

**AZƏRBAYCAN RESPUBLİKASI**

*Əlyazması hüququnda*

**NEKROTİK ENTEROKOLİT KEÇİRMİŞ  
KÖRPƏLƏRİN KATAMNEZİ VƏ REABİLİTASIYA  
YOLLARI**

İxtisas: 3220.01 – Pediatriya

Elm sahəsi: Tibb

İddiaçı: **Sevinc Camal qızı İsmayılova**

Fəlsəfə doktoru elmi dərəcəsi  
almaq üçün təqdim edilmiş dissertasiyanın

**AVTOREFERATI**

**Bakı – 2022**

Dissertasiya işi Azərbaycan Tibb Universitetinin I Uşaq xəstəlikləri kafedrasında yerinə yetirilmişdir.

Elmi rəhbər: əməkdar elm xadimi,  
tibb elmləri doktoru, professor  
**Nəsb Cəfər oğlu Quliyev**

Rəsmi opponentlər: əməkdar elm xadimi,  
tibb elmləri doktoru, professor  
**İbrahim İsa oğlu İsayev**  
tibb elmləri doktoru, professor  
**Aslan İsmayıl oğlu Həsənov**  
tibb üzrə fəlsəfə doktoru  
**Səadət Arif qızı Hüseynova**

Azərbaycan Respublikasının Prezidenti yanında Ali Attestasiya Komissiyasının Azərbaycan Tibb Universitetinin nəzdində fəaliyyət göstərən ED 2.27 Dissertasiya şurası

Dissertasiya şurasının sədri:  
tibb elmləri doktoru, professor  
\_\_\_\_\_ **Yaqub Ziyəddin oğlu Qurbanov**

Dissertasiya şurasının elmi katibi:  
tibb üzrə fəlsəfə doktoru, dosent  
\_\_\_\_\_ **Törə Akif qızı Sadıqova**

Elmi seminarın sədri:  
əməkdar elm xadimi,  
tibb elmləri doktoru, professor  
\_\_\_\_\_ **Amaliya Abdulla qızı Əyyubova**

## IŞIN ÜMUMİ XARAKTERİSTİKASI

**Mövzunun aktuallığı.** Yenidoğulanlarda nekrotik enterokolit (NEK) ağır xəstəliklərdən sayılaraq, 30-50% uşaqlarda ölümə səbəb olur. Xəstəliyin gedişi ağırlığından və yenidoğulanların yetkinlik dərəcəsinə asılıdır<sup>1</sup>. Son illər NEK zamanı ən təhlükəli ağırlaşmalardan biri hesab olunan mədə-bağirsaq yolunun perforasiyasının artması davam edir. Bu zaman letallıq 40-80%-ə qədər yüksəlir. Bəzən daha ağır yanaşı patologiyalar müşahidə edilən xəstələrdə ölüm 100%-ə bərabərdir. Daha yüksək letallıq bədən kütləsi 1000 qramdan az olan vaxtından qabaq doğulanlarda baş verir və 45-100% arasında tərəddüd edir<sup>2,3</sup>. Ədəbiyyat məlumatlarına əsasən, əməliyyat keçirmiş yenidoğulanlar arasında 18-40%-ə qədər yüksək letallıq qeyd olunur, bağırsağın genişsahəli nekrozunda isə bu göstərici 95-100%-ə çatır. Bir sıra müəlliflərin məlumatlarına görə, NEK yenidoğulanların yalnız 16%-də mədə-bağirsaq yolunun zədələnməsi ilə təzahür edir. 84% halda isə NEK 2-3 və daha çox orqan və sistemlərin patoloji prosesə cəlb edilməsi, poliorqan çatışmazlığı ilə müşayiət edilir<sup>4,5</sup>.

Neonatal dövrdə keçirilən NEK uşaqların sonrakı inkişafına və sağlamlığına bilavasitə təsir göstərir: körpələrdə qısa bağırsaq sindromu, malabsorbsiya kimi ağırlaşmalar, 36%-də isə fiziki

---

<sup>1</sup>*Bellodas Sanchez J., Kadrofske, M.* Necrotizing enterocolitis// Neurogastroenterol Motil., – 2019. Mar. 31 (3), – e13569.

<sup>2</sup>*Kinstlinger, N.* Is necrotizing enterocolitis the same disease in term and preterm infants? / N.Kinstlinger, A.Fink, S.Gordon [et al.] // J. Pediatr. Surg., – 2021. Aug. 56 (8), – p. 1370-1374.

<sup>3</sup>*Brown, J.V.* Multi-nutrient fortification of human milk for preterm infants / J.V.Brown, N.D. Embleton, J.E.Harding [et al.] // Cochrane Database Syst Rev., – 2016. 8 (5), – p.343.

<sup>4</sup> Wang, F.S. Intestinal tract and parenteral multi-organ sequential pathological injury caused by necrotizing enterocolitis / F.S.Wang, M.L.Yu, W.Z.Li [et al.] // BMC Pediatr., – 2020. 20, – Article No.: 418.

<sup>5</sup>*Sampah, M.E.S., Hackam, D.J.* Prenatal immunity and influences on necrotizing enterocolitis and associated neonatal disorders // Front. Immunol., – 2021. 12, – p. 650709.

inkişafdan geri qalma, MSS-də funksional pozulmalar inkişaf edir, sosial adaptasiya olmur<sup>6</sup>.

NEK zamanı cərrahi əməliyyat olunan uşaqlar arasında ən təhlükəli ağırlaşmalardan biri “qısa bağırsaq sindromu”dur (QBS) ki, bu da sorulmanın pozulmasına və nəticədə qida maddələrinin absorbsiyasının azalmasına, əsasən proteinlər, elektrolitlər və maye itkisinə gətirib çıxarır. Bilavasitə QBS-da yağda həll olan vitaminlərin absorbsiyası da pozulur. Bununla əlaqədar olaraq, həkim müşahidənin sonrakı dövrlərində bir sıra problemləri həll etməlidir: II-li malabsorbsiya, mədənin adaptativ hipersekresiyası, disbiosis, intestinal adaptasiyanın stimulyasiyası. Buna uyğun olaraq, kompleks spəşifik tədbirlər – nəcisin həcmninə monitorinqi, mənimsənilmə proseslərinin effektivliyini müəyyən etmək üçün nəcisdə karbohidratların ekskresiyası və lipid fraksiyalarının təyini (nəcisin koproloji müayinəsi və lipidoqramma) aparılmalıdır. Bu müayinə ferment preparatlarının təyin edilməsinə imkan verir. Bundan əlavə, yağda həll olan vitaminlər (A, E, D, K) və B<sub>12</sub> vitamini parenteral təyin edilməlidir<sup>7,8</sup>. NEK keçirən uşaqların dispanser müşahidəsi və reabilitasiya dövründə qidalanma məsələləri də öz akuallığını saxlayır. Şübhəsiz, bu dövrdə qidalanmanın əsasını ana südü təşkil edir. NEK keçirən uşaqlara əlavə yeməklərin təyin edilməsi zamanı da uşağın vəziyyəti və yetişməzliyin dərəcələri nəzərə alınmalıdır.

Beləliklə, NEK keçirmiş körpələrin reabilitasiyası çox mürəkkəb və zəhmət tələb edən prosesdir, yalnız perinatal dövrlə məhdudlaşmır və sahə pediatrik xidmətinin qarşısında yeni məsələlər qoyur. Bu uşaqların aparılması pədiatrdan bu patologiya barəsində dərin biliklər və təcrübə tələb edir. Bu zaman zədələnmiş bağırsaq problemlərinin

---

<sup>6</sup>*Brown, J.V.* Multi-nutrient fortification of human milk for preterm infants / J.V.Brown, L.Lin, N.D. Embleton [et al.] // *Cochrane Database Syst Rev.*, – 2020. 6, – Article No.: CD000343.

<sup>7</sup>*Cao, M.* Physical activity and gastric residuals as biomarkers for region-specific NEC lesions in preterm neonates / M.Cao, A.D.Andersen, Y.Li [et al.] // *Neonatology*, – 2016. Suppl. 7, – 110 (4), – p. 241-247.

<sup>8</sup>*Parker, L.A.* Effect of gastric residual evaluation on enteral intake in extremely preterm infants: A randomized clinical trial / L.A.Parker, M.Weaver, R.J.Murgas Torrazza [et al.] // *JAMA Pediatr.*, – 2019. 173 (6), – p. 534-543.

aradan qaldırılması ilə yanaşı, bütün orqanizmin orqan və sistemlərinin funksiyalarının normallaşmasına yönəlmiş tədbirlər və reabilitasiya üsulları həyata keçirilməlidir. Bu səbəbdən NEK keçirən xəstələr sahə pediatri ilə yanaşı, nevroloq, okulist, qastroenteroloq və digər mütəxəssislərin də nəzarəti altında olmalıdır<sup>9,10</sup>. Lakin bu aspektdə aparılan tədqiqatlar tək-təkdir, NEK keçirən uşaqların saqlamlıq vəziyyəti, inkişaf xüsusiyyətləri (sinir-psixi, fiziki inkişaf xüsusiyyətləri, MSS-nin, daxili orqan və sistemlərin xəstəliklərin rastgəlmə tezliyi, xarakteri, immun sistemin vəziyyəti və s.) kifayət qədər öyrənilməmişdir.

**Tədqiqatın obyektı:** nekrotik enterokolit keçirmiş körpələr.

**Tədqiqatın məqsədi** NEK keçirmiş körpələrin katamnezinin öyrənilməsi, əldə edilən məlumatların əsasında müvafiq reabilitasiya üsullarının hazırlanması olmuşdur.

**Tədqiqatın vəzifələri:**

1. Bakı şəhərində nekrotik enterokolit keçirmiş erkən yaşlı uşaqlar arasında tibbi-statistik müayinələri keçirmək, bu xəstəliyin rastgəlmə tezliyinin və inkişafının sosial-epidemioloji aspektlərini öyrənmək;
2. Nekrotik enterokolit keçirmiş körpələrin südəmər dövrünün saqlamlıq vəziyyəti ilə onların analarının saqlamlığı, hamiləlik və doğuşun gedişi arasında əlaqəni aydınlaşdırmaq;
3. Nekrotik enterokolit keçirmiş bir yaşa qədər uşaqların somatik və nevroloji statusunun, fiziki inkişaf göstəricilərini qiymətləndirmək;
4. Nekrotik enterokolit keçirmiş südəmər uşaqlara kompleks müalicə tədbirlərinin həyata keçirilməsinə metodik yanaşmanı və müvafiq reabilitasiya tədbirlərini hazırlamaq.

---

<sup>9</sup>Пасечник, И.Н. Современные подходы к ускоренному восстановлению пациентов после хирургических вмешательств / И.Н.Пасечник, А.Г.Назаренко, Р.Р.Губайдуллин [и др.] // Анестезиология и реаниматология, – 2015. 15 (116), – с. 10-17.

<sup>10</sup>Насирова, С.Р., Мехтиева, С.А., Гусейнова, Н.Г. Клинико-иммунологические особенности некротического энтероколита у новорожденных // Научный альманах, – 2016. № 3-3 (17), – с. 333-337.

**Tədqiqatın metodları:** anamnestik, klinik, laborator, biokimyəvi, instrumental, epidemioloji, bakterioloji və statistik müayinə metodlarından istifadə edilmişdir.

**Dissertasiyanın müdafiəyə çıxarılan əsas müddələri:**

- 2011-2015-ci illərin epidemioloji məlumatlarına əsasən, Bakı şəhərində nekrotik enterokolitlə xəstələnmənin xüsusi çəkisi yenidoğulmuşlarda rast gəlinən digər mədə-bağırsaq yolu (MBY) xəstəlikləri ilə müqayisədə yüksəkdir.
- NEK keçirmiş uşaqların sağlamlığı bəzi xüsusiyyətlərə malikdir: fiziki inkişaf göstəricilərinin və infeksiyalara qarşı rezistentliyin aşağı olması, somatik və nevroloji patologiyanın yüksək tezliyi, psixomotor inkişafın aşağı əmsalları.
- NEK keçirmiş uşaqların erkən diaqnostikası, aparılması, reabilitasiyası və dispanserizasiyası alqoritminin işlənib hazırlanması.
- NEK keçirmiş uşaqlara həyatlarının birinci ilində çoxprofilli klinikalarda erkən, yüksəkixtisaslı tibb və sosial işçilər tərəfindən kompleks reabilitasiya tədbirləri aparılmalıdır.

**Tədqiqatın elmi yeniliyi.** Azərbaycanda katamnestik müayinənin aparılması zamanı müəyyən edilmişdir ki, NEK olan uşaqların sağlamlığı korreksiya olunmuş yaşın 1-ci ilində somatik və nevroloji patologiyanın tezliyinin yüksək olması, həmçinin psixomotor inkişafın daha aşağı əmsalları, fiziki inkişafdan geri qalma və infeksiyalara qarşı aşağı rezistentlik, xəstələnmənin strukturunda əlilliyin tezliyinin yüksək olması ilə səciyyələnir ki, onun yaranması səbəbləri arasında respirator distress-sindrom, yarımçıq doğulanların retinopatiyası və bronx-ağciyər displaziyası üstünlük təşkil edir.

Yenidoğulma dövründə nevroloji statusun qiymətləndirilməsi (A.B.Palçık sxemi üzrə, 2008) ilə həyatının birinci ilində psixomotor inkişaf əmsalları arasında (KAT/KLAMS şkalası üzrə) düz korrelyasiya asılılığı aşkar edilmişdir. KAT/KLAMS şkalası üzrə NEK olan uşaqların korreksiya olunmuş yaşa görə psixomotor inkişafı qiymətləndirilmişdir ki, bu da erkən yaşlarda körpələrin psixi və motor inkişafının ləngiməsini üzə çıxarmışdır.

NEK olan uşaqların sosial-gigiyenik amillərlə bağlı xəstələnmə səviyyəsinin ananın sağlamlıq vəziyyətindən, hamiləliyin və

doğuşların gedişindən, irsi meyliyindən, keçirilmiş virus və bakterial infeksiyalardan asılılığı müəyyən edilmişdir.

Respublikada uşaqlar arasında NEK-in yayılmasına, strukturuna və klinik gedişinə tibbi-sosial amillərin təsiri öyrənilmiş və uşaqlarda NEK-in erkən aşkar edilməsi, reabilitasiyası və dispanserizasiyası metodlarının təkmilləşdirilməsinə yönəldilmiş tədbirlər proqramı işlənib hazırlanmışdır.

**Tədqiqatın praktik əhəmiyyəti.** Erkən reabilitasiya tədbirlərinin aparılmasının zərurəti əsaslandırılmış və NEK olan uşaqlarda differensiasiyalı tibbi müşahidənin aparılmasına dair tövsiyələr verilmişdir. Təklif olunmuş reabilitasiya kompleksi keyfiyyət alqoritminə cavab verir və münasibliyi, effektivliyi, əlavə təsirlərin olmaması onu tibb təcrübəsində geniş tətbiq etmək üçün tövsiyə etməyə imkan verir. NEK olan uşaqların nevroloji statusunun A.B.Palçik sxemi (2008) üzrə qiymətləndirilməsi həkim-neonatoloqlara körpələrə qulluq mərhələsində korreksiya olunmuş 1 yaşa qədər psixomotor inkişafın ləngiməsi riskini proqnozlaşdırmağa imkan verir. Pediatriqların təcrübəsində körpənin həyatının ilk ilində KAT/KLAMS şkalasından istifadə etmələri NEK keçirmiş uşağın psixomotor inkişafını tez qiymətləndirməyə və reabilitasiya tədbirlərini vaxtında başlamağa təkan verir.

2013-cü ildən etibarən Elmi-Tədqiqat Pediatriya İnstitutunda “Yenidoğulanlarda nekrotik enterokolitin erkən diaqnostikası, klinikası və müalicə prinsipləri” mövzusunda planlı elmi tədqiqat işləri başlanmışdır. Bu işlə əlaqədar institutun əməkdaşları ilə birlikdə İsmayılova S.C. Azərbaycan Respublikası Prezidenti yanında Elmin İnkişaf Fondu tərəfindən keçirilən Qrant layihəsində iştirak etmiş və qalib gəlmişlər.

**Aprobasiya.** Tədqiqatın nəticələri Aqil Əlirza oğlu Əliyevin 90 illik yubileyinə həsr olunmuş elmi-praktik konfransda (Bakı, 2016), Ə.Əliyevin 120 illik yubileyinə həsr olunmuş elmi-praktik konfransda (Bakı, 2017), “Müasir təbabət: yeni yanaşmalar və aktual tədqiqatlar” mövzusunda XXV Beynəlxalq elmi-praktik konfrans (Moskva, 2019), XXXV International Multidisciplinary Conference "Recent Scientific Investigation" konfransında (Moskva, 2022) müzakirə edilmişdir.

Dissertasiyanın ilkin müzakirəsi K.Fərəcova adına Elmi-Tədqiqat Pediatriya İnstitutunun Elmi Şurasının iclasında keçirilmişdir (25.12.2018, protokol № 05). Tədqiqatın nəticələri həmçinin ATU-nun ED 2.27 Dissertasiya Şurası nəzdində fəaliyyət göstərən 3220.01 – “Pediatriya” ixtisası üzrə Elmi Seminarda (29.11.2021, protokol № 09) məruzə və müzakirə edilmişdir.

**Dissertasiya işinin nəticələrinin praktikaya tətbiqi.** Dissertasiya işinin nəticələri K.Fərəcova adına Elmi-Tədqiqat Pediatriya İnstitutunun klinik təcrübəsində, Azərbaycan Tibb Universitetinin I uşaq xəstəlikləri kafedrasının tədris prosesində tətbiq edilir.

**Dissertasiya işinin yerinə yetirildiyi təşkilatın adı.** Tədqiqat K.Fərəcova adına Elmi-Tədqiqat Pediatriya İnstitutunda və Azərbaycan Tibb Universitetinin I uşaq xəstəlikləri kafedrasında yerinə yetirilmişdir.

**Çap edilmiş işlər.** İşin əsas müddəaları və nəticələri üzrə Dissertasiyanın əsas müddəaları dərc olunmuş 12 elmi əsərdə (7 məqalə, 5 tezis) öz əksini tapmışdır. Onlardan 4 məqalə və 3 tezis yerli, 3 məqalə və 2 tezis xarici mətbuatda çap edilmişdir.

**Dissertasiya işinin həcmi və strukturu.** Dissertasiya 182 kompyuter səhifəsində (223097 işarə) təqdim edilmişdir və girişdən (5 səh.), ədəbiyyat icmalı (25 səh.), tədqiqatın material və metodları (11 səh.), şəxsi tədqiqatın nəticələri və onların müzakirəsi fəsilərindən (96 səh.), yekundan (16 səh), nəticələrdən (1,5 səh.), praktik tövsiyələrdən (0,5 səh.) və ədəbiyyat siyahısından (22 səh.) ibarətdir. İş 46 cədvəl, 27 qrafik, 2 şəkil və 3 sxemlə əyaniləşdirilmişdir. 209 mənbədən ibarət ədəbiyyat siyahısında olan istinadların 9-u azərbaycan dilində, 200-ü isə xarici dillərdədir.

## **TƏDQIQATIN MATERIAL VƏ METODLARI**

İş 2014-2016-ci illərdə ATU-nun I uşaq xəstəlikləri kafedrasının elmi proqramı çərçivəsində yerinə yetirilmişdir. Azərbaycanda NEK ilə xəstələnən uşaqların müalicəsi K.Fərəcova adına ET Pediatriya İnstitutunda, Perinatal Mərkəzdə və Mərkəzi Klinik Xəstəxanada



aparıldığı üçün, tədqiqat işində bu müəssisələrin məlumat bazalarından və arxivlərindən istifadə edilmişdir.

Klinik-laborator müayinələrin məlumatları aşağıdakı klinik qrupları formalaşdırmağa imkan vermişdir: əsas müşahidə qrupu – NEK olan uşaqlar (128 uşaq), kontrol müşahidə qrupu – sağlam uşaqlar (64 uşaq). Əsas qrupdakı uşaqlar 2 qrupa bölünmüşlər: 1-ci qrup (n=83) – NEK olan, konservativ yolla müalicə alan və ağırlaşmaları olmayan uşaqlar; 2-ci qrupu (n=45) – NEK olan, irinli-iltihabi ağırlaşmaları olan və cərrahi yolla (ileusla birgə peritonit, sepsis və pnevmoniya, sağalmayan anastomoz) müalicə edilən uşaqlar təşkil etmişdir. Kontrol qrupu normal fizioloji doğuşlardan sonra sağlam yenidوغانlar (n=64) təşkil etmişdir. Kontrol qrupa vaxtında doğulan, 38-41 həftədə doğulan sağlam uşaqların, böyüməsi və inkişafı üzərində dinamik müşahidə aparılması imkanı olan 12 ayına qədər uşaqların daxil edilməsinə qərar verilmişdir.

Xəstəliyin mərhələsi Walsh və Kliegman təsnifatına görə, klinik əlamətlər üzrə təyin edilmişdir: 1-ci qrupu – 1A, B və 2A dərəcəli (ağırlaşmaları olmayan) NEK olan 83 (64,8±4,2%) yenidوغانlar və 2-ci qrupu – 2B və 3A, B dərəcəli (şiddətlənən gedişli, ümumi və yerli ağırlaşmalarla) NEK olan 45 (35,2±4,2%) yenidوغانlar təşkil edir.

Uşaqların hestasiya yaşı 1-ci qrupda 31,2±1,23 həftə, 2-ci qrupda – 29,8±1,82 həftə ( $p>0,05$ ), müqayisə qrupunda olan uşaqlarda – 38,4±1,12 həftə təşkil etmiş, yəni 1 və 2-ci yarımqrupa nisbətən dürüst yüksəkdir ( $p<0,05$ ). Oğlanlar cəmi 85 (66,4±4,2%), qızlar 43 (33,6±4,2%) nəfər olmuşdur. Onlardan birinci qrupda oğlanlar 53 (63,9±5,3%), ikinci qrupda 32 (71,1±6,7%), müqayisə qrupunda – 33 (51,6±6,2%); qızlar müvafiq olaraq 30 (36,1±5,3%), 13 (28,9±6,7%), müqayisə qrupunda – 31 (48,4±6,2%) nəfər olmuşdur ( $p>0,05$ ).

NEK diaqnozu qoyulduqdan dərhal sonra uşaqların hamısında NEK-in konservativ yolla aparılması protokolu çərçivəsində tədbirlər həyata keçirilmişdir (tam parenteral qidalanma, mədənin və düz bağırsağın dekompressiyası, venadaxili antibakterial terapiya). Əgər NEK-in simptomatikası antibakterial terapiya fonunda inkişaf etmişdirsə, onun təcili korreksiyası aparılmışdır. Diaqnozun

qoyulmasından dərhal sonra yenidoğulanların hamısında enteral qidalanma və preparatların peros qəbulu dayandırılmışdır.

Uşağın vəziyyəti üzərində 1 sutka ərzində neonatoloq (və ya yenidoğulanların RİTŞ həkimi) və cərrah-neonataloq tərəfindən nəzarət həyata keçirilmişdir (12 saat dövrüklə periferik qanın müayinəsi, qarın boşğunun rentgenoqrafiyası aparılmışdır).

Cərrahi müalicə aparılan yenidoğulanlar 2-ci qrupu təşkil etmişdir (45 uşaq). Pasiyentlərin bu qrupunda əsas yanaşma klinik və əlavə müayinə üsullarının qiymətləndirilməsi olmuşdur.

Tədqiqat işində tibb sənədlərinin (konsultativ qəbulu kartlarının, hamilə və zahı qadınların fərdi mübadilə-xəbərdarlıq kartlarının, doğuş tarixlərinin, yenidoğulanların inkişaf və xəstəlik tarixlərinin) retrospektiv təhlili aparılmışdır.

Təsviri-qiymətləndirmə üsulları xəstələnmənin rəsmi qeydiyyat məlumatlarına və Bakı şəhərində 2011-2015-ci illərdə K.Fərəcova adına ET Pediatriya İnstitutunun qeydiyyat-hesabat sənədlərinin öyrənilməsinin nəticələrinə görə xəstələnmənin təhlilinin aparılması zamanı tətbiq edilmişdir. Bakı şəhərində uşaqlarda NEK-in yayılmasının retrospektiv epidemioloji təhlili metodundan istifadə edilmişdir. Uşaqlarda NEK-lə xəstələnmə və onun yayılması 5-illik dövrdə xəstəlik tarixlərinin təhlili zamanı öyrənilmişdir. Xəstəliyin klinik xarakteristikası, hamiləliyin, doğuşların, doğuşdansonrakı dövrün gedişinin xüsusiyyətləri, 192 yenidoğulan uşaqlarda dölün vəziyyəti təhlil edilmişdir.

Katamnestik müşahidə üçün həyatının 1-ci ilində olan körpə üzərində müşahidə kartı işlənib hazırlanmışdır ki, buraya uşaqların müayinə məlumatlarından başqa, müayinə olunan uşaqların analarının anamnez məlumatları daxil edilmişdir. Bu zaman müayinə edilən uşaqların anaları sosial amilləri subyektiv qiymətləndirməklə sərbəst şəkildə özləri göstərmişlər.

Yenidoğulanların klinik müayinəsi ümumi qəbul edilmiş üsullarla həyata keçirilmiş, uşağın ümumi vəziyyətinin və fiziki inkişafının qiymətləndirilməsi, Bollard şkalası üzrə morfofunksional yetişkənliyinin təyin edilməsi, xəstəliyin klinik simptomlarının, həmçinin MBY və MSS-də patoloji dəyişikliklərin ağırlıq dərəcəsi təyin edilmişdir.

NEK-in diaqnostikasında laborator müayinə, şüa diaqnostikası, qarın USM və rentgenoloji müayinə, laparosentez (diaqnostik, müalicəvi) və laparoskopiya metodlarından istifadə edilmişdir.

Ümumi klinik müayinələrlə yanaşı, qarın boşğunun transabdominal USM və 7,5 MHzs ötürücü ilə GEProseriesLOGIQ 500 və SonoAcePICO aparatları ilə dopplerometriyası aparılmışdır.

Uşaqların hamısında ümumi qəbul edilmiş standartlara uyğun olaraq laborator-instrumental müayinə metodları kompleksli həyata keçirilmişdir: qanın və sidiyin ümumi müayinəsi, qan şəkərinin müayinəsi, qanın biokimyəvi göstəricilərinin (ümumi zülal və onun fraksiyaları, ümumi bilirubin və onun fraksiyaları, transaminazalar, C-reaktiv zülal, sidik cövhəri, kreatinin və s.); qanda qazların turşu-qələvi vəziyyətinin təyin edilməsi; koproskopiya, nəcisin disbakterioz və bağırsaq qrupuna görə müayinəsi.

Qanın ümumi klinik müayinəsi unifikasiyalı metodla «Abbott diagnostics» (ABŞ) firmasının «Cell-Dyn 3500R» və «ABX Diagnostics» (Fransa) firmasının «Micros 60-OT18» avtomatik hematoloji analizatorlarında yerinə yetirilmişdir.

Törədicinin növündən və infeksiyon-iltihabi prosesin lokalizasiyasından asılı olaraq müayinə üçün materiallar götürülmüşdür. Klinik materialın nümunələrinin birinci əkilməsi bərk (5%-li qoyun qanı olan aqara, Endo, Ploskiriyov, Saburo mühitlərinə, yumurta sarısı-duzlu aqara) və duru qidalı mühitlərə (0,25%-li şəkərli bulyon) standart metodlarla aparılmışdır. İzolyatların identifikasiyası Bergy (1984) müvafiq olaraq həyata keçirilmişdir. Klinik materialın nümunələrində mikroorqanizmlərin ayrı-ayrı növlərinin rastgəlmə tezliyi bir nümunədə böyümənin olmasına əsasən hesablanmış və faizlərlə ifadə edilmişdir.

Uşaqların psixomotor inkişafının qiymətləndirilməsi KAT/KLAMS (Clinical adaptive test — CAT, clinical linguistic and auditory milestone scale — CLAMS and Gross motor — GM). şkalası üzrə aparılmışdır. Bu şkala idrak, danışiq, motor funksiyasını və inkişafın tamdəyərli olub-olmamasını tez və obyektiv qiymətləndirməyə imkan verir. Bu şkala bir neçə anoloji şkalanın birləşməsi nəticəsində yaradılmışdır. Amerika Pediatriya Akademiyası tərəfindən təsdiq edilərək, bütün dünyada geniş

yayılmışdır. Uşağın yaşına görə inkişafına uyğun gəlib-gəlməməsi məsələsi onun faktik (xronoloji) yaşı ilə müqayisədə aparılır. İnkişaf əmsalı aşağı düstürün köməyi ilə hesablanır:

İnkişaf əmsalı = inkişaf yaşı/xronoloji yaş  $\times$  100%.

75%-dən yüksək inkişaf əmsalı uşağın psixomotor inkişafının faktik yaşa uyğun olduğunu təsdiq edir.

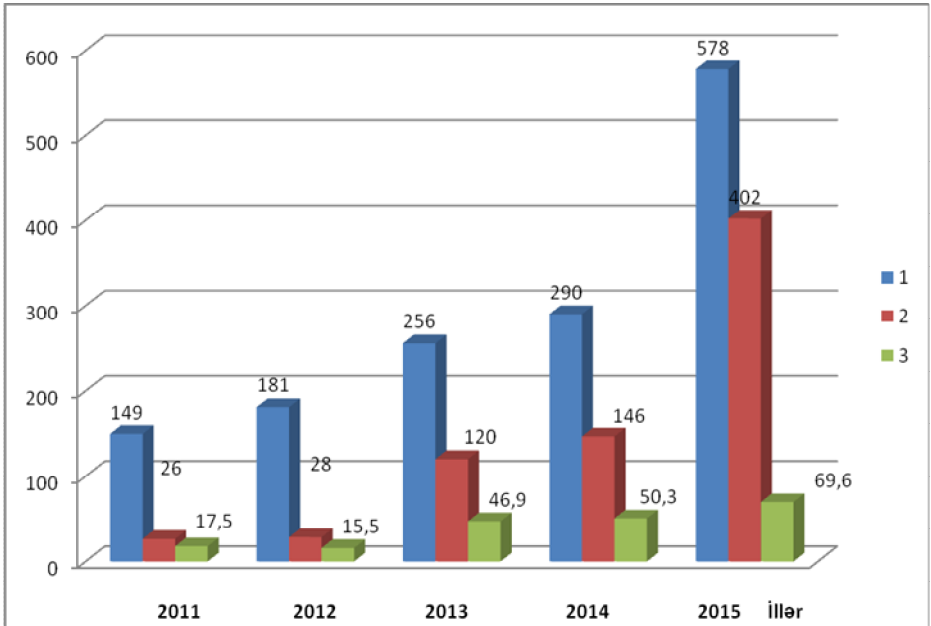
Nevroloji statusun qiymətləndirilməsi üçün A.B.Palçık-in (2002) yenidoğulmuşların sinir sisteminin qiymətləndirilməsi üzrə skrining sxemi istifadə edilmişdir. Bu zaman nevroloji statusun bütün optimal göstəriciləri 0, suboptimal göstəriciləri isə 0-dan fərqli qiymətləndirilmişdir.

Riyazi işləmə bilavasitə ümumi EXCEL 7.0 (Microsoft, USA) məlumatlar matrisasından STATGRAPH 6 (Microsoft, USA) proqramının imkanlarından istifadə etməklə aparılmışdır. Bütün rəqəm məlumatları «MS Excel XR» elektron cədvəlləri şəklində qeydə alınmışdır. Statistik təhlil elektron cədvəllərin təhlili paketinin standart vasitələri ilə həyata keçirilmişdir ki, bu zaman orta kəmiyyətlərin, onların xətlərinin, etibarlılıq intervallarının, Studentin t meyarının, Van-der-Varden meyarının,  $\chi^2$  meyarının qiymətləri hesablanmışdır. İşdə yalnız dürüst korrelyasiya əlaqələri nəzərə alınmışdır.

## **TƏDQIQATIN NƏTİCƏLƏRİ VƏ ONLARIN MÜZAKİRƏSİ**

2011-2015-ci illərdə Bakı şəhərində MBY ilə xəstələnmənin strukturunda uşaqlarda NEK-in yayılmasının xüsusi çəkisi  $49,7 \pm 1,3\%$  təşkil etmişdir. Aparılan təhlil nəticəsində müəyyən edilmişdir ki, 2011-ci ildə Bakı şəhərində uşaqlarda NEK ilə  $17,5 \pm 3,1\%$ , 2012-ci ildə isə uşaqlarda NEK ilə müvafiq olaraq  $15,5 \pm 2,7\%$  xəstəlik hadisəsi qeydə alınmışdır. 2013-cü ildən NEK qeydə alınmış xəstə uşaqların sayı artmağa başlayaraq,  $46,9 \pm 3,1\%$  təşkil etmişdir. 2014-cü ildə  $50,3 \pm 2,9\%$  hadisə, 2015-ci ildə  $69,6 \pm 1,9\%$  hadisə qeyd edilmişdir. Beləliklə, Bakı şəhərində 2011-2015-ci illər ərzində uşaqlarda NEK ilə xəstəlik hadisələrinin ümumi sayı 722 hadisə olmaqla, 2015-ci ildə uşaqlarda NEK-in üstünlük təşkil etdiyini göstərmişdir ( $55,7 \pm 1,9\%$ ). Uşaqlarda NEK ilə

xəstələnmənin ən aşağı göstəriciləri 2011-ci və 2012-ci illərdə qeydə alınmışdır – müvafiq olaraq 3,6% və 3,9%. Uşaqlarda Bakı şəhərində 2011-2015-ci illər ərzində qeydə alınan MBY-nin patologiyalarının öyrənilməsi stomanın daşıyıcısı (23,9%) və bağırsağın invaginasiyası (10,5%) ilə müqayisədə NEK-in üstünlük təşkil etdiyini ( $49,7 \pm 1,3\%$ ) göstərmişdir. Nazik bağırsağın burulması 6,4%-dən yüksək deyildir; bitişmə mənşəli bağırsaq keçməzliyi 3,5%, qastrointestinal qanaxma – 2,1% təşkil etmiş, stranqulyasion bağırsaq keçməzliyi isə cəmi 1,23%-ə bərabər olmuşdur (qrafik 1).



**Qrafik 1. Bakı şəhərində uşaqlarda NEK ilə xəstələnmə göstəriciləri (2011-2015-ci illər): 1- MBY ilə xəstələrin cəmi; 2 - uşaqlarda NEK, müt. rəq.; 3 - %-lə**

Bakı şəhəri üzrə 2011-2015-ci illər ərzində MBY-nin qeydə alınan patologiyaları 1-ci cədvəldə təqdim edilmişdir.

**Cədvəl 1****Bakı şəhərində 2011-2015-ci illər ərzində MBY-nin  
qeydə alınan patologiyası**

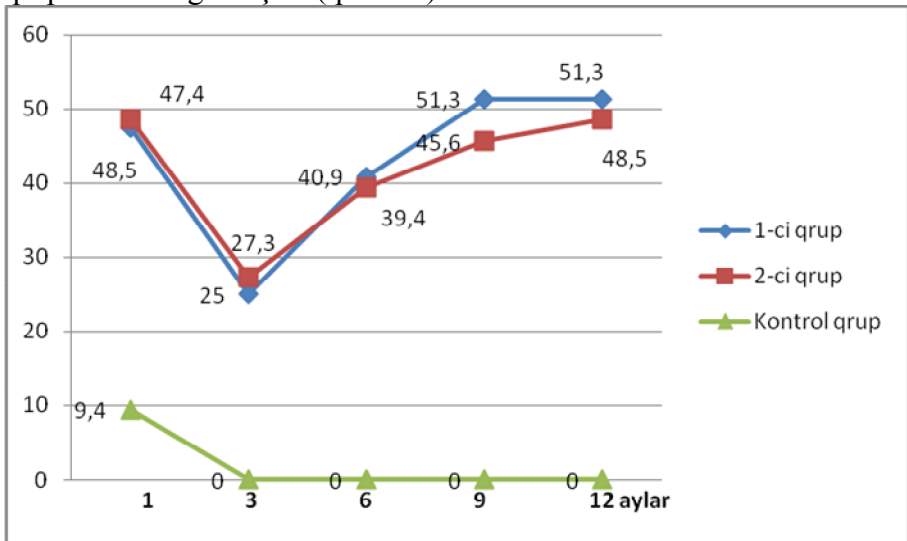
Xəstəliklər	2011	2012	2013	2014	2015	Cəmi
	%	%	%	%	%	%
Pilorostenoz	0,7	-	-	-	0,2	0,14
Mədənin spontan perforasiyası	-	1,7	0,4		0,2	0,34
Nekrotik enterokolit	17,5	15,5	46,9	50,3	69,6	49,7
Bağirsaq invaginasiyası	12,8	13,3	12,5	12,4	7,3	10,5
Qastrointestinal qanaxma	3,4	2,2	2,7	2,1	1,4	2,1
Bağirsaq keçməzliyi	13,4	-	-	-	-	1,4
Obtusion bağırsağ keçməzliyi (Bezoar)	0,7	0,6	-	-	0,2	0,21
Bitişmə mənşəli bağırsağ keçməzliyi	2,7	8,8	0,8	5,9	2,1	3,5
Stranqulasion bağırsağ keçməzliyi	-	1,7	0,9	0,9	0,9	1,23
Nazik bağırsağın burulması	1,3	-	-	-	-	0,14
Kəskin appendisit	4,7	8,2	11,0	6,6	3,9	6,4
Stoma daşıyıcısı	39,4	48,0	23,0	21,0	14,2	23,9
Mədə-bağırsağ yolunun yad cismi	3,4	-	0,8	-	-	0,49
Cəmi	100	100	100	100	100	100

Uşaqlar arasında NEK-in yayılmasında əhəmiyyət daşıyan sosial-epidemioloji amillərin qiymətləndirilməsi zamanı aşkar edilmişdir ki, iki amil sağlamlığın komponentlərinə kompleks mənfi təsir göstərir: ailələrin qeyri-əlvərişli maddi durumu, bir qayda olaraq, onların qeyri-qənaətbəxş mənzil şəraiti ilə birlikdə rast gəlinir. Təsadüfi deyildir ki, NEK olan uşaqlar qeyri-qənaətbəxş mənzil şəraiti olan uşaqlarda daha çox aşkar edilir, nəinki kontrol qrupda

olan uşaqlarda – müvafiq olaraq  $34,4 \pm 4,2$  və  $26,6 \pm 4,7\%$  ( $t=3,02$ ;  $p<0,01$ ).

Növbəti mərhələdə klinik müayinə zamanı analarda anamnez məlumatları toplanmış və yenidöğulanların gündəlik somatonevroloji müayinəsi həyata keçirilmişdir. Stasionardan evə yazıldıqdan sonra korreksiya olunmuş yaşın 1, 3, 6, 9 və 12-ci ayında olan 109 uşağın (1-ci qrupa – 76 uşaq, 2-ci qrupa – 33 uşaq daxildir) katamnestic müayinəsi aparılmışdır. Dinamik müayinənin gedişində KAT/KLAMS şkalasından istifadə etməklə uşaqların sağlamlıq vəziyyəti, fiziki (ümumi qəbul edilmiş metodika üzrə) və psixomotor inkişafı qiymətləndirilmişdir. Nitq inkişafının orta əmsalı bütün müşahidə müddətində əsas qrupda olan uşaqların hamısında müqayisə qrupunda olan körpələrlə müqayisədə dürüst aşağı olmuşdur ( $p<0,001$ ).

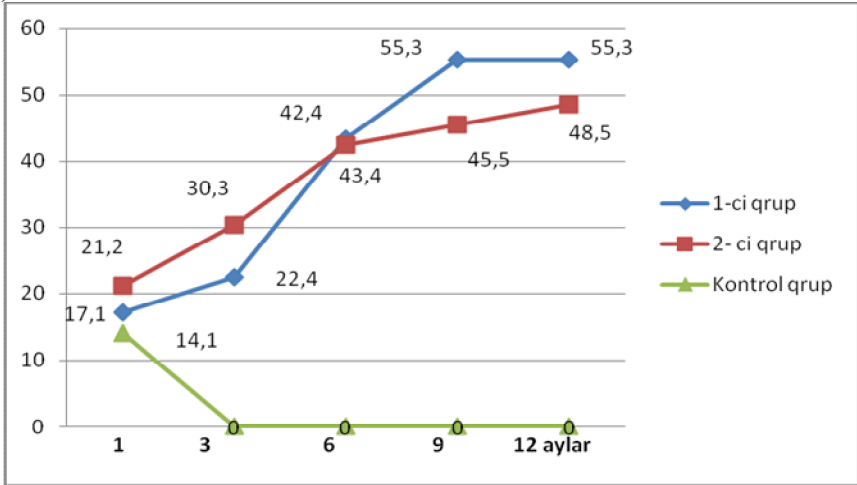
İdrakın inkişafının əmsalı aşağı olan uşaqlar hər müşahidə qrupunda rast gəlməmişdir (qrafik 2).



**Qrafik 2. Həyatının birinci ilində KAT/KLAMS şkalası üzrə idrakın inkişafının aşağı (<75%) əmsalına malik NEK keçirmiş uşaqların sayı**

Belə uşaqlar NEK keçirmiş uşaqlar arasında dürüst çox olmuşdur ( $p < 0,01$ ). 1 yaşına qədər NEK keçirmiş uşaqların praktik olaraq yarısı qruplar arasında statistik dürüst fərqlər olmadan idrakın inkişafı göstəricisi üzrə geri qalmışlar (1-ci qrupda 51,3%, 2-ci qrupda 45,6%).

Əsas qrupda dinamik müşahidə zamanı hərəki (motor) inkişafına görə geri qalan uşaqların sayı həyatının birinci ilində artmış (statistik dürüst fərqlər olmadan,  $p > 0,05$ ) və korreksiya olunmuş yaşın birinci ilinə qədər 1-ci qrupda olan uşaqların 53,9%-i, 2-ci qrupda uşaqların 45,7%-nin hərəki inkişafının əmsalı 75%-dən aşağı olmuşdur (qrafik 3).



**Qrafik 3. Həyatının birinci ilində KAT/KLAMS şkalası üzrə hərəki inkişafının aşağı (<75%) əmsalına malik NEK keçirmiş uşaqların sayı**

Kontrol qrupda olan uşaqlar arasında KAT/KLAMS şkalası üzrə psixomotor inkişafın bütün göstəriciləri üzrə geri qalan uşaqlar aşkar edilməmişdir.

Biz həmçinin NEK olan 128 yenidoğulanın perinatal anamnezinin məlumatlarını öyrənmişik. Yenidoğulanların müayinə olunan qruplarında analarda ən çox rast gələn mama-ginekoloji anamnezin ağırlaşmalarına aşağıdakılar aiddir: dölün bətdaxili inkişafının



ləngiməsi halları ( $48,4 \pm 4,4\%$ ), xronik fetoplasentar çatışmazlıq ( $46,1 \pm 4,4\%$ ), dölün xronik bətdaxili hipoksiyası ( $12,5 \pm 3,9\%$ ).

NEK olan uşaqların doğulması zamanı hamiləliyin pozulması təhlükəsi və xronik FPC hamiləliyin gedişinin tez-tez rast gələn ağırlaşmalarından biri olmuşdur ( $p < 0,05$ ). Əsas müşahidə qrupunda olan analarda müqayisə qrupu ilə müqayisədə nefropatiya, dölün hipotrofiyası statistik əhəmiyyətli dərəcədə çox rast gəlmişdir ( $p < 0,05$ ). Ekstrakorporal mayalandırma (EKM) təkcə əsas müşahidə qrupunda qeydə alınmışdır (3 hal,  $2,4\%$ ).

Doğuş zamanı dölün vəziyyətinə və gələcək postnatal hadisələrə təsir göstərən ən mühüm məqam, bizim tədqiqatlara görə, doğuş üsulunu hesab etmək lazımdır. Müəyyən edilmişdir ki, əsas qrupdakı analarda doğuşlar əksər hallarda təcili Qeysəriyyə kəsiyi əməliyyatı ilə başa çatmış, NEK olan uşaqların analarının 1-ci qrupunda  $62,6 \pm 5,3\%$  hadisə, NEK olan uşaqların analarının 2-ci qrupunda  $44,4 \pm 4,1\%$  ( $p > 0,05$ ) hadisə təşkil etmişdir. Planlı Qeysəriyyə kəsiyi 1-ci qrupda NEK olan uşaqların analarına  $13,3 \pm 3,8\%$ , 2-ci qrupda NEK olan uşaqların analarında  $15,6 \pm 5,6\%$  halda təyin edilmişdir.

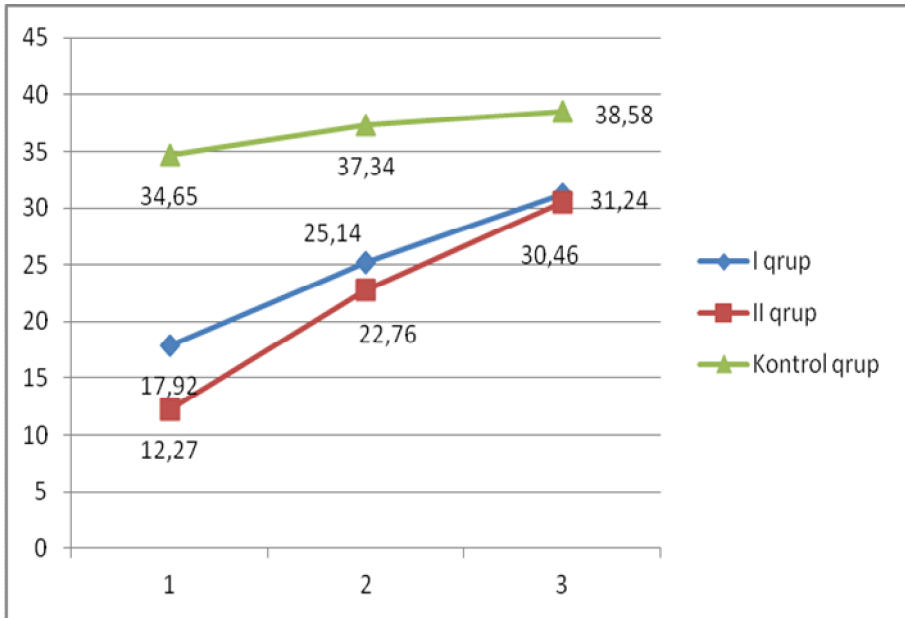
Ananın xronik somatik patologiyasının, antenatal və intranatal dövrün patologiyasının olmasını xarakterizə edən bütün amillərdən diskriminant modelin fəaliyyəti üçün daha əhəmiyyətli ( $p < 0,1$ ) bunlardır: hamiləliyin pozulması təhlükəsinin olması, hestozun olması, anamnezdə özbaşına abortların olması, Qeysəriyyə kəsiyi əməliyyatı yolu ilə doğuş, somatik patologiyanın olması.

NEK keçirmiş uşaqların fiziki inkişafı kontrol qrupdakı uşaqlardan bütün göstəricilər üzrə dürüst fərqlənmişdir ( $p < 0,001$ ). Yenidoğulanların fiziki inkişafının qiymətləndirilməsi zamanı aşkar edilmişdir ki, NEK keçirmiş uşaqlarda yaşa uyğun harmoniyalı inkişaf ( $44,6 \pm 5,5\%$ ) statistik az rast gəlmişdir, nəinki müqayisə qrupunda ( $65,6 \pm 5,9\%$ ,  $p < 0,001$ ). Apqar şkalası üzrə uşağın həyatının 1-ci və 5-ci dəqiqəsində qiymətləndirilməsi NEK keçirmiş uşaqlarda dürüst aşağı olmuşdur ( $p < 0,001$ ). Doğulduqda uşaqların vəziyyətinin qiymətləndirilməsi zamanı aşkar edilmişdir ki, əsas qrupdakı uşaqların hamısı ağır vəziyyətdə, müqayisə qrupunda isə qənaətbəxş vəziyyətdə doğulmuşlar.

NEK keçirmiş uşaqların hamısında yenidoğulmuşluq dövründə tənəffüs orqanlarının, sinir sisteminin xəstəlikləri və ürəyin inkişafının kiçik anomaliyaları (AOP, AAA) rast gəlmişdir. Tənəffüs orqanlarının xəstəlikləri arasında yenidoğulanların respirator-distress-sindromu (RDS) üstünlük təşkil etmişdir ki, o da 1-ci və 2-ci qrupda olan uşaqlarda NEK keçirmiş uşaqların analarının RDS-nin antenatal profilaktikasını almasına baxmayaraq, eyni tezliklə rast gəlmişdir: müvafiq olaraq  $89,2\pm 3,4\%$  və  $86,7\pm 5,0\%$  ( $p=0,425$ ). Beynin işemiyası sinir sisteminin ən çox rast gələn patologiyası olmuş və NEK keçirmiş körpələrin əksəriyyətində aşkar edilmişdir (1-ci qrupda  $91,7\pm 3,9\%$  körpədə və 2-ci qrupda  $93,3\pm 3,8\%$  uşaqlarda). Əsas qrupda açıq oval pəncərə  $100\%$  uşaqlarda qeydə alınmışdır. Yenidoğulanların sarılığı 1-ci qrupda  $80,1\pm 4,4\%$  uşaqlarda və 2-ci qrupda  $75,6\pm 6,4\%$  uşaqlarda rast gəlmişdir ( $p=0,779$ ). Ağır dərəcəli anemiya 2-ci qrupda olan körpələrdə üstünlük təşkil etmişdir ( $80,0\pm 5,9\%$ ,  $p<0,05$ ). NEK olan uşaqlarda 1-2-ci dərəcəli retinopatiya 1-ci qrupdakı uşaqlara nisbətən 2-ci qrupda olan uşaqlarda çox aşkar edilmişdir ( $44,6\pm 5,5\%$  müqabilində  $66,6\pm 7,0\%$ ,  $p=0,145$ ). Bədən çəkisi aşağı olan uşaqlarda sinir sisteminin və tənəffüs sisteminin xəstəliklərinin yüksək tezliyi (RDS, ürəyin inkişafının kiçik anomaliyaları, beyin işemiyası) doğuşa qədər bu sistemlərin daha çox yetkin olmaması ilə şərtlənmişdir.

Nevroloji statusun müayinəsi dinamikada 3 dəfə həyata keçirilmişdir: 1 və 2-ci qruplarda NEK keçirmiş uşaqlarda birinci müayinə stasionara qəbul edilmənin ilk günü, ikinci – onların reanimasiya şöbəsindən yenidoğulanların patologiya şöbəsinə keçirilməsi zamanı, üçüncü – evə yazıldıqda aparılmışdır. Uşaqların əksəriyyəti stasionara qəbul edildikdə, normal səviyyədə aşağı qiymətlər göstərmişlər: 1-ci qrupda  $72,3\%$  uşaqlarda və 2-ci qrupda  $93,4\%$  körpədə. Normal göstərici 1-ci qrupda olan uşaqlarda düzüst çox rast gəlmişdir ( $p<0,01$ ). Nevroloji statusun qiymətləndirilməsinin nəticələrindən görünür ki, üçüncü müayinədə qiymətləndirmənin müsbət dinamikasına baxmayaraq, bütün müşahidə müddətində 2-ci qrupda NEK keçirmiş uşaqlar 1-ci qrupla müqayisədə daha aşağı ballar nümayiş etdirmişlər. Nevroloji statusun A.B.Palçik şkalası (2008) üzrə qiymətləndirilməsi zamanı bütün müşahidə müddətində

1-ci qrupda NEK keçirmiş uşaqlarla müqayisədə 2-ci qrupda NEK olan uşaqlar daha aşağı ballar toplamışlar (qrafik 4).



**Qrafik 4. Müayinə olunan yenidoğulan uşaqların bütün qruplarında balların orta cəminə görə nevroloji müayinənin nəticələri: 1 – I müayinə; 2 – II müayinə; 3 – III müayinə**

Əldə edilən məlumatların təhlili zamanı müəyyən edilmişdir ki, NEK keçirmiş 128 yenidoğulan arasında ümumi letallıq  $14,8 \pm 3,2\%$  (19 uşaq) təşkil edir. Konservativ müalicənin gedişində 1-ci qrupda 83 yenidoğulandan 7 ( $8,4 \pm 3,2\%$ ) uşaqda NEK-in şiddətlənməsi və yayılmış BDİ fonunda letal nəticə qeydə alınır. 2-ci qrupda 45 yenidoğulandan 12 ( $26,7 \pm 6,6\%$ ) uşaqda letal hal qeyd olunmuşdur. NEK olan 19 ölən uşağın ölümünün səbəbi aşağıdakılardır: poliorqan çatışmazlığı ilə generalizə olunmuş BDİ – 42,1%, poliorqan çatışmazlığının inkişaf etməsi ilə sepsis – 26,3%; çoxsaylı inkişaf qüsurları – 15,8%, MSS-nin ağır üzvi patologiyası – 15,8%.

Qeyd etmək vacibdir ki, NEK keçirmiş uşaqların hamısında izolə edilmiş və ya birgə təsadüf edilən infeksiyalar qeydə alınmışdır. Yenidoğulanların əksəriyyətində pnevmoniya  $57,0 \pm 4,4\%$ , bağırsağ infeksiyaları –  $24,2 \pm 3,8\%$ , sepsis –  $22,7 \pm 3,3\%$ , az hallarda isə miokardit –  $1,6\%$ , meninqoensefalit –  $1,6\%$ , osteomyelit –  $2,3\%$  rast gəlməmişdir. Müxtəlif lokuslardan (bağırsaqdan, ağız boşluğundan, intubasiya borusundan, göbək yarısından, peritoneal ifrazatdan) götürülmüş floranın bakterioloji müayinəsi göstərmişdir ki, şərti-patogen mikrofloranın nümayəndələri daha çox rast gəlməmişdir.: Staphylococcus aureus –  $21,1\%$ , Staphylococcus epidermidis –  $18,7\%$ , Escherichia coli –  $10,2\%$ , Klebsiella pneumoniae –  $6,3\%$ , Enterobacter –  $20,9\%$ , Pseudomonas aeruginosa –  $12,5\%$ , Proteus mirabilis –  $3,1\%$ , Clostridium perfringens –  $1,6\%$ , Candida cinsi göbələkləri –  $5,5\%$ . Disbiotik NEK olan yarımçıq doğulan  $100\%$  uşaqda və kontrol qrupda  $29,7\%$  uşaqda ( $p=0,000$ ) rast gəlməmişdir. 1-ci və 2-ci qruplarda NEK olan yenidoğulanlarda çox yüksək tezliklə şərti-patogen mikroorqanizmlər müxtəlif assosiasiyalarda (enterokokklar, enterobakteriyalar, protey), həmçinin qızılı stafilokok, sitrobakter və Candida cinsi göbələkləri aşkar edilmişlər.

Katamnestik olaraq biz həyatının 1, 3, 6, 9, 12 aylığında olan, K.Fərəcova adına Elmi-Tədqiqat Pediatriya İnstitutunun katamnez kabinetində şəratində NEK keçirmiş 109 uşaq müayinə etmişik. Əsas qrupun uşaqları 2 qrupa bölünmüşdür: 1-ci qrup ( $n=76$ ) – NEK olan, konservativ müalicə alan və ağırlaşmaları olmayan uşaqlardan ibarətdir; 2-ci qrupu ( $n=33$ ) – NEK və irinli-iltihabi ağırlaşmaları olan, cərrahi yolla (ileusla birgə peritonit, sepsis və pnevmoniya, anastomozun sağalmaması) müalicə olunan uşaqlar təşkil etmişdir. NEK keçirmiş uşaqlarda korreksiya olunmuş yaşın 3, 6, 9 və 12 aylığında müayinə olunan uşaqlarda fiziki inkişafın qiymətləndirilməsi zamanı NEK keçirmiş uşaqların 1 və 2-ci qrupları arasında statistik əhəmiyyətli fərqlər aşkar edilmişdir. 2-ci qrupda olan uşaqlarda bədən çəkisi 1-ci qrupdakı körpələrlə və kontrol qrupdakı uşaqlarla müqayisədə dürüst çox artmışdır. Bədən uzunluğu müqayisə qrupunda dürüst çox artmışdır ( $p<0,01$ ). Korreksiya olunmuş yaşda 1 ayından 1 yaşına qədər uşaqlar üzərində bütün müşahidə müddətində aşkar edilmişdir ki, bədən çəkisində artım

NEK keçirmiş körpələrdə müqayisə qrupundan olan uşaqlarla müqayisədə dürüst az olmuşdur ( $p<0,001$ ). NEK keçirmiş uşaqlar arasında 2-ci qrupda olan körpələrin bədən çəkisində artım dürüst yüksək olmuşdur ( $p<0,01$ ). Bütün müşahidə qruplarında uşaqların boyunda artım dürüst fərqlənməmişdir. Baş və döş dairəsi əsas qrupda olan körpələrdə dürüst çox artmışdır, nəinki kontrol qrupda olan uşaqlarda.

Korreksiya olunmuş yaşın 12 aylığında harmoniyalı inkişaf bütün müayinə qruplarında olan uşaqlarda rast gəlməmiş və göstəricilərdə statistik əhəmiyyətli fərqlər aşkar edilməmişdir ( $p>0,05$ ). Disharmoniyalı inkişaf NEK keçirmiş uşaqlarda ( $p<0,001$ ) və kontrol qrupda olan uşaqlarda ( $p<0,001$ ) dürüst eyni tezliklə rast gəlməmişdir. Kəskin disharmoniyalı inkişaf müayinə olunan NEK ilə xəstə uşaqların bütün qruplarında dürüst fərqlər olmadan rast gəlməmişdir.

Müayinə olunan uşaqlarda respirator xəstəliklərin tezliyini tədqiq etdikdə aşkar edilmişdir ki, həyatının 1-ci ili ərzində 1-ci qrupda NEK keçirmiş uşaqların orta hesabla 7,9%-də xəstəliklər olmamışdır, halbuki müqayisə qrupunda bu,  $32,8\pm 5,4\%$  uşaqda qeydə alınmışdır ( $p<0,001$ ). NEK keçirmiş uşaqların 2-ci müayinə qrupunda respirator xəstəlikləri olmayan uşaqlar yoxdur. Tez-tez xəstələnən (4-dən çox xəstələnmə və ya rezistentlik indeksi 0,33-dən yuxarı) uşaqlar qrupuna 1-ci qrupda  $67,1\pm 5,4\%$  uşaq, 2-ci qrupda  $72,4\pm 7,7\%$  uşaq, müqayisə qrupunda 3,1% uşaq daxildir. Göründüyü kimi, əsas qrupda tez-tez xəstələnən uşaqlar dürüst çoxdur, nəinki kontrol qrupda olan uşaqlar arasında ( $p<0,001$ ).

Vegetativ sinir sisteminin pozulmaları, piramid çatışmazlığı sindromu, PMİL, USİ yalnız NEK keçirmiş uşaqlarda aşkar edilmişdir. Piramid çatışmazlığı sindromu NEK olan uşaqlarda ən geniş yayılmış klinik sindrom olmuşdur, o, həmin uşaqların  $40,8\pm 5,6\%$ -dən  $90,9\pm 4,9\%$ -də qeydə alınmışdır, lakin bu sindrom 2-ci qrupdan olan uşaqlarda dürüst tez-tez rast gəlməmişdir ( $p<0,05$ ). Korreksiya olunmuş yaşın 1-ci ilində PMİL olan körpələrin sayının artması meyli nəzərə çarpmışdır: NEK keçirmiş uşaqların praktik olaraq yarısında: 1-ci qrupda  $50,0\pm 5,7\%$  uşaqda və 2-ci qrupda

45,6±5,6% uşaqda PMİL qeydə alınmışdır, bu zaman 2 qrup arasında dürüst fərqlər nəzərə çarpmamışdır ( $p>0,05$ ).

Ürəyin inkişafının kiçik anomaliyası (ÜİKA) – açıq oval pəncərə (AOP) NEK keçirmiş uşaqların əksəriyyətində rast gəlmışdir. AOP korreksiya olunmuş yaşın 1-ci ilində 1-ci qrupda olan uşaqların hamısında bağlanmış, 2-ci qrupda olan 5 (15,2±6,2%) uşaqda isə açıq qalmışdır. Hemodinamik əhəmiyyət daşımayan açıq arterial axacaq (AAA) dürüst fərqlər olmadan NEK keçirmiş uşaqların bütün qruplarında rast gəlmışdir. 1 yaşına qədər AAA əsas qrupda olan körpələrin hamısında bağlanmışdır. Ürəyin anadangəlmə qüsuru (ÜAQ) olan mədəcikarası arakəsmənin qüsuru (MAAQ) NEK olan uşaqların bütün qruplarında dürüst fərqlər olmadan müşahidə edilmişdir. Ağciyər arteriyasının qapaq stenozu (AAQS) əlilliyin yaranmasının səbəbi olmuş və 1-ci qrupda 1 (1,9%) uşaqda və 2-ci qrupda 1 (1,0%) körpədə aşkar edilmişdir ( $p<0,001$ ). Müqayisə qrupunda uşaqlarda kardioloji patologiya qeydə alınmamışdır.

NSQ-də patoloji dəyişikliklər 2-ci qrupda olan körpələrdə 1-ci qrupda və kontrol qrupdan olan uşaqlara nisbətən dürüst böyük sayda aşkar edilmişdir. Müqayisə qrupunda NSQ-da dəyişikliklər 7 (10,9±3,9%) uşaqda yalnız 1 ayında təyin edilmişdir. 6, 9 və 12 aylığında NSQ-də patoloji dəyişikliklərin rastgəlmə tezliyi doğulduqda 1 və 2-ci qruplarda dürüst fərqlənməmişdir ( $p>0,05$ ). NEK keçirmiş yarımçıq doğulan uşaqlarda aşkar edilən NSQ-də patoloji dəyişikliklərin əksəriyyəti doğuş zamanı baş beyin tam inkişaf etməməsi ilə bağlıdır ki, bu da NSQ-də struktur dəyişikliklərinə gətirib çıxarır. Bu isə öz növbəsində uşaqların bu qrupunda ağır nevroloji patologiyanın səbəbi sayılır və NEK keçirmiş körpələrin imkanlarının məhdudlaşmasına gətirib çıxarır.

Aşkar edilmişdir ki, periventrikulyar leykomalyasiya (PVL) yalnız 1-ci qrupda olan uşaqlarda rast gəlmışdir. Korreksiya olunmuş yaşın 1, 3 və 12-ci ayında kaudotalamik şırımında kistlər 2-ci qrupda olan körpələrdə dürüst çox rast gəlmışdir, nəinki 1-ci qrupda olan uşaqlarda ( $p<0,05$ ). Ventrikulomeqaliya (baş beyin mədəciklərinin genişlənməsi), yarımkürələrarası yarığın və subaraxnoidal sahənin genişlənməsi 1 və 2-ci müşahidə qruplarında dürüst fərqlər olmadan rast gəlmışdir. Kaudotalamik şırımında kistlər 1 və 2-ci qruplarda olan

uşaqlarda dürüst fərqlər olmadan müqayisə qrupunda yalnız 7 (10,9±3,9%) uşaqda 1 aylığında aşkar edilmişdir ( $p>0,05$ ). Katamnezdə NEK keçirmiş uşaqda qastrointestinal sindromun əlamətləri rast gəlməmişdir. Bu əlamətlər 2-ci qrupda olan uşaqda daha qabarıq nəzərə çarpmışdır. Bu qrupdan olan uşaqda aşağıdakılar daha çox aşkar edilmişdir: durğunluq əlamətləri şəklində mədənin motor-evakuasiya disfunksiyasının pozulması – əsas qrupda yarımçıq doğulan 9 uşaqda (27,2±7,2%) ( $\chi^2=19,16$ ,  $p<0,001$ ), qaytarma və qusma sindromu – 8 uşaqda (24,2±7,1%) ( $\chi^2=6,42$ ,  $p=0,012$ ); defekasiyanın ləngiməsi – 51,5±8,7% uşaqda qeydə alınmışdır ki, bu da 1-ci qrupda olan uşaqda dinamik bağırsağ keçməzliyi sindromundan dürüst fərqlənmişdir ( $\chi^2=9,44$ ,  $p<0,001$ ). Meteorizm 2-ci qrupda olan uşaqda 1-ci qrupda olan uşaqlarla müqayisədə dürüst çox rast gəlməmişdir – 63,6±8,5% ( $\chi^2=5,32$ ,  $p<0,01$ ;  $\chi^2=6,48$ ,  $p<0,001$ ). Bağırsağın cərrahi rezeksiyası olan 18,2±6,7% uşaqda «qısa bağırsağ sindromu» inkişaf etmişdir. 21,2±7,1% uşaqda diareya əlamətləri vardır, susuzlaşma, elektrolitlərin kritik itkisi, qusma, qarının köpməsi, qastroezofageal reflüks, bədən çəkisinin itkisi, qaraciyərin zədələnməsi, infeksiyon əlamətlərin meydana çıxması mümkündür.

Xolestaz sindromu NEK-in ağırlaşmalarından biri hesab edilir və o, tədqiqat zamanı 1-ci qrupda 10,5±3,4% uşaqda, 2-ci qrupda 12,2±5,7% uşaqda qeydə alınmışdır ( $p<0,001$ ). Bağırsağın rezeksiyası (xolestaz qısa bağırsağ sindromu olan uşaqların 30-60%-də müşahidə edilmişdir), uzunmüddətli parenteral qidalanma, bakterial və göbələk infeksiyasının inkişaf etməsi xolestazın inkişafında risk amillərindən sayılır. Uzunmüddətli xolestaz zamanı həll olan A, D, E vitaminlərinin qəbul edilməsi zərurəti yaranır.

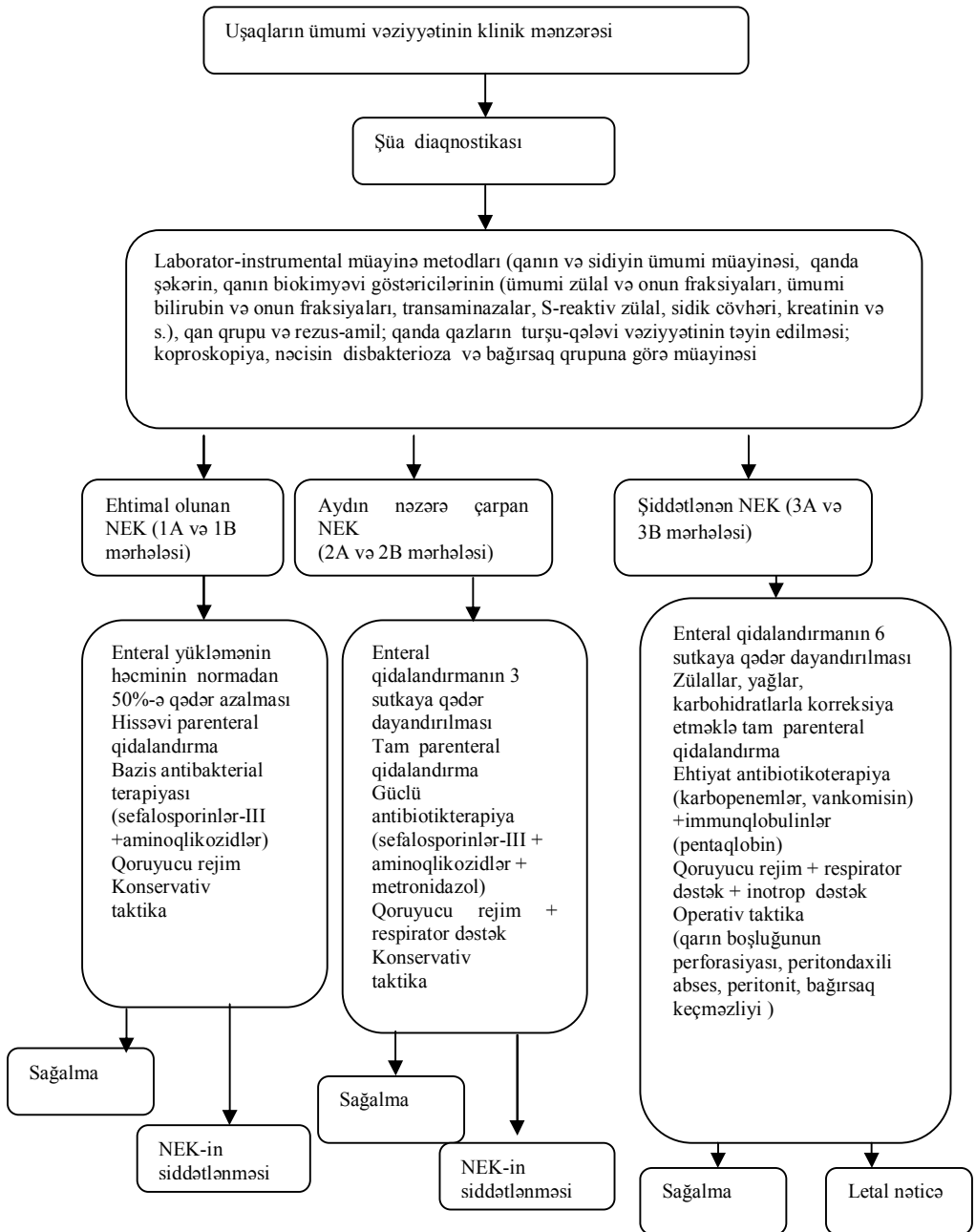
Dürüst fərqlər olmadan bütün müşahidə müddətində əsas qrupda hospitalizasiyanın səbəbi pnevmoniya və BAD olmuşdur. Korreksiya olunmuş yaşın 3, 6 və 9-cu aylarında 2-ci qrupda olan uşaqların nevroloji pozuntularla əlaqədar hospitalizasiyanın aparılmasına daha çox ehtiyacları vardır. Korreksiya olunmuş yaşın 1-ci ayında və 12-ci ayında əsas qrupda olan uşaqlar dürüst fərqlər olmadan nevroloji patologiyalarla əlaqədar stasionar müalicə almışlar, lakin 2-ci qrupdan olan uşaqların sayı daha çox olmuşdur ( $p>0,05$ ). Müqayisə

qrupunda heç bir uşaq həyatının birinci ilində hospitalizasiya tələb etməmişdir.

NEK keçirmiş uşaqların reabilitasiyası erkən aparılmalı, yüksək ixtisaslı, proqnozlaşdırılan aqibətdən asılı olaraq diferensiasiyalı olmalı, kompleks xarakter daşılmalıdır ki, bu zaman tibb işçilərinin (nevroloqların, pulmonoloqların, oftalmoloqların), pedaqoqların, psixoloqların, sosial işçilərin fəaliyyətləri birləşdirilməli və reabilitasiya prosesinə mütləq bütün ailə qoşulmalıdır. Pediatri tərəfindən aparılan müşahidənin tezliyi kəskinləşmədən sonra birinci il ərzində 3 ayda 1 dəfə, sonralar isə 12 ayda 1 dəfə, qastroenteroloq tərəfindən ildə 1 dəfə, LOR-həkimisi və stomatoloq tərəfindən – ildə 1 dəfə, digər mütəxəssislər tərəfindən göstərişlərə görə aparılır. Müayinə metodları: qanın, sidinin müayinəsi, nəcisin gizli qana görə müayinəsi, koprogramma kəskinləşmədən sonra birinci il ərzində 3 ayda 1 dəfə, sonralar isə 6 ayda 1 dəfə aparılır; nəcisin qurd yumurtalarına, lyambliyalara, disbakterioza görə müayinəsi 6 ayda 1 dəfə aparılır. Bağırsağın rentgenoloji müayinəsi göstərişlərə görə aparılır. Bu baxımdan NEK olan uşaqlar üçün müalicə-diaqnostik tədbirlərin taktikası yenidoğulanların aparılması alqoritminə müvafiq olaraq həyata keçirilmişdir (sxem 1).

NEK keçirmiş uşaqlarda xəstələnmənin səviyyəsinin 1,5 dəfə yüksək olmasını, çox vaxt endokrin sistemin patologiyalarının, qidalanmanın pozulmalarının, sinir sisteminin və duyğu orqanlarının xəstəliklərinin, tənəffüs orqanlarının xəstəliklərinin, sidik-ifrazı sisteminin xəstəliklərinin aşkar edilməsini, həmçinin tez-tez xəstələnen uşaqların xüsusi çəkisinin artmasını nəzərə alaraq, körpələrin bu qrupu sahə pediatriya xidməti tərəfindən yüksək diqqət göstərilməsini, müalicənin ardıcıl şəkildə yeni təşkilati texnologiyalar tətbiq etməklə aparılmasını və NEK keçirmiş uşaqların məqsədyönlü reabilitasiyasını tələb edir. NEK keçirmiş uşaqlara xüsusi yardımın təşkili formalarından biri uşaqlar üzərində aparılan katamnestik müşahidələr sayılır.





**Sxem 1. NEK-in mərhələlərindən asılı olaraq yenidöğulanların aparılmasının algoritmi.**

Beləliklə, katamnestic müşahidələrin aparılmasının məqsədi – NEK keçirmiş uşaqlara tibbi-sosial reabilitasiyanın tam həcmdə həyata keçirilməsidir. Həyatının birinci ilində NEK keçirmiş uşaqlar çoxprofilli klinikalarda BAD, USİ, YR, psixomotor inkişafın ləngiməsinin vaxtında profilaktikası və diaqnostikası, körpə yaşlarda sağlamlığın pozulmasının korreksiyası məqsədilə risk amillərinin erkən aşkar edilməsinə, tibbi-sosial yardımın aparılmasına, nevroloq, pulmonoloq, oftalmoloq tərəfindən diferensiasiyalı tibbi müşahidənin həyata keçirilməsinə ehtiyac duyurlar. Çox aşağı və ekstremal aşağı bədən çəkisi ilə doğulan uşaqların reabilitasiyası proqnozlaşdırılan nəticədən asılı olaraq erkən, yüksək ixtisaslı, diferensiasiyalı olmalı, tibb işçilərinin (nevroloqların, pulmonoloqların, oftalmoloqların), pedaqoqların, psixoloqların, sosial işçilərin fəaliyyətlərini birləşdirməklə kompleks xarakter daşmalı və bu zaman reabilitasiya prosesinə mütləq ailənin bütün üzvləri cəlb edilməlidir.

## NƏTİCƏLƏR

1. Epidemioloji təhlil nəticəsində müəyyən edilmişdir ki, 2011-2015-ci illər ərzində Bakı şəhərində MBY ilə xəstələnmənin strukturunda uşaqlarda NEK-in rastgəlmə tezliyi  $49,7 \pm 1,3\%$  (722 nəfər) təşkil etmiş və bu patologiyanın ən yüksək göstəricisi 2015-ci ildə qeyd edilmişdir –  $402 (55,7 \pm 1,9\%)$  nəfər. Digər patologiyalar aşağıdakı tezliklə aşkar olunmuşdur: stomanın daşıyıcısı –  $23,9\%$ , bağırsağın invaginasiyası –  $10,5\%$ , nazik bağırsağın burulması –  $6,4\%$ , bitişmə mənşəli bağırsaq keçməzliyi –  $3,5\%$ , qastrointestinal qanaxma –  $2,1\%$ , stranqulyasion bağırsaq keçməzliyi –  $1,23\%$ . Uşaqlar arasında NEK-in yayılmasında əhəmiyyət daşıyan sosial-epidemioloji amillərin qiymətləndirilməsi zamanı aşkar edilmişdir ki, körpələrin sağlamlığına ən çox mənfi təsiri ailələrin qeyri-əverişli maddi durumu və qeyri-qənaətbəxş mənzil şəraiti göstərir [3, 4, 5].
2. Müəyyən edilmişdir ki, NEK keçirmiş uşaqların analarında rast gəlinən hamiləliyin pozulması təhlükəsi, hestoz, anamnezdə özbaşına abortlar, Qeysəriyyə kəsiyi əməliyyatı yolu ilə doğuş,

somatik patologiyalar körpələrin südəmə dövrünün sağlamlıq vəziyyətinə daha əhəmiyyətli dərəcədə təsir göstərir [6, 8, 11, 12].

3. NEK keçirmiş uşaqlar fiziki inkişaf göstəricilərinin və infeksiyalara qarşı rezistentliyin aşağı səviyyəsi, somatik və nevroloji patologiyaların yüksək tezliyi, psixomotor inkişafın aşağı əmsalları ilə səciyyələnmişdilər. Onların 100%-də yenidoğulmuşluq dövründə tənəffüs orqanlarının, sinir sisteminin xəstəlikləri və ürəyin inkişafının kiçik anomaliyaları rast gəlinmişdir. Bu patologiyalar arasında respirator distress-sindromu (RDS) üstünlük təşkil etmişdir – 88,3% [9].
4. Piramid çatışmazlığı sindromu NEK olan uşaqlarda ən geniş yayılmış klinik sindrom olmaqla ( $40,8 \pm 5,6\%$ -dən  $90,9 \pm 4,9\%$ -ə qədər), 2-ci qrupdakı uşaqlardan dürüst çox rast gəlmişdir ( $p < 0,05$ ). NEK keçirmiş uşaqların demək olar ki, yarısında – 1-ci qrupda  $50,0 \pm 5,7\%$  uşaqda və 2-ci qrupda  $45,6 \pm 5,6\%$  uşaqda PMİL qeydə alınmışdır. Katamnezdə NEK keçirmiş uşaqlarda qastrointestinal sindromun əlamətləri 2-ci qrupda olan uşaqlarda daha qabarıq nəzərə çarpmışdır ( $p < 0,01$ ). Xolestaz sindromu NEK-in ağırlaşmalarından biri olub, 1-ci qrupda  $10,5 \pm 3,4\%$  uşaqda, 2-ci qrupda  $12,2 \pm 5,7\%$  uşaqda qeydə alınmışdır ( $p < 0,001$ ). Bağırsağın cərrahi rezeksiyası aparılan  $18,2 \pm 6,7\%$  uşaqda «qısa bağırsağ sindromu» inkişaf etmişdir [9, 10].
5. Fiziki və psixomotor inkişafın ləngiməsinin vaxtında qarşısının alınması üçün NEK keçirmiş uşaqlar həyatının birinci ilində diferensiasiyalı tibbi müşahidənin həyata keçirilməsinə ehtiyac duyurlar. Proqnozlaşdırılan nəticədən asılı olaraq, çox aşağı və ekstremal aşağı bədən çəkisi ilə doğulan uşaqların reabilitasiyası tibb (nevroloq, pulmonoloq, oftalmoloq) və sosial işçilərin fəaliyyətlərini birləşdirməklə kompleks xarakter daşmalı və bu zaman reabilitasiya prosesinə mütləq ailənin bütün üzvləri cəlb edilməlidir [1, 2, 7].

## **PRAKTİK TÖVSIYƏLƏR**

1. NEK keçirmiş uşaqların dispanser qeydiyyatına alınması tövsiyə edilir və dispanser müşahidə kompleksinə göstərişlərə görə pulmonoloq, nevroloq, oftalmoloq, qastroenteroloq daxil edilməlidir.
2. Aşkar edilmiş xüsusiyyətlər nəzərə alınmaqla, hər bir körpəyə fərdi müalicə-profilaktika kompleksinin hazırlanması məqsədəuyğun hesab edilir.
3. NEK-in gecikmiş mərhələdə aşkar edilməsi körpənin letal nəticəsinin ehtimalını xeyli yüksəldiyindən, NEK-in diaqnostikasının mümkün qədər erkən mərhələdə aparılması tövsiyə edilir.

## **DİSSERTASIYA MÖVZUSU ÜZRƏ ÇAP EDİLMİŞ ELMİ ƏSƏRLƏR**

1. İsmayılova, S.C., Quliyev, N.C. Nekrotik enterokolit keçirmiş körpələrdə südəmər dövrün katamnezi // – Bakı: Sağlamlıq, – 2014. № 3, – s. 169-175.
2. İsmayılova, S.C., Nəsirova, S.R. Nekrotik enterokolit keçirən uşaqların katamnezi // Tibb elmləri doktoru Əzəm Təyyar oğlu Ağayevin anadan olmasının 70 illiyinə həsr edilmiş elmi konfransın materialları. İctimai sağlamlıq və səhiyyə, Bakı, III cild, – s.143.
3. Исмаилова, С.Дж. Оценка факторов повышенного риска заболеваемости детей некротизирующим энтероколитом // – Москва: Фундаментальные исследования, – 2015. № 1, – с. 1166-1169.
4. İsmayılova, S.C. Nekrotik enterokoliti olan uşaqların analarında hamiləliyin gedişinin xüsusiyyətləri // Aqil Əlirza oğlu Əliyevin 90 illik yubileyinə həsr olunmuş elmi-praktik konfransların materialları, – Bakı, – 2016. – s. 197-199.
5. İsmayılova, S.C. Nekrotik enterokolit keçirmiş uşaqların instrumental müayinə metodlarının məlumatları // Ə.Əliyevin

- 120 illik yubileyinə həsr olunmuş elmi-praktik konfransın materialları, – Bakı. – s. 212-213.
6. İsmayılova, S.C. Uşaqlarda nekrotik enterokolitin formalaşmasının risk amillərinin təhlili // – Bakı: Azərbaycan Təbabətinin Müasir Nailiyyətləri, – 2018. № 2, – s.152-157.
  7. İsmayılova, S.C. Bakı şəhərində uşaqların nekrotik enterokolit ilə xəstələnmə dinamikası və yayılma səviyyəsi // – Bakı: Sağlamlıq, – 2018. № 2, – s. 152-157.
  8. Исмаилова, С.Дж. Факторы риска и распространенности некротического энтероколита среди детей в г.Баку // – Баку: Биомедицина, – 2018. № 3, – с.10-13.
  9. Исмаилова, С.Дж. Особенности акушерско-гинекологического и соматического статуса матерей детей с некротическим энтероколитом // – Минск: Медицинские новости, – 2019. № 10, – с. 66-69.
  10. Исмаилова, С.Дж. Состояние здоровья детей перенесших некротический энтероколит в анамнезе // XXV международная научно-практическая конференция «Современная медицина: новые подходы и актуальные исследования», – Москва. – с. 36-40.
  11. Ismayilova, S.J. Importance of combinations of risk factors in the development of necrotizing enterocolitis in newborn children // Український журнал медицини, біології та спорту, – 2022. 7, No 3 (37), – р. 139-142.
  12. Исмаилова, С.Дж. Анамнез и реабилитация новорожденных, перенесших некротический энтероколит // XXXV International Multidisciplinary Conference "Recent Scientific Investigation", – Москва, – 2022. – с. 53-56.

## ŞƏRTİ İXTİSARLARIN SİYAHISI

BAD	– bronx-ağciyər displaziyası
BDİ	– bətdaxili infeksiya
BDİL	– bətdaxili inkişafın ləngiməsi
EKM	– ekstrakorporal mayalandırma
KAT/KLAMS	– uşaqların psixomotor inkişafının qiymətləndirilməsi şkalası
QBS	– «qısa bağırsaq» sindromu
MAAQ	– mədəcikarası arakəsmənin qüsuru
MDQ	– mədəcikdaxili qanamalar
MBY	– mədə-bağırsaq yolu
MSS	– mərkəzi sinir sistemi
MSS PZ	– mərkəzi sinir sisteminin perinatal zədələnməsi
MSS PZF	– MSS perinatal zədələnməsinin fəsadları
NEK	– nekrotik enterokolit
NSQ	– neyrosonografiya
PMİL	– psixomotor inkişafın ləngiməsi
USİ	– uşaq serebral iflici
YR	– yarımçıq doğulanların retinopatiyası

Dissertasiyanın müdafiəsi \_\_\_\_\_ il tarixində  
saat \_\_\_\_\_ ED 2.27 Dissertasiya şurasının iclasında keçiriləcək.

Ünvan: AZ 1022, Bakı şəh., Ə. Qasımzadə küç., 14

Dissertasiya ilə Azərbaycan Tibb Universitetinin kitabxanasında  
tanış olmaq mümkündür

Dissertasiya və avtoreferatın elektron versiyaları Azərbaycan Tibb  
Universitetinin rəsmi internet saytında yerləşdirilmişdir  
([www.amu.edu.az](http://www.amu.edu.az))

Avtoreferat \_\_\_\_\_ il tarixində zəruri  
ünvanlara göndərilmişdir

Çapa imzalanıb: 02.09.2022

Kağızın formatı: 60 x 84 1/16

Həcm: 39611 işarə

Tiraj: 70