



T.C.

SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ

OKMEYDANI SAĞLIK UYGULAMA VE ARAŞTIRMA MERKEZİ

ÇOCUK SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI KLİNİĞİ

**‘ROME IV’ TANI ÖLÇÜTLERİ KULLANILARAK GENEL PEDIATRİ
POLİKLİNİĞİNE BAŞVURAN SÜT ÇOCUKLARINDA FONKSİYONEL
GASTROİNTESTİNAL HASTALIKLARIN SIKLIĞININ ARAŞTIRILMASI VE
ETKİ EDEN FAKTÖRLERİN BELİRLENMESİ ÇALIŞMASI**

Dr. Mustafa Kemal ÖZDEMİR

Tez DanıŐmanı: Doç. Dr. Ömer Faruk Beşer

(TIPTA UZMANLIK TEZİ)

İSTANBUL / 2018



T.C.

SAğLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ

OKMEYDANI SAğLIK UYGULAMA VE ARAşTIRMA MERKEZİ

ÇOCUK SAğLIğI VE HASTALIKLARI KLİNİğİ

**‘ROME IV’ TANI LTLEĞİ KULLANILARAK GENEL PEDIATRİ
POLİKLİNİğİNE BAşVURAN SÜT ÇOCUKLARINDA FONKSİYONEL
GASTROİNTESTİNAL HASTALIKLARIN SIKLIğININ ARAşTIRILMASI VE
ETKİ EDEN FAKTÖRLERİN BELİRLENMESİ ALIşMASI**

Dr. Mustafa Kemal ÖZDEMİR

Tez Danışmanı: Doç. Dr. Ömer Faruk Beşer

(TIPTA UZMANLIK TEZİ)

İSTANBUL / 2018

İÇİNDEKİLER

TEŞEKKÜR	i
SİMGELER VE KISALTMALAR	ii
TABLO LİSTESİ	iii
ŞEKİL LİSTESİ	v
ÖZET	vi
ABSTRACT	viii
GİRİŞ VE AMAÇ	1
GENEL BİLGİLER	4
TARİHÇE	4
SINIFLANDIRMA	5
YENİDOĞAN-OYUN ÇOCUĞU	6
BEBEK REGÜRJİTASYONU	7
TANI	7
KLİNİK DEĞERLENDİRME	8
TEDAVİ	9
BEBEKLİK DÖNEMİ RUMİNASYON SENDROMU	10
TANI	10
TEDAVİ	11
SİKLİK KUSMA SENDROMU	11
TANI	12
TEDAVİ	14
İNFAANTİL KOLİK	15
TANI	15
TEDAVİ	17
FONKSİYONEL İSHAL	18
TANI	19
TEDAVİ	19
BEBEK DİSKEZİSİ	20
TANI	21
TEDAVİ	21
FONKSİYONEL KABIZLIK	21

TANI	22
TEDAVİ	23
GEREÇ VE YÖNTEM	25
MATERYAL	25
İSTATİSTİKSEL İNCELEMELER	28
BULGULAR	30
ÇALIŞMA VERİLERİMİZİN TNSA-2013 İLE KARŞILAŞTIRILMASI..	33
BEBEK REGÜRJİTASYONU İLE İLGİLİ BULGULAR.....	34
İNFRANTİL KOLİK İLE İLGİLİ BULGULAR	42
TARTIŞMA	50
SONUÇLAR	59
KAYNAKLAR.....	60
EKLER	82

TEŞEKKÜR

Hastane Başhekimimiz Sayın Prof. Dr. Hakan GÜRBÜZ'e, iyi niyeti, hastalara yaklaşımı, bilimselliği ve çalışma azmiyle her zaman kendime örnek edindiğim, bana asistanlığım süresince sağladığı fırsatlar ile ufkumu genişleten, her zaman beraber çalışmak istediğim değerli hocam Doç. Dr. Ömer Faruk BEŞER'e; asistanlığımın büyük bölümünde bilgi ve tecrübesi, etik ilkelere bağlılığı, çalışma azmi, bilimselliği ve hastalara yaklaşımı ile her zaman öğrencisi olmaktan onur duyduğum ve kendisi ile yeniden çalışabilmeyi gönülden istediğim değerli hocam Prof. Dr. Ozan ÖZKAYA'ya; asistanlık sürecimin son yıllarında birlikte çalışma fırsatı bulduğum, iyi niyeti, çalışma disiplini, hastalarla ve meslektaşlarıyla olan iyi iletişimini her zaman kendime örnek edineceğim Doç. Dr. Hasan DURSUN'a; asistanlığımın kısa sayılabilecek bir döneminde birlikte çalıştığım ve adanmışlık derecesinde fedakarlıklarla çalışan, bilgi birikimi ve becerisiyle birleştirdiği çalışma azmini her zaman kendime örnek edineceğim Uzm. Dr. Fatih AYGÜN'e;

Mesleki bilgi ve deneyimlerimi geliştirmeme katkıda bulunan tüm eğitim görevlilerim, baş asistanlarım ve uzmanlarıma;

Asistanlığım ikinci yarısında çalışmaya başladığım, iş arkadaşlığından öte bir dostluğa sahip Dr. Hüseyin Kutay KÖRBEYLİ'ye ve beraber çalışmaktan mutlu olduğum tüm asistan arkadaşlarıma;

Beni bugünlere getiren, her zaman tüm imkanlarını seferber ederek bana her koşulda destek olan biricik anne ve babama;

Benim eksik kaldığım her şeyi yerine koyan, sürekli destek veren kardeşlerim Ali ve Emin'e;

Eğitim hayatına başladığım ilk günlerden bugünlere gelmemde emeği olan tüm öğretmenlerime;

Hayatımın her anında yanımda olduğu gibi asistanlık dönemimde de bana hep destek veren, zorlukları kolaylaştıran, sevgisiyle her an yanımda olan biricik eşim Sena UĞUR ÖZDEMİR' e teşekkür ederim.

Dr. Mustafa Kemal Özdemir

SİMGELER VE KISALTMALAR

AS	: Anne Sütü
BGA	: Boya Göre Ağırlık
ESPGHAN	: European Society of Pediatric Gastroenterology, Hepatology and Nutrition
FGID	: Functional Gastro-Intestinal Disease
FGİH	: Fonksiyonel Gastro-İntestinal Hastalık
FS	: Formül Süt
GÖR	: Gastro-Özofageal Reflü
GÖRH	: Gastro-Özofageal Reflü Hastalığı
NASPGHAN	: North American Society of Pediatric Gastroenterology, Hepatology and Nutrition
SKS	: Siklik Kusma Sendromu
TNSA	: Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırmaları
TÜİK	: Türkiye İstatistik Kurumu
YGA	: Yaşa Göre Ağırlık
YGB	: Yaşa Göre Boy

TABLO LİSTESİ

Tablo 1. Çocukluk çağı fonksiyonel gastrointestinal hastalıklar: Yenidoğan-oyun çocuğu	5
Tablo 2. Çocukluk çağı fonksiyonel gastrointestinal hastalıklar: Çocuk-Adölesan	6
Tablo 3. Bebek regürjitasyonu tanı ölçütleri	8
Tablo 4. Bebek regürjitasyonunda uyarıcı belirti ve bulgular	9
Tablo 5. Bebeklik dönemi ruminasyon sendromu tanı ölçütleri	11
Tablo 6. Siklik kusma sendromu tanı ölçütleri	13
Tablo 7. Siklik kusma sendromunda uyarıcı belirti ve bulgular	14
Tablo 8. Siklik kusma sendromunda tedavi seçenekleri	15
Tablo 9. İnfantil kolik tanı ölçütleri	16
Tablo 10. İnfantil kolikte uyarıcı belirti ve bulgular	17
Tablo 11. Sağlıklı çocuklarda ortalama dışkılama alışkanlıkları	19
Tablo 12. Fonksiyonel ishal tanı ölçütleri	19
Tablo 13. Kronik ishal ayırıcı tanısı	20
Tablo 14. Fonksiyonel ishalde uyarıcı belirti ve bulgular	20
Tablo 15. Bebek diskezi tanı ölçütleri	21
Tablo 16. Fonksiyonel kabızlık tanı ölçütleri	22
Tablo 17. Fonksiyonel kabızlık ayırıcı tanısı	23
Tablo 18. Fonksiyonel kabızlıkta uyarıcı belirti ve bulgular	23
Tablo 19. Çalışmamızdaki olguların demografik verileri	32
Tablo 20. Olguların ortalama z skoru değerleri ve TNSA 2013 ile karşılaştırılması	33
Tablo 21. Çalışmamızdaki doğum şekli ve AS ile beslenme durumu verilerinin TNSA ile karşılaştırılması	34
Tablo 22. Regürjitasyon saptanan olguların demografik verilerinin istatistiksel analizi	36
Tablo 23. Regürjitasyon saptanan olguların anne ve baba eğitim durumlarının ve ailenin aylık gelirinin istatistiksel analizi	38
Tablo 24. Altı aydan küçük olup, regürjitasyon saptanan olguların beslenme şekillerinin istatistiksel analizi	39
Tablo 25. Altı aydan büyük olup, regürjitasyon saptanan olguların beslenme şekillerinin istatistiksel analizi	39

Tablo 26. Regürjitasyon saptanan olguların beslenme aralıklarının istatistiksel olarak analizi	40
Tablo 27. Çalışmamızda regürjitasyon tanısı konan olguların doğum şekli ve AS ile beslenme durumu verilerinin TNSA ile karşılaştırılması.....	41
Tablo 28. Regürjitasyon saptanan olguların ortalama z skorlarının TNSA-2013 verileri ile karşılaştırılması	41
Tablo 29. Regürjitasyon saptanan birincil ve ikincil olgu gruplarının ortalama z skorlarının karşılaştırılması	42
Tablo 30. İnfantil kolik saptanan olguların demografik verilerinin istatistiksel analizi ...	44
Tablo 31. İnfantil kolik saptanan olguların anne ve baba eğitim durumlarının ve ailenin aylık gelirinin istatistiksel analizi.....	45
Tablo 32. İnfantil kolik saptanan olguların beslenme şekillerinin istatistiksel analizi ...	46
Tablo 33. İnfantil kolik saptanan olguların beslenme aralıklarının istatistiksel analizi...	47
Tablo 34. Çalışmamızda regürjitasyon tanısı konan olguların doğum şekli ve AS ile beslenme durumu verilerinin TNSA ile karşılaştırılması.....	48
Tablo 35. İnfantil kolik saptanan olguların ortalama z skorlarının TNSA-2013 verileri ile karşılaştırılması	48

ŞEKİL LİSTESİ

- Şekil 1. Yenidoğan ve oyun çocuğu döneminde görülen fonksiyonel gastrointestinal hastalıkların yaşa göre dağılımı.....6
- Şekil 2. Polikliniğe başvuran hastaların çalışmadaki akış şeması28



ROME IV TANI ÖLÇÜTLERİ KULLANILARAK GENEL PEDIATRİ POLİKLİNİĞİNE BAŞVURAN SÜT ÇOCUKLARINDA FONKSİYONEL GASTROİNTESTİNAL HASTALIKLARIN SIKLIĞININ ARAŞTIRILMASI VE ETKİ EDEN FAKTÖRLERİN BELİRLENMESİ ÇALIŞMASI

ÖZET

Amaç: Genel pediatri polikliniğine herhangi bir nedenle başvuran 0-1 yaş arası süt çocukların, fonksiyonel gastrointestinal hastalıklar (FGİH) açısından ‘ROME-IV’ tanı ölçütlerine göre değerlendirilerek bu hastalıkların sıklığının saptanması, hasta çocukların demografik özellikleri ve beslenme şekilleri gibi özelliklerinin aynı yaş grubundaki sağlıklı çocuklara ait veriler ile kıyaslanması amaçlandı.

Gereç ve Yöntem: Çalışmaya 01.08.2017 ile 31.10.2017 tarihleri arasında genel pediatri polikliniğine herhangi bir nedenle başvuran 0-1 yaş arası 481 süt çocuğu değerlendirildi. Bu çocuklarda ‘ROME-IV’ tanı ölçütlerine göre FGİH tarandı. FGİH yakınmaları ile başvurup FGİH tanısı koyulan çocuklar ve FGİH yakınmaları dışında başka bir yakınma ile başvuran ancak hekim değerlendirmesi sonucu FGİH tanısı koyulan çocuklar çalışmaya dahil edildi. FGİH yakınmaları ile başvurup tanı alan olgular birincil FGİH, FGİH dışı bir nedenle başvurup değerlendirme sonucu tanı alan olgular ise ikincil FGİH olmak üzere iki grup oluşturuldu. FGİH tanısı koyulan çocukların aileleri, çalışmanın amacı ve içeriği hakkında bilgilendirildi. Ailelerden onam alındı. Her hastalık için ayrıca hazırlanan formlarda çocukların başvuru yakınmaları ve demografik özellikleri sorgulanarak, kaydedildi. Elde edilen veriler, Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırmaları (TNSA)-2013 verileri ile karşılaştırıldı. Ayrıca her hastalık için elde edilen veriler birincil ve ikincil grup arasında da kıyaslandı.

Bulgular: Muayene edilen 481 süt çocuğunun 28’inde FGİH saptandı (%5,8). Bu hastaların 7’sinde eşlik eden ikinci bir FGİH daha bulunmaktaydı. Çalışmada bebek regürjitasyonu sıklığı %4,1, infantil kolik sıklığı %2,2, bebek diskezi sıklığı ise %0,62 olarak saptanmıştır. FGİH tanısı koyulan 28 olguda bakılan çeşitli demografik ve klinik özellikler, FGİH olmayanlar arasında anlamlı bir fark saptanmadı. Birincil ve ikincil FGİH grupları arasında yapılan istatistiksel karşılaştırmalardan anlamlı bir veri elde edilemedi. TNSA-2013 ile yapılan karşılaştırmalarda ise, herhangi bir zamanda anne sütü ile beslenme oranında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu görüldü ($p=0,0084$).

Sonuç: Çocukluk çağında görülen FGİH, tanısı ve tedavisi çoğunlukla kolay olan hastalıklar olmasına rağmen tanınmadığı durumda gereksiz yapılan tetkiklere neden olmaktadır. Tanı

koyulamayan çocuklar ve aileleri psikososyal açıdan zorluklar yaşamaktadır. ‘ROME-IV’ tanı ölçütleri ile poliklinikte kolayca tanı alan hastaların; demografik özellikler ve beslenme biçimleri açısından sağlıklı çocuklarla olan ilişkisini aydınlatmak için daha kapsamlı çalışmaların gerektiğini düşünmekteyiz.

Anahtar kelimeler: Çocuk, fonksiyonel bağırsak, regürjitasyon, infantil kolik



STUDY ON DETERMINATION OF FUNCTIONAL GASTROINTESTINAL DISEASES IN INFANTS WHO RECEIVED THE GENERAL PEDIATRIC OUTPATIENT CLINIC BY USING ROME IV DIAGNOSTIC CRITERIA AND DETERMINING THE EFFECTIVE FACTORS

ABSTRACT

Aim: 0-1 year-old infants who admitted to the general pediatrics outpatient clinic for any reason are evaluated according to the 'ROME-IV' diagnostic criteria in terms of functional gastrointestinal diseases (FGID). The aim of our study was to determine the frequency of FGID and to compare the demographic and nutritional characteristics of sick children with those of healthy children of the same age group.

Materials and Methods: Between 01.08.2017 and 31.10.2017, 481 infants aged 0-1 years who were admitted to the general pediatrics outpatient clinic for any reason were evaluated. These children were screened for FGID according to the 'ROME-IV' diagnostic criteria. Children with FGID complaints who are diagnosed with FGID and children who were diagnosed with FGID and those who applied with a complaint other than FGID complaints but who were evaluated by the physician, were included in the study. The cases that were diagnosed with FGID complaints were the primary group and the other children were the secondary group. Families of children diagnosed with FGID were informed about the purpose and content of the study and received informed consent. For each disease, the forms that were also prepared were recorded by questioning the children's complaints and their demographic characteristics. The resulting data were compared with Turkey Demographic and Health Surveys-2013 (TNSA). Also, the data obtained for each disease were compared between the primary and secondary groups.

Results: Functional gastrointestinal diseases was detected in 28 of the 481 infants examined (5,8%). Seven of these patients were accompanied by a second FGID. Infant regurgitation frequency was found to be 4.1%, infantile colic frequency was 2.2% and infantile dyschezia frequency was 0.62%. There were no significant differences in the demographic and clinical features of the 28 cases diagnosed with FGID, among those without FGID. There were no statistical significant differences between the primary and secondary FGID groups. In comparison with the 'TNSA-2013', there was a statistically significant difference in the rate of feeding with breast milk at any time ($p = 0,0084$).

Conclusion: Childhood FGID, diagnosis and treatment are mostly easy. However, in case of unrecognized, it causes unnecessary investigations. Children and families whose diagnoses can't be diagnosed are experiencing psychosocial difficulties. Patients easily diagnosed with outpatient clinics with 'ROME-IV' diagnostic criteria. We think that more extensive studies are needed to clarify the relationship between sick and healthy children and their demographics and nutrition patterns.

Keywords: Child, functional gastrointestinal system, regurgitation, infantile colic



I-GİRİŞ VE AMAÇ

Fonksiyonel gastrointestinal hastalıklar (FGİH); yapısal veya biyokimyasal anormalliklerle açıklanmayan, genellikle yaşa bağlı olan, kronik veya tekrarlayan yakınmaların değişken bir bileşimini içerir. Bu hastalıklar bebek büyüdükçe düzelme eğilimindedir. Çocukluk döneminde görülen fonksiyonel belirtiler bazı durumlarda normal gelişim sürecinin bir parçasıyken (bebek regürjitasyonu); bazıları ise iç veya dış uyaranlara karşı bebeğin verdiği uyumsuz davranışsal tepkilerden ortaya çıkabilir (rektumda dışkının tutulması sonucu ağırlı dışkılama). Fonksiyonel gastrointestinal hastalıkların klinik ifadesi, bireyin fizyolojik, otonomik, duygusal ve entellektüel gelişim aşamalarına bağlıdır. Bu nedenle hekimler, fonksiyonel belirtiler ile ilgili, çocuğunu iyi tanıyan ebeveynlerin anlatımlarına ve sağlık ve hastalık durumunu ayırt etme konusunda aldıkları eğitim doğrultusunda yaptıkları gözlemlere güvenirlir.

Belirtiler için tıbbi yardım talebinde bulunma kararı bakım veren kişinin çocuğa yönelik endişelerinden kaynaklanmaktadır. Bu nedenle hekim sadece teşhis koymakla kalmamalı, aynı zamanda belirtinin bakım veren kişinin duygu durumuna ve işlevselliğine etkilerini de tanımalıdır (1).

Belirtiler ve bakım veren kişinin endişeleri göz önünde bulundurulduğunda ve kontrol altına alındığında çocukluk çağı FGİH `ı tehlikeli değildir. Ancak teşhisin konamaması ve fonksiyonel belirtilerin uygunsuz tedavileri, fiziksel ve duygusal strese neden olabilir (2,3).

Fonksiyonel gastrointestinal hastalıkları tanımlamak için 2006 yılından itibaren kullanılan ROME-III kriterleri, yapılan son çalışmalar ile yeniden değerlendirilerek güncellenmiştir. Elde edilen kanıta dayalı veriler öncülüğünde, çocukluk çağı FGİH`leri yeniden tanımlanmıştır. 2016 yılında ‘ROME-IV’ kriterleri ROMA-III deki gibi yenidoğan-oyun çocuğu ve çocuk-adölesan olmak üzere iki kategoride yayınlanmıştır (4,5).

Yenidoğan-oyun çocuğu kategorisinde sınıflandırılan 7 adet hastalık vardır. Bu hastalıklardan ilki bebek regürjitasyonudur. Regürjitasyon mide veya özofagus içeriğinin çaba göstermeden ağıza veya buruna gelmesi ve bu yolla dışarıya çıkması olarak tanımlanır. Bebek regürjitasyonu yaşamın ilk yılında en yaygın olarak görülen FGİH`dir. Regürjitasyon herhangi bir yaşta ortaya çıkabileceği gibi yaşamın dördüncü

ayında zirve yapar ve altıncı aydan sonra giderek azalır. 12-15 aydan sonra da son bulur.

Ruminasyon, mide içeriğinin güç sarfedilmeden ve istemli olarak ağıza doğru olan regürjitasyonudur. Mide içeriği ağızdan çıkarılabilir veya çiğnenerek yeniden yutulabilir. Bu durumlar alışkanlık edinilmiş davranışlardır. Bebeklik dönemi ruminasyon sendromunun uzun süren yoksunlukların sonucu olarak ortaya çıktığı gözlenmiştir. Ayrıca ihmal edici ya da aşırı özenli anne davranışları sonucunda daha sık gözlemlendiği saptanmıştır.

Siklik kusma sendromu belirli aralıklarla tekrarlayan, bulantı ve kusma yakınmalarının olduğu bir hastalıktır. Ataklar arası dönemde yakınması olmayan bu hastaların atak dönemleri saatler veya günler boyunca devam edebilir. Tipik olarak gece geç saatlerde veya sabahın erken saatlerinde gelişen ataklar genellikle günün aynı saatlerinde görülür ve zaman içerisinde ataklar her hasta için birbirinin aynı olma eğilimindedir. En sık 2-7 yaşlar arasında görülmesine rağmen bebeklik döneminden erişkin döneme kadar herhangi bir zamanda ortaya çıkabilir.

İnfantil kolik 1-4 ay arası bebeklerde, altta yatan herhangi bir organik neden olmadan, yatıştırılması zor bir şekilde uzun süreli ağlama nöbetleri olarak tanımlanmaktadır. Ağlama nöbetleri, belirgin bir neden olmadan ortaya çıkar, bu durum anne veya çocuğa bakım veren kişilerin endişelenmesine neden olur. İnfantil kolik tanısında doktorun ayrıntılı öyku ve fizik muayene ile hastayı değerlendirmesi çok önemlidir. Organik bir hastalığı düşündüren bir bulgu saptandığında olası nedenler ayrıntılı olarak incelenmelidir.

Fonksiyonel ishal, süt çocukluğu veya okul öncesi dönemde dört hafta veya daha uzun süreyle, günde üç veya daha fazla bol miktarda şekilsiz, ağrısız dışkılama olarak tanımlanmaktadır. Fonksiyonel ishalde, besin ve sıvı emilim bozukluğu olmadığı için çocuk yeterli miktarda kalori alıyorsa, gelişme geriliği gözlenmez. Tek bulgu sık ve yumuşak dışkılamadır. İshal çoğunlukla okul çağına kadar kendiliğinden düzelir.

Bebek diskezi, dışkılama öncesi 10-20 dk süren ıkınma, çılgılık atma, ağlama ve yüzde kızarma olarak tanımlanır. Bebeklerin çoğunda, belirtiler ilk aylarda başlar ve çoğunlukla 3-4 hafta sonra kendiliğinden düzelir. Patogenezinde karın içi basıncın artmasıyla pelvik tabanın gevşemesi arasındaki uyumsuzluk sorumlu tutulmaktadır(5).

Fonksiyonel kabızlık, çoğunlukla istemli olarak dışkının tutulması sonucu ortaya çıkan, kronik tekrarlayıcı bir klinik tablodur. Tutma davranışı, kalın barsağın suyu emmesine ve daha sert bir dışkı oluşmasına yol açmaktadır. Yaşamın ilk yıllarında beslenme değişikliklerine bağlı olarak gelişen kabızlık atağı başlangıçta akut bir durumken, ağırlı dışkılamaya neden olarak dışkının uzun süreli tutulmasına ve tablonun kronikleşmesine yol açabilir. Küçük çocuklarda kabızlığın başlangıcı, sıklıkla tuvalet eğitimi sırasında başlar. Uygun ayak desteğine izin vermeye yüksek tuvaletlerin kullanımı, çocuğa bakan kişinin baskıcı tutumu, tuvalet eğitim sürecinin erken başlatılması bunun en sık nedenlerindedir (5).

Bu araştırmadaki amaçlar:

- 1) 01/08/2017-31/10/2017 tarihleri arasında Okmeydanı Eğitim ve Araştırma Hastanesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Kliniği Genel Pediatri polikliniğine başvuran 0-1 yaş arası çocuklar, fonksiyonel gastrointestinal hastalıklar açısından 'ROME-IV' tanı kriterlerine göre değerlendirilerek bu yaş grubunda bu hastalıkların sıklığının belirlenmesi.
- 2) 2016 yılında güncellenen 'ROME-IV' tanı kriterlerinin genel pediatri polikliniğinde uygulanabilirliğinin değerlendirilmesi.
- 3) Fonksiyonel gastrointestinal hastalıklarla ilişkili olabilecek demografik bulguların saptanması ve karşılaştırılması.
- 4) Fonksiyonel gastrointestinal hastalık tanısı alan hastaların hangi yakınmalarla polikliniğe başvurduğunu ve bu hastalarda saptanan fizik muayene bulgularının değerlendirip karşılaştırması.
- 5) Hastaların doğumdan, başvuru anına kadar olan süredeki beslenme öyküleri irdelenerek, beslenmede kullanılan ürünler veya anne sütü (AS) ile bu hastalıkların ilişkisinin belirlenmesi.

II- GENEL BİLGİLER

1-Tarihçe

Fonksiyonel gastrointestinal hastalıklar yapısal veya biyokimyasal bir anormallikle açıklanamayan, bazı gastrointestinal yakınmalardan oluşan bir takım hastalıkların oluşturduğu bir gruptur (1). Erişkinlerde FGİH için tanı kriterleri ilk kez 1990 yılında tanımlanmıştır (1,2). Çocuklarda bu hastalıkların tanımlaması için 1997 yılında Roma'da bir komisyon toplanmış ve sonuçlar 1999 yılında yayımlanmıştır (1,3). Yıllar içerisinde yapılan çalışmalar eşliğinde bu kriterlerin yetersiz kaldığının düşünülmesi üzerine, oluşturulan iki ayrı komisyon tarafından 2006 yılında pediatrik FGİH yeniden gözden geçirilerek yenidoğan/oyun çocuğu ve çocuk/adölesan olmak üzere 'ROME-III' tanı kriterleri ismiyle yeniden tanımlanmıştır (1,4). 2006 yılında bebek ve oyun çocuklarında 'ROME-III' kriterleri tanımlanırken epidemiyoloji, patofizyoloji, tanısal çalışmalar, takip ve tedavi stratejileri ile ilgili az miktarda kanıt vardı. Bu kriterler tanımlandıktan sonra yapılan çalışmalarla FGİH'le ilgili farklı görüşler ve veriler elde edildi. Sonuç olarak 2016 yılına gelindiğinde, tanı kriterlerine yönelik yapılan yeni revizyonlarla 'ROME-IV' kriterleri yine yenidoğan/oyun çocuğu ve çocuk/ adölesan olarak iki grupta yayımlandı (5).

1997 yılında pediatrik FGİH çalışma grubu Roma'da ilk toplandığında erişkin yaş FGİH kriterlerinin yayımlanmasının üzerinden 7 yıl geçmişti (2). Bu kriterlerle birlikte hastalıklar daha iyi tanımlandığı için, hem hekimlerin bu hastaları değerlendirmesi kolaylaşmış; hem de araştırmacıların bu hastalıkların fizyolojileri ve tedavileri ile ilgili yaptıkları çalışmaların çeşitliliği artmıştır. Pediatrik FGİH çalışma grubunun yaptığı çalışmalar sonucunda belirlenen kriterler ile FGİH'in oluşumu ve hayatın ileri aşamalarındaki seyriyle ilgili araştırmaların artacağı anlaşılmıştır.

Çocukluk çağı FGİH'leri; biyokimyasal ve yapısal olarak açıklanamayan, yaşa bağlı olarak değişebilen kronik veya tekrarlayıcı yakınmaların çeşitli bileşimlerinden oluşan bir hastalık grubudur. Bazı fonksiyonel hastalıklar (infantil regürjitasyon), doğumdan itibaren gelişim içerisinde olan bebeğin, normal gelişiminin bir parçası olarak görülürler. Bazı hastalıklar ise iç veya dış uyaranlara yönelik olarak oluşan

uyumsuz davranışsal tepkilerden ortaya çıkabilmektedir (ağrılı dışkılamayla ilgili bir deneyimin rektumda dışkı tutulmasına neden olması). Çocukluk çağında FGİH'in klinik ifadesi yaşla beraber; çocuğun fizyolojik, otonomik, duygusal ve entelektüel gelişimine paralel olarak değişim göstermektedir. Bu nedenle bazı fonksiyonel hastalıklar belli bir yaştan sonra tanımlanmıştır. Bununla beraber kriterler oluşturulurken erişkin yaş hastalarda yakınmanın etkelediği hedef organa göre sınıflandırma yapılırken, çocuklarda bakım verenin ana yakınması temel alınmıştır. Örnek olarak aerofaji erişkin hastalarda özofagus ile ilişkili FGİH olarak değerlendirilirken, çocuklarda karın ağrısı ile ilişkili olarak sınıflandırılmıştır (3).

2. Sınıflandırma

Çocukluk çağı FGİH'i 2006 yılında yayınlan 'ROME-III' ve 2016 yılında güncellenen 'ROME-IV' kriterlerinde yaş gruplarına göre; yenidoğan-oyun çocuğu ve çocuk-adölesan olmak üzere iki ana başlıkta incelenmektedir (6).

Tablo 1: Çocukluk çağı fonksiyonel gastrointestinal hastalıklar: Yenidoğan-oyun çocuğu

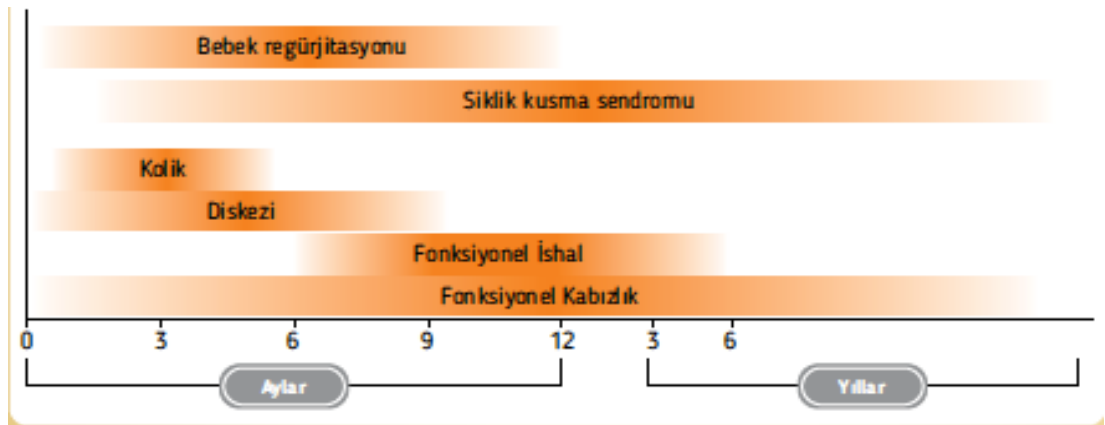
Bebek regürjitasyonu
Bebek ruminasyon sendromu
Siklik kusma sendromu
İnfantil kolik
Bebek diskezi
Fonksiyonel ishal
Fonksiyonel kabızlık

Tablo 2: Çocukluk çağı fonksiyonel gastrointestinal hastalıklar: Çocuk-Adölesan

1-Fonksiyonel bulantı ve kusma hastalıkları
1a-Siklik kusma sendromu
1b-Fonksiyonel bulantı ve fonksiyonel kusma
1c-Ruminasyon sendromu
1d-Aerofaji
2-Fonksiyonel karın ağrısı hastalıkları
2a- Fonksiyonel dispepsi
2b-İrritabl barsak sendromu
2c-Abdominal migren
2d-Nedeni bulunamayan karın ağrısı
3-Fonksiyonel dışkılama hastalıkları
3a-Fonksiyonel kabızlık
3b-Retansiyona neden olmayan dışkı inkontinansı

Yenidoğan-Oyun Çocuğu

Yenidoğan ve oyun çocuğu döneminde görülen hastalıkların yaşlara göre dağılımı farklılık göstermektedir (Şekil 1).



Şekil 1- Yenidoğan ve oyun çocuğu döneminde görülen fonksiyonel gastrointestinal hastalıkların yaşa göre dağılımı

2.1.Bebek regürjitasyonu

Regürjitasyon; mide veya özofagus içeriğinin çaba göstermeden, istemsizce ağıza veya buruna gelmesi ve bu yollarla dışarıya çıkması olarak tanımlanır. Reflü ise daha genel bir tabir olup mide içeriğinin geriye doğru istemsiz bir şekilde hareketi anlamına gelir ve sıklıkla gastroözofageal reflü (GÖR) olarak isimlendirilir (7). Bebeklerde mide içeriğinin özofagus, ağız ve/veya buruna regürjitasyonu yaygındır ve sağlıklı bebeklerde de beklenen davranışlardan birisidir. Bebek regürjitasyonu yaşamın ilk yılında en yaygın olarak görülen FGİH'dir (8).

Gastroözofageal reflü hastalığı (GÖRH) mide içeriğinin regürjitasyonunun özofajit, tıkaçıcı apne, reaktif hava yolu hastalığı, aspirasyon pnomonisi, beslenme ve yutma zorlukları veya büyüme geriliği gibi komplikasyonların da bulunduğu durumlar olarak adlandırılırken, bebek regürjitasyonunda komplikasyonlar görülmez (3-5).

Bebek regürjitasyonunun fizyopatolojisinde bebeklik yaşında özofagus boynunun kısa olması, motilite uyumunun az gelişmiş olması, karın içi ve göğüs içi basınç farkı, aşırı ve sık beslenme ve beslenme sırasında ve sonrasında yapılan pozisyonel hatalar rol oynamaktadır.

Kusma; ince barsak, mide, özofagus ve diyaframın koordineli hareketleri sonucu mide içeriğinin ağız yoluyla güçlü bir şekilde çıkarıldığı, hem otonomik sinir sistemi hem de iskelet kaslarının dahil olduğu bir santral sinir sistemi refleksidir (5).

Regürjitasyon herhangi bir yaşta ortaya çıkabilir. Yaşamın dördüncü ayında zirve yapar ve altıncı aydan sonra giderek azalır. On iki-15 aydan sonra da son bulur (9).

I-Tanı

Regürjitasyon tanısı 2016 yılında yayınlanan 'ROME-IV' tanı ölçütlerine göre koyulmaktadır (Tablo 3).

Tablo 3. Bebek regürjitasyonu tanı ölçütleri

Bebek Regürjitasyonu tanı kriterleri
3 haftalıktan 12 aylığa kadar olan sağlıklı bebeklerde aşağıdakilerden her ikisini de içermelidir;
1.Üç hafta ya da daha fazla bir süre , günde iki kez veya daha fazla regürjitasyon
2.Öğürme, hematemez, aspirasyon, apne, gelişme geriliği veya yutma güçlüğü ya da anormal postürün olmaması

Regürjitasyon yaşamın üçüncü haftasından önce başlamışsa veya on ikinci aydan sonra da devam ediyorsa altta yatan bir hastalık araştırılmalıdır (5).

II-Klinik değerlendirme

Küçük bebeklerde regürjitasyonun görülme oranı daha büyük bebeklere ve çocuklara göre daha fazladır (9). Dört aylık sağlıklı bebeklerin %41-67'sinde günde birden fazla regürjitasyon oluşur (7,10).

Amerika Birleşik Devletleri'nde yapılan ve 2015 yılında yayınlanan bir araştırmada 'ROME-III' ölçütleri kullanılarak 1447 anne ile görüşülmüş ve bebek regürjitasyonunun prevalansının %26 olduğu gösterilmiştir (8). Dört aylık sağlıklı bebeklerin %41-67'sinde günde en az bir kez regürjitasyon görülebilirken, altıncı aydan sonra bu sıklık giderek azalır ve 12-15 aya doğru son bulur (7,9,10).

Öykü ve fizik muayene, kusma ile ilişkili olabilecek nörolojik, metabolik ve enfeksiyöz hastalıklar gibi, gastrointestinal kanal dışı hastalıklara dair kanıtlar sunabilir. Regürjitasyonu olan bebekler değerlendirilirken organik hastalıklardan ayırmak için göz önünde bulundurulması gereken uyarıcı bulgu ve belirtilere dikkat etmek gerekir (Tablo 4). Bebek regürjitasyonunun tanınması hem doktora gereksiz başvuru sayısını azaltmak hem de GÖRH için gereksiz tetkik ve tedavi uygulamalarını azaltmak açısından önemlidir (7).

Tablo 4. Bebek regürjitasyonunda uyarıcı belirti ve bulgular

Uyarıcı belirtiler	Uyarıcı bulgular
1. Hematemez	1. Büyüme geriliği
2. Kanlı dışkılama	2. Nörolojik gelişim geriliği
3. Beslenme reddi	3. Dışkıda gizli kan varlığı
4. Çiğneme-yutma güçlükleri	4. İleri derece karın gerginliği
5. Yaşamın ilk üç haftasında başlaması	5. Ateş
6. Bir yaştan sonra devam etmesi	6. Dehidratasyon bulguları
7. Safralı kusma	7. Özofajit
	8. Tıkayıcı apne
	9. Reaktif hava yolu hastalığı
	10. Akciğer aspirasyonu

III-Tedavi

Bebek regürjitasyonu doğal seyrinde kendiliğinden düzelir (10). Bu nedenle, tedavinin hedefi, gelişebilecek komplikasyonları önlemek, anne-baba veya bakımveren kişinin endişelerini gidermek suretiyle yakınmaların hafifletilmesini sağlamaktır.

Bebek regürjitasyonu tedavisinde ilaç kullanımı gerekmez. H2 reseptör antagonistleri veya proton pompa inhibitörlerinin kullanımının yararlı olmadığını gösteren çok sayıda randomize kontrollü çalışma vardır (11,12). Ayrıca proton pompa inhibitör tedavisi başlıca solunumsal ya da gastrointestinal enfeksiyonlar olmak üzere istenmeyen etkiler ile ilişkili olabilir (12).

Bebek regürjitasyonunda yakınmaları gidermek için en etkili yolların başında pozisyonel öneriler ve beslenmenin düzenlenmesi yer almaktadır. Kıvamlı hale getirilmiş AS veya formül süt (FS), antiregürjitasyon bebek sütlerinin kullanımını sağlıklı bebeklerde regürjitasyon sıklığını azaltabilir (13,14). Az hacimli ve sık beslenme önerilse de, bu yaklaşımı destekleyecek çok az kanıt vardır (7).

Beslenme sonrası sol yan veya prone (yüzüstü) pozisyonda yatırılması regürjitasyon sıklığını azaltır (15). Ancak her iki pozisyonda da ani bebek ölümü riski artmaktadır. Bu nedenle bebeğe bakım veren kişi tarafından sıkı gözetim altındayken bu pozisyonda yatırılması önerilmektedir (16).

2.2. Bebeklik dönemi ruminasyon sendromu

Ruminasyon, mide içeriğinin güç sarfedilmeden ve istemli olarak ağıza doğru olan regürjitasyonudur. Mide içeriği ağızdan çıkarılabilir veya çiğnenerek yeniden yutulabilir. Bu durumlar alışkanlık edinilmiş davranışlardır. Bebeklik dönemi ruminasyon sendromu dışında, nörolojik olarak bozulmuş çocuk veya erişkin ruminasyon sendromu ve sağlıklı büyük çocuk veya erişkin ruminasyon sendromu da tanımlanmıştır (17).

Bebeklik dönemi ruminasyon sendromu 3-8 aylar arasında başlar. Nadir görülen bir durumdur ve literatürde çok az ilgi görmüştür. Yakın zamanda, 1447 anne ile yapılan bir anket çalışmasında bebeklik dönemi ruminasyon sendromunun sıklığı %1.9 olarak gösterilmiştir (8).

Bebeklik dönemi ruminasyon sendromunun uzun süren yoksunlukların sonucu olarak ortaya çıktığı gözlenmiştir. Ayrıca ihmal edici ya da aşırı özenli anne davranışları sonucunda daha sık gözlemlendiği saptanmıştır (17).

I-Tanı

Bebeklik dönemi ruminasyon sendromunun tanısı için geniş getirme hareketlerinin gözlenmesi dışında herhangi bir inceleme gerekmez. Ancak bu gözlemler sabır ve gizlilik gerektirir. Çünkü bebek gözlemlendiğini fark ettiği anda bu hareketlerini sonlandırabilir.

Bebeklik dönemi ruminasyon sendromu tanısı 2016 yılında düzenlenen 'ROME-IV' tanı ölçütlerine göre koyulmaktadır (Tablo 5).

Tablo 5. Bebeklik dönemi ruminasyon sendromu tanı ölçütleri

Bebeklik dönemi ruminasyon sendromu tanı kriterleri
Aşağıdakilerin tümünü en az 2 ay süreyle içermelidir:
1. Karın kasları, diyafram ve dilin tekrarlayıcı kasılmaları
2. Ağızdan çıkarılan veya yeniden çiğnenen ve tekrar yutulan mide içeriğinin çaba harcamadan regürjitasyonu
3. Aşağıdakilerin en az üçünün olması;
a. 3 -8 ay arasında ortaya çıkması
b. Gastroözofajiyal reflü hastalığı veya regürjitasyon yönetimine yanıtız olması
c. Huzursuzluk bulgularının eşlik etmemesi
d. Uykudayken veya çevresindekilerle ilgilenirken gözlenmemesi

II-Tedavi

Davranış tedavisi, büyük çocuklarda ve yetişkinlerde veya nörolojik sorunları olan çocuklarda ruminasyonun ortadan kaldırılmasında oldukça etkili olabilmektedir. Ancak bu tekniklerin bebeklik dönemi ruminasyon sendromunda yararlı olup olmadığı konusunda bir bilgi bulunmamaktadır. Gelişimsel açıdan en uygun ve kapsamlı tedavi, bu davranışa neden olan sebepleri belirleyerek ortadan kaldırmaya çalışmaktır. Bu nedenle anne veya bebeğe bakım veren kişinin bebeğe yönelik duygu ve davranışlarını belirlemek, bebeğin fiziksel ve duygusal gereksinimlerini tanımak ve bakım veren kişinin bu gereksinimlere yanıt verme yeteneklerini geliştirmek gerekmektedir.

Bazı olgularda besinlerin yutulmayıp, sürekli çıkartılması gözlenebilir. Bu olgular malnütrisyon açısından daha dikkatli değerlendirilmelidir (18).

2.3.Siklik (Döngüsel) kusma sendromu

Siklik kusma sendromu (SKS) belirli aralıklarla tekrarlayan, bulantı ve kusma yakınmalarının olduğu bir hastalıktır. Ataklar arası dönemde yakınması olmayan bu hastaların atak dönemleri saatler veya günler boyunca devam edebilir (19).

Bebeklik ve süt çocuğu döneminde yapılan çok fazla çalışma olmamasına rağmen, yapılmış olan çalışmalarda siklik kusma sendromunun 3 yaşından önce de görülebildiği gösterilmiştir (20,21).

Siklik kusma sendromu bebeklikten orta yaş dönemine kadar ortaya çıkabilir ve en sık 2-7 yaşları arasında görülür (22). Amerika Birleşik Devletleri'nden 'ROME-III' tanı ölçütleri kullanılarak yapılan bir çalışma, çocuklarda siklik kusma sendromunun sıklığının %0,2-1,0 olduğunu ve bu hastaların %3,4'ünün süt çocuğu olduğunu bildirmiştir (8).

Ataklar sporadik (tek tük, düzensiz) veya oldukça düzenli aralıklarla ortaya çıkabilir. Tipik olarak gece geç veya sabahın erken saatlerinde başlamakla birlikte, genellikle günün aynı saatlerinde görülür. Her hastanın geçirdiği atakların süresi zaman içerisinde aynı olma eğilimindedir (22). Kusmanın başladığı ilk saatlerde yoğunluk en fazla olup atak bitene kadar mide bulantısı devam etse de kusma sıklığı giderek azalmaktadır. Ataklar genellikle başladığı gibi hızla sonlanır ve hastada ciddi bir sıvı ve elektrolit kaybı olmadığı müddetce hızlı bir düzelme ile sonuçlanır. Bu ataklar esnasında hastalarda bulantı ve kusmaya zaman zaman, solukluk,tükürük salgısında artış, zayıflık, karın ağrısı, gürültü, ışık ve/veya kokuya karşı hassasiyet, baş ağrısı, yumuşak veya şekilsiz dışkı, ateş, taşikardi, hipertansiyon ve lökositöz eşlik edebilmektedir (19).

Bu hastaların annelerinde sıklıkla migren tipi baş ağrısı öyküsü mevcuttur ve zaman içerisinde, hastaların kendilerinde de migren tipi baş ağrısı görülme oranı artmaktadır. Migrenin anneden geçiş öyküsü mitokondriyal bir disfonksiyon olabileceğini düşündürmektedir. Genetik etmenlerin yanında psikososyal etmenler de SKS ile ilişkili tutulmaktadır. Zira SKS atakları genellikle heyecanlanma, stres veya beklentisel kaygı durumlarında tetiklenebilmektedir. Siklik kusma sendromu olan çocuklarda ve çocuğa bakım veren kişide yüksek oranlarda psikiyatrik bozukluklar (özellikle anksiyete bozuklukları) tespit edilmiştir (23).

I-Tanı

Siklik kusma sendromunun tanısı için herhangi bir test yoktur. Tanıya ancak kusma yapabilecek diğer hastalıkların dışlanması ile gidilebilmektedir.

Siklik kusma sendromunun ayırıcı tanısına benzer klinik tabloya yol açabilecek sindirim sistemi, nörolojik, ürolojik, metabolik ve endokrin hastalıklar bulunmaktadır. Erken dönemde belirtileri başlayan çocuklarda kusma ataklarını

açıklayacak nörolojik ve metabolik hastalıkların bulunma olasılığı yüksek olduğundan bu hastalar, dikkatli değerlendirilmelidir (24).

‘North American Society for Pediatric Gastroenterology, Hepatology and Nutrition’(NASPGHAN) kılavuzu tüm hastalara damar içi sıvı uygulamadan önce temel metabolik profilin (glukoz, kan üre azotu, kreatinin) çalışılmasını, malrotasyon ve anatomik nedenlerin dışlanması amacıyla üst gastrointestinal grafilerinin çekilmesini önermektedir. Öte yandan iki yaşın altındaki olgularda ön planda metabolik ve nörolojik hastalıklar olabileceğinden, metabolik ve nörolojik diğer testlere de ihyitaç duyulabilmektedir (19). Siklik kusma sendromu düşünülen hastalarda, bir takım uyarıcı belirti ve bulguların değerlendirilmesi ve varlığı durumunda diğer organik hastalıkların araştırılması gerekmektedir (Tablo 7).

Siklik kusma sendromunun tanısı 2016 yılında düzenlenen ‘ROME-IV’ tanı ölçütlerine göre koyulmaktadır (Tablo 6).

Tablo 6. Siklik kusma sendromu tanı ölçütleri

Siklik Kusma Sendromu tanı ölçütleri
Aşağıdakilerin tümünü içermelidir
1. Altı aylık bir dönemde, birkaç saatten birkaç güne kadar süren öğürmenin olduğu ya da olmadığı iki ya da daha fazla aralıksız paroksizmal kusma atakları
2. Her hastanın atakları kendine özgüdür. (stereotipik)
3. Ataklar haftalar ya da aylara bölünür ve kusma atakları arasında hasta genel sağlık durumuna döner

Tablo 7. Siklik kusma sendromunda uyarıcı belirti ve bulgular

Uyarıcı Belirtiler	Uyarıcı Bulgular
1. 2 yaşın altında olması	1. Karın şişliği
2. Kusma atakları arasındaki dönemde yakınma olması	2. Elektrolit bozuklukları
3. Sadece sabahın erken saatlerinde ortaya çıkan yakınmaların varlığı	3. Karın grafisinde hava-sıvı seviyesi görünümü
4. Kusma	4. Anormal fizik muayene bulgusu (nörolojik, metabolik, ürolojik ve endokrinolojik)
5. Ateş	
6. Dışkılamamanın olmaması	

II-Tedavi

Tedavinin amacı, atakların sıklığını ve şiddetini azaltarak sık hastane başvurularını engelleyebilmektir. Ancak sık, şiddetli ve uzamış atakları olanlarda koruyucu tedavi amaçlanmalıdır. Atakları tetikleyen etmenler belirlenerek, bu etmenlere yönelik stratejiler belirlenebilir (19).

Beş yaşından küçük çocuklarda siproheptadin veya pizotifen ile günlük koruyucu tedavi ilk seçenekler arasındadır, ancak amitriptilin ya da propranolol de kullanılabilir (Tablo 8). Atakların önlenmesinde mide boşalmasını hızlandıran eritromisin yanı sıra fenobarbitalin de etkili olduğu bildirilmiştir (25). Bu ilaçlar birçok çocukta atakları ortadan kaldırmada ya da sıklığını azaltmada başarılı olmuştur (19).

Atakların erken döneminde özofagus mukozasını ve dış minesini korumak için ağızdan asit baskılayıcı ilaçlar, anksiyolitik, sedatif ve antiemetik etkileri için lorazepam başlanması yararlı olabilir.

Damar içi sıvılar, elektrolitler, 5-hidroksitriptamin antagonistleri ve H2 reseptör antagonistleri veya proton pompa inhibitörleri atak sırasında uygulanabilecek seçeneklerdir.

Sıvı elektrolit dengesizlikleri , çoğunlukla mide prolapsından kaynaklanan hematemez, peptik özofajit ve/veya Mallory-Weiss yırtıkları, hücre içi potasyum ve magnezyum açıkları, hipertansiyon ve uygunsuz antidiüretik hormon salgılanması atak sırasında ortaya çıkabilecek komplikasyonlardandır (5).

Tablo 8. Siklik kusma sendromunda tedavi seçenekleri

Önlemede etkili olanlar	Atak anında etkili olanlar
1. Siproheptadin	1. Proton pompa inhibitörleri
2. Pizotifen	2. H2 reseptör blokerleri
3. Amitriptilin	3. İntravenöz hidrasyon desteği
4. Propranolol	4. Lorazepam
5. Eritromisin	5. 5-hidroksitriptamin antagonistleri
6. fenobarbital	(ondansetron, granisetron)

2.4.İnfanıl Kolik

İnfanıl kolik 1-4 ay arası bebeklerde, altta yatan herhangi bir organik neden olmadan, yatıştırılması zor bir şekilde uzun süreli ağlama nöbetleri olarak tanımlanmaktadır. Ağlama nöbetleri, belirgin bir neden olmadan ortaya çıkar, bu durum anne veya çocuğa bakım veren kişilerin endişelenmesine neden olur.

Ağlama atakları 4-6. haftada başlar, bebek 3-4 aylık olduğunda azalarak kesilir. İnfantil kolik en belirgin bulgusu özellikle öğleden sonra ve akşam saatlerinde başlayan aşırı yüksek sesle ağlamadır. Ağlama atakları sırasında bebek rahatsız, sıkıntılı ve telaşlı görünümündedir. Genellikle kalça eklemlerini fleksiyona getirerek dizlerini karnına yaklaştırır, yüzü kızarır.

İnfanıl kolik tanısında doktorun ayrıntılı öykü ve fizik muayene ile hastayı değerlendirmesi çok önemlidir (Tablo 10). Organik bir hastalığı düşündüren bir bulgu saptandığında olası nedenler ayrıntılı olarak incelenmelidir (5).

Bebek tokken, uyarıcıların olmadığı bir ortamda, saniyede 1-3 kere olacak şekilde yavaşça ritmik sallamayla pırpışlamayla susuyor ve bırakınca tekrar ağlamaya başlıyorsa kolik tanısını destekler (26).

I-Tanı

İnfanıl kolik tanısı 2016 yılında düzenlenen 'ROME-IV' tanı ölçütlerine göre koyulmaktadır (Tablo 9).

Tablo 9. İnfantil kolik tanı ölçütleri

İnfantil Kolik için tanı ölçütleri
Klinik değerlendirme amacıyla aşağıdakilerin hepsini içermelidir
1. Belirtilerin başlayıp sonlanması ilk 5 ay içerisinde olmalıdır.
2. Herhangi bir neden olmadan ortaya çıkan ve çocuğa bakım veren kişiler tarafından önlenemeyen veya yatıştırılamayan tekrarlayıcı ve uzun süreli ağlama, yaygara* ya da huysuzluk nöbetleri
3. Bebekte gelişme geriliği, ateş ya da hastalık bulgusunun olmaması
* ”Yaygara (telaşla bağırma) aralıklı olarak sıkıntılı bir şekilde ses çıkarma anlamına gelir.
Bebekler genellikle ağlama ve yaygara arasında gidip gelirler, böylece iki yakınmanın pratikte ayırt edilmesi zordur.
Klinik araştırma amacıyla , infantil kolik tanısı koyulacaksa önceki ölçütlerin hepsini karşılamakla birlikte aşağıdaki ölçütlerin de her ikisini karşılamalıdır.
1. Bakımı üstlenen kişi araştırmacıya bebeğin haftada 3 veya daha fazla gün ve günde 3 veya daha fazla saat ağladığını telefonla veya yüzyüze görüşmeyle bildirmeli
2. Prospektif olarak tutulmuş 24 saatlik davranış günlüğünde toplam 24 saat içinde ağlama ve huzursuzluk süresinin en az 3 saat veya üzeri olması gerekmektedir.

Daha önceden ‘ROME-III’ raporunda, tanı ölçütleri olarak Wessel ve ark.’nın “üçler kuralı” ölçütleri kullanılıyordu. Buna göre kolik ağlamasının aniden başlaması ve durması, bir haftada en az üç gün boyunca günde en az 3 saat ya da daha fazla miktarda ortaya çıkması şarttı (27). Ancak son zamanlarda yapılan çalışmalarda, “üçler kuralı” etkili bir klinik tanı ölçütü olmadığı gösterilmiştir. Günde 3 saat ağlayan bir bebekle 2 saat 50 dakika ağlayan bebekten farklı olduğuna dair kanıt olmayışı, kültürel olarak ağlama karakterinin farklılığı ve üçler kuralına göre 7 günlük davranış günlüğü tutulmasının pratik olmayışı yapılan çalışmalarla gösterilmiştir (28).

Tablo 10. İnfantil kolikte uyarıcı belirti ve bulgular

Uyarıcı Belirtiler	Uyarıcı Bulgular
1. Ateş	1. Büyüme geriliği
2. Emmede azalma	2. Ciltte döküntüler
3. Kanlı, yağlı ve/veya mukuslu dışkı	3. Anormal fizik muayene bulguları
4. İleri derecede karın gerginliği	

II-Tedavi

Tedavinin esas amacı kolik tedavi etmek değil, anne ve çocuğa bakım veren kişilerin bebeğin gelişimindeki bu dönemi atlmasına yardımcı olmaktır (29).

İnfantil kolik anne sütünü kesme endikasyonu kesinlikle değildir. Bebeğin ağlamasını azaltmak için GÖR tedavileri yaygın olarak kullanılmasına rağmen, GÖRH'nin bebeklerde ağlamaya neden olduğuna dair herhangi bir kanıt yoktur ve reflü tedavilerinin ağlamayı azaltmada etkisi olmadığına dair kanıtlar vardır (30).

Tedavinin bir diğer amacı, depresyon ve sosyal destek eksikliği gibi anne veya çocuğa bakım veren kişilerin zayıf noktaları değerlendirmek ve düzeltmeye çalışmaktır. Bebeğin açlık ve yorgunluk belirtilerini tanımak için bilgi vermek ve infantil kolik geçici ve fonksiyonel bir durum olduğunu anne veya bakım veren kişilere anlatmak çok önemlidir (27).

Her ne kadar A kanıt düzeyinde olmasa da çeşitli randomize kontrollü çalışmalarda belirli probiyotik takviyelerinin (*Lactobacillus reuteri* DSM 17938) bebeklerde ağlamaları kontrol altına alabileceğine dair sonuçlar alınmıştır. Bu çalışmalarda öne sürülen fizyopatoloji oluşan disbiyozisin kolik ağrılarına neden olduğu yönündedir (31,32). Bununla birlikte son zamanlarda yapılan geniş kapsamlı randomize kontrollü bir başka çalışmada ise herhangi bir yarar saptanmadı (33).

İnfantil kolikte bebeğin ağlamasını kontrol etme girişimleri başarısız olursa, anne-baba veya çocuğa bakım veren kişilerde hayal kırıklığı gelişebilir ve bu durum tükenmelerine yol açabilir (34,35). Bakım veren kişilerin bebekle olan ilişkisi desteklenmediğinde bu durumun olasılığı daha da artar. Bu stresli durum annenin veya bakım veren kişilerin bebeği yatıştırma motivasyonunu bozabilir ve kendisinin yeterliliğini sorgular hale gelebilir (5).

2.5.Fonksiyonel İshal

Bebeklerin beslenme şekillerine göre dışkılarının özellikleri ve sıklıkları değişebilmektedir. Dışkılama sıklığı emzirilen bebeklerde, FS ile beslenenlerden daha fazladır, ancak preterm ve miadında doğan bebekler arasında dışkılama sıklığı açısından fark yoktur (36,37). AS ile beslenen bebekler FS ile beslenen bebeklere göre daha yumuşak dışkıya sahiptirler ve sıklıkla da sarı renklidir (38).

Dışkılama sayısı 4. haftada ortalama günde üç kez, 4.yılda ortalama günde 1,3 kezdir (37,39). 1-4 yaş arası çocukların %97'sinde dışkılama sıklığı günde 3 kez ile gün aşırı 1 kez arasında değişir (Tablo 11) (40).

Fonksiyonel ishal, süt çocukluğu veya okul öncesi dönemde dört hafta veya daha uzun süreyle, günde 3 veya daha fazla bol miktarda şekilsiz, ağrısız dışkılama olarak tanımlanmaktadır. Fonksiyonel ishalde, besin ve sıvı emilim bozukluğu olmadığı için çocuk yeterli miktarda kalori alıyorsa, gelişme geriliği olmaz. Tek bulgu sık ve yumuşak dışkılamadır. İshal çoğunlukla okul çağına kadar kendiliğinden düzelir (5).

Fonksiyonel ishali olan çocuklarda ince barsak transportu kusurlu değildir. Su ve elektrolit salgılanması ve glukoz emilimi normaldir. Steatore yoktur.⁴¹ Patogenezde beslenme faktörlerinin anahtar rol oynadığı bildirilmiştir. Fonksiyonel ishali olan çocuklarda aşırı besleme, fazla miktarda meyve suyu, yağ, karbonhidrat (fruktoz) ve sorbitol tüketimi bildirilmiştir (42,43).

Kronik ishali olan çocuklarda öncelikle organik hastalıklar dışlanmalıdır (Tablo 13). Fonksiyonel ishali olan küçük çocuklarda, dışkıda tipik olarak mukus ve/veya sindirilmemiş gıdalar görülebilmektedir. Dışkı kıvamı, gün içinde daha yumuşak kıvama gelmektedir. Fizik muayenede; boy, kilo ve malnütrisyon belirtileri, bez bölgesindeki döküntüler ve dışkı impaksiyonuna (taşlaşmış dışkı) ve diğer sistem muayenelerine dikkat edilmelidir (Tablo 14) (5).

Tablo 11. Sağlıklı çocuklarda ortalama dışkılama alışkanlıkları

Yaş	Dışkılama sıklığı
0-6 hafta	Her emzirme sonrası dışkılama oluşturabilecek barsak hareketleri oluşur. Ancak kaç tanesinin dışkılamayla sonuçlandığı bireysel farklılıklar gösterir (ortalama dışkılama sayısı 4-5/gün).
>6 hafta-6 ay	7-10 günde bir kez ile günde 3-5 kez aralığında değişebilmektedir.
6-60 ay	>4 kez/gün

I-Tanı

Fonksiyonel ishal tanısı 2016 yılında düzenlenen ‘ROME-IV’ tanı ölçütlerine göre koyulmaktadır (Tablo 12).

Tablo 12. Fonksiyonel ishal tanı ölçütleri

Fonksiyonel ishal tanı ölçütleri
Aşağıdakilerin hepsini içermelidir: <ol style="list-style-type: none">1. Günde dört kez ya da daha fazla ağrısız, tekrarlayıcı bol miktarda şekilsiz dışkılama2. Belirtilerin dört haftadan fazla devam etmesi3. Başlangıcının 6 ila 60 aylık dönem arasında olması4. Kalori alımı yeterli ise gelişme geriliğinin olmaması

II-Tedavi

Herhangi bir tıbbi müdahale gerekmemekle birlikte, çocuğun diyetini normalleştirmek ve dengelemek için meyve sularının ve fruktoz alımının değerlendirilmesi ile birlikte diyet önerilir. Ayrıca, anne-baba veya bakım veren kişilerin etkin bir şekilde rahatlatılması ve güvence verilmesi son derece önemlidir. Günlük diyet ve dışkılama günlüğü tutulması, bakım veren kişilerin rahatlatılmasına beslenmenin düzenlenmesine ilişkin bilgilerin verilmesine yardımcı olur (5).

Tablo 13. Kronik ishal ayırıcı tanısı

Kronik ishal ayırıcı tanısı	
1. Doğumsal laktaz eksikliği	14. İntestinal psödoobstrüksiyon
2. Laktoz entoleransı	15. C.difficile, G.lambliya enfeksiyonları
3. Post-gastroenterit sendromu	16. Çölyak hastalığı
4. Besin alerjileri	17. Kistik fibroz
5. Glukoz-galaktoz malabsorbsiyonu	18. Antibiyotik kullanımına bağlı ishal
6. Hirschsprung hastalığı	19. Enflamatuvar barsak hastalığı
7. İmmün yetmezlikler	20. Abetaliproteinemi
8. Poliendokrinopati ve enteropati	21. Akrodermatitis enteropatika
9. Lizinürik protein entoleransı	22. Otoimmün enteropati
10. Malrotasyon	23. Doğumsal klor diyaresi
11. Mikrovillus inklüzyon hastalığı	24. Doğumsal sodyum diyaresi
12. Doğumsal lenfanjektazi	25. Kısa barsak sendromu
13. Primer safra tuzu malabsorbsiyonu	

Tablo 14. Fonksiyonel ishalde uyarıcı belirti ve bulgular

Uyarıcı Belirtiler	Uyarıcı Bulgular
1. Ateş	1. Büyüme geriliği
2. Emmede azalma	2. Ciltte döküntüler
3. Kanlı, yağlı veya mukuslu dışkı	3. Dışkıda kan, yağ, lökosit, amip antijeni saptanması
4. İleri derecede karın şişliği	4. Serumda elektrolit dengesizliği
	5. Ailede çölyak, enflamatuvar barsak hastalığı ve kistik fibroz tanılı birey olması
	6. Fizik muayenede anormal bulgu

2.6.Bebek diskezi

Dışkılama öncesi 10-20 dk süren ıkınma, çığlık atma, ağlama ve yüzde kızarma bebek diskezi olarak tanımlanır. Bebeklerin çoğunda, belirtiler ilk aylarda başlar ve çoğunlukla 3-4 hafta sonra kendiliğinden düzelir (5).

Patogenezinde karın içi basıncın artmasıyla pelvik tabanın gevşemesi arasındaki uyumsuzluk sorumlu tutulmaktadır (27). Tanısı için ek bir tetkik gerekmez, özellikle kabızlık başta olmak üzere diğer hastalıklardan ayırımı için ayrıntılı bir öykü ve fizik muayene yeterlidir. Bebeğin beslenme öyküsü alınarak büyüme gelişme

açısından değerlendirmesi yapılmalıdır. Diskezi olan bebeklerde büyüme gelişme geriliği yoktur ve diğer sistem muayeneleri de normaldir. Anorektal anomaliler açısından anorektal bölge dikkatle muayene edilmelidir (5).

I-Tanı

Bebek diskezi tanısı 2016 yılında düzenlenen ROMA IV tanı ölçütlerine göre koyulmaktadır (Tablo 15).

Tablo 15. Bebek diskezi tanı ölçütleri

Bebek diskezi tanı ölçütleri
<9 aylık bir bebekte aşağıdakileri içermelidir:
1. Yumuşak dışkılama öncesi en az 10 dakika ıkınma ve ağlama
2. Başka bir sağlık probleminin olmaması

II-Tedavi

Anne veya çocuğa bakım veren kişilere çocuğunun acı çekmediği ve müdahale edilmesini gerektiren herhangi bir durum bulunmadığı ayrıntılı olarak anlatılmalıdır. Anne-babalar genellikle çocuğun bir taraftan ıkınırken diğer taraftan pelvik tabanını rahatlatmayı öğrenmesi gerektiği şeklindeki açıklamayı benimserler. Bebekte dışkılamayı sağlamak için anne-babalar tarafından uygulanan rektal uyarıların zararlı olduğu kesinlikle bilinmektedir. Diskezide laksatif kullanımının ise yeri yoktur (5).

2.7.Fonksiyonel Kabızlık

Fonksiyonel kabızlık, çoğunlukla istemli olarak dışkının tutulması sonucu ortaya çıkan, kronik tekrarlayıcı bir klinik tablodur (44). Tutma davranışı, kalın barsağın suyu emmesine ve daha sert bir dışkı oluşmasına yol açmaktadır. Yaşamın ilk yıllarında beslenme değişikliklerine bağlı olarak gelişen kabızlık atağı başlangıçta akut bir durumken, ağrılı dışkılamaya neden olarak dışkının uzun süreli tutulmasına ve tablonun kronikleşmesine yol açabilir. Küçük çocuklarda kabızlığın başlangıcı, sıklıkla tuvalet eğitimi sırasında başlar. Uygun ayak desteğine izin vermeye yüksek tuvaletlerin kullanımı, çocuğa bakan kişinin baskıcı tutumu, tuvalet eğitim sürecinin erken başlatılması bunun en sık nedenlerindedir (5).

Yaşamın ilk yılında kabızlık prevalansı %2,9'dur ve yaşamın ikinci yılında %10,1'e yükselirken kız ve erkek çocukları arasında fark yoktur (45,46).

I-Tanı

Fonksiyonel kabızlık tanısı 2016 yılında düzenlenen 'ROME-IV' tanı ölçütlerine göre koyulmaktadır (Tablo 16).

Anatomik tıkanıklıklar, Hirschsprung hastalığı, spinal problemler ve diğer metabolik ve nörolojik hastalıklarda bebeklerde kabızlığın ayırıcı tanısı arasında yer alır (Tablo 17). Sağlıklı term bebeklerin %90'ından fazlası ve Hirschsprung hastalığı olan bebeklerin %10'undan fazlası ilk 24 saat içerisinde mekonyumunu çıkarırlar. Bu nedenle ilk 24 saatte mekonyumunu çıkarmayan bebekler ayrıntılı değerlendirilmelidir (Tablo 18) (37,47,48).

Tablo 16. Fonksiyonel kabızlık tanı ölçütleri

Fonksiyonel kabızlık tanı ölçütleri
<4 yaş, en az bir ay süresince aşağıdaki kriterlerden en az ikisinin bulunması:
1. Haftada iki ya da daha az dışkılama
2. Aşırı dışkı birikmesi öyküsü
3. Ağrılı ve sert dışkılama
4. Büyük çaplı dışkılama
5. Rektumda büyük bir dışkı kütesinin bulunması
Tuvalet becerisini edindikten sonra aşağıdaki ölçütler kullanılabilir;
1. Haftada en az bir kere dışkı kaçırma öyküsü
2. Tuvaleti bile tıkayabilecek kadar geniş çaplı dışkılama öyküsü

Tablo 17. Fonksiyonel kabızlık ayırıcı tanısı

Fonksiyonel kabızlık ayırıcı tanısı	
1. Çölyak hastalığı	11. Hirschsprung hastalığı
2. Hipotiroidi, hiperkalsemi, hipokalemi	12. Anal akalazya
3. Diyabet	13. Kolonik inertia
4. Besin protein alerjisi	14. Anatomik bozukluklar
5. İlaçlar	15. Sakral teratom
6. Ağır metal zehirlenmesi	16. Omurga anormallikleri
7. Kemoterapi	17. Travma
8. D vitamin intoksikasyonu	18. Psödoobstrüksiyon
9. Botulizm	19. Multipl endokrin neoplazi tip 2B
10. Kistik fibroz	

II-Tedavi

Uyarıcı belirti veya bulguları olan hastalarda öncelikle organik doğumsal nedenler araştırılmalıdır. Sadece AS ile beslenen bebeklerin bazılarında dışkılama aralığı uzun olabilse de dışkının yumuşak kıvamda olması nedeniyle bu bebekler kabız olarak nitelendirilmemelidir (44).

Tablo 18. Fonksiyonel kabızlıkta uyarıcı belirti ve bulgular

Uyarıcı Belirtiler	Uyarıcı Bulgular
1. Kabızlığın ilk bir ayda görülmesi	1. Büyüme geriliği
2. Mekonyumun ilk 48 saatte çıkmaması	2. Ateş
3. Ailede Hirschsprung hastalığı öyküsü	3. Safralı kusma
4. İnce şerit şeklinde dışkı	4. Guatr
5. Anal fissür olmadan dışkıda kan görülmesi	5. Ciddi karın gerginliği
	6. Perianal fistül
	7. Anormal yerleşimli anüs
	8. Anal refleks yokluğu
	9. Bel bölgesinde kıl yumağı
	10. Sakral gamze
	11. Anal bölgede yaralar

Fonksiyonel kabızlık tedavisinde öncelikle bebeklerin beslenmesi değerlendirilmeli ve düzenlenmelidir. Beslenmenin düzenlenmesinden yarar gören hastanın bu şekilde izlemine devam edilmelidir. Beslenme düzenlenmesine yanıt

alınmadığı durumlarda ilaç tedavisine başlanmalıdır. İlaç tedavisine yanıt alınan hastalar belirli aralıklarla izleme alınmalıdır. Ancak ilaç tedavisiyle düzelme gözlenmediyse veya sorun tekrarlırsa, hasta en baştan değerlendirilmeli, beslenme öyküsü ve ilaç tedavisine uyum sorgulanmalıdır. Tedaviye yanıt alamayan hastalarda uyarıcı belirtiler gözden geçirilerek organik nedenler araştırılmalıdır.

Alerjiye ait diğer sistem bulguları olan bebeklerde besin alerjisi açısından annenin diyetinden süt ve süt ürünlerinin çıkartılması veya FS ile beslenen bebeklerde 2-4 hafta süreyle yoğun hidrolize formül veya aminoasit formül başlanması düşünülebilir. Bu yöntemle kabızlık düzelirse daha sonra diyetine tekrar süt ve süt ürünleri eklenerek tanı süreci tamamlanmalıdır. Tedaviye rağmen yanıt alınmadığı durumlarda iler tetkikler gündeme gelmelidir (44).

Kabızlığın birinci aydan erken başlaması, mekonyum çıkışının ilk 48 saatte olmaması, ailede Hirschsprung hastalığı öyküsü veya uzun süreli dışkılamamaya rağmen rektumun boş saptanması, öncelikle Hirschsprung hastalığını düşündürmelidir. Böyle bir durumda anorektal biyopsi yapılır (47).

Tedavinin etkili olabilmesi için çocuğun acısız, rahat dışkılamasının sağlanması gereklidir. Bunun için tedaviye uzun süre devam edilmelidir (5). Tedaviye ne kadar erken başlanırsa, tedavi başarısı o ölçüde artmaktadır (49). Tedavi başarısında çocuğa, anne ve babaya verilen eğitimin önemi büyüktür. Kabızlığın organik bir neden bağlı olmadığı aileye anlatılmalıdır. Tuvalet eğitiminin verilmeye başlandığı dönemde başlayan kabızlıklarda eğitim ertelenmelidir (5).

Tedavide dışkıyı yumuşatan ve ağrısız dışkılama sağlayan ilaçlar kullanılır. Dışkıyı yumuşatmanın amacı, fonksiyonel kabızlık düzelene kadar ağrısız dışkılamayı sağlamaktır (44).

III- GEREÇ VE YÖNTEM

MATERYAL

Sağlık Bilimleri Üniversitesi Okmeydanı Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi Etik Kurulu'nun 28.03.2017 tarih ve 618 sayılı izni ile çalışmaya başlanmıştır. Çalışmamıza Sağlık Bilimleri Üniversitesi Okmeydanı Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları polikliniğine 01.08.2017 ile 31.10.2017 tarihleri arasında başvuran çocuklar dahil edilmiştir.

Polikliniğe başvuran tüm yaş grubundaki çocukların sayıları günlük olarak kayıt altına alınmıştır. Bu çocuklar içerisinde süt çocuğu (0-1 yaş aralığı) olanlar ayrı bir grup olarak değerlendirilmiştir. Tüm 0-1 yaş aralığındaki süt çocuklarında 'ROME-IV' kriterlerine göre FGİH varlığı araştırılmıştır (5).

Çalışmaya dahil ettiğimiz olguların tanı anında boy ve ağırlık ölçümleri yapıldı. WHO Antropometri ile yaşa göre ağırlık (YGA), yaşa göre boy (YGB), boya göre ağırlık (BGA) z skorları hesaplanarak kaydedildi.

Polikliniğe bebeklik regürjitasyonu düşündürülen, beslenme sonrası ağız veya burundan mide içeriğinin gelmesi ve benzer yakınmalar ile başvuran hastalar bebeklik regürjitasyonu için hazırlanan 'ROME-IV' tanı ölçütlerine göre değerlendirilmiştir (Tablo-3). Başka bir nedenle polikliniğe başvurmuş olan hastalara ise regürjitasyon yakınmaları sorulmuştur. Bu hastalardan regürjitasyon ön tanısı düşünülenler de aynı tanı ölçütleriyle değerlendirilmiştir. Bebeklik regürjitasyonu tanısı alan hastalar çalışmaya kaydedilmiştir.

Polikliniğe bebeklik dönemi ruminasyon sendromu düşündürülen; güç sarfetmeden oluşan regürjitasyon ve ağız kenarına gelen mide içeriğinin yutulması veya geviş getirme tarzında tekrarlayıcı hareketleri olan çocuklar bebeklik dönemi ruminasyon sendromu için hazırlanan 'ROME-IV' tanı ölçütlerine göre değerlendirilmiştir (Tablo 5). Başka bir sebeple polikliniğe başvuran her hastaya da geviş getirme benzeri hareketlerin varlığı sorulmuştur. Eşlik eden nörolojik bir hastalık veya organik başka bir patolojisi bulunan hastalar değerlendirme dışı tutulmuştur. Bebeklik dönemi ruminasyon sendromu tanısı alan hastalar çalışmaya kaydedilmiştir.

Polikliniğe siklik kusma sendromu düşündürülen; belirli aralıklarla tekrarlayan

bulantı ve kusma yakınmaları ile polikliniğe gelen hastalar siklik kusma sendromu için hazırlanan ‘ROME-IV’ tanı ölçütlerine göre değerlendirilmiştir (Tablo 6). Siklik kusma sendromu tanısı alan hastalar çalışmaya dahil edilmiştir.

Polikliniğe infantil kolik düşündürülen; yatıştırmakta güçlük çekilen ataklar şeklinde ağlama, huzursuzluk yakınmaları ile gelen hastalar infantil kolik için hazırlanan ‘ROME-IV’ tanı ölçütlerine göre değerlendirilmiştir (Tablo 9). Başka bir nedenle polikliniğe başvuran hastaların tümüne ağlama, huzursuzluk atakları sorulmuş ve infantil kolik ön tanısı düşünülen hastalar da aynı tanı ölçütleri ile değerlendirilmiştir. ‘ROME-IV’ tanı ölçütlerinde infantil kolik klinik değerlendirmelerde ve klinik araştırmalarda kullanılmak üzere ikiye ayrılmıştır. Çalışmamızda klinik araştırmalar için önerilen tanı ölçütleri kullanılmıştır. Infantil kolik tanısı alan hastalar çalışmaya kaydedilmiştir.

Polikliniğe ishal yakınması ile başvuran hastalar içerisinden öykü ve fizik muayenede uyarıcı belirti ve bulguları olan hastalar ayrılmıştır ve çalışmaya dahil edilmemiştir (Tablo 14). Bir süredir tekrarlayıcı ataklar şeklinde yakınması olan ve uyarıcı belirti ve bulguları olmayan hastalar fonksiyonel ishal için hazırlanan ‘ROME-IV’ tanı ölçütlerine göre değerlendirilmiştir (Tablo 12). Fonksiyonel ishal tanısı alan hastalar çalışmaya dahil edilmiştir.

Polikliniğe dışkılama öncesi ıkınma, ağlama atakları olması yakınması ile başvuran hastalar bebek diskezi ön tanısı ile, bebek diskezi için hazırlanmış olan ‘ROME-IV’ tanı ölçütlerine göre değerlendirilmiştir (Tablo 15). Bebek diskezi tanısı alan hastalar çalışmaya dahil edilmiştir.

Polikliniğe kabızlık yakınması ile başvuran hastalar içerisinden öykü ve fizik muayenede uyarıcı belirti ve bulguları olan hastalar ayrılmıştır ve çalışmaya dahil edilmemiştir (Tablo 18). Uyarıcı belirti ve bulguları olmayan ve fonksiyonel kabızlık düşünülen hastalar fonksiyonel kabızlık için hazırlanan ‘ROME-IV’ tanı ölçütlerine göre değerlendirilmiştir (Tablo 16). Değerlendirme sonucu fonksiyonel kabızlık tanısı alan hastalar çalışmaya dahil edilmiştir.

Bebeklik regürjitasyonu, bebeklik dönemi ruminasyon sendromu, siklik kusma sendromu, infantil kolik, fonksiyonel ishal, fonksiyonel kabızlık ve bebek diskezi olmak üzere yedi hastalık değerlendirilmiştir.

'ROME-IV' tanı ölçütlerine göre değerlendirilen 0-1 yaş aralığındaki tüm süt çocukları 4 gruba ayrılmıştır;

Grup-1) FGİH dışı bir nedenle başvurup değerlendirme sonucu FGİH tanısı koyulanlar

Grup-2) FGİH yakınmaları ile başvurup FGİH tanısı koyulanlar

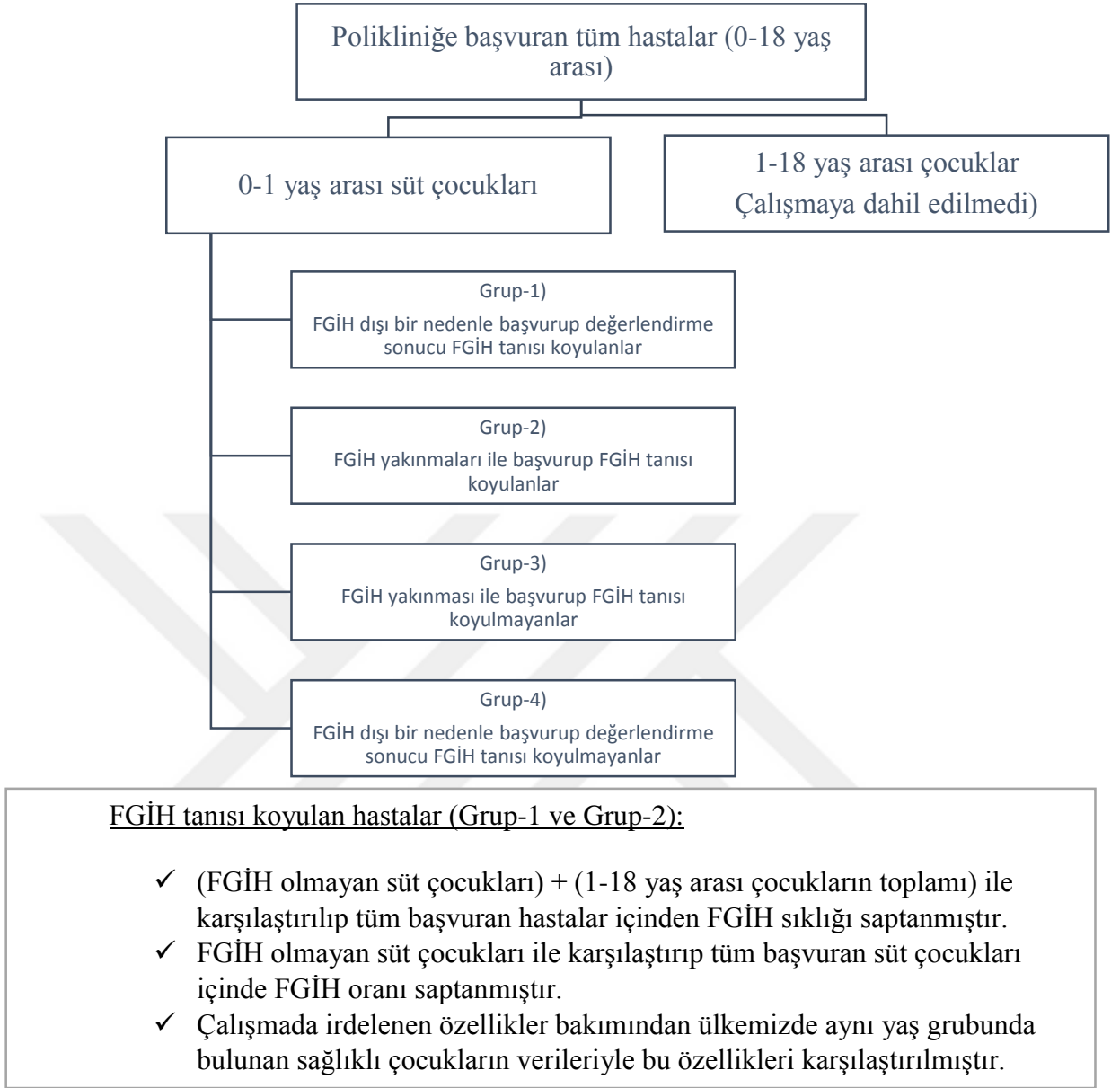
Grup-3) FGİH yakınması ile başvurup FGİH tanısı koyulmayanlar

Grup-4) FGİH dışı bir nedenle başvurup değerlendirme sonucu FGİH tanısı koyulmayanlar

Bu 4 grup hastadan FGİH tanısı alan Grup-1 ve Grup-2 içerisinde çalışmaya kabul edilen çocukların aileleri çalışmanın amacı ve içeriği hakkında bilgilendirilmiş, ailelerden çalışmaya katılım ile ilgili gönüllü olur formu alınmıştır (ek-1; bilgilendirilmiş gönüllü olur formu). Fonksiyonel gastrointestinal hastalık tanısı alan her hasta için ilgili form doldurulmuştur (ek-2; bebeklik regürjitasyonu formu, ek-3; bebeklik dönemi ruminasyon sendromu formu, ek-4; infantil kolik formu, ek-5; bebek dizkezi formu, ek-6; fonksiyonel kabızlık formu, ek-7; fonksiyonel ishal formu, ek-8; siklik kusma sendromu formu).

Araştırmanın amacına uygun şekilde hazırlanan sosyo-demografik özellikler, çocuğun yaşı, doğum öyküsü, beslenme öyküsü, hastaneye başvuru yakınması ile ilgili özellikler, fonksiyonel gastrointestinal yakınmaları ile ilgili özelliklerin yanı sıra anne ve baba ile ilgili yaş, mesleki özellikler, eğitim düzeyleri, sosyoekonomik düzey gibi değişkenler de sorgulanmıştır. Çocukların beslenme öyküleri irdelenirken; AS, FS ve ek gıda kullanımı, çocuğun ne kadar aralıkla beslendiği, sadece AS ile beslenme süresi sorgulanmıştır.

Fonksiyonel gastrointestinal hastalık tanısı olan Grup-1 ve Grup-2'deki çocukların çalışmada araştırılan özellikleri, ülkemizde aynı yaş grubunda bulunan sağlıklı çocukların verileriyle bu özellikleri bakımından karşılaştırılmıştır (Şekil-2)



Şekil 2. Polikliniğe başvuran hastaların çalışmadaki akış şeması

İSTATİSTİKSEL İNCELEMELER

Çalışmadaki istatistiksel analizler için SPSS 21 (SPSS Inc, Chicago, Illinois) paket programı kullanıldı. Çalışma verileri değerlendirilirken devamlı değişkenlerin normal dağılıma uygun olup olmadıkları Kolmogorov-Smirnov testi ile değerlendirildi. Normal dağılım gösteren değişkenlerin iki grup karşılaştırmalarında Student T testi, ikiden fazla olan grup karşılaştırmalarında One-way (ANOVA) testi, normal dağılım göstermeyen değişkenlerin iki grup karşılaştırmalarında Mann Whitney U testi, ikiden fazla olan grup karşılaştırmalarında Kuruskal-Wallis testi

kullanıldı. Her iki grup arasındaki kategorik veriler Ki-kare testi ile değerlendirildi. Değişkenler arasındaki ilişki saptanırken yapılan korelasyon analizinde; normal dağılım gösteren verilerde Pearson korelasyon analizi, normal dağılmayan verilerde ise Spearman korelasyon analizi yapıldı. Anlamlılık $p<0.01$ ve $p<0.05$ düzeylerinde değerlendirildi.



IV- BULGULAR

Çalışma Ağustos 2017-Kasım 2017 tarihleri arasında Sağlık Bilimleri Üniversitesi Okmeydanı Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi'nde çocuk sağlığı ve hastalıkları polikliniğine başvuran toplam 2342 hasta ile yapılmıştır. Bu hastaların %16'sı (n=377) reçete yenilenmesi, yan dal polikliniğine sevk yapılması amacıyla polikliniğe başvurduğu için muayene edilen hastalardan ayrılarak değerlendirme dışı tutulmuştur. Çalışma süresince muayene edilen hasta sayısı 1965 olarak kayıt edilmiştir. Muayene edilen hastaların %24,4' ü (n=481) 1 yaş altı süt çocuğudur.

Çalışmamızda polikliniğe başvuran 1 yaş altı çocuklardan, 'ROME-IV' tanı ölçütlerine göre FGİH tanısı alan hastalar ayrılarak, önceden hazırlanmış olan formlara kaydedilmiştir.

Muayene edilen 481 süt çocuğunun 28'inde (%5,8) FGİH'lerden en az bir tanesi saptanmıştır. Bu hastaların 7 tanesinde eşlik eden ikinci bir FGİH mevcuttur. Çalışmamızda 20 bebek regürjitasyonu, 11 infantil kolik, 3 bebek diskezi ve 1 fonksiyonel kabızlık ile ilişkili olmak üzere toplamda 35 adet form doldurulmuştur.

Çalışmaya katılan süt çocuklarının yaşları 30 gün ile 195 gün arasında değişmekte olup, olgu grubunun yaş ortalaması $72,9 \pm 43,7$ gün saptanmıştır.

Çalışmadaki çocuklarının %53,6'sı (n=15) kız, %46,4'ü (n=13) erkektir. Tüm olguların %64,3'ü (n=18) ailenin tek çocuğu olup, %21,4'ünün (n=6) bir kardeşi, %14,3'ünün (n=4) ise iki veya daha fazla kardeşi olduğu gözlenmiştir.

Çalışmaya katılan süt çocuklarının %92,8'inin (n=26) zamanında, %7,2'sinin (n=2) ise erken doğum öyküsü mevcuttur. Doğum şekillerine bakıldığında ise çocukların yarısı normal doğumla, diğer yarısı ise sezaryenle doğmuştur.

Tüm olguların doğum ağırlıkları 1890 g ile 4060 g arasında değişmekte olup, ortalama $3079 \pm 460,2$ g olarak saptanmıştır. Doğum boyları ise 45-52 cm arasında değişmekte olup, ortalama $48,75 \pm 1,95$ cm olarak saptanmıştır. Olguların %3,6'sının (n=1) ebeveynlerinin arasında akrabalık ilişkisi, %14,3'ünün (n=4) ailesinde ise atopi öyküsü mevcuttur.

Çalışmaya katılan çocukların annelerinin eğitim durumlarına bakıldığında %64,3'ünün (n=18) ilköğretim mezunu, %14,3'ünün (n=4) lise mezunu, %21,4'ünün (n=6) ise üniversite mezunu olduğu görülmüştür. Babaların ise %3,6'sının (n=1) okur-

yazar, %46,4'ünün (n=13) ilköğretim mezunu, %35,7'sinin (n=10) lise mezunu, %14,3'ünün (n=4) de üniversite mezunu olduğu saptanmıştır.

Çocukların ailesinin ekonomik durumları irdelendiğinde; ailelerin %3,5'inin (n=1) aylık gelirinin 1417 TL'nin altında olduğu, %64,3'ünün (n=18) 1417 - 4615 TL arasında olduğu, %32,2'sinin (n=9) aylık gelirinin >4615 TL olduğu gözlenmiştir.

Tüm çocukların başvuru anında AS almakta olduğunu gözlemledik. Bunlardan %53,5'i (n=15) sadece AS ile, %39,2'si (n=11) FS ve AS ile, %7,2'si (n=2) ise AS ve ek gıda ile beslenmekteydi.

Çalışmadaki süt çocuklarının %92,9'unun (n=26) altı aydan küçük olduğu görülmüştür. Altı ayın altındaki çocuklar hepsi başvuru anında AS almaktaydı. Bu çocukların %57,9'unun (n=15) sadece AS ile, %42,1'inin (n=11) ise AS ve FS ile beslendiği görülmüştür.

Çocukların beslenme aralıkları incelendiğinde; %21,4'ünün (n=6) 1 saatten kısa aralarla, %50'sinin (n=14) 1-2 saat arayla, %25'inin (n=7) 2-3 saat arayla ve %3,6'sının (n=1) 3 saatten uzun aralarla beslendiği gözlenmiştir. Çalışma grubundaki olguların demografik özellikleri Tablo 19'da sunulmuştur.

Tablo 19. Çalışmamızdaki olguların demografik verileri

Cinsiyet	Kız	15 (%53,6)	
	Erkek	13 (%46,4)	
Yaş (gün)	En küçük - en büyük	30 - 195	
	Ortalama \pm standart sapma	72,9 \pm 43,7	
Doğum ağırlığı	En küçük - en büyük	1890 - 4060	
	Ortalama \pm standart sapma	3079 \pm 460,2	
Doğum boyu	En küçük - en büyük	45- 52	
	Ortalama \pm standart sapma	48,75 \pm 1,95	
Doğum zamanı	Zamanında (Term)	26 (%92,8)	
	Erken (Preterm)	2 (%7,2)	
Doğum şekli	Normal doğum	14 (%50)	
	Sezaryen doğum	14 (%50)	
Ebeveynlerde akrabalık ilişkisi	Var	1 (%3,6)	
	Yok	27 (%96,4)	
Kardeş sayısı	Kardeşi yok	18 (%64,3)	
	Bir	6 (%21,4)	
	2 veya daha fazla	4 (%14,3)	
Ailede atopi öyküsü	Var	4 (%14,3)	
	Yok	24 (%85,7)	
Babanın eğitim durumu	Sadece okur yazar	1 (%3,6)	
	İlköğretim mezunu	13 (%46,4)	
	Lise mezunu	10 (%35,7)	
	Üniversite mezunu	4 (%14,3)	
Annenin eğitim durumu	Sadece okur yazar	0	
	İlköğretim mezunu	18 (%64,3)	
	Lise mezunu	4 (%14,3)	
	Üniversite mezunu	6 (%21,4)	
Ailenin aylık geliri (TL)	< 1417	1 (%3,5)	
	1417 - 4615	18 (%64,3)	
	> 4615	9 (%32,2)	
Beslenme şekilleri		< 6 ay (n=26)	Tamamı (n=28)
	Sadece AS	15 (%57,9)	15 (%53,5)
	AS + FS	11 (%42,1)	11 (%39,2)
	AS + ek gıda	0	2 (%7,2)
	FS + ek gıda	0	0
	AS + FS + ek gıda	0	0
Beslenme aralıkları	< 1 saat	6 (%21,4)	
	1-2 saat	14 (%50)	
	2-3 saat	7 (%25)	
	> 3 saat	1(%3,6)	

Çalışmada olguların başvuru anında boy ve ağırlıkları ölçülmüştür. WHO Anthro yazılımı kullanılarak, başvuru anında yaşa göre ağırlık (YGA), yaşa göre boy (YGB) ve boya göre ağırlık (BGA) z skorları kaydedilmiş ve bu değerlerin ortalamaları hesaplanmıştır. Buna göre çalışmamızdaki olguların YGA ortalama z skoru 0,07, YGB ortalama z skoru -0,4, BGA ortalama z skoru ise 0,43 olarak saptanmıştır. Çalışmadaki olguların YGA, YGB ve BGA ortalama z skorları TNSA-2103 verileriyle karşılaştırılmış ve Tablo-20 de sunulmuştur.

Tablo 20. Olguların ortalama z skoru değerleri ve TNSA-2013 ile karşılaştırılması

	Olgu Grubu (n=28)	TNSA-2013 (n=463)
Yaşa göre ağırlık z skoru	0,07	0,35
Yaşa göre boy z skoru	-0,4	0,34
Boya göre ağırlık z skoru	0,43	0,27

Çalışma Verilerimizin TNSA-2013 ile Karşılaştırılması

Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırmaları (TNSA-2013) ile doğum şekli bakımından karşılaştırıldı. Olgu grubunda olguların %50'si (n=14), normal doğumla doğduğu görülürken, TNSA'da bu oranın %51,8'i (n=1726) olduğu görüldü. Ancak istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmadı (p=0,85).

Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırmaları (TNSA-2103) ile herhangi bir zamanda AS ile beslenme oranı karşılaştırıldı. Çalışmadaki olguların hepsinin AS almış veya almakta olduğu saptanırken, TNSA'da bu oranın %83 olduğu görüldü. Çalışmadaki olguların olarak AS ile beslenme oranı istatistiksel olarak anlamlı fark oluşturmaktaydı (p= 0,0084).

Çalışmamızda AS ile beslenme durumu ve doğum şekli ile ilgili elde ettiğimiz veriler ve bu verilerin TNSA ile karşılaştırılması Tablo 21'de sunulmuştur.

Tablo 21. Çalışmamızdaki doğum şekli ve AS ile beslenme durumu verilerinin TNSA ile karşılaştırılması (FET: Fisher's-Exact Test)

		Olgu Grubu (n=28)	TNSA-2103 (n=3326)	P (FET)
Doğum şekli	Normal doğum	14	1726	0,85
	Sezaryen doğum	14	1600	
		Olgu Grubu (n=28)	TNSA-2103 (n=638)	P (FET)
AS ile beslenme durumu	AS almış / AS almakta	28	528	0,0084
	Hiç AS almamış	0	110	

Bebek Regürjitasyonu ile İlgili Bulgular

Çalışmadaki çocuklardan 20'sinde bebek regürjitasyonu saptanmış olup, bebek regürjitasyonu sıklığı %4,1 olarak bulunmuştur.

Bu çocukların %25'i (n=5) bebek regürjitasyonu düşündüren yakınmalarla polikliniğe başvururken (birincil FGİH), %75'i (n=15) başka yakınmalar ile polikliniğe başvurup hekim tarafından alınan öykü ve yapılan fizik muayene ile bebek regürjitasyonu teşhisi alan çocuklardır (ikincil FGİH).

Çalışmaya katılan süt çocuklarının yaşları 44 gün ile 195 gün arasındadır ve yaş ortalaması $85,9 \pm (44,83)$ gün olarak saptanmıştır. Birincil grupta yer alan hastalar ayrıca değerlendirildiğinde, yaş dağılımı 61 gün ile 149 gün arasında değişmektedir ve ortalama yaş $103,4 \pm (36,7)$ gündür. İkincil grupta ise yaş dağılımı 44 gün ile 195 gün arasındadır ve yaş ortalaması $80,06 \pm (46,8)$ gün saptanmıştır.

Olguların doğum ağırlıkları 1890 g ile 3500 g arasında değişmekte olup, ortalama $3020 \pm (416,5)$ g olarak saptanmıştır. Birincil gruptaki çocukların doğum ağırlıkları 2500 g ile 3150 g aralığında değişmektedir ve ortalama doğum ağırlığı $2840 \pm (281,5)$ gramdır. İkincil grupta ise 1890 g ile 3500 g arasındadır ve ortalama doğum ağırlığının $3080 \pm (444,3)$ g olduğu görülmüştür.

Çocukların doğum boyları 45 cm ile 52 cm arasındadır ve ortalama doğum boyu $48,65 \pm (1,92)$ cm dir. Birincil grupta olguların doğum boylarının 46 cm ile 48 cm arasında değişmekte olduğu ve ortalamasının $47,4 \pm (0,89)$ cm olduğu, ikincil

grupta ise 45 cm ile 52 cm arasında değiştiği ve ortalamanın $49,06 \pm (2,01)$ cm olduğu görülmüştür.

Çalışmada regürjitasyon saptanan çocukların %40'ı (n=8) erkek, %60'ı (n=12) kızıdır. Birincil gruptaki olguların %80'i (n=4) kız iken, ikincil gruptaki çocukların %53,3' (n=8) kızıdır. İki grup arasında cinsiyet açısından istatistiksel anlamlı bir fark izlenmemiştir (p=0,6).

Çalışmadaki süt çocuklarının, %90'ının (n=18) zamanında, %10'unun (n=2) erken doğum öyküsü vardır. Birincil gruptaki olguların %80'inin (n=4) zamanında doğduğu gözlenmiştir. İncil grupta ise, çocukların %93,3' (n=14) zamanında doğmuştur. Birincil grup ile ikincil grup, doğum zamanı açısından istatistiksel olarak kıyaslandığında anlamlı bir fark görülememiştir (p=0,44).

Çalışmadaki ocukların, %60'ı (n=12) sezaryen doğum ile doğarken %40'ı (n=8) normal doğumla doğmuştur. Birincil grupta yer alan çocukların %80'inin (n=4) sezaryen doğum ile doğduğu, ikincil gruptaki çocukların ise %53,3'ünün (n=8) sezaryen doğum ile doğduğu görülmüştür. İki grup arasında doğum şekilleri açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır (p=0,6).

Çalışmadaki olguların %60'ının (n=12) ailenin tek çocuğu olduğu, %25'inin (n=5) bir, %15'inin (n=3) ise iki veya daha fazla kardeşinin olduğu gözlenmiştir. Birincil gruptaki olgulara bakıldığında, çocukların %60'ının (n=3) ailenin tek çocuğu olduğu, %40'ının (n=2) ise bir kardeşi olduğu görülmüştür. İncil grupta ise çocukların, %20'sinin (n=3) bir, %20'sinin (n=3) ise iki veya daha fazla kardeşinin olduğu, %60'ının (n=9) ise ailenin tek ocuk olduğu görülmüştür. İki grup arasında kardeş sayıları açısından istatistiksel anlamlı bir fark izlenmemiştir (p=0,6, p=1, p=0,46).

Çalışmadaki ocukların %5'inin (n=1) ebeveynleri arasında akrabalık ilişkisi vardır. Ebeveynleri akraba olan ocuk birincil grupta yer almakta ve birincil grubun %20'sini oluşturmaktadır.

Çalışmaya katılan süt çocukların %20'sinin (n=4) ailesinde atopi öyküsü varken, %80'sinin (n=16) ailesinde atopi öyküsü saptanmamıştır. Birincil gruptaki çocukların %20'sinin (n=1) ailesinde atopi öyküsü varken, ikincil gruptaki çocuklarda da bu oranın %20 (n=3) olduğu saptanmıştır. İki grup arasında ailede atopi öyküsü saptanması istatistiksel olarak anlamlı değildir (p=1).

Bebek regürjitasyonu ile ilgili demografik veriler ve bu verilerin istatistiksel olarak analizi Tablo 22’de sunulmuştur.

Tablo 22. Regürjitasyon saptanan olguların demografik verilerinin istatistiksel analizi (SD: standart sapma, FET: Fisher’s Exact Test.)

Değişkenler		Birincil Olgu Grubu n=5		İkincil Olgu Grubu n=15		P (FET)
		En küçük en büyük	ortalama± SD	En küçük en büyük	ortalama± SD	
Yaş (gün)		61-149	103,4±36,7	44-195	80,06±46,8	
Doğum ağırlığı (ta)		2500-3150	2840±281,5	1890-3500	3080±444,3	
Doğum boyu (cm)		46-48	47,4±0,89	45-52	49,06±2,01	
		Sayı (n)	Yüzde oran	Sayı (n)	Yüzde oran	
Cinsiyet	Kız	4	80	8	53,3	0,6
	Erkek	1	20	7	46,7	
Doğum zamanı	Zamanında (Term)	4	80	14	93,3	0,44
	Erken (Preterm)	1	20	1	6,7	
Doğum şekli	Normal doğum	1	20	7	46,7	0,6
	Sezaryen doğum	4	80	8	53,3	
Kardeş sayısı	Kardeşi yok	3	60	9	60	0,6 (0 ve 1)
	Bir	2	40	3	20	0,46 (1 ve >1)
	2 veya daha fazla	0	0	3	20	1 (0 ve >1)
Ailede atopi öyküsü	Var	1	20	3	20	1
	Yok	4	80	12	80	

Çocukların annelerinin eğitim durumlarına bakıldığında; %55’inin (n=11) ilköğretim mezunu, %20’sinin (n=4) lise mezunu, %25’inin (n=5) üniversite mezunu olduğu görülmüştür. Birincil grupta yer alan çocukların annelerinin %60’ının (n=3) ilköğretim mezunu, %40’ının (n=2) üniversite mezunu olduğu görülmüştür. İkincil

gruptaki annelerin ise %53,3'ünün (n=8) ilköğretim mezunu, %26,7'sinin (n=4) lise mezunu, %20'sinin (n=3) ise üniversite mezunu olduğu görülmüştür. İki gruptaki çocukların annelerinin eğitim durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamamıştır.

Çocukların babalarının eğitim durumlarına bakıldığında; %45'inin (n=9) ilköğretim mezunu, %35'inin (n=7) lise mezunu, %20'sinin (n=4) üniversite mezunu olduğu görülmüştür. Birincil grupta yer alan çocukların baba eğitim durumları değerlendirildiğinde; babaların %40'ının (n=2) ilköğretim mezunu, %20'sinin (n=1) lise mezunu, %40'ının(n=2) ise üniversite mezunu olduğu, ikincil grupta yer alan çocukların babalarının ise %46,7'sinin (n=7) ilköğretim mezunu, %40'ının (n=6) lise mezunu, %13,3'ünün (n=2) ise üniversite mezunu olduğu görülmüştür. İki gruptaki çocukların babalarının eğitim durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanamamıştır.

Çalışmadaki olguların ailelerinin ekonomik durumları irdelendiğinde; ailelerin %60'ının (n=12) aylık gelirinin 1417-4615 TL arasında olduğu, %40'ının (n=8) aylık gelirinin >4615 TL olduğu saptanmıştır. Birincil grupta; olguların %60'ının (n=3) aylık gelirinin 1417-4615 TL arasında olduğu, %40'ının (n=2) aylık gelirinin >4615 TL olduğu saptanmış ve ikincil grupta da %60'ın (n=9) aylık gelirinin 1417-4615 TL arasında olduğu, %40'ın ise >4615 TL olduğu görülmüştür. Her iki gruptaki olguların ailelerinin gelir düzeylerinin oransal olarak aynı olduğu görülmüş olup, istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamamıştır (Tablo 23).

Tablo 23. Regürjitasyon saptanan olguların anne ve baba eğitim durumlarının ve ailenin aylık gelirinin istatistiksel analizi (BT: Binomial test)

Değişkenler		Birincil Olgu Grubu n=5		İkincil Olgu Grubu n=15		P (BT)
		Sayı (n)	Yüzde oran (%)	Sayı (n)	Yüzde oran (%)	
Anne eğitim durumu	Okur yazar	0	0	0	0	N/A
	İlköğretim	3	60	8	53,3	1
	Lise	0	0	4	26,7	0,57
	Üniversite	2	40	3	20	0,6
Baba eğitim durumu	Okur yazar	0	0	0	0	N/A
	İlköğretim	2	40	7	46,7	1
	Lise	1	20	6	40	1
	Üniversite	2	40	2	13,3	0,2
Ailenin aylık geliri	<1417	0	0	0	0	(<1417/1417- 4615) N/A
	1417-4615	3	60	9	60	(1417-4615/ >4615) 1
	>4615	2	40	6	40	(<1417/>4615) N/A

Çalışmada regürjitasyon saptanan süt çocuklarının hepsinin başvuru anında AS almakta olduğu gözlenmiştir. Sadece AS ile beslenen çocuklar, regürjitasyon saptanan tüm çocukların %55'i (n=11) dir. Çocukların %35'i (n=7) AS ve FS ile karışık beslenirken, % 10'unun AS ve ek gıda ile karışık beslendiği görülmüştür. Birincil gruptaki çocukların hepsinin altıncı ayının altında olduğu ve %40'ının (n=2) sadece AS ile beslendiği, %60'ının (n=3) ise AS ve FS ile karışık beslendiği görülmüştür. İkincil grupta ise toplam 15 çocuğun; %13,3'ünün (n=2) altı ayın üzerinde olup AS ve ek gıda ile karışık beslendiği, %26,7'sinin (n=4) AS ve FS ile karışık beslendiği, %60'ının (n=9) ise sadece AS ile beslendiği görülmüştür.

Beslenme şekilleri çocukların yaşlarına göre <6 ay ve >6 ay olarak iki gruba ayrılarak kıyaslanmıştır. Ancak her iki yaş gurubunda da, birincil grup ile ikincil grup arasında karşılaştırma yapılabilen hiçbir parametrede istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamamıştır (Tablo 24,25).

Tablo 24. Altı aydan küçük olup, regürjitasyon saptanan olguların beslenme şekillerinin istatistiksel analizi (FET: Fisher's exact test, AS: Anne sütü, FS: Formül süt)

Yaşı <6 ay çocuklar					
	Birincil Regürjitasyon (n=5)		İkincil Regürjitasyon (n=15)		P (FET)
	Sayı (n)	Yüzde oran	Sayı (n)	Yüzde oran	
Yalnız AS	2	40	9	60	0.32
AS+FS	3	60	4	26.7	
AS+ek gıda	0	0	0	0	N/A
FS+ek gıda	0	0	0	0	N/A
AS+FS+ek gıda	0	0	0	0	N/A

Tablo 25. Altı aydan büyük olup, regürjitasyon saptanan olguların beslenme şekillerinin istatistiksel analizi (FET: Fisher's exact test, AS: Anne sütü, FS: Formül süt)

Yaşı >6 ay çocuklar					
	Birincil Regürjitasyon (n=5)		İkincil Regürjitasyon (n=15)		P (FET)
	Sayı (n)	Yüzde oran	Sayı (n)	Yüzde oran	
Yalnız AS	0	0	0	0	N/A
AS+FS	0	0	0	0	N/A
AS+ek gıda	0	0	2	13.3	N/A
FS+ek gıda	0	0	0	0	N/A
AS+FS+ek gıda	0	0	0	0	N/A

Çalışmaya katılan süt çocuklarının beslenme sıklıklarına bakıldığında, çocukların %25'inin (n=5) 1 saatten az, %35'inin (n=7) 1-2 saat, %35'inin (n=7) 2-3 saat, %5'inin (n=1) ise 3 saatten uzun aralıklarla beslendiği görülmüştür. Birincil gruptaki çocukların %80'inin (n=4) 2-3 saat, %20'sinin (n=1) ise 3 saatten uzun aralıklarla beslendiği görülmüştür. İkincil grupta çocukların %33,3'ünün (n=5) 1 saatten az, %46,7'sinin (n=7) 1-2 saat, %20'sinin ise 2-3 saat aralıklarla beslendiği saptanmıştır. İki grup arasında çocukların beslenme sıklıkları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamamıştır (Tablo 26).

Tablo 26. Regürjitasyon saptanan olguların beslenme aralıklarının istatistiksel olarak analizi (BT: Binomial test)

	Birincil Regürjitasyon		İkincil Regürjitasyon		P (BT)
	Sayı (n)	Yüzde oran	Sayı (n)	Yüzde oran	
<1 saat	0	0	5	33,3	0,3
1-2 saat	0	0	7	46,7	0,2
2-3 saat	4	80	3	20	0,07
>3 saat	1	20	0	0	0,25

Çalışmamızdaki doğum şekli ile ilgili elde ettiğimiz veriler Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırmaları (TNSA-2013) ile karşılaştırıldı. Regürjitasyon saptanan olguların %40'ının (n=8) normal doğumla doğduğu görülürken, TNSA'da bu oranın %51,8 (n=1726) olduğu görüldü. Ancak iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmadı (p=0,37).

Çalışmamızdaki herhangi bir zamanda AS ile beslenme oranı Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırmaları (TNSA-2013) ile karşılaştırıldı. Çalışmadaki olguların hepsinin (n=20) AS almış veya almakta olduğu saptanırken, TNSA'da bu oranın %83 olduğu görüldü. Çalışmadaki olguların olarak AS ile beslenme oranı istatistiksel olarak anlamlı fark oluşturmaktaydı (p= 0,0034).

Regürjitasyon tanısı konan çocukların AS ile beslenme durumu ve doğum şekli ile ilgili elde edilen veriler ve bu verilerin TNSA ile karşılaştırılması Tablo 27'de sunulmuştur.

Tablo 27. Çalışmamızda regürjitasyon tanısı konan olguların doğum şekli ve AS ile beslenme durumu verilerinin TNSA ile karşılaştırılması (FET: Fisher's-Exact Test)

		Olgu Grubu (n=20)	TNSA-2103 (n=3326)	P (FET)
Doğum şekli	Normal doğum	8	1726	0,37
	Sezaryen doğum	12	1600	
		Olgu Grubu (n=20)	TNSA-2103 (n=638)	P (FET)
AS ile beslenme durumu	AS almış / AS almakta	28	528	0,0034
	Hiç AS almamış	0	110	

Regürjitasyon tanısı alan olguların, başvuru anında yapılan boy ve ağırlık ölçümleri WHO Anthro yazılımı ile incelenerek, YGA, YGB, BGA ortalama z skorları hesaplanmıştır. Hesaplanan ortalama z skorları öncelikle TNSA-2013 çalışması ile karşılaştırılmış ve Tablo 28’de sunulmuştur. Tanı anında belirlediğimiz birincil ve ikincil gruptaki olguların ortalama z skorları ise ayrıca karşılaştırılıp Tablo 29’da sunulmuştur.

Tablo 28. Regürjitasyon saptanan olguların ortalama z skorlarının TNSA-2013 verileri ile karşılaştırılması

	Olgu grubu (n=20)	TNSA-2013 (n=463)
YGA ortalama z skoru	-0,24	0,35
YGB ortalama z skoru	-0,37	0,34
BGA ortalama z skoru	0,44	0,27

Tablo 29. Regürjitasyon saptanan birincil ve ikincil olgu gruplarının ortalama z skorlarının karşılaştırılması

	Birincil olgu grubu(n=5)	İkincil olgu grubu (n=15)
YGA ortalama z skoru	-0,42	-0,18
YGB ortalama z skoru	-0,8	-0,23
BGA ortalama z skoru	0,62	0,42

İnfantil kolik ile ilgili bulgular

Çalışmadaki süt çocukları içerisinde 11 adet infanatil kolik tanılı hasta saptanmış olup infanatil kolik sıklığı %2,2 olarak bulunmuştur.

Çocukların %27,2'si (n=3) infanatil koliki düşündüren yakınmalarla polikliniğe başvururken (birincil FGİH), %72,8'i (n=8) başka yakınmalar ile polikliniğe başvurup hekim tarafından alınan öykü ve yapılan fizik muayene ile infanatil kolik teşhisi alan çocuklardır (ikincil FGİH).

Çalışmadaki süt çocuklarının yaşları 30 gün ile 90 gün arasında değişmektedir. Yaş ortalaması $55,5 \pm (24,11)$ gündür. Birincil gruptaki çocukların, yaş dağılımının 35 gün ile 90 gün arasında değiştiği ve ortalama yaşın $69,3 \pm (29,93)$ gün olduğu görülmüştür. İkincil grupta ise yaş dağılımının 30 gün ile 83 gün arasında değişmekte olduğu ve ortalama yaşın $50,3 \pm (21,51)$ olduğu saptanmıştır.

Çalışmadaki çocukların doğum ağırlıkları 1890 g ile 4060 g arasında olup, ortalama $3006 \pm (628,11)$ gram olarak saptanmıştır. Birincil grupta, çocukların doğum ağırlıklarının 2500 g ile 4060 gram arasında değişmekle birlikte ortalama $3220 \pm (786,89)$ g olduğu görülmüştür. İkincil grupta ise 1890 g ile 3580 g arasında değişmekte ve ortalama $2926 \pm (599,83)$ gram olduğu görülmüştür.

Çocukların doğum boyları 45 cm ile 51 cm arasındadır ve ortalama doğum boyu $48,18 \pm (1,99)$ cm olarak saptanmıştır. Birincil grupta çocukların doğum boyları 48 cm ile 50 cm arasında değişmektedir ve ortalama $49,33 \pm (1,15)$ cm dir. İkincil gruba bakıldığında ise çocukların doğum boylarının 45 cm ile 51 cm arasında değiştiği ve ortalama doğum boyunun $47,75 \pm (2,12)$ cm olduğu saptanmıştır.

Çalışmaya katılan süt çocuklarının %54,5'i (n=6) erkek, %45,5'i (n=5) kızdır.

Birincil gruptaki 3 çocuğun %33,3'ü (n=1) kız iken ikincil gruptaki çocukların %50'si (n=4) kızdır. İki grup arasında cinsiyet bakımından istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamamıştır (p=1).

Çalışmadaki çocukların, %91'inin (n=10) zamanında doğum öyküsü bulunmaktadır. Birincil gruptaki çocukların tamamının (n=3) zamanında doğduğu görülürken, ikincil grupta çocukların ise %87,5'inin (n=7) zamanında, %12,5'inin (n=1) ise zamanından erken doğduğu görülmüştür. İki gruptaki olguların doğum zamanı kıyaslandığında istatistiksel anlamlı bir fark bulunamamıştır (p=1).

Çalışmadaki çocukların, %45,5'i (n=5) sezaryen doğum ile doğarken %55,5'i (n=6) normal doğumla doğmuştur. Birincil grupta çocukların %33,3'ü (n=1) sezaryen doğumla doğarken; ikincil grupta ise çocukların %50'sinin (n=4) sezaryen doğum ile doğduğu gözlenmiştir. Birincil grup ile ikincil grup doğum şekli açısından kıyaslandığında istatistiksel olarak anlamlı bir fark gözlenmemiştir (p=1).

Olguların %72,8'inin (n=8) ailenin tek çocuğu olduğu, %18,2'sinin (n=2) bir, %9'unun (n=1) ise iki veya daha fazla kardeşi olduğu gözlenmiştir. Birincil gruptaki olguların %66,7'si (n=2) ailenin tek çocuğu iken, %33,3'ünün (n=1) ise bir kardeşi vardır. İkincil grupta ise olguların %75'inin (n=6) ailenin tek çocuk olduğu, %12,5'inin (n=1) bir, %12,5'inin (n=1) ise iki veya daha fazla kardeşi olduğu görülmüştür. Birincil ve ikincil grupta yer alan olgular kardeş sayılarına göre karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir fark görülmemiştir (p=1).

İnfantil kolik saptanan süt çocuklarının hiçbirinin ebeveynleri arasında akrabalık ilişkisi yoktur. Bu çocukların ailelerinde atopi öyküsü saptanan olmamıştır.

Çalışmamızda infantil kolik saptanan olguların demografik verileri ve bu verilerin istatistiksel olarak analizi Tablo 30'da sunulmuştur.

Tablo 30. İnfantil kolik saptanan olguların demografik verilerinin istatistiksel analizi (SD: standart sapma, FET: Fisher’s exact test.)

Değişkenler		Birincil Olgu Grubu n=3		İkincil Olgu Grubu n=8		P (FET)
		En küçük en büyük	ortalama± SD	En küçük en büyük	ortalama± SD	
Yaş (gün)		35-90	69,3±29,93	30-83	50,3±21,51	
Doğum ağırlığı (gram)		2500-4060	3220±786,89	1890-3500	2926±599,8	
Doğum boyu (cm)		48-50	49,33±1,15	45-51	47,75±2,12	
		Sayı (n)	Yüzde oran	Sayı (n)	Yüzde oran	
Cinsiyet	Kız	1	33,3	4	50	1
	Erkek	2	66,7	4	50	
Doğum zamanı	Zamanında (Term)	3	100	7	87,5	1
	Erken (Preterm)	0	0	1	12,5	
Doğum şekli	Normal doğum	2	66,7	4	50	1
	Sezaryen doğum	1	33,3	4	50	
Kardeş sayısı	Kardeşi yok	2	66,7	6	75	1(0 ve 1)
	Bir	1	33,3	1	12,5	1 (1 ve >1)
	2 veya daha fazla	0	0	1	12,5	1 (0 ve >1)
Ailede atopi öyküsü	Var	0	0	0	0	1
	Yok	3	100	8	100	

Çocukların annelerinin eğitim durumları irdelendiğinde; %63,6’sının (n=7) ilköğretim, %36,4’ünün (n=4) ise üniversite mezunu olduğu görülmüştür. Birincil grupta annelerin %33,3’ü (n=1) ilköğretim mezunu iken ikincil grupta %75’inin (n=6) ilköğretim mezunu olduğu görülmüştür. İki grup annelerin eğitim durumlarına göre karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamamıştır (p>0,05).

Çocukların babalarının eğitim durumlarına bakıldığında ise %9’unun (n=1) sadece okuryazar düzeyinde eğitiminin olduğu, %45,5’inin (n=5) ilköğretim, %18,2’sinin (n=2) lise ve %27,3’ünün (n=3) ise üniversite mezunu olduğu

görülmüştür. Birincil gruptaki babaların %66,7'sinin (n=2) lise, %33,3'ünün (n=1) ise üniversite mezunu olduğu saptanırken ikincil grupta %12,5' inin (n=1) sadece okuryazar düzeyinde olduğu, %62,5'inin (n=5) ilköğretim ve %25'inin (n=2) üniversite mezunu olduğu görülmüştür. İki gruptaki babaların eğitim durumları kıyaslandığında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamamıştır ($p>0,05$).

Çalışmadaki olguların ailelerin ekonomik durumlarına bakıldığında ailelerin %9,1'inin (n=1) aylık gelirinin <1417 TL, %54,5'inin (n=6) 1417-4615 TL arasında, %36,4'ünün (n=5) ise >4615 TL olduğu görülmüştür. Birincil grupta ailelerin %33,3'ünün (n=1) aylık geliri 1417-4615 TL arasında iken %66,7'sinin (n=2) aylık geliri >4615 TL olarak gözlenmiştir. İkincil grupta ise ailelerin %12,5'inin (n=1) aylık geliri <1417 TL, %62,5'inin (n=5) 1417-4615 TL, %25'inin (n=2) ise >4615 TL olduğu görülmüştür. İki gruptaki olguların ailelerinin aylık gelirleri karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamamıştır ($p>0,05$).

Anne ve babaların eğitim durumları ile ailelerin aylık gelir düzeyleri Tablo 31'de sunulmuştur.

Tablo 31. İnfantil kolik saptanan olguların anne ve baba eğitim durumlarının ve ailenin aylık gelirinin istatistiksel analizi (BT: Binomial test)

Değişkenler		Birincil Olgu Grubu n=3		İkincil Olgu Grubu n=8		P (BT)
		Sayı (n)	Yüzde oran (%)	Sayı (n)	Yüzde oran (%)	
Anne eğitim durumu	Sadece okur yazar	0	0	0	0	N/A
	İlköğretim	1	33,3	6	75	0,68
	Lise	0	0	0	0	N/A
	Üniversite	2	66,7	2	25	0,3
Baba eğitim durumu	Sadece okur yazar	0	0	1	12,5	0,6
	İlköğretim	0	40	5	62,5	1
	Lise	2	66,7	0	40	1
	Üniversite	1	33,3	2	25	0,2
Ailenin aylık geliri	<1417	0	0	1	12,5	(<1417/1417-4615) = 1
	1417-4615	1	33,3	5	62,5	(1417-4615/ >4615) = 1
	>4615	2	66,7	2	25	(<1417/>4615) = 0,5

Çalışmadaki süt çocuklarının hepsinin başvuru anında AS almakta olduğu gözlenmiştir. İnfantil kolik teşhisi alan hastaların tamamı altı aydan küçük hastalardan oluşmaktadır. Bu hastaların hiçbirinde ek gıdaya geçişin başlamadığı gözlenmiştir. Sadece AS ile beslenen çocukların, infantil kolik tanısı konan tüm çocukların %63,7'si (n=7) olduğu, çocukların geri kalan %36,3'ünün (n=4) ise AS ve FS ile karışık olarak beslenmekte olduğu saptanmıştır. Birincil olan gruptaki 3 olgu ayrıca değerlendirildiğinde olguların %66,7'sinin (n=2) sadece AS ile beslendiği, %33,3'ünün ise AS ve FS ile karışık beslendiği görülmüştür. İkincil grupta ise çocukların %62,5'inin (n=5) sadece AS ile beslendiği, %37,5'inin (n=3) AS ve FS ile karışık beslendiği görülmüştür. Beslenme şekillerine göre kıyaslama yapıldığında, iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamamıştır (p>0,05).

İnfantil kolik tanısı alan çocukların beslenme şekilleri ile ilgili veriler tablo 32 de sunulmuştur.

Tablo 32. İnfantil kolik saptanan olguların beslenme şekillerinin istatistiksel analizi (FET: Fisher's exact test)

Yaşı <6 ay çocuklar					
	Birincil İnfantil Kolik (n=3)		İkincil İnfantil Kolik (n=8)		P (FET)
	Sayı (n)	Yüzde oran	Sayı (n)	Yüzde oran	
Yalnız AS	2	66,7	5	62,5	1
AS+FS	1	33,3	3	37,5	
AS+ek gıda	0	0	0	0	NA
AS+FS+ek gıda	0	0	0	0	NA
FS+ek gıda	0	0	0	0	NA

Çalışmadaki süt çocuklarının beslenme sıklıkları incelendiğinde, olguların %9,1'inin (n=1) 1 saatten az, %63,7'sinin (n=7) 1-2 saat, %27,2'sinin (n=3) ise 2-3 saat aralıklarla beslendiği görülmüştür. Birincil gruptaki olguların %66,7'si (n=2) 1-2 saat, %33,3'ü (n=1) ise 2-3 saat aralıklarla beslenirken, ikincil grupta olguların %12,5'i (n=1) 1 saatten az, %62,5'inin 1-2 saat ve %25 'inin ise 2-3 saat aralıklarla beslendiği görülmüştür. İki grup arasında beslenme sıklıkları bakımından kıyaslama yapıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır (p>0,05) (Tablo 33).

Tablo 33. İnfantil kolik saptanan olguların beslenme aralıklarının istatistiksel analizi (BT: Binomial test)

	Birincil infantil kolik		İkincil infantil kolik		P (BT)
	Sayı (n)	Yüzde oran	Sayı (n)	Yüzde oran	
<1 saat	0	0	1	12,5	1
1-2 saat	2	66,7	7	62,5	1
2-3 saat	1	33,3	3	25	1
>3 saat	0	0	0	0	N/A

İnfantil kolik teşhisi alan hastaların ağlama ve huzursuzlukla seyreden kolik ataklarının özellikleri sorgulandığında, haftada 3 gün ile 6 gün (ortalama 4,54 gün) kolik atağı olduğu görülmüştür. Atakların gün içerisindeki sayısı ve toplam süresi ise gün içerisinde 4-6 kez (ortalama 5,09 kez) ve toplam 4-6 saat (ortalama 4,55 saat) sürdüğü görülmüştür.

Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırmaları (TNSA-2013) ile doğum şekli bakımından karşılaştırıldı. İnfantil kolik saptanan olguların %66,7'si (n=6), normal doğumla doğduğu görülürken, TNSA'da bu oranın %51,8'i (n=1726) olduğu görüldü. Ancak istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmadı (p=1).

Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırmaları (TNSA-2103) ile herhangi bir zamanda AS ile beslenme oranı karşılaştırıldı. Çalışmadaki olguların hepsinin AS almış veya almakta olduğu saptanırken, TNSA'da bu oranın %83 olduğu görüldü. Çalışmadaki olguların olarak AS ile beslenme oranı istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmadı (p=0,226).

İnfantil kolik tanısı konan çocukların AS ile beslenme durumu ve doğum şekli ile ilgili elde edilen veriler ve bu verilerin TNSA ile karşılaştırılması Tablo 34'de sunulmuştur.

Tablo 34. Çalışmamızda regürjitasyon tanısı konan olguların doğum şekli ve AS ile beslenme durumu verilerinin TNSA ile karşılaştırılması (FET: Fisher's-Exact Test)

		Olgu Grubu (n=11)	TNSA-2103 (n=3326)	P (FET)
Doğum şekli	Normal doğum	6	1726	1
	Sezaryen doğum	15	1600	
		Olgu Grubu (n=11)	TNSA-2103 (n=638)	P (FET)
AS ile beslenme durumu	AS almış / AS almakta	11	528	0,226
	Hiç AS almamış	0	110	

Çalışmamızda başvuru anında yapılan boy ve ağırlık ölçümleri WHO Anthro yazılımı ile incelenerek, YGA, YGB, BGA ortalama z skorları hesaplanarak TNSA-2013 verileri ile karşılaştırılmıştır (Tablo 35).

Tablo 35. İnfantil kolik saptanan olguların ortalama z skorlarının TNSA-2013 verileri ile karşılaştırılması

	Olgu grubu (n=11)	TNSA-2013 (n=463)
YGA ortalama z skoru	-0,26	0,35
YGB ortalama z skoru	-0,82	0,34
BGA ortalama z skoru	0,37	0,27

Çalışmaya katılan tüm süt çocukları içerisinde 3 adet bebek diskezi saptanmıştır. Polikliniğimize başvuran süt çocukları içerisinde bebek diskezi sıklığı %0,62 olarak saptanmıştır. Bu üç olgu da bebek diskezi düşündürecek yakınmalarla polikliniğe başvurmuştur (birincil FGİH). Bu üç hastanın demografik verileri incelendiğinde yaşlarının 30 gün ile 76 gün arasında değişmekte ve ortalama yaşın 45,66 gün olduğu görülmüştür. Üç hasta da erkektir. İki hasta normal doğumla, bir hasta da sezaryen doğumla dünyaya gelmiş olup, üçü de zamanında doğmuştur. Doğum ağırlıkları 2950 g ile 3580 g arasında değişmektedir ve ortalama doğum ağırlığı 3310 gramdır. Doğum boyları 47 cm ile 51 cm arasında değişmektedir ve

ortalama doğum boyu 49,33 cm'dir. Üç hasta da ailesinin ilk çocuğudur. Hiçbir hastanın ebeveynleri arasında akrabalık ilişkisi yoktur. Üç hastanın da ailesinde atopi öyküsü bulunmamaktadır. Anne ve baba eğitim durumlarına bakıldığında üç hastanın annesinin ilköğretim mezunu olduğu görülmüştür. İki hastanın babası ilköğretim mezunu (%66,7) iken, bir hastanın babasının üniversite mezunu olduğu görülmüştür. Tüm olguların ailelerinin aylık gelirleri 1417-4615 TL aralığındadır. Hastaların üçü de AS almaktadır. İki (%66,7) sadece AS ile beslenirken biri (%33,3) AS ve FS ile karışık olarak beslenmektedir. Çocukların beslenme sıklıkları incelendiğinde ise, %33,3'ünün (n=1) bir saatten az aralıklarla, %66,7'sinin (n=2) ise 1-2 saat aralıklarla beslendiği görülmüştür.



V- TARTIŞMA

Fonksiyonel gastrointestinal hastalıklar yapısal veya biyokimyasal bir anormallikle açıklanamayan bazı gastrointestinal yakınmalardan oluşan bir takım hastalıkların oluşturduğu bir gruptur (1). Çocukluk çağı FGİH'leri biyokimyasal ve yapısal olarak açıklanamayan, yaşa bağlı olarak değişebilen kronik veya tekrarlayıcı semptomların çeşitli kombinasyonlarından oluşan bir hastalıklar grubudur (3).

Çocukluk çağında yakınmaların ifadesi; çocuğun fizyolojik, otonomik, duygusal ve entelektüel gelişimine paralel olarak değişim göstermektedir. Bu nedenle bazı fonksiyonel hastalıklar belli bir yaştan sonra tanımlanmıştır. Bununla beraber kriterler oluşturulurken erişkin yaş hastalarda yakınmanın etkilediği hedef organa göre sınıflandırma yapılırken, çocuklarda bakım verenin ana yakınması baz alınmıştır. Örnek olarak aerofaji erişkin hastalarda özofagus ile ilişkili FGİH olarak değerlendirilirken, çocuklarda karın ağrısı ile ilişkili olarak sınıflandırılmıştır (3).

Erişkinlerde çok daha önceden tanımlanmasına rağmen çocuk yaş grubunda FGİH ilk olarak 1997 yılında 'ROME II' tanı ölçütleri ile tanımlanmış, 2006 yılındaki 'ROME III' ölçütlerinde ise yenidoğan/oyun çocuğu ve çocuk/adölesan olmak üzere iki gruba ayrılarak incelenmesi önerilmiştir. 2016 yılına gelindiğinde ise çocukluk çağı FGİH'leri yenidoğan/oyun çocuğu ve çocuk/adölesan olarak iki grupta incelenmeye devam edilerek tanı ölçütleri güncellenmiştir (5).

Çalışmamızda muayene edilen 481 süt çocuğunun %5,8'inde (n=28) FGİH'lerden en az bir tanesi saptanmıştır. Bu hastaların yedi tanesinde ikinci bir FGİH mevcuttur. Çalışmamızda 20 bebek regürjitasyonu, 11 infantil kolik, 3 bebek diskezi ve 1 fonksiyonel kabızlık saptanmıştır.

Polikliniğimize gelen 0-12 ay arası süt çocuklarında FGİH görülme oranı %5,8 olarak saptanmıştır. Çin'de 2009 yılında, Liu W ve ark.'ın (50) 'ROME III' tanı ölçütlerini kullanarak yaptığı bir anket çalışmasında 0-24 ay arası 5030 çocuk değerlendirilmiş ve FGİH görülme oranı %38 saptanmıştır. Amerika Birleşik Devletleri'nde Miranda A.L van Tilburg (8) ise başka bir anket çalışmasında, 0-3 yaş arası çocuklarda FGİH görülme oranının %27,1 olduğunu bildirmiştir.

Çalışmamızda regürjitasyon sıklığının %4,1 olduğu görülmüştür. Vandenplas ve ark. (51) tarafından 2015 yılında yayınlanan derlemede, 0-12 ay aralığındaki

çocuklarda regürjitasyon sıklığının %6,1 ile %61,5 arasında geniş bir aralıkta olduğu bildirilmiştir. Campanozzi ve ark. (52) 2009 yılında İtalya'da 'ROME II' tanı ölçütleri kullanılarak 0-12 ay arası 2642 çocukta regüjitasyon prevalansını %12, Amerika Birleşik Devletleri'nde van Tilburg (8) ise 'ROME III' tanı ölçütleri kullanarak bebek regürjitasyonunun prevalansını %26 olarak bildirilmiştir.

İnfantil kolik görülme sıklığına baktığımızda ise, çalışmamızda bu oranın %2,2 olduğu görülmektedir. Van Tilburg ve ark. (8) 2015 yılında 'ROME III; tanı ölçütlerini kullanarak 1 yaş altı çocuklarda infantil kolik prevalansını %6 olarak bildirirken, 2011 yılında Chouraqui (53) yine 'ROME III' tanı ölçütleriyle 0-4 ay arası çocuklarda infantil kolik prevalansını %19 olarak bildirmiştir. Ülkemizde ise 2006 yılında Akman ve ark. (54) Wessel tanı ölçütleri ile 0-6 ay arası çocuklarda kolik prevalansını %22 olarak saptamıştır. Kolik tanısında sadece ailelerin beyanları göz önüne alındığında prevalans daha yüksek çıkabilmektedir. Bu bağlamda 2006 yılında Howard ve ark. (55) 6 ay altı çocuklarda yapmış olduğu çalışmada, aile beyanına göre prevalans %15 iken, Wessel tanı ölçütleri kullanıldığında prevalansın %2'ye düştüğü gösterilmiştir.

Bebek diskezi görülme sıklığı çalışmamızda %0,62 olarak saptanmıştır. 'ROME IV' tanı ölçütleri kullanılarak yapılan ve sıklık bildiren bir çalışma olmamakla birlikte daha önceki çalışmalarda saptanan prevalans değerleri farklılık göstermektedir. Van Tilburg ve ark. (56) 'ROME III' tanı ölçütlerini kullanarak 0-1 yaş arası çocuklarda diskezi sıklığını %2 olarak bildirmiştir. 2014 yılında Kramer ve ark. (57) yine 'ROME III' tanı ölçütleri ile 0-3 ay arası olan süt çocuklarında diskezi prevalansını %0,9 olarak bildirmiştir. Chouraqui (53) ise 2011 yılında 0-6 ay arası çocuklarda 'ROME III' tanı ölçütlerine göre, diskezi görülme oranını %5,6 olarak bildirmiştir.

Yapmış olduğumuz çalışmada hem hastalık bazında bakıldığında, hem de total FGİH sıklığına bakıldığında literatürdeki çalışmalardan daha düşük olduğu görülmektedir. Bunun en başta gelen nedenini çalışmayı üçüncü düzey bir hastanede yapmış olmamızı görmekteyiz. Dahil edilen olgular, polikliniğe FGİH veya başka bir hastalığın yakınmaları ile başvuran ve sadece aile beyanına göre değil, hekim tarafından değerlendirilerek tanı alan olgulardan oluşmaktadır. Bu nedenlerden ötürü toplumdaki gerçek FGİH sıklığının, çalışmamızda saptadığımız sıklıktan daha yüksek olduğunu düşünmekteyiz.

Çalışmada FGİH yakınmaları ile polikliniğimize başvuran ve hekim değerlendirmesi sonucu FGİH tanısı konan çocuklar birincil grup; FGİH yakınmaları dışında bir yakınma ile başvuran ancak hekim değerlendirmesi sonucu FGİH tanısı konan çocuklar ise ikincil grup olarak sınıflandırılmıştır. FGİH tanısı konan 28 olgunun 18'i ikincil grupta yer almaktadır. Hastalık bazında baktığımız zamanda ise; regürjitasyon tanısı konan 20 olgudan 15'i, kolik tanısı konan 11 olgudan 8'i ikincil gruptadır. Diskezi tanısı alan 3 hasta da ikincil grupta yer almaktadır. Birincil ve ikincil grup arasında demografik verilerin, beslenme biçimlerinin karşılaştırmalarında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır. Ancak tüm hastalıklarda ikincil grubun çoğunlukta olduğu dikkat çekmektedir. Ailelerin FGİH yakınmaları ile birinci ve ikinci düzey sağlık kuruluşlarına daha çok başvurması, bu yakınmaların önemsiz ve geçici olduğunu düşünmesi gibi etmenlerin ikincil grubun çoğunlukta olmasının nedenlerinden olduğunu düşünmekteyiz.

Çalışmamızda bir yaşın altındaki süt çocukları değerlendirilmiştir ve bu çocukların yaşları 30 gün ile 195 gün arasında değişmektedir. Yaş ortalaması $72,9 \pm (43,7)$ gündür. Regürjitasyon saptanan çocukların yaş aralıkları 44-195 gün, ortalama görülme yaşı ise, $85,9 \pm 44,8$ gündür. 'ROME IV' tanı kılavuzunda regürjitasyonun üç hafta ile bir yaş arasında ve en yüksek oranda dördüncü ayda görüldüğü bildirilmiştir (5). İtalya'da 2004 yılında Miele ve ark. (58) yaptığı bir çalışmada ortalama görülme yaşı $3,8 \pm 3,3$ ay olarak izlenmiştir. Saptadığımız regürjitasyon görülme yaşı literatürdeki çalışmalarla benzerlik göstermektedir.

İnfantil kolik olgularına baktığımızda, olguların yaşlarının 30 gün ile 90 gün arasında olduğu ve ortalama yaşın $55,5 \pm (24,11)$ gün olduğu görülmüştür. Savino ve ark. (59) çalışmasında infantil kolik tanılı hastaların yaş aralığının 21 gün ile 90 gün arasında değiştiğini ve ortalama yaşın 31 gün olduğunu bildirmiştir. 'ROME IV' tanı ölçütleri kılavuzunda ise infantil kolik yaşamın ilk günlerinden itibaren görülebilmekle birlikte sıklıkla dördüncü haftadan sonra pik yapmaktadır (5). Çalışmamızda da infantil kolik yakınmalarının pik yaptığı dönem bu verilerle uyum göstermektedir.

Çalışma grubundaki süt çocuklarının %53,6'sı (n=15) kız, %46,4'ü (n=13) erkek olup cinsiyet farkı görülmemektedir. Van Tilburg ve ark. (8) 0-3 yaş aralığındaki FGİH'lerde yaptığı çalışmada da kız/erkek farklı gözlenmemiş olup

çalışmamızla benzerlik göstermekteydi. Regürjitasyon saptanan olguların erkek/kız oranı 8/12 olarak saptanmıştır. Literatürde Miele ve ark. (58) bu oranı 39/33 olarak verirken, Campanozzi ve ark. (52) 166/147 olarak vermiştir. Bu iki çalışmada da regürjitasyon saptanan erkek olgu sayısı daha fazla iken, bizim olgularımızda kız çocuklarının daha fazla olduğu görülmüştür. İnfantil kolik tanısı alan hastalara bakıldığında ise çocukların %54,5' inin (n=6) erkek olduğu görülmektedir. Savino ve ark. (59) infantil kolik saptanan olgularda erkek/kız oranını 44/39 olarak vermiştir. Bu veriler çalışmamızla benzerlik göstermektedir.

Çalışmaya dahil edilen süt çocuklarının %92,8'i (n=26) zamanında doğan çocuklardır. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) 2012 yılında yapılan 20 yıllık araştırma sonucuna göre tüm dünyada zamanından erken (preterm) doğum oranının %11,1, Avrupa ülkelerinde ise %5 olduğunu bildirmiştir (60). Çalışmamızda bu oran %7,2 olarak DSÖ verileri ile uyumaktadır. Regürjitasyon saptanan çocukların %10'u (n=2), infantil kolik saptanan olguların ise %9'u (n=1) preterm olarak doğmuştur. Preterm olarak doğan bebeklerde alt özofagus sfinkterinin daha gevşek oluşu nedeniyle bebek regürjitasyonun term olan bebeklerden daha sık görüldüğü bilinmektedir (61). Aynı şekilde preterm olarak doğan bebeklerde infantil kolik daha sık görüldüğüne dair yayınlar olsa da kesinleşmiş bir risk faktörü olarak değerlendirilmemektedir (62). Ancak çalışmamızda regürjitasyon ve infantil kolik görülen olgularda, preterm doğum öyküsü olan çocukların oranının DSÖ verileri ile benzer olduğu görülmektedir. FGIH ile doğum zamanı arasında ilişkiyi belirlemek için daha büyük olgu gruplarında değerlendirme yapılması gerekmektedir.

Doğum şekillerine baktığımızda ise çocukların yarısının (n=14) normal doğum, diğer yarısının ise sezaryen doğum ile doğmuş olduğunu gördük. Regürjitasyon saptanan çocukların %60'ı (n=12) sezaryen ile doğarken, infantil kolik saptanan çocukların %45,5' inin (n=5) sezaryen ile doğduğu görülmüştür. 2013 yılında yapılan Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması'na (TNSA) bakıldığında sezaryen doğum oranı çalışmamızla benzer şekilde, Türkiye genelinde %48,1 olarak bildirilmiştir (63). Sezaryen doğum öyküsünün infantil kolik riskini hafif artırdığına yönelik yayınlar olsa da kesinleşmiş bir risk faktörü değildir (64). Alagöz ve ark.'nın çalışmasında ise sezaryen doğum ile normal doğum arasında bir fark saptanmadığı

bildirilmiştir (65). Çalışmamızda da hem regürjitasyon, hem de infantil kolik için doğum şekli bir risk faktörü olarak görülmemektedir.

Çalışmaya katılan süt çocuklarının doğum ağırlıkları 1890 g ile 4060 g arasında değişmekte olup, ortalama $3079 \pm (460,2)$ g, doğum boyları 45 cm ile 52 cm arasında değişmekte olup, ortalama $48,75 \pm (1,95)$ cm olarak saptanmıştır.

Tüm hastalarımızın %3,5'inin (n=1) ebeveynleri arasında akrabalık ilişkisi vardı. Bebek regürjitasyonu saptanan süt çocuklarına baktığımızda ise olguların %5'inin (n=1) ebeveynleri arasında akrabalık ilişkisi varken, infantil kolik saptanan olguların hiçbirinde akrabalık ilişkisi yoktu. Türkiye İstatistik Kurumu'nun (TÜİK) 2017 yılının mayıs ayında yayınladığı bültene göre ülkemizde akraba evliliği oranı çalışmamızdaki oranın çok üzerinde bir değer olan %23,2 olarak verilmiştir (66). Çalışmamızın yapıldığı bölge ve çalışmadaki olgu sayısının azlığı göz önünde bulundurulduğunda fark anlamlı gözükmemektedir.

Olgu grubundaki çocuklarının %64,3'ü (n=18) ailenin tek çocuğu olup, %21,4'ünün (n=6) bir, %14,3'ünün (n=4) ise iki veya daha fazla kardeşi olduğu gözlenmiştir. Regürjitasyon saptanan çocukların ise %60'ı (n=12) ailenin tek çocuğu, %25'inin (n=5) bir, %15'inin (n=3) ise iki veya daha fazla kardeşinin olduğu görülmüştü. Buonavolontà ve ark'nın (67) 1-18 yaş aralığındaki çocuklarla olan çalışmasında olguların %21,8'inin ailenin tek çocuğu olduğu, %51,5'inin bir, %26,7'sinin ise iki veya daha fazla kardeşi olduğunu bildirmiştir. İnfantil kolikli çocukların %72,8'inin (n=8) ailenin tek çocuğu olduğu, %18,2'sinin (n=2) bir, %9'unun (n=1) ise iki veya daha fazla kardeşi olduğu görülmüştür. Çalışmamızda ailenin ilk çocuğu olan olgular istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmasa da sayıca daha fazladır. Bazı yayınlarda ilk çocuk olmanın infantil kolik için risk faktörü olduğunun belirtilmesine rağmen (68,69), kardeş sayısı ile infantil kolik görülme olasılığı arasında bir ilişki olmadığını bildiren yayınlarda vardır (65,70-72). Olgu grubumuzun bir yaşa kadar olan çocuklardan oluşması ve annelerinin de genç olması nedeniyle, çalışmamızdaki tek çocuk oranının yüksek olduğunu düşünmekteyiz.

Ebeveynlerde atopi öyküsünün olması besin alerjileri için risk faktörü olarak kabul edildiğinden çalışmamızda bunu da değerlendirdik. Tüm çocukların %14,3'ünün (n=4) ailesinde atopi öyküsü varken, %85,7'sinin (n=24) ailesinde atopi öyküsü yoktu. Jones ve ark.'nın (73) 5 yaş üzeri çocuklarda yaptığı çalışmada atopi

öyküsünün FGİH saptanan çocuklarda daha sık olduğunu ortaya koymuştur. Regürjitasyon saptanan gruba baktığımızda, olguların %20'sinin (n=4) ailesinde atopi öyküsü varken, %80'sinin (n=16) ailesinde atopi öyküsü saptanmamıştır. Daha önce yapılmış çalışmalarda gastroözofageal reflü hastalığı ve fonksiyonel regürjitasyonun inek sütü alerjisi gibi besin alerjileri ile ilişkili olarak artabileceği bildirilmiştir (74). Çalışmamızda hem regürjitasyon, hem de FGİH grubundaki hastalarda atopi öyküsüyle hastalığın görülme oranı arasında bir ilişki görülmemiştir.

Çalışmamızda annelerinin eğitim durumlarına bakıldığında; %64,3'ünün (n=18) ilköğretim, %14,3'ünün (n=4) lise, %21,4'ünün (n=6) ise üniversite mezunu olduğu gözlenmiştir. Hem regürjitasyon, hem de infantil kolik grubundaki olguların annelerinin eğitim durumları ise genel toplam ile benzerlik göstermekte idi. TÜİK' in 2016 yılında yayınladığı verilere göre ülkemizde kadınların %8,5'inin okur-yazar olmadığı, %8,5'inin sadece okur-yazar olduğu, %50,9'unun ilköğretim mezunu, %15,6'sının lise mezunu, %16,5'inin ise üniversite mezunu olduğu görülmektedir (75). Çalışmamız İstanbul'da yapıldığı ve kentsel nüfusu içerdiği için, eğitim seviyesinin Türkiye ortalamasının daha üzerinde olduğu düşünülmektedir.

Babaların eğitim durumlarına bakıldığında ise; %3,6'sının (n=1) sadece okur-yazar, %46,4'ünün (n=13) ilköğretim, %35,7'sinin (n=10) lise, %14,3'ünün (n=4) üniversite mezunu olduğu görülmüştür. Hem regürjitasyon, hem de infantil kolik grubundaki olguların babalarının eğitim durumları ise genel toplam ile benzerlik göstermekte idi. TÜİK' in 2016 yılında yayınladığı verilere göre erişkin erkeklerin %1,6'sı okur-yazar değil, %3,2'si sadece okur-yazar, %50'si ilköğretim, %23,4'ü, %21,8'i ise üniversite mezunudur. Çalışmamızda babaların eğitim durumları lise ve üniversite düzeyinde Türkiye ortalamasının daha altındadır. Ancak eğitim durumları genel olarak Türkiye ortalamaları ile benzer düzeydedir.

Çalışmamızdaki ailelerin ekonomik durumları incelendiğinde %3,5'inin (n=1) aylık gelirinin 1417 TL'nin altında olduğu, %64,3'ünün (n=18) 1417-4615 TL arasında olduğu, %32,2'sinin (n=9) ise aylık gelirinin 4615 TL'nin üzerinde olduğu saptanmıştır. Regürjitasyon ve infantil kolik gruplarındaki çocukların ailelerinin ekonomik durumlarına bakıldığında ise oranların benzer olduğu görülmüştür. TÜİK'in en az bir çocuğu olan ailelerin hane halkı gelir düzeylerine ilişkin 2016 yılında yayınladığı verilere göre, ailelerin %24,4 az gelirli, %50,8 orta gelirli, %24,6 yüksek

gelirli olduğu belirtilmektedir (76). Çalışmamızın İstanbul'da yapıldığı göz önünde tutulduğunda bu oranların TÜİK verilerinden bir miktar fazla olması daha iyi anlaşılmaktadır.

Çalışmadaki süt çocuklarının hepsinin başvuru anında AS almakta olduğu gözlenmiştir. Sadece AS ile beslenen çocukların, çalışmaya katılan tüm çocukların %53,5'i (n=15) olduğu saptanmıştır. Çocukların %32,2'si (n=9) AS ve FS ile karışık beslenmekteyken, %7,2'si (n=2) AS ve ek gıda ile beslenmekteydi. TNSA 2013'e göre Türkiye'de bir süreliğine AS alma oranı %82,7'dir ve çalışmamızdaki oranla uyuşmaktadır (64).

Çocukların yaşlarına göre beslenme durumları incelendiğinde, ilk 6 ay içerisinde olan çocuklar toplam olgu grubunun %92,9'u (n=26) idi. Bu çocukların %57,9'unun (n=15) sadece AS ile beslendiği, %42,1'inin (n=9) AS ve FS ile birlikte beslendiği görülmüştür. Çalışmamızda 6 ayın altında olan çocuklar içerisinde AS ve FS dışında bir süt (inek sütü, keçi sütü vb.) veya ek gıda ile beslenen çocuk yoktu. TNSA-2013 verilerinde, ilk 6 ayda sadece AS ile beslenen çocukların oranının %35,6, 6. aydan önce ek gıda başlanan çocukların oranı ise %29,3' tür (63). Dolayısıyla çalışmamızda ilk 6 ayda AS ile beslenme oranları TNSA-2013 verilerinden oldukça yüksek saptanmıştır. Diğer yandan çalışmamızda beslenme biçimleri ile FGİH görülme oranı arasında istatistiksel anlamlı bir fark saptanmamıştır. Çalışmamızda hem AS ile beslenme oranının yüksek olması, hem de ek gıdaya geçiş zamanının doğru olması gibi beslenme ile ilgili verilerinin toplumdan daha iyi durumda oluşunun çalışmamızdaki FGİH görülme oranının düşük saptanma nedenlerinden olduğunu düşünmekteyiz. Ancak bu ilişkinin doğruluğunu kanıtlamak için daha büyük olgu gruplarında prevalans çalışmalarının yapılması gerekmektedir.

Regürjitasyon saptanan çocukları ayrıca değerlendirdiğimizde ise çocukların %55'i (n=11) sadece AS ile, %35'i (n=7) AS ve FS ile karışık beslenmekteyken, %10'u (n=2) AS ve ek gıda ile beslenmekteydi. Ek gıda ile beslenen çocukların altı aydan büyük olduğu, altı aydan küçük olan çocukların beslenme biçimlerinin ise FGİH saptanan tüm olguların değerlendirildiği genel grup ile benzer olduğu gözlenmiştir. Beslenme biçimleri ile regürjitasyon görülme oranı arasında anlamlı bir farklılık saptanmamıştır. Tayland'da yapılan bir çalışmada (77), ek gıdaya başlanmamış sadece

AS ile beslenen çocuklar; AS ve FS ile karışık beslenen çocuklar ile karşılaştırılmış ve regürjitasyon prevalansında anlamlı bir farklılık bildirilmemiştir.

Çalışmamızda infantil kolik tanısı alan çocukların hepsinin altı ayın altında olduğu ve ek gıdaya geçişin başlamadığı görülmüştü. Sadece AS ile beslenenlerin oranı %63,7 (n=7) iken, AS ve FS ile karışık beslenen çocukların oranı %36,3 idi. Bu oranlar FGİH saptanan altı ay altında tüm hastaların oranları ile benzemektedir. Sadece AS ile beslenen olgular ile AS ve FS ile karışık beslenen olgular arasında infantil kolik görülme oranı istatistiksel olarak farklı bulunmamıştır. Literatürde sadece AS alan bebeklerde, AS ile beraber FS alan bebeklere göre infantil kolik sıklığının daha az olduğunu bildiren yayınlar olsa da bu ilişki tam olarak gösterilememiştir (78).

Çalışmadaki çocukların beslenme sıklıkları incelendiğinde, olguların %21,4'ünün (n=6) 1 saatten az, %50'sinin (n=14) 1-2 saat, %25'inin (n=7) 2-3 saat, %3,6'sının (n=1) 3 saatten uzun aralıklarla beslendiği görülmüştür. Regürjitasyon grubunda ise çocukların, %25'inin (n=5) 1 saatten az, %35'inin (n=7) 1-2 saat, %35'inin (n=7) 2-3 saat, %5'inin (n=1) ise 3 saatten uzun aralıklarla beslendiği görülmüştür. Kolik grubuna bakıldığında ise, çocukların %9,1'i (n=1) 1 saatten az, %63,7'si (n=7) 1-2 saat, %27,2'si (n=3) 2-3 saat aralıklarla beslenmektedir. Hastalık gruplarında ve tüm FGİH grubunda, beslenme sıklıkları ile hastalık görülme oranı arasında istatistiksel anlamlı bir fark görülmemiştir. 'European Society for Pediatric Gastroenterology, Hepatology and Nutrition' (ESPGHAN) ve 'NASPGHAN' 'ın yayınladığı pediatrik gastroözofageal reflü hastalığı kılavuzunda sık aralıklarla beslenmenin regürjitasyonu artırdığı bildirilmektedir (7). Çalışmamızda elde ettiğimiz verilerin bu doğrultuda olmamasının nedeni olarak olgu sayısının az olması düşünülmektedir. Alagöz ve ark.'nın (65) yapmış olduğu bir çalışmada da beslenme miktarı ve aralıklarının infantil kolik sıklığı ile ilgili anlamlı bir fark oluşturmadığı bildirilmiştir.

Çalışmamızdaki çocukların başvuru anında yapılan boy ve kilo ölçümleri WHO Anthro yazılımı ile değerlendirilerek YGA, YGB ve BGA z skorları hesaplanmıştır. Bu hesaplanan değerlerin ortalamaları tüm FGİH grubunda sırasıyla 0,07, -0,4 ve 0,43 olarak saptanmıştır. Regürjitasyon grubunda sırasıyla -0,24, -0,37 ve 0,44 iken, kolik grubunda -0,26, -0,82 ve 0,37 olarak saptanmıştır. Çalışmadaki

olguların hiçbirinde malnütrisyon gözlenmemiştir. TNSA-2013 verilerine bakıldığında (YGA ortalama z skoru 0,35, YGB ortalama z skoru 0,34, BGA ortalama z skoru 0,27) oranların çalışmamızdakilerle paralellik gösterdiği ve FGİH saptanan çocukların antropometrik ölçümlerinin toplum ortalamalarına çok yakın olduğunu görmekteyiz. FGİH'nin büyüme eğrilerine olan etkisini daha net olarak ortaya koyabilmek için geniş katılımlı çalışmaların yapılması gerektiğini düşünmekteyiz.



VI- SONUÇLAR

- ✓ Süt çocuğu dönemindeki FGİH, büyük çocuk ve erişkin dönemlerdeki FGİH'den farklıdır. Çocuk büyüyüp geliştikçe yakınmalar azalmakta ve çoğunlukla da kaybolmaktadır. Ancak bu hastalıkları tedavi etmediğimiz takdirde, yaşamın ilerleyen dönemlerinde farklı FGİH'lerin gelişmesine ve psikososyal olarak bazı rahatsızlıklara neden olduğu gösterilmiştir. Bu nedenle süt çocuğu döneminde bu hastalıkların tanınması ve tedavi edilmesi çok önemlidir.
- ✓ Dünya çapında FGİH'lerin sıklığını belirlemek amacıyla yapılan çok sayıda çalışma mevcuttur. Ancak çalışmalarda saptanan oranlar arasında çok büyük farklar vardır. Bu çalışmalar çoğunlukla anket çalışması olup, ebeveynlerin beyanına dayanan veriler içermektedir. Çalışmamızda FGİH, hastaneye getirilen hasta çocuklarda hekim değerlendirmesi ile saptanmıştır. Bu nedenle çalışmamızda saptanan sıklığın diğer çalışmalardan daha az olduğu düşünölmektedir.
- ✓ Çalışmamızda başka bir yakınma ile getirilen ancak hekim değerlendirmesiyle FGİH saptanan hastalar, FGİH yakınmaları ile hastaneye getirilen ve FGİH tanısı konan çocuklardan sayıca daha fazladır.
- ✓ Fonksiyonel gastrointestinal hastalıkların tanınması ve tedavi edilmesi, hastaların bu yakınmalar ile başvurusunda gereksiz yere yapılabilecek birçok tetkikin önüne geçmektedir.
- ✓ Çalışmamızda AS ile beslenme oranının yüksek oluşu, ek gıdaya geçişin zamanından önce yapılmamış olması gibi olumlu beslenme koşullarının da saptanan düşük FGİH sıklığının nedenlerinden birisi olabileceği düşünölmektedir.
- ✓ Çalışmaya dahil edilen hastaların demografik verileri ile FGİH sıklığı arasında anlamlı bir bağlantı saptanamamıştır.

KAYNAKLAR

1. Kutlu T, Fonksiyonel Bağırsak Hastalıkları. Türkiye Klin J Pediatr Sci. 2007;3:1-9.
2. Drossman DA, Thompson WG, Talley NJ, Funch-Jensen P, Janssens J, Whitehead WE. Identification of subgroups of functional bowel disorders. *Gastroenterol Int.* 1990;3:159-72.
3. Rasquin-Weber A, Hyman PE, Cucchiara S, Fleisher DR, Hyams JS, Milla P, et al. Childhood functional gastrointestinal disorders. *Gut.* 1999;45 Suppl 2:II60-8.
4. Rasquin-Weber A, Di Lorenzo C, Forbes D, Guiraldes E, Hyams JS, Staiano A, et al. Childhood functional gastrointestinal disorders. *Gastroenterology.* 2006;130:1527-37.
5. Benninga MA, Nurko S, Faure C, Hyman PE, St James Roberts I, Schechter NL. Childhood functional gastrointestinal disorders: Neonate/toddler. *Gastroenterology.* 2016;150(6):1443-55.
6. Drossman DA, Dumitrascu DL. Rome III: New standard for functional gastrointestinal disorders. *J Gastrointestin Liver Dis.* 2006;15(3):237-41.
7. Vandeplass Y, Rudolph CD, Di Lorenzo C, Hassall E, Liptak G, Mazur L, et al. Pediatric gastroesophageal reflux clinical practice guidelines: joint recommendations of NASPGHAN and ESPGHAN. *J Pediatr Gastroenterol Nutr.* 2009;49:547-57.
8. van Tilburg MAL, Hyman PE, Walker L, Rouster A, Palsson OS, Kim SM, et al. Prevalence of functional gastrointestinal disorders in infants and toddlers. *J Pediatr.* 2015;166(3):684-9.
9. Hegar B, Dewanti NR, Kadim M, Alatas S, Firmansyah A, Vandeplass Y. Natural evolution of regurgitation in healthy infants. *Acta Paediatr Int J Paediatr.* 2009;98(7):1189-93.
10. Nelson S, Chen EH, Syniar GM. Prevalence of symptoms of gastroesophageal reflux during infancy. *Arch Pediatr Adolesc Med.* 1997;151(6):569-72.
11. Orenstein SR, Hassall E, Furmaga-Jablonska W, Atkinson S, Raanan M. Multicenter, Double-Blind, Randomized, Placebo-Controlled Trial Assessing the Efficacy and Safety of Proton Pump Inhibitor Lansoprazole in Infants with Symptoms of Gastroesophageal Reflux Disease. *J Pediatr.* 2009;154(4):514-20.
12. Rosen R. Gastroesophageal reflux in infants: more than just a phenomenon. *JAMA Pediatr.* 2014;168(1):83-9.
13. Horvath A, Dziechciarz P, Szajewska H. The Effect of Thickened-Feed Interventions on Gastroesophageal Reflux in Infants: Systematic Review and Meta-analysis of Randomized, Controlled Trials. *Pediatrics.* 2008;122(6):e1268-77.
14. Vandeplass Y, Leluyer B, Cazaubiel M, Housez B, Bocquet A. Double-Blind Comparative Trial with Two Anti-Regurgitation Formulae. *J Pediatr Gastroenterol Nutr.* 2013;57(3):389-93.
15. van Wijk MP, Benninga MA, Davidson GP, Haslam R, Omari TI. Small Volumes of Feed Can Trigger Transient Lower Esophageal Sphincter Relaxation and Gastroesophageal Reflux in the Right Lateral Position in Infants. *J Pediatr.* 2010;156(5):744-8.

16. Moon RY. American Academy of Pediatrics, Task Force on Sudden Infant Death Syndrome. Policy Statement: SIDS and Other Sleep-Related Infant Deaths: Expansion of Recommendations for a Safe Infant Sleeping Environment. *Pediatrics*. 2011;128(5):1030-9.
17. Fleisher DR. Infant rumination syndrome: report of a case and review of the literature. *Am J Dis Child*. 1979;133(3):266-9.
18. Bryant-Waugh R, Markham L, Kreipe RE, Walsh BT. Feeding and eating disorders in childhood. *Int J Eat Disord*. 2010;43(2):98–111.
19. Li BUK, Lefevre F, Chelimsky GG, Boles RG, Nelson SP, Lewis D, et al. North American Society for Pediatric Gastroenterology, Hepatology, and Nutrition consensus statement on the diagnosis and management of cyclic vomiting syndrome. *J Pediatr Gastroenterol Nutr*. 2008;47(3):379-93.
20. Fitzpatrick E, Bourke B, Drumm B, Rowland M. The incidence of cyclic vomiting syndrome in children: population-based study. *Am J Gastroenterol*. 2008;103(4):991-5.
21. Mahmood Haghighat, Seyed Mohammad Rafie, Seyed Mohsen Dehghani, Gholam Hossein Fallahi MN. Cyclic vomiting syndrome in children: Experience with 181 cases from southern Iran. *World J Gastroenterol*. 2007;13(12):1833-6.
22. Fleisher DR, Matar M. The cyclic vomiting syndrome: a report of 71 cases and literature review. *J Pediatr Gastroenterol Nutr*. 1993;17(4):361-9.
23. Tarbell S, Li BUK. Psychiatric symptoms in children and adolescents with cyclic vomiting syndrome and their parents. *Headache*. 2008;48(2):259-66.
24. Li BUK. Cyclic Vomiting: The Pattern and Syndrome Paradigm. *J Pediatr Gastroenterol Nutr*. 1995;21 Suppl.:6-10.
25. Vanderhoof JA, Young R, Kaufman SS, Ernst L. Treatment of cyclic vomiting in childhood with erythromycin. *J Pediatr Gastroenterol Nutr*. 1995;21 Suppl 1:60-2.
26. Brackbill Y. Continuous stimulation reduces arousal level: stability of the effect over time. *Child Dev*. 1973;44(1):43-6.
27. Hyman PE, Milla PJ, Benninga MA. Childhood gastrointestinal disorders: neonate/toddler. *Gastroenterology*. 2006;130(5):1519-26.
28. Fujiwara T, Barr RG, Brant R, Barr M. Infant distress at five weeks of age and caregiver frustration. *J Pediatr*. 2011;159(3):425-30.
29. Meyer EC, Coll CTG, Lester BM, Boukydis CFZ, McDonough SM, Oh W. Family-based intervention improves maternal psychological well-being and feeding interaction of preterm infants. *Pediatrics*. 1994;93(2):241-6.
30. Di Lorenzo C. Other Functional Gastrointestinal Disorders in Infants and Young Children. *J Pediatr Gastroenterol Nutr*. 2013;57(7):36-8.
31. Savino F, Cordisco L, Tarasco V, Palumeri E, Calabrese R, Oggero R, et al. *Lactobacillus reuteri* DSM 17938 in infantile colic: a randomized, double-blind, placebo-controlled trial. *Pediatrics*. 2010;126:526-33.
32. Szajewska H, Gyrczuk E, Horvath A. *Lactobacillus reuteri* DSM 17938 for the management

- of infantile colic in breastfed infants: A randomized, double-blind, placebo-controlled trial. *J Pediatr*. 2013;162(2):257-62.
33. Sung V, Hiscock H, Tang MLK, Palumeri E, Calabrese R, Oggero R, et al. Treating infant colic with the probiotic *Lactobacillus reuteri*: double blind, placebo controlled randomised trial. *BMJ*. 2014;348:g2107.
 34. Vik T, Grote V, Escribano J, Socha J, Verduci E, Fritsch M, et al. Infantile colic, prolonged crying and maternal postnatal depression. *Acta Paediatr Int J Paediatr*. 2009;98(8):1344-8.
 35. Wray J. "Crying babies, tired mothers: What do we know? A systematic review." *Pract Midwife*. 2012;15(6):40-2.
 36. Bekkali N, Moesker F, Van Toledo L, Reitsma J, Hamers S, Valerio P, et al. Bowel Habits in the First 24 Months of Life: Preterm- Versus Term-born Infants. *J Pediatr Gastroenterol Nutr*. 2010;51(6):753-8.
 37. den Hertog J, van Leengoed E, Kolk F, van den Broek L, Kramer E, Bakker E, et al. The defecation pattern of healthy term infants up to the age of 3 months. *Arch Dis Child - Fetal Neonatal Ed*. 2012;97(6):465-70.
 38. Steer CD, Emond a M, Golding J, Sandhu B. The variation in stool patterns from 1 to 42 months: a population-based observational study. *Arch Dis Child*. 2009;94(3):231-3.
 39. Benjasuwantep B, Ruangdaraganon N. Bowel movements of normal Thai infants. *Southeast Asian J Trop Med Public Health*. 2009;40(3):530-7.
 40. Fontana M, Bianchi C, Cataldo F, Conti Nibali S, Cucchiara S, Gobio Casali L, et al. Bowel frequency in healthy children. *Acta Paediatr Scand*. 1989;78(5):682-4.
 41. Milla PJ, Atherton DA, Leonard J V, Wolff OH, Lake BD. Disordered intestinal function in glycogen storage disease. *J Inherit Metab Dis*. 1978;1(4):155-7.
 42. Hoekstra J, Van Den Aker J, Hartemink R, Kneepkens C. Fruit juice malabsorption: not only fructose. *Acta Paediatrica*. 1995;84(11):1241-4.
 43. Lifshitz F, Ament ME, Kleinman RE, Klish W, Lebenthal E, Perman J, et al. Role of juice carbohydrate malabsorption in chronic nonspecific diarrhea in children. *J Pediatr*. 1992;120(5):825-9.
 44. Tabbers MM, Di Lorenzo C, Berger MY, Faure C Langendam MW, Nurko S, et al. Evaluation and Treatment of Functional Constipation in Infants and Children: Evidence-Based Recommendations From ESPGHAN and NASPGHAN. *J Pediatr Gastroenterol Nutr*. 2014;58(2):258-74.
 45. Turco R, Miele E, Russo M, Mastroianni R, Lavorgna A, Paludetto R, et al. Early-Life Factors Associated With Pediatric Functional Constipation. *J Pediatr Gastroenterol Nutr*. 2014;58(3):307-12.
 46. Mugie SM, Benninga MA, Di Lorenzo C. Epidemiology of constipation in children and adults: A systematic review Head of Department Paediatric Gastroenterology and Nutrition. *Best Pract Res Clin Gastroenterol*. 2011;25:3-18.
 47. Schappi MG, Staiano A, Milla PJ, Smith VV, Dias JA, Heuschkel R, et al. A practical guide

- for the diagnosis of primary enteric nervous system disorders. *J Pediatr Gastroenterol Nutr.* 2013;57(5):677-86.
48. Metaj M, Laroia N, Lawrence R a, Ryan RM. Comparison of breast- and formula-fed normal newborns in time to first stool and urine. *J Perinatol.* 2003;23(8):624-8.
 49. Van Den Berg MM, Van Rossum CH, De Lorijn F, Reitsma JB, Di Lorenzo C, Benninga MA. Functional constipation in infants: A follow-up study. *J Pediatr.* 2005;147(5):700-4.
 50. Liu W, Xiao LP, Li Y, Wang XQ, Xu CD. Epidemiology of mild gastrointestinal disorders among infants and young children in Shanghai area. *Zhonghua er ke za zhi= Chinese journal of pediatrics.* 2009;47(12):917-21.
 51. Vandenas Y, Abkari A, Bellaiche M, Benninga M, Chouraqui JP, Çokuğraş F. Prevalence and health outcomes of functional gastrointestinal symptoms in infants from birth to 12 months of age. *J Pediatr Gastroenterol Nutr.* 2015; 61(5): 531.
 52. Campanozzi A, Boccia G, Pensabene L, Panetta F, Marseglia A, Strisciunglio P. Prevalence and natural history of gastroesophageal reflux: pediatric prospective survey. *Pediatrics.* 2009; 123(3):779-83.
 53. Chouraqui JP, Brancato S, Rubio A. Prevalence of functional intestinal disorders in infants and young children. Poster presented at European Society for Paediatric Gastroenterology, Hepatology, and Nutrition meeting; Sorrento, Italy; May 25–28, 2011.
 54. Akman I, Kuscu K, Ozdemir N, Yurdakul Z, Solakoglu M, Orhan L, et al. Mother's postpartum psychological adjustment and infantile colic. *Arch Dis Child.* 2006;91:417–9.
 55. Howard CR, Lanphear N, Lanphear BP, Eberly S, Lawrence RA. Parental responses to infant crying and colic: the effect on breastfeeding duration. *Breastfeed Med.* 2006;1:146–55.
 56. Wessel MA, Cobb JC, Jackson EB, Harris GS, Detwiler AC. Paroxysmal fussing in infancy, sometimes called " colic". *Pediatrics.* 1954;14(5):421-35.
 57. Kramer EA, den Hertog-Kuijl JH, van den Broek LM, Van Leengoed E, Bulk AM, Kneepkens CM, et al. Defecation patterns in infants: a prospective cohort study. *Arch Dis Child.* 2015;100:533–6.
 58. Miele E, Simeone D, Marino A, Greco L, Auricchio R, Novek SJ. Functional gastrointestinal disorders in children: an Italian prospective survey. *Pediatrics.* 2004;114(1):73-8.
 59. Savino F, Pelle E, Palumeri E, Oggero R, Miniario R. *Lactobacillus reuteri* (American Type Culture Collection Strain 55730) versus simethicone in the treatment of infantile colic: a prospective randomized study. *Pediatrics.* 2007;119(1):124-30.
 60. Blencowe H, Cousens S, Oestergaard MZ, Chou D, Moller AB, Narwal R. National, regional, and worldwide estimates of preterm birth rates in the year 2010 with time trends since 1990 for selected countries: a systematic analysis and implications. *The Lancet.* 2012;379(9832): 2162-72.
 61. Davidson G. The role of lower esophageal sphincter function and dysmotility in gastroesophageal reflux in premature infants and in the first year of life. *J Pediatr Gastroenterol Nutr.* 2003;37:17-22.

62. Sondergaard C, Skajaa E, Henriksen TB. Fetal growth and infantile colic. Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed. 2000;83:44-7
63. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü. '2013 Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması'. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü, TC Kalkınma Bakanlığı ve TÜBİTAK. 2014;1.
64. Rautava P, Helenius H, Lehtonen L. Psychosocial predisposing factors for infantile colic. BMJ. 1993;307:600-4
65. Alagöz V, Ertekin V. Türkiye'nin doğusunda infatil kolik insidansı, etiyojisindeki risk faktörleri ve farklı tedavi seçeneklerinin tespiti. Çağdaş Tıp Dergisi. 2013;3(1).
66. İstatistiklerle aile, 2016 [internet]. Türkiye İstatistik Kurumu (Erişim Tarihi:15.03.2018) <http://www.tuik.gov.tr/HbPrint.do?id=24646>
67. Buonavolonta R, Coccorullo P, Turco R, Boccia G, Greco L, Staiano A. Familial aggregation in children affected by functional gastrointestinal disorders. J Pediatr Gastroenterol Nutr. 2010;50(5):500-5.
68. Talachian E, Bidari A, Rezaie MH. Incidence and risk factors for infantile colic in Iranian infants. World J Gastroenterol. 2008;14(29):4662-66
69. Crowcroft NS, Strachan DP. The social origins of infantile colic: questionnaire study covering 76747 infants. BMJ. 1997;314:1325-8.
70. Savino F, Cresi F, Castagno E, Silvestro L, Oggero R. A randomised double-blind placebo controlled trial of a standardized extract of *Matricariae recutita*, *Foeniculum vulgare* and *Melisa officinalis* (ColiMil®) in the treatment of breastfed colicky infants. Phytother Res. 2005;19:335-40.
71. Saavedra MAL, Dias da Costa JS, Garcias G, Horta BL, Tomasi E, Mendonça R. Infantile colic incidence and associated risk factors: a cohort study. J Pediatr (Rio J). 2003;79:115-22.
72. Wade S, Kilgour T. Extracts from - 'Clinical Evidence' Infantile Colic. [published correction appears in BMJ. 2001;323(7314);674]. BMJ. 2001;323(7310):437-40.
73. Jones MP, Walker MM, Ford AC, Talley NJ. The overlap of atopy and functional gastrointestinal disorders among 23471 patients in primary care. Aliment Pharmacol Ther. 2014;40(4):382-91.
74. Salvatore S, Vandenplas Y. Gastroesophageal reflux and cow milk allergy: is there a link? Pediatrics. 2002;110(5):972-84.
75. *Bitirilen son öğrenim kurumu ve cinsiyet oranı istatistikleri, 2016 [internet]. Türkiye İstatistik Kurumu. (Erişim Tarihi:15.03.2018)* www.turkstat.gov.tr/PreIstatistikTablo.do?istab_id=1128
76. Gelir ve yaşam koşulları istatistikleri, 2016 [internet]. Türkiye İstatistik Kurumu (Erişim Tarihi:15.03.2018) http://www.tuik.gov.tr/PreTablo.do?alt_id=1011

77. Osatakul S, Sriplung H, Puetpaiboon A, Junjana CO, Chamnongpakdi S. Prevalence and natural course of gastroesophageal reflux symptoms: a 1-year cohort study in Thai infants. *J Pediatr Gastroenterol Nutr.* 2002;34(1):63-7.
78. Lucassen PL, Assendelft WJ, van Eijk JT, Gubbels JW, Douwes AC, van Geldrop WJ. Systematic review of the occurrence of infantile colic in the community. *Arch Dis Child.* 2001;84:398-403



EKLER

EK 1. BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU

Sayın Veli,

“Rome IV Tanı Ölçütleri Kullanılarak Genel Pediatri Polikliniğine Başvuran Süt Çocuklarında Fonksiyonel Gastrointestinal Hastalıkların Sıklığının Araştırılması Ve Etki Eden Faktörlerin Belirlenmesi Çalışması” adlı araştırmamızda, Okmeydanı Eğitim ve Araştırma Hastanesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları polikliniğine başvuran hastalarımızın yaş, cinsiyet, boy, vücut ağırlığı bilgileri formumuza kaydedilecek. Hastalarımızın doğumundan başvuru anına kadar olan beslenme öyküleri sorulacak, kullanmış olduğu beslenme ürünleri (anne sütü, mama, ek gıda, inek sütü ve ürünleri gibi.) formumuza kaydedilecek. Hastamızın aile öyküsü ve demografik verileri formumuza kaydedilecek. Hastalarımızdan çalışma kapsamında herhangi bir tetkik yapılmayacaktır. Bu araştırmanın amacı 1 ay - 1 yaş aralığında sık gördüğümüz fonksiyonel gastrointestinal hastalıkların sıklığını belirlemek, beslenme şekilleriyle ve ailenin demografik verileriyle ilişkisini araştırmaktır. Araştırdığımız hastalıklar süt çocukluğu çağında görülen iyi seyirli hastalıklardır. Araştırmanın herhangi bir aşamasında bir sorunuz olduğunda araştırmacı hekimden yardım alabileceksiniz. Araştırma kapsamında herhangi bir maddi yükümlülüğünüz olmayacaktır. Araştırma ile bağlantılı olarak çocuğunuzun hastalığının tanısı ve tedavisi ile ilgili herhangi bir değişiklik yapılmayacaktır. Çocuğunuzun araştırmaya katılmasını kabul etmemeniz ya da sonradan vazgeçmeniz halinde çocuğunuzun tedavisinde veya takibinde herhangi bir değişiklik ya da aksaklık olmayacaktır. Çocuğunuzun ve sizin kişisel bilgileriniz (ad soyad vs) hiçbir yerde yayınlanmayacaktır.

Araştırma ile ilgili herhangi bir sorunuz olduğunda Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Kliniğinden Doktor Mustafa Kemal Özdemir ile 05554872912 numaralı telefondan bağlantı kurabilirsiniz.

Yukarıda ayrıntıları geçen çalışma hakkında yeterince bilgilendirildim. Çocuğumun çalışmaya katılmasıyla hiçbir maddi yükümlülüğe girmeyeceğimi,

mahremiyetimizin korunacağını, çocuğumun tedavi ya da takibinde olumsuz bir değişiklik olmayacağını ve çocuğumun bedenen zararlı olabilecek herhangi bir uygulamaya maruz kalmayacağını biliyorum. “Rome IV Tanı Ölçütleri Kullanılarak Genel Pediatri Polikliniğine Başvuran Süt Çocuklarında Fonksiyonel Gastrointestinal Hastalıkların Sıklığının Araştırılması Ve Etki Eden Faktörlerin Belirlenmesi Çalışması” adlı araştırmaya kendi rızamla çocuğumun gönüllü olarak katılmasını kabul ediyorum.

Gönüllünün Adı Soyadı

İmza

Tarih

Velisinin Adı Soyadı

İmza

Tarih

Araştırmacının Adı Soyadı

İmza

Tarih

EK 2. BEBEK REGÜRJİTASYONU FORMU

ROME IV KRİTERLERİ KULLANILARAK GENEL PEDIATRİ POLİKLİNİĞİNE BAŞVURAN SÜT ÇOCUKLARINDA FONKSİYONEL GASTROİNTESTİNAL HASTALIKLARIN SIKLIĞININ ARAŞTIRILMASI ve ETKİ EDEN FAKTORLERİN BELİRLENMESİ ÇALIŞMASI Form 1- İNFANTİL REGÜRJİTASYON

Ad-Soyad:	Tarih:
Doğum tarihi (yaş):	TC no:
Cinsiyet: <input type="radio"/> Kız <input type="radio"/> Erkek	Telefon:

ROME IV'e Göre:

3.hafta ile 1. yaş arası sağlıklı çocuklarda aşağıdaki kriterlerin ikisi de bulunmalı
4. 3 veya daha fazla hafta süren günde en az iki kez gözlenen regürjitasyon
5. Öğürme, hematemez, aspirasyon, apne, büyüme-gelişme geriliği, çiğneme ve yutma güçlüğü ve anormal postur gibi bulgular olmamalı.

Alarm yakınmalarının olmaması

1) Büyüme gelişme geriliği	var	yok
2) Dışkıda kan	var	yok
3) Hematemez	var	yok
4) Çiğneme/ yutma güçlüğü	var	yok
5)Safralı kusma	var	yok
6) Apne / aspirasyon	var	yok
7) Ateş	var	yok
8) Fontanel bombeliğinde artış	var	yok
9) Nöbet	var	yok

Demografik veriler

Doğum ağırlığı: ...	Doğum boyu:.....				
Doğum şekli:	C/ S	NSD	Aşılar yaşına uygun yapılmış mı?	+	-
Kardeş sayısı :	Akraba evliliği		+	-	
Kullandığı ilaç, vitamin, probiyotik varsa belirtiniz:					
Annenin emzirme sıklığı belirtiniz: <input type="radio"/> <1s <input type="radio"/> <1-2s <input type="radio"/> <2-3s <input type="radio"/> >3s					
Çocukta bilinen başka bir hastalık varlığı (belirtiniz) :					
Ailede atopi öyküsü? <input type="radio"/> Var <input type="radio"/> Yok					

Çocuğun bakımını kim üstleniyor? <input type="radio"/> Anne <input type="radio"/> Başka bir ebeveyn <input type="radio"/>				
Bakıcı				
Annenin eğitim durumu	İlköğretim	Lise	Üniversite	Lisansüstü
Babanın eğitim durumu	İlköğretim	Lise	Üniversite	Lisansüstü
Ailenin aylık geliri	<1417 TL	1417-4615 TL	> 4615 TL	
BESLENME DURUMU				
<i>Sadece AS</i>	<i>AS+Mama</i>	<i>AS+ Mama+Ekgıda</i>	<i>AS+ Ekgıda</i>	
<i>Sadece Mama</i>	<i>Sadece Ek gıda</i>		<i>Mama+ Ek gıda</i>	
Her hangi bir dönemde mama aldı mı?			Evet	Hayır
Şu an mama alıyor mu?			Evet	Hayır
Mama alıyorsa ne zaman başladı?				
Mama alıyorsa ne kadar süre kullandı?				
Hangi mama(lar)ı kullandı				
İnek sütü ve/ veya ürünleriyle besleniyor mu?			Evet	Hayır
Besleniyorsa ürün belirtiniz:				
Sadece AS ne kadar süre aldı: (belirtiniz)				
Ek gıdaya ne zaman başladı : (belirtiniz)				

Yakınmalar

Yakınma başlama yaşı: ...		
Huzursuzluk:	var	yok
Döküntü / cilt lezyonları:	var	yok
Bulantı / kusma:	var	yok
Ruminasyon:	var	yok
Postur değişikliği:	var	yok
Kilo alamama:	var	yok
Tekrarlayan otit, sinüzit, bronşiolit:	var	yok
Ağız kokusu:	var	yok
Diğer (belirtiniz):		

Fizik muayene

Fizik muayene (Patolojik bulgu varsa belirtiniz).....	
Kilo:	Kilo Z skoru:
Boy:	Boy Z skoru:

EK 3. BEBEKLİK DÖNEMİ RUMİNASYON SENDROMU FORMU

**ROME IV KRİTERLERİ KULLANILARAK GENEL PEDIATRİ
POLİKLİNİĞİNE BAŞVURAN SÜT ÇOCUKLARINDA FONKSİYONEL
GASTROİNTESTİNAL HASTALIKLARIN SIKLIĞININ ARAŞTIRILMASI
ve ETKİ EDEN FAKTORLERİN BELİRLENMESİ ÇALIŞMASI
Form 2- İNFANTİL RUMİNASYON**

Ad-Soyad:	Tarih:
Doğum tarihi (yaş):	TC no:
Cinsiyet: <input type="radio"/> Kız <input type="radio"/> Erkek	Telefon:

ROME IV'e Göre:

3.hafta ile 1. yaş arası sağlıklı çocuklarda aşağıdaki kriterlerin ikisi de bulunmalı
<ol style="list-style-type: none">1. Abdominal kaslar, diyafram ve dil in tekrarlayıcı kasılmaları2. Eforsuz regurjitasyon sonucu ağız dışına çıkan veya ağızda yeniden çiğnenen gastrik içeriğin yeniden yutulması3. Aşağıdakilerin en az üçünün olması;<ol style="list-style-type: none">a. 3 -8 ay arasında ortaya çıkmasıb. gastroözofajiyal reflü hastalığı veya regurjitasyon yönetimine yanıtızsız olmasıc. huzursuzluk bulgularının eşlik etmemesid. uykudayken veya çevresindekilerle ilgilenirken gözlenmemesi

Alarm yakınmalarının olmaması

1) Büyüme gelişme geriliği	var	yok
2) Çiğneme/ yutma güçlüğü	var	yok
3) Ateş	var	yok

Demografik veriler

Doğum ağırlığı: ...	Doğum boyu:.....				
Doğum şekli:	C/ S	NSD	Aşılarda yaşına uygun yapılmış mı?	+	-
Kardeş sayısı :	Akraba evliliği		+	-	
Kullandığı ilaç, vitamin, probiyotik varsa belirtiniz:					
Annenin emzirme sıklığı belirtiniz: <input type="radio"/> <1s <input type="radio"/> <1-2s <input type="radio"/> <2-3s <input type="radio"/> >3s					
Çocukta bilinen başka bir hastalık varlığı (belirtiniz) :					
Ailede atopi öyküsü? <input type="radio"/> Var <input type="radio"/> Yok					

Çocuğun bakımını kim üstleniyor? <input type="radio"/> Anne <input type="radio"/> Başka bir ebeveyn <input type="radio"/>				
Bakıcı				
Annenin eğitim durumu	İlköğretim	Lise	Üniversite	Lisansüstü
Babanın eğitim durumu	İlköğretim	Lise	Üniversite	Lisansüstü
Ailenin aylık geliri	<1417 TL	1417-4615 TL	> 4615 TL	
BESLENME DURUMU				
<i>Sadece AS</i>	<i>AS+Mama</i>	<i>AS+ Mama+Ekgıda</i>	<i>AS+ Ekgıda</i>	
<i>Sadece Mama</i>	<i>Sadece Ek gıda</i>		<i>Mama+ Ek gıda</i>	
Her hangi bir dönemde mama aldı mı?			Evet	Hayır
Şu an mama alıyor mu?			Evet	Hayır
Mama alıyorsa ne zaman başladı?				
Mama alıyorsa ne kadar süre kullandı?				
Hangi mama(lar)ı kullandı				
İnek sütü ve/ veya ürünleriyle besleniyor mu?			Evet	Hayır
Besleniyorsa ürün belirtiniz:				
Sadece AS ne kadar süre aldı: (belirtiniz)				
Ek gıdaya ne zaman başladı : (belirtiniz)				

Yakınmalar

Yakınma başlama yaşı: ...		
Huzursuzluk:	var	yok
Abdominal kaslar, diyafram ve dil in tekrarlayıcı kasılmaları	var	yok
Bulantı / kusma:	var	yok
Uyku semptomu:	var	yok
Ağıza gelen gastrik içeriğin yeniden yutulması:	var	yok
Kilo alamama:	var	yok
Ağız kokusu:	var	yok
Diğer (belirtiniz):		

Fizik muayene

Fizik muayene (Patolojik bulgu varsa belirtiniz).....	
Kilo:	Kilo Z skoru:
Boy:	Boy Z skoru:

EK 4. İNFANTİL KOLİK FORMU

ROME IV KRİTERLERİ KULLANILARAK GENEL PEDIATRİ POLİKLİNİĞİNE BAŞVURAN SÜT ÇOCUKLARINDA FONKSİYONEL GASTROİNTESTİNAL HASTALIKLARIN SIKLIĞININ ARAŞTIRILMASI ve ETKİ EDEN FAKTORLERİN BELİRLENMESİ ÇALIŞMASI

Form 3- İNFANTİL KOLİK

Ad-Soyad:	Tarih:
Doğum tarihi (yaş):	TC no:
Cinsiyet: <input type="radio"/> KIZ <input type="radio"/> ERKEK	Telefon:

ROME IV'e Göre:

Klinik değerlendirme için; aşağıdakilerin hepsi olmalı
6. Semptomların başlama ve bitme yaşı 5 aydan küçük olmalı 7. Bakımı üstlenen kişi tarafından tariflenen; belirgin bir sebep olmaksızın, engellenemeyen veya çözülemeyen tekrarlayıcı ve uzun süren ağlama, huzursuzluk atakları 8. Gelişme geriliği, hastalık veya ateş bulgusu olmamalı

Klinik araştırmaları için; yukarıdaki kriterlere ek olarak aşağıdakilerin ikisi de olmalı
3. Bakımı üstlenen kişi araştırmacıya bebeğin haftada 3 veya daha fazla gün ve günde 3 veya daha fazla saat ağladığını telefonla veya yüzyüze görüşmeyle bildirmeli 4. Prospektif olarak tutulmuş 24 saatlik davranış günlüğünde toplam 24 saat içinde ağlama ve huzursuzluk süresinin en az 3 saat veya üzeri olması gerekmektedir.

Alarm yakınmalarının olmaması

1) büyüme / gelişme geriliği	var	yok
2) döküntü / cilt lezyonları	var	yok
3) ateş	var	yok

Demografik veriler

Doğum ağırlığı: ...	Doğum boyu:.....				
Doğum şekli:	C/ S	NSD	Aşılarda yaşına uygun yapılmış mı?	+	-
Kardeş sayısı :	Akraba evliliği		+	-	
Kullandığı ilaç, vitamin, probiyotik varsa belirtiniz:					
Annenin emzirme sıklığı belirtiniz: <input type="radio"/> <1s <input type="radio"/> <1-2s <input type="radio"/> <2-3s <input type="radio"/> >3s					

Çocukta bilinen başka bir hastalık varlığı (belirtiniz) :				
Ailede atopi öyküsü?		<input type="radio"/> Var		<input type="radio"/>
Yok				
Çocuğun bakımını kim üstleniyor? <input type="radio"/> Anne <input type="radio"/> Başka bir ebeveyn <input type="radio"/>				
Bakıcı				
Annenin eğitim durumu	İlköğretim	Lise	Üniversite	Lisansüstü
Babanın eğitim durumu	İlköğretim	Lise	Üniversite	Lisansüstü
Ailenin aylık geliri	<1417 TL	1417-4615 TL	> 4615 TL	
BESLENME DURUMU				
<i>Sadece AS</i>	<i>AS+Mama</i>	<i>AS+ Mama+Ekgıda</i>	<i>AS+ Ek gıda</i>	
<i>Sadece Mama</i>	<i>Sadece Ek gıda</i>		<i>Mama+ Ek gıda</i>	
Her hangi bir dönemde mama aldı mı?			Evet	Hayır
Şu an mama alıyor mu?			Evet	Hayır
Mama alıyorsa ne zaman başladı?				
Mama alıyorsa ne kadar süre kullandı?				
Hangi mama(lar)ı kullandı				
İnek sütü ve/ veya ürünleriyle besleniyor mu?			Evet	Hayır
Besleniyorsa ürün belirtiniz:				
Sadece AS ne kadar süre aldı: (belirtiniz)				
Ek gıdaya ne zaman başladı : (belirtiniz)				

Yakınmalar

Yakınma başlama yaşı: ...		
Günde kaç kez ağlama atağı oldu? : ... /gün		
Haftada kaç gün ağlama atağı olan günler var? .../ hafta		
Ağlama ataklarının gün içindeki toplam süresi : saat		
Döküntü / cilt lezyonları	Var	Yok
Perianal hiperemi?	Var	Yok
Kusma? (varsa sıklık belirt)	Var	Yok
Diğer : (belirtiniz)		

Fizik muayene

Fizik muayene (Patolojik bulgu varsa belirtiniz).....	
Kilo :	Kilo Z skoru:
Boy:	Boy Z skoru :

EK 5. BEBEK DİSKEZİSİ FORMU

**ROME IV KRİTERLERİ KULLANILARAK GENEL PEDIATRİ
POLİKLİNİĞİNE BAŞVURAN SÜT ÇOCUKLARINDA FONKSİYONEL
GASTROİNTESTİNAL HASTALIKLARIN SIKLIĞININ ARAŞTIRILMASI
ve ETKİ EDEN FAKTORLERİN BELİRLENMESİ ÇALIŞMASI
Form 4- BEBEK DİSKEZİSİ**

Ad-Soyad:	Tarih:
Doğum tarihi (yaş):	TC no:
Cinsiyet: <input type="radio"/> Kız <input type="radio"/> Erkek	Telefon:

ROME IV'e Göre:

9 ayın altındaki çocuklarda aşağıdaki kriterlerin ikisi de bulunmalı
1. En az 10 dakika süren ıkınma ve ağlama sonrasında tam veya kısmi yumuşak kıvamlı dışkılama olması
2. Herhangi başka bir sağlık problemi olmamalı.

Alarm yakınmalarının olmaması

1) Büyüme gelişme geriliği	var	yok
2) Dışkıda kan	var	yok
3) Ateş	var	yok

Demografik veriler

Doğum ağırlığı: ...	Doğum boyu:.....				
Doğum şekli:	C/ S	NSD	Aşılar yaşına uygun yapılmış mı?	+	-
Kardeş sayısı :	Akraba evliliği		+	-	
Kullandığı ilaç, vitamin, probiyotik varsa belirtiniz:					
Annenin emzirme sıklığı belirtiniz: <input type="radio"/> <1s <input type="radio"/> <1-2s <input type="radio"/> <2-3s <input type="radio"/> >3s					
Çocukta bilinen başka bir hastalık varlığı (belirtiniz) :					
Ailede atopi öyküsü? <input type="radio"/> Var <input type="radio"/> Yok					
Çocuğun bakımını kim üstleniyor? <input type="radio"/> Anne <input type="radio"/> Başka bir ebeveyn <input type="radio"/> Bakıcı					

Annenin eğitim durumu	İlköğretim	Lise	Üniversite	Lisansüstü
Babanın eğitim durumu	İlköğretim	Lise	Üniversite	Lisansüstü
Ailenin aylık geliri	<1417 TL	1417-4615 TL	> 4615 TL	
BESLENME DURUMU				
<i>Sadece AS</i>	<i>AS+Mama</i>	<i>AS+ Mama+Ekgida</i>	<i>AS+ Ekgida</i>	
<i>Sadece Mama</i>	<i>Sadece Ek gida</i>		<i>Mama+ Ek gida</i>	
Her hangi bir dönemde mama aldı mı?			Evet	Hayır
Şu an mama alıyor mu?			Evet	Hayır
Mama alıyorsa ne zaman başladı?				
Mama alıyorsa ne kadar süre kullandı?				
Hangi mama(lar)ı kullandı				
İnek sütü ve/ veya ürünleriyle besleniyor mu?			Evet	Hayır
Besleniyorsa ürün belirtiniz:				
Sadece AS ne kadar süre aldı: (belirtiniz)				
Ek gıdaya ne zaman başladı : (belirtiniz)				

Yakınmalar

Yakınma başlama yaşı: ...			
Huzursuzluk:		var	yok
Döküntü / cilt lezyonları:		var	yok
Kaka yapmadan önce ağlama :		var	yok
Kaka yapınca rahatlama oluyor mu		var	yok
Diski formu :	<input type="radio"/> Yumusak	<input type="radio"/> Sert	<input type="radio"/> Forme
Günde kaç kez diskilama :			... / kez
Diğer (belirtiniz):			

Fizik muayene

Fizik muayene (Patolojik bulgu varsa belirtiniz).....	
Kilo:	Kilo Z skoru:
Boy:	Boy Z skoru:

EK 6. FONKSİYONEL KABIZLIK FORMU

ROME IV KRİTERLERİ KULLANILARAK GENEL PEDIATRİ POLİKLİNİĞİNE BAŞVURAN SÜT ÇOCUKLARINDA FONKSİYONEL GASTROİNTESTİNAL HASTALIKLARIN SIKLIĞININ ARAŞTIRILMASI ve ETKİ EDEN FAKTORLERİN BELİRLENMESİ ÇALIŞMASI

Form 5- FONKSİYONEL KABIZLIK

Ad-Soyad:		Tarih:
Doğum tarihi (yaş):	<input type="radio"/> Term <input type="radio"/> Preterm (..)	TC no:
Cinsiyet: <input type="radio"/> Kız	<input type="radio"/> Erkek	Telefon:

ROME IV'e Göre:

1 ay- 4 yaş arası olan çocuklarda aşağıdaki kriterlerin en az ikisi bulunmalı
9. Haftada 2 veya daha az sayıda defekasyon 10. Dışkı tutma öyküsünün olması 11. Ağrılı veya zor barsak hareketlerinin olması 12. Kalın dışkı formu 13. Rektumda bol miktarda birikmiş dışkı Tuvalet alışkanlığı edinmiş çocukta aşağıdaki ek kriterler de kullanılabilir; <ul style="list-style-type: none">• Tuvalet alışkanlığı kazanımı tamamlandıktan sonra en az haftada 1 kez inkontinans olması• Tuvaleti tıkayacak kadar kalınlıkta dışkı formunun olması

Alarm Yakınmalarının olmaması

1) Büyüme/ gelişme geriliği	var	yok	8) Fissür olmadan rektal kanama	var	yok
2) Döküntü / cilt lezyonları	var	yok	9) Safralı kusma	var	yok
3) <1ay başlayan kabızlık	var	yok	10) Ateş	var	yok
4) Mekonyum çıkışı> 48 saat	var	yok	11) İleri abdominal distansiyon	var	yok
5) Perianalfistül	var	yok	12) Anormal tiroid glandı	var	yok
6) Anüsün anormal yerleşimi	var	yok	13) Cremaster refleksi olmayışı	var	yok
7) Orta hat deformitesi	var	yok	14) Nörolojik tutulum	var	yok

Demografik veriler

Doğum ağırlığı: ...			Doğum boyu:.....		
Doğum şekli:	C/ S	NSD	Aşılar yaşına uygun yapılmış mı?	+	-
Kardeş sayısı :			Akraba evliliği	+	-
Kullandığı ilaç, vitamin, probiyotik varsa belirtiniz:					
Annenin emzirme sıklığı belirtiniz: <input type="radio"/> <1s <input type="radio"/> <1-2s <input type="radio"/> <2-3s <input type="radio"/> >3s					
Çocukta bilinen başka bir hastalık varlığı (belirtiniz) :					
Ailede atopi öyküsü?			<input type="radio"/> Var	<input type="radio"/>	
Yok					

Çocuğun bakımını kim üstleniyor? <input type="radio"/> Anne <input type="radio"/> Başka bir ebeveyn <input type="radio"/>				
Bakıcı				
Ailede Çölyak, EBH, Hirschsprung varlığı? (varsa belirtiniz).....				
Annenin eğitim durumu	İlköğretim	Lise	Üniversite	Lisansüstü
Babanın eğitim durumu	İlköğretim	Lise	Üniversite	Lisansüstü
Ailenin aylık geliri	<1417 TL	1417-4615 TL	> 4615 TL	
BESLENME DURUMU				
<i>Sadece AS</i>	<i>AS+Mama</i>	<i>AS+ Mama+Ekgida</i>	<i>AS+ Ekgida</i>	
<i>Sadece Mama</i>	<i>Sadece Ek gıda</i>		<i>Mama+ Ek gıda</i>	
Her hangi bir dönemde mama aldı mı?			Evet	Hayır
Şu an mama alıyor mu?			Evet	Hayır
Mama alıyorsa ne zaman başladı?				
Mama alıyorsa ne kadar süre kullandı?				
Hangi mama(lar)ı kullandı				
İnek sütü ve/ veya ürünleriyle besleniyor mu?			Evet	Hayır
Besleniyorsa ürün belirtiniz:				
Sadece AS ne kadar süre aldı: (belirtiniz)				
Ek gıdaya ne zaman başladı : (belirtiniz)				

Yakınmalar

Yakınma başlama yaşı: ...		
Dışkılama sayısı :/ hafta		
Ağrılı bağırsak hareketleri:	Var	Yok
Döküntü / Cilt lezyonları:	Var	Yok
Perianal hiperemi:	Var	Yok
Dışkı Formu:	<input type="radio"/> Yumuşak	<input type="radio"/> Sert
<input type="radio"/> Forme		
Diğer (belirtiniz) :		

Fizik muayene

Fizik muayene (Patolojik bulgu varsa belirtiniz).....	
Kilo :	Kilo Z skoru:
Boy:	Boy Z skoru :

EK 7. FONKSİYONEL İŞHAL FORMU

ROME IV KRİTERLERİ KULLANILARAK GENEL PEDIATRİ POLİKLİNİĞİNE BAŞVURAN SÜT ÇOCUKLARINDA FONKSİYONEL GASTROİNTESTİNAL HASTALIKLARIN SIKLIĞININ ARAŞTIRILMASI ve ETKİ EDEN FAKTORLERİN BELİRLENMESİ ÇALIŞMASI

Form 6- FONKSİYONEL İŞHAL

Ad-Soyad:		Tarih:	
Doğum tarihi (yaş):	<input type="radio"/> Term <input type="radio"/> Preterm (.)	TC no:	
Cinsiyet: <input type="radio"/> Kız	<input type="radio"/> Erkek	Telefon:	

ROME IV'e Göre:

Aşağıdaki kriterlerin en az hepsi bulunmalı
1. Günde 4 veya daha fazla, ağrısız sert olmayan dışkılama olmalı
2. Semptomlar 4 haftadan daha uzun süredir var olmalı
3. Başlangıç yaşı 6 ay -5 yaş arasında olmalı
4. Yeterli miktarda kalori alımı ile birlikte gelişme geriliği olmamalı

Alarm Yakınmalarının olmaması

1) Büyüme/ gelişme geriliği	var	yok
2) Döküntü / cilt lezyonları	var	yok
3) Ateş	var	yok
4) Nöbet	var	yok

Demografik veriler

Doğum ağırlığı: ...		Doğum boyu:.....		
Doğum şekli:	C/ S	NSD	Aşılar yaşına uygun yapılmış mı?	+ -
Kardeş sayısı :			Akraba evliliği	+ -
Kullandığı ilaç, vitamin, probiyotik varsa belirtiniz:				
Annenin emzirme sıklığı belirtiniz: <input type="radio"/> <1s <input type="radio"/> <1-2s <input type="radio"/> <2-3s <input type="radio"/> >3s				
Çocukta bilinen başka bir hastalık varlığı (belirtiniz) :				
Ailede atopi öyküsü?		<input type="radio"/> Var	<input type="radio"/>	
Yok				
Çocuğun bakımını kim üstleniyor?		<input type="radio"/> Anne	<input type="radio"/> Başka bir ebeveyn	<input type="radio"/>
Bakıcı				

Ailede Çölyak, EBH, Hirschsprung varlığı? (varsa belirtiniz).....				
Annenin eğitim durumu	İlköğretim	Lise	Üniversite	Lisansüstü
Babanın eğitim durumu	İlköğretim	Lise	Üniversite	Lisansüstü
Ailenin aylık geliri	<1417 TL	1417-4615 TL	> 4615 TL	
BESLENME DURUMU				
<i>Sadece AS</i>	<i>AS+Mama</i>	<i>AS+ Mama+Ekgida</i>	<i>AS+ Ekgida</i>	
<i>Sadece Mama</i>	<i>Sadece Ek gıda</i>		<i>Mama+ Ek gıda</i>	
Her hangi bir dönemde mama aldı mı?			Evet	Hayır
Şu an mama alıyor mu?			Evet	Hayır
Mama alıyorsa ne zaman başladı?				
Mama alıyorsa ne kadar süre kullandı?				
Hangi mama(lar)ı kullandı				
İnek sütü ve/ veya ürünleriyle besleniyor mu?			Evet	Hayır
Besleniyorsa ürün belirtiniz:				
Sadece AS ne kadar süre aldı: (belirtiniz)				
Ek gıdaya ne zaman başladı : (belirtiniz)				

Yakınmalar

Yakınma başlama yaşı: ...		
Dışkılama sayısı :/ gün		
Ağrılı bağırsak hareketleri:	Var	Yok
Döküntü / Cilt lezyonları:	Var	Yok
Perianal hiperemi:	Var	Yok
Dışkı Formu:	<input type="radio"/> Yumuşak	<input type="radio"/> Sert
Diğer (belirtiniz):	<input type="radio"/> Forme	

Fizik muayene

Fizik muayene (Patolojik bulgu varsa belirtiniz).....	
Kilo :	Kilo Z skoru:
Boy:	Boy Z skoru :

EK 8. SIKLIK KUSMA SENDROMU FORMU

ROME IV KRİTERLERİ KULLANILARAK GENEL PEDIATRİ POLİKLİNİĞİNE BAŞVURAN SÜT ÇOCUKLARINDA FONKSİYONEL GASTROİNTESTİNAL HASTALIKLARIN SIKLIĞININ ARAŞTIRILMASI ve ETKİ EDEN FAKTORLERİN BELİRLENMESİ ÇALIŞMASI Form 7 - SIKLIK KUSMA SENDROMU

Ad-Soyad:		Tarih:	
Doğum tarihi (yaş):	<input type="radio"/> Term <input type="radio"/> Preterm (..)	TC no:	
Cinsiyet: <input type="radio"/> Kız	<input type="radio"/> Erkek	Telefon:	

ROME IV'e Göre:

Aşağıdaki kriterlerin hepsi bulunmalı
1. 6 aylık bir zaman diliminde, 2 veya daha fazla kez saatlerce veya günlerce sürebilen öğürmenin eşlik edebildiği aralıksız paroksizmal kusma atakları
2. Ataklar hastadan hastaya değişkenlik gösterir (stereotipik)
3. Kusma atakları haftalar ya da aylara bölünür ve ataklar arasında hasta genel sağlık durumuna döner

Alarm yakınmalarının olmaması

1) Büyüme gelişme geriliği	var	yok
2) Dışkıda kan	var	yok
3) Hematemez	var	yok
4) Çiğneme/ yutma güçlüğü	var	yok
5)Safralı kusma	var	yok
6) Apne / aspirasyon	var	yok
7) Ateş	var	yok
8) Fontanel bombeliğinde artış	var	yok
9) Nöbet	var	yok

Demografik veriler

Doğum ağırlığı: ...		Doğum boyu:.....		
Doğum şekli:	<input type="radio"/> C/ <input type="radio"/> S	<input type="radio"/> NSD	Aşılar yaşına uygun yapılmış mı?	<input type="radio"/> + <input type="radio"/> -
Kardeş sayısı :			Akraba evliliği	<input type="radio"/> + <input type="radio"/> -
Kullandığı ilaç, vitamin, probiyotik varsa belirtiniz:				
Annenin emzirme sıklığı belirtiniz: <input type="radio"/> <1s <input type="radio"/> <1-2s <input type="radio"/> <2-3s <input type="radio"/> >3s				
Çocukta bilinen başka bir hastalık varlığı (belirtiniz) :				
Ailede atopi öyküsü?		<input type="radio"/> Var	<input type="radio"/>	
Yok				
Çocuğun bakımını kim üstleniyor?		<input type="radio"/> Anne	<input type="radio"/> Başka bir ebeveyn	<input type="radio"/>
Bakıcı				

Annenin eğitim durumu	İlköğretim	Lise	Üniversite	Lisansüstü
Babanın eğitim durumu	İlköğretim	Lise	Üniversite	Lisansüstü
Ailenin aylık geliri	<1417 TL	1417-4615 TL	> 4615 TL	
BESLENME DURUMU				
<i>Sadece AS</i>	<i>AS+Mama</i>	<i>AS+ Mama+Ekgıda</i>	<i>AS+ Ekgıda</i>	
<i>Sadece Mama</i>	<i>Sadece Ek gıda</i>		<i>Mama+ Ek gıda</i>	
Her hangi bir dönemde mama aldı mı?			Evet	Hayır
Şu an mama alıyor mu?			Evet	Hayır
Mama alıyorsa ne zaman başladı?				
Mama alıyorsa ne kadar süre kullandı?				
Hangi mama(lar)ı kullandı				
İnek sütü ve/ veya ürünleriyle besleniyor mu?			Evet	Hayır
Besleniyorsa ürün belirtiniz:				
Sadece AS ne kadar süre aldı: (belirtiniz)				
Ek gıdaya ne zaman başladı : (belirtiniz)				

Yakınmalar

Yakınma başlama yaşı: ...		
Kusma atak süresi :		
Kusma atakları arasında geçen süre:		
Kusma ile birlikte öğürme	var	yok
Döküntü / cilt lezyonları:	var	yok
Huzursuzluk:		
Kilo alamama:	var	yok
Diğer (belirtiniz):		

Fizik muayene

Fizik muayene (Patolojik bulgu varsa belirtiniz).....	
Kilo:	Kilo Z skoru:
Boy:	Boy Z skoru: