

**Azərbaycan Respublikası Səhiyyə Nazirliyi  
kollegiyasının 20 iyun 2017-ci il tarixli  
29 sayılı qərarı ilə təsdiq edilmişdir**

**HƏZM SİSTEMİ XƏSTƏLİKLƏRİ OLAN  
UŞAQLARIN DİSPANSER NƏZARƏTİ ÜZRƏ  
METODİK VƏSAİT**

**Bakı - 2017**

57.33

H 68

H 68 Həzm sistemi xəstəlikləri olan uşaqların dispanser nəzarəti üzrə metodik vəsait. – B.: “IDEALPRINT” MMC, 2017. – 36 səh. Tiraj 3000.

**Tərtibatçılar:** İ.Abasova, t.f.d.  
S.Vəliyeva, t.f.d.  
A.Mirzoyeva

**Rəyçi:** N.Quliyev, professor, t.e.d.

**“Həzm sistemi xəstəlikləri olan uşaqların dispanser nəzarəti üzrə metodik vəsait”** “Uşaqların icabri dispanserizasiyadan keçirilməsinə dair Dövlət Proqramının həyata keçirilməsi üzrə Azərbaycan Respublikası Səhiyyə Nazirliyinin Tədbirlər Planı”nın 3.1-ci bəndinə uyğun olaraq Səhiyyə Nazirliyinin İctimai Səhiyyə və İslahatlar Mərkəzi tərəfindən hazırlanmış və çap olunmuşdur.

**Metodik vəsait** ilkin səhiyyə xidmətlərində çalışan tibb işçiləri üçün nəzərdə tutulub.

**Hədəf qrupu:** həzm sistemi xəstəlikləri olan 18 yaşadək uşaqlar.

**Metodik vəsait** həzm sistemi xəstəliklərinin erkən aşkarlanması və fəsadların qarşısının alınmasına dair sübutlu təbabətə əsaslanan tövsiyələrin verilməsi məqsədini daşıyır.

### **İxtisarlaraın siyahısı**

<b>A/c</b>	anticisimlər
<b>A/T</b>	arterial təzyiq
<b>ALT</b>	alanin amino-transferasa
<b>ANA</b>	Antinuklear anticisimlər
<b>anti Hbs</b>	Hepatit B virusunun səthi antigeninə qarşı a/c
<b>anti-HCV</b>	( <i>anti-Hepatitis C virus drugs</i> ) hepatit C virusuna qarşı DV
<b>ASLP</b>	aşağı sıxlıqlı lipoproteinlər
<b>AST</b>	aspartat amino-transferasa
<b>DQBDY</b>	diafraqmanın qida borusu dəliyinin yırtığı
<b>DV</b>	dərman vasitələri
<b>EÇS</b>	eritrositlərin çökmə sürəti
<b>EEQ</b>	elektroensefaloqrafiya
<b>EKQ</b>	elektrokardioqrafiya
<b>FEQDS</b>	fibroezofaqastroduodenoskopiya
<b>FTM</b>	fizioterapiya müalicəsi
<b>HbsAg</b>	( <i>Hepatitis B surface Antigen</i> ) hepatit B səthi antigen
<b>HP</b>	<i>Helicobacter pylori</i>
<b>HTYH</b>	Həzm traktının yuxarı hissəsi
<b>XBT-10</b>	Xəstəliklərin Beynəlxalq Təsnifatı, 10-cu baxış
<b>İNR</b>	( <i>International Normalized Ratio</i> ) beynəlxalq normallaşdırılmış nisbət
<b>KİQ</b>	kardiointervaloqrafiya
<b>KT</b>	kompüter tomoqrafiyası
<b>QBS</b>	qıcıqlanmış bağırsağ sindromu
<b>QBVVG</b>	qida borusu venalarının varikoz genişlənməsi
<b>QERX</b>	gastroezofaqeal reflüks xəstəliyi
<b>QF</b>	qələvi fosfataza
<b>QQTP</b>	qammaqlutamil-transpeptidaza

<b>LKM1</b>	<i>(Liver Kidney Microsomal type 1 antibody)</i> 1-ci tipli qaraciyər böyrək mikrosomal a/c
<b>MELD</b>	<i>(Model For End-Stage Liver Disease)</i> qaraciyər xəstəliyinin son mərhələsi üçün model
<b>PDYT</b>	poli-doymamış yağ turşuları
<b>PELD</b>	<i>(Pediatric End-Stage Liver Disease)</i> uşaqlarda qaraciyər xəstəliyinin son mərhələsi
<b>Pİ</b>	Protrombin indeksi
<b>PNI</b>	proton nasosu inhibitoru
<b>PV</b>	Protrombin vaxtı
<b>REQ</b>	reoencefaloqrafiya
<b>RXPQ</b>	retrograd xolangiopankreatoqrafiya
<b>SMA</b>	<i>(Smooth Muscle Antibody)</i> sayə əzələ anticisimləri
<b>SO</b>	<i>(Sfinkter Oddi)</i> Oddi sfinkteri
<b>TIPS</b>	<i>(Transjugular Intrahepatic Portosystemic Shunt)</i> – transjuqulyar qaraciyərdaxili portosistemli şunt
<b>UDXT</b>	ursodeoksixolik turşusu
<b>UNOS</b>	<i>(United Network for Organ Sharing)</i> Orqan Paylaşımının Birləşdirilmiş Şəbəkəsi
<b>USDQ</b>	ultrasəs dopplerografiya
<b>USM</b>	ultrasəs müayinəsi
<b>ÜDBG</b>	ümumi dəmirbağlayıcı gücü (zərdabın)
<b>V/D</b>	vena daxili
<b>VDS</b>	vegetodistoniya sindromu
<b>YSLP</b>	yüksək sıxlıqlı lipoproteinlər

## ÜMUMİ MÜDDƏALAR

Həzm sistemi xəstəliklərinin etiologiyası, patogenezi və müalicəsində əldə edilmiş müasir elmi biliklərin, çoxmərkəzli tədqiqatların, beynəlxalq konsensusların yaradılması (Roma meyarları I 1996-cı il, II 2000-ci il, III 2005-ci il) qarsteroenteroloji xəstələrin diaqnostika məsələlərinə və təyin edilən müalicə-sağlamlaşdırıcı tədbirlərə yanaşmanı xeyli dəyişdirib.

Həzm sistemi xəstəlikləri olan uşaqların uğurlu müalicəsi üçün zəruri şərt onların adekvat tibbi müayinələri və reabilitasiyasıdır. Bu kimi xəstələrin dispanserizasiyası onlarda inkişaf edən xəstəliklərin erkən aşkarlanmasını, xəstəlik hallarının qeydiyyatını, müntəzəm olaraq aktiv nəzarətini, xəstəliyin ağırlaşma dövründə müalicəsini və təkrarlanmasına qarşı tədbirlərin görülməsini əldə edərək, eləcə də xəstələrin tam bərpaası üçün əlverişli şəraitin yaradılmasını təmin edir.

Dispanser nəzarətində olan uşaqlar səhhətindən və ya patoloji prosesin mərhələsindən asılı olaraq dispanser qeydiyyatının 5 qrupuna təyin edirlər: I qrup – sağlam, II qrup – sabit remissiya, III qrup – remissiya, IV qrup – rekonvalessensiya, V qrup – xəstəliyin kəskinləşməsi.

Həzm sisteminin patologiyası olan xəstələrin reabilitasiyası üçün optimal, mürəkkəb olmayan rahat diaqnostik müayinə metodlarının təmin edilməsi çox əhəmiyyətlidir.

Xüsusişdirilmiş qastroenteroloji xəstəxananın həkim-mütəxəssisləri, məsləhət mərkəzlərinin həkim-qastroenteroloqları, sahə həkim-pediatrları, məktəb, uşaq bağçaları və yeniyetmə kabineti həkimləri tərəfindən ardıcılıqla dispanser nəzarəti təşkil edilməlidir.

Reabilitasiya tədbirlərinin həcmi müalicəvi qidaların, dərman vasitələrinin, mineral su və bitki mənşəli müalicəvi üsulların (fitoterapiya), fizioterapiyanın və s. istifadəsini nəzərdə tutur.

# HƏZM SİSTEMİ XƏSTƏLİKLƏRİ OLAN UŞAQLARIN DİSPANSER NƏZARƏTİNİN SXEMİ

## Hissə 1.Qida borusu, mədə və onikibarmaq bağırsaq xəstəlikləri

Nozologiya (XBT-10 şifri ilə)	Pediatri tərəfindən aparılan müayinə tezliyi	Digər həkim- mütəxəssislərin baxışı	Laborator və digər diaqnostik müayinələr	Əsas müalicəvi- sağlamlaşdırıcı tədbirlər	Dispanseriza- siyanın səmərəliliyinin meyarları
<p><b>K21</b> <b>Qastroezo- faqeal reflüks</b></p> <p><b>K21.0</b> <b>Ezofagitlə birgə müşahidə olunan qastroezo- faqeal reflüks</b></p>	<p>Qida borusunun selikli qişasının zədələnməsi varsa, hər 3 aydan bir, sonralar isə hər 6 aydan bir</p>	<p>Uşaq gastroenteroloqunun məsləhəti 6 aydan bir. Göstərişə əsasən otorinolaringoloqun, stomatoloqun, pulmonoloqun və allerqoloqun məsləhəti (qida borusundan kənar QERX-nin əlamətləri olduqda). DQBDY olduqda cərrahın məsləhəti.</p>	<p>FEQDS: kəskinləşmə (xora, eroziya, daralma) olduqda – aşkar edildikdən 3ay sonra biopsiya <i>materialının</i> alınması ilə, sonralar – ildə bir dəfə. Selikli qişanın polipləri olduqda, Barrett qida borusu halında – 6 aydan bir. Kataral ezofagit olduqda 2 ildə bir dəfə. Qarın boşluğu orqanların USM-i, ümumi qan, sidik və koproloji analizləri – ildə bir dəfə. DQBDY-ni</p>	<p>Həyat keyfiyyətinin yüksəldilməsinə dair tövsiyələrin verilməsi. Pəhriz stolu №5: heyvan mənşəli piylər, qəhvə, şokolad, qazlı içkilərin məhdudlaşdırılması. Kəskinləşmə və ya selikli qişanın zədələnməsi olduqda PNİ ilə (omeprazol, rabeprazole, ezomeprazol) əsaslı müalicə və ya H2 histaminbloqatorlarının (famotidine) davamlı qəbulu (2-12 ay)və “tələbat üzrə” qəbuluna keçid. Prokinetiklərin dövrəşırı qəbulu. Vitaminlər (A, E, B qrupu), polidoymamış yağ turşuları (bitki yağlarında eləcə də yağlı və</p>	<p>Ağırlaşmaların və selikli qişanın zədələnməsinin olmaması, xəstəliyin təkrarlanmaması (residiv müşahidə olunmur). 3 il ərzində xəstəlik təkrarlanmadığı halda (residiv müşahidə olunmur) və selikli qişa normal olduqda qeydiyyatdan çıxarılır.</p>

