

<https://doi.org/10.30546/745034.2026.001.470>

## UŞAQLARDA FUNKSIONAL QƏBİZLİK; DİAQNOSTİKA VƏ MÜALİCƏYƏ MÜASİR YANAŞMA

HACIYEVA Ü.K., NOVRUZOV İ.N., MƏMMƏDOVA S.N., TAĞI-ZADƏ T.G.,  
HƏSƏNOV Ə.Q., SƏFƏROVA İ.A.

*Azərbaycan Tibb Universiteti, II Uşaq Xəstəlikləri Kafedrası, Bakı, Azərbaycan.  
(E-mail: dr.ilsur@gmail.com)*

*Functional constipation in children; a modern approach to diagnosis and treatment  
Hajiyeva U.K., Novruzov İ.N., Mammadov S.N., Taghi zada T.G., Hasanov A.Q., Safarova İ.A.*

*Summary Functional constipation in children is a common but effectively managed condition. Diagnosis is largely clinical, and treatment requires a multidisciplinary and individualized approach. Current recommendations suggest that PEG-based laxatives, behavioral therapy, and parental education are the mainstays of treatment.*

*Key words: functional constipation, children, laxatives, PEG, behavioral therapy*

**Функциональный запор у детей: современный подход к диагностике и лечению  
Гаджиева У.К., Таги заде Т.Г., Мамедов С.Н., Гасанов А.Г., Сафарова И.А.**

**Резюме. Функциональный запор у детей — распространенное, но эффективно поддающееся лечению состояние. Диагноз ставится преимущественно на основании клинических данных, а лечение требует междисциплинарного и индивидуального подхода. Согласно текущим рекомендациям, основными методами лечения являются слабительные средства на основе ПЭГ, поведенческая терапия и обучение родителей.**

**Ключевые слова; функциональный запор, дети. лаксафиты, ПЭГ, поведенческая терапия.**

**Açar sözlər:** funksional qəbizlik, uşaqlar, laksafitlər, PEG, davranış terapiyası

Bağırsaq funksiyası ilə bağlı narahatlıq tarix boyu bir çox mədəniyyətlərdə mövcud olub və bu haqda məlumatlara tibbi mənbələrdə rast gəlinir. Normal bağırsaq hərəkətləri sağlamlığın bir əlaməti hesab olunur. Təəssüf ki, uşaqlarda qəbizliyin vahid tərifinə yoxdur.

Şimali Amerika Qastroenterologiya, Hepatologiya və Qidalanma Cəmiyyəti (NASPGHAN) qəbizliyi “2 həftə və ya daha çox davam edən və xəstəyə əhəmiyyətli dərəcədə narahatlıq yarada biləcək qədər nəcis ifrazının gecikməsi və ya çətinləşməsi” kimi təyin edir. [2]

Uşaqlıq Qəbizliyi Terminologiyası üzrə Paris Konsensusu (PACCT) qəbizliyi “aşağıdakı simptomlardan ən azı 2-sinin baş verdiyi 8 həftəlik bir dövr: həftədə 3 dəfədən az bağırsaq hərəkəti tezliyi, həftədə bir dəfədən çox nəcis saxlaya bilməmə tezliyi, tualetə təsir edən çoxlu miqdarda nəcisin ifrazı, qarın və ya düz bağırsağı hiss edilən nəcis kütləsi, nəcisin tutulması və ya ağırlı bağırsaq hərəkətləri” kimi təyin edir. [3]

Funksional qəbizlik – struktur, metabolik və ya endokrin səbəblər olmadan, defekasiya aktının çətinləşməsi, nəcisin bərkiməsi və ya defekasiya tezliyinin azalması ilə xarakterizə olunan klinik vəziyyətdir, yəni qəbizlik, ancaq əsas üzvi səbəb olmadığı zaman funksional olaraq təyin olunur.

Funksional qəbizlik uşaqlıq yaş dövründə ən çox rast gəlinən qastrointestinal problemlərdən biri hesab edilir. Bu patologiya ədəbiyyat mənbələrində olan məlumatlara əsasən pediatrik müraciətlərin təxminən 3–10%-ni, uşaq gastroenteroloqlarına edilən bütün müraciətlərin 35%-ə qədərini təşkil edir (1, 10, 11, 14).

Bu vəziyyət sağlam uşaqlarda və xüsusilə də məktəbəqədər yaşlı uşaqlarda (2) adətən ətraf mühit şəraiti, stress, pəhriz və s. kimi çoxfaktorlu səbəblər sayəsində inkişaf edir. (11) Uşaqlıq dövründə qəbizlik adətən üç mərhələdə inkişaf edir: körpələrdə süddən kəsmə zamanı, körpələrdə tualet təlimi zamanı və məktəb yaşlı uşaqlarda. Dərc olunmuş bir neçə hesabat göstərir ki, uşaqlıq dövründə qəbizlik hallarının təxminən yarısı həyatın ilk ilində baş verir. (1)

Əksər hallarda orqanik patologiya ilə əlaqəli olmayan bu vəziyyət uşağın həyat keyfiyyətini əhəmiyyətli dərəcədə azaldır, valideynlərdə narahatlıq yaradır və uzunmüddətli davam etdikdə psixososial problemlərə səbəb ola bilər. Son illərdə funksional qəbizliyin patofiziologiyası, diaqnostik meyarları və müalicə strategiyaları ilə bağlı mühüm yeniliklər əldə edilmişdir.

Uşaqlıq yaş dövründə geniş yayılmış bu patologiya və yayılma coğrafi bölgəyə görə dəyişir. Avropada yayılmanın (uşaqlar da daxil olmaqla) 0,7%-dən 12%-ə qədər olduğu, Amerikada isə (körpələr və yeniyetmələr də daxil olmaqla) yayılmanın 10%-dən 23%-ə qədər olduğu təxmin edilir. Asiyada funksional qəbizliyin yayılması 0,5%-dən 29,6%-ə qədər dəyişir (10).

Nəcisi boşaltmaq əvəzinə onun bağırsaqda saxlanması nəcisin yığılmasına, bu isə həmin nahiyədə suyun nəcisdən xaric edilməsi sayəsində ifrazının çətinləşməsinə, nəcis yığıldıqca da bağırsağ divarının sayə əzələlərinin uzanmasına və daha az təsirli olmasına, nəticədə isə böyük və çıxarılması ağırlı olan sərt nəcisin formalaşmasına səbəb olur və bu da nəcisin daha da ləngiməsinə gətirib çıxarır. Bu vəziyyət xroniki hala gələrsə, xəstənin rektumu daim sərt nəcislə dolur və onlar defekasiya ehtiyacı hissini itirməyə başlayırlar. Yumşaq nəcis çox vaxt sərt "tıxacın" ətrafından sızır və bu da enkoprezə səbəb olur.

Defekasiyanın ağırlı olması uşaqda bu aktı icra etməsinə qorxu yaradır, və uşaq narahatlıqdan qaçmaq üçün nəcisi saxlamağa başlayır. Nəcisin tutulması davam etdikcə, rektum tədricən uyğunlaşır və normal defekasiya istəyi tədricən yox olur (1).

Funksional qəbizliyin diaqnozu Roma IV, (körpələr və 4 yaşdan yuxarı uşaqlar üçün) meyarlarına əsasən təyin edilir. [8] Görüntüləmə tədqiqatları digər şübhəli xəstəlikləri istisna etməyə kömək edə bilər, lakin funksional qəbizliyin diaqnozu üçün tələb olunmur (4,9,10.). Qarın rentgenoqrafiyası, xüsusən də qarın müayinəsi çətin olan, lakin müntəzəm olaraq aparılmayan bir uşaqda nəcis impaksiyasını diaqnoz etməyə kömək edə bilər.

Funksional qəbizlik əsasən anamnez və fiziki müayinə əsasında qoyulan klinik diaqnozdur. Nəcisdə parlaq qırmızı qanın olması, böyük, sərt nəcislə birlikdə, sərt nəcisin keçməsi nəticəsində yaranan rektal çatları göstərə bilər.

Qəbizliyin funksional olmasını müəyyən etmək üçün xəstənin tam fiziki müayinəsi vacibdir. Zəiflik, qarın ağrısı, qusma kimi şikayətlər də daxil olmaqla əlavə simptomların tarixçəsi qəbizliyin funksional deyil, üzvi səbəbli olmasını göstərə bilər. Qəbizliklə yanaşı aşağı ətrafların zəifliyi nevroloji səbəbi, ekzoftalm-hipotiroizmi göstərə bilər. Şiddətli qarın ağrısının olması cərrahi xəstəlikləri (appendisit, yumurtalıq burulması və s.), kəskin qarın patologiyalarını inkar etmək üçün əlavə müayinə tələb edə bilər [2].

Fiziki müayinənin ən vacib hissəsi rektal müayinədir. Yaşından asılı olmayaraq xroniki qəbizliyi olan hər hansı bir uşaqda qəbizliyin səbəbi ola biləcək gizli anatomik anomaliyaları, məsələn, perineal fistula ilə anal atreziya, bağırsağ tıxanması (kütlə effekti) və ya Hirşsprunq xəstəliyi istisna etmək üçün rektal müayinə aparılmalıdır. Anusun açıqlığını və normal vəziyyətini təmin etmək üçün müayinə edilməlidir [2].

Funksional qəbizliklə əlaqəli anamnez və müayinə nəticələri olan uşaqlarda heç bir xüsusi test tələb olunmaya bilər. Müalicəyə cavab verməyən, atipik anamnezi olan və ya fiziki müayinə zamanı narahatlıq ifadə edən uşaqlar əlavə məlumat və ya mütəxəssisə müraciət tələb edə bilərlər. Hirşsprunq xəstəliyi həmişə, xüsusən də gənc, davamlı və ya atipik hallarda nəzərə alınmalıdır. Kontrastlı lavman diaqnozda kömək edə bilər və mümkün biopsiya üçün müraciət də Hirşsprunq xəstəliyi diaqnozunu daha qəti şəkildə istisna etmək üçün bir seçimdir [8].

Uşaqlarda qəbizliyin diferensial diaqnozu geniş ola bilər və Hirşsprunq xəstəliyi, onurğa və ya neyromuskulyar anomaliyalar (məsələn, onurğa əzələ atrofiyası, bağlı kordon sindromu, Kurrarino triadası [rektal stenozu, hemisakral patologiya, presakral kütlə], serebral iflic [statik ensefalopatiya]), hipotiroidizm, anal stenozu, fistula ilə anal atreziya, ön anal yerdəyişməsi (bu, mübahisəli diaqnozdur), inək südünə allergiya və ya həssaslıq və çeliakiya xəstəliyi daxildir. Nəzərə alınmalı digər şərtlərə mitoxondrial xəstəliklər, neyron bağırsağ displaziyası daxildir. Böyük uşaqlarda qıcıqlanmış bağırsağ sindromu da nəzərə alınmalıdır (13).

Üzvi xəstəliyi göstərən xəbərdarlıq əlamətləri: Sistemli simptomlara qızdırma və qarın şişkinliyi, çəki itkisi və ya çəki artımının zəifləməsi, iştahanın azalması və qanlı ishal, xəstəliyin 1 aylıqdan əvvəl başlaması, mekoniumun gecikmiş ifrazı, təkrarlanan ishal və böyük nəcis, nevroloji müayinədə əzələ tonusunun azalması, kremaster refleksinin olmaması və aşağı ətraf reflekslərinin azalması kimi anormal dəyişikliklər, müalicəyə reaksiya verməmək.

Qəbizlik müalicə olunmazsa, fəsadlar - anal çatlar, rektum prolapsı, hemoroid, enkoprez yarana bilər.

Müalicə mərhələli və uzunmüddətli olmalıdır. İlk növbədə valideynlər maarifləndirilməlidir; onlara bu qəbizliyin funksional, yəni geri dönmə vəziyyət olduğu izah edilməli, heç bir halda uşağa cəza və məcburiyyət tətbiq edilməməsi, valideynin həkimlə əməkdaşlığının vacibliyi, müalicənin uzun çəkə biləcəyi vurğulanmalıdır. Uşağın valideynlərinə uzunmüddətli işlədici dərmanların təhlükəsizliyi barədə əminlik yaratmalı və davamlı müalicənin vacibliyi vurğulanmalıdır. İşlədici dərmanlardan asılılıq və uzunmüddətli işlədici dərmanların istifadəsi ilə əlaqəli yoğun bağırsağ xərçəngi riskinin artması ilə bağlı ümumi yanlış təsəvvürlər aradan qaldırılmalıdır.

Ailəyə residivlərin tez-tez baş vermə ehtimalı və bunun çox zaman uşağın gündəlik həyatında dəyişikliklər (məsələn, tətillər) və ya stress dövrləri ilə əlaqəli olduğu, həmçinin, ailəyə yetkinlik dövründə aralıqlı işlədici terapiyaya ehtiyacın qeyri-adi olmadığı izah edilməlidir. Müalicə zamanı fekal impaksiyanın aradan qaldırılması, saxlayıcı dərman müalicəsi, davranış terapiyası aparılmalı, qidalanma və həyat tərzi izah edilməlidir. Müalicənin birinci mərhələsi yoğun bağırsaqdan sərt nəcis şam və imalələrlə çıxarılmasını əhatə edir, bu da demapping adlanır. Sərtlənmiş nəcis çıxarılması yoğun bağırsağın normal ölçüyə və funksiyaya qayıtmasına imkan verir. Qliserin, duzlu, bəkməz lavmanları və son zamanlarda zeytun yağı imalələri digər müalicə variantlarıdır [13].

2023-cü ilin iyun ayında ABŞ Qida və Dərman Administrasiyası (FDA) uşaqlarda funksional qəbizliyin ilk müalicəsi olaraq linaklotidin (Linzess) istifadəsini təsdiqlədi. Linaklotid 12 həftə ərzində spontan bağırsağ hərəkəti tezliyində (SRF/həftə) plasebo ilə müqayisədə statistik cəhətdən əhəmiyyətli və klinik cəhətdən əhəmiyyətli bir irəliləyiş nümayiş etdirdi. ( $P < 0.0001$ ) [7].

Linaklotid güclü və yüksək selektiv guanilat siklaz-2C (GC-2C) agonistidir. GC-2C aktivləşməsi siklik guanozin monofosfatın (cGMP) hüceyrədaxili və hüceyrədən kənar səviyyələrinin artmasına səbəb olur. Linaklotid və onun aktiv metabolitləri transmembran GC-C reseptorlarına bağlanır və selikli qişanın lüminal səthində və bağırsağın epitel astarında lokal olaraq təsir göstərir.

Müalicənin ikinci mərhələsində məqsəd yoğun bağırsağ normal ölçüyə və funksiyaya qayıdana qədər sərt nəcis təkrar yığılmasının qarşısını almaqla çox yumşaq nəcis saxlamaqdır. Bu mərhələdə dərmanlar ağızdan qəbul edilir [11].

Osmotik işlədicilər: Polietilen glikol (PEG) 3350 0.2 q/kq/gün - 0.8 q/kq/gün, Laktuloza 1 ml/kq/gün - 3 ml/kq/gün, Maqnezium hidroksid 0.5 ml/kq/gün - 3 ml/kq/gün təyin edilməlidir. Təmizləmə mərhələsi üçün PEG 3350-nin tövsiyə olunan dozası dəyişir, lakin məqbul doza 1 q/kq-dan 1,5 q/kq-a qədər PEG 3350-nin 170-240 ml su və ya şirə ilə qarışdırılmasıdır. Xüsusilə stasionar şəraitdə xeyli yüksək dozalar istifadə edilə bilər (12).

Nəcis yumşaldıcıları Dokuzat natrium 5 mq/kq/gün, mineral yağ (sürtkü maddəsi) 1 ml/kq/gün - 3 ml/kq/gün, əsas işlədiciyə əlavə olaraq və ya müstəqil vasitə kimi təcili terapiya üçün stimullaşdırıcı işlədici (istifadə müddəti <30 gün), Senna 2.5 ml/gün - 7.5 ml/gün, Bisakodil 5 mq/gün - 10 mq/gün tətbiq edilə bilər.

Qəbizliyi olan uşaqlar üçün normal lif və maye qəbulu, eləcə də orta fiziki aktivlik tövsiyə olunur. Ənənəvi müalicəyə əlavə olaraq intensiv davranış terapiyasının və ya bioəlaqə proqramlarının müntəzəm istifadəsini dəstəkləyən heç bir dəlil yoxdur.

Yaşına uyğun fiziki fəaliyyət kimi kifayət qədər maye qəbulu vacibdir.

Ümumi qayda olaraq, qastrokolk refleksi stimullaşdırmaq üçün uşaqlara gündə iki dəfə, tercihen səhər yeməyindən sonra və şam yeməyindən sonra 5-10 dəqiqə tualetdən istifadə etməyi öyrətmək tövsiyə olunur. Məktəb yaşlı uşaqlar üçün məktəbdə tualetdən istifadə etmələrini gözləməmək daha yaxşıdır (1). Tualetə öyrədilən uşaqları tualetdə oturmağa və hər gün eyni vaxtda, eyni yeməklərdən sonra 5-10 dəqiqə bağırsaqlarını boşaltmağa çalışmağa təşviq etmək lazımdır. Bu rejim qastrokolk refleksdən istifadə edəcək və uşağı hər gün bağırsağ hərəkəti etməyə "məşq etdirməklə" qəbizlik riskini azaldacaq. Müalicənin effektivliyini qiymətləndirmək və müalicə planında lazımi düzəlişlər etmək üçün 1-3 həftə ərzində təkrar müayinə təyin edilməlidir.

Böyümə ayriləri təhlil edilməli, böyümənin gerilməsi və ya böyümə ayrisindəki dəyişikliklər əlamətləri qeyd edilməlidir [10].

Bəzi dəlillər mədə-bağırsağ florasının bağırsağ hərəkətliliyi üçün əhəmiyyətini göstərsə də, qəbizliyi olan uşaqların bağırsağ florasının sağlam fərdlərin bağırsağ florasından fərqləndiyinə dair heç bir dəlil yoxdur. Qəbizliyin müalicəsində prebiotiklərin və ya probiotiklərin effektivliyini dəstəkləyən heç bir dəlil yoxdur [5].

Lakin, həyatın ilk 3 ayında *Lactobacillus reuteri* DSM 17938 ilə oral əlavənin qəbulunun tam müddətli yenidoğulmuşlarda kolik, qastroezofageal reflüks və qəbizlik hallarını azalda biləcəyini araşdıran bir araşdırma, həyatın ilk 3 ayında *L reuteri* DSM 17938-in profilaktik istifadəsinin funksional mədə-bağırsaq xəstəliklərinin hallarını azaltdığını və bu vəziyyətin müalicəsi üçün şəxsi və dövlət xərclərini azaltdığını aşkar etmişdir [6].

Uzunmüddətli monitorinq nəcis çıxarıldıqdan sonra qəbizliyin qiymətləndirilməsi təyin olunmuş terapiyanın effektivliyini təsdiqləyir. Bu mərhələdə işlədiciylə dəstəkləyici terapiya təyin edilə bilər. Xəstədə bir neçə həftə və ya ay ərzində ağrı, narahatlıq və ya həddindən artıq gərginlik olmadan müntəzəm bağırsaq hərəkətləri müşahidə olunarsa, işlədici terapiyanı dayandırmağa çalışmaq məsləhətdir.

Uşaq müntəzəm bağırsaq hərəkətlərini qurduqdan (və müstəqil olaraq tualetə getdikdən) sonra tələb olunan tualet ziyarətlərinin və işlədiciyə istifadəsinin tezliyi azaldıla bilər. Nəcis saxlamazlığının qarşısını almaq və gündə 1-2 bağırsaq hərəkətini saxlamaq üçün işlədici doza tədricən azaldılır.

**Nəticə:** Uşaqlarda funksional qəbizlik geniş yayılmış, lakin düzgün yanaşma ilə effektiv idarə olunan bir vəziyyətdir. Diaqnoz əsasən klinikdir, müalicə isə multidissiplinar və individual yanaşma tələb edir. Müasir tövsiyələr PEG əsaslı laksatiflərin, davranış terapiyasının və valideyn maarifləndirilməsinin müalicənin əsas sütunları olduğunu göstərir.

### ƏDƏBİYYAT:

1. Pediatric Constipation medscape 2023 Stephen M Borowitz, MD; Chief Editor: Carmen Cuffari, MD more.<https://emedicine.medscape.com/article/928185-overview>.
2. [Guideline] North American Society for Pediatric Gastroenterology, Hepatology and Nutrition. Evaluation and treatment of constipation in children: summary of updated recommendations of the North American Society for Pediatric Gastroenterology, Hepatology and Nutrition. *J Pediatr Gastroenterol Nutr*. 2006 Sep. 43(3):405-7. [QxMD MEDLINE Link].
3. Benninga M, Candy DC, Catto-Smith AG, et al. The Paris Consensus on Childhood Constipation Terminology (PACCT) Group. *J Pediatr Gastroenterol Nutr*. 2005 Mar. 40(3):273-5. [QxMD MEDLINE Link].
4. MacGeorge CA, Williams DC, Vajta N, Morella K, Thacker PG, Russell S, et al. Understanding the Constipation Conundrum: Predictors of Obtaining an Abdominal Radiograph During the Emergency Department Evaluation of Pediatric Constipation. *Pediatr Emerg Care*. 2017 Jun 20. [QxMD MEDLINE Link].
5. Guandalini S, Cernat E, Moscoso D. Prebiotics and probiotics in irritable bowel syndrome and inflammatory bowel disease in children. *BenefMicrobes*. 2014 Nov 12. 1-9. [QxMD MEDLINE Link].
6. Indrio F, Di Mauro A, Riezzo G, Civardi E, Intini C, Corvaglia L, et al. Prophylactic use of a probiotic in the prevention of colic, regurgitation, and functional constipation: a randomized clinical trial. *JAMA Pediatr*. 2014 Mar. 168 (3):228-33. [QxMD MEDLINE Link].
7. Di Lorenzo C, Nurko S, Rodriguez-Araujo G, Xie W, Huh S, Hyams, Khlevner J, et al. Efficacy and safety of linaclotide in treating functional constipation in pediatric patients aged 6-17 years: A phase 3 pivotal randomized placebo-controlled trial. Abstract presented at Digestive Disease Week (DDW) 2023 Annual Meeting. Chicago, IL. 2023 May 6-10. [Full Text].
8. Zeevenhooven J, Koppen IJ, Benninga MA. The New Rome IV Criteria for Functional Gastrointestinal Disorders in Infants and Toddlers. *Pediatr Gastroenterol Hepatol Nutr*. 2017 Mar;20(1):1-13. [PMC free article] [PubMed].
9. Beinvogl B, Sabharwal S, McSweeney M, Nurko S. Are We Using Abdominal Radiographs Appropriately in the Management of Pediatric Constipation? *J Pediatr*. 2017 Dec;191:179-183. [PubMed]
10. Paul Allen; Aniruddh Setya; Veronica N. Lawrence Pediatric Functional constipation 2024. *PUB Med*.<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK537037/>.
11. Rajindrajith S, Devanarayana NM, Thapar N, Benninga MA. Myths and misconceptions about childhood constipation. *Eur J Pediatr*. 2023 Apr;182(4):1447-1458. [PubMed].

12. Jarzebicka D, Sieczkowska-Golub J, Kierkus J, Czubkowski P, Kowalczyk-Kryston M, Pelc M, Lebensztejn D, Korczowski B, Socha P, Oracz G. PEG 3350 Versus Lactulose for Treatment of Functional Constipation in Children: Randomized Study. *J Pediatr Gastroenterol Nutr.* 2019 Mar;68(3):318-324. [PubMed].

13. Constipation Guideline Committee of the North American Society for Pediatric Gastroenterology, Hepatology and Nutrition. Evaluation and treatment of constipation in infants and children: recommendations of the North American Society for Pediatric Gastroenterology, Hepatology and Nutrition. *J Pediatr Gastroenterol Nutr.* 2006 Sep;43(3):e1-13. [PubMed].

14. Borowitz SM, Cox DJ, Kovatchev B, et al. Treatment of childhood constipation by primary care physicians: efficacy and predictors of outcome. *Pediatrics.* 2005 Apr. 115(4):873-7. [QxMD MEDLINE Link].