyyət, hərəkətlərinə görə məsuliyyət götürməkdə çətinlik, aldadıcılıq və manipulyativlik) ifadə edən social yönümlü duyğuların məhdudiyətlərini əks etdirən xüsusiyyətlər ayrı-ayrılıqda nəzərə alınmalıdır.

Digər pozğunluqlar

- ▶ Davranış pozğunluqları tez-tez digər pozğunluqlarla əlaqələndirilir ki, bunlardan ən çox yayılanı uşaqlarda diqqət çatışmazlığı / hiperaktivlik (DÇHB) və uşaqlarda depresif simptomlar, DÇHB, narahatlıq hissi və yeniyetmələrdə maddə istifadəsi pozğunluqlarıdır. Qızlarda travmadan sonrakı stres pozğunluğu və sərhad pozğunluğu da geniş rast gəlinir. Bəzi xəstələrdə eyni zamanda əhəmiyyətli inkişaf problemləri var (məsələn, dil və oxu bacarıqlarının inkişafında öyrənmə çətinlikləri).

Diferensial diaqnoz

- ▶ Davranış pozğunluğuna ciddi inkişaf pozğunluğu, mania və ya antisosial şəxsiyyət pozğunluğu kimi diaqnoz qoyula bilməz. Bu diaqnozlar davranış pozğunluğu diaqnozundan əvvəl baş verir və davranış pozğunluğu bunun ayrılmaz hissəsi kimi qəbul edilməlidir.

- ▶ Diferensial diaqnoz həmçinin nevroloji ziyan və ya xəstəlik (məsələn, müəyyən epilepsiya növləri) ehtimalını nəzərə almalıdır ki, bu da qəfil aqressivləşmə ilə əlaqəli ola bilər.
- ▶ Təcrid edilmiş davranış problemləri, davranış pozğunluğu meyarlarına cavab vermədən bir çox psixiatrik xəstəliklərdə görülür.
- ▶ Diaqnozdan asılı olmayaraq, (aşağıya baxın) davranış pozğunluğu olan bir uşağa kömək təklif edən tədbirlər bir çox hallarda davranış problemləri də daxil ola biləcək digər pozğunluqlarda da faydalı olacaqdır.

Müalicə mərhələsi

- ▶ İlk səhiyyə xidməti işçiləri yerli əhali ilə sıx əlaqədə olur və buna görə davranış simptomlarını, habelə davranış pozğunluqlarının yaranmasına səbəb ola biləcək risk amillərini müəyyən etmək üçün əsas mövqe daşıyırlar.
 - ✓ Ailə ilə əlaqəli risk faktorları
 - Ailə həyatında çox vaxt qaydalar və müntəzəmlik olmur və uşaq tərbiyəsi modeli uyğun deyildir. Müzakirə və problem həll etmə bacarıqları zəif inkişaf edir.
 - Ailə həyatında zorakılıq, maddə asılılığı və ya cinayət fəaliyyəti ilə əlaqəli olan uşaqlarda davranış problemləri riski xüsusilə yüksəkdir.
 - ✓ Digər risk faktorları
 - Genetik və digər bioloji risk faktorları, ailənin kənar şəxslərlə qarşılıqlı əlaqəsi ilə əlaqəli risk faktorları, yaşayış şəraiti və ətraf mühit ilə əlaqəli risk faktorları, eləcə də müxtəlif sosial risk faktorları.
- ▶ İlk səhiyyə xidməti işçiləri aşağıdakıları qiymətləndirməlidirlər
 - Uşağın inkişaf tarixi, keçmiş simptomları, mövcud vəziyyəti (müsaibə, sorğu, müşahidə)
 - Evdəki vəziyyət və uşağın sosial şəbəkədəki fəaliyyəti
 - Təyin olunan təqdirdə fiziki və nevroloji müayinə, laboratoriya və digər tədqiqatlar (məsələn, qanda

qlükoza parametrləri, tiroid testləri, xromosom testi və ya EEG).

- Lazım gələrsə, nitq pozuntuları üzrə mütəxəssis (disleksiya ilə əlaqəli problemlər), əmək terapiyası üzrə mütəxəssis (ing. occupational therapist), fizioterapevt və ya psixoloq tərəfindən müayinə aparılmalıdır.
- ▶ Bəzi davranış pozğunluqları ailə və yaxın sosial şəbəkə ilə birlikdə ilkin yardımda idarə edilə bilər (günərzi müalicə müəssisəsi, məktəb, sosial xidmətlər, uşaq müdafiəsi xidmətləri, narkotik maddələrdən asılılıq üzrə xüsusi klinikalar və s.).
- ▶ İlk səhiyyə xidmətləri və dar ixtisas mütəxəssislərini əhatə edən tibb xidmətləri arasında vəzifə bölgüsü istəkdən və qarşılıqlı razılaşdırmadan asılıdır. Buna baxmayaraq, ancaq ailə dəstək müəssisələri, uşaq / yeniyetmələr üçün psixi sağlamlıq xidmətləri və ya uşaq / yeniyetmələr üçün psixiatrik poliklinikalar tərəfindən məsləhətləşmələr həmişə aşağıdakı hallarda təyin edilir:
 - tələb olunan araşdırmaların ilkin tibbi yardımın əhatə dairəsindən kənar olduğu aydınlaşır
 - xəstədə ciddi simptomlar var; özünə zərər verən davranış həmişə mütəxəssis qayğısına dərhal müraciət etmək üçün bir göstəricidir.
 - simptomlar daha yumşaqdır, lakin müalicə və dəstəkləyici tədbirlərə baxmayaraq davam edir
 - paralel bir psixoloji vəziyyətin olması şübhəsi var və ya hərtərəfli diferensial diaqnoz tələb olunur.
- ▶ Vəziyyət təcili qiymətləndirmə tələb edərsə, uşağın və ya yeniyetmənin psixiatrik vəziyyəti, zorakı davranış riski qiymətləndirilir və lazımı müalicə qərarı müvafiq olaraq qəbul edilir.
 - Adi psixiatrik müayinə (ağır psixi pozğunluq əlamətləri varmı?)
 - Zorakı davranış riski ilə bağlı qiymətləndirmə (məsələn, zorakılığa üstünlük verən münasibətlər, zorakı bir hərəkət həyata keçirmək üçün fiziki və əqli qabiliyyət, belə bir hərəkəti həyata keçirmək üçün mümkün konkret

planlar və ya hazırlıqlar, uşağa yaxın olan şəxslərin və ya yeniyetmənin uşaqlara münasibəti. zorakılığı istifadə etmək təhdidini, təklif olunan müdaxilələrə riayət etmək motivasiyasını ifadə edir)

- Bir xəstəxanada monitoring üçün mümkün olan məcburi müraciət üçün əsaslar qiymətləndirilməli və ya başqa bir fəaliyyət planı tərtib edilməlidir.

Müalicə

- ▶ Müalicə ailə ilə birlikdə hazırlanan bir qayğı planına və bütün yaxın əlaqələrə əsaslanır.
- ▶ Müalicə çoxşaxəlidir və hər bir hal üçün fərdi olaraq tənzimlənməlidir.
- ▶ Müalicə planı, risk faktorlarını və mövcud vəziyyəti qoruyan amilləri də nəzərə almalıdır. Bu məqsədə çatmaq üçün bütün aidiyyəti qurumlar birlikdə işləməlidir.
 - Valideynlərə uşaq tərbiyəsi və uşaq tərbiyəsi bacarıqlarını inkişaf etdirməyə kömək etmək lazımdır. Valideynlər öz problemlərinin öhdəsindən gəlmək üçün (məsələn, psixi sağlamlıq problemləri və ya maddə asılılığı) köməyə ehtiyac duya bilərlər. Mümkünsə, ailənin yaşayış şəraiti, gündüz baxma mərkəzindəki / məktəbdəki vəziyyət, uşağın / yeniyetmənin asudə vaxtını (məsələn, yönəldilən fəaliyyətlər) nəzərə almaq lazımdır.
 - Sosial xidmət / uşaq müdafiəsi üzrə mütəxəssislər, məsələn, dəstəkləyici tədbirləri həyata keçirərkən vacib tərəfdaşlardır. Uşağın və ailəsinin vəziyyəti bəzən elə ola bilər ki, uşağın valideyn himayəsindən sosial himayə qayğısına alınması zərurətə çevrilir.
- ▶ Valideynlərin istiqamətləndirilməsi (məs., valideynlik bacarıqlarına dair strukturlaşdırılmış dəstək) və ailəyə yönəlik müxtəlif müdaxilələr (məs., erkən qarşılıqlı mübadilənin təşviqi, video dəstəyi ilə ailə reabilitasiyası və s.) ümumi müalicənin əhəmiyyətli hissəsini təşkil edir. Ailə terapiyasında istifadə olunan yanaşmalara ümumiyyətlə davranış və problem həll etmə üsulları daxildir.

- ▶ Günərzi müəssisəsinin işçiləri və müəllimlərinə verilən təlimat vacibdir, çünki uşağın məktəbdə / gündüz baxımı ilə əlaqədar müxtəlif dəstək tədbirləri görülür.
- ▶ Davranış problemləri olan bəzi uşaqlar / yeniyetmələr ayrı-ayrı fərdi və ya qrup psixoterapiya metodlarından, digər fərdi və ya qrup müalicələrindən də faydalanacaqlar.
- ▶ Uşaqda və ya yeniyetmədə digər pozğunluqlar aşkar edilərsə, hərtərəfli qayğının bir hissəsi kimi onların da müalicəsi eyni vaxtda baş verməlidir.
 - Bu pozğunluqlar (məs., DÇHP, nitq pozuntuları və s.) digər müdaxilələr həyata keçirilərkən məktəblər, erkən uşaqlıq dövrünün inkişafı üzrə mütəxəssislər tərəfindən nəzərə alınmalıdır
- ▶ Dərman terapiyasına bir mütəxəssis həkim başlamalı və digər müalicəyə əlavə olaraq, müalicənin çətin olduğu hallar üçün qorunur.
- ▶ İcmada göstərilən qayğı qeyri-kafi olduqda, xəstəxanada yerləşdirilmə nəzərdən keçirilə bilər.
 - Stasionar müalicə ümumiyyətlə uşağın ailəsi və sosial şəbəkəsini təşkil edən digər şəxslərlə birlikdə aparılan davranış terapiyasını özündə ehtiva edir.

Yeniyetməlik dövründə intihar riski

(EBM Klinik protokolları, 03.02.2021

Sonuncu dəyişiklik 24.05.2021

Müəllif - Mauri Marttunen, Redaktor – Nabil Seyidov)

Əsaslar

- ▶ İntihar etmək barədə fikirlər, cəhd edilmiş və baş tutmuş intihar halları uşaqlıq dövrü üçün nadir hesab olunur, lakin yeniyetməlik dövründə intihar baş vermə halları artır.
- ▶ Daha öncə cəhd edilmiş intihar və özünə qarşı zərərverici (destruktiv) davranış, hətta ölmək istəyi ilə əlaqələndirilməsə belə (məsələn, iti alətlə bədənində, adətən qollarında və ayaqlarında, xırda kəsiklər etmək) yenidən cəhd edilmiş və ya törədilmiş intihar üçün vacib risk faktorudur.
- ▶ Strukturlaşdırılmış qiymətləndirmə metodları yeniyetmələrdə özünə qarşı destruktiv davranışın qiymətləndirilməsində faydalı alətlərdir.
- ▶ Özünə qarşı destruktiv fikir və ya davranışlara malik yeniyetmələr üçün təhlükəsizlik planı mütləq hazırlanmalıdır.

Epidemiologiya

- ▶ Yeniyetmələr arasında intihar etmə fikrinin yayılmasının illik göstəricisi təqribən 10-15%, və onlardan ən az 4-5%-i cəhd edilmiş intiharların payına düşür.
- ▶ İntihar barədə fikirlər və intihar cəhdləri daha çox qızlar arasında yayılıb, lakin bütün intiharların təxminən 70-80%-i oğlanlar tərəfindən törədilir.
- ▶ İntihara cəhd etmiş yeniyetmələrin təqribən yarısı sonralar yenidən buna cəhd edəcəklər.

Yeniyetmə intiharının risk faktorları

- ▶ Üç nəfərdən biri əvvəllər intihara cəhd göstərib.

- ▶ İntihar törədən yeniyetmələrin təqribən 60%-i intihar etmək haqqında fikirlərini kiməsə, lakin əksər hallarda yalnız öz həmyaşıdlarına danışılar.
- ▶ Əhval-ruhiyyə pozğunluğu bu halların ən azı yarısı olmaqla, psixiatrik pozğunluqlar 90% hallarda intihardan öncə baş verir.
- ▶ Ən azı dörd yeniyetmədən biri ciddi narkotika istifadəsindən əziyyət çəkir.
- ▶ Ən geniş yayılmış intihar və intihara cəhd səbəbləri (katalizatorları) uğursuzluq, məyus olma, münasibətlərdə ayrılma, yaxın bir kəslə münaqişə etməkdir. Ailə münasibətlərində münaqişə, məişət zorakılığı and valideynlərlə mübahisələr də geniş yayılmış səbəblərdir.

Simptomlar

- ▶ Yeniyetməlik dövründə intihar davranışı əksər hallarda mübahisələr, hüzn və məyus olma kimi cari psixoloji problemlərlə əlaqələndirilir.
- ▶ Əhval-ruhiyyə pozuntuları, ciddi narkotik vasitələrdən istifadə və xüsusilə, oğlanlar arasında antisosial davranış geniş yayılıb.

Tanınması və qiymətləndirilməsi

- ▶ Yeniyetməlik dövründə özünə qarşı zərərverici (destruktiv) davranış depressiya və narkotik maddələrin istifadəsi ilə çox sıx əlaqələndirilir.
- ▶ Yeniyetmədə depressiyanın olduğuna şübhə varsa, gərək həmişə intihar fikirləri və intihara cəhdlərə dair məsələlər müzakirə edilməlidir.
- ▶ Yeniyetmə intihar fikirlərini və niyyətini ifadə edərsə, həmişə onun hazırkı yaşayış şərtlərini və ailə vəziyyətini qiymətləndirin.
- ▶ Əlaqədar psixiatrik pozğunluq və/və ya narkotika istifadəsinin tipini və ağırlığını qiymətləndirin.
- ▶ Pasiyentin keçmişdə intihara cəh edib-etmədiyini və ya hər hansı digər üsulla özünə zərər verib-vermədiyini soruşun.

- ▶ Pasiyentin doğurdan da ölmək istəyib-istəməməsini, intihar planları qurmasını və ya hazırlıqları görməsini qiymətləndirin.
- ▶ Xüsusi strukturlaşdırılmış qiymətləndirmə sorğularından (məs., C-SSRS – ing. Suicide Severity Rating Scale və ya oxşarı) istifadə, özünə qarşı destruktiv davranışın sərgilənməsi riskinin dərhal qiymətləndirilməsi imkanlarını yüksəldir.

Müalicə

- ▶ Həmişə növbəti qəbullar/görüşlər üçün razılışın və pasiyenti müalicəni davam etdirməyə həvəsləndirin.
- ▶ Müalicəyə rahat keçid üçün kömək edin.
- ▶ Gəncin ailəsi ilə də görüşün və ailəsinin pasiyenti lazımı qədər dəstəkləmək iqtidarında olub-olmadığını dəyərləndirin.
- ▶ Yeniyetmənin özü və valideynləri ilə birgə təhlükəsizlik planı tərtib edin.
- ▶ Zəruridirsə, uşaq mühafizə xidmətləri ilə əlaqə saxlayıb ailəyə dəstəyi təşkil edin.
- ▶ Əgər özünə zərər vermə ağır dərəcəli depressiya ilə əlaqədardırsa, depressiyanın müalicəsi gərək gecikdirilmədən aparılsın.
- ▶ Serotoninin əks tutulmasının selektiv inhibitorları (SƏTSİ), fluoksetin kəskin depressiyalı özünüməhv düşüncəli yeniyetmənin psixofarmakoloji müalicəsində birinci seçimdir.
- ▶ İntihara cəhd etmiş yeniyetməni həmişə psixiatrik konsultasiyaya yönəldin, nə qədər tez etsəniz bir o qədər daha yaxşıdır.
- ▶ Psixiatrik xəstəxanaya qəbul nəzərə alınmalıdır, əgər özünəqəsd edən yeniyetmə aşağıdakılardan əziyyət çəkirsə:
 - psixotik pozğunluq
 - böyük depressiya
 - bipolyar pozğunluq
 - kəskin aqressiv davranış

- ağır narkotik vasitələrdən istifadə və asılılıq
- əgər öncəki intihar hadisəsindən sonra icmada aparılan qayğı nəticə verməsə
- ▶ Ciddi intihar cəhdindən (yüksək ölüm riski və ya güclü intihar niyyəti) sonra, əgər yeniyetmənin aktiv intihar düşüncələri mövcuddursa, və əgər yeniyetmənin ailəsi yetərli dəstək verə bilmirsə, bu, yeniyetmənin xəstəxanaya stasionar müalicəyə qəbulü üçün əsas sayılır.

Biblioqrafiya

1. Castellví P, Lucas-Romero E, Miranda-Mendizábal A et al. Longitudinal association between self-injurious thoughts and behaviors and suicidal behavior in adolescents and young adults: A systematic review with meta-analysis. *J Affect Disord* 2017;215():37-48.
2. Consoli A, Peyre H, Speranza M et al. Suicidal behaviors in depressed adolescents: role of perceived relationships in the family. *Child Adolesc Psychiatry Ment Health* 2013;7(1):8.
3. Brent DA, McMakin DL, Kennard BD et al. Protecting adolescents from self-harm: a critical review of intervention studies. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2013;52(12):1260-71.
4. Hawton K, Saunders KE, O'Connor RC. Self-harm and suicide in adolescents. *Lancet* 2012;379(9834):2373-82.
5. Pelkonen M, Karlsson L, Marttunen M. Adolescent suicide: epidemiology, psychological theories, risk factors, and prevention. *Current Pediatric Reviews* 2011;7:52-67.
6. Burns CD, Cortell R, Wagner BM. Treatment compliance in adolescents after attempted suicide: a 2-year follow-up study. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2008 Aug;47(8):948-57.

Yeniyetmələr arasında maddələrə asılılıq

(EBM Klinik protokolları, 14.03.2019.

Sonuncu dəyişiklik 26.08.2019.

Müəllif - Pekka Aarninsalo, Redaktor – Nabil Seyidov)

Əsas məqamlar

- ▶ Yeniyetmələrin zərərli maddələrdən istifadəsi və müdaxilənin müəyyənləşdirilməsi, hətta ara-sıra istifadəsi belə sağlamlıq üçün ciddi təhlükələrlə nəticələnə bilər.
- ▶ Mümkün intihar meyillərinin müəyyənləşdirilməsi və psixotik xəstənin psixiatrik təcili yardıma yönləndirilməsi.
- ▶ Zərərli maddələrdən ara-sıra istifadə edildiyi zənn edildikdə belə, 18 yaşdan aşağı yeniyetmələrin valideynləri ilə əlaqə saxlanması.
- ▶ Lazım gəldiyi halda uşaq müdafiə orqanlarına müraciət edilməsi.

Epidemiologiya

- ▶ 2010-cu illər ərzində Finlandiyada alkoqol və narkotikdən istifadə azalmışdır. Bu epidemiologiya müxtəlif ölkələr üzrə fərqli olaraq dəyişir.
- ▶ Evdə yetişdirilən mariyuana istehsalı və eyni zamanda bitkilərin tərkibindəki THK (tetrahidrokannabinol) da əhəmiyyətli dərəcədə artmışdır. Əvvəllər ölkəyə idxal edilən həşişin THK tərkibi bitkinin qurudulmuş çiçəkləri və yarpaqlarından ibarət olan mariyuana nisbətən daha yüksək idi. Son illərdə polis tərəfindən müsadirə edilən evdə yetişdirilmiş mariyuana THK həşişə nisbətən daha artıqdır.
- ▶ Yalnız bəzi təcrübəçilər maddələrdən asılılıqlarını artırır və ya alkoqol və ya narkotiklərdən həddən çox istifadə etməyə başlayırlar.
- ▶ Finlandiyada 2014-cü ildən alkoqol və narkotik istifadəsi ilə bağlı əhalinin sorğulanmasına əsasən sorğulanan 15-24 yaşlıların 23%-nin ara-sıra anaşadan istifadə etdiyi məlum

olmuşdur. Amfetamin və opioid istifadəçiləri 20 000-30 000 (100 000 sakinə təxminən 360-550 nəfəri) nəfər təşkil etmişdir ki, onların da çoxu 18 yaşdan yuxarı olanlardır; 3500-5000 nəfəri isə 15-24 yaş həddindədirlər.

- ▶ Anaşa, amfetamin və opioidlərdən (çox hallarda buprenorfindən aşırı istifadə) başqa, ən çox istifadə edilən maddələrə ekstazi, QHB (qammahidroksibutirat) və QBL (qammabutirolakton) və eyni zamanda halüsiyanator göbələklər daxildir. Fərqli dizaynda olan narkotiklərdən ən çox istifadə ediləni amfetaminə bənzəyən MDPV-dir.

Problemin müəyyənləşdirilməsi

- ▶ Toksikasiya, özünü idarə edə bilməmə və ya sərxoşluğun qəzaya səbəb olduğu hallarda yeniyetmə birbaşa müalicəyə göndərilir.
- ▶ Yeniyetmə depressiya, nevroz və ya yuxu pozğunluğu yaşadığı hallarda kömək axtarır.
 - Maddədən istifadə və simptomlar arasında mümkün ola biləcək əlaqə tədqiq edilir. Gənclər, məsələn, anaşadan mütəmadi istifadə və depressiya arasında hər hansı bir əlaqənin ola biləcəyini düşünməyə bilirlər.
 - Sorğular birbaşa və neytral aparılmalıdır. Simptomlar barədə suallar düşünülərək, ehtiyatla verilməlidir, çünki yeniyetmələr, adətən, maddə istifadəsi haqqında verilən sualları ittiham kimi qəbul edə bilirlər.
- ▶ Valideynlər narkotiklərdən istifadə və ya narkotiklə bağlı problemlərdən şübhələndikləri zaman sağlamlıq xidmətləri ilə əlaqə saxlayırlar, lakin yeniyetmələr bunu müzakirə etməkdən imtina edirlər.
 - Şübhələnməyə əsas olduğu halda, valideynlər bu barədə birbaşa yeniyetmənin özündən soruşmalıdırlar. Əgər gənc narkotik və ya spirtli içkidən aşırı istifadə edərək bunun mütəxəssislərlə müzakirəsinə etirazını bildirirsə, valideynlər yeniyetmələr üçün olan narkotikdən müalicə mərkəzinə kömək üçün müraciət etməlidirlər.

- Hətta ailənin bütün üzvlərinin iştirak etmədiyi halda belə, ailə müalicəsi vasitəsilə dəyişiklik mümkündür.
- ▶ Məktəbdə narkotikdən istifadə şübhələri mövcuddur.
 - Məktəbdə narkotikdən istifadənin müəyyən edildiyi hallarda həyata keçirilməsi lazım olan müdaxilələrə dair plan olmalıdır.
 - Narkotikdən istifadənin narahatçılığa səbəb olması ilk növbədə bunu doğuran məsələlərə aydınlıq gətirilməsi üçün təşkil edilmiş gizli söhbət zamanı açıqca ortaya qoyulmalıdır.
 - Valideynlərə narkotiklərdən istifadənin aşkara çıxarılması haqqında məlumat verilməlidir.
- ▶ Yeniyetmələr narkotik/psixotrop maddələrdən istifadəyə son vermək üçün kömək axtarırlar.

Müalicə

- ▶ Vəziyyətə somatik və eyni zamanda psixiatrik nöqtəyə-nəzərdən baxılır.
- ▶ Müalicə dərmanlardan daha çox terapiyaya yönəldilir.
- ▶ Müalicənin təşkil region və ölkələr üzrə müxtəlif cür aparılır. Daha böyük şəhər mərkəzlərində gənclər üçün stansiyalar (ümumilikdə 13-23 yaş həddi) və ya narkotik istifadəsi üzrə ixtisaslaşmış digər müalicə mərkəzləri təşkil olunur.
- ▶ Başqa yerlərdə yeniyetmələrin narkotik problemləri digər səhiyyə və sosial xidmətlərin bir hissəsi kimi həll olunur. Stasionar müalicə ümumilikdə uşaq sosial xidmətləri vasitəsilə həll olunur.
- ▶ Maddə istifadəsi, adətən, gənclər üçün olan psixiatrik klinikalarda olan xəstələrin çoxsaylı problemlərinin yalnız bir hissəsini təşkil edir.
- ▶ Gəncin ailəsi müalicəyə cəlb edilməlidir. Yeniyetmənin narkotikdən istifadə etməsini problem olaraq görmədiyi hallarda ailəvi terapiya seansları vəziyyətin dəyişməsində müsbət rol oynaya bilər. Tədqiqatlara əsasən ailə terapiyasının fərdi terapiyaya nisbətən daha effektiv olduğu müəyyən edilmişdir.

Yanaşı patologiyalar/xəstəliklər

- ▶ Narkotika istifadəçilərinin çoxunda psixi pozğunluqlar, böyük əksəriyyətində davranış problemləri, diqqətsizlik problem,- hiperaktiv pozğunluqlar və ya əhval-ruhiyyə pozğunluqları müşahidə olunur.
- ▶ Yeniyetmələrdə narkotik problemlərinin müalicəsi zamanı gəncin psixiatrik vəziyyəti həmişə diqqət mərkəzində saxlanılmalıdır
- ▶ Əgər gənc bir insan narkotik istifadəçisi və eyni zamanda psixiatrik problemləri olan birdirsə, əvvəlcə onun maddədən istifadə etməsinə son verməsi üzərində dayanmaq lazımdır.
- ▶ Ailənin digər problemlərinin müəyyənləşdirilməsi.

Dərmanlar

- ▶ Dərmanlarla bağlı siyasət və yanaşma əsasən yeniyetmənin digər psixi problemləri nəzərə alınmaqla müəyyən edilir. Bəzən narkotikdən istifadə gənclərin, məsələn, depressiya simptomlarını yüngülləşdirmək məqsədilə özünü-müalicə forması hesab edilir.
- ▶ Xəstələr çox tez-tez yuxu pozğunluğu və nevroz simptomlarına qarşı dərman axtarırlar. Benzodiazepinlər bu problemin bir hissəsi ola bilər və onlardan dərman kimi istifadə edərkən çox ehtiyatlı olmaq lazımdır. Antidepressant və ya antipsixotiklər az dozalarda dərman kimi istifadə oluna bilər.
- ▶ Opiat əvəzedici müalicə bu üsulda ixtisaslaşmış müalicə mərkəzləri tərəfindən aparılır.

Uşaq müdafiəsi xidmətləri ilə əməkdaşlıq

- ▶ Hər bir ölkənin qanunvericiliyində yeniyetmələr arasında narkotikdən istifadə problemlərinə dövlət rəsmilərinin nə dərəcədə müdaxilə edə bilməsi müəyyənləşdirilmişdir.
- ▶ Səhiyyə və uşaqları müdafiə xidmətləri siyasət və əməkdaşlığa əsaslanaraq hərəkət etməlidir.

- ▶ Əgər narkotikdən ciddi surətdə istifadə edilirsə (məs. venadaxili istifadə) və ya yeniyetmənin çoxlu problemləri və bundan əlavə, intihara meyilliyi varsa, ixtisaslaşmış uşaq müdafiə mərkəzlərində qeyri-könüllü müalicə vacib sayıla bilər (qanunvericilikdə nəzərdə tutulduğu halda).
- ▶ Xüsusi ixtisaslaşmış mərkəzlərdə müalicə yuxarıda sadalanan vəziyyətlərdə 18 yaşdan yuxarı şəxslər üçün də tövsiyə olunur.

Biblioqrafiya

1. ESPAD Report 2015: Results from the European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs. European Monitoring Centre on Drugs and Drug Addiction / European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs (ESPAD), 2016

Faringit və tonsillit

(EBM Klinik protokolları, 02.01.2017.

Sonuncu dəyişiklik 11.11.2020.

Müəllif - Timo Koskenkorva, Redaktor – Nabil Seyidov)

Əsas məqamlar

- ▶ Kəskin faringit əksər hallarda virusların səbəb olduğu mülayim gedən və spontan olaraq keçən xəstəlikdir - bunu xəstəyə də izah edin.
- ▶ Əgər pasiyentdə aydın görünən tonsillit əlamətləri varsa və əgər tənəffüs yollarının digər simptomları (rinit, öskürək, səsin batması/kobudlaşması) yoxdursa, boğazdan əkilmək üçün nümunə alınır və ya ekspress test üçün yaxma götürülür.
- ▶ Mikrob əleyhinə dərmanlar A qrupu streptokoklarının səbəb olduğu infeksiyalarda ifadə edilir.
- ▶ Peritonzilyar absesin olması təcili olaraq təyin edilməli və müalicə aparılmalıdır.
- ▶ Residiv verən tonsillitin infeksiya mənbəyi axtarılmalıdır.
- ▶ Epidemiyanın yayılma təhlükəsi olduqda, hətta asimptomatik daşıyıcılara (o cümlədən: qrup C və ya G streptokoklarının səbəb olduğu hallarda) mikrob əleyhinə müalicə təyin etməklə alovlanmanın qarşısı alınmalıdır.
- ▶ Differensial diaqnostika zamanı epiqlotit, laringit, peritonzilyar abses və peritonzillitin ola bilməsi ehtimalı nəzərdən keçirilməlidir.

Tonsillitin etiologiyası

- ▶ Əksər hallarda, faringit (boğaz ağrısı) virus etiologiyalıdır. Adenoviruslar ən çox yayılan səbəb kimi qəbul edilir. Viruslar yüksək hərərət, səpmə və udlaq nahiyəsində eksudatla keçən streptokok infeksiyasına bənzər klinik mənzərə yarada bilər.
- ▶ A qrupu streptokokları böyüklərdə bütün tonsillit hallarının 14%-nə və uşaqlarda 37%-nə səbəb olur.

- ▶ C və ya G qrupu streptokoklarının səbəb olduğu boğaz nahiyəsinin infeksiyaları A qrupu streptokoklarının yaratdığına bənzəyir. Bu qruplar da epidemiyalara səbəb ola bilərlər.
- ▶ Adenovirus infeksiyaları bütün yaş qruplarında mövcuddur, lakin 5 yaşdan kiçik uşaqlar arasında daha geniş yayılmış olur.
- ▶ EBV yeniyetmələrdə tipik mononukleoz səbəb olur, lakin eyni klinik mənzərə daha kiçik uşaqlarda da ola bilər. Digər yaş qruplarında simptomlar adətən mülayimdir.
- ▶ A qrupu streptokokundan əlavə, qonokokların və difteriya koklarının səbəb olduğu nadir boğaz infeksiyalarının olmasını da yoxlamaq lazımdır.
- ▶ Uzun müddətli klinik müalicə və potensial ağırlaşma verdiyindən bütün virus infeksiyaları içərisində mononukleozun təyin edilməsi üçün müayinə aparılmalıdır.
- ▶ Mikoplazma və xlamidiya infeksiyaları eyni proporsiyalarda simptomlu və simptomuz xəstələrdə rast gəldiyi üçün, onların aktiv aşkarlanması üçün əlavə müayinələrə ehtiyac yoxdur.

Pasiyentin müayinəsi

- ▶ Udlaq nahiyəsinin müayinəsi
 - Baxış: eritema, peritonzilyar ödem, ağızın açılması, tənəffüs yolları
 - Lazım olduqda palpasiya (məsələn, taxta şpateldən istifadə etməklə): peritonzilyar abses olduqda peritonzilyar nahiyədə şişkinlik, ağrı və gərginlik
- ▶ Boyunun palpasiya edilməsi
 - Ehtimal ki, çənə küncələrindən başqa yerlərdə tapılan böyümüş limfa düyünləri, mononukleoz?
 - Böyümüş, ağırlı tiroid vəzi: qeyri-kəskin tiroidit?
- ▶ Səpgi: viruslar, qrup A streptokoklarının eritrogenic ştammları, arkanobakteriyalar?
- ▶ Göz qapaqlarının ödemi: mononukleoz?
- ▶ Digər infeksiya mənbələri: sinuslar, qulaqlar, dişlər, aşağı tənəffüs yolları

- ▶ Qrup A Streptokoklara görə sürətli ekspress test ən mühüm müayinə hesab edilir və o zaman aparılır ki, Sentor simptomlar şkalasına görə toplam xalların sayı ən azı 3-dür (cədvəl 1).
- ▶ Udlağı müayinə etməklə viruslu tonzillitin bakteriyal tonzillitdən ayırd etmək mümkün deyil. Məsələn, hər iki növ infeksiyada badamcıqlar üzərində ərp müşahidə edilə bilər.
- ▶ Udlağın streptokok infeksiyasına görə və ya ümumən bakteriyal əkilməsi aşağıdakı hallarda təyin edilir: uzun müddət davam edən boğaz ağrısı və infeksiyanın A qrupu streptokok mənşəli olmasına (sürətli ekspress test neqativ olsa belə) şübhə olduqda və/və ya epidemiya zamanı.

Cədvəl 1. Boğaz ağrısına görə Sentor simptomlar şkalası

Simptom	Bal
Anamnezdə temperatur $\geq 38^{\circ}\text{C}$	1 bal
Öskürək olmayıb	1 bal
Ön boyun limfa düyünlərinin böyüməsi və ya ağrılı olması	1 bal
Badamvari vəzilərin böyüməsi və ya üzərində eksudat olması	1 bal

Boğazdan yaxma alınması

- ▶ Nümunə almaq üçün müvafiq steril olan tampondan istifadə edilir.
- ▶ Dili taxta şpatel ilə möhkəm bir şəkildə sıxın və yaxşı fokuslanmış işıq mənbəyindən (alın lampası) istifadə edin.
- ▶ Pambıq tamponu selikli qişaya qarşı sıxmaqla və dairəvi hərəkətlərlə, hər iki badamcıqdan və udlağın arxa divarından nümunə götürün. Dodaqlara və ya dilə toxunmaqdan çəkinin.
- ▶ Adətən qrup A streptokoka görə aparılan sürətli ekspress testin nəticəsi həkim müayinəsi bitməmiş əlçatan olur.
- ▶ Nümunənin alınmasından 18-24 saat sonra əkmə oxunur. Nəticə mənfi olarsa, əkmə növbəti gün yenidən nəzərdən keçirilir (bundan sonra xəstə ilə əlaqə saxlayın).

- ▶ Epidemiyalar zamanı bakterial əkmədən istifadə olunur. Bu, həmçinin antibiotiklərə həssaslığı yoxlamağa imkan verir.

Müalicənin təşkili

- ▶ Ümumi vəziyyəti ağırlaşmış olan uşaqlar və böyüklər, udqunma çətinliyi olanlar, udlaq infeksiya ilə ağırlaşma bilən əsas xəstəliyi olanlar və həmçinin, atipik klinik mənzərəyə malik və ya ağırlaşma şübhəsi yaradan əlamət və simptomlara malik xəstələr, məs.əhəmiyyətli dərəcədə udma çətinliyi olan, trizmus (çeynəmə əzələlərinin spazmı) olan pasiyentlər həkim baxışından keçməlidirlər.
- ▶ Kafi vəziyyətdə olan yetkin yaşlı xəstələr isə təlim keçmiş tibb bacısı tərəfindən müayinə edilə bilirlər və həmçinin, simptomatik xəstələrdən streptokok üçün nümunə götürə bilirlər. Növbəti gün xəstə ilə əlaqə təşkil edilir.
- ▶ Mikrob əleyhinə maddələrin verilməsi yalnız əkmədə və ya ekpres testdə müsbət cavab olduqda nəzərdə tutulub:
 - A qrupu streptokoku və ya
 - hər hansı bir streptokok epidemiyası zamanı, xüsusilə şiddətli simptomlar olduqda (bu mümkündür).
- ▶ Müalicədən sonra təqib məqsədi ilə təkrar bakteriyal əkmə üçün nümunənin götürülməsi tələb olunmur.

Streptokok infeksiyasının dərman müalicəsi

- ▶ Birinci xətt mikrob əleyhinə preparat penisilindir. Böyüklərdə gündəlik doza 24 saat ərzində 2-3 milyon beynəlxalq vahiddir və 3 dozaya bölünərək verilir (məsələn, penisilin V 1 milyon Vahid gündə 3 dəfə). Uşaqlarda isə doza 50.000-100.000 BV / kq / 24 saat və 3 hissəyə bölünərək verilir. Hər iki yaş qrupunda müalicə müddəti 10 gündür.
- ▶ Penisillin qəbul edə bilməyən pasiyentlərdə, xüsusilə də, kiçik yaşlı uşaqlarda, amoksisilin miksturası çəkiyə əsaslanan dozalanması alternativ kimi təyin edilə bilər.
- ▶ İkinci xətt antibakteriyal preparat sefaleksindir (*cephalexin*). Böyüklərdə doza 500 mq gündə 3 dəfədir. Uşaqlarda isə

doza 40-50 mq / kq / 24 saat olmaqla, 3 hissəyə bölünərək verilir. Hər iki yaş qrupunda müalicə müddəti 10 gündür. Makrolidlər yalnız antibiotiklərə qarşı rezistentlik barədə məlumat varsa və mikrobu onlara həssaslığı varsa, tövsiyə edilir.

- ▶ Əgər xəstədə ağır penisilin və ya sefalosporin allergiyası varsa, klindamisinin gündə 300 mq dozada 3 dəfəyə verilməsi alternativdir. Ancaq belə müalicə, ilk növbədə uzun müddətli və təkrarlanan tonzillidə istifadə edilmək üçün tövsiyə olunur.
- ▶ Mikrob əleyhinə preparatlar qrup A streptokok infeksiyalarında simptomların müddətini bir qədər azaldır (simptomlar təxminən 2.5 gün daha az davam edir).
- ▶ Müalicənin başlanması xəstənin yüksək hərarəti olmadığı təqdirdə, bakteriyal əkmənin və ya sürətli ekspress testin nəticəsi alınana qədər ləngidilə bilər.
- ▶ Analgetiklərin (parasetamol və iltihab əleyhinə preparatlardan ibuprofen ən təhlükəsizdir) simptomlara qarşı təsiri antibiotiklərə nisbətən daha yaxşıdır.
- ▶ Qeyri-A streptokoklar: epidemiyalar zamanı və ağır simptomlar olduqda, müalicə üçün qrupu A Streptokoklarda təyin edilən dərmanlar istifadə edilir.
- ▶ Mikrob əleyhinə müalicəyə başladıqdan 24 saat sonra xəstə artıq yoluxdurma (kontagioz) qabiliyyətinə malik deyildir.

Faringitlərin digər səbəbləri

- ▶ Laringit, epiglotit, supraqlottit
- ▶ Mononukleoz mikrob əleyhinə maddələrlə müalicə edilməməlidir. Amoksisilin ciddi səpgiyə səbəb ola bilər.
- ▶ Udlaq gonoreyası əksər hallarda yalnız mülayim simptomlara səbəb olur. CYYX (cinsi yolla yoluxan xəstəliklər) qarşısını almaq məqsədilə mikrob əleyhinə dərmanlarla pulsuz təminatı və pasiyentin yaxın kontaktlarının müəyyən edilməsi və müalicəyə cəlb edilməsi önəmlidir.

- ▶ Yarımkəskin tiroiditin klinik mənzərəsi kəskin boğaz infeksiyasına bənzəyə bilər.
- ▶ Sifilis və ilkin olan İİV infeksiyası nadir səbəblər kimi nəzərə alınmalıdır.

Peritonzilyar abses və peritonzillit

- ▶ Tipik simptomlar və tapıntılar
 - Hərərət, boğazda kəskin ağrı
 - Qulağa qədər yayılan birtərəfli ağrı (ikitərəfli abses ilə istisna olmaqla)
 - Udqunmaqda çətinlik
 - Şpatel ilə peritonzilyar nahiyəyə təzyiq etdikdə ağrı və bərklik hiss edilir
 - Bəzi hallarda nitqin pozulması
 - Bəzi hallarda trizmus (xəstə ağızını açmaqda çətinlik çəkir və ağrı olur)
- ▶ Müalicə ağız boşluğunda absesin iyne ilə drenaj edilməsindən və ya tonzillektomiyadan (böyüklərdə ikincili absesdən, uşaqlarda isə birincili absesdən sonra) və mikrob əleyhinə preparatların təyininə ibarətdir.
- ▶ Mikrob əleyhinə müalicə üçün: yuxarıda bax.
- ▶ Peritonzillit kimi tanınan və faktiki olaraq absesdən əvvəl yaranmış fleqmona (sellülit), oxşar simptomlara malikdir və diaqnozun təsdiq edilməsi yalnız həmin nahiyədən, məsələn iyne aspirasiya ilə irinin alınmasına əsaslanır.
 - Mikrob əleyhinə müalicə abses olan və cərrahi drenaj olmadan müalicə edilən xəstələrlə eynidir.

Residivləşən tonsillit

- ▶ Tonsillit 6 ay ərzində ən azı 3 dəfə və ya bir il ərzində 4 dəfə təkrarlanır.
- ▶ Residivləşmənin ən geniş yayılmış səbəbləri: boğazda beta-laktamaza istehsal edən normal floranın olması, təyin edilmiş müalicəyə düzgün riayət olunmaması, streptokok daşııcılığı, yaxın təmasda olan şəxsdən yenidən infeksiyanın ötürülməsi.

- ▶ Residivləşən infeksiyada birinci xətt antibakteriyal terapiya sefalekssin (*cephalexin*) ilə aparılır. O, penisilinlə müqayisədə A qrupu streptokoku daha effektiv məhv edir. Həmçinin Klindamisin (*Clindamycin*) (10 gün ərzində 300 mq gündə 3-4 dəfə) A qrupu streptokoklarını məhv edir və digər bakteriyaların səbəb olduğu residivləşən tonsillitin qarşısını alır.

Tonzillektomiyaya dair məsləhət verilməsi üçün göstərişlər

- ▶ Təcili göndəriş: kəskin tonsillitin ağırlaşması, məs. peritonzilyar abses, tonsilyar mənşəli septisemiya.
- ▶ Bir neçə gün ərzində məsləhətləşmənin aparılması: güclü asimmetriyaya və ya yerli xoranın olmasına əsaslanan malignizasiya şübhəsi.
- ▶ Təcili olmayan göndəriş
 - Etiologiyasından asılı olmayaraq 6 ay ərzində 3-4 dəfə təkrarlanan kəskin tonsillit. Bakterial əkmənin və ekspres testlərin tarixləri və nəticələri göndərişə daxil edilməlidir.
 - Böyümüş adenoidlər və / və ya badamcıqlar (praktiki olaraq bir-birinə toxunur) tərəfindən yaranan yuxu apnoesi epizodları, naso- və orofarenqial obstruksiya (xüsusilə uşaqlarda) və ya udqunmaqda çətinlik, dişlərin qeyri-düz üst-üstə düşməsi
 - Xroniki tonsillit, ağızdan iy vurmaları, boğaz ağrısı və qusma refleksinin xəstəyə uzun müddət ərzində zərər verməsi.
 - Uşaqlarda təkrarlanan febril epizod və dövri hərərət şübhəsi (PFAPA - *Periodic Fevers with Aphthous stomatitis, Pharyngitis*)

Streptokok epidemiyası

- ▶ Eyni yerdə bir neçə insanın qısa müddət ərzində (eyni əhali qrupunun bir ay ərzində 15-20%-i) bu cür xəstəliyə məruz qalırsa streptokok epidemiyası şübhəsi yaratmalıdır.

- ▶ Epidemiyalar uşaq baxçalarında, məktəblərdə, hərbi hissələrdə və müalicə müəssisələrində baş verir.
- ▶ Epidemiyaya çox ciddi olarsa, qida ilə yoluxma ehtimalını nəzərdən keçirin.
- ▶ Boğazdan nümunə qrupdakı bütün simptomatik və asimptomatik şəxslərdən alınmalıdır; başlanğıc mərhələdə ailənin digər simptomlar müşahidə olunan üzvlərindən də nümunələr götürülə bilər.
- ▶ Əkmədə müsbət nəticə verən bütün şəxslər eyni zamanda müalicə olunur və simptomları olub-olmadığı təqdirdə infeksiyanın yayılmasının qarşısını almaq üçün 24 saat ərzində digər şəxslərlə təmasda olmaları qadağan edilir. Simptomatik xəstələrə daha uzun müddətli təcrid tələb edə bilər. Müalicədən sonra nəzarət üçün nümunələrin toplanmasına ehtiyac yoxdur.

Biblioqrafiya

1. Thompson M, Vodicka TA, Blair PS, et al. Duration of symptoms of respiratory tract infections in children: systematic review. *BMJ* 2013; 347:f7027.
2. Bisno AL. Acute pharyngitis: etiology and diagnosis. *Pediatrics* 1996; 97:949.
3. Spinks A, Glasziou PP, Del Mar CB. Antibiotics for sore throat. *Cochrane Database Syst Rev* 2013; :CD000023.
4. Thomas M, Del Mar C, Glasziou P. How effective are treatments other than antibiotics for acute sore throat? *Br J Gen Pract* 2000; 50:817.
5. Bradley CP. Taking another look at the acute sore throat. *Br J Gen Pract* 2000; 50:780.
6. Middleton DB, D'Amico F, Merenstein JH. Standardized symptomatic treatment versus penicillin as initial therapy for streptococcal pharyngitis. *J Pediatr* 1988; 113:1089.
7. Bisno AL. Acute pharyngitis. *N Engl J Med* 2001; 344:205.
8. Schmitt BD. Sore throat (pharyngitis). In: *Instructions for Pediatric Patients*, WB Saunders, Philadelphia 1999. p.91.
9. Snellman L, Adams W, Anderson G, et al. Institute for Clinical Systems Improvement. *Diagnosis and treatment of*

respiratory illness in children and adults. Updated January 2013.

https://www.icsi.org/guidelines__more/catalog_guidelines_and_more/catalog_guidelines/catalog_respiratory_guidelines/respiratory_illness/ (Accessed on August 25, 2016).

10. Weglowski J. An evidence-based approach to the evaluation and treatment of pharyngitis in children. *Pediatr Emerg Med Pract* 2011; 8:1.
11. Flurbiprofen: new indication. Lozenges: NSAIDs are not to be taken like sweets! *Prescrire Int* 2007; 16:13.
12. Ambroxol lozenges: new drug. Sore throat: better to just suck on hard candy. *Prescrire Int* 2009; 18:52.
13. Chenot JF, Weber P, Friede T. Efficacy of Ambroxol lozenges for pharyngitis: a meta-analysis. *BMC Fam Pract* 2014; 15:45.
14. Little P, Stuart B, Wingrove Z, et al. Probiotic capsules and xylitol chewing gum to manage symptoms of pharyngitis: a randomized controlled factorial trial. *CMAJ* 2017; 189:E1543.
15. Pierce CA, Voss B. Efficacy and safety of ibuprofen and acetaminophen in children and adults: a meta-analysis and qualitative review. *Ann Pharmacother* 2010; 44:489.
16. US Food and Drug Administration. Risk of serious and potentially fatal blood disorder prompts FDA action on oral over-the-counter benzocaine products used for teething and mouth pain and prescription local anesthetics. Available at: <https://www.fda.gov/Drugs/DrugSafety/ucm608265.htm> (Accessed on May 23, 2018).
17. Hopper SM, McCarthy M, Tancharoen C, et al. Topical lidocaine to improve oral intake in children with painful infectious mouth ulcers: a blinded, randomized, placebo-controlled trial. *Ann Emerg Med* 2014; 63:292.
18. Hess GP, Walson PD. Seizures secondary to oral viscous lidocaine. *Ann Emerg Med* 1988; 17:725.

19. Aertgeerts B, Agoritsas T, Siemieniuk RAC, et al. Corticosteroids for sore throat: a clinical practice guideline. *BMJ* 2017; 358:j4090.
20. Sadeghirad B, Siemieniuk RAC, Brignardello-Petersen R, et al. Corticosteroids for treatment of sore throat: systematic review and meta-analysis of randomised trials. *BMJ* 2017; 358:j3887.
21. de Cassan S, Thompson MJ, Perera R, et al. Corticosteroids as standalone or add-on treatment for sore throat. *Cochrane Database Syst Rev* 2020; 5:CD008268.
22. Chessman AW. Guideline: Experts recommend a single dose of oral steroids for pain relief in acute sore throat. *Ann Intern Med* 2018; 168:JC2.

Uşaqlarda residivləşən infeksiyalar və immunodefisitlər

(EBM Klinik protokolları, 08.03.2017.

Sonuncu dəyişiklik 29.05.2019.

Müəllif - Kaarina Heiskanen, Petri S.Mattila, Redaktor – Nabil Seyidov)

Əsas məqamlar

- ▶ “Uşaqlarda residivləşən infeksiyalar” adətən tənəffüs yollarının təkrarlanan infeksiyalarına aid edilir.
- ▶ Uşaq il ərzində normal halda 6-10 tənəffüs yolu infeksiyasına yoluxa bilər.
- ▶ Residivləşən infeksiyon xəstəliklərdən əziyyət çəkən uşaqların böyük əksəriyyəti normal immun sistemə malik olur. Aşağıdakı xüsusiyyətlər normal fəaliyyət göstərən immun sistemə dəlalət edir:
 - residivləşən infeksiyaların başlanması, uşağın uşaq baxım mərkəzlərinə (bağça) getməsi ilə üst-üstə düşür
 - infeksiyalar yalnız tənəffüs yollarına təsir göstərir
 - infeksiyalar virus mənşəli olur
 - individual infeksiyalardan sağalma fərdi xarakter daşıyır
 - uşağın böyüməsi və inkişafı norma daxilindədir
 - normal fiziki statusa malik olur (döş qəfəsinin rentgenoqramı üçün aşağıya nəzər yetirin)
 - ailə üzvləri arasında infeksiyalara artmış meyillilik qeyd edilmir

Residivləşən infeksiyaların etiologiyası

Uşaqlara aid

- ▶ Genetik faktorlar səbəbilə infeksiyaya qarşı həssaslığına görə uşaqlar arasında fərq mövcud olur.
- ▶ Bəzi uşaqlar orta qulağın və ya Yevstax borusunun disfunktional problemlərinə malik olur.
- ▶ Qastroezofaqal refluks problemlərinə malik uşaqlar həm yuxarı, həm də aşağı tənəffüs yollarının infeksiyasına yoluxmağa daha çox meyilli olurlar.