			<p>istisna etmək üçün göstərişə əsasən rentgenoloji müayinə. Diaqnoz təsdiqlənəndə qida borusu pH-nın monitorinqi, sonralar göstərişə əsasən.</p>	<p>yarımyağlı balıq növlərində və molyuskalarda olan omeqa 3 və omeqa 6), fitoterapiya. Qıçqırma olduqda antasidlər/alginatlarla birgə antasidlər. Kataral ezofagitdə – qıçqırma olduqda antasidlərin tələbata görə qəbulu.</p> <p>Turşuluğu azaldan mineral sular (qazsız, ilıq vəziyyətdə bikarbonat natrium yeməkdən 15-20 dəqiqə əvvəl) ildə 2 dəfə, 30 gün ərzində. Remissiya müddətində sanator-kurort müalicə.</p>	
--	--	--	---	---	--

<p><b>K21.9</b> <b>Ezofagit</b> <b>olmadan</b> <b>gastroezofa-</b> <b>geal reflüks</b></p>	<p>Altı aydan bir</p>	<p>Qastroenteroloqun məsləhəti altı aydan bir; həkim-otorinolarinqoloqun və stomatoloqun, göstərişə əsasən pulmonoloq və allerqoloqun (qida borusundan kənar QERX təzahürləri olduqda) məsləhəti. DQBDY olduqda cərrahın məsləhəti.</p>	<p>FEQDS, qarın boşluğu orqanlarının USM-i, ildə bir dəfə ümumi qan, sidik və koproloji analizləri. Qida borusunun pH-nın ildə bir dəfə və ya göstərişə əsasən monitorinqi. Göstərişə əsasən DQBDY-ni istisna etmək üçün rentgenoloji müayinə.</p>	<p>Həyat keyfiyyətinin yüksəldilməsinə dair tövsiyələrin verilməsi. Pəhriz stolu № 5: heyvan mənşəli piylər, qəhvə, şokolad, qazlı içkilərin məhdudlaşdırılması. Vitaminlər (A, E, B qrupu), polidoymamış yağ turşuları (Omega 3 və Omega 6). Kəskinləşmə olduqda PNİ və ya H2 histaminbikatorların və/və ya prokinetiklərin təyini. Tələbata əsasən qıvcırma olduqda antasidlərin təyini. Mədə turşuluğunun azaldılmasına təsir edən mineral sularla müalicə kursu (bikarbonat natrium yeməkdən 15-20 dəqiqə əvvəl, qazsız, ilıq vəziyyətdə) iki dəfə ildə, 30 gün müddətində. Remissiya müddətində sanator-kurort müalicəsi.</p>	<p>Xəstəliyin təkrarlanması (residiv) 2 il müşahidə olmadıqda və yemək borusunun selikli qişası normal olduqda – qeydiyyattan çıxarılır.</p>
--	-----------------------	---	--	--	--



<p><b>K30</b> <b>Dispepsiya</b></p> <p><b>K31</b> <b>Mədə və onikibarmaq bağırsağın digər xəstəlikləri.</b></p>	<p>İldə iki dəfə nəzarət edilir</p>	<p>Diaqnoz qoyulanda və ya xəstəlik əlamətləri gücləndikdə gastroenteroloqun məsləhəti. Həkim-otorinolarinqoloqun, stomatoloqun məsləhəti göstərişə əsasən. Diaqnoz qoyulanda psixoterapevtin məsləhəti.</p>	<p>HP-yə dair tənəffüs testi və ya HP-yə dair seroloji ekspress-testi; diaqnoz qoyulanda biopsiya ilə FEQDS, sonralar – yalnız tez-tez residiv baş verəndə və ya klinik simptomatika dəyişiləndə. Qarın boşluğu orqanlarının USM-i. Qan, sidik, koproloji analizlər - ildə bir dəfə. Vegetativ disfunksiya növünü təyin etmək üçün göstərişə əsasən REQ, KİQ, EKQ</p>	<p>Həyat keyfiyyətinin yüksəldilməsinə dair tövsiyələrin verilməsi. Pəhriz stolu №5: qızardılmış, ədviyyatlı, duzlu, hisə verilmiş yeməklərin, sousların, marinadların məhdudlaşdırılması. Antasidlərin və ya antisekretor maddələrin simptomatik qəbulu. Prokinetiklər. VDS-nin DV və FTM ilə korreksiyası. Bitki məşəli sedativ maddələrin qəbulu. Vitaminlər (A, E, B qrupu), doymamış yağ turşuları mənbəyindən istifadə, fitoterapiya (iberoqast), mineral su kursları ildə 2 dəfə (30 gün ərzində).</p>	<p>Bir il müddətində şikayətlər olmadığı halda FEQDS keçirilmədən qeydiyyatdan çıxarılması.</p>
---	-------------------------------------	--	---	---	---

<p><b>K29</b> <b>Qastrit və duodenit</b></p> <p><b>K29.3</b> <b>Xronik səthi qastrit</b></p> <p><b>K29.4</b> <b>Xronik atrofik qastrit</b></p> <p><b>K29.5</b> <b>Dəqiq-ləşdirilməmiş xronik qastrit</b></p> <p><b>K29.8</b> <b>Duodenit</b></p> <p><b>K29.9</b> <b>Dəqiq-ləşdirilməmiş gastroduodenit</b></p>	<p>Altı aydan 1 dəfə.</p>	<p>Qastroenteroloqun məsləhəti, göstərişə əsasən həkim-otorinolarinqoloqun, stomatoloqun məsləhəti.</p>	<p>Diaqnoz qoyulanda biopsiya ilə FEQDS; HP olduqda və eradikasiya aparıldıqda tənəffüs testi və ya 12 aydan sonra HP-yə dair seroloji test; lyamblioz kimi parazitar invaziyanın istisnası üçün və eradikasiya aparıldıqda təkrar koproloji analiz. Təkrarlanma (residiv) tez-tez baş verdikdə və klinik simptomatika gücləndikdə – FEQDS; qeydiyyattan çıxarıldıqda kəskinləşmə olmadıqda – FEQDS 2 ildə bir dəfə; qarın boşluğu orqanlarının USM-si. Qan, sidik, koproloji analizləri 1 dəfə ildə, KİQ – göstərişə əsasən.</p>	<p>Həyat keyfiyyətinin yüksəldilməsinə dair tövsiyələrin verilməsi. Pəhriz stolu №5: qızardılmış, ədviyyatlı, duzlu, hissə verilmiş yeməklərin, sousların, marinadların məhdudlaşdırılması. HP tapıldıqda və ağırlaşmış ailə anamnezi olduqda – eradikasiya sxemlərinin istifadəsi (7 günlük üçlü və ya dördlü-kvadroterapiya- müalicə sxemi) (<i>Əlavə1</i>). HP tapılmadıqda və kəskinləşmə əlamətləri olmadıqda – antisekretor DV, prokinetiklər. VDS-nin korreksiyası. Göstərişə əsasən bitki məşəli sakitləşdirici DV qəbulu. Vitaminlər (A, E, B qrupu), doymamış yağ turşuları mənbəyindən istifadə. Mineral su kursları ildə 2 dəfə (30 gün ərzində). Sanator-kurort müalicəsi.</p>	<p>Residivin olmaması. Davamlı remissiya iki il müddətində olduqda və qastritin heç bir morfoloji və endoskopik əlamətləri və ya onun yüngül dərəcəsi olmadıqda qeydiyyattan çıxarılır.</p>
--	---------------------------	---	---	---	---

<p><b>K25</b> <b>Mədə xorası</b> <b>Mədənin eroziyası (kəskin)</b></p> <p><b>K26</b> <b>Onikibarmaq bağırsağın xorası</b> <b>Onikibarmaq bağırsağın eroziyası (kəskin)</b></p>	<p>Selikli qişanın zədələnməsi varsa, hər üç aydan bir, sonralar isə hər altı aydan bir, kəskinləşmə olmadıqda ildə bir dəfə.</p>	<p>Xora müəyyən edildikdən 4-6 həftə sonra gastroenteroloqun məsləhəti, kəskinləşmədən bir il sonra – ildə iki dəfə, sonralar ildə bir dəfə, həkim-otorinolarinqoloqun, stomatoloqun, psixoterapevtin məsləhəti göstərişə əsasən.</p>	<p>Diaqnoz qoyulanda və 4-6 həftədən sonra biopsiya ilə FEQDS (xoranın sağalmasına və eradikasiya terapiyasının effektivliyinə nəzarət); sonralar qeydiyyatdan çıxarıldıqda ildə bir dəfə.</p> <p>Qarın boşluğu orqanlarının USM-i. Qan, sidik, koproloji analizlər ildə bir dəfə, KİQ – göstərişə əsasən</p>	<p>Həyat tərzii keyfiyyətinin yüksəldilməsinə dair tövsiyələrin verilməsi.</p> <p>Pəhriz stolu №5: qızardılmış, ədviyyatlı, duzlu, hissə verilmiş yeməklərin, sousların, marinadların məhdudlaşdırılması.</p> <p>HP aşkar olunduqda eradikasiya sxemləri üzrə aradan qaldırılması (7 günlük üçlü və ya dördlü – kvadroterapiya-müalicə sxemi) (<i>Əlavə 1</i>)</p> <p>HP aşkar edilmədikdə və ağırlaşma əlamətləri olmadıqda antisekretor DV-nin, reparaantların, prokinetiklərin təyini.</p> <p>Antasid DV simptomatik istifadəsi. VDS-nin korreksiyası. Bitki mənşəli sakitləşdirici DV.</p> <p>Mineral su kursları ildə 2 dəfə (30 gün ərzində).</p> <p>Sanator-kurort müalicəsi.</p>	<p>Xəstəliyin təkrarlanmaması. Davamlı remissiya 3 il müddətində olduqda və xəstəliyin kəskinləşməsinin morfoloji və endoskopik əlamətləri olmadıqda qeydiyyatdan çıxarılır.</p>
--	---	---	---	--	--

## Hissə 2. Öd kisəsi və mədəaltı vəzinin xəstəlikləri

Nozologiya (XBT-10 şifri ilə)	Pediatri tərəfindən aparılan müayinə tezliyi	Digər həkim- mütəxəssislərin baxışı	Laborator və digər diaqnostik müayinələr	Əsas müalicəvi- sağlamlaşdırıcı tədbirlər	Dispanserizasiyanın səmərəliliyinin meyarları
<b>K82.8</b> <b>Öd kisəsinin</b> <b>digər</b> <b>dəqiqləşdiril-</b> <b>miş xəstəlikləri</b>	İldə iki dəfə müayinə edilir	Qastroenteroloq – ildə bir dəfə, həkim- otorinolarinqo- loqun, stomatoloqun – göstərişə əsasən. Psixovegetativ pozuntular olduqda psixoterapevtin məsləhəti.	Qarın boşluğu orqanlarının USM-i ilə öd kisəsinin funk- siyasının yox- lanması və USM-i. Qan, sidik, koproloji analizlər ildə bir dəfə. Lyam- blioza qarşı seroloji və ya koproloji mü- ayinə. Öd kisə- sinin hipokine- ziyası və ödənin qatılma sind- romu zamanı ildə iki dəfə USM. KİQ – göstərişə əsasən.	Həyat tərzi xüsusiyyətinə dair tövsiyələrin verilməsi. Pəhriz stolu №5. Öd kisəsinin hiperkineziyası olduqda – əsas xəstəliyin müalicəsi, qarında tutmaşəkilli ağrı olduqda – qısa kursla miotrop təsirli spazmolitiklər. Öd kisəsinin hipokineziyası olduqda – ildə 2-3 həftəlik ödəqovucu DV-nin 2-3 kurs qəbulu. Ödənin qatılma sindromu zamanı Ursodezoksixol turşusu ilə ( <i>Ursodeoxycholic                      acid</i> ) müalicə kursu. Vitamin terapiyası. Fitoterapiya. FTM.	Ağrı sindromunun olmaması. Öd kisəsinin funksi- yasının USM-ə əsasən normallaşması. İl ərzində USM-də dəyişikliklər və xəstənin şikayəti olmadıqda qeydiyyatdan çıxarılır.

<b>K 83.4</b> <b>Oddi sfinkterin</b> <b>spazmı</b>	İldə iki dəfə	Qastroenteroloqun ildə 1 dəfə məsləhəti. Psixovegetativ pozuntular olduqda psixoterapevtin məsləhəti. Təkrarlanan və ifadəli ağrı sindromu olduqda cərrahin məsləhəti.	Qarın boşluğu orqanlarının USM-i <sup>2</sup> ilə öd kisəsinin yığılma qabiliyyəti funksiyasının təyin edilməsi. Qan, sidik, koproloji analizlər ildə bir dəfə. KİQ – göstərişə əsasən.	Həyat tərzi xüsusiyyətinə dair tövsiyələrin verilməsi. Pəhriz stolu №5. Öd kisəsinin hiperkineziyası olduqda – əsas xəstəliyin müalicəsi, qarında tutmaşəkili ağrı olduqda – qısa kursla selektiv olaraq miotrop təsirli spazmolitiklərdən (mebeverin, gimekromon) istifadə edilməsi.	Ağrı sindromunun və USM-ə əsasən dəyişikliklərin olmaması. İl ərzində USM-də dəyişikliklər olmadıqda qeydiyyatdan çıxarılır.
<b>K81.1</b> <b>Xronik xolesistit</b>	İldə iki dəfə	Qastroenteroloqun ildə bir dəfə məsləhəti. Təkrar olunan və ifadəli ağrı sindromu olduqda cərrahin məsləhəti.	Qarın boşluğu orqanlarının USM-i ilə öd kisəsinin yığılma funksiyasının müəyyən edilməsi. Qan, sidik, koproloji analiz ildə iki dəfə. Lyamblioz qarşı seroloji və ya koproloji müayinə. Ehtiyac olarsa, cərrahiyyə şəbəsində müayinənin aparılması (xoledoxo-	Həyat tərzi xüsusiyyətinə dair tövsiyələrin verilməsi. Pəhriz stolu №5. Qarında tutmaşəkili ağrı olduqda – miotrop təsirli spazmolitiklərin (mebeverin, himekromon) selektiv olaraq qısa kursla təyini. 14 yaşdan yuxarı olan uşaqlara himekromon ( <i>Hymecromonum</i> ) təyini. Kəskinləşmə olduqda 7-10 gün ərzində geniş spektrli antibiotik kursu. İldə iki dəfə – qısa kursla spazmolitiklərin təyini, ardınca 2-3 həftəlik kursla – ödqovucu DV təyini.	Ağrı sindromunun və USM-ə əsasən dəyişikliklərin olmaması. 2 il ərzində USM-də dəyişikliklər olmadıqda qeydiyyatdan çıxarılır.

			duodenopankreas nahiyəsinin KT-si).	Sanator-kurort müalicəsi.	
<b>K80</b> <b>Öddaşı xəstəliyi (xolelitiaz)</b> <b>K80.0</b> <b>Kəskin xolesistitlə birgə öd kisəsi daşları.</b> <b>K80.1-80.7</b> <b>Xolesistitlə və ya xolangitlə müşayiət olunan və ya xolangit və ya xolesistit olmadan öd kisəsi və axacağıının daşları</b> <b>K80.8</b> <b>Xolelitiazın digər formaları</b>	İldə iki dəfə	Qastroenteroloq, həkim-otorinolarinqoloqun, stomatoloqun ildə bir dəfə məsləhəti. Diaqnoz təsdiqləndikdə və ağrı sindromu yenidən təkrarlandıqda – cərrahin məsləhəti.	Qarın boşluğının orqanlarının USM-i. Qan, sidik, koproloji analizi ildə iki dəfə. Lyamblioz qarşı seroloji və koproloji müayinə və antigen təyini. Vacib olarsa, cərrahiyyə şöbəsində müayinənin aparılması (RXPQ, xoledoxodueno-pankreas nahiyənin KT-si).	Həyat tərzinə dair tövsiyələrin verilməsi. Vacib olarsa, öddaşı xəstəliyinin cərrahi müalicəsi. Pəhriz stolu №5. Qarında tutmaşəkilli ağrı olduqda – miotrop təsirli spazmolitiklərin (drotaverin, papaverin, mebeverin) qısa kursla təyini. Xırda (9 mm-ə qədər) tək öddaşları olduqda üç ayda bir dəfə USM-in nəzarəti altında müalicənin effektivliyi müəyyən edilərək uzun müddətli (6 ay) Ursodezoksixol turşusu DV ilə müalicə aparılır. Göstərişə əsasən cərrahi müalicə.	Öd sancısı əlamətlərinin olmaması. Qeydiyyatdan çıxarılmır.

<p><b>K86.1</b>  <b>Digər xronik</b>  <b>pankreatitlər.</b>  <b>Xronik</b>  <b>pankreatit</b></p>	<p>İldə iki dəfə, göstərişə əsasən – daha tez.</p>	<p>Qastroenteroloqun ildə iki dəfə məsləhəti. Diaqnoz təsdiqləndikdə və ağrı sindromu yenidən təkrarlandığında – cərrahin məsləhəti. Göstərişə əsasən nevropatoloq və psixoterapevtin məsləhəti.</p>	<p>Qarın boşluğu orqanlarının USM-i<sup>2</sup>. Qan, sidik, koproloji analizlər ildə iki dəfə. Ağrı sindromu olduqda – qanda alfa-amilazanın və sidikdə diastazanın səviyyəsinə nəzarət. Ehtiyac olduqda cərrahiyyə şöbəsində müayinə aparılmalıdır (RXPQ, xoledoxododeno-pankreas nahiyənin KT-si).</p>	<p>Həyat tərzi xüsusiyyətlərinə dair tövsiyələrin verilməsi. Pəhriz – “pankreatik stol”. Heyvan mənşəli piylərin məhdudlaşdırılması. Yanaşı gedən mədə, onikibarmaq bağırsağın xorası və öd kisəsi xəstəliklərin müalicəsi. Göstərişə əsasən antisekretor DV, selektiv olaraq xolinolitiklər. Mədəaltı vəzinin ekzokrin çatışmazlığı olduqda pankreatik ferment preparatları ilə uzunmüddətli müalicə kursları.</p>	<p>Ağırlaşmanın olmaması. Xəstəlik beş il ərzində təkrarlanmadıqda qeydiyyatdan çıxarılması.</p>
---	--	--	---	---	--

### Hissə 3. Bağırsaq xəstəlikləri

Nozologiya (XBT-10 şifri ilə)	Pediatr tərəfindən aparılan müayinə tezliyi	Digər həkim- mütəxəssis- lərin baxışı	Laborator və digər diaqnostik müayinələr	Əsas müalicəvi-sağlamlaşdırıcı tədbirlər	Dispanserizasiyanın səmərəliliyinin meyarları
<p><b>K58</b> <b>Qıcıqlanmış</b> <b>bağırsaq</b> <b>sindromu</b> <b>(QBS)</b></p> <p><b>K58.0</b> <b>Qıcıqlanmış</b> <b>bağırsaq</b> <b>sindromu,</b> <b>ishal ilə</b></p> <p><b>K58.9</b> <b>Qıcıqlanmış</b> <b>bağırsaq</b> <b>sindromu,</b> <b>ishal olmadan</b></p>	İldə iki dəfə	Qastroente- roloq, , həkim- otorinolarin- qoloqun, stomatoloq, psixotera- pevtin ildə bir dəfə məsləhətləri.	Qanın ümumi analizi və C reaktiv zülal. Sidik, koproloji analiz ildə iki dəfə. Qarın boşluğu orqanlarının USM-i <sup>2</sup> , lambliyaya, disbakterioza, laktoz əyrisinə dair tədqiqatların aparılması, irriqoskopiya və ya biopsiya ilə kolonoskopiya; diaqnoz qoyulduqda lazım olarsa, FEQDS; sonralar göstərişə əsasən.	Həyat tərzinin dəyişdirməsinə dair tövsiyələrin verilməsi. Stressin məhdudlaşdırılması. Ailədaxili və şəxsi problemlərin həlli (psixoloq, psixoterapevtin məsləhəti, psixo- terapevtik müalicə metodları). Sakitləşdirici (sedativ) DV nevro- patoloq və ya psixoterapevtin məsləhəti ilə. QBS-nin formasına uyğun pəhriz – İshal olduqda stol №4; İshal olmadıqda qarın ağrısına və narahatlığa səbəb olan məh- sulları istisna etməklə fərdi stol. QBS-nin bütün formalarında şika- yətlər sürətləndikdə miotrop təsirli spazmolitiklərin (drotaverin- <i>Dro- taverinum</i> , papaverin – Papave- rinum, mebeverin- <i>Mebeverinum</i> ) təyini. İshal ilə QBS olduqda dioktaedrik smektiti ( <i>Smectite dioctaedric</i> ), loperamid, fermentlər 2 -3 həftəlik təyini.	Şikayətlərin azalması və ya tam yox olması. Bir il şikayətlər olmadıqda qeydiyyatdan çıxarılır.



				Qəbzliklə QBS-də – uzunmüddətli 2-3 ay təyin edilən laktuloza 1 ml/kq başlanğıc dozada və ya polietilenqlikol klinik təsirinə əsasən korreksiyası ilə. Lazım olarsa probiotiklərin təyini	
<b>K59.0</b> <b>Qəbzlik</b>	İldə iki dəfə	Qastroenteroloq, psixoterapevt, nevropatoloqun ildə bir dəfə məsləhəti. Diaqnoz təsdiqləndikdə cərrahın məsləhəti. Göstərişə əsasən allerqoloqun məsləhəti.	Qanın ümumi analizi, sidik, koproloji analiz ildə iki dəfə. Qarın boşluğu orqanlarının USM-i <sup>2</sup> , və irriqoskopiya, sonralar – göstərişə əsasən. Müalicə uğursuz olarsa, hipotireoza və seliakiyaya dair müayinələrin aparılması.	Həyat tərzinin dəyişdirməsinə dair tövsiyələrin verilməsi. Gərginliyin məhdudlaşdırılması. Ailədaxili və şəxsi problemlərin həlli (psixoloq, psixoterapevtin məsləhəti, psixoterapevtik müalicə metodları). Pəhriz – stol №3, qida lifləri ilə rasionun zənginləşdirilməsi, kifayət qədər maye qəbulu. "Tualet məşqi" – məcburi səhər tualeti. Klinik təsirinə görə uzunmüddətli Laktuloza 1 ml/kq başlanğıc dozada sonrakı korreksiyası ilə (müntəzəm nəcis alınana qədər) və ya polietilenqlikol təyin olunur. Probiotiklər təyin oluna bilər.	Müntəzəm nəcis. Qəbzlik təsadüfünün kəsilməsi. Bir il müddətində şikayət olmadıqda qeydiyyatdan çıxarılır.

<p><b>K51</b> <b>Xorali kolit</b></p> <p><b>K51.0</b> <b>Xorali (xronik) pankolit</b></p> <p><b>K51.2</b> <b>Xorali (xronik) proktit</b></p> <p><b>K51.3</b> <b>Xorali (xronik) rektosiqmoidit</b></p> <p><b>K51.9</b> <b>Dəqiqləşdirilməmiş xorali kolit</b></p>	<p>İldə iki dəfə – göstərişə əsasən daha tez.</p>	<p>Qastroenteroloqun ildə dörd dəfədən az olmayaraq məsləhəti. Nevropatoloq, proktoloq, psixoterapevt, həkimotorinolarinqoloqun və stomatoloqun məsləhəti – ildə bir dəfə</p>	<p>Fiziki inkişafın qiymətləndirilməsi, bədən hərarətinə nəzarət, qanın ümumi analizi, C-reaktiv zülal, sidik, koproloji analizi hər ay sabit remissiya əldə edilənə kimi, sonralar – rübdə bir dəfə. Diaqnoz qoyulandan sonra və xəstəxanaya planlaşdırılmış şəkildə yerləşdirildikdən sonra (ildə bir dəfədən az olmayaraq) – qanın biokimyəvi analizi, immunoqram, nəcisin disbakterioza, parazitlərə qarşı müayinəsi. İrriqoskopiya, siqnoskopiya və ya kolonoskopiya göstərişə əsasən.</p>	<p>Pəhriz: stol №4, rasiondan südün və cod sellülozun istisnası ilə. Görək olduqda – fərdi stol.</p> <p>Xəstəxanada təyin olunan əsas müalicənin davam etdirməsi:</p> <p><b>Yüngül və orta ağırlıq dərəcəsi:</b> Sulfasalazin (<i>Sulfasalazinum</i>) 20-40 mq/kq/gün daxilə, təsir olmadıqda + Prednizolon (<i>Prednizolonum</i>) ; 1 mq/kq/gün rektal olaraq 2-4 həftə, sonrakı dozanın 1/3 qədər azaldılması 1-2 həftə ərzində. Mesalazin (<i>Mesalazinum</i>) 20 mq/kq/gün daxilə və / və ya rektal olaraq – 4 həftə; təsir olmadıqda + Prednizolon 1 mq/kq/gün rektal olaraq 2-4 həftə.</p> <p><b>Orta və ağır dərəcəsi:</b> Mesalazin 30-40 mq/kq/gün + Prednizolon 1 mq/kq/gün rektal olaraq – 4 həftə; təsir olmadıqda + Prednizolon 0,5-1 mq/kq/gün daxilə; təsir olmadıqda Mesalazin 40-60 mq/kq/gün daxilə və ya rektal olaraq + Prednizolon 1-1,5 mq/kq/gün daxilə və ya rektal olaraq 4 həftə, + Siklosporin (<i>Cyclosporinum</i>) 10 mq/kq/gün 10-14 gün ərzində. Fermentlər. Vitaminlər. Biopreparatlar. Yaranan fəsadların korreksiyası. Təsiri olmadıqda – cərrahi müalicənin aparılması.</p>	<p>Simptomların sərtlik dərəcəsinin azalması və bağırsağın selikli qişasının iltihab dərəcəsinin azalması, ağırlaşmaların irəliləyişinin və formalaşmasının azaldılması və olmaması. Qeydiyyatdan çıxarılmır.</p>
---	---	---	---	---	---

<p><b>K50</b> <b>Kron xəstəliyi</b> <b>[regional enterit]</b></p> <p><b>K50.0</b> <b>Nazik bağırsağın Kron xəstəliyi</b></p> <p><b>K50.1</b> <b>Yoğun bağırsağın Kron xəstəliyi</b></p> <p><b>K50.8</b> <b>Kron xəstəliyinin digər formaları</b></p> <p><b>K50.9</b> <b>Dəqiqləşdirilməmiş Kron xəstəliyi</b></p>	<p>İldə iki dəfə – göstərişə əsasən daha tez</p>	<p>Qastroenteroloqun ildə dörd dəfədən az olmayaraq məsləhəti. Nevropatoloq, psixoterapevt, həkimotorinolarinqoloqun, stomatoloqun məsləhəti ildə bir dəfə</p>	<p>Fiziki inkişafın qiymətləndirilməsi, bədən hərarətinə nəzarət, qanın ümumi analizi, sidik, koproloji analiz hər ay sabit remissiya əldə edilənə kimi, sonralar – rübdə bir dəfə. Diaqnoz qoyulandan sonra və xəstəxanaya planlaşdırılmış şəkildə yerləşdirildikdən sonra (ildə bir dəfədən az olmayaraq) – qanın biokimyəvi analizi, immunogram, nəcisin disbakterioza, parazitlərə qarşı müayinəsi. İrriqoskopiya, kolonoskopiya göstərişə əsasən. Diaqnoz təsdiqləndikdə və sonralar – göstərişə əsasən cərrahın məsləhəti.</p>	<p>Pəhriz: rasiondan südün və cod sellülozun istisnası. Lazım olarsa – enteral qidalanma.</p> <p><b>Əsas müalicə:</b> <b>Yüngül və orta ağırlıq dərəcəsi:</b> Sulfasalazin 20-40 mq/kq/gün daxilə və ya Mesalazin 10-20 mq/kq/gün daxilə və/və ya rektal olaraq – 4 həftə; təsir olmadıqda + Prednizolon 1 mq/kq/gün rektal olaraq 2-4 həftə, sonrakı dozanın 1-2 həftə ərzində 1/3 qədər azaldılması. <b>Orta və ağır dərəcəsi:</b> Mesalazin 30-40 mq/kq/gün + Prednizolon 1 mq/ kq/gün rektal olaraq – 4 həftə; təsir olmadıqda + Prednizolon 0,5-1 mq/kq/gün daxilə; təsir olmadıqda Mesalazin 40-60 mq/kq/gün daxilə və ya rektal olaraq + Prednizolon – 1,5 mq/kq/gün daxilə və/və ya rektal olaraq – 4 həftə + Siklosporin 10 mq/kq/gün 10-14 gün ərzində. Dezintoksikasiya, maye və elektrolit pozuntularının korreksiyası. Yaranan fəsadların korreksiyası. Təsiri olmadıqda – cərrahi müalicənin aparılması. Təyin edilən Sulfasalazin və ya Mesalazinin dozasının azaldılmasına nəzarət.</p>	<p>Prosesin fəal əlamətlərinin, təzahürlərin ifadə edilməsi dərəcəsinin və selikli qişanın iltihabının azalması, ağırlaşmaların inkişaf etməməsi və formalaşmaması. Qeydiyyatdan çıxarılır.</p>
---	--	--	--	---	---

## Hissə 4. Qaraciyər xəstəlikləri

Nozologiya (XBT 10 şifri ilə)	Pediatr tərəfindən aparılan müayinə tezliyi	Digər həkim- mütəxəssislərin baxışı	Laborator və digər diaqnostik müayinələr	Əsas müalicəvi- sağlamlaşdırıcı tədbirlər	Dispanseriza- siyanın səmərəliliyinin meyarları
<p><b>K71.2</b> <b>Qaraciyərin</b> <b>kəskin</b> <b>hepatit</b> <b>gedişli toksik</b> <b>zədələnməsi</b></p> <p><b>K71.0</b> <b>Qaraciyərin</b> <b>xolestazi ilə</b> <b>birgə</b> <b>müşahidə</b> <b>olunan toksik</b> <b>zədələnməsi.</b> <b>Hepatositlərin</b> <b>zədələnməsi</b> <b>ilə gedən</b> <b>xolestaz/</b> <b>“Təmiz”</b> <b>xolestaz</b></p>	<p>Sağalma müddətində və ya xəstəxanadan çıxdıqdan 1, 3 və 6 ay sonra</p>	<p>Uzunsürən və ya xroniki hepatitin təsdiqi zamanı (müvafiq olaraq kəskin hepatitin təzahürlərinin üç və ya altı ay sonra biokimyəvi və/və ya qaraciyər zədələnməsinin ultrasəs əlamətləri qaldıqda) gastroenteroloqun və/və ya yoluxucu xəstəliklər üzrə mütəxəssisin məsləhəti.</p>	<p>Qanın ümumi analizi (trombositlər daxil olmaqla), İNR – sağaldıqdan bir ay sonra. Qanın biokimyəvi analizi<sup>1</sup>: ALT, AST, bilirubin, timol testi<sup>2</sup> – sağaldıqdan 1, 3 və 6 ay sonra; QQTP, QF, qlükoza, α-amilaza, ümumi zülal və zülal fraksiyaları, xolesterolin, triqliseridlər, ASLP, YSLP, göstərişə əsasən – koadquloqram. Sağaldıqdan 6 ay sonra qarın boşluğu orqanlarının USM-i<sup>2</sup> və ya qaraciyərin funksional testləri yüksək olduqda – daha tez. HbsAg, anti-HCV – göstərişə əsasən. HbsAg – <i>Hepatitis B surface Antigen</i> Anti-HBs – anticisimlər kəskin hepatit B-dən sonra</p>	<p>Pəhriz stolu №5 – sağaldıqdan sonra bir ay müddətində və xolestaz təzahürləri qaldıqda; sonralar – sərt pəhriz tələb olunmur (spirtli və zəhərli maddələrin istifadəsinin məhdudiyəti ilə tam balanslandırılmış qidalanma). Qaraciyəri qoruyucu Hepatoprotektor kursları: Xolestaz və ya sitoliz təzahürləri qaldıqda – UDXT 10-15 mq/kq/gün (uşağın həyatının ilk ayında ifadə edilmiş xolestaz olduqda 30 mq/kq/gün) daxilə gecə birdəfəlik dozada – bir ay müddətində. Toksik hepatit keçirdikdən sonra xolestaz əlamətləri olmadığı halda bitki tərkibli hepatoprotektorlar və ya</p>	<p>Kəskin hepatitin klinik nəticəsinin vaxtında aşkarlanması: sağalma, uzunsürən və ya xronik hepatitin inkişafı. Qaraciyər funksional testlərin normal göstəriciləri olduqda və qarın boşluğu orqanlarının USM-də patologiyası olmadıqda 6 aydan sonra qeydiyyatdan çıxarılır. Xronik hepatit aşkar edildikdə müvafiq dispanser qrupuna keçirilir.</p>

			sağalma fazasında əmələ gəlir.	Essensial fosfolipidlər 1-2 kapsul gündə 3 dəfə daxilə – bir ay müddətində. Göstərişə əsasən ademtionin 15-25 mq/kq/gün daxilə – 1 ay müddətində.	
<p><b>K73</b> <b>Başqa rubrikalarda təsnif olunmayan xronik hepatit</b></p> <p><b>K71.3</b> <b>Qaraciyərin xronik persistəedici hepatit gedişli toksik zədələnməsi.</b></p> <p><b>K71.4</b> <b>Qaraciyərin xronik lobulyar hepatit gedişli toksik zədələnməsi</b></p>	İldə iki dəfə, göstərişə əsasən daha tez.	Qastroenteroloqun və/və ya yoluxucu xəstəliklər üzrə mütəxəssisin ildə iki dəfə məsləhəti. Qaraciyərin zədələnməsinin etiologiyasının aydınlaşdırması zərurəti olduqda genetika mütəxəssisinin və cərrahın məsləhəti.	Qanın ümumi analizi (trombositlər daxil olmaqla), İNR – ildə iki dəfə. Qanın biokimyəvi analizi <sup>1</sup> : ALT, AST, bilirubin, timol testi– ildə 2 dəfə: QQTP, QF, qlükoza, α-amilasa, ümumi zülal və zülal fraksiyaları, lipid mübadiləsi göstəriciləri (xolesterin, triqliseridlər, ASLP, YSLP), koaquloqram, dəmir mübadiləsi göstəriciləri (dəmir, ÜDBG, Transferrin) – göstərişə əsasən. HBsAg, anti-HCV – ilkin müayinədə və sonra göstərişə əsasən. Qarın boşluğu orqanlarının USM- <sup>i2</sup> və qaraciyər qapı venası damarlarının ildə iki	<i>Pəhriz:</i> spirtli və zəhərli maddələrin istifadəsinin məhdudlaşdırılması ilə müxtəlif və balanslaşdırılmış pəhriz; hepatitin kəskinləşməsi olduqda – pəhriz stolu №5 çərçivəsində. Davamiyyəti 1-1,5 ay × ildə 1-2 dəfə olan <i>hepatoprotektor kursları</i> (göstərişə əsasən uzunmüddətli və/və ya tez-tez təkrarlanan): Sitoliz və/və ya xolestaz sindromu olduqda UDXT 10-15 mq/kq/gün (uşağın həyatının ilk ayında ifadə edilmiş xolestaz olduqda 30 mq/kq/gün) daxilə gecə vaxtı birdəfəlik doza. Xolestaz olmadan steatohepatitdə – (qaraciyərin toksik zədələnməsi daxil olmaqla) bitki tərkibli	Hepatitin klinik nəticəsi və gedişinin vaxtında müəyyənləşdirilməsi: sağalma, xəstəliyin inkişafının olmaması, inkişafı, qaraciyər sirrozunun formalaşması. Qaraciyərin zədələnməsinin biokimyəvi sindromlarının (sitoliz, xolestaz) vaxtında adekvat korreksiyası. Qaraciyərin funksional testlərinin normal göstəriciləri olduqda, qarın boşluğu orqanlarının USM-də və qaraciyər biopstatının histoloji

<p><b>K71.5</b> Qaraciyərin xronik aktiv hepatit gediqli toksik zədələnməsi Qaraciyərin, lipoidli hepatitlə birgə müşahidə olunan toksik zədələnməsi</p>			<p>dəfə USDQ-si. Qaraciyərin punksiyası – göstəriş olduqda.</p>	<p>hepatoprotektorlar və ya Essensial fosfolipidlər 5-10 ml/gün v/d 7 gün, sonra 1-2 kapsul gündə 3 dəfə daxilə. Yüksək fəaliyyətli hepatitdə (biokimyəvi, histoloji müayinələrin əsasında) və / və ya qaraciyərin toksik zədələnməsində – ademetionine 10-20 mq/kq/gün v/d 14 gün, sonra eyni dozada daxilə.</p>	<p>şəklində patologiya olmadıqda qeydiyyatdan çıxarılır. Qaraciyərin sirrozu aşkar edildikdə – müvafiq dispanser qrupuna keçirilir.</p>
<p><b>K76.0</b> Qaraciyərin, başqa rubrikalarda təsnif olunmayan piy degenerasiyası. Qaraciyərin qeyri-alkoqol mənşəli piy distrofiyası</p>	<p><b>K73-ə</b> analoji olaraq</p>	<p><b>K73-ə</b> analoji olaraq + endokrinoloqun məsləhəti ilkin müayinə zamanı və sonra göstərişə əsasən.</p>	<p><b>K73-ə</b> analoji olaraq + Qlükoza, lipid mübadiləsi göstəriciləri (xolesterin, triqliseridlər, ASLP, YSLP) – hər gəlişdə. Qlükoza tolerantlıq testi – ilkin müayinədə və sonra göstərişə əsasən. Gündəlik A/T profili –ilkin müayinədə və sonra göstərişə əsasən.</p>	<p><b>K73-ə</b> analoji olaraq. Pəhriz stolu №5 çərçivəsində. Çəkinin normallaşması. Hepatoprotektorların istifadəsi Essensial fosfolipidlər və UDXT. Hipolipidemik DV-nin istifadəsi mümkündür.</p>	<p><b>K73-ə</b> analoji olaraq. Lipid mübadiləsinin göstəricilərinin normallaşması. Qlükozaya tolerantlığın/ Şəkərli diabetin yaranmaması. Qan təzyiqinin qalxmaması.</p>
<p><b>K73.2</b> Başqa rubrikalarda təsnif olunmayan xronik aktiv hepatit</p>	<p><b>K73-ə</b> analoji olaraq, müalicə başladıqdan aparılma müddətində – hər həftə</p>	<p><b>K73-ə</b> analoji olaraq, + göstərişə əsasən revmatoloqun məsləhəti.</p>	<p><b>K73-ə</b> analoji olaraq + İlkin müayinədə qanda qeyri-spesifik a/c təyini (ANA, SMA, anti-LKMI – göstərişə əsasən digərləri). EÇS, ümumi zülal və <math>\gamma</math>-</p>	<p><b>K73-ə</b> analoji olaraq +: Kombinə müalicə Prednizolon və azatioprinlə (<i>Azathioprine</i>): Prednizolon 1 mq/kq/gün daxilə (30 mq-dək) 1 həftə ərzində, sonrakı dozanın tədricən azalması: 2-ci həftə</p>	<p><b>K73-ə</b> analoji olaraq +: Terapiya fonunda laborator göstəricilərin normallaşması (EÇS ümumi zülal, <math>\gamma</math>-globulinlər, IgG).</p>

			<p>qlobulinlər (göstərişə əsasən – İgG) – müalicə başladıqdan aparılma müddətinədək hər həftə, sonralar ildə iki dəfədən az olmayaraq.</p> <p>Prednizolon ilə müalicə monitorinqi: qlükoza, qanda K və Ca hər ay, ən azı A/T nəzarət həftədə bir dəfə, çəkiyə nəzarət hər ay.</p>	<p>20 q-dək, 3-4 həftə 15 mq-dək, sonralar saxlayıcı doza 0,1-0,2 mq kq/gün (10 mq-dək) uzunmüddətli + Azatioprin daxilə daimi dozada 1-2 mq/kq/gün (50 mq-dək), 2-ci həftədən uzunmüddətli. Və ya Prednizolonla monoterapiya: Prednizolon 2 mq/kq/gün daxilə (60 mq-dək) 1 həftə ərzində, sonrakı dozanın tədricən azalması: 2-ci həftə 40 q-dək, 3-4 həftə 30 mq-dək, sonralar saxlayıcı doza 0,1-0,2 mq/kq/gün (20 mq-dək) uzunmüddətli. Terapiyanın təsiri olmadığı halda Prednizolon və Azatioprin dozaları artırıla bilər, əlavə preparatlar müalicədə istifadə edilə bilər (Siklosporin, siklofosfamid). Müalicə 1-2 il davam ediləndən sonra saxlayıcı doza azaldıla bilər və terapiya dayandırıla bilər. Müalicədə meyililiyə nəzarət. Prednizolon ilə müalicə zamanı – Ca və Mg DV-i, göstərişə əsasən – antasidlər və/ və ya mədə sekresiyası ingibitorları.</p>	<p>Sistemli autoimmun təzahürlərin olmaması.</p>
--	--	--	---	---	--

<p><b>Q44</b>  <b>Qaraciyərin, öd kisəsinin və öd axacaqlarının anadangəlmə inkişaf qüsurları</b></p>	<p>Ayda bir dəfə, göstərişə əsasən – daha tez.</p>	<p><b>K73-ə</b> analogi olaraq +: diaqnoz güman edildikdə, diaqnoz qoyulanda, sonralar göstərişə əsasən cərrahın məsləhəti.</p>	<p><b>K73-ə</b> analogi olaraq + Həyatının ilk iki ayında – öd yollarının atresiya/hiperplaziyası güman edildikdə qaraciyərin punksiyası.</p>	<p><b>K73-ə</b> analogi olaraq + Həyatının 2-ci ayından gec olmayaraq palliativ əməliyyatların aparılması (portoduodenostomiya, portoyeyunostomiya) və sonralar uzaq müddətdə – qaraciyər transplantasiyası (adətən, 1 və yuxarı yaşda: transplantatın uşağın qarın boşluğuna uyğun olan ölçüsündə anatomic uyğunluq yarananda). Hepatoprotektorlardan ilk növbədə qəstərişli olan UDXT 30 mq/kq/gün daxilə birdəfəlik dozada gecə vaxtı. Əlavə enteral qidalanma: tərkibinə asanlıqla həzm olunan PDYT daxil olan müalicə qarışıqları. Əməliyyatdan sonra ideal olaraq ana südü olmalıdır, bu olmadığı halda hidrolizat qarışıqları, uşaq bu qarışıqlardan imtina etdikdə - “komfort” tipli qarışıqlar.</p>	<p><b>K73-ə</b> analogi olaraq +: Diaqnozun vaxtında qoyulması və palliativ əməliyyatların aparılması üçün göndərişin verilməsi. Sonralar uşağın daha böyük yaşlarında qaraciyər transplantasiyası.</p>
---	--	---	---	--	---



<p><b>K74.0</b> <b>Qaraciyər fibrozu</b></p> <p><b>K71.7</b> <b>Qaraciyərin fibroz və sirrozla müşayiət olunan toksik zədələnməsi</b></p>	<p>(<i>Child-Pugh, Child-Turcotte, Child-Turcotte-Pugh</i> təsnifatına əsasən)</p> <p>Qaraciyər sirrozunun A və B sinfi ilə üç yaşdan yuxarı olan uşaqlar – altı ayda bir dəfə. Üç yaşnadək və C sinfi (<i>Child-Turcotte Pugh</i> təsnifatına əsasən: (<b>Əlavə 2</b>) qaraciyər sirrozu ilə uşaqlar – üç ayda bir dəfə və ya daha tez MELD / PELD ballına əsaslanaraq (18 ballıdan az olduqda – hər 3 ay, 18-24 ball olduqda – hər ay, 25 və daha yüksək ball olduqda –</p>	<p>Qastroenteroloqun və /və ya yoluxucu xəstəliklər üzrə mütəxəssisin hər gəlişdə məsləhəti. Qaraciyərin zədələnməsinin etiologiyasını aydınlaşdırmaq üçün genetika mütəxəssisinin və cərrahın məsləhəti. Ən azı 3 aylıq yaşama müddəti proqnozlaşdırıldıqda (MELD/PELD ballına görə &lt;20 olduqda) transplanto loqun məsləhəti.</p>	<p>Boy, çəki və fiziki inkişafın qiymətləndirilməsi – hər gəlişdə. Qanın ümumi analizi (trombositlər daxil olmaqla), İNR – hər gəlişdə. Qanın biokimyəvi analizi<sup>1</sup>: ALT, AST, bilirubin, timol testi, albumin, kreatinin – hər gəlişdə; QOTP, QF, qlükoza, <math>\alpha</math>-amilasa, ümumi zülal və zülal fraksiyaları, lipid mübadiləsi amilləri (xolesterin, triqliseridlər, ASLP, YSLP), koaqulogram, dəmir mübadiləsi göstəriciləri (dəmir, ÜDBG, transferrin) – göstərişə əsasən; qan elektrolitləri (K, Ca, Na, Cl) – göstərişə əsasən. <math>\alpha</math>-fetoprotein 6 ayda 1 dəfə. HBsAg, anti-HCV ilkin müayinədə və sonra göstərişə əsasən. Qanın boşluğu orqanlarının USM-i<sup>2</sup> (sərbəst maye və kompensator anastomozların qiymətləndirilməsi)</p>	<p>Hepatoprotektor kursları – <b>K73</b>-ə analogi olaraq. Qaraciyər sirrozu fəsadlarının idarə edilməsi – Kateqoriya “Xronik qaraciyər çatmazlığı” və “Portal hipertenziya” rubrikalarına bax. Hepatorenal [<b>K76.7</b>] və ya hepatopulmonar sindromlar inkişaf etdikdə qaraciyərin transplantasiyası nəzərə alınmalıdır.</p>	<p>Qaraciyər sirrozu fəsadlarının adekvat monitorinqi və sindromlara əsasən korreksiyası (qaraciyər ensefalopatiyasının və assitin təzahürləri daxil olmaqla); qida borusunun varikozgenişlənmiş sklerozlaşmış venalarına liqaturanın qoyulması, şuntlama əməliyyatı və/ və ya splenektomiyanın aparılması üçün vaxtında cərraha göndərilməsi; qaraciyər transplantasiyası üçün transplanto loqun qəbuluna vaxtında göndərilməsi. Qeydiyyatdan çıxarılmır.</p>
---	---	---	---	--	--

	hər 14 gün) və qaraciyər sirrozunun müəyyən fəsadlarının kompensasiya dərəcəsindən asılı olaraq <sup>4</sup>		və qaraciyər qarı venası damarlarının USDQ-si <sup>3</sup> – ildə 2 dəfə, göstərişə əsasən – daha tez. Qarın boşluğunun KT-si, xolanqioqrafiya, splenoportoqrafiya – göstərişə əsasən. Qaraciyərin punksiyası – göstərişə əsasən.		Qaraciyərin transplantasiyasından sonra müvafiq dispanser qrupuna göndərilir [ <b>Z94.4 Transplantasiya olunmuş orqanların və toxumaların olması</b> ].
<b>K72.1 Xronik qaraciyər çatışmazlığı</b> <b>K71.1 Qaraciyərin nekrozu ilə müşayiət olunan toksik zədələnməsi. Dərman maddələrinin təsiri nəticəsində yaranan qaraciyər çatışmazlığı (kəskin) (xronik)</b>	İldə iki dəfə, göstərişə əsasən – daha tez.	<b>K74-ə analogi olaraq +:</b> göstərişə əsasən nevroloqun məsləhəti.	<b>K74-ə analogi olaraq +:</b> Psixometrik testlər (yazı xətti nümunəsi və rəqəmləri bir-birinə bağlama testi), “Əlçalma” şəkilli tremor (asteriksiz) – hər baxışda qiymətləndirilməsi. Qanda ammoniyak – göstərişə əsasən. EEQ – göstərişə əsasən.	Xronik qaraciyər çatışmazlığı, gizli (latent), I və II dərəcəli: Pəhriz stolu №5 çərçivəsində əsasən kifayət qədər bitki mənşəli zülalla zəngin olan 1-1,5 q/kq/gün; enteral qidalanma üçün budaqlı amin turşuları ilə qarışıq – 0,25 q/kq/gün. Laktuloza ( <i>Lactulosum</i> ) daxilə fərdi dozada (yumşaq nəcis əmələ gələndək, 2-3 dəfə gündə) kursla və ya daimi; göstərişə əsasən – təmizləyici imalə. Hepatoprotektorlar: V/D Ademetionin ( <i>Adamethioninum</i> ) 10-25 mq/ kq/gün/ 14 gün, sonra daxilə 1 ay müddətində; Ornitin aspartat ( <i>Ornithinum</i> ) 20 q/gün daxilə	<b>K74-ə analogi olaraq.</b>

				<p>(gün ərzində 3-4 bərabər qəbul ilə) 1 ay müddətində kursla.</p> <p>Bağırsağın seçmə zərərsizləşdirilməsi üçün antimikrob dərman vasitələri: Rifaksimın (<i>Rifaximinum</i>) (12 yaşdan yuxarı olan uşaqlara) 200 mq 3 dəfə/gün və ya Metronidazol (<i>Metronidazolium</i>) 7,5 mq/kq daxilə 3 dəfə/gün – 7 gün ərzində. Ensefalopatiyanın sürətli artımı olduqda qida borusu damarlarından (venalardan) qanaxmanın ehtimalının qiymətləndirilməsi.</p> <p>Xronik qaraciyər çatışmazlığı III və IV dərəcə: xəstənin idarəetmə taktikasının seçimi üçün xəstəxanaya göndərilməsi.</p>	
<b>K76.6</b> Portal hipertenziya	Üç ayda bir dəfə, göstərişə əsasən – daha tez.	<b>K74-ə analoji olaraq +:</b> QBVVG olduqda endoskopiya üzrə cərrahın məsləhəti. Hipersplenizm	<b>K74-ə analoji olaraq +:</b> Göstərişə əsasən – daxilə qəbul edilən və xaric olunan maye həcminə nəzarət. Göstərişə əsasən – qarın dairəsinin ölçülməsi. Sirroz diaqnozu qoyulduqdan dərhal sonra FEQDS	<b>K74-ə analoji olaraq +:</b> <i>Assitin aparılması:</i> qidada duzun məhdudlaşdırılması, diuretiklər – Spironolakton ( <i>Spironolactonum</i> ) 1-6 mq/kq/gün, furosemid ( <i>Furosemidum</i> ) 1-3 mq/kq/gün, refrakter tipli	<b>K74-ə analoji olaraq.</b>

		<p>sindromunun dekompenzasiyası olduqda cərrahın məsləhəti.</p>	<p>və sonra: QBVVG olmadıqda – hər 2-3 ildən bir dəfə, 1-li dərəcəli QBVVG olduqda – hər bir iki il, 2-3 dərəcəli QBVVG-də və ya <i>Child-Pugh</i> şkalası üzrə C sinfi qaraciyər sirrozu olduqda və ya QBVVG olduqda qanaxmadan sonrakı vəziyyətdə – bir ildən az olmayaraq, göstərişə əsasən – daha tez.</p>	<p>assitdə – parasentez, spontan bakterial peritonitdə Sefotaksim (<i>Cefotaximum</i>) 150 mq/kq/gün 3 yeridilmədə v/d. <b>QBVVG-dən</b> qanaxmanın birincili və ikincili profilaktikası: QBVVG 1-ci dərəcəli: qeyri-selektiv β-blokatorların təyini (propranolol – <i>Propranololum</i> 0,5-1mq/kq/gün daxilə). QBVVG 2-3 dərəcəli və ya <i>Child-Pugh</i> şkalası üzrə qaraciyər sirrozunun C sinfi olduqda və ya QBVVG-dən olan qanaxmadan sonrakı vəziyyətdə: liqaturanın endoskopik qoyulması/sklerozlaşdırma (bir seansda və ya kursla); qeyri-selektiv β-blokatorlar (propranolol 0,5-1mq/kq/gün daxilə sabit qəbulu); şuntlama əməliyyatları (qaraciyərdaxili şunt – TIPS və ya qaraciyərdən-kənar cərrahi şuntlama əməliyyatları – distal splenorenal şunt), qaraciyər transplantasiyası. Portal hipertenzialı qastropatiya-</p>	
--	--	---	--	---	--

				nın aparılması: Famotidin ( <i>Famotidinum</i> ) 1-2 mq/kq/gün 2 qəbula daxilə və ya omeprazol ( <i>Omeprazolum</i> ) 5 mq/kq /gün daxilə bir qəbula. Hipersplenizmin aparılması: müşahidə etmək, trombositlərin nəzərə çarpan qədər azalması zamanı splenektomiya məsələsini müzakirə etmək.	
--	--	--	--	---	--

<sup>1</sup> Qaraciyər funksional testləri müntəzəm olaraq özlərində müəyyən edilə bilən aşağıdakıları daxil edirlər: ALT, AST, bilirubin, timol testi; əgər digər göstəricilərin müəyyən edilməsi tələb edilirsə bu ayrılıqda müzakirə olunur.

<sup>2</sup> Qarın boşluğu orqanlarının USM-i müntəzəm olaraq ən azı aşağıdakıların müəyyən etməsini əldə edir: qaraciyər paylarının ölçüsünü; dalağın ölçüsünü; qaraciyər və dalağın exogenliyini və struktur oxşarlığını; onlarda ocaqlı dəyişikliklərin mövcudluğunu; portal, dalaq, qaraciyər venaları və qaraciyər arteriyasının diametrlərini; öd kisəsinin ölçüsünü, onun divar qalınlığı və tərkib xüsusiyyətini; bundan başqa qaraciyər sirrozunda qarın boşluğunda sərbəst mayenin qiymətləndirməsini; kompensator anastomozların mövcudluğunu və inkişafını.

<sup>3</sup> Portal qan damarları sisteminin USDQ-si müntəzəm olaraq ən azı portal, dalaq və müsəriqə venalarının diametrlərini, onlarda qan axını sürətini, portal vena qan axınının istiqaməti və faza xarakterli olmasını, yuxarı müsəriqə venasında tənəffüs mərhələsinə olan reaksiyanın mövcudluğunu müəyyən edir.

<sup>4</sup> C sinfi qaraciyər sirrozu (*Child-Trucotte-Pugh*-görə) olan uşaqlara sirrozun ağırlığının kompleks şəkildə qiymətləndirilməsi MELD/PELD şkalası üzrə aparılmalıdır və növbəti baxış hazırkı dispanser yoxlanmada müəyyən olunan balından asılı olaraq təyin edilir:

	PELD/MELD balın yenidən qiymətləndirilməsi verilən müddətdən gec olmayaraq tələb olunur:	Laborator hesablanma göstəriciləri verilən müddətdən gec olmayaraq alınmalıdır:
UNOS status 1A və ya 1B	7 gündən	48 saat əvvəl
PELD/MELD ball $\geq 25$	14 gündən	48 saat əvvəl
PELD/MELD ball 18-24	1 aydan	7 gün əvvəl
PELD/MELD ball 11-18	3 aydan	14 gün əvvəl
PELD/MELD ball 0-10	12 aydan	30 gün əvvəl

**MELD** protrombin vaxtı üçün xəstənin qiymətləndirilmiş göstəricilərindən olan bilirubin, kreatinin zərdabları və İNR-ni istifadə edərək xəstənin həyatda qalmasını proqnozlaşdırır. MELD aşağıdakı formula əsasında hesablanır:

$$\text{MELD} = 3.78 \times \ln [\text{bilirubin zərdabı (mq/dL)}] + 11.2 \times \ln [\text{INR}] + 9.57 \times \ln [\text{kreatinin zərdabı (mq/dL)}] + 6.43$$

**PELD** 12 yaşınadək uşaqlarda qaraciyər xəstəliyinin son mərhələsi ağırlığını müəyyən edən sistemdir. PELD xəstənin yaşı və boy qüsuru ilə birlikdə onun albumin, bilirubin və INR göstəricilərinə əsasən hesablanır. Bu göstərici UNOS tərəfindən qaraciyər transplantasiyası təyinatını müəyyən etmək üçün istifadə edilir. PELD aşağıdakı formula əsasında hesablanır:

$$\text{PELD} = 4.80 [\text{Ln bilirubin zərdabı (mq/dL)}] + 18.57 [\text{Ln INR}] - 6.87 [\text{Ln albumin (q/dL)}] + 4.36 (<1 \text{ yaşlı}) + 6.67 (\text{boy qüsuru})$$

## UŞAQLARDA FEQDS-nin APARILMASI ÜÇÜN GÖSTƏRİSLƏR

### 1. İLKİN:

- 1.1 Qarının yuxarı hissəsində təkrarlanan qeyri-müəyyən genezli, orta intensivliyi olan və xəstəni 3 aydan çox narahat edən ağrılar.
- 1.2 Xəstəni 3 aydan çox narahat edən ürəkbulanması, gəyirmə, qıçqırma kimi təkrarlanan dispeptik əlamətlər.
- 1.3 Qarın ağrılarının qida qəbulu vaxtı ilə dəqiq əlaqədə olaraq əmələ gəlməsi (xüsusilə ac və/və ya gecə ağrıları), pəhriz pozulduqda qarın ağrılarının təkrar əmələ gəlməsi (ədviyyatlı, qızardılmış, və s. qida).
- 1.4 Həzm traktının yuxarı hissəsində (HTYH) qanaxma əlamətləri: anemiya, qəhvə çöküntüsünə oxşar və ya çox miqdarda qırmızı qanla qusuntu, qətranabənzər nəcis.
- 1.5 HTYH –da yad cismin olmasına şübhə.
  - ✓ "residiv" termini altında şikayət hallarının əmələgəlmə tezliyi həftədə 2-3 dəfə yaranması fərz edilir.
  - ✓ FEQDS-nin daha erkən keçirilməsi mümkündür, əgər aşağıda sadalananlar varsa:
    - vaxtaşırı təkrarlanan qusma,

- gündəlik şikayətlər,
- dəqiqliklə anamnezində ağırlaşma və remissiya dövrlərinin mövcudluğu,
- xora xəstəliyinin, eroziv qastritin, mədə xərçənginin irsi ağırlaşması.

## **2. TƏKRAR:**

- 2.1.** Müalicə başa çatdıqdan 4-6 həftə sonra HTYH-də eroziv-xorali zədələnməyə nəzarət, davamı – 6 aydan sonra və ardınca – ildə 1 dəfə və ya klinik təzahürlərinin residivi zamanı.
- 2.2.** Xronik qastritdə (gastroduodenitdə) dinamik müşahidə:
  - ✓ HB-yə qarşı aparılan müalicə kursu bitdikdən 1-6 ay sonra (tənəffüs sınağı olmadıqda)
  - ✓ göstərişə əsasən tez-tez təkrarlanan və ya atipik klinik təzahürlər olduqda
  - ✓ xronik qastritin ağırlaşmasında ildə 2-4 dəfə, eləcə də mədənin selikli qişasında atrofiya və bağırsaq metaplaziyası təsdiq edildikdə, Barret qida borusu olduqda – ildə 1 dəfə
  - ✓ ildə 1 dəfədən artıq olmayaraq ağırlaşma zamanı və HP-yə yoluxmadıqda 2 ildə 1 dəfə
  - ✓ böyüklər üçün poliklinikaya köçürüləndə (əgər ötən il ərzində aparılmayıbsa)
- 2.3.** Müxtəlif anatomik anomaliyalara nəzarət:
  - ✓ poliplər (əgər hər hansı bir səbəbdən xaric edilməyibsə) 6 – ayda 1 dəfədən az olmayaraq
  - ✓ QBVVG, mədənin venalarının varikoz genişlənməsi – 6 ayda 1 dəfə
  - ✓ divertikullar – ildə 1 dəfə
- 2.4.** HTYH-də aparılan cərrahi müdaxilələrdən sonra nəzarət – cərrahın təyinatı əsasında

### Birinci sıra dərman vasitələri ilə müalicə

- ▶ **Standart tipli terapiya:** PNİ (standart dozada, gündə 2 dəfə) + klaritromisin (*clarithromycin*) (500 mq, gündə 2 dəfə) və amoksilin (*amoxicillinum*) (1 q, gündə 2 dəfə) 7–14 gün ərzində
- ▶ **Yanaşı gedən terapiya:** PNİ (standart dozada, gündə 2 dəfə) + klaritromisin (500 mq, gündə 2 dəfə) + amoksillin (1 q, gündə 2 dəfə) + metronidazol (*metronidazolum*) (500 mq, gündə 2 dəfə) 7–14 gün ərzində
- ▶ **Hibrid terapiyası:** 7 gün ikili terapiya: PNİ (standart dozada, gündə 2 dəfə) + amoksillin (1 q, gündə 2 dəfə)
- ▶ **Ardınca 7 gün dördlü terapiya:** PNİ (standart dozada, gündə 2 dəfə) + klaritromisin (500 mq, gündə 2 dəfə) + metronidazol (500 mq, gündə 2 dəfə)
- ▶ **Bismut tərkibli dördlü kvadroterapiya:** PNİ (standart dozada, gündə 2 dəfə) + Bismut (standart dozada, gündə 4 dəfə) + tetrasiklin (*tetracyclinum*) (500 mq, gündə 4 dəfə) + metronidazol (250 mq, gündə 4 dəfə) 10-14 gün ərzində

### İkinci sıra dərman vasitələri ilə müalicə

- ▶ **Levofloksatin əsaslı üçlü terapiya:** (*Levofloxacin-Based Triple Therapy*): PNİ (standart dozada, gündə 2 dəfə) + levofloksatin (*levofloxacinum*) (500 mq, gündə 1 dəfə) + amoksisillin (1 q, gündə 2 dəfə) 10 gün ərzində
- ▶ **Bismut tərkibli dördlü kvadroterapiya:** PNİ (standart dozada, gündə 2 dəfə) + Bismut (standart dozada, gündə 4 dəfə) + tetrasiklin (500 mq, gündə 4 dəfə) + metronidazol (500 mq, gündə 3 dəfə) 10-14 gün ərzində
- ▶ **Ardıcıl terapiya:** 5 gün ikili terapiya PNİ (standart dozada, gündə 2 dəfə) + amoksisillin (1 q, gündə 2 dəfə), ardınca 5 gün üçlü terapiya PNİ (standart dozada, gündə 2 dəfə) + klaritromisin (500 mq, gündə 2 dəfə) + metronidazol (500 mq, gündə 2 dəfə).



## Üçüncü sıra dərman vasitələri ilə müalicə

- ▶ **Kulturaya bələd edən terapiya:** 10 gün dördlü kvadroterapiya PNI (standart dozada, gündə 2 dəfə) + Bismut (standart dozada, gündə 4 dəfə) və 2 növ antibiotik antimikrob testinə əsasən seçilmiş.
- ▶ **Levofloksatin əsaslı dördlü terapiya:** PNI (standart dozada, gündə 2 dəfə) + Bismut (standart dozada, gündə 4 dəfə) + levofloksatin (500 mq, gündə 1 dəfə) + amoksisillin (500 mq, gündə 4 dəfə) 10 gün ərzində

### Üçlü müalicə sxemi

PNI	1-2 mq/kq/gün
Ampisillin	50 mq/kq/gün,
Klaritromisin	20 mq/kq/gün
Metronidazol	20 mq/kq/gün

### Bismut tərkibli dördlü kvadroterapiya müalicə sxemi

PNI	1-2 mq/kq/gün
Bismut subsalisilat	8 mq/kq/gün
Ampisillin	50 mq/kq/gün
Metronidazol	20 mq/kq/gün

### Ardıcıl terapiya sxemi

<b>İkili müalicə</b>	PNI	1-2 mq/kq/gün
	Ampisillin	50 mq/kq/gün, 5 gün ərzində
<b>Ardınca üçlü müalicə</b>	PNI	1-2 mq/kq/gün
	Klaritromisin	20 mq/kq/gün
	Metronidazol	20 mq/kq/gün, 5 gün ərzində

### Proton nasosu ingibitorları (PNI):

Mümkün olan proton-pomp ingibitorlar

- omeprazole
- lansoprazole
- dexlansoprazole
- rabeprazole
- pantoprazole
- esomeprazole
- zegarid, omeprazolun sürətli azad forması

**Qaraciyər çatışmazlığının ağırlıq dərəcəsinin *Child-Turcotte-Pugh* (CTP) şkalasına əsasən qiymətləndirilməsi**

Qaraciyər sirrozu zamanı qaraciyər hüceyrələrinin funksiyası *Child-Turcotte-Pugh* (CTP) şkalasına əsasən qiymətləndirilir.

Parametr	Ball		
	1	2	3
<b>Ensefalopatiya</b>	Yoxdur	Yüngül I-II dərəcə	Ağır III-IV dərəcə
<b>Assit</b>	Yoxdur	Orta/Mülayim (sidikqovucuya həssasdır)	Ağır (sidikqovucuya həssas deyil)
<b>Bilirubin, mkmol/l (mq%)</b>	34-dən az (2,0)	34-51 (2,0-3,0)	51-dən çox (3,0)
<b>Albumin, q</b>	3,5-dən çox	2,8-3,5	2,8-dən az
<b>PV (san) Pİ (%)</b>	1-4 (60-dan daha çox)	4-6 (40-60)	6-dan çox (40-dan az)
və ya <b>İNR</b>	1,7-dən az	1,7-2,3	2,3-dən çox

Sirrozun aidiyyəti bütün parametrlərə əsasən cəmləşdirilmiş baldan asılı olaraq müəyyən edilir:

5-6 olduqda A sinfinə

7-9 olduqda B sinfinə

10-15 olduqda C sinfinə müvafiqdir

B sinfi qaraciyərin köçürülməsi məsələsinə baxılmasının göstəricisidir.

Qaraciyər transplantasiyasına olan ehtiyac qiymətləndirilir:

- ✓ C sinfinə aid olan xəstələrin ehtiyacı yüksəkdir
- ✓ B sinfinə aid olan xəstələrin ehtiyacı ortadır
- ✓ A sinfinə aid olan xəstələrin ehtiyacı aşağıdır

## ƏDƏBİYYAT

1. Mədə və onikibarmaq bağırsağın xora xəstəliyi üzrə klinik protokol. – Azərbaycan Respublikasının Səhiyyə Nazirliyi. – Bakı, 2008. – 20 səh.
2. Омолоева Т.С. Организация лечебно – профилактической помощи детям и подросткам при патологии органов пищеварения [Электронный ресурс]. – Иркутск: ИГМУ, 2013. – 30с. – Режим доступа: [https://www.ismu.baikal.ru/src/downloads/6f3066b2\\_mr\\_stud\\_zhkt\\_zanyatie\\_22.pdf](https://www.ismu.baikal.ru/src/downloads/6f3066b2_mr_stud_zhkt_zanyatie_22.pdf) (17.05.2017)
3. ACG Clinical Guideline: Evidenced Based Approach to the Diagnosis and Management of Esophageal Eosinophilia and Eosinophilic Esophagitis (EoE) [Electronic resource] // Am J Gastroenterol. – April, 2013. – Vol. 108. – P. 679-692. – Available at: [http://gi.org/wp-content/uploads/2013/05/ACG\\_Guideline\\_EsophagealEosinophilia\\_and\\_EoE\\_May\\_2013.pdf](http://gi.org/wp-content/uploads/2013/05/ACG_Guideline_EsophagealEosinophilia_and_EoE_May_2013.pdf) (17.05.2017)
4. Gastroesophageal Reflux: Management Guidance for the Pediatrician [Electronic resource] // Pediatrics. – American Academy of Pediatrics. – May, 2013. – Vol. 131(5). – P.1684-1695. – Available at: <http://pediatrics.aappublications.org/content/pediatrics/131/5/e1684.full.pdf> (17.05.2017)
5. Management Guidelines of Eosinophilic Esophagitis in Childhood [Electronic resource] // JPGN. – January, 2014. – Vol. 58(1). – P.107–118. – Available at: [http://www.espgan.org/fileadmin/user\\_upload/guidelines\\_pdf/Guidelines\\_2404/Management\\_Guidelines\\_of\\_Eosinophilic\\_Esophagitis.27.pdf](http://www.espgan.org/fileadmin/user_upload/guidelines_pdf/Guidelines_2404/Management_Guidelines_of_Eosinophilic_Esophagitis.27.pdf) (17.05.2017)
6. Marsha Kay, M.D., Vasundhara Tolia, M.D. Common Gastrointestinal problems in pediatric patients [Electronic resource]/ Department of Pediatric Gastroenterology and Nutrition, The Cleveland Clinic Foundation and Division of Gastroenterology, Childrens Hospital Of Michigan. – P.13. – Available at: <http://s3.gi.org/patients/gihealth/pdf/pediatric.pdf> (17.05.2017)
7. Pediatric Gastroesophageal Reflux Clinical Practice Guidelines: Joint Recommendations of the North American Society for Pediatric Gastroenterology, Hepatology, and Nutrition

(NASPGHAN) and the European Society for Pediatric Gastroenterology, Hepatology, and Nutrition (ESPGHAN) [Electronic resource] // Journal of Pediatric Gastroenterology and Nutrition. – October, 2009. – Vol. 49(4). – P. 498–547. – Available at: <http://www.naspghan.org/files/documents/pdfs/position-papers/FINAL%20-%20JPGN%20GERD%20guideline.pdf> (17.05.2017)

8. Riccardo Urgesi, Rossella Cianci, Maria Elena Riccioni. Update on triple therapy for eradication of *Helicobacter pylori*: current status of the art [Electronic resource] / Clinical and Experimental Gastroenterology. – 2012. – P. 151-157. – Available at: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3449761/pdf/ceg-5-151.pdf> (17.05.2017)
9. The Pediatric End-Stage Liver Disease (PELD). Model as a Predictor of Survival Benefit and Posttransplant Survival in Pediatric [Electronic resource]// Liver Transplant. – 2006. – Vol. 12. – P. 475-480. – Available at: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/lt.20703/pdf> (17.05.2017)