

Uşaqlarda dəri səpgiləri

Nabil Seyidov¹, Gahraman Hagverdiyev¹, Tofiq Musayev¹, Sabinə Babazadə¹

GİRİŞ

Uşaq və yeniyetmələrdə dəri səpgiləri və digər dəri problemləri ilə əlaqədar olaraq, tibb müəssisələrinə hər il 12 milyondan çox müraciət qeyd olunur ki, bunların da 68%-i ilkin səhiyyə xidməti göstərən tibb müəssisələrində fəaliyyət göstərən həkimlərə ünvanlanır. Açar rolunu oynayan əsas səciyyəvi xüsusiyyətlərə həkimlərin yaxşı bələd olması və həkimlər tərəfindən yaxşı tanınması səpgilərin müxtəlif növlərini bir-birindən fərqləndirərək, düzgün diaqnoz qoyulmasına kömək edə bilər (Cədvəl 1). Bu məqaləyə uşaqlar arasında geniş yayılmış olan infeksiyon və qeyri-infeksiyon mənşəli iltihabi səpgilər daxil edilmişdir.

GİRİŞ

Uşaq və yeniyetmələrdə dəri səpgiləri və digər dəri problemləri ilə əlaqədar olaraq, tibb müəssisələrinə hər il 12 milyondan çox müraciət qeyd olunur ki, bunların da 68%-i ilkin səhiyyə xidməti göstərən tibb müəssisələrində fəaliyyət göstərən həkimlərə ünvanlanır. Açar rolunu oynayan əsas səciyyəvi xüsusiyyətlərə həkimlərin yaxşı bələd olması və həkimlər tərəfindən yaxşı tanınması səpgilərin müxtəlif növlərini bir-birindən fərqləndirərək, düzgün diaqnoz qoyulmasına kömək edə bilər (Cədvəl 1). Bu məqaləyə uşaqlar arasında geniş yayılmış olan infeksiyon və qeyri-infeksiyon mənşəli iltihabi səpgilər daxil edilmişdir.

DİAQNOSTİKA

Anamnez və Fiziki Müayinə

Səpgili bir uşağa ilkin yanaşma səpgilərin davam etmə müddətinin, ilk dəfə meydana çıxdığı vaxtın və necə inkişaf etməsinin, səpgilərin lokalizasiya olunduğu nahiyələrin və istifadə olunmuş müalicə üsullarının hər birinin daxil edilməsi zəruri olan anamnezin toplanılması ilə başlayır. Eləcə də digər ailə üzvlərində də oxşar səpgilərin mövcud olub-olmaması və ya onların evində hər hansı bir yeni dərman preparatının, məhsulun və ya ətraf mühit amillərinin təsirinə məruz qalmanın olub-olmaması barədə də valideynlərdən soruşulmalıdır. Səpgilər ilə əlaqədar simptomların mövcud olması və olmaması - diferensial diaqnostikanın aparılmasında, klinisist həkimlərə kömək edə bilər. Hərərətin yüksəlməsi, çox güman ki, rozeola, infeksiyon eritema (XBT10-B08.3) (erythema infectiosum) və skarlatina (scarlet fever) ilə birlikdə müşahidə oluna bilər. Qaşınma bəzən atopik dermatit (XBT10-L20) (atopic dermatitis), çəhrayı dəmrov (XBT10-L42) (pityriasis rosea), infeksiyon eritema, yoluxucu mollyusk (XBT10-B08.1)

Yazışma üçün əlaqə:

Nabil Seyidov¹, Gahraman Hagverdiyev¹,
Tofiq Musayev¹, Sabinə Babazadə¹
İctimai Səhiyyə və İslahatlar Mərkəzi



(molluscum contagiosum) və dermatofitiya (XBT10-B35) (tinea infection) ilə meydana çıxır. Fiziki müayinə zamanı müəyyən klinik əlamətlər diaqnozun təyin olunmasında faydalı ola bilər. Makula, papula, vezikula, lövhəciklər (plaques) və ya pustula kimi dərinin zədələnməsi növlərinin müəyyənləşdirilməsi çox vacibdir. Digər vacib səciyyəvi xüsusiyyətlərə zədələnmənin lokalizasiyası və yayılma növü, səpələnməsi, forması, rəngi və pulcuqlanmanın mövcud olub-olmaması daxildir.

Qəfil ekzantema (altıncı xəstəlik)

Rozeola (ing. roseola) əksəriyyət hallarda insan herpes virusu 6 tərəfindən törədilərək, əsasən körpələrə və 3 yaşdan kiçik uşaqlara təsir göstərir. Bu, adətən kəskin başlanğıca malik olmaqla, bir gündən beş günə qədər davam edən yüksək qızdırma ilə xarakterizə olunur. Bu müddət ərzində uşağın vəziyyəti qənaətbəxş görünərək, mümkün ola bilən yüngül dərəcəli yumşaq öskürək, burundan axıntı, (rhinorrhea) və ya yüngül ishal kimi əlamətlər istisna olmaqla, heç bir ocaqlı klinik əlamətlərə malik olmur. Temperatur səviyyəsi normal göstəricələrə qayıdan kimi, adətən gövdədən başlayıb periferik istiqamətdə yayılan eritematoz-makulyar səpgilərdən tutmuş, makulopapulyoz səpgilərə qədər müxtəlif növlü səpgilər meydana çıxır. Bu qızartı görünüşcə qızılca (rubeola (measles)) (XBT10-B05.0) zamanı meydana çıxan qızartıya oxşayır. Rozeolanın əksinə olaraq, qızılca ilə əlaqədar səpginin meydana çıxması üzəndən (adətən qulağın arxasında) və ya ağızətrafı nahiyədən (Koplik ləkələri olaraq tanınır) başlayaraq, getdikcə aşağıya doğru yayılmağa davam edir. Rozeolası olan uşaqların vəziyyəti çox zaman qənaətbəxş görünərsə də, qızılca zamanı xəstə uşaqların vəziyyəti, adətən daha ağır görünür. Rozeola öz-özünə sağalan xəstəlik olmaqla,

heç bir müalicənin aparılmasını tələb etmir və diaqnoz klinikdir.

Çəhrayı dəmrov

Çəhrayı dəmrova malik xəstələrin təxminən 80%-i, adətən gövdədə müşahidə edilən tək, oval formalı, çəhrayı rəngli ləkənin meydana çıxması şikayəti ilə həkimə müraciət edir. Daha çox hallarda xəstəliyin müjdəçisi hesab edilən "ana ləkə" (ing. herald patch) olaraq tanınan bu zədələnmə, adətən 2 sm-dən 10 sm-ə qədər diametrdə olmaqla, periferik hissədə mövcud olan pulcuqlara (peripheral scale) malik ola bilər. Bu səpginin mövcudluğu, – çəhrayı, incə papulaların üzərini örtən, klassik, periferik hissədəki qabıqlanmanın qorunub saxlanılmasını təmin edən, "ana ləkə"yə bənzər daha kiçik zədələnmələrin inkişaf etməsindən əvvəl, bir neçə həftə ərzində ola bilər. Kənarları qalxmış, kiçik miqyaslı və mərkəzi hissəsində təmizlənməsi olan, həlqəvi zədələnmə olduğuna görə, "ana ləkə"yə yanlışıqla g övdənin mikozu (XBT-10- B35.4) (tinea corporis) diaqnozu qoyula bilər. Gövdənin mikozu xəstəliyində tək bir lövhəcik mövcud olur və çəhrayı dəmrov üçün səciyyəvi olan daha kiçik zədələnmə səpgiləri olmur. Çəhrayı dəmrov zamanı səpgi, adətən Milad ağacı naxışını xatırladan (ing. Christmas tree pattern), Langer xəttinə paralel şəkildə səpələnen, ikitərəfli və simmetrik səpgilərdir.

Çəhrayı dəmrovlular uşaqlar tənəffüs yolları infeksiyasının yüngül simptomları anamnezinə malik ola bilərlər və bu, uşaqların təxminən yarıya qədərində qaşınmanın mövcudluğu qeyd olunur. Natrium hidroksid preparatı çəhrayı dəmrovu - dermatofitiyadan (tinea infection) və ya digər səpgilərdən fərqləndirməyə kömək edə bilər. Çəhrayı dəmrov ilə əlaqədar olan səpgi iki həftədən 12 həftəyə qədər mövcud ola

bilər və bu zaman dəstəkləyici müalicə tətbiq olunur. Çəhrayı dəmrovun etiologiyasının hələ də tam şəkildə aydınlaşdırılmamasına baxmayaraq, bu xəstəlik infeksiyon mənşəli xəstəlik hesab edilir, bir neçə tədqiqatın nəticələrinə əsasən isə etioloji faktorlara insan herpes virusları 6 və 7-nin aid olması düşündürülür.

Skarlatina

Streptokoklar tərəfindən törədilən tonsillofaringit səbəbindən tibb müəssisələrinə müraciət edən uşaqların təxminən 10%-nə skarlatina diaqnozu qoyulur. Bu, pirogen streptokokk ekzotoksini (eritrogen toksin) ifraz edən A qrup beta-hemolitik streptokokkların bəzi ştammları tərəfindən törədilir. Bu toksinə qarşı yüksək həssaslığa malik xəstələrdə skarlatina ilə əlaqədar olaraq, məhz skarlatina üçün səciyyəvi olan spesifik səpgilər yaranır və inkişaf edir. Gövdənin yuxarı hissəsində səpgilər inkişaf etməzdən bir iki gün əvvəl uşaqların əksəriyyətində qızdırma və boğaz ağrısı müşahidə olunur. Xarakterik sirkumoral solğunluqla yanaşı (ağızətrafı nahiyədə solğunluq), ovuc içləri və ayaq altında daha az olmaqla, səpgi bütün bədən boyunca yayılır. Bu əlamətlər skarlatinanı daha ləng gedişə malik bəzi virus mənşəli ekzantemalardan fərqləndirir. Səpgilər bir-biri ilə birləşməyə meyilli (confluent), eritematoz, üzərinə təzyiq edildikdə rəngi solğunlaşan, günəş yanığına bənzəyən incə makulalar və sumbata kağızına bənzər (p.s. sumbata kağızı üzəri qumabənzər dənəciklərlə örtülmüş sərt kağız) papulalar ilə səciyyələnir (Şəkil 2).

Qoltuqaltı nahiyə, dirsək büküşləri, qasıq büküşləri kimi təbii büküşlər nahiyəsində lokalizasiya olunan, eritematoz, üzərinə təzyiq edildikdə rəngi solğunlaşmayan, zolaq şəklində səpgilər (p.s. səpgilərin birləşməsi sayəsində yaranan tünd qırmızı zolaqlar) (Pastia xətləri deyilir) inkişaf edə bilər.

Damaqda meydana çıxmış petexiyalarla yanaşı, dilin üzərində ağ örtük əmələ gətirən eritematoz, şişmiş məməciklər də təzahür edə bilər ("ağ çiyələk dil"). Ağ rəngli örtüyün deskvamasiyasından (yeni qabıqlanması) sonra isə "qırmızı çiyələk" dil meydana çıxır. Bir neçə həftədən sonra səpgilər yoxa çıxır və bunun ardınca dərinin deskvamasiyası müşahidə olunur ki, bu əlamət, xüsusilə üzdə, dəri büküşlərində, əllərin və ayaqların üzərində daha çox meydana çıxmaqla, potensial olaraq 4 həftədən 6 həftəyə qədər müddət ərzində davam edir. Bogazdan götürülən yaxma nümunəsindən kulturanın əldə edilməsi A qrup streptokokk infeksiyalarının diaqnozunun qoyulması üçün 90-95% həssaslığa malik olmaqla, birinci seçim hesab edilən diaqnostika üsuludur, lakin bu üsul heç də həmişə əlverişli deyildir. 8 Sürətli antigen təyini testi klinikalarda klinisistlər tərəfindən müntəzəm olaraq istifadə olunur və təxminən 86% həssaslığa malikdir. A qrup streptokokk infeksiyalarının mövcudluğuna şübhə yüksək olduqda, lakin sürətli antigen təyini testi mənfi nəticə verdikdə kulturaların əldə edilməsi sifariş verilə bilər. Penisinillin (Penicillin) streptokok infeksiyasının müalicə edilməsi üçün daha çox üstünlük verilən seçim preparatıdır. Penisinillinə (penicillin) və sefalosporinlərə (cephalosporins) qarşı allergik reaksiyası olan xəstələr peroral yolla qəbul edilən makrolidlər (erythromycin, azithromycin [Zithromax] or clindamycin) ilə müalicə edilə bilərlər.

İmpetiqo

Dərinin epidermis qatının birincili və ya ikincili olaraq meydana çıxan bakterial mənşəli infeksiyasıdır. Birincili infeksiyalar bakteriyaların dəriyə nüfuz etdiyi təqdirdə baş verir, lakin ikincili infeksiyalar artıq mövcud olan dermatoz sahəsində inkişaf edir. Bu infeksiyanın bulloz və qeyri-bulloz formaları mövcuddur: bulloz forma, adətən

yenidə qeyri-bulloz formaya isə məktəbəqədər və məktəb yaşlı uşaqlar arasında daha çox rast gəlinir. *Streptococcus pyogenes*-in daha əvvəllər qeyri-bulloz impetiqonun ən çox rast gəlinən səbəblərindən biri olmasına baxmayaraq, son illərdə *Staphylococcus aureus* onu üstələmişdir. Lakin *Streptococcus pyogenes* hələ də isti və rütubətli iqlimə malik regionlarda bu infeksiyanın daha çox üstünlük təşkil edən səbəblərindəndir. *Staphylococcus aureus* bulloz impetiqonun əsas mənbəyidir. İlkin olaraq uşaqlarda qalın, sarı qartmaq əmələ gətirən vezikula və pustulalar inkişaf edə bilər. Autoinokulyasiya nəticəsində (öz-özünü yoluxdurma) zədələnmələr sürətli şəkildə ətraf nahiyələrə yayıla bilər. Üz və ətraflar zədələnməyə ən çox məruz qalan nahiyələrdir. İmpetiqo, adətən öz- özünə sağalan xəstəlikdir, buna baxmayaraq, baş verə biləcək ağırlaşmaların və infeksiyanın yayılmasının qarşısını almaq üçün çox zaman antibiotiklər təyin olunur.

İnfeksiyon Eritema

İnfeksiyon Eritema və ya beşinci xəstəlik B19 parvovirusları tərəfindən törədilir.

Bu, yüngül dərəcəli qızdırma, halsızlıq, boğaz ağrısı, baş ağrısı və ürəkbulanma ilə özünü büruzə verən prodromal dövrdən bir neçə gün sonra meydana çıxan - eritematoz "şillələnmiş yanaq" (ing. "slapped cheek") adlanan üz səpgiləri ilə xarakterizə olunan çox geniş yayılmış uşaqlıq dövrü infeksiyasıdır (Şəkil 4). İki gündən dörd günə qədər vaxt keçdikdən sonra üzdə mövcud olan səpgilər yoxa çıxır. Xəstəlik prosesinin ikinci mərhələsində çəhrayı ləkələr və makulalar ən çox ətrafların dərisi üzərində olmaqla, getdikcə inkişaf edərək dəridə krujeva naxışlarına bənzər, retikulyar (şəbəkəyə və ya tora bənzər) naxış əmələ gətirə bilər.

1-6 həftədən sonra səpgilər yoxa çıxır, lakin günəş şüalarının təsirinə məruz qaldıqda isti və ya stress kimi amillərin təsiri nəticəsində yenidən meydana çıxmağa bilər. Bu xəstəliklə əlaqədar olaraq meydana çıxan oynaq ağrıları kiçik uşaqların təxminən 8%-də müşahidə edilir, lakin yeniyetmələr və yetkin şəxslər arasında bu əlamətə daha çox rast gəlinir. Səpgilər meydana çıxandan sonra xəstələr artıq ətrafdakılar üçün yoluxdurucu hesab olunurlar. Xəstəliyin müalicəsi simptomatikdir və müalicəyə oynaq ağrılarını azaltmaq üçün qeyri-steroid iltihabəleyhinə dərman preparatları və qaşınmanı azaltmaq üçün antihistamin dərman preparatları daxildir.

Yoluxucu mollyusk

Poksviruslar (ing. poxvirus) tərəfindən törədilən dəri infeksiyasıdır. Bu, əsasən 2 yaşdan 11 yaşa qədər uşaqların xəstələnməsinə səbəb olan, yüksək dərəcədə yoluxduruculuq xüsusiyyəti ilə xarakterizə edilən viral infeksiyadır. Buna həmçinin cinsi aktiv yeniyetmələr arasında da rast gəlinir. Zədələnmələr mərkəzi hissəsində göbək formasında çökəkliyi olan (central umbilication), dəri rəngində və ya mirvari ağı rəngində, kiçik ölçülü papulalardır (Şəkil 5). Ağız boşluğunun selikli qişası çox nadir hallarda zədələnməyə məruz qalır, lakin zədələnmələr cinsiyyət bölgələrində və konyunktivada təzahür edə bilər. Adətən xəstə uşaqlar 10-dan 20-yə qədər zədələnməyə malik olurlar, lakin nadir hallarda rast gəlinərsə də, bəzən zədələnmələrin sayı yüzlərlə ola bilər. Yoluxucu mollyusk həmçinin dermatit ilə eyni zamanda da meydana çıxmağa bilər. Xəstəliyin əsasını təşkil edən xəstəlik kimi atopik dermatitli (XBT10-L20) uşaqlarda yoluxucu mollyusk sürətli bir şəkildə inkişaf edərək yayıla bilər və ya daha əvvəldən təmiz dərisi olan bir uşaqlarda dermatitin meydana çıxmasını təşviq edə bilər (bu, mollyusk

dermatiti adlanır) (ing. molluscum dermatitis). Yoluxucu mollyuskun diaqnozu, adətən klinik əlamətlərin təzahürünə əsaslanaraq qoyulur. Bu xəstəlik öz-özünə sağalan xəstəlikdir, lakin klinisistlər xəstənin valideynlərinə dəri üçün xüsusi nəzərdə tutulmuş zərif teksturalı qulluq vasitələrindən istifadə etmələrini tövsiyə etməli və zədələnmələrin aylarla və ya bəzi hallarda iki ildən dörd ilə qədər müddətdə davam edə biləcəyini valideynlərə bildirməlidirlər.

Krioterapiya, imiquimod (Aldara) və zədələnmədxili immunoterapiya (intralesional immunotherapy) da daxil olmaqla, müalicə seçimləri xəstənin fiziki görünüşündə təzahür edərək narahatlıq doğuran vəziyyət mövcud olduğu təqdirdə istifadə oluna bilər.

Dermatit (mollyusk dermatiti və ya atopik dermatitin qəfildən kəskinləşməsi kimi meydana çıxan dermatit) - qaşintını aradan qaldırmaq və yoluxucu mollyuskun yayılmasını məhdudlaşdırmaq üçün müalicənin aparılması zərurəti yaradır.

Dermatofitiya

Dermatofitiya göbələklər tərəfindən törədilərək, baş derisinin (tinea capitis), bədənin (tinea corporis), qasıq nahiyəsinin (tinea cruris), ayaqların (tinea pedis), əllərin (tinea manus) və ya dırnaqların (tinea unguium) zədələnməyə məruz qalması ilə təzahür edən, uşaqlar arasında geniş yayılmış dəri infeksiyasıdır. Diaqnoz fiziki müayinənin nəticələrinə əsaslanaraq qoyulur və kalium hidroksid mikroskopiyası ilə (ing. potassium hydroxide microscopy), tük follikullarının periodik şəkildə Şiff turşusu ilə rənglənməsi (ing. periodic acid – Schiff staining) və ya əldə edilmiş göbələk kulturalarına əsaslanaraq təsdiqlənir. Başın dermatomikozu (XBT10-B35.0) (Tinea capitis) qabıqlanan və hüdudları olan alopesiya ilə və tük follikullarının qırılması ilə xarakterizə olunan, Amerika Birləşmiş

Ştatlarında uşaqlar arasında ən çox yayılmış dəri infeksiyasıdır (Şəkil 6). Arxa boyun limfa düyünlərində lokalizasiya olunmuş limfadenopatiya (Posterior cervical lymphadenopathy) başın dermatomikozunu digər alopesiya səbəblərindən fərqləndirə bilmək üçün digər faydalı əlamət hesab olunur. Bədənin dermatomikozu (ing. Tinea corporis) olan uşaqlarda rast gəlinən səciyyəvi zədələnmə – hüdudları yüksəlmiş və mərkəzi hissəsində təmizlənmənin müşahidə olunduğu, eritematoz halqa formasına malik ləkə (ing. patch) və ya lövhəciklər (ing. plaque); hüdudları boyunca qabıqlanmanın müşahidə edilməsi (scaling) geniş yayılmışdır. Bu zədələnmə çox zaman dəqiqləşdirilməmiş dermatofitiya və ya epidermofitiya (ing. ringworm) adlandırılır. 15 Tinea capitis coğrafi regionda ən çox yayılmış etioloji amil növündən asılı olaraq peroral qəbul edilən qrizeofulvin (griseofulvin) və terbinafin (terbinafine) (Lamisil) ilə müalicə edilir.

Bədənin dermatomikozu, adətən yerli olaraq tətbiq edilən göbələk əleyhinə dərman maddələri ilə effektiv şəkildə müalicə olunur, xəstəliyin ağır gedişə malik formalarının müalicəsi üçün isə ehtiyat halında saxlanmış peroral dərman maddələri ilə birlikdə, yerli göbələkəleyhinə dərman maddələri birgə tətbiq edilir.

Atopik Dermatit

Atopik dermatit Amerika Birləşmiş Ştatlarında yaşayan uşaqların təxminən 20%-ni təsirə məruz qoyan, geniş rast gəlinən, uşaqlıq dövrünün iltihabi dəri xəstəliyidir. Xronik gedişə malik, qaşınma ilə müşayiət edilən bu dəri xəstəliyi residiv vermə təbiətinə malikdir. Atopik dermatit, adətən körpə yaşlarda və erkən uşaqlıq dövründə meydana çıxır və yetkin yaşlara qədər davamlılığını qoruyub saxlaya bilər. Uşaqlar eritematoz lövhəcik və papulalar, dəri sıyrıqları (excoriations), ağır dərəcəli

dəri quruluğu, qabıqlanma və vezikulyar zədələnmələr də daxil olmaqla, müxtəlif dəri dəyişiklikləri ilə müraciət edə bilərlər. Uşağın yaşından asılı olaraq atopik dermatitdə mövcud olan dəri zədələnmələrinin paylanması fərqli ola bilər. Körpələr və azyaşlı uşaqlarda zədələnmələr çox zaman ətrafların açıq səthlərində, yanaqlarda və baş dərisində müşahidə edilir.

Daha böyük yaşlı uşaqlar və yetkin şəxslər çox zaman açıq səthlərin dərisində (dirsək çuxurunda və ya diz arxası nahiyədə) (antecubital and popliteal fossa) ləkələr və lövhəciklər ilə müraciət edirlər. Əllər və ayaqlar da çox zaman təsire məruz qalır. Xəstəliyin daha ağır gedişə malik olan formalarında dəmrovabənzər görünüşə (lichenified appearance) malik qalınlaşmış lövhəciklər müşahidə oluna bilər.

Atopik dermatiti olan uşaqlar çox zaman quru, qabığı soyulmuş dəriyə malik olur və

ikincili dəri infeksiyasına məruz qalma riski daşıyırlar. Müalicə dəriyə yaxşı qulluq edilməsi mövzusunda uşağın valideynləri ilə məsləhətləşmələrin aparılması (məsələn, yumşaldıcı vasitələrin istifadəsi və soyuq havaya məruz qalma, tez-tez isti vannalar, aromatləşdirilmiş məhsullar və sərt yuyucu vasitələr kimi xəstəliyi tətikləyici maddələrin istifadəsinin qarşısının alınması) ilə aparılan müalicəyə deyil, xəstəliyin idarə olunmasına hədəflənmişdir. Dəriyə yaxşı qulluq edilməsinə baxmayaraq, xəstəliyin kəskinləşmə dövrləri meydana çıxdıqda, bir qayda olaraq, yerli tətbiq edilən kortikosteroid dərman maddələrindən istifadə olunmasına ehtiyac vardır. Ənənəvi müalicələrə cavab verməyən atopik zədələnmələr zamanı infeksiyaya görə narahat olduqda biopsiya edilməli və ya kultura əldə edilməlidir.

ŞƏKİLLƏR

Şəkil 1. Çəhrayı dəmrov zamanı xəstəliyin müjdəçisi hesab edilən "ana ləkə" (ing.Herald patch). Xəstəliklərə Nəzarət və Profilaktika üzrə İctimai Səhiyyə Mərkəzinin Şəkil qalereyasına aid şəkil



Şəkil 2. Skarlatina ilə əlaqədar olaraq meydana çıxan – sumbata kağızına bənzər papulalar



Şəkil 3. İmpetiço. Sarı rəngli dəri qartmaqlarına diqqət yetirin



Şəkil 4. İnfeksiyon eritema (beşinci xəstəlik) ilə əlaqədar meydana çıxan eritematoz "şillələnmiş yanaq" üz səpgisi



Şəkil 5. Yoluxucu mollyuskun mərkəzi hissəsində göbək formasında çökəkliyi olan (central umbilication), dəri rəngində, kiçik ölçülü xarakterik papulaları



Şəkil 6. Başın dermatomikozu. Qırılmış tük follikulları ilə birgə alopesiya



Şəkil 7. Bədənin dermatomikozu. Mərkəzdən təmizlənən və kənarları qalxmış yuvarlaq formalı ləkəyə diqqət yetirin



Şəkil 8. Atopik dermatitdə eritematoz lövhəciklər və papulalar. Dəri sıyrıqları ətrafların bükücü səthlərində geniş yayılmışdır



CƏDVƏLLƏR

| Xəstəliyin adı | Lokalizasiya olduğu nahiyyə | Təzahürü | Qızdırma | Qaşınma | Fərqləndirici xüsusiyyəti | Davam etmə müddəti |
|--|--|--|--|--|---|---|
| Qəfil ekzantema (altıncı xəstəlik) Roseola infantum (exanthema subitum) | Gövdədə rast gəlinir, periferik istiqamətdə yayılır. | Makuladan makulopapulyoz səpgilərə qədər | Adətən səpgidən əvvəl müşahidə olunan, temperaturun 39°C-dən yuxarı qalxması ilə qızdırma. | Yoxdur | Yanlışlıqla qızılca ilə qarışıq salına bilər (qızılca səpgiləri üzəndən başlayır və uşaq daha ağır xəstə görünür). | 1-2 gün |
| Çəhrayı dəmrov (Pityriasis rosea) | Gövdədə rast gəlinir, ikitərəfli və simmetrikdir. Şam ağacını xatırladan şəkildə yayılma xüsusiyyətinə malikdir. | İlkin olaraq gövdədə ana ləkə, bunun ardınca isə kiçik ölçülü, bənzər formalı zədələnmələr təzahür edir. Yüngül qabıqlanma ilə müşayiət olunan oval formalı, çəhrayı rəngli ləkələr. | Yoxdur | Xəstələrin təxminən yarısında müşahidə edilir. | Adətən bədən dermatomikozu ilə qarışıq salınır. Çəhrayı dəmrov, adətən geniş yayılmışdır, lakin bədən dermatomikozu tək-tək səpgilər şəklində təzahür edir. | 2-12 həftə |
| Skarlatina (Scarlet fever) | Gövdənin yuxarı hissəsində olmaqla, bütün bədən boyunca yayılır, ovuclarda və ayaqların altında seyrək olur. | Güneş yanığını xatırladan, eritematoz, incə makulalar. | Səpginin meydana çıxmasında 1-2 gün əvvəl baş verir. | Adətən yoxdur | Damaqda petexial səpgilər. Ağ çiyələk dil. Streptokok infeksiyalarına görə test müsbət nəticə göstərir | Bir neçə həftə |
| İmpetiyo | Hər yerdə rast gəlinməklə yanaşı, üzdə və ətraflarda daha çox | Qalın, sarı rəngli qartmaq əmələ gətirən vezikula və pustulalar. | Adətən yoxdur | Xeyr | Birincili və ikincili infeksiya olan bulloz forma, yenidən doğulmuş səciiyyəvidir: | Adətən öz-özünə sağalır, lakin çox qeyri- |

| | | | | | | |
|---|--|--|-------------------|------|--|--|
| | müşahidə olunur. | | | | bulloz formaya və məkəbeqədə ağırlaşmalar arasında daha çox rast gəlinir. | uşaqlar arasında daha çox infeksiyanın yayılmasının qarşısını almaq üçün müalicə olunur |
| İmpetiqo (Impetigo) | Hər yerdə rast gəlinməklə yanaşı, üzdə və ətraflarda daha çox müşahidə olunur. | Qalın, sarı rəngli qartmaq əmələ gətirən vezikula və pustulalar. | Adətən yoxdur | Xeyr | Birincili və ikincili infeksiya ola bilər. bulloz forma, adətən yenidoğulmuşlar üçün səciyyəvidir: qeyri-bulloz formaya isə məkəbeqədə ər və məkəb yaşlı uşaqlar arasında daha çox rast gəlinir. | Adətən öz-özünə sağalır, lakin çox vaxt ağırlaşmaların və infeksiyanın yayılmasının qarşısını almaq üçün müalicə olunur. |
| İnfeksiyon eritema (beşinci xəstəlik) (Erythema infectiosum (fifth disease)) | Üzdə və bud nahiyəsində. | Krujeva naxışlarına bənzər, retikulyar (şəbəkəyə və ya tora bənzər), çəhrayı makula və papulaların ardınca meydana çıxan eritematoz "şillələnmiş | Aşağı dərəcəlidir | Bəli | Skarlatina ilə qarışıq salına bilər. "Şillələnmiş yanaq" səpgiləri infeksiyon eritemanı digər xəstəliklərdən fərqləndirə bilər. | Üz səpgisi 2-4 gün ərzində davam edir, krujevaya bənzər retikulyar səpgilər 1 həftədə 6 həftəyə |

| | | | | | | |
|---|--|---|--------|-----------------------------------|--|---|
| | | yanaq" səpgisi | | | | qədar davam edə bilər. |
| Yoluxucu Mollusk (Molluscum contagiosum) | Hər yerdə rast gəlinməklə, ağız boşluğunun selikli qişasında nadir hallarda müşahidə olunur. | Mərkəzi hissəsində göbək formasında çökəkliyi olan, dəri rəngində və ya mirvari ağ rəngli, kiçik ölçülü xarakterik papulalar. | Yoxdur | Bəli, əgər dermatitlə əlaqəlidir. | Adətən müalicə aparılmadan öz-özünə sağalma ilə nəticələnir. | Aylarla və ya 2 ildən 4 ilə qədər müddətdə. |
| Dermatofitiya Tinea infection | Ətrafların açığı səthlərində, yanaqlarda, baş dərisində. | Başın dermatomikozu zamanı baş dərisində qırılmış tük follikulları və ya alopesiya, bədən dermatomikozunda isə bədən dərisində mərkəzdən təmizlənən və kənarları qalxmış yuvarlaq formalı ləkə və ya lövhəciklər. | Yoxdur | Bəli | Çox zaman çəhrayı dərman ilə qarışıq salınır. Dəridən götürülmüş qaşıntı materialının kalium-hidroksid mühitində mikroskopiyası diaqnoz təsdiqlənməsinə kömək edə bilər. | Adətən göbək əleyhinə müalicəyə cavab verir |
| Atopik dermatit Atopic dermatitis | Körpələrdə və azyaşlı uşaqlarda ətrafların açığı səthlərində, yanaqlarda və | Eritematoz lövhəciklər, dəri sıyrıqları, ağır dərəcəli quru dəri, qabıqlanma, vezikulyar zədələnmələr. | Yoxdur | Bəli | Yumşaldıcı vasitələrdən istifadə və xəstəliyi tətikləyən amillərdən uzaq durulması müalicənin | Xronik, residiv verən. |

| | | | | | |
|--|--|--|--|--|---|
| | baş dərində, nisbətən daha böyük yaşlı uşaqlarda isə ətrafların bükücü səthlərində daha çox rast gəlinir. | | | | əsasını təşkil edir. Kəskinləşmə dövrələrində yerli koktrikostero idlərin tətbiqi tələb oluna bilər |
|--|--|--|--|--|---|

BİBLİOQRAFİK SİYAHİ.

1. AMANDA ALLMON, MD; KRISTEN DEANE, MD; AND KARI L. MARTIN, MD, University of Missouri - Columbia School of Medicine, Columbia, Missouri Am Fam Physician. Common Skin Rashes in Children. 2015 Aug 1; 92(3):211-216. <https://www.aafp.org/afp/2015/0801/p211.pdf>
2. Andrews MD, Burns M. Common tinea infections in children. Am Fam Physician. 2008; 77(10):1415-1420. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18533375>
3. Brown J, Janniger CK, Schwartz RA, et al. Childhood molluscum contagiosum. Int J Dermatol. 2006; 45(2):93-99. <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/j.1365-4632.2006.02737.x>
4. Chuh AA, Dofitas BL, Comisel GG, et al. Interventions for pityriasis rosea. Cochrane Database Syst Rev. 2007; (2):CD005068. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17443568>
5. Drago F, Broccolo F, Rebora A. Pityriasis rosea: an update with a critical appraisal of its possible herpesviral etiology. J Am Acad Dermatol. 2009; 61(2):303-318. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19615540>
6. Ferri FF. Scarlet fever. In: Ferri's Clinical Advisor. Philadelphia, Pa.: Elsevier; 2014. 9.
7. Festeckjian A, Pierson SB, Zlotkin D. Index of suspicion. Pediatr Rev. 2006; 27(5):189-194. <https://www.elsevier.com/books/ferris-netter-patient-advisor/ferri/978-1-4160-6038-3>
8. Geria AN, Schwartz RA. Impetigo update. Cutis. 2010; 85(2):65-70. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20349679>
9. González LM, Allen R, Janniger CK, et al. Pityriasis rosea: an important papulosquamous disorder. Int J Dermatol. 2005;44(9):757-764. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16135147>
10. Lampell MS. Childhood rashes that present to the ED part I: viral and bacterial issues. Pediatr Emerg Med Pract. 2007; 4(3):1-24. <https://www.aafp.org/afp/2015/0801/p211.pdf>
11. Lean WL, Arnup S, Danchin M, et al. Rapid diagnostic tests for group A streptococcal pharyngitis. Pediatrics. 2014; 134(4):771-781. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25201792>
12. Servey JT, Reamy BV, Hodge J. Clinical presentations of parvovirus B19 infection.

Am Fam Physician. 2007; 75(3):373-376.
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17304869>

12. Shulman ST, Bisno AL, Clegg HW, et al. Clinical practice guideline for the diagnosis and management of group A streptococcal pharyngitis [published correction appears in Clin Infect Dis. 2014; 58(10):1496]. Clin Infect Dis. 2012; 55(10):e86-e102. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23091044>

13. Wolter S, Price HN. Atopic dermatitis. Pediatr Clin North Am. 2014; 61(2): 241-260. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24636644>

Əlavə məlumatlar.

Minnətdarlıq.

Bu məqalə milli səviyyədə aparılmış araşdırma və təhlil nəticəsində ərəsəyə gəlmişdir; hazırlanmasında iştirak edən bütün həmkarlarımı təşəkkür edirəm.

Müəlliflərin töhfələri.

Konsepsiya və dizayn: İSİM Məlumatların əldə edilməsi, təhlili və ya təfsiri: İSİM Əlyazmanın tərtibi: İSİM Əlyazmanın mühüm intellektual məzmun üçün tənqidi təftişi: İSİM Statistik təhlil: İSİM Məlumatların idarəedilməsi: İSİM Araşdırma: İSİM Əldə edilmiş dəstək, maliyyə və nəzarət: İSİM Müəlliflər yekun əlyazmanı oxuyub və təsdiq edib.

Maliyyələşdirmə.

Bu məqalə Azərbaycan Tibb Universitetinin təşkil etdiyi "Təbabətin Aktual Problemləri üzrə Beynəlxalq Konqres" üçün hazırlanmışdır. Məqalənin hazırlanması məqsədilə aparılan təhlil və araşdırmalar üçün heç bir kənar maliyyə əldə edilməmişdir. Heç bir digər qurum və ya sponsor təşkilatlar araşdırmanın və ya tədqiqatın və ya təhlilin dizaynı və aparılmasında; məlumatların toplanması, idarə edilməsi, təhlili, məlumatların təfsirində, habelə əlyazmanın hazırlanması, nəzərdən keçirilməsi və ya təsdiqində heç bir rola malik olmayıb; əlyazmanın nəşrə təqdim edilməsi haqqında qərarların verilməsində iştirak etməmişdir.

Məlumat və materialların əlçatanlığı.

Təhlil zamanı istifadə olunan və/yaxud təhlil edilən məlumatlar (datalar) müəlliflərə və ya jurnalın redaksiyasına müraciət etməklə əldə edilə bilər.

Bəyannamələr.

Etik Komitənin icazəsi və məlumatlı razılıq.

Hər bir iştirakçıdan yazılı və ya uyğun olduqda şifahi məlumatlı razılıq alınıb. Etik Komitə (ATU, Azərbaycan) və Konqresin Elmi Komitəsi bu təhlili təsdiq edib.

Nəşr üçün razılıq.

Nəzərdə tutulmur.

Maraqların toqquşması.

Müəllif(lər) hər hansı maraqların toqquşmasını bəyan etməyiblər.

Müəlliflərə dair təfərrüatlar.

¹ İctimai Səhiyyə və İslahatlar Mərkəzi Bakı şəhəri, Azərbaycan Respublikası

Göndərilib: 10 dekabr 2023-cü il. **Qəbul edilib:** 11 dekabr 2023-cü il. Elektron nəşr: 19 dekabr 2023-cü il.