- ▶ Atopiya infeksiyaya meyilliliyi artırmır. Buna görə, digər uşaqlarla müqayisədə atopiyası olan uşaqlara antibiotik eyni meyarlara əsasən təyin edilməlidir. Hava yollarının hiperaktivliyinə malik uşaqlarda uzun müddət davam edən öskürək və nəm xırıltılar (ağciyərdə xorultuya bənzər, gurultulu, aşağı tezlikli səslər) səbəbilə, onlara bəzi hallarda səhfən residivləşən infeksiya diaqnozu qoyulur.
- ▶ Dövrü temperatur sindromu, uşaqda təkrarlanan qızdırmanın arxasında duran etiologiya ola bilər; bəzi hallar irsi xarakter daşıya bilər.
- ▶ Anadangəlmə immunodefisitlərə nadir hallarda təsadüf edilə bilər.

Ətraf mühit faktorları

- ▶ İnfeksiya ilə tez-tez kontakta girmək
- ▶ Evdə qalan uşaqlarla müqayisədə bağçaya gedən uşaqlar 1.5-3 dəfə daha çox infeksiyaya yoluxmuş olurlar
- ▶ Passiv siqaret çəkmək (digərlərinin çəkdiyi siqaretin havasını tənəffüs etmək)
- ▶ Siqaretin evin daxilində çəkilməsi infeksiyaya yoluxma riskini iki dəfə artırır.

İnfeksiyanın residivləşməsi hallarında müayinələr

- ▶ Müvafiq ümumi klinik mənzərini əldə etmək və ailələrə dəstək olmaq məqsədilə residivləşən infeksiyadan əziyyət çəkən uşağın müayinəsi konkret bir həkimə həvalə edilməlidir.

Anamnez

- ▶ Residivləşən infeksiyanın başlaması anında uşağın yaşı (uşaq müəssisəsinə getməyə başladığıdakı yaşı ilə müqayisə edin)
- ▶ İnfeksiyanın miqdarı və davametmə müddəti (2-4 ay ərzində davam edən simptomlarla il ərzində 6-10 infeksiya adətən 3 yaşından kiçik uşaqlar üçün normal olaraq qəbul edilir).

- ▶ İnfeksiyanın növü (dərin/ciddi), antibiotik kurslarının və / və ya xəstəxana qəbulunun sayı.
- ▶ İnfeksiyadan sağalma (ağırlaşmalar?) və infeksiyalar arasında sağlamlığın vəziyyəti
- ▶ Mədə-bağırsaq və dəri simptomları (diareya, ekzema, absess)
- ▶ Atopik simptomlar, tənəffüs yollarının obstruksiyası əlamətləri, qastro-ezofaqal refluksun əlamətləri
- ▶ Uşağın mövcud digər xəstəlikləri, qəbul etdiyi dərman preparatları (immunosupressivlər).
- ▶ Ailə anamnezi: atopiya, astma, böyüməyindəki anormallıqlar, infeksiyaya meyillilik, körpəlik dövründə inkişafın normal getməməsi, infeksiya səbəbilə ölüm
- ▶ Bağçanın növü (qrupdakı uşaqların sayı)
- ▶ Passiv siqaret çəkmək

Status

- ▶ Böyümə və inkişaf ardıcılığı yoxlanılmalıdır (böyümə cədvəli!)
- ▶ Pnevmatik otoskop və ya timpanometer vasitəsilə qulağın müayinəsi (infeksiyanın ocağı)
- ▶ Ürək və ağciyər auskultasiyası (infeksiyanın ocağı, həmçinin ürək qüsurlarını da inkar edin)
- ▶ Abdominal palpasiya (orqanomeqaliyanı inkar etmək)
- ▶ Dəri, dırnaqlar, saç, dişlər və selikli qişalarda gedən proseslər (hipoplaziya, səpki, absess, xroniki göbələk mənşəli “süd yarası” və ya “pambıqca”)

İlkin müayinlər

- ▶ Residivləşən infeksiyası olan uşaq ilkin səhiyyə xidməti səviyyəsində (ailə həkimi, poliklinika, ailə sağlamlıq mərkəzləri) qanın ümumi analizi ilə leykoformula və EÇS (eritrositlərin çökmə sürəti) (infeksiyadan azad dövr ərzində) analizlərini təyin etməklə yoxlanmalıdırlar. Zərurət yarandıqda plazmada İgG, İgA və İgM (yaşdan asılı

müxtəlifliyi nəzərə alın) və İİV antigeni və anticismləri yoxlanılmalıdır.

- ▶ Adenoidlərin ölçüsü ağızdan nəfəs alma və xoruldamaqla təxmin edilə bilər. Rentgenoqrafiya tələb olunmur.
- ▶ Rentgenoqrafiyaya adətən ona görə ehtiyac duyulmur ki, xüsusilə də 4 yaşdan kiçik uşaqlarda, sağalma mərhələsində sinusların və ya döş qəfəsinin təcrid edilmiş rentgenoqrafiyası ilə çox az əlavə məlumat əldə edilir.
- ▶ Rentgenoqrafiya, kəskin infeksiya zamanı pnevmoniyanın residivləşməsindən şübhələnilirsə, tövsiyə edilir (infeksiya ocağı, atelektaz, yad cisimdən və ya struktur anomaliyasından şübhələnmək, timus kölgəsi görünürmü?).

Müalicə

- ▶ Həkim (təkrarlanan müayinələr, infeksiya hallarının qeydə alınması).
- ▶ Məsləhət (infeksiyanın simptomatik müalicəsi, evdə siqret çəkməyi tərgitmək).
- ▶ Bağçanı dəyişmək (kiçik qruplara malik bağçaya keçirtmək, uşağa evdə baxmaq).
- ▶ Soyuqdəymə zamanı başlanılan antibiotik, orta qulağın kəskin iltihabı (otit) prosesinin qarşısını almır.
- ▶ Yeməkdən sonra ksilitol tərkibli saqqızı çeynəmək 4-5 yaşlı uşaqlarda orta qulağın kəskin iltihabı riskini azaldır.
- ▶ Orta qulağın kəskin iltihabı prosesini önləmək.
- ▶ Otolorinqoloqa yönləndirmək (göstərişlər üçün aşağıya nəzər yetirin).
- ▶ Anamnezində residivləşən infeksiyaları olan uşaqların mövsümü qripə qarşı immunizasiyası məsləhət görülür. İmmunizasiya həmçinin 24 aydan kiçik uşaqları da qoruyur və orta qulağın kəskin iltihabı daxil olmaqla ağırlaşmalar riskini azaldır.
- ▶ Pnevmonokokka qarşı peyvənd orta qulağın kəskin iltihabı hallarının sayını azaltmır, lakin o, həm timpanostomiya borusunun yerləşdirilməsinə ehtiyacı, həm də pnevmoniya və sistemik infeksiyaların rastgəlmə riskini azaldır.

Otolaringoloqun konsultasiyası

- ▶ Konsultasiyaya göstəriş
 - Orta qulağın təkrarlanan kəskin infeksiyaları
 - Yapışqan qulaq (adqeziv otit)
 - Ağızla nəfəs almaq, xoruldamaq və yuxu pozğunluğu
 - Davamlı rinit və ya öskürək
- ▶ Orta qulağın kəskin iltihabı prosesinin 6 ay ərzində 3-dən çox epizodu, bir il ərzində isə 4-dən çox epizodu və ya qulaqda yapışqanlıq qeydə alınmışdırsa, timpanostomiya nəzərdən keçirilməlidir.
- ▶ Orta qulağın residivləşən kəskin iltihabı hallarında profilaktik tədbir olaraq, ilkin müdaxilə kimi adenoektomiyanın tək başına və ya timpanostomiya ilə kombinasiyası şəklində tətbiqi əlavə fayda vermir.
- ▶ Uşaqlarda adenoidlər adi respirator infeksiyanın nəticəsi kimi böyüyə bilər, lakin adətən onlar nazofarinksin (burun-udlaq) tamamilə tutulmasına səbəb olmur.
- ▶ Bəzən adenoidlər nazofarinksi tamamilə obstruksiya edib ağızdan nəfəs almağa və xoruldamağa səbəb olurlar. Uzun müddət davam edən ağızdan nəfəs alma, dişlərin malokluziyasına səbəb ola bilər. Davamlı ağızdan nəfəs alma adenoektomiya göstəriş hesab edilir.
- ▶ Adenoidlərin ölçüsünün əvvəlcədən təyin edilməsi (məs., rentgenoqrafiya ilə) tələb edilmir.
- ▶ Timpanostomiyaya rəğmən yapışqan qulaq (adqeziv otit) təkrar baş verirsə, adenoektomiya yapışqan qulağın müalicəsində nəzərdən keçirilə bilər.
- ▶ Adenoidlərin xroniki iltihabı viral infeksiyalar zamanı bakterial rezervuar olaraq fəaliyyət göstərə bilər və bu da öz növbəsində tənəffüs yollarının infeksiyaları zamanı ağırlaşmaların meydana gəlmə riskini artırır.

Şübhələnیلən immunodefisit zamanı xüsusi müayinələrin aparılması üçün göstərişlər

Birincili immunodefisitlər

- ▶ Birincili immunodefisit (BİD), genetik bir dəyişikliyin səbəb olduğu immun sisteminin anadangəlmə pozğunluğuna aid edilir. Orqanizmin infeksiyaya qarşı müdafiəsinin pozulmasına və immunoloji xəstəliklər riskinin artmasına səbəb olur.
- ▶ Rastgəlmə tezliyi Finlandiyada təqribən >15/100.000-dir. İmmun sisteminin çatışmazlığı mənzərəsi verən təxminən 320 monogen hallar qeydə alınmışdır.
- ▶ İzolə edilmiş immunodefisitə nadir hallarda təsadüf edilir. Lakin çox vaxt diaqnozu qoyulmamış qaldıqlarından düşünləndən daha çox təsadüf edildiyi ehtimal edilir.
- ▶ Anadangəlmə immun çatışmazlıqlar B və ya T hüceyrələrinin çatışmazlığı, T və B hüceyrə kombinasiyasının qüsurları, faqositik hüceyrə qüsurları və immunitetin anadangəlmə qüsurları kimi təsnif edilir.
 - Əksəriyyəti (>50-80%) B hüceyrə çatışmazlığı, yəni hipoqammaqlobulinemiya (plazma IgG, IgA, IgM <-2 SD) kimi özünü göstərən humoral immunitet çatışmazlığıdır.
- ▶ B hüceyrələrinin çatışmazlığı və ya funksional qüsuru, uşağı hüceyrədənəkar (ekstrasellülar) bakteriyaların, xüsusən polisaxarid kapsulalı bakteriyaların səbəb olduğu residivləşən infeksiyalara məruz qalma riskini artırır.
 - Hipoqammaqlobulinemiyanın etiologiyasına daxildir:
 - körpələrdə keçici hipoqammaqlobulinemiya (1/16.000)
 - ümumi dəyişkən immun çatışmazlığı (CVI; 7.7/100.000)
 - X-asılı aqammaqlobulinemiya (XLA; 1/150.000)
 - CSR defisiti (hiper-IgM sindromu, HIGM; 1/150.000)
 - IgG yarım-sinifinin defisiti, polisaxarid antitellərinin formalaşmasında xüsusi çatışmazlıq və müəyyən

komplement defisiti də həmçinin polisaxarid kapsulalı bakteriyaların səbəb olduğu infeksiyaların riskini artırır.

- Hüceyrə tipli immundefisitə malik xəstələr, məsələn, T-hüceyrələrin azalmış miqdarına və funksional çatışmazlığına malik xəstələr, hüceyrədaxili patogenlərin (viruslar, Pneumocystis jirovecii, mikobakteriya, göbələk) səbəb olduğu infeksiyaların artmış riskinə malik olurlar.
- İmmundefisit, B və T hüceyrələr arasında pozulmuş bir kooperasiya səbəbindən yaranarsa (CVI və CSR defisiti), xəstə, həm ekstrasellular, həm də intrasellular patogenlərin səbəb olduğu infeksiyalara meyilli olur.
- Ağır immunodefisit kombinasiyası (AİDK), həm hormonal, həm də hüceyrə tipli immun cavaba təsir göstərən nadir hallarda rast gəlinən bir haldır. Vəziyyət, erkən körpəlik dövründə təzahür edir və inkişaf geriliyi, xroniki ishal, dəri dəyişiklikləri və ağır və ya xroniki virus, funqal və ya opportunistik infeksiyalar ilə xarakterizə olunur. Daha əvvəl təsvir olunan klinik tablo və / və ya aşağı mütləq limfosit sayı ($<2,0 \times 10^9 / l$) və / və ya körpədəki limfositlərin zəif və ya olmayan mitogen reaksiyaları dərhal əlavə araşdırmalar tələb edən ciddi immun çatışmazlığı şübhəsini artırır.

İnfeksiyaya səbəb olan digər biokimyəvi anormallıqlar

- ▶ Sistik fibroz
 - Ekzokrin pankreatik çatışmazlıq, ağciyər infeksiyası
- ▶ Alfa-1-antitripsin defisiti
 - PiZZ fenotip (ən ağır homoziqot növü), 1/1.500 – 2.000
 - Ağciyərlərə və qaraciyərə təsir göstərən simptomlar adətən yetkinlik dövrünə çatana qədər təzahür etmir.
- ▶ Şvaçman sindromu (eng. *Shwachman*)
 - Böyümə geriliyi, neytropeniya, trombositopeniya, ekzema, infeksiyaya meyillilik
- ▶ “Qığırdaq-saç hipoplaziyası”
 - Kəskin inkişaf geriliyi, dəyişkən immunodefisit

- ▶ Vegener qranulomatozu
 - Residivləşən sinusit və ağciyər infeksiyası
- ▶ Hərəkətsiz kipriklər (ing. Immotile cilia) sindromu
 - Sinusit, ağciyər infeksiyası, müalicəyə davamlı astma.

Şübhələnilən immunodefisit zamanı aparılan müayinələr

- ▶ İlk tibbi yardım, infeksiyaya həssaslıq qeyd alınır (infeksiya gündəliyi) və qanın ümumi analizi (xüsusilə neytropeniya, limfopeniyanı qeyd edin) və immunoqlobulinlər (plazmada İgA, İgG, İgM, serumda İgE; yaşa uyğun istinad sənədlərinin <-2 SD konsentrasiyalarını qeyd edin) yoxlanılır.
- ▶ Əgər simptomların və yuxarıda sadalanan əlamətlərin (anamnez və/və ya laborator nəticələr) əsasında immunodefisitdən şübhələnirsə, uşaq əlavə müayinələrin aparılması məqsədilə pediatriya şöbəsinə köçürülməlidir.
- ▶ Ağır immunodefisit kombinasiyasından şübhələnmək (İDKŞ) təcili və ya dərhal qiymətləndirmənin aparılmasını tələb edən təcili bir vəziyyət hesab edilir.
- ▶ Xəstəliyin başlanğıcında uşağın yaşına, simptomların xüsusiyyətinə, bədən sistemlərinin sağlamlığına, infeksiyaların növünə və törədicilərə əsaslanan fərdi müalicənin təyin edilməsinə qərar vermək üçün mütəxəssis müdaxiləsi lazım olur.

Biblioqrafiya

1. Wald ER, Guerra N, Byers C. Frequency and severity of infections in day care: three-year follow-up. J Pediatr 1991 Apr;118(4 (Pt 1)):509-14.
2. Nafstad P, Hagen JA, Oie L, Magnus P, Jaakkola JJ. Day care centers and respiratory health. Pediatrics 1999 Apr;103(4 Pt 1):753-8.
3. Heikkinen T, Ruuskanen O, Ziegler T, Waris M, Puhakka H. Short-term use of amoxicillin-clavulanate during upper respiratory tract infection for prevention of acute otitis media. J Pediatr 1995 Feb;126(2):313-6.

4. Uhari M, Kontiokari T, Koskela M, Niemelä M. Xylitol chewing gum in prevention of acute otitis media: double blind randomised trial. *BMJ* 1996 Nov 9;313(7066):1180-4.
5. American Academy of Pediatrics Committee on Infectious Diseases. Recommendations for influenza immunization of children. *Pediatrics* 2004 May;113(5):1441-7.
6. Straetemans M, Sanders EA, Veenhoven RH, Schilder AG, Damoiseaux RA, Zielhuis GA. Pneumococcal vaccines for preventing otitis media. *Cochrane Database Syst Rev* 2004;(1):CD001480.
7. Lucero MG, Dulalia VE, Parreno RN, Lim-Quianzon DM, Nohynek H, Mäkelä H, Williams G. Pneumococcal conjugate vaccines for preventing vaccine-type invasive pneumococcal disease and pneumonia with consolidation on x-ray in children under two years of age. *Cochrane Database Syst Rev* 2004 Oct 18;(4):CD004977.
8. Palmu AA, Verho J, Jokinen J, Karma P, Kilpi TM. The seven-valent pneumococcal conjugate vaccine reduces tympanostomy tube placement in children. *Pediatr Infect Dis J* 2004 Aug;23(8):732-8.
9. Paradise JL, Bluestone CD, Colborn DK, Bernard BS, Smith CG, Rockette HE, Kurs-Lasky M. Adenoidectomy and adenotonsillectomy for recurrent acute otitis media: parallel randomized clinical trials in children not previously treated with tympanostomy tubes. *JAMA* 1999 Sep 8;282(10):945-53.
10. Mattila PS, Joki-Erkkilä VP, Kilpi T, Jokinen J, Herva E, Puhakka H. Prevention of otitis media by adenoidectomy in children younger than 2 years. *Arch Otolaryngol Head Neck Surg* 2003 Feb;129(2):163-8.
11. Tregoning JS, Schwarze J. Respiratory viral infections in infants: causes, clinical symptoms, virology, and immunology. *Clin Microbiol Rev* 2010;23(1):74-98.
12. Hammarén-Malmi S, Saxen H, Tarkkanen J et al. Adenoidectomy does not significantly reduce the incidence of otitis media in conjunction with the insertion of

- tyimpanostomy tubes in children who are younger than 4 years: a randomized trial. *Pediatrics* 2005;116(1):185-9.
13. Picard C, Al-Herz W, Bousfiha A et al. Primary Immunodeficiency Diseases: an Update on the Classification from the International Union of Immunological Societies Expert Committee for Primary Immunodeficiency 2015. *J Clin Immunol* 2015;35(8):696-726.
 14. Bousfiha A, Jeddane L, Al-Herz W et al. The 2015 IUIS Phenotypic Classification for Primary Immunodeficiencies. *J Clin Immunol* 2015;35(8):727-38.
 15. Bousfiha AA, Jeddane L, Ailal F et al. Primary immunodeficiency diseases worldwide: more common than generally thought. *J Clin Immunol* 2013;33(1):1-7.
 16. Selenius JS, Martelius T, Pikkarainen S ym. Unexpectedly High Prevalence of Common Variable Immunodeficiency in Finland. *Front Immunol* 2017;8():1190
 17. Trotta L, Hautala T, Hämäläinen S ym. Enrichment of rare variants in population isolates: single AICDA mutation responsible for hyper-IgM syndrome type 2 in Finland. *Eur J Hum Genet* 2016;24(10):1473-8.

Uşaqlarda naməlum mənşəli uzun müddət davam edən qızdırmalar

(EBM Klinik protokolları, 06.08.2019

Sonuncu dəyişiklik 29.08.2019

Müəllif - Liisa Kröger, Redaktor – Nabil Seyidov)

Əsaslar

- ▶ İlk səhiyyə xidməti səviyyəsində naməlum mənşəli (ing.FUO, fever of unknown origin) uzun müddət davam edən qızdırma ilə bağlı ilkin aşağıdakı araşdırmalar aparılır:
 - Qanın ümumi analizi, CRZ və EÇS
 - Sidiyin ümumi analizi və bakterial əkmə
 - Radioloji müayinələr (döş qəfəsi rentgenoqrafiyası, maksilyar sinus görüntüləmə)
- ▶ Əgər qan ümumi analizi normaldırsa, CRZ və EÇS normal hədudlardadırsa, lakin qızdırma dəyişkən və aşağı dərəcəlidirsə, bu hallarda qızdırmanın səbəbi nadir hallarda tapılır. Belə olduqda, qızdırma 80% uşaqlarda tədricən öz-özünə aradan qalxır.
- ▶ Qan analizində nəticələr qeyri-normaldırsa, iltihab markerləri yüksəlibsə və qızdırmanın aydın səbəbi tapılmırsa və ya empirik mikrob əleyhinə preparatların təyini nəzərdən keçirilsə, müayinələr ixtisaslaşmış tibb müəssisəsində davam etdirilir.

Terminologiya

Qızdırma

- ▶ Bir qayda olaraq, uşaqda normal bədən istiliyinin yuxarı həddi rektumdan (düz bağırsaqda) ölçüldükdə 38°C, qoltuqaltından ölçüldükdə isə 37,5°C hesab edilir.
- ▶ Bəzi hallarda tamamilə sağlam bir uşağın bədən istiliyi yüksək intensivlikli fəaliyyətdən sonra və ya axşam saatlarında 38°C-ə qədər yüksələ bilər.

FUO və FWS (ing. *Fever on unknown origin* və *Fever without a source*) (naməlum mənşəli qızdırma və mənbəyi bilinməyən qızdırma)

- ▶ Xəstəxanada aparılan müayinələrə rəğmən, diaqnozu qoyulmayan və ən azı 8 gün davam edən uzunmüddətli naməlum mənşəli qızdırma.
- ▶ FWS isə 7 gündən az davam edən və aydın səbəbi bilinməyən qızdırma kimi müəyyən edilir.
- ▶ Bu terminlər müayinənin təciliyini müəyyənləşdirir: FWS çox vaxt təcili qiymətləndirmə tələb edir, halbuki FUO-nun qiymətləndirilməsinin təcillik səviyyəsi daha aşağıdır.

Etiologiyası

- ▶ Qızdırma etiologiyası coğrafi dəyişikliyi göstərsə də, ən çox görülən səbəb infeksiyadır. Etiologiyanı təxminən aşağıdakı qruplara bölmək olar.
- ▶ İnfeksiyalar (20-77%)
 - Uzun müddət davam edən viral infeksiya (ən çox rast gəlinən mononükleoz)
 - Fokal infeksiyalar (osteomielit, endokardit)
 - Dərin infeksiyalar (abdominal abses)
 - Tularemiya, yersinioz, vərəm, malyariya, Laym borreliozu, İİV infeksiyası
- ▶ İltihabi hallar (0-22%)
 - İltihablı bağırsaq xəstəlikləri
 - Birləşdirici toxuma xəstəlikləri, sistem-başlanğıclı yuvenil revmatoid artrit (hələ də Still xəstəliyi kimi tanınır)
 - Kawasaki xəstəliyi
- ▶ Bədxassəli xəstəliklər (leykemiya, limfoma, neyroblastoma)
- ▶ Dövrü Qızdırmalar (PFAPA = dövrü qızdırma, aftoz stomatit, faringit və adenit ən çox yayılmış olanıdır)
- ▶ Autoiltihab xəstəlikləri (İrsi Aralıq dənizi Qızdırması, TRAPS, CAPS).

Müayinələr

- ▶ Qızdırmanın etiologiyasının qiymətləndirilməsinə qızdırmanın təbiətini təyin etməklə başlamaq lazımdır; bu sonrakı araşdırmaların planlaşdırılmasında faydalı olacaq. Aşağıdakılar xəstədə olarsa:
 - aşkar infeksiyadan sonra uzun müddət davam edən qızdırma
 - müəyyən fasilələrlə təkrarlanan dövrü qızdırma və ya
 - aydın bir səbəb olmadan uzunmüddətli qızdırma (FUO)?
- ▶ Hərtərəfli bir tarixçəyə dair məlumat əldə etmək vacibdir. Qızdırmanın təbiəti ilə bağlı aşağıdakı suallar onun etiologiyasını qiymətləndirmək üçün faydalıdır.
 - Qızdırmanın müddəti, dərəcəsi, günün hansı vaxtında yüksəlir/dəyişir?
 - Niyə temperatur ölçülüb? Uşaq xəstələnibmi?
 - Qızdırmanı kim ölçüb?
 - Hansı termometr istifadə edilmişdir və ölçmə üçün hansı anatomik yer istifadə edilmişdir?
 - Qızdırma əleyhinə dərmanların faydası olurmu?
 - Qızdırmadan əvvəl və ya qızdırma zamanı xüsusi simptomlar varmı? Çəki itkisi olubmu? Halsızlıq varmı?
 - Etnik mənşəli (məsələn, irsi qızdırmalar, immiqrant uşaqlarda infeksiyalar)
 - Boy və çəkinin inkişafı
 - Səyahət zamanı, heyvanlar və yoluxucu mənbələrlə kontakla bağlıdırımı?

Fiziki müayinəsi

- ▶ Dəqiq anamnez müayinənin təməli daşdır. Bəzi hallarda olduğu kimi, məsələn, dəri və ya oynaq simptomlarının qızdırmaya səbəb ola biləcəyi hallarda uşaqların müayinəsi aparılmalıdır:
 - Dəri (səpgi)
 - Udlaq - badamcıqlar, ərp, abseslər
 - Ağciyərlərin və ürəyin diqqətli auskultasiyası
 - Maksilyar sinuslar

- Limfa düyünləri - palpasiya olunan limfa düyünləri, abdomen
- Qarın palpasiyası
- Gözlər (qızartı, qansızma, uveit, göz dibinin müayinəsi?)
- Sümüklər və oynaqlar

Laborator analizlər

- ▶ İlk müayinələr çox vaxt ilkin qiymətləndirməni istiqamətləndirmək üçün kifayət qədər məlumat verir.
 - Qanın ümumi analizi
 - CRZ, EÇS
 - Sidiyin ümumi analizi və bakterial əkmə
 - EBV və CMV serologiyası
 - (Qanın sterilliyə əkilməsi × 3 nümunə)
 - Nəcisin bakterial əkilməsi
- ▶ İltihablı bağırsaq xəstəliyinə şübhəli hallarda nəcisdə kalprotektinin təyini tövsiyə olunur. Vərəm (interferon-qamma sərbəst buraxma təhlili, IGRA), İİV infeksiyası və xüsusilə xarici səyahətlərdən sonra tropik xəstəliklər, xüsusən də malyariya ehtimalı nəzərə alınmalıdır.
- ▶ Müvafiq profilaktik dərmanlardan istifadə olunsada, malyariya yayılmış olduğu coqrafi bölgələrə səyahət etmiş bütün qızdırmalı xəstələrdə təcili olaraq malyariya istisna edilməlidir.
 - Diaqnoz, barmaqların ucundan alınan qan nümunəsində parazitlərin aşkarlanmasına əsaslanır. Qan nümunəsi yaxşı olarsa ki, qızdırma zamanı alınsın.

Radioloji müayinələr

- ▶ Döş qəfəsinin rentgenoqrafiyası həmişə əldə edilməlidir.
- ▶ 6 yaşdan yuxarı uşaqlarda paranazal sinusların (ciblərin) görüntüləməsi (ulsasonoqrafiya, rentgenoqrafiya)
- ▶ Abdominal ultrasəs rutin aparılan müayinədir.
- ▶ Osteomyelitə şübhə olduqda, əlavə müayinələr təyin olunur: skeletin rentgen müayinəsi, MRT və ya bir sümüklərin ssintiqrafiyası.

- ▶ Leykositlərin ssintiqrafiyası (ağ qan hüceyrələrinin ssintiqrafiyası), nüvə təbabəti proseduru olaraq, bəzi hallarda infeksiya ocağını tapmağa faydalı ola bilər.

Müalicə

- ▶ Empirik mikrob əleyhinə preparatlar bəzən diaqnostik işdə faydalı ola bilər, ancaq yalnız hərtərəfli qiymətləndirildikdən sonra təyin olunmalıdır. Antimikrobik preparatları təyin etmək qərarını yalnız ixtisaslaşmış tibb müəssisəsinin mütəxəssisi verir.

Biblioqrafiya

1. Chow A, Robinson JL. Fever of unknown origin in children: a systematic review. *World J Pediatr* 2011;7(1):5-10.
2. Antonyrajah B, Mukundan D. Fever without apparent source on clinical examination. *Curr Opin Pediatr* 2008;20(1):96-102.
3. Marshall GS. Prolonged and recurrent fevers in children. *J Infect* 2014;68 Suppl 1():S83-93.
4. Richardson M, Purssell E. Who's afraid of fever? *Arch Dis Child* 2015;100(9):818-20.
5. Lachmann HJ. Periodic fever syndromes. *Best Pract Res Clin Rheumatol* 2017;31(4):596-609.

Uşaqlarda sidik yolları infeksiyası

(EBM Klinik protokolları, 24.05.2021.

Sonuncu dəyişiklik 11.04.2022.

Müəllif – Marjo Renko, Redaktor – Nabil Seyidov)

Əsas məqamlar

- ▶ Sidik yolu infeksiyasının (SYİ) diaqnozu həmişə lazımı qaydada götürülmüş sidik nümunəsi və nümunədən götürülmüş bakterioloji kultura əsasında qoyulmalıdır.
- ▶ Sidik yolları infeksiyalarının müalicəsi daimi böyrək zədələnməsinin qarşısını almağa yönəlmişdir.
- ▶ Uşaqların ilk SYİ-dan sonra onlarda sidik yolunun anatomik quruluşunun tədqiq edilməsi (renal ultrasonoqrafiya) sidik yollarının müalicə oluna bilən struktur anomaliyalarının erkən mərhələdə aşkarlanmasını mümkün edir.

Epidemiologiya

- ▶ 1 yaşdan aşağı uşaqlarda baş vermə tezliyi 7/1000 nisbətindədir. Bu yaşda oğlanlar və qızlar eyni dərəcədə bu infeksiyaya məruz qalırlar.
- ▶ Daha yuxarı yaşlarda əsasən qızlar xəstəliyə məruz qalırlar.

Etiologiya

- ▶ *Escherichia coli* hələki ən çox yayılmış etioloji faktordur.
- ▶ *Klebsiella*, *enterococci*, *pseudomonas* and *proteus* bakteriyalarına daha az rast gəlinir. Daha az rast gəlinən bakteriyalar quruluş anormallıqları olan, və ya uzanan və ya təkrarlanan SYİ-ı olan pasiyentlərdə adətən meydana çıxır.
- ▶ Eyni *E. coli* ştammi sidik və nəcisindən demək olar ki, həmişə aşkarlana bilər. Burada daha sonra qeyd olunan bakteriya sayı *E. coli*-yə *aidir*. Düzdür, daha az sayda olan digər bakteriya sayı bəzən infeksiyanın mövcudluğundan xəbər verə bilər.

Simptomlar və əlamətlər

- ▶ Körpələrdə respirator simptomlarsız müşahidə olunan qızdırma adətən SYİ-nin ən çox rast gəlinən simptomudur. Qızdırma ilə yanaşı, ürək bulanması, iştahanın azalması və şiltaqlıq (huysuzluq) əlamətləri də tez-tez qeydə alınır.
- ▶ Böyük yaşlı uşaqlarda simptomlara tez-tez baş verən sidik ifrazı, yeni başlamış enurez, dizuriya və sidik ifrazından sonrakı qarın nahiyəsində ağrı aid edilir.
- ▶ Valideynlərin uşağın sidiyinin qoxusunun kəskin xoşagəlməz olduğunu müşahidə etməsi, sidik yolları infeksiyasının mövcudluğunun zəif göstəricisidir.

Diaqnoz

- ▶ Uşağın ilk SYİ-nin diaqnozu etibarlı olmalıdır, çünki yanlış müsbət diaqnoz lüzumsuz başqa müayinələrə gətirib çıxarır.
- ▶ Əgər çirklənməmiş (kontaminasiya olunmamış) sidik nümunəsinin əldə edilməsi mümkündürsə, bu zaman yalnız bu nümunə analiz üçün yetərlidir.
- ▶ Tövsiyyə olunur ki, bez geyinən uşaqdan iki sidik nümunəsi tələb olunur.
 - Sidik skrining nümunəsi sidik toplama bezi adlanan vasitə ilə əldə edilsin. Əgər nümunədə leykositlər müəyyən edilərsə və ya diaqnoz qeyri-müəyyəndirsə, ikinci nümunə əldə edilməlidir.
 - İkinci nümunə adətən sidik kisəsinin punksiyası ilə əldə olunur və ya punksiya mümkün olmadıqda, ikinci bez, torba və ya sidik ifrazı zamanı “havada sidiyin toplanması” metodu ilə əldə edilə bilər.
- ▶ Diaqnostik kliniki araşdırma ekspress skrining testləri ilə başlayır, lakin son qərar həmişə bakterioloji əkilmə əsasında verilməlidir.
- ▶ Təmiz ifraz olunmuş və ya sidik nümunə torbasından götürülmüş sidik nümunəsində bakteriya sayının 105/ml və ya daha çox olması əhəmiyyət daşıyır. Əgər sidik, sidik kisəsində minimum 4 saat müddətində qalmayıbsa, 10³/ml civarında bakteriya sayı infeksiyanın varlığını istisna etmir.

- ▶ Müalicənin zərurəti barədə son qərar üçün SYİ ehtimalı sidik strip testi əsasında hesablanmalıdır.
 - Nitritlər üçün ekspress zolaq testinin müsbət nəticəsi SYİ-nin etibarlı göstəricisidir, lakin testin yararlılığı iki faktla məhdudlaşdırılır ki, bunlardan biri, körpələrdə sidiyin sidik kisəsində həmişə kifayət qədər uzun müddət qalmamasıdır və digəri isə *enterococci*, *Staphylococcus saprophyticus* və bəzi *Acinetobacter* növlərinin nitritlər sintez etməməsidir.
 - Sidikdəki hüceyrələrin təyin edilməsi üçün istifadə edilən yarımkəmiyyətli ekspress zolaq testi kifayət qədər etibarlıdır və mikroskopiyanın aparılması mütləq tələb olunmur. Leykositlərin təyini testinin nəticələri aşağıdakı hallarda yalnız hesab edilir: əgər sidik nümunəsi durulaşdırılıbsa və ya SYİ-ı *E.coli* olmayan başqa mikrob tərəfindən törədilibsə.
- ▶ Simptomatik uşağın müalicəsinə, diaqnozu təsdiqləmək üçün nümunələrin əldə edilməsindən sonra başlayın (ya sidik kisəsi punksiyası vasitəsilə alınmış bir nümunə, ya da iki təmiz ifraz olunmuş sidik nümunələri). Əgər SYİ şübhəsi yanlış olarsa, müalicə dayandırılır və valideynlərə məlumat verilir ki, uşaqda SYİ olmayıb. Əlavə tədqiqatlar həyata keçirilmir.

İnfeksiya səviyyəsinin təyin edilməsi

- ▶ Sidik yolları infeksiyasının səviyyəsinin təyini təəssüf ki, güvənli deyil və burda təqdim olunan kriteriyalar sadəcə təşviqedicidir.
- ▶ Əgər zərdabda CRZ konsentrasiyası 40 mq/l-dən yuxarıdırsa və ya uşağın ən az 38.5°C qızdırması varsa, uşaqda piyelonefrit diaqnozu qoyulur.
- ▶ Yuxarıda qeyd edilmiş kriteriyalardan asılı olmayaraq, yaşı 3 aydan aşağı olan bütün körpələrdə piyelonefritin olduğu nəzərdə keçirilməlidir.

Müalicənin prinsipləri

- ▶ Müalicənin aparıldığı müəssisə

- Qızdırması olan, 2 yaşdan aşağı uşaqlar ilkin olaraq hospitalda stasionar şəraitdə müalicə olunmalıdır.
- 2 yaşdan yuxarı uşaqlar ciddi ümumi simptomları olduğu təqdirdə hospitala yönləndirilməlidirlər. Əksər hallarda, məktəb yaşından kiçik, SYİ-ı olan uşaqlar və məktəb yaşından böyük, qızdırması olan uşaqlar üçün ambulator müalicə daha uyğundur.
- ▶ Bakterioloji əkmə nəticələri hazır olana qədər müalicə *E. coli* əleyhinə yönəldilməlidir, çünki bu ən geniş yayılmış etioloji faktordur.
- ▶ Yüksək qızdırması, zərdabda yüksək CRZ konsentrasiyası və şiltaqlıq (huysuzluq) edən körpə gerek hospitalda venadaxili müalicə olunsun, və venadaxili müalicə uşağın qızdırması olduğu müddətdə davam etdirilməlidir. Per os müalicə adətən bundan sonra təyin olunur.

Antimikrob müalicəsi

Per os

- ▶ Məktəb yaşından az və məktəb yaşında olan uşaqlarda hətta böyrək infeksiyası trimetoprim-sulfametoksazol (trimetoprim 8 mq/kq/sutkada, 2 bölünmüş dozada verilir) və ya sefalosporinlərlə (məs., sefalekssin 50-100 mq/kq/sutka olmaqla 2-3 dozaya bölünməklə) peroral olaraq müalicə oluna bilər.
- ▶ Sistit nitrofurantoin (5 mq/kq/sutka) və ya trimetoprim (8mq/kq/sutka ərzində 2 bölünmüş dozada) ilə müalicə olunur. Digər uyğun dərmanların siyahısına pivmesilinam, sefalosporinlər, trimetoprim-sulfametoksazol və amoksisilin-klavulanik turşusu daxildir.
- ▶ Amoksisilin və nitrofurantoin *enterococci* əleyhinə effektivdirlər.

Xəstəxanada parenteral (venadaxili) müalicə

- ▶ Sefalosporinlər qram-mənfi çubuqlar əleyhinə effektivdirlər. Sefuroksim (100 mq/kq/sutkada) və seftriakson (80 mq/kq/sutkada) parenteral müalicə üçün yaxşı seçimlərdir.
- ▶ Əgər *enterococci*-nin törədici olduğu təsdiqlənsə, parenteral medikamentoz ampisilinlə əvəzlənməlidir.

Müalicənin müddəti

- ▶ Müalicənin müddəti infeksiyanın ciddiliyindən, uşağın yaşından, və törədicı faktordan asılı olaraq dəyişir.
- ▶ Körpələrin müalicəsi 10 gün sürməlidir.
- ▶ Daha böyük uşaqlarda infeksiyaların müalicəsi bu infeksiyaların erkən residivinin qarşısını almaq üçün ən azı 5 gün müddətində aparılmalıdır.

Əlavə müayinələr

- ▶ Böyrəklərin ultrasonoqrafiyasının qızdırma ilə müşayət olunan SYİ-sı olmuş bütün uşaqlarda və 2 yaşından kiçik olan SYİ-sı təsdiqlənmiş bütün oğlanlarda və yaşı 2-dən aşağı bütün uşaqlarda aparılması tövsiyyə olunur.
 - Normal ultrasonoqrafiya nəticələri əldə edilən hallarda təkrar müntəzəm yoxlamalara ehtiyac yoxdur.
 - Ultrasonoqrafiya nəticələri qeyri-normal çıxarsa, pediatr ilə sonrakı müalicəyə dair məsləhətləşmə aparılmalıdır.
- ▶ Qeyri-normal nəticələr əsasən vezikoureteral refluyks səbəbindən ortaya çıxır. Reflyuksla bağlı yanaşma dəyişib. Əgər infeksiyaların qarşısı alına bilərsə, refluyksun müalicəsinin böyrək çapıqlarının və ya böyrək çatmazlığının yaranmasında bir əhəmiyyəti yoxdur. Ona görə də sidik ifrazı zamanı sistoqrafiya artıq tətbiq olunmur.

Profilaktik medikamentoz müalicə

- ▶ Uşaqda ultrasonoqrafiyada təsdiq olunmuş quruluş anomaliyaları və residiv infeksiyalar mövcuddursa, profilaktik medikamentoz terapiya pediatrın qərarı ilə başlanıla bilər.
- ▶ Residivləşən sistiti olan uşaqlarda 6 ay ərzində >3 simptomatik və mikrobioloji analizlə təsdiqlənmiş SYİ olduqda, profilaktik dərman terapiyası ilkin səhiyyə xidməti səviyyəsində başlanıla bilər.
- ▶ Nitrofurantoin (1 mq/kq/günə) üstünlük verilən ən effektiv profilaktik terapiyadır. Əgər uyğun deyilsə, sulfa-trimetoprim alternativ seçimdir.

- ▶ Profilaktik medikamentoz terapiya müddətində, əgər uşaqda SYİ-ni dələlət edən simptomlar yaranarsa, sidiyin ümumi analizi cəld aparılmalıdır.

Biblioqrafiya

1. Urinary tract infection. Current Care Guideline. Working group appointed by the Finnish Medical Society Duodecim, the Finnish Society of Nephrology, the Clinical Microbiologists Society, Infectious Diseases Society of Finland, the Finnish Medical Association of Clinical Chemistry, the Finnish Paediatric Society, the Finnish Urological Society, the Finnish Association for General Practice. Current Care Summary | Published: 18.06.2019

Xayaların enməməsi

(EBM Klinik protokolları, 18.04.2018. Sonuncu dəyişiklik 15.05.2016.
Müəllif - Seppo Taskinen, Redaktor – Nabil Seyidov)

Əsas məqamlar

- ▶ Müalicə olunmasa, enməmiş xayalarda cinsi hüceyrələrin miqdarı uşaq böyüdükcə azalır. Hətta, müalicə olunduqda belə, enməmiş xayalar adətən, yetkin yaşda normal enən xayalardan daha kiçik olur.
- ▶ Doğulduqda müşahidə edilən enməmiş xayaların təqribən, yarısı həyatın ilk 6 ayında spontan olaraq enir.
- ▶ Məktəbəqədər yaşda hərəkətli xayaya (testis saltans) tez-tez rast gəlinir. Əsas kremaster refleksi adətən, məktəb yaşına qədər sönür, lakin, bəzi hallarda xayalar yenidən geri qayıda bilər. Ehtimal ki, enməmiş xayalara görə aparılan əməliyyatların yarıya qədəri əvvəllər enmiş xayaların yenidən geriye qayıtması səbəbindən icra olunur. Kifayət qədər gec mərhələdə enmiş və çox hərəkətli xayalar bunun üçün xüsusilə risklidir.
- ▶ Məktəb və məktəbəqədər yaşda hər sağlamlıq müayinəsində xayaları müayinə edin.
- ▶ Ultrasonoqrafiya, adətən, müalicəyə tələbatın qiymətləndirilməsində vacib deyil.
- ▶ Uşaqları aşağıdakı hallarda uşaq cərrahına yönləndirin:
 - Əgər 6 ayına çatmış uşaqda xaya yaxud xayalar enməyibsə,
 - Əgər hər iki xayanın xayalıqda olmasına şübhə varsa, (xüsusilə də, əgər xarici cinsiyyət orqanlarında hansısa anomaliyalar olarsa) daha erkən yönləndirin,
 - Həmçinin, daha sonralar, xaya daima xayalıqdan kənarında müəyyən edilərsə,
- ▶ Əgər xayalar ən azı hərdən bir öz məxsusi yerlərində olarsa, məsələn, duş və ya vanna qəbul etdikdə, müalicəyə gerek yoxdur. Problemlili hallarda xayaların vəziyyəti hər il yoxlanılmalıdır.

Xayaların müayinəsi

- ▶ Uşaq dərzi pozasında ayaqları çarpazlaşmış şəkildə valideynin qucağında oturduqda yaxud durduqda, sakitcə xayaları gözlə nəzərdən keçirin (xayalar çox zaman müayinə edən əl yaxınlaşarkən yuxarı sıçrayır).
- ▶ Xayalar ya dərzi vəziyyətində, yaxud da uzanmış vəziyyətdə palpasiya olunur. Xayalar bir əllə tutularaq, digər əllə qasıq büküşündən aşağı "sağılır".
- ▶ Diqqət yetirin ki, xayalar xayalığın dibinə çəkilə bilirmi və orada qalırımı? Əgər xayalar təsir qurtaran kimi yenidən elastik lent kimi dartılaraq geri qayıdırsa, o zaman uşaq cərrahına yönləndirilmə nəzərdə tutulmalıdır.

Müalicə

- ▶ Məqsəd testikulyar zədələnmənin minimuma endirmək üçün enməmiş xayanı ən yaxşısı, körpənin artıq 6-12 aylarında, lakin 18 aydan gec olmayaraq müalicə etməkdir.
- ▶ Qeyri-müəyyən hallarda müalicəyə dair qərar verilməzdən öncə müşahidəyə ehtiyac ola bilər.
- ▶ Xayaların doğru enməməsinin müalicəsi cərrahidir.
- ▶ Hormonal müalicə ilə müsbət nəticələrin alınması barədə məlumatların mövcud olduğuna baxmayaraq, o əsasən, yüngül hallarda (yəni xayanı cəhd edərək xayalığa çəkmək mümkündür, lakin xaya orada qalmır) istifadəyə mənasızdır. Xayaların inkişafı ilə əlaqədar hormonal müalicənin təhlükəsizliyi, xüsusilə də, 2 yaşdan aşağı uşaqlarda üstünlüklərinin təsvir olunmasına baxmayaraq, sual altındadır. Hazırkı təlimatlara əsasən, məsələn, Skandinaviya ölkələrində, mövcud qaydalara görə hormonal terapiya yalnız istisna hallarda tətbiq olunur və ya ümumiyyətlə istifadə edilmir.

Biblioqrafiya

1. Toppari J. Paediatrics: New cryptorchidism guidelines reach a consensus. Nat Rev Urol 2014;11(8):432-3.
2. Ritzén EM, Bergh A, Bjercknes R, et al. Nordic consensus on treatment of undescended testes. Acta Paediatr 2007 May;96(5):638-43.

İmpetiqo və digər piodermiyalar

(EBM Klinik protokolları 25.04.2018 • Sonuncu dəyişiklik 21.03.2022
Müəllif – Alexander Salava, Redaktor – Nabil Seyidov)

Əsas məqamlar

- ▶ İmpetiqo ailə daxilində, bağçalarda və məktəblərdə asanlıqla yayıla bilən xəstəlikdir.
- ▶ Streptokok mənşəli impetiqo zamanı post-infeksiyon qlomerulonefrit ehtimalını nəzərinizdə saxlayın.

Klinik xüsusiyyətlər

- ▶ Xəstəlikdən ən çox uşaqlar əziyyət çəkir.
- ▶ Streptokok infeksiyası əsasən qabıq və ya kiçik yaralara səbəb olduğu halda, stafilokok infeksiyası qovuqucuq yaratmağa meyli olur.
- ▶ Körpələrdə müşahidə edilən pemfiqus (“*Pemfigus neonatorum*”) əslində impetiqodur. İnfeksiya qızılı stafilokokların II qrup bakteriofaq tərəfindən törədilir.
- ▶ Qabıqlar əksərən burun dəliyi ətrafında, çənə dərisində, bir sözlə, əsasən üz nahiyəsində müşahidə olunur.
- ▶ Qalın qabıqların olması xarakterik əlamət hesab edilir.

Differensial diaqnostika

- ▶ Birincili herpes simpleks infeksiyası impetiqonu xatırlada bilər.
- ▶ Tinea corporis (*ringworm of the body* - üzün, gövdənin, qol və ayaqların dermatofit infeksiyası)
- ▶ Əgər impetiqo başın dərisi və boyunda təkrarlanmağa meyillirsə, baş bitinin mövcudluğu ehtimalını nəzərdən keçirin.

Patogen amillər

- ▶ Qızılı stafilokoklar (*Staphylococcus aureus*)
- ▶ A qrupu beta-hemolitik streptokoklar
- ▶ Ekzema dərisini impetiqoya daha meyli edir.
- ▶ İnfeksiya əsasən avtoinokulyasiya (öz-özünə yoluxma-mikroorqanizmlərin başlanğıc infeksiya ocağından

orqanizm daxilində digər bölgələrə yayılması) yolu ilə yayılır.

- ▶ Residivləşmə əsasən burnun qurcalanması zamanı burun dəliklərində qalan bakteriyaların yenidən orqanizmə yayılması nəticəsində baş verir.

Müalicə

- ▶ Müalicə klinik mənzərəyə əsasən başlanılır.
- ▶ Əgər xəstəlik kiçik bir sahədə məhdudlaşmışdırsa, müalicə qabıqların isladılıb yumşaldılaraq qoparılmasından və mikrob əleyhinə məlhəmin (tərkibi fuzidin turşusu və ya neomisin/ basitrasin kombinasiyasından ibarət olan məlhəmlər) tətbiqindən ibarət olur.
- ▶ Xəstəlik daha geniş sahəni əhatə etmişdirsə (>6 sm²), sistem təsirli antibakterial preparat, ilkin seçim olaraq da sefalekssin tətbiq edilməlidir. Bundan başqa, *Staf. aureus*-a qarşı effektiv olan digər antibakterial preparatlardan da istifadə oluna bilər: flukloksasillin 750-1000 mq dozada, gündə 3 dəfə. Müalicə müddəti 7-10 gündür. Sefalosporinlərə qarşı allergik reaksiyası olan pasiyentlər klindamisinlə müalicə oluna bilər.
- ▶ Pasiyentdə ekzema mövcuddursa, dəri sağalana qədər qlükokortikoid və antibakterial tərkibli yerli preparatlar sistem (venadaxili) antibakteriyal terapiya ilə yanaşı istifadə edilməlidir.
- ▶ Ekzemanın sonrakı müalicəsini unutmayın.
- ▶ Xəstəliyin müalicəyə zəif cavab verməsinin ən əsas səbəbləri
 - Səhv diaqnoz qoyulmuşdur. Xəstədə qoturluq (scabies), bit və ya tinea corporis (*ringworm* - üzün, gövdənin, qol və ayaqların dermatofit infeksiyası) mövcuddur.
 - Qabıqlar isladılmamış və qoparılmamışdır. Bakteriyalar qabıqların altında sağ qalır.
 - Əsas xəstəlik olan ekzema müalicə edilməmişdir.
 - Burun dəlikləri bakteriyalar üçün rezervuar rolunu oynayır (neomisin-basitrasin və ya fuzidin turşusu tərkibli məlhəmi burnun içərisinə tətbiq edin).

- Mupirosin bu xəstəliyin müalicəsi üçün istifadə edilməməlidir, belə ki, onun istifadəsi metisillinə davamlı qızılı stafilokokların (MRSA-*Methicillin-resistant Staphylococcus aureus*) eradikasiyası üçün tətbiq edilməlidir.

Cinsi inkişaf və rast gəlinən pozğunluqlar

(EBM Klinik protokolları, 08.02.2017. Sonuncu dəyişiklik 17.11.2021.
Müəllif - Taneli Raivio, Redaktor – Nabil Seyidov)

Əsaslar

- ▶ Cinsi inkişafın ilkin əlamətləri oğlanlarda xayaların, qızlarda isə süd vəzilərinin böyüməsidir .
- ▶ Cinsi inkişaf başlayıbsa, normal şəkildə davam edir.
- ▶ Gecikmiş cinsi inkişaf zamanı inkişafın sürətlənməsinə psixososial səbəblərə bağlı bəzi seçilmiş hallarda nail oluna bilər. Cinsi inkişafın mərhələləri (Tannerə görə)

Süd vəziləri

- ▶ M1 (uşaqlarda olduğu kimi): Gilələr bir qədər qalxır
- ▶ M2 (tumurcuqlanma mərhələsi): Süd vəzisi və gilələr bir qədər qalxmışdır və palpasiya zamanı vəzili toxuma hiss olunur. Areola genişlənir.
- ▶ M3: Süd vəzisi və areola daha da genişlənir və yandan baxılarda onların konturu düz bir əyri formalaşdırır.
- ▶ M4: Areola onu əhatə edən süd vəzisindən çıxan təcik formalaşdırır.
- ▶ M5 (yetişmiş süd vəzisi): Ancaq gilə qalxır və areola süd vəzisinin konturu ilə hüdudlanır .
- ▶ Qasıq tükü
- ▶ P1 (uşaqlarda): Qasıq tükü qarındakı tüklərdən fərqlənmir
- ▶ P2: Cinsiyyət dodaqlarında və penisin əsasında bəzi uzun, bir qədər pigmentasiyaya uğramış, yumşaq, düz və ya xəfifcə qıvrılmış tüklər olur
- ▶ P3: Simfizə doğru yayılan daha tünd, güclü və qıvrım tüklər
- ▶ P4: Kiçik nahiyədə yerləşmiş yetkin şəxslərə xas tük tipi. Hələ ki budun daxili səthinə doğru uzanmır.
- ▶ P5: Göbəyə doğru yayılmayan, ancaq budun iç tərəfinə doğru yayılan horizontal üst kənarlara malik yetkin şəxslərə xas tük tipi

Kişi cinsi orqanları

- ▶ G1: Erkən uşaqlıq dövründəki kimi xayalar, xayalıq və penis təqribən eyni ölçü və proporsiyalarda olur.
- ▶ G2: Xayalıq və xayalar genişlənir, xayalığın dərisi eritematozlaşır və nazikləşir, ancaq penis hələlik genişlənmir.
- ▶ G3: Penis uzunununa böyüyür, xayalıq və xayalar isə daha sonra genişlənir.
- ▶ G4: Penisin diametri də böyüməyə davam edir vəz inkişaf edir xayalar və xayalıqlar genişlənir xayalığın rəngi tündləşir.
- ▶ G5: Yetkin insanlardakı kimi cinsi orqanlar eyni ölçü və formada olur.

Cədvəl 2. Cinsi inkişaf üçün skrining qaydaları

	Tez olmayaraq	Gec olmayaraq
<i>Qızlar</i>		
▶ M2	8 yaş	13 yaş
▶ P2	8 yaş	13 yaş
▶ Sürətlənmiş böyümə	9 yaş	13 yaş
▶ Menarx	10.5 yaş	16 yaş
<i>Oğlanlar</i>		
▶ G2*	9 yaş	13.5 yaş
▶ P2	9 yaş	13.5 yaş
▶ Sürətlənmiş böyümə	10 yaş	15 yaş
* Xayaların uzunluğu 25 mm və ya daha çox olduqda		

- ▶ Valideynlərin cinsi inkişafı zamanı əhalinin ortalamasından ən azı 1 il kənarçıxma halları (13 yaşında menarx, atada ən sürətli boy artımı 13-14 yaşında) uşaqda da eyni istiqamətdə 1 il kənarçıxma ehtimalının mövcud olduğunu göstərir, lakin yeniyetməni əvvəlcədən bu haqqda məlumatlandırmaq vacibdir.

- ▶ Övladlığa götürülmə erkən cinsi yetişkənlik riskini artırır. Amma, eyni skrining qaydaları övladlığa götürülmüş uşaqlar üçün də istifadə olunur.

Cinsi yetkinlikdə normal boy artımı

- ▶ Cinsi yetişkənlikdə 3 mərhələ ayırd edilir
 - Erkən cinsi yetişkənlik dövründə yavaş böyümə
 - 2 il davam edən sürətli boy artımı
 - Böyümənin yekunda yavaşlaması və böyümənin dayanması
- ▶ Böyümədə ən sürətli artım qızlarda 11-12 yaşında, oğlanlarda isə 13-14 yaşında müşahidə edilir.
- ▶ Qızlarda ən sürətli böyümə adətən M3 cü mərhələdə baş verir. Təxminən hər 4 qızdan birində sürətli böyümə qasıq tükü çıxmamış baş verir, lakin bu həmişə menarxdan öncə olur. Menarxdən sonrakı dövrdə boy ortalama 7 sm olmaqla 3-11 sm artır.
- ▶ Əgər oğlanda qasıq tükü hələ yoxdursa, sürətli boy artımı bir müddətdən sonra baş verəcəkdir. Bu adətən G4-cü mərhələdə baş tutur. Əgər penisin ölçüsü artmayıbsa və ya penisin başı tam inkişaf etməyibsə sürətli boy artımı 12-30 sm arasında ola bilər.

Erkən cinsi inkişaf

İlkin səhiyyə xidməti müəssisələrində müayinələr

- ▶ İlkin xidmət kimi anamnez götürülməli, fiziki müayinə nəticəsində vəziyyətin normal olub olmadığı müəyyənləşdirilməli, istiqamətləndirmə üçün göstərişlərin mövcud olub olmadığı yoxlanılmalıdır. Daha sonrakı müayinələr ixtisaslaşmış müəssisələrdə aparılmalıdır. Müayinələr gecikdirilmədən başlanılmalıdır.
- ▶ Yaxın ailə üzvlərinin cinsi yetişkənlik dövrünə dair anamnez toplanmalıdır.
- ▶ Tibbi və digər şəxsi həyat anamnezi toplanmalıdır
 - Xəstə gestasiya yaşına görə kiçik doğulub?
 - Xəstədə mərkəzi sinir sisteminin zədələnməs olub və ya mərkəzi sinir sistemine görə müalicə alıbmı?

- Vaginal qanaxma barəsində soruşmalı.
- Ailədə cinsi hormonların və ya təbii məhsulların istifadəsi haqqında soruşun (xüsusilə mərcan göbələk kapsulaları, çay ağacı, lavanda yağı)
- Uşaq övladlığa götürülmü?
- ▶ 2 yaşdan aşağı olan qızlarda akselerasiya və cinsi yetişkənliyin əlamətləri olmadan, süd vəzisi və ya süd vəzilərinin (telarxe) böyüməsi ilkin səhiyyə müəssisələrində izlənilə bilər. Lakin ixtisaslaşmış mərkəzlərlə bu barədə konsultasiyanın aparılması məqsədemüvafiqdir.
- ▶ Böyümənin normal olub olmadığını, sürətləndiyini (anadəngəlmə patologiya ola bilər) və ya dəyişdiyini qiymətləndirin.
- ▶ Pubertal inkişafın hərtərəfli müayinəsini aparın.
- ▶ Kəllədaxili təzyiqin yüksəlməsi ilə əlaqəli simptomların olub olmadığını müəyyənləşdirin.

İxtisaslaşmış mərkəzlərdə müayinələr

- ▶ Xüsusi hormon testləri (GnRh testi, inhibin B, cinsi hormon səviyyələri), sümük yaşının müəyyənləşdirilməsi üçün rentgenoqrafiya və daha təkmil radioloji müayinələrdən (yumurtalıqların və uşaqlığın ultrasonoqrafiyası, mərkəzi sinir sistemi görüntüləməsi) istifadə.
- ▶ Həqiqi erkən cinsi inkişaf qızlarda oğlanlardan daha çox rast gəlinir. Erkən cinsi inkişafın səbəbi daim araşdırılmalıdır.
- ▶ İzolə olunmuş vaginal qanaxma: ixtisaslaşmış mərkəzlərdə yad cism və botiroid sarkomasını inkar etmək üçün kolposkopiyanı icra etmək lazımdır.

Adrenarxe

- ▶ Adrenarxe böyrəküstü vəzlər tərəfindən kişi cinsi hormonlarının ifraz olunmasına verilən addır. Adrenarxın klinik əlamətlərinə qoltuqaltı və qasıq nahiyəsində tüklərin böyüməsi ,yetkinlərə xas qoltuq tərilməsi, saçların yağılanması, komedonlar və aknelər (sızanaqlar) aiddir ş

- ▶ Erkən adrenarxda yuxarıdakı klinik əlamətlər qızlarda 8, yaşından oğlanlarda isə 9 yaşından öncə yaranır P mərhələsi istisna olmaqla cinsi yetkinlik skriningi zamanı qalan digər mərhələlərdə qeyri-normal bir nəticəyə rast gəlinmirsə və inkişaf sürətlənməyibsə bir sonrakı müayinələrə ehtiyac qalmır.
 - Əgər skrining zamanı M və G mərhələsində normal inkişafdən fərqli nəşə görürüksə və ya inkişaf sürətlənibse müayinələr ixtisaslaşdırılmış mərkəzlərdə davam etdirilməlidir, çünki bu cür adrenarxe süd vəzilərinin və xayaların böyüməsini təmin etməyəcək. Bunlar vaxtından əvvəl cinsi yetkinliyin əlamətləridir.
- ▶ Adrenarxe və vaxtından əvvəl cinsi yetkinlik eyni anda baş verə bilər.

Oğlanlarda cinsi inkişaf zamanı ginekomastiya

- ▶ Ginekomastiya normal cinsi inkişaf ilə əlaqəli ola bilər və bu sürətli boy artımı cinsi orqanların sürətli böyüməsi zamanı bir çox oğlanda görülə bilən naməlum etiologiyalı müvəqqəti haldır.
- ▶ Bu süd vəzisinin həssaslığı ilə əlaqədardır və bəzi idman fəaliyyətlərinə mane ola bilər Areola pigmentləşməmiş olub palpasiya zamanı diametri 3 sm-dən kiçik olan vəzli toxuma əllənə bilər.
- ▶ Vəzli toxuma bir neçə aya yoxa çıxır, lakin süd vəzisinin ölçüsü böyüdükcə reqressiya sürəti də bir o qədər yavaş olur.
- ▶ Əgər cinsi inkişaf dövründə oğlanlarda ginekomastiya 2 ildən çox davam edərsə spontan sağalmalar nadir hallarda müşahidə edilir və belə olan təqdirdə plastik cərrahiyyə düşünəlməlidir.

Gecikmiş cinsi yetkinlik

- ▶ Bir çox hallar normal variasiyanın geniş diapazonuna daxil olsa da, (yeniyetmələrin 2,5%-i öz yaşlılarından 2 il sonra cinsi yetkinliyə çatıb bilər) yeniyetmələr üçün konsultasiya

və dəstək hər zaman göstərişdir. İnkişafın sürətlənməsi üçün çox vaxtı cinsi hormonoterapiya göstərişdir.

- ▶ Hipoqonadik yeniyetmələr erkən aşkar edilməli (aşağıda göstərilmişdir) və yaşlılarından açıq-aşkar fərqlənməyə başlamazdan əvvəl onlara cinsiyyət hormonları ilə müalicə təyin edilməlidir.

Birincili müayinələr

- ▶ İlk səhiyyə müəssisələrində icra oluna bilər, ancaq lazım olduqda mütəxəssislə konsultasiya etmək lazımdır .
- ▶ Yaxın ailə üzvlərinin böyümə və cinsi yetkinlik haqqında anamnezlərini toplamaq lazımdır (cinsi yetkinliyi gec inkişaf etmiş pasiyentlərin adətən ailə üzvlərində və ya yaxın qohumlarında da oxşar gecikmələr olur). Ailədə seliakiya və ya iltihabi bağırsaq xəstəliyi kimi xronik xəstəliklər varmı?
- ▶ Hipoqonadizm, qoxu hissənin təhrif olması, xeylopalatoşizis və ya sonsuzluq barəsində ailə üzvlərindən anamnez toplanmalıdır.
- ▶ Yeniyetmədə kriptorxizm, orxit, xayada keçirilmiş əməliyyat, hipospadiya, mərkəzi sinir sistemi zədələnməsi olubmu? Pasiyent kortikosteroid, şüa terapiyası, sitotoksik dərmanlar və ya hormon müalicəsi alıbmı?
- ▶ Xronik xəstəliyin hər hansı əlamətləri varmı (hipotiroidizm çölyak xəstəliyi iltihabi bağırsaq xəstəliyi)? Qoxu hissi normaldırmı?
- ▶ Bədənin proporsiyalarının təyini (oturaqlı vəziyyətdə boyun uzunluğu).
- ▶ Pubertal vəziyyətin analizi; xayaların ölçülərinin təyini; funduskopiya və görmə sahəsinin təyini testi.
- ▶ İlk səhiyyə xidməti müəssisələrində vəziyyəti dəqiqləşdirmə üçün müvafiq müayinələr və analizlər təyin oluna bilər: ümumi qan analizi, EÇS, tiroid funksiyasının təyini testləri (tiroid paneli), kreatinin və seliakiya xəstəliyində informativ olan anticism testləri.

İxtisaslaşmış mərkəzlərdə aparılan sonrakı müayinələr

- ▶ Əgər ilkin müayinələr normal gecikmiş cinsi yetkinlikdən fərqli bir hal düşündürürsə, bir sonrakı araşdırmalar aparılmalıdır. Sonrakı müayinələrin məqsədi hər hansı bir xroniki xəstəliyə görə funksional pubertal gecikmə, konstitusional pubertal gecikmə (istisna yolu ilə diaqnoz müəyyən edilir) yoxsa birincili və ya ikincili hipoponadizmin olub olmadığını aydınlaşdırmağa yönəldilib.
- ▶ İxtisaslaşmış mərkəzlərdə aparılan müayinələrə sümük yaşının müəyyənləşdirilməsi üçün rentgenoloji müayinə, fekal kalprotektin, serum inhibin B, testesteron /estradiol LH və FSH, qonadotrop-rilizing hormon (QRH) stimulasiya testi və ikincili hipoponadizmə şübhə olduqda beynin MRT-si aiddir.
- ▶ Qızlarda hipoponadizmin ən geniş yayılmış səbəblərindən biri Turner sindromudur. Bu sindrom davamlı yavaş böyümə fonunda uşaqlıq dövründə aşkar edilməlidir. Finlandiyada hər il Turner sindromu ilə təxminən 10-12 qız dünyaya gəlir.
- ▶ Oğlanlarda birincili hipoponadizmin ən geniş yayılmış səbəbi Klinefelter sindromudur lakin bununla belə gecikmiş cinsi inkişafa səbəb olmur. Həmçinin diaqnoz qoyula bilməyən hallarda bu sindrom tanınmalıdır. Bu sindrom zamanı boy artımı, xüsusilə də cinsi yetkinliyə çatmazdan öncə ətrafların uzanması baş verir. (ətrafların uzunluğu oturaq haldakı boyla müqayisədə disproporsional olur). Xayaların ölçüsü ilk vaxtlarda böyüyə bilər (30 mm-ə qədər), lakin sonrakı illər ərzində ölçücə kiçilir. Finlandiyada Klinefelter sindromu ilə ildə 50 oğlan uşağı doğulur.

Uşaqlarda baş ağrısı

(EBM Klinik protokolları, 27.06.2018. Sonuncu dəyişiklik 11.11.2021.
Müəllif - Mirja Hämäläinen, Redaktor – Nabil Seyidov)

Əsas məqamlar

- ▶ Sporadik baş ağrısı çox yayılmışdır, əlavə araşdırma və müalicə tələb etmir. Baş ağrısı artıq körpələrdə və gənc uşaqlardada baş verə bilər.
- ▶ Uşaqlarda miqren və ya gərginlik tipli baş ağrısı ola bilər, məktəb-yaşlı uşaqlarda isə hər ikisi rast gəlinir.
- ▶ Güclü baş ağrıları həkim tərəfindən mütləq qiymətləndirilməlidir; əksər hallarda bu ilkin səhiyyə xidməti səviyyəsində həyata keçirilə bilər.
- ▶ Bir aydan bir davam edən gündəlik baş ağrısı, çox vaxt uşağın psixososial vəziyyətinin qiymətləndirilməsini tələb edən gizli olan ciddi problemlərin təzahürüdür.

Ümumi məlumat

- ▶ Məktəbə başlayan hər on uşağdan biri və yeniyetmə uşaqların üçdə biri təkrarlanan baş ağrılarından əziyyət çəkir.
- ▶ Təkrarlanan baş ağrısı nadir hallarda ağır bir xəstəliyin əlamətidirsə belə uşağın gündəlik həyatına mənfi təsir göstərir.
- ▶ Ətraflı anamnez toplanmalı, klinik müayinə aparılmalı və təcili müdaxilə tələb edən səbəbləri istisna etmək vacibdir. Bir çox hallarda problemin müzakirəsi uşağın həyatında baş ağrılarını təşviq edən amilləri müəyyən etməyə kömək edə bilər.
- ▶ Çox vaxt uşağın hər hansı bir ciddi bir xəstəliyinin olmadığını bilmək, klinik vəziyyətin qiymətləndirilməsini asanlaşdırır. Müalicə üçün uyğun dərmanların seçilməsi və kifayət dərəcədə təqibin təmin olunması, terapiyanın təməlini təşkil edir.

İlkin müayinələr

► Ətraflı anamnez

- Ailədəki vəziyyət (boşanma və ya ayrılıq, işsizlik, ağır xəstəliklər, spirtli içkilərin problemlə istifadəsi, ailədaxili münaqişələr, məişət zorakılığı)
- Məktəblə əlaqəli məsələlər (məsələn, öyrənmə çətinliyi, bullinq və ya qısnama), xobbilərin sayı və onlara münasibət, ambisiyalar və dostlara qarşı münasibət (dostlar varmı?)
 - Baş ağrısının meydana gəlməsi, məktəb başlanğıcında artır. Məktəb təhsilinin başlanğıcında miqren uşaqların 3-5%-də, lakin 10 yaşdan yuxarı uşaqların 10-15%-də rast gəlinir.
- Fiziki məşq, internetdən istifadə, yemək və yuxu vərdisləri, yuxu miqdarı
- Uşağın adi reaksiyaları; uşağın özünə qarşı və ətrafındakıların onun nailiyyətlərinə qarşı qoyduğu tələblər
- Baş ağrısını pisləşdirən və ya yüngülləşdirən amillər
- Digər ailə üzvlərinin anamnezində baş ağrıları
- Digər xəstəliklər və onların müalicəsi
- ✓ Diqqətlə aparılan somatik və nevroloji müayinə
- Nevroloji müayinə uşağın hərəkət funksiyalarını (balans, koordinasiya, əzələ gücü, mümkün lateralizasiya simptomları), kəllə sinirlərinin (xüsusən də qıcolma, optik sinir) və ümumi inkişafın qiymətləndirilməsini əhatə edir. Baş və boyun əzələlərinin palpasiyası, əzələlərin birləşmə nöqtələrində əzələ gərginliyi və ya ağrılılığı aşkar edilə bilər.
- Görmənin müayinəsi və fundoskopiya; qan təzyiqi
- Böyümə qrafikindən istifadə edərək böyümənin qiymətləndirilməsi; kiçik yaşlı uşaqlarda başın dairəvi ölçüsünün yaş cədvəlinə uyğunluğu.
- ✓ Maksilyar sinusların (ciblərin) müayinəsi (ultrasəs və ya rentgenoqrafiya), xüsusən uşağın hava yollarına təsir edən allergik əlamətləri və ya təkrarlanan infeksiyalara meyliyi varsa.

- ✓ Bir infeksiya əlaməti olan uşaqlarda trombosit sayı və CRZ ilə qanın ümumi analizi.

Əlavə müayinələr

- ▶ Baş ağrısı müddəti qısadirsə, simptomların irəliləmədiyinə əmin olmaq üçün xəstəni bir neçə ay müşahidə etmək lazımdır.
- ▶ Maqnetik rezonans tomoqrafiyasına göstərişlər:
 - gecə və ya səhər yuxudan duranda qeydə alınan baş ağrısı və qusma.
 - huşun pozulması ilə müşayiət olunan baş ağrısı
 - qəfl fiziki gərginlik və ya öskürək ağır dərəcəli başağrısına səbəb olur
 - davamlı unilaterlaı pulsasiyalı başağrısı
 - progressiv və ya müalicəyə rezistent başağrısı
 - davranışın və ya uşağın əhvalının dəyişməsi
 - uşağın böyüməsi və ya inkişafı qeyri-normaldır
 - erkən uşaqlıq dövründə başın böyüməsi sürətlənir
 - qeyri-normal klinik tapıntılar (strabismus, görmə qabiliyyətinin zəifləməsi, görmə sahəsinin qüsuru, diplopiya, bulanıq optik disklər, udma, tarazlıq və ya koordinasiyada çətinliklər və ya klonik tendon refleksləri) və ya qeyri-normal inkişaf
 - uşaq 5 yaşdan kiçikdir.
- ▶ Oftalmoloqun müayinəsi
 - Gizli strabismus və refraksiyanın davamlı pozulmasını istisna etmək üçün təyin edilir; habelə gənc yaşlı uşaqlarda papilyar stazi istisna etmək üçün tətbiq olunur.
- ▶ Diş həkiminin müayinəsi
 - Aşkar maloklyuziya və çeynəmə əzələlərinin palpasiyasında ağrı
- ▶ Elektroensefaloqrafiya (EEQ)
 - Epilepsiyaya şübhə olduqda göstərişdir.

Qeyri-farmakoloji profilaktika

- Qeyri-farmakoloji müalicə digər xəstəlik səbəbi ilə inkişaf etmiş başağrıları istisna olmaqla, bütün digər növ baş ağrılarında tətbiq oluna bilər. Bəzi hallarda hər hansı ciddi yanaşı xəstəliyin olmadığı, başağrısından əziyyət çəkənlərə müəyyən dərəcədə rahatlıq gətirir. Baş ağrısının təbiəti, ağrı mexanizmləri və özünü müalicə barədə məlumatın verilməsi və dəstəyin göstərilməsi də vacibdir.
- Xüsusi baş ağrısı gündəliyi ilə başağrısının müşahidəsi diaqnostika və müalicənin planlaşdırılması baxımından adətən faydalıdır.
- Davamlı və ya residivləşən başağrıları uşağın məktəbdə təhsil davamiyyətinə və xobbilərinə maneə yarada bilər. Buna görə də, baş ağrılarının səbəbini aradan qaldırmaq üçün, onların yaranmasına təsir göstərən təhrikədi faktorların müəyyən edilməsi və qarşısının alınması önəmlidir.
- Müntəzəm qida və kifayət qədər maye qəbulu baş ağrıları və miqrənin qarşısının alınmasında önəmlidir.
- Az sayda miqrəni olan pasiyentlərdə miqrən epizodu qida maddəsi və ya qida əlavəsinin təsirindən yarana bilər. Lakin, xüsusi pəhrizə ehtiyac yoxdur.
- Qida qəbulu, yuxu və evdənkənar əyləncələrdə iştirak, o cümlədən yetərli maye qəbulu miqrən epizodlarının sayını azaltmağa kömək edə bilər. Eyni ilə, gözlərin parlaq işıqdan və kəllənin zərbələrdən qorunması da önəmlidir.
- Uşaqlarda başağrılarının müalicəsində istifadə edilən bütün növ müalicələrin güclü plasebo təsiri var və bu günədək müxtəlif terapevtik müdaxilələr plasebo terapiyası ilə yetərli dərəcədə müqayisə edilməmişdir. Psixoloji müalicənin növü və ya onların kombinasiyasının (bioloji geriye dönüş terapiyası və ya ing.*biofeedback therapy*, relaksasiya terapiyası və ya koqnitiv davranış terapiyası) effektivliyinə dair tədqiqatlar aparılmamışdır.

Miqren

- ▶ Uşaqlarda miqrenin diaqnostik meyarları böyük yaşlı pasiyentlərdə tətbiq olunan meyarlarla eynidir. Uşaqlarda adətən ya adi miqren, ya da aura simptomları ilə müşayiət olunan migren rast gəlinir.
- ▶ Ən ümumi başlanğıc vaxtı məktəbəqədər və ya məktəbə başlamağa təsadüf edir. Məktəb yaşlarında miqren və baş ağrısının yayılması erkən yetkinlik yaşına qədər davamlı olaraq artır.
- ▶ İrsiyyətin güclü təsiri mövcuddur.
- ▶ Stress, aclıq, halsızlıq, işıq və ya səs-küy ilə qıcıqlanma, həmçinin baş travmaları top oyunları zamanı tez-tez miqren tutmalarına səbəb olur.
- ▶ Tipik bir migren tutması qəflətən başlayır. Uşağın dəri örtükləri solğun, zahirən xəstə görünüşlü olur və ürəkbulanma da qeyd edilir, qaranlıq, sakit bir otaqda qalmağı üstün tutur və oynamaq istəmir. Miqren tutması (kəskin epizod) tez-tez qusma ilə başa çatır, bundan sonra uşaq yuxuya gedir və oyandıqdan sonra simptomuz olur.
- ▶ Miqren tutmaları müsbət, həyəcanverici hadisələrlə (ad günləri, əyləncə parkına ziyarət) əlaqəli də baş verə bilər.
- ▶ Vizual pozğunluqlar, danışmada çətinliklər, parasteziya və ya iflic uşaqlarda migren ilə əlaqəli ola bilər. Auraya aid simptomlar miqren tutmasından əvvəl müşahidə edilir və baş ağrısı başladıqda yox olur. Əgər auraya dair simptomlar bir saatdan çox davam edərsə və ya baş ağrısı ilə eyni vaxtda baş verərsə, ixtisaslaşdırılmış tibb müəssisəsində əlavə müayinələrin aparılması tələb olunur.
- ▶ Ən intensiv hallarda belə, miqren tutmalarının tezliyi həftədə bir neçə dəfədən çox olmur. Tutmalar gecə də baş verə bilər.
- ▶ Gündəlik tutmalar miqren üçün xarakterik deyil.
- ▶ Diaqnoz istisna yolu təyin edilir və bu məqsədlə, yetərli müddət ərzində pasiyentin təqibi tələb olunur.
- ▶ Ailəvi hemipleqik miqren (AHM) dominant irsiyyətə malik olan bir xəstəlikdir. Paralitik simptomlar baş ağrısı olmadan da başlaya bilər. Təhrikedici amil, adətən oyun zamanı

başın harasa yüngülcə dəyməsi kimi zərərsiz hadisələr ola bilər. İyon kanallarını kodlaşdıran bir neçə fərqli genin qüsuru AHM-ə səbəb olduğu bilinir.

Miqren tutmasının müalicəsi

- ▶ Əvvəlcə preparatın kifayət qədər dozasını təyin edir və lazım olduqda bir saatdan sonra dozanı təkrarlayın.
- ▶ Parasetamol və ya ibuprofen per os təyin olunur. Uşaqlarda miqren müalicəsində bu iki preparatın eyni vaxtda istifadəsinin mümkün faydaları barədə heç bir elmi sübut yoxdur. Qeyri-steroid iltihab əleyhinə dərmanlar (QSİƏD) tez-tez təkrarlanan baş ağrısı və ya davam edən miqren tutmalarının müalicəsi üçün uyğun hesab edilmir.
- ▶ Ekstrapiramidal mənfi təsirləri səbəbindən metoklopramidin istifadəsi tövsiyə edilmir. Bir analgetikin erkən təyini ürək bulanmasının qarşısını ala bilər. Proxlorperazin, mürəkkəb və uzanmış miqren tutmalarının müalicəsində köməkçi bir dərman kimi istifadə edilmişdir.
- ▶ Cədvəl 3-ə baxın.
- ▶ Triptan qrupu preparatların 10-12 yaşdan başlayaraq (burun spreylərinə üstünlük verilir) istifadə edilə bilər. Onların düzgün istifadəsi barədə təlimat verilməlidir (dərman boğaza düşdükdə çox pis dad verir). Rizatriptan tablet şəklində istifadə edilə bilər. Lakin yüksək plasebo effekti səbəbindən, digər dərmanların effektivliyi zəif sübut edilmişdir.

Cədvəl 1. Uşaqlarda miqrən tutmasının müalicəsi (Modifikasiya olunub: Current care guideline on headache (children), 2015 (son baxış: 18 mart 2021))

Dərman	Tək doza	Yüksək doza; yetkinlər üçün doza artıq olmamalıdır	Dozalar arasındakı minimum interval (saat)	İstifadə forması
Ibuprofen	10–20 mq/kq	40 mq/kq/24 saat	2	Oral suspenziya, Tablet, Uzunmüddətli təsirə malik dərman, Suppozitoriya
Parasetamol	10–15 mq/kq	60 mq/kq/24 saat	2	Oral suspenziya, Qaynayan tablet, Həll olunan tablet, Tablet, Suppozitoriya
Sumatriptan	10 mq (çəki 20–39 kq)	20 mq/24 saat	2	Burun spreyi
	20 mq (çəki ≥ 40 kq)	40 mq/24 saat		
Rizatriptan	5 mq (çəki 20–39 kq)	10 mq/24 saat	2	Tablet

Cədvəl 1. Uşaqlarda miqrən tutmasının müalicəsi (Modifikasiya olunub: Current care guideline on headache (children), 2015 (son baxış: 18 mart 2021))

Dərman	Tək doza	Yüksək doza; yetkinlər üçün doza artıq olmamalıdır	Dozalar arasındakı minimum interval (saat)	İstifadə forması
	10 mq (çəki \geq 40 kq)	20 mq/24 saat		
Zolmitriptan	5 mq	10 mq/24 saat	2	Burun spreyi,
	2.5 mq	5 mq/24 saat		Tablet
Proxlorperazin	0.10–0.30 mq/kq	0.4–0.5 mq/kq/24 saat	4	Tablet
	İny. 0.1–0.15 mq/kq	Maksimum doza 10 mq	4	İnyeksiya olunan (xüsusi icazə tələb oluna bilər)

Miqren üçün profilaktik müalicə

- ▶ Tutmalar şiddətli olduqda və ya ayda bir neçə dəfə təkrarlandığında göstərilə bilər.
- ▶ İstifadədə olan dərmanlar arasında propranolol, bisoprolol, amitriptilin və ya topiramamat var
- ▶ Profilaktik müalicənin maksimal müddəti 6 ay olmalıdır.

Gərginlik tipli baş ağrısı

- ▶ Gərginlik baş ağrısının səbəbi dəqiq bilinmir. Bəzi xəstələrdə gərginlik baş ağrısı başın, boyun və çiyinlərin əzələlərinin davamlı yığılması ilə əlaqələndirilir və ümumiyyətlə duruş və iş zamanı tutlan poza, psixoloji stres və ya çeynəmə sisteminin funksional pozğunluqları ilə əlaqələndirilir.
- ▶ Baş ağrısı tədricən başlayır və çox vaxt məktəbdən sonra gənortda və ya axşam vaxtları meydana gəlir.
- ▶ Gərginlik baş ağrısı miqrenin tipik tutmaları olan uşaqlarda da baş verə bilər.
- ▶ Xüsusilə baş ağrısı xroniki hal aldıqda fərqli tipləri bir-birindən ayırd etmək çətin ola bilər. Tutmalar nadir hallarda həftə sonları və ya tətill zamanı baş verir.
- ▶ Gərginlik baş ağrısı istirahətdən və ya səbəbdən asılı olaraq, hətta fiziki məşqlə də keçə bilər.
- ▶ İstirahət və dincəlmə, ümumiyyətlə, dərmandan daha yaxşı kömək edir.
- ▶ Yüngül formada olan gərginlik baş ağrısı dərmanlara zəif cavab verir. Analgetiklərin tez-tez istifadəsi analgetiklə əlaqəli baş ağrısının meydana çıxmasına səbəb ola bilər.
- ▶ Sərbəst duruş və iş zamanı pozuların korreksiyası başağrıların azalmasına kömək ola bilər.

Baş ağrısının digər növləri

Psixogen baş ağrısı

- ▶ Adətən psixososial stress yaradan vəziyyətlər mövcuddur (məsələn, ailədaxili münasibətlərin dəyişməsi, valideynlərin çox məşğul olması, məktəbdə qısnama, depressiya,

məktəb qorxusu və ya yatmaqda çətinliklər). Həmin vəziyyətlər aradan qalxdıqda, baş ağrısı da tamamilə yox olur.

- ▶ Gündən-günə oxşar xüsusiyyətlərlə davam edir (hər gün olması mütləq deyil), ağrının xüsusiyyətləri dəqiq təsvir oluna bilmir və miqrən və ya gərginlik tipli baş ağrısından fərqli olaraq, normal həyat fəaliyyətinə bir o qədər təsir göstərmir. Baş ağrısı anamnezi ilə onun törətdiyi zərər arasında çox vaxt uyğunsuzluq müəyyən edilir.
- ▶ Ailə ilə müzakirə və lazım gəldikdə təqib üçün müayinə müalicə baxımından yetərli olur.
 - Lazım olarsa, ailədaxili məsələlərin çözülməsi üçün məsləhətləşmə və ya uşaq sağlamlığı mərkəzi tərəfindən müvafiq dəstək göstərilə bilər.
- ▶ Bəzi hallarda psixoloji problemlər daha mürəkkəb ola və uzun müddətli peşəkar yardım tələb edə bilər.

Okulyar və ya diş mənşəli baş ağrıları

- ▶ Gizli strabismus və refraksiyanın pozulması frontal və temporal bölgələrdə baş ağrılarına səbəb ola bilər ki, onlar uşağa eynək verilməsi ilə aradan qalxmış olur.
- ▶ Dişlərin düzəldilməsi üçün istifadə edilən qurğular da başağrılarına səbəb ola bilər ki, onlar çıxarıldıqdan sonra həmin baş ağrıları yox olur.
- ▶ Bruksizm və ya dişlərin malokklusiyası olan pasiyentlərdə, gündəlik yüngül və ya tez-tez müşahidə edilən başağrıları varsa, onların diş həkiminə müraciət edilməlidir.

Sinusit

- ▶ Baş ağrısı ümumiyyətlə yuxarı tənəffüs yollarında yaranan infeksiyadan sonra inkişaf edir və fasiləsiz davam edir. Ağrı tez-tez alnda və yanaqlarda lokalizasiya olunur, lakin generalizə olunmuş da ola bilər.
- ▶ Digər yoluxma əlamətləri az ola bilər.

Serebral şişlər və serebrospinal maye (SSM) dövrünün tıxanması

- ▶ Bədxassəli kəllədaxili şişlərlə əlaqəli bir baş ağrısı ümumiyyətlə sürətlə irəliləyir və differensial diaqnostika üçün çətinlik yaratmır.
- ▶ Xoşxassəli kəllədaxili şişlər (çox vaxt kəllənin arxa çuxuru və ya orta xəttə), SSM-nin dövrünə manə törətdiyi üçün artan kəllədaxili təzyiqlə nəticəsində, sürətlə progressivləşən simptomlara səbəb olur.
- ▶ Beyində axıl kanalının tıxanması nəticəsində, yavaş inkişaf edən hidrosefalus, həyatın ikinci və ya üçüncü ilindən sonra baş ağrısına səbəb ola bilər.
- ▶ Artan kəllədaxili təzyiqlə əlamətlərinə aşağıdakılar daxildir:
 - səhərlər qusma, səhər və ya günüortadan əvvəl meydana gələn baş ağrısı
 - klinik müayinədə papillanın ödemə
 - strabismus, müvazinatın pozulması.
- ▶ Baş beyinin “Türk yəhəri” (sella) bölgəsindəki yerləşən şiş uşağın böyüməsinin gerilməsinə səbəb ola bilər.

Yuxu apnoyesi sindromu

- ▶ Davamlı xoruldama udlaqda və tənəffüs yollarında obstruksiya əlamətidir.
- ▶ Gecə vaxtı hipoksemiya baş ağrısı, yorğunluq və konsentrasiyada çətinlik yarada bilər.
- ▶ Adenoidektomiya (burun ətinin kəsilməsi) və bəzən tonzillektomiya (boğaz ətinin kəsilməsi) ilə birgə icra edilə bilər.

İdiopatik kəllədaxili hipertenziya (*pseudotumor cerebri*)

- ▶ Kəllədaxili təzyiqlə, SSM (*serebrospinal maye*) dövrünün pozulması və yaxud kəllə daxilində toxumalara yerli təsir göstərən kütlənin (törəmə və ya digər proses) olması səbəbindən yüksəlməsi ilə müşayiət olunan nadir haldır.

- ▶ Davamlı gündəlik baş ağrısı aparıcı simptomdur. Klinik müayinədə isə papillar durğunluq (staz) və lumbal punksiyada yüksək təzyiqli aşkar edilir.
- ▶ Məlum səbəbkar amillər arasında artmış çəki və müxtəlif hormonal dəyişikliklər var. Halların təxminən yarısında səbəb aşkar edilmir.
- ▶ Diaqnostika və müalicə xüsusi ixtisaslaşmış müəssisələrdə aparılır. Klinik haldan asılı olaraq, farmakoterapiya və/və ya kəllədaxili təzyiqlin mexaniki vasitələrlə (fenestrasiya, şunt) azaldılması tətbiq oluna bilər.
- ▶ Diaqnostika və müalicə gecikdirildikdə, idiopatik kəllədaxili təzyiqli görmənin daimi itirilməsinə gətirib çıxara bilər.

Bibliografiya

1. Kernick D, Campbell J. Measuring the impact of headache in children: a critical review of the literature. *Cephalalgia* 2009;29(1):3-16.
2. de Vries B, Frants RR, Ferrari MD et al. Molecular genetics of migraine. *Hum Genet* 2009;126(1):115-32.
3. Russell MB, Ducros A. Sporadic and familial hemiplegic migraine: pathophysiological mechanisms, clinical characteristics, diagnosis, and management. *Lancet Neurol* 2011;10(5):457-70.
4. Honorat R, Marchandot J, Tison C, et al. [Treatment and prognosis of idiopathic intracranial hypertension in children. Retrospective study (1995-2009) and literature review]. *Arch Pediatr* 2011;18(11):1139-47.
5. Hacifazlioglu Eldes N, Yilmaz Y. Pseudotumour cerebri in children: etiological, clinical features and treatment modalities. *Eur J Paediatr Neurol* 2012;16(4):349-55.
6. Per H, Canpolat M, Gümüş H et al. Clinical spectrum of the pseudotumor cerebri in children: etiological, clinical features, treatment and prognosis. *Brain Dev* 2013;35(6):561-8.

Uşaqlarda qəbizlik

(EBM Klinik protokolları, 13.07.2016. Sonuncu dəyişiklik 27.04.2022.
Müəllif – Laura Merras-Salmio, Pia Lehmusjarvi, Paivi Peldan,
Michaela Nylund. Redaktor – Nabil Seyidov)

Əsas məqamlar

- ▶ Uşaqlarda qəbizlik adətən 2-3 yaşlarından başlayır.
- ▶ Anamnez və diqqətli klinik müayinə adətən funksional qəbzliyin diaqnostikası üçün yetərli olur.
- ▶ Müalicə vaxt itirilmədən və dərmanların düzgün dozaları ilə başlanmalıdır. Makroqol qrupundan olan preparatlar təhlükəsizdir və uzun illər istifadə edilə bilər. Bağırsaqların funksiyasına təsir göstərmədiyindən, həmin dərmanların qəbulu “dərmana vərdişin formalaşmasına” səbəb olmur.

Müalicəyə ehtiyacın duyulduğu hallar

- ▶ Dünyada uşaqlar arasında funksional qəbzliyin rastgəlmə tezliyi 10%-dir.
- ▶ Qəbizlik uşaq və onun ailəsinə əhəmiyyətli dərəcədə yüküdür: bağısaqla bağlı simptomlarla yanaşı, psixoloji və təhsilə davamiyyət ilə bağlı problemlər yarana bilər.
- ▶ İlk müalicəyə baxmayaraq, qəbzliyi olan pasiyentlərin 50%-də simptomlar qalıcı olur və farmakoterapiya 5 yaşdan sonra da davam etdirilməli olur.
- ▶ Funksional qəbizlik körpəlik dövründə (yemək yeməyə başladığında) və ya istənilən digər yaşda başlaya bilər.
- ▶ İlk simptomlar adətən uşağın 2-3 yaşında qeydə alınır.

Funksional qəbzliyin simptomları

- Defekasiya aktı çətinləşib: defekasiya aktı ağrılı ola bilər və ya cəhdlərə baxmayaraq bağırsaqları boşaltmaq mümkün olmaya bilər;
- Defekasiya üçün körpə qeyri-normal vəziyyət ala bilər (ayaq üstə durma, relaksasiya bacarıqsızlığı).
- Nəcis bərk olur və ya düz bağırsaqda qalan bərkimiş nəcisin kənarları ilə sulu nəcisin sızması halları müşahidə edilə bilər.

- Alt paltarların nəcislə çirklənməsi və ya qaçırılması (adətən toplanan nəcisin daşması səbəbi ilə).
- Qarında ağrı.
- Həftədə 1-2 dəfə nəcisə getmə qeydə alınır və hər dəfə böyük həcmdə nəcis xaric edilir.

Uşaqlarda funksional qəbizliyin diaqnostikası

- Diqqətli klinik müayinə (xüsusilə də abdominal palpasiya) və anamnezin toplanması adətən yetərli olur.
 - Simptomların başlanması vaxtı, bağırsaqların boşaldılmasının tezliyi, nəcisin forması, ağrı, tualetə getmə vərdişləri, nəcisə getməkdən bilərəkdən çəkinmək, nəcisdə qan və ya qara nəcis, nəcisi saxlaya bilməmə və ya “daşan ishal”, əvvəllər aldığı müalicə (və nədən ibarət olub), ailədə qəbizliyə meyillilik, qida qəbulu rejimi, maye qəbulu vərdişləri.
 - Doğulduqdan mekonium xaric edilməmişdir (48 saat sonra mekoniumun xaric edilməsi qeyri-normal hesab edilir).
 - Uşağın böyümə qrafiki mütləq yoxlanmalıdır.
- Böyümə və ya bədən çəkisində problemləri olmayan və klinik müayinədə və ya anamnezdə digər əlamətləri olmayan (autoimmun xəstəliklər, kalsium metabolizminin pozuntuları və ya onlara dair şübhə) uşaqlarda sıradan (rutin) laborator analizlərin (məs., hipotireoza, seliakiyaya və ya hiperkalsemiyaya görə) təyini tövsiyə olunmur.
- Düz bağırsağın barmaqla müayinəsi bəzi hallarda diaqnozu təsdiq etməyə (rektumda bərk nəcis kütləsi) kömək etsə də, lakin ümumən diaqnostika üçün tələb olunmur və təkrarlanmasına da ehtiyac yoxdur.
- Anus və onun ətrafındakı dəri toxuması diqqətlə müayinə olunmalı, səpgi, nəcislə çirklənməsi əlamətləri, anusun anatomik yerləşməsi və anal çatın olub olmaması istisna edilməlidir.
- Radioloji müayinə tövsiyə edilmir. Ağır hallarda, xüsusilə də farmakoterapiyaya rezistentlik zamanı və ya

Hirşprung xəstəliyinə şübhə olduqda, radioloji görüntüləmə və digər xüsusi müayinələr ixtisaslaşmış tibb müəssisələrində aparıla bilər.

- Allergiyaya görə analizlərin aparılması tövsiyə olunmur. İnek südünün pəhrizdə azaldılması ilə ümumi içilən südün miqdarının azaldılması qəbizliyin aradan qalxmasına kömək edə bilər. Südün tam kəsilməsi tövsiyə olunmur. Südün orta miqdarda (təxminən 5 dL/gündə) qəbulu tədrisən bərpa olunmalı və uşaq nəzarətdə saxlanmalıdır.
- Bərk nəcisiz müşayiət olunan körpə disxeziyası (4 aydan kiçik körpələrdə) adətən anal sfinkterlərin koordinasiyasında pozulma səbəbi ilə yaranır və spontan aradan qalxır. Laksativ preparatlar bu hallarda köməkt etmir və rektal stimulyasiya uzun müddətli terapiya kimi tövsiyə olunmur.

Əlavə müayinə və ixtisaslaşmış müəssisəyə yönəltmə

- Xəbərdaredici əlamətlər
 - Nisbi çəkinin azalması və ya zəif böyümə
 - Qusma
 - Qeyri-normal görünüşə malik qarın (şişmiş)
 - Palpasiyada qeyri-normal əlamətlər
 - Arıq uşaqda qəbizlik səbəbindən bağırsaqlarda toplanmış nəcis kütləsi çox vaxt qarının sol tərəfində aparılan palpasiyada hiss edilə bilər. Bu növ hallarda ilkin səhiyyə xidməti səviyyəsində differensial diaqnostika məqsədilə abdominal ultrasonoqrafiya tətbiq oluna bilər.
 - Anal çat istisna edilmiş uşaqlarda əhəmiyyətli və/və ya təkrarlanan rektal qanaxma
 - Anal çatın olma ehtimalı təkrar istisna edilməli və bu məqsədlə daha təcrübəli mütəxəssisin müayinəsi məsləhət görülməlidir
 - Ailə məlumatlandırılmalıdır ki, rektal xərçəng böyük yaşlı şəxslərin xəstəliyidir və uşaqlarda hemorroidlər də rast gəlinmir.

- Perianal müayinədə aşkar edilən patoloji əlamətlər: fistula kanalının çıxışları, anusun patoloji yerləşməsi və ya görünüşü, kremaster refleksin itməsi, oblique gluteus sulcus, perianal səpgi.
 - Perianal müayinə nəticələrini interpretasiya edərkən, cinsi zorakılıq ehtimalı mütləq diqqətdə saxlanmalı və şübhəli hallarda müvafiq tədbirlər görülməlidir.
- Yaşı 1 aydan az olan körpələrdə aşkarlanan qəbizlik həmişə ixtisaslaşmış tibb müəssisəsində müayinə və müalicə edilməlidir. Ağır dərəcəli və ya davamlı qəbizlik simptomları olan <4 aydan kiçik uşaqlar da ixtisaslaşmış tibb müəssisəsində müayinə olunmalıdır.
- Farmakoterapiyaya davamlı olan (əmin olunmalıdır ki, təyin olunan dərmanlar düzgün və vaxtında qəbul edilib və makismal dozalar istifadə olunub) və ya ciddi psixososial travma (zədə) yaradan qəbizlik, o cümlədən necisin qeyri-iradi qaçırılması halları mütləq pediatrik ambulator klinikada müayinə edilməlidir. Simptomlar və müayinənin nəticələrindən asılı olaraq, pediatrik psixiatr və ya cərrahın da konsultasiyası tələb oluna bilər.

Müalicə

- Uşaqlarda qəbizliyin müalicəsi qısa zamanda başlanmalıdır. Belə ki, müalicənin simptomların yaranması tarixindən 3 ay gec başlanması, simptomların uzun müddət davam etməsi ilə əlaqələndirilir.
- Uşaqlarda funksional qəbizliyin müalicəsi üçün bitki lifləri və suyun normal qəbulu və normal fiziki aktivliyin saxlanması tövsiyə olunur. Bunlara dair təlimatın aydın şəkildə ötürülməsi önəmlidir.
- Uşaqlarda funksional qəbizliyin müalicəsində probiotiklər, bioloji geriyyə dönüş (ing. Biofeedback) və davranış terapiyasının faydası təsdiqini tapmayıb.
- Şəkər tərkibli (osmotik) dərmanlar (makroqol, laktuloza) ilk seçim preparatlar olmalıdır. Onlar hətta uzunmüddətli

istifadə üçün təhlükəsiz hesab edilir, çünki təsirləri nəcis kütləsinin yumşaldılması ilə bağlıdır.

- Uşaqlarda qəbizliyin müalicəsində pəhrizdəki şəkər molekullarının (gavalıdakı sorbitol, səməni ekstraktındakı karbohidratlar) effektivliyi araşdırılmayıb və ya digər dərmanlarla müqayisə edilməyib.
- Körpələrdə qəbizlik adətən sərt püre halında olan yeməkləri yeməyə başladığında inkişaf edir. Qavalı puresi və ya sokunun əlavə edilməsi ilə pəhrizin modifikasiyası qəbizliyin aradan qaldırılmasına kömək edə bilər. Formulanın dəyişdirilməsi və ya formula ilə yanaşı pəhrizə suyun əlavə edilməsi də bəzi hallarda kömək edə bilər. Ana südü ilə qidalanan körpələrdə nəcisin tezliyi çox dəyişkən olur: intervallar 10 günədək uzun ola bilər və nəcisin konsistensiyası yumşaqdırsa və körpə özünü normal hiss edirsə, bu bir narahatçılığa səbəb olmamalıdır. Defekasiyanın yaxşılaşdırılması üçün aşağı ətrafların fiziki hərəkətləri və qarının çox səthi yüngül masajı tətbiq edilə bilər.

Nəcisin tıxanmasının müalicəsi

- Cədvəl 1-ə baxın.
- Polietilen qlikol (PEG və ya makroqol) və imalələr eyni dərəcədə effektivdir. Lakin per os PEG uşaqlarda müalicə üçün ilk seçimdir. Ağır hallarda imalə ilə başlanan müalicə daha sürətli nəticə verir. Kolonoskopiya üçün bağırsaqların təmizlənməsində istifadə edilən dərmanlar da pediatrik pasiyentlərdə istifadə edilə bilər (bu barədə dərmanların içlik vərəqələrində qeyd edilir).
- “Daşan ishal” hallarında ən effektiv müalicə nəcis kütlələrinin tıxanmasının aradan qaldırılmasıdır. İlk həftə ərzində nəcisin sızması və ya qaçırılması halları şiddətlənə bilər. Genişlənmiş bağırsağın normal tonusunun bərpası bir neçə həftə vaxt tələb edə bilər.

Funksional qəbizliyin uzunmüddətli (dəstəkləyici) müalicəsi

- Cədvəl 1-ə baxın.
- PEG laktuloza, maqnezium hidrosiddən və ya plasebodan daha effektivdir. Bu səbəbdən məhz PEG uşaqlarda funksional qəbizliyin uzunmüddətli müalicəsi üçün tövsiyə edilir.
- PEG məhsulları əlçatan deyilsə və ya istifadəsi mümkün deyilsə, o zaman laktulozanın istifadəsi tövsiyə olunur.
- İmalə adi funksional qəbizliyin müalicəsi üçün təyin olunmuş farmakoterapiyanın effektivliyini artırır.
- Maqnezium hidrosid (“maqnezium südü”) və ya stimulyasiyaedici laksativlər (aşağıda bax) əlavə dərman preparatı kimi nəzərdən keçirilə bilər.
- Uşaq və ailə üzvlərinə bağırsaqların boşaldılmasının qrafikə görə requlyar həyata keçirilməsi, habelə müntəzəm fiziki aktivlik və qidalanma qrafiklərinə riayət edilməsinin vacibliyi izah edilməlidir. Tualetdə oturmaq vəziyyətə defekasiya üçün müvafiq pozanın alınması (ayaqlar döşəmədə) uşaq üçün uyğun ola bilər. İlk vaxtlarda tualetdə oturmağa görə uşağın mükafatlandırılması, müsbət atmosfer yaradır.

Cədvəl 1. Uşaqlarda qəbizliyin müalicəsi üçün istifadə edilən dərman preparatları və onların tövsiyə olunan dozaları.

	Nəcis tıxanmasının müalicəsi	Qəbizliyin davamlı müalicəsi
PEG (makroqol)	- 1.5 qram/kq/gün dozada 3-6 gün müddətinə təyin edilir	- gündəlik 0.5-1.0 qram/kq dozada tövsiyə olunur və növbəti dozalar əldə edilən cavaba uyğun tənzimlənir.
Laktuloza 667 mq/ml		- 1.5-3 ml/kq bir və ya iki dəfə gündə; 45 ml/gün-dən çox olmamaq şərtilə. - Bütün yaşlardakı uşaqlara təyin edilə bilər. Əgər maksimal dozalar istifadə

		edilirsə, əlavə dərman təyini və ya dərmanın dəyişdirilməsi barəsində düşünün.
Dokusat sodium + sorbitol ilə imalə	<ul style="list-style-type: none"> - Yaş >1-dən yuxarı: 120 ml bir və ya iki dəfə - Çəki >40 kq-dan yuxarı: 240 ml bir və ya iki dəfə 	
Kolonoskopiya üçün bağırsaqların təmizlənməsi üçün istifadə edilən məhsullar	- Dərmanın içlik vərəqəsindəki təlimata uyğun (istisna: pasiyentdə qusma və ya bağırsaq obstruksiyasına şübhə varsa)	
Əlavə və ya qısamüddətli müalicə üçün dərmanlar		
Maqnezium hidroksid ("maqnezium südü")	-	<ul style="list-style-type: none"> - 2-5 yaş:0.4-1.2 qram/günə - 6-11 yaş: 1.2-2.4 qram/günə - 12-18 yaş: 2.4-4.8 qram/günə
Sodium pikosulfat	-	<ul style="list-style-type: none"> - 3 ay-4 yaş: 2.5-10 mq gündə 1 dəfə - 4-18 yaş: 2.5-20 mq gündə 1 dəfə
Sodium sitrat dihidrat + sodium lauril sulfoasetat ilə imalə	<ul style="list-style-type: none"> - >3 yaş: 5 ml - <3 yaş: 2.5 ml - Bu dərman ağır dərəcəli nəcis tıxanlıqlığının müalicəsi üçün yetərsizdir. 	

Müalicənin müddəti

- Müalicə ən azı 2 ay davam etdirilməlidir. Dərmanların dozasını tədricən azaltmağa başladıda ən azı növbəti 1 ay ərzində simptomlar olmamalıdır. Əgər uşaq bağırsaqlarını kontrol etməyi yenidən öyrənsə, həmin kontrol əldə edilənə qədər qəbizliyin müalicəsi davam etdirilməlidir.
- Müalicə bir neçə il davam edə bilər, çünki bağırsağın qəbizliyə öyrəşməsinin qarşısını almaq olduqca vacibdir (PEG və laktuloza bağırsaqların fəaliyyətini dəyişmir və ya asılılıq yaratmır).

Biblioqrafiya

1. Tabbers MM, DiLorenzo C, Berger MY et al. Evaluation and treatment of functional constipation in infants and children: evidence-based recommendations from ESPGHAN and NASPGHAN. *J Pediatr Gastroenterol Nutr* 2014;58(2):258-74.
2. Colombo JM, Wassom MC, Rosen JM. Constipation and Encopresis in Childhood. *Pediatr Rev* 2015;36(9):392-401; quiz 402.

Uşaqlarda baş beyin (serebral) mənşəli kəskin qıcolmalar (tutmalar)

(EBM Klinik protokolları. 29.11.2016 • Sonuncu dəyişiklik 13.01.2021
Müəllif - Kai Eriksson, Henna Jonsson, Redaktor – Nabil Seyidov)

Əsas məqamlar

- ▶ Huşun itirilməsi ilə gedən tutmalar uşaqlar üçün ən təhlükəli tutma formasıdır və təcili aktiv müalicə tələb edir. Lakin tutmaların əksəriyyəti qısa müddət ərzində (4 dəqiqədən az) və özbaşına olaraq sona çatır.
- ▶ Tutma bir neçə dəqiqə ərzində spontan olaraq dayanmırsa və ya əvvəlki qıcolma epizodundan çıxmamış digər bir tutma halı təkrarlanırsa, ilk yardım üçün nəzərdə tutulmuş dərman preparatının istifadəsi tələb olunur.
- ▶ Uzun müddətli epileptik tutma təcili yardım tələb edən və həyat üçün təhlükə yaradan fəvqəladə bir vəziyyətdir və belə hal 5 dəqiqədən çox davam edərsə, bu hal təhlükəli epileptik status kimi müalicə edilir.
- ▶ Həyati funksiyaların dəstəklənməsi, ilk yardım üçün nəzərdə tutulmuş müvafiq dərman preparatı ilə tutmanın aradan qaldırılması və spesifik terapiyanın aparılmasına imkan verəcək etioloji faktorun müəyyən edilməsi üçün müvafiq müayinələrin (məs., mərkəzi sinir sisteminin infeksiyası) aparılması müalicənin əsas elementləridir.
- ▶ Uşaqlarda baş verən bütün qıcolmalar əlavə araşdırmaların aparılmasını tələb edir. Yaşı 6 aydan 6 yaşadək olan uşaqlarda sporadik, qısa müddətli simmetrik febril tutmalar (hərərət 38.5°C-dən yüksək) və həmçinin yaxın qohumların anamnezində febril tutmalar olan uşaqlar istisnadır. Lakin həmin uşaqlarda eyni febril epizodda tutmaların təkrarlanması baş verərsə, bu dərhal əlavə müayinələrin aparılmasını zəruri edir.
- ▶ Həmçinin bax:

- ▶ Tutmalar 30 dəqiqədən çox davam edərsə, ölüm faizi və əlillik riski artır.
- ▶ Həmçinin uşaqlarda epilepsiyanın diaqnostika və müalicəsinə dair müvafiq protokola nəzər yetirin.

Tutmalarda ilk yardım

Həyati funksiyalar

- ▶ Həyati funksiyaların dəstəklənməsi: (maneəsiz hava yolu - lazımi hallarda aspirator və ya sovurma cihazı ilə sanasiya, orofaringeal hava yolunun qoyulması), xəstənin yanı üstə çevrilməsi (lateral pozisiya), oksigen maskası ilə əlavə oksigenin verilməsi.
- ▶ Qan təzyiqi, nəbz və oksigen saturasiyasının ölçülməsi (SpO₂), dərhal qanda qlükozanın təyini

Bədən temperaturunun azaldılması

- ▶ İsti paltarları çıxardın, fiziki metodlarla xəstənin soyudulması tövsiyə edilmir.
- ▶ Hərərəti azaltmaq üçün adi antipiretik preparatlar verilir, ancaq onlar qıcolma (konvulsiyalar) əleyhinə dərmanlar verildikdən sonra (aşağıya bax) təyin edilir.

Venadaxili çıxışın əldə edilməsi

- ▶ Asanlıqla həyata keçirilə bilərsə, venadaxili çıxış əldə edin. Qanda qlükoza və elektrolitlərin konsentrasiyalarının müəyyən edilməsi üçün qan nümunəsi götürün.
- ▶ İlk yardım qisminə istifadə edilən dərmanlar rektal və ya bukkal (yanaqdan) yeridilir; aşağıda ətraflı baxın.
- ▶ Əgər uşaqlarda hipoplükemiya yoxdursa, venadaxili infuziya üçün fizioloji məhluldan istifadə edin (qlükoza olmadan) və ya Ringer tipli məhluldan istifadə edin.
- ▶ Həddindən artıq maye infuziyasında çəkinin. Təhlükəsiz venadaxili infuziya sürəti 0,1 ml/kq/dəqiqədir.

Dərman vasitələri

Benzodiazepinlər

- ▶ Venadaxili çıxış əldə edilənədək rektal diazepamdan və ya bukkal (yanağa qoyulan) midazolamdan ilk yardım zamanı istifadə edilə bilər.
- ▶ Midazolamın bukkal (yanaqla) verilən dozası – Cədvəl 1-ə baxın

Cədvəl 1. Midazolamın (midazolam) bukkal (yanaqdan) verilən dozası	
Çəki (yaş)	Doza mq
5-10 kq (6-12 aylıq)	2.5 mq
11-20 kq (1-4 yaşlı)	5 mq
21-40 kq (5-9 yaşlı)	7.5 mq
> 40 kq (>10 yaşlı)	10 mq

- ▶ Rektal diazepamın bir dəfəlik dozası:
 - 0-3 yaşlı və çəkisi <15 kq aşağı olan uşaqlar üçün 5 mq; 3 yaşdan yuxarı olan və çəkisi >15 kq-dan yuxarı olan uşaqlar üçün 10 mq.
 - Diazepamın qanda terapevtik konsentrasiyası onun məhlul şəklində rektal tətbiqindən təxminən 5 dəqiqə sonra əldə edilir. Şamlar zəif absorbsiya edilirler - onlardan istifadə etməyin!
- ▶ Rektal və ya bukkal doza əgər lüzum varsa və əgər venadaxili çıxış qoyulmayıbsa, təkrarlana bilər
- ▶ Venadaxili çıxış əldə edildikdən sonra ilk yardım kimi venadaxili benzodiazepin (lorazepam, diazepam və ya klonazepam) tətbiq edilir .
 - Lorazepam və klonazepamın birdəfəlik venadaxili dozası 0.1 mg/kq, maksimum birdəfəlik doza isə 4 mq təşkil edir.
 - Bu dərmanların tətbiqinin üstünlüyü onların diazepamə nisbətən daha uzunmüddətli təsirə malik olmasıdır
 - Venadaxili infuziya üçün hazırlanmış həmin məhlul həmçinin rektal yolla da yeridilə bilər
 - Diazepamın vendadaxili birdəfəlik dozası 0,3 mq/kq və maksimum birdəfəlik doza isə 10 mq-dır.

- Maksimum kumulyativ doza (*per rectum* üstəgəl venadaxili dozalar) 1mq/kq; yəni maksimum 20 mq-dır.
- ▶ Yadda saxlayın ki, bütün benzodiazepinlər tənəffüsün depressiyasına (respirator funksiyasının pozulmasına) səbəb ola bilər. Bu dərmanlar 2-3 dəqiqə ərzində tədricən verilməlidir. Tənəffüs pozulmasının qarşısının alınmasına, o cümlədən tənəffüsün dəstəklənməsinə həmişə hazır olmaq lazımdır.

Dərhal lazım olan laborator analizlər və digər prosedurlar

- ▶ Qanda qlükozanın təyini və korreksiyası
 - Əgər uşaqda hipopqlikemiya varsa (qanda qlükozanın səviyyəsi 4 mmol/l-dən aşağıdırsa), 3-4 dəqiqə ərzində vena daxilinə 2 ml/kq dozada 10%-li qlükoza məhlulu yeridilir. Qanda qlükozanın konsentrasiyasına nəzarət edilir.
- ▶ Laborator analizlər
 - CRZ, natrium, kalium, qanda qlükoza, hemoqlobin, leykositlərin sayı, kalsium, qan qazları. Pasiyentin xəstəxanaya təxliyəsi və ya daşınması üçün laborator analizlərin nəticələrini gözləmək məqsədemüvafiq deyil.
- ▶ Hipokalsemiya
 - Hipokalsemiyaya güclü şübhə varsa, zərəddə kalsiumun səviyyəsini təyin etmək üçün qan nümunəsi götürüldükdən sonra 10%-li kalsium qlükonat məhlulu i.v. (0,5 ml/kq dozada 5 dəqiqə ərzində venadaxili infuziya) yeridilir. Kalsium infuziyası zamanı həmişə EKG-monitorinqi aparılmalıdır.
- ▶ Uşaq xəstəxanaya yerləşdirildikdən sonra etioloji səbəblərə uyğun araşdırmalara (məsələn, mərkəzi sinir sisteminin infeksiyası, kəllədaxili təzyiqin yüksəlməsi) aparılır.

Uzun müddət davam edən tutmaların müalicəsi

- ▶ Temperaturun azaldılmasına, hipopqlikemiya və hipokalsemiyanın müalicə edilməsinə (əgər varsa) və maksimum benzodiazepin dozasının verilməsinə

baxmayaraq, əgər tutmalar davam edirsə, müalicəni ikinci xətt venadaxili preparatlarla davam edin.

- ▶ İkinci xətt dərmanlardan adətən levetirasetam və ya fosfenitoin, bəzi hallarda, xüsusilə də körpələrdə, fenobarbiton istifadə edilə bilər.
 - Levetirasetam 100 mq/ml 0.9%-li NaCl ilə həll edilərək 40 mq/ml konsentrasiyalı məhlul alınır və o, 5-10 dəqiqə ərzində vena daxilinə infuziya olunur. Yükləmə doza 40 mq/kq və tələb olunduqda 20 mq/kq əlavə edilə bilər (maksimal doza 3.000 mq-dır).
 - Fosfenitoin (*Fosphenytoin*) (*pro-Epanutin®*) (*Pro-Epanutin®*) fenitoinin (*phenytoin*) pro-dərmanıdır. Bu məhlul 75 mq/ml fosfenitoin (*fosphenytoin*) tərkiblidir və 50 mq/ml fenitoinə ekvivalentdir (mq FE=fenitoin ekvivalentləri)
 - Yükləmə dozası fosfenitoinin üçün 25-30 mq/kq (=17-20 mq FE/kq) və infuziya sürəti 3-4.5 mq/kq/dəq. (=2-3 mq FE/kq/dəq.) maximum 150 mq FE/dəq. Dozalar və qəbul sürəti üçün Cədvəl 2-ə baxın.
 - Preparat əzələdaxilinə inyeksiya yolu ilə verilə bilər (bir inyeksiya yerinə 10 ml-dən çox yeridilməmək şərti ilə); terapevtik konsentrasiya dərmanın yeridilməsindən təxminən 30 dəqiqə sonra əldə edilir.
 - Fosfenitoinin 5 yaşdan aşağı olan uşaqlarda istifadəsinin təhlükəsizliyi və effektivliyi yoxlanmayıbdır.
 - Venadaxili infuziya zamanı EKG monitorinqi (aritmia riski) tələb olunur.
 - Fenobarbitonun yükləmə dozası 15 mq/kq (maksimum birdəfəlik doza 500 mq), vena daxilinə tədricən - 30 mq/dəqiqə sürətlə (maksimum sürət 100 mq/dəqiqə) verilir.

Cədvəl 2. Pro-Epanutin® (Pro-Epanutin®) yükləmə dozaları

Çəki (yuvarlaq)	Doza təzminən 15 mq FE/kq	Pro-Epanutin® miqdarı (50 mq FE/ml)	0.9%-li NaCl məhlulu yaxud 5%-li qlükoza məhlulu	Həll edilmə həcmi	infuziya sürəti	Təqribi infuziya müddəti
5 kq	75 mq FE	1.5 ml	6 ml	7.5 ml	65 ml/saat	7.5 dəq
7.5 kq	125 mq FE	2.5 ml	10 ml	12.5 ml	100 ml/saat	7.5 dəq
10 kq	150 mq FE	3 ml	12 ml	15 ml	140 ml/saat	6.5 dəq
12.5 kq	200 mq FE	4 ml	16 ml	20 ml	195 ml/saat	6.5 dəq
15 kq	225 mq FE	4.5 ml	18 ml	22.5 ml	230 ml/saat	6 dəq
17.5 kq	275 mq FE	5.5 ml	22 ml	27.5 ml	285 ml/saat	6 dəq
20 kq	300 mq FE	6 ml	6 ml	12 ml	125 ml/saat	6 dəq
25 kq	375 mq FE	7.5 ml	7.5 ml	15 ml	150 ml/saat	6 dəq
30 kq	450 mq FE	9 ml	9 ml	18 ml	185 ml/saat	6 dəq
35 kq	525 mq FE	10.5 ml	10.5 ml	21 ml	210 ml/saat	6 dəq
40 kq	600 mq FE	12 ml	12 ml	24 ml	250 ml/saat	6 dəq
45 kq	675 mq FE	13.5 ml	13.5 ml	27 ml	280 ml/saat	6 dəq
= 50 kq	750 mq FE	15 ml	15 ml	30 ml	320 ml/saat	6dəq
	Max. doza 750 mq FE			Konsentrasiya <20 kq 15 mq FE/ml, >20 kq 25 mq FE/ml	infuziya sürəti maks. 3 mq FE/kq/dəq.	

- ▶ 30 dəqiqədən artıq müddətə davam edən tutma serebral ödem riskini artırır. Aşağıdakı tədbirlərlə qarşısı alınmalıdır:
 - maye infuziyasının məhdudlaşdırılması (baza tələbatın 75%-dən çox olmamalı)
 - hipotonik məhlullar verilməməlidir
 - furosemid 1mq/kq dozada venadaxili verilir
 - pasiyentin yuxarı bədən hissəsi qaldırılmalı (30 dərəcə) və baş orta vəziyyətə gətirilməlidir
- ▶ Yuxarıda təsvir edilən tədbirlərin həyata keçirilməsi ilə yanaşı xəstənin reanimasiya şöbəsinə köçürülməsi təmin edilməlidir.
 - 1-2 saatdan çox davam edən qıcolmalar daimi beyin zədələnməsinə səbəb ola bilər. Bu səbəbdən də, reanimasiya tədbirləri təcili surətdə həyata keçirilməlidir (adətən tiopental ilə anesteziya).

Xəstəxanaya təxliyə

- ▶ Uzunmüddətli tutmadan sonra və ya yuxarıda göstərilən vasitələrlə tutma dayandırılmayıbsa, təcrübəli mütəxəssisin (ən yaxşı hallarda məhz həkimin) nəzarəti altında xəstənin uşaq reanimasiyası olan xəstəxanaya təxliyyəsi təmin edilməlidir.
 - Aspirasiya riskini azaltmaq üçün pasiyent yanı üstə (lateral pozisiyada) təxliyyə edilməlidir. Həyatı funksiyaların monitorinqi həyata keçirilməlidir.
 - Daşınma zamanı hava yollarının keçiriciliyinin təmin olunması üçün hava yollarının sanasiyası (sovurması), əlavə oksigenin verilməsi, habelə tənəffüsün dəstəklənməsi və dərmanların yeridilməsi təmin olunmalıdır.
- ▶ Əvvəllər qıcolması olmayan uşaqlarda qısa müddətli tutma olarsa, onu təcili və ya hətta lazım olduqda təxirəsalınmaz qaydada müvafiq müayinə və müşahidə üçün xəstəxanaya yerləşdirmək lazımdır.

Sonrakı müayinələr

- ▶ Birinci tutmadan sonra uşaq nevropatoloqu və ya pediatri tutmanın etiologiyasını müəyyən etmək və sonrakı

tutmaların qarşısını almaq üçün bir qayda olaraq, uşağı müayinədən keçirməlidir. Burada yalnız qısa və tipik olan febril tutmalar istisna edilə bilər. Bu vəziyyətdə dərmanlara və ilk yardıma aid təlimatlarla kifayətlənmək olar. Febril tutmaların residivi əlavə müayinələrin aparılmasını tələb edə bilər.

- ▶ Həmçinin absans tutmaları, huşun keyləşməsi epizodları, huşun pozulmaması ilə gedən və ancaq hərəkət simptomları müşayiət olunan tutmalar, mioklonik konvulsiyalarla gedən tutmalar aşağıdakı hallarda müvafiq müayinələrin və müalicənin aparılmasını tələb edir: əgər bu tutmalar uzunmüddətlidirsə və ya uşaqda digər simptomlar (məs., infeksiya) varsa. Uşaqlarda qısamüddətli tutmalarının səbəbi uşağın hətta klinik vəziyyəti yaxşı olsa belə gecikdirilmədən araşdırılmalıdır.
- ▶ Uşağın epilepsiya xəstəliyindən əziyyət çəkdiyi bilinirsə, bu halda baş vermiş qısa və tipik olan tutmalardan sonra uşaq tam özünə gəlibsə, onun evə yazılması mümkündür. Əks halda, uşaq təcili olaraq əlavə müayinə üçün xəstəxanaya yerləşdirilməlidir.
- ▶ Tutmadan sonra uşağın evə yazılması üçün ilk əvvəl, meningit, ensefalit və ya sistem xəstəlikləri kimi ciddi patologiyalar istisna edilməlidir.
 - Bu, kifayət qədər geniş və uzunmüddətli təqib, klinik müayinə və zəruri hallarda, laborator testlərin təyini tələb edir.
 - Körpələrdə hərarət ilə gedən uzunmüddətli tutma hallarının 17%-i bakteriyal meningit ilə bağlı olur.

Bibliografiya

1. McIntyre J, Robertson S, Norris E, et al. Safety and efficacy of buccal midazolam versus rectal diazepam for emergency treatment of seizures in children: a randomised controlled trial. *Lancet* 2005 Jul 16-22;366(9481):205-10
2. Chin RF, Neville BG, Scott RC. Meningitis is a common cause of convulsive status epilepticus with fever. *Arch Dis Child* 2005 Jan;90(1):66-9

3. Chamberlain JM, Kapur J, Shinnar S, et al. Efficacy of levetiracetam, fosphenytoin, and valproate for established status epilepticus by age group (ESETT): a double-blind, responsive-adaptive, randomised controlled trial. *Lancet* 2020;395(10231):1217–1224.
4. Dalziel SR, Borland ML, Furyk J, et al. Levetiracetam versus phenytoin for second-line treatment of convulsive status epilepticus in children (ConSEPT): an open-label, multicentre, randomised controlled trial. *Lancet* 2019;393(10186):2135–2145.

Uşaqlarda bronxial astmanın diaqnostikası və müalicəsi

*(EBM Klinik protokolları, 31.08.2018. Sonuncu dəyişiklik 02.09.2020
Müəllif - Anna Pelkonen və Mika Mäkelä, Redaktor – Nabil Seyidov)*

Əsas məqamlar

- ▶ Astma erkən və düzgün qaydada aşkarlanmalıdır.
- ▶ Astmaya yaxşı terapevtik nəzarət, uşağa normal həyat yaşamağa imkan verir.
- ▶ Uşağın astmasının müalicəsi üçün bir həkimin məsuliyyət daşdığı plan hazırlanmalıdır.
- ▶ İnhalyasiyalı kortikosteroidlər istifadə edilərkən, simptomları nəzarət altında saxlayan ən aşağı dozada olmalıdır. Təhlükəsizlik limitlərini unutmayın!
- ▶ Anti-astmatik dərman terapiyasının səviyyəsi və zəruriliyi dövrü olaraq nəzərdən keçirilməlidir.

Epidemiologiya

- ▶ Astma uşaqlarda ən geniş yayılmış xroniki xəstəlikdir.
- ▶ Əhali arasında keçirilən sorğuya əsasən uşaqların 4-7% nə vaxtsa astmadan müalicə alıb. Digər tərəfdən müəyyən edilib ki, uşaq əhalisinin 4-7%-də astmaya oxşar simptomlar olub.
- ▶ Azyaşlı uşaqların 20-30% həyatlarının ilk illərində azı bir dəfə ekspirator xırıltılardan əziyyət çəkir. 10%-də ekspirator xırıltılar təkrarlanır və 2%-nin isə hospitalizasiyası tələb olunur.

Simptomlar

- ▶ Residivləşən ekspirator təngənəfəslik və xırıltılar
- ▶ Fiziki məşqlərə qarşı dözümlülüyün azalması, fiziki gərginlik tələb edən fəaliyyətlərdən bilərəkdən çəkinmə (öskürək, təngənəfəslik səbəbindən)
- ▶ Xəstələr öskürək və/və ya təngənəfəsliyə görə gecə oyanırlar.
- ▶ Davamlı olaraq həddən artıq selik ifrazı, yaş xırıltılar

- ▶ Yeganə simptom kimi uzunmüddətli öskürək nadir hallarda astmaya dələlət edir. Lakin uzunmüddətli öskürəklə (8 həftədən çox) yanaşı təngənəfəslik astmaya işarə edir.

Diaqnostika

Anamnez

- ▶ Xəstənin özü, ailə üzvləri və ambulator kartdan və ya xəstəxana qeydlərindən çıxarışlar
- ▶ Hazırki simptomlar: başlanğıcı, tezliyi, residivi, ağırlıq dərəcəsi, ağırlaşdırıcı və yüngülləşdirici faktorlar, xüsusilə mövsümi dəyişiklər və müəyyən ərazilərlə əlaqəli simptomlar.
- ▶ Ailə anamnezi
- ▶ Ətraf mühit faktorları: tütünçəkmə, heyvanlarla təmas, digər təsirlər
- ▶ Antibiotiklərin qəbulu hallarının sayı (o cümlədən, tövsiyələrə rəğmən, hətta bronxit üçün istifadə edilibsə)
- ▶ Bronxodilyatator preparatı istifadə edilibmi – effekt olubmu?

Fiziki müayinə

- ▶ Döş qəfəsinin diqqətli müayinəsi: duruş pozası, döş qəfəsinin zahiri görünüşü? Uşağın nəfəsalması necədir? Uşaq köməkçi tənəffüs əzələlərindən istifadə edirmi? Tənəffüs tezliyi?
- ▶ Auskultasiya, həmçinin, məcburi nəfəsvermə zamanı
- ▶ Nəfəsvermənin pik sürətinin (Pikflometriya) ölçülməsi. Nəfəsvermə texnikasına nəzarət vacibdir: bu metod ilə ölçmələr adətən 8-10 yaşdan sonra başlanılır.
- ▶ Ağız, boğaz, burun, qulaqlar
- ▶ Dəri (atopik dermatitlə əlaqədar səpgilərin olması)
- ▶ Boy artımı cədvəlinin nəzərdən keçirilməsi

Müayinələr

- ▶ Simptomların gündəliyi
- ▶ Bronxodilyatasiya sınağı (məsələn, salbutamol 200-400 µq): bronxodilyatatorun istifadəsindən əvvəl və sonra nəfəsvermənin pik sürətinin (PEF, inq. peak expiratory

flow) ölçülməsi (hesablamalar üçün referativ cədvəllərə baxın)

- ▶ Nəfəsvermənin pik sürətinin monitorinqi ilə bronxodilyatatorla terapevtik sınaq (düzgün nəfəsalma texnikasını öyrədin), böyük yaşlı uşaqlarda PEF monitorinqi ilə
- ▶ Qaçış-məşq testi
 - Açıq havada (üstünlük verilir) 6 dəqiqə sürətli qaçış kifayətdir (nəbz monitorinqi ilə)
 - 6 yaşdan sonra tənəffüs küylərinin auskultasiyası, 1 saniyədə məcburi nəfəsvermə həcmnin (FEV1) spirometrik testlə ölçülməsi, 3 yaşdan sonra ossilometrik Rrs5 ölçülməsi: qaçışdan əvvəl, qaçışdan dərhal sonra, qaçışdan 4 və 10 (və 15) dəqiqə sonra
 - İdman və fiziki gərginliyin səbəb olduğu astma simptomları adətən məşq bitdikdən 5-10 dəqiqə sonra üzə çıxır və dərman qəbul etmədən təxminən 1 saatdan sonra sakitləşir. Məktəbəqədər uşaqlarda reaksiya daha tez ola bilər.
 - Ehtiyac olarsa bronxodilyatator verməyə hazır olun
 - Simptomlar astmaya uyğundursa və 1 saniyədə məcburi nəfəsvermə həcmi (FEV1) ən azı 15% azalıbsa və ya ossillometrik Rrs5 ölçülmənin nəticəsi baza səviyyədən ən azı 40% artıbsa və dəyişiklik bronxodilyatator tətbiq olunmaqla bərpa olunursa, test diaqnostik hesab edilir.
 - Spirometriyada 1 saniyədə məcburi nəfəsvermə həcmnin 10-14% azalması astmaya işarə edir və əlavə müayinələr məsləhət görülməlidir.
- ▶ Evdə nəfəsvermənin pik sürətinin (PEF) monitorinqi
 - Düzgün texnikanı öyrədin
 - Hər ölçmədə ölçmənin etibarlılığını qiymətləndirmək üçün diaqramda 3 müqayisəli nəticə (20 L/dəq-dən çox olmayan fərq) qeyd edilir.
 - Nəfəsvermənin pik sürəti (PEF) 2 həftə boyunca hər səhər və axşam bronxodilyatatorun (salbutamol 400 µq) verilməsindən əvvəl və 15-20 dəqiqə sonra ölçülür.

- Nəfəsvermənin pik sürəti (PEF) həmçinin simptomlar olduqda və bronxodilyatator istifadə edildikdə də ölçülməlidir.
- 24 saat ərzində təkrarlanan 20%-lik artıb-azalmalar və ya bronxodilyatatorla 15%-lik artma, astma diaqnozunu təsdiqləyir (Qeyd: artıb-azalmalara həmçinin yalnız nəfəsvermə texnikası da səbəb ola bilər). Hesablamalar üçün müvafiq istinadlara diqqət yetirin.
- Nəfəsvermənin pik sürətinin (PEF) monitorinqi böyüklərdə olduğu qədər, uşaqlarda az etibarlıdır; buna görə də bu metod uşaq 10-12 yaşa çatdıqda diaqnostika üçün istifadə edilir. Müalicəyə nəzarət etmək məqsədilə nəfəsvermənin pik sürəti (PEF) hətta daha kiçik yaşlı uşaqlarda da istifadə edilə bilər.
- ▶ Spirometriya və bronxodilyatator sınağı
 - Məktəb yaşlı uşaqlarda ilkin müayinələrə daxildir.
 - Qeyri-müəyyən hallarda, metaxolin və ya histamin sınağı əlavə müayinə kimi aparıla bilər. Tələb olunduqda eukapniyalı sərbəst hiperventilyasiya sınağı da təyin oluna bilər.
- ▶ Allergiyaya laborator testlər
 - Anamnez çox vacibdir: testlər mümkün atopiyanın dərəcəsinin qiymətləndirilməsi üçün gərəkliidir.
 - Tozcuq (polen) və heyvanın epitelial hüceyrələrinə qarşı İgE ilə təşviq edilən allergiya həm allergiyaya görə dəri sınaqları (dəridə iynə batırılması testi, ing. pin prick test), həm də zərdabda spesifik İgE anticismlərinin təyini ilə araşdırıla bilər.
- ▶ Zərurət olduqda, əlavə müayinələr aparılır: rentgen (astma diaqnozu təsdiqlənmədən əvvəl ən azı bir dəfə döş qəfəsinin bəsit rentgen filmi çəkilməlidir; xroniki sinusit ehtimalı nəzərdən keçirilməli və sinusların rentgenoqrafiyası aparıla bilər; tək proyeksiyada sinusların radioqrafiyasının uşaqlarda ciddi diaqnostik dəyəri yoxdur), qan analizləri və iltihab dərəcəsinə əks etdirən nəfəsvermə zamanı xaric olunan nitrik oksid konsentrasiyasının ölçülməsi.

Məktəb yaşlı uşaqlarda diaqnostik meyarlar

1. Astma ilə əlaqəli simptomlar və ya əlamətlər
 - Bronxodilyatorlarla aradan qalxan və xüsusilə də nəfəsvermənin daha çətin olduğu təkrari tənəffüs çətinləşməsi halları
2. Ən azı aşağıdakılardan biri:
 - Bronxodilyatasiya sınağında FEV₁ və ya FVC göstəricilərinin əhəmiyyətli artımı (ən azı 12% və 200 ml)
 - Fiziki gərginlik (məşq) testində FEV₁-də əhəmiyyətli azalma (ən azı 15%)
 - Yaşı 10-dan çox olan uşaqda: nəfəsvermənin pik sürətində gün ərzində əhəmiyyətli dərəcədə (ən azı 20% və 60 l/dəq və ən azı 2 həftədən 3 dəfə) artıb-azalma
 - Yaşı 10-dan çox olan uşaqda: monitoring zamanı PEF göstəricilərində artım (ən azı 15% və 60 L/dəq. və ən azı 2 həftədə 3 dəfə)
 - Yaşı 12-dən çox olan uşaqda: histamin və ya metaxolin sınağında ağır və ya orta dərəcəli bronxial hiperreaksiya
 - Yaşı 12-dən çox olan uşaqda: qlükokortikoid müalicəsi sınağında FEV₁ ən azı 15% artır və ya bir neçə günlük monitoring müddətində ortalama PEF orta hesabla 20% artır.
- ▶ Differensial diaqnostikada nəzərə alınacaq ən vacib xəstəliklərə infeksiyalar və onların nəticələri (məs., respirator sinsitial virusun səbəb olduğu infeksiya, göy öskürək, xlamidiya və ya mikoplazma), sinusit, bronxit və bronxiolit daxildir. Hiperventilyasiya, funksional qırtlaq spazmı və ezofaqal reflüks bu yaş qrupunda astma simptomlarına səbəb ola bilər.

Məktəbəqədər uşaqlarda diaqnostika meyarları

- ▶ Astma simptomları olan məktəbəqədər uşaqlarda nəbzın ossilometrik ölçülməsi qeyri-normal ağciyər funksiyasını müəyyən etməyə imkan verə bilər.

- ▶ Ossilometrik ölçülmədə müqavimət (Rrs5), bronxodilyatasiya sınağında ən azı 40% azalırsa və/və ya qaçış-məşq sınağında ən azı 40% artırsa, həmin dəyişiklik əhəmiyyətli hesab edilir. Hər iki sınaqda 35-40%-lik dəyişiklik astmanın olmasına işarədir.

Dərmanlar

- ▶ Zəruri olduqda, simptomatik bronxodilyatatorlar
 - Salbutamol
 - Terbutalin
- ▶ İltihab əleyhinə dərmanlar - periodik müalicə kursları və ya müntəzəm uzunmüddətli terapiya
 - İnhalyasiyalı qlükokortikoid
 - Beklometason
 - Budezonid
 - Flutikazon propionat
 - Flutikazon furoat (yalnız qarışıq preparat şəklində mövcuddur)
 - Siklesonid
 - Mometazon
 - İnhalyasiyalı qlükokortikoid adətən daha effektiv olsa belə, leykotrien reseptor antaqonisti (LTRA; klinik praktikada - montelukast) yüngül astmanın müalicəsində inhalyasiyalı qlükokortikoidlərə alternativ kimi istifadə edilə bilər. Leykotrien reseptor antaqonistlərinin, həmçinin, allergik rinitlərdə də müsbət effekti var.
- ▶ Həkim-mütəxəssisin seçiminə əsasən inhalyasiyalı qlükokortikoidlərə əlavə olaraq istifadə edilən dərmanlar:
 - Uzunmüddətli təsirə malik bronxodilyatatorlar
 - Formoterol
 - Salmeterol
 - Vilanterol
- ▶ Allergiyaların adekvat müalicəsi gənc yaşlarda başlanmalıdır; məsələn polen (bitki tozcuqları) mövsümündə başlayır
 - Gözlə əlaqəli simptomlar (göz damcıları)

- Xromoqlikat
- Antihistamin göz damcıları
- Burun simptomları (burun daxili sprej)
 - qlükokortikoid
 - Antihistamin preparatlar
 - 12 yaşdan yuxarı uşaqlar üçün antihistamin və burundaxili qlükokortikoid qarışığı
 - Xromoqlikat
- Kiçik yaşlı uşaqlarda per os antihistamin preparatları tozlanma mövsümündə istifadə edilə bilər.

3 yaşdan kiçik uşaqlarda astma

- ▶ Azyaşlı uşaqlarda anti-astmatik dərmanlarla terapevtik sınaq kliniki müayinənin nəticələri əsasında başlana bilər.
- ▶ Müalicə yalnız zəruri olduqda bronxodilyatorlarla başlanır, lakin təkə bronxodilyatorun müntəzəm istifadəsi məsləhət görülmür.
- ▶ Uşaqlarda xroniki astma genetik səbəblər və atopiya ilə əlaqəlidir; buna görə də azyaşlı uşaqlarda müntəzəm istifadə edilən anti-astmatik dərmanların təsnifatı üçün klinik risk indeksindən istifadə edilir (Cədvəl 1).

Cədvəl 1. Astma riskinin qiymətləndirilməsi üçün klinik indeks (uşaqda davamlı xırıltı ilə ən azı bir birinci dərəcəli kriteriya və ya iki ikinci dərəcəli kriteriya)

Birinci dərəcəli kriteriya	İkinci dərəcəli kriteriya
<ul style="list-style-type: none"> • Ata və ya anada həkim tərəfindən qoyulmuş astma diaqnozu • Həkim tərəfindən qoyulmuş atopik ekzema diaqnozu • Respirator allergenlərə qarşı həssaslıq 	<ul style="list-style-type: none"> • Qida allergenlərinə qarşı İgE ilə mediasiya olunmuş həssaslıq • Respirator infeksiya olmadıqda belə xırıltılar mövcuddur • Eozinofiliya >4% və ya >0.4×10⁹/L

3 yaşdan aşağı uşaqda 3 aylıq terapevtik sınağın başladılması

- ▶ Astmaya işarə edən respirator simptomları olan pasiyentlərdə bronxodilyatatorla müalicəvi effektin əldə edilməsi
- ▶ Qeyri-müntəzəm, aralıqlı simptomlar (zökəmlə əlaqədar)
 - Cədvəl 1-də göstərilən risk faktorları olan uşaqda ötən il ərzində həkim tərəfindən təsdiq edilmiş 3 ekspirator xırıltı epizodu (müddət >24 saatdan çox, simptomlar həmçinin yuxu zamanı da qeyd edilir)
 - Əgər risk faktorları yoxdursa və simptomlar yüngüldürsə, vəziyyətin təqib edilməsi gərəklidir.
- ▶ Davamlı simotomlar
 - Əgər simptomlar davamlıdırsa (6 həftədə ən azı 2 epizod) və ya şiddətlidirsə (təkrar hospitalizasiyalar)
 - İlk ekspirator xırıltı epizodundan sonra artıq uşaqda davamlı simptomlar qeydə alınırısa və bir aydan çox müddət ərzində həftədə 2 gündən çox olmaqla, bronxodilyatatorlardan istifadə tələb edilirsə
- ▶ İltihab ələhinə dərmanlardan 6 aydan çox istifadə edildikdə astma diaqnozu təsdiqlənmiş olur. Bu zaman astmanın növü də qeyd edilir: allergik, məsələn İgE ilə mediasia olunmuş həssaslıq nümayiş etdirilibsə və ya qeyri-allergik astma. Astmanın kəskin ağırlaşmaları riski və xronikləşməsi riski allergik astma hallarında daha yüksəkdir.

Müalicənin əsas prinsipləri

- ▶ Dərman müalicəsi adətən inhalyasyon dərmanlarla (bronxodilyatatorlar və qlükokortikoidlər) həyata keçirilir: 6 yaşdan yuxarı uşaqlarda dozalaşdırılmış toz inhalyatoru və daha kiçik uşaqlarda speyser (inhalyatora taxılan müştük; ing. spacer) bərkidilmiş dozalaşdırılmış aerozol inhalyatoru. Uşaq 3 yaşına çatanda maska speyserdən çıxarılır. Körpələrdə (yaşı 1-dən aşağı olanlarda) çox kiçik ölü sahəsi olan speyser istifadə edilməlidir (məs., OptiChamber Diamong və ya Aerochamber).

- ▶ Hədəf simptomlara nəzarət etmək üçün ehtiyac olan minimal dozadır. Əmin olun ki, uşaq simptomlardan azad olmaq üçün fiziki gərginlikdən yayınmır.
- ▶ Nadir görünən və yüngül simptomlar: zəruri olduqda simptomatik bronxodilyatordan istifadə
- ▶ Həftəlik simptomlar: inhalyasiyalı qlükokortikoidin aşağı dozası (məsələn, budezonid 200-400 µq/gün, flutikazon propionat 100-200 µq/gün) və ya yüngül simptomlarda leykotrien antoqonisti nəzərdən keçirilə bilər.
- ▶ Tez-tez baş verən və şiddətli simptomlar: zəruri olduqda inhalyasiyalı qlükokortikoid ya montelukast ilə kombinasiyada, ya da uzuntəsirli bronxodilyatator ilə kombinasiyada
- ▶ Beklometazon və ya ekvivalent dərmanın gündəlik dozası 400 µq-ı keçmirsə, uzunmüddətli istifadədə sistem əks təsirlərin yaranması riski aşağıdır.
- ▶ Terapiyanın başlanğıcında yetərli təlimatlar verməklə, müalicəyə sadıqlıq təşviq edilməlidir
- ▶ Simptomlar ağırlaşdığı hallarda istifadə ediləcək dərmanlar, onların dozaları və prosedurlara dair yazılı təlimatlar verilməlidir
- ▶ Əmin olmaq lazımdır ki, inhalyasiyalı qlükokortikoidin ümumi dozası, xüsusilə astması və davamlı infeksiya xəstəlikləri olan azyaşlı uşaqlarda yüksək olmasın. Dərmanın yüksək dozasının qəbul edildiyi günlərin sayı, normal saxlayıcı dozanın qəbul edildiyi günlərin sayından daha az olmalıdır. Simptomlar uşağın müalicəsi üçün məsuliyyət daşıyan həkimlə birlikdə interpretasiya edilməlidir.
- ▶ Qıcıqlandırıcılardan (məs., heyvanlar) fərdi qaydada yayınmaq lazımdır.
- ▶ Siqaret çəkən valideynlər siqareti tərgitmək üçün motivasiya edilməlidir.
- ▶ Pasiyentin məlumatlandırılması
 - Diaqnozun əsasları
 - Astmanın təbiəti (=bronxial hiperaktivlik və adətən genetik faktorlarla əlaqəli olan iltihablı xəstəlik)

- Dərman terapiyasının əsas prinsipləri, xüsusilə də əlavə müalicə və bronxodilator müalicənin məqsədləri və fərqləri
 - Dərman qəbulunun texnikası
 - Monitoring (simptomlar, PEF)
 - Tibb qayğının göstərildiyi əsas müəssisə, müalicə həkimi, ixtisaslaşmış tibb müəssisəsi
 - Qıcıqlandırıcı faktorlardan yayınma: bütün xəstələr tütündən və onun tüstüsündən kənar durmalı, fərdi xüsusiyyətlərdən asılı olaraq müvafiq allergenlərdən kənar durmaq
- ▶ Uşaqda uzun müddət ərzində simptomlar olmadıqda və ağciyər funksiyası normaldırsa (məs, əvvəllər simptomatik olan uşaq, hazırda bütün mövsüm ərzində asimptomatıkdir), dərman terapiyası dayandırılır. Həmin vaxtdan etibarən dərmanlar yalnız zəruri olduqda istifadə edilir. Əgər uşaq aktiv olaraq fiziki məşqlər etmərsə, fiziki gərginliyə dözümlülüyü qiymətləndirmək çətin ola bilər. Buna görə də, dərmanlar dayandırıldıqdan 3-6 ay sonra açıq havada qaçış sınağının keçirilməsi nəzərdə tutula bilər.

Diaqnostika üçün ixtisaslaşdırılmış tibb müəssisəsinə yönəldilmə

- ▶ Pedriatrik astmanın diaqnostikası və müalicəsi sahəsində təcrübəsi olmayan və ya az olan həkim astma simptomları olan bütün pediatrik xəstələrini daha təcrübəli və astmanın müalicəsində ixtisaslaşmış həkimə yönəltməlidir.
- ▶ Məktəbəqədər yaşda olan pasiyentlər
- ▶ Dərman terapiyası ilə simptomları nəzarət altına alınmayan xəstələr
- ▶ Aşağı dozalı qlükokortikoid müalicəsi yetərsiz olan və ya fiziki inkişafdan geri qalan xəstələr
- ▶ İnhalasiyalı qlükokortikoidin faktiki gündəlik dozası 400 µq budezonid/beklometazon və ya 200 µq flutikazonu aşan xəstələr
- ▶ Yerli razılaşmalara əsasən yönəldilmə təmin edilir

Pasiyentlərin təqibi və müştərək tibbi qayğı

- ▶ Pediatri mərkəbəqədər yaşda olan bütün uşaqları və əlavə uzunmüddətli dərman terapiyasının başlanması nəzərdə tutulan xəstələri təqib və monitorinq etməlidir.
- ▶ Əlavə dərmanın təyininə tələb olarsa, konsultasiya üçün pediatria müraciət
- ▶ Lazımsız saxlayıcı terapiyaları dayandırmaq vacibdir (təxminən 6 aylıq asimptomatik müddətdən sonra sınaq aparıla bilər; bitki mənşəli tozcuq allergiyası olan xəstələrdə tozlanma mövsümünün başlanğıcında olmamaq şərti ilə).
- ▶ İlk səhiyyə xidməti səviyyəsində nəzarətdə olan və təqib edilən xəstələr:
 - qlükokortikoidin normal dozasını istifadə edən böyük uşaqlar
 - simptomları tozlanma mövsümü ilə məhdudlaşan bütün xəstələr
 - məktəb yaşlı uşaqlarda mütəmadi kontrol müayinələr
 - müntəzəm istifadə edilən anti-astmatik dərmanların istifadəsi dayandırılmış və dərmanları yalnız periodik istifadə edən uşaqlar

Təqib üçün tədbirlər siyahısı

- ▶ Xəstənin vəziyyəti barədə ətraflı sual-cavab: fiziki məşqlərə dözümlülük, gecə (nokturnal) simptomları, bronxodilyatatora ehtiyac; strukturlu qiymətləndirmə alətindən istifadəyə üstünlük verilir.
- ▶ Simptomlar cədvəli və ya evdə nəfəsvermənin pik sürətinin (PEF) monitorinqi
- ▶ Respirator infeksiyalar (astma dərmanlarının dozalarının artırılmasının mümkünlüyü barədə məlumatlılıq)
- ▶ Dərmanlar: dərman adı, dozası, faktiki istifadəsi (dərman qəbuluna sadıqlıq)
- ▶ Boy artımı əyrisi (həkim tərəfindən izlənməlidir)
- ▶ Qida allergiyası və ya xüsusi pəhriz
- ▶ Həkim müayinəsi: dəri, ümumi vəziyyət, duruşu, döş qəfəsi, qulaqların, burunun və boğazın müayinəsi, nəfəsvermənin pik sürəti (PEF), auskultasiya

- ▶ Gələcəkdə istifadə ediləcək dərmanlar (yazılı təlimat = dərmanın içlik vərəqəsi): Dərmana hələ də ehtiyac varmı?
- ▶ Növbəti müayinə: harada və nə vaxt?
- ▶ Spirometriyanın aparılmasına ehtiyac
- ▶ Dərman qəbulu texnikası həmişə nəzərdən keçirilməlidir; digər məsələlərə dair təlimatlara olan ehtiyac
- ▶ Uşağın müalicəsində iştirak edən digər səhiyyə işçilərinə müvafiq məlumatların ötürülməsi

Biblioqrafiya

1. National Heart, Lung, and Blood Institute. Guidelines for the Diagnosis and Management of Asthma 2007 (EPR-3). 2012. Available at: www.nhlbi.nih.gov/guidelines/asthma/asthgdln.htm (Accessed on August 31, 2021).
2. 2020 Focused Updates to the Asthma Management Guidelines: A Report from the National Asthma Education and Prevention Program Coordinating Committee Expert Panel Working Group. National Heart, Lung, and Blood Institute, 2020. <https://www.nhlbi.nih.gov/health-topics/all-publications-and-resources/2020-focused-updates-asthma-management-guidelines> (Accessed on January 28, 2021).
3. Global Strategy for Asthma Management and Prevention. Global Initiative for Asthma (GINA), 2020. https://ginasthma.org/wp-content/uploads/2020/04/GINA-2020-full-report_-final-_wms.pdf (Accessed on January 28, 2021).
4. Reddel HK, Taylor DR, Bateman ED, et al. An official American Thoracic Society/European Respiratory Society statement: asthma control and exacerbations: standardizing endpoints for clinical asthma trials and clinical practice. *Am J Respir Crit Care Med* 2009; 180:59.
5. Bousquet J, Mantzouranis E, Cruz AA, et al. Uniform definition of asthma severity, control, and exacerbations: document presented for the World Health Organization Consultation on Severe Asthma. *J Allergy Clin Immunol* 2010; 126:926.
6. Lødrup Carlsen KC, Hedlin G, Bush A, et al. Assessment of problematic severe asthma in children. *Eur Respir J* 2011;

37:432.

7. Wu AC, Tantisira K, Li L, et al. Predictors of symptoms are different from predictors of severe exacerbations from asthma in children. *Chest* 2011; 140:100.
8. Dinakar C, Chipps BE, SECTION ON ALLERGY AND IMMUNOLOGY, SECTION ON PEDIATRIC PULMONOLOGY AND SLEEP MEDICINE. Clinical Tools to Assess Asthma Control in Children. *Pediatrics* 2017; 139.
9. Okelo SO, Eakin MN, Patino CM, et al. The Pediatric Asthma Control and Communication Instrument asthma questionnaire: for use in diverse children of all ages. *J Allergy Clin Immunol* 2013; 132:55.
10. Liu AH, Zeiger R, Sorkness C, et al. Development and cross-sectional validation of the Childhood Asthma Control Test. *J Allergy Clin Immunol* 2007; 119:817.
11. Murphy KR, Zeiger RS, Kosinski M, et al. Test for respiratory and asthma control in kids (TRACK): a caregiver-completed questionnaire for preschool-aged children. *J Allergy Clin Immunol* 2009; 123:833.
12. Chipps B, Zeiger RS, Murphy K, et al. Longitudinal validation of the Test for Respiratory and Asthma Control in Kids in pediatric practices. *Pediatrics* 2011; 127:e737.
13. Zeiger RS, Mellon M, Chipps B, et al. Test for Respiratory and Asthma Control in Kids (TRACK): clinically meaningful changes in score. *J Allergy Clin Immunol* 2011; 128:983.
14. Rank MA, Bertram S, Wollan P, et al. Comparing the Asthma APGAR system and the Asthma Control Test™ in a multicenter primary care sample. *Mayo Clin Proc* 2014; 89:917.
15. Smith LA, Bokhour B, Hohman KH, et al. Modifiable risk factors for suboptimal control and controller medication underuse among children with asthma. *Pediatrics* 2008; 122:760.
16. Canny GJ, Levison H. Childhood asthma: a rational approach to treatment. *Ann Allergy* 1990; 64:406.
17. Kamada AK, Szefer SJ. Pharmacological management of severe asthma, Marcel Dekker, New York 1996